UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina Molecolare

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

TESI DI LAUREA

Mappatura delle competenze degli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFOC): uno studio a metodi misti.

Relatore: Cristina Canova

Correlatore: Matteo Martinato

Laureando: Silvia Netti Tiozzo

Matricola: 2123663

Anno Accademico 2024-2025

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina Molecolare

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

TESI DI LAUREA

Mappatura delle competenze degli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFOC): uno studio a metodi misti.

Relatore: Cristina Canova

Correlatore: Matteo Martinato

Laureando: Silvia Netti Tiozzo

Matricola: 2123663

Anno Accademico 2024-2025

Index

ABSTRACT **1**

1. BACKGROUND **3**

2.AIMS **6**

3.METHODS **7**

3.1 STUDY DESIGN 7

3.2 DATA SOURCES FOR PRELIMINARY COMPETENCIES LIST 8

3.2.1 Literature review *8*

3.2.2. Review of educational curricula *9*

3.2.3 Qualitative exploration of expected and perceived competencies *12*

3.2.3.1 Semi-structured interview procedure and participants 13

3.2.3.2 Focus group procedure 14

3.3 EXPERT CONSENSUS VALIDATION: E-DELPHI METHOD 15

3.3.1 E-Delphi panel selection and criteria *16*

3.3.2 E-Delphi consultation procedure *16*

3.3.3 Data analysis and consensus assessment *17*

3.4 ETHICAL APPROVAL AND DATA MANAGEMENT 19

4. RESULTS **20**

4.1 RESULTS FROM THE PRELIMINARY COMPETENCY FRAMEWORK DEVELOPMENT 20

4.1.1 Preliminary Competency Framework findings *20*

4.1.2 Review of educational curricula *20*

4.1.3 Qualitative exploration of expected and perceived competencies *21*

4.1.3.2 Focus Groups 23

4.1.4 Integration of qualitative and documentary evidence *24*

4.2 RESULTS FROM THE EXPERT CONSENSUS VALIDATION (E-DELPHI METHOD) 25

4.2.1 E-Delphi panel characteristics *25*

4.2.2 Round 1 – Refinement of Competencies List *27*

4.2.3 Round 2 – prioritization and consensus measurement *28*

4.2.4 Identification of high-consensus competencies for Round 3 ..... *29*

5. DISCUSSION **31**

6. LIMITATIONS **36**

7. CONCLUSIONS **37**

REFERENCES **38**

SUPPLEMENTARY MATERIALS **41**

ABSTRACT

Background

Profound demographic changes, particularly population ageing and the rising prevalence of chronic diseases, demand a rethinking of community-based care models. The Family and Community Nurse (FCN) has emerged as a key professional in coordinating and delivering integrated care. In Italy, the country with the highest median age and among the highest rates of multimorbidity in Europe, recent national reforms have formally recognised the FCN role, while European initiatives such as ENhANCE have proposed a core competency model. However, relevant gaps remain between training and the real-world implementation of these competencies in daily practice.

Aim

To map and analyse the FCN professional competencies in Italy in order to identify current training and professional development gaps and to inform the effective implementation of the FCN role within territorial care services.

Methods

A sequential exploratory mixed-methods design was adopted. Competencies were first identified through: (i) a systematic literature review, (ii) an analysis of 16 Italian FCN Master's curricula, and (iii) qualitative data collection comprising semi-structured interviews and focus groups. The resulting preliminary competency framework was subsequently refined and validated through a three-round e-Delphi process with an expert panel. In Round 2, experts rated each competency on a 10-point Likert scale. Consensus was defined a priori as an interquartile range (IQR) ≤ 2 and $\geq 80\%$ of ratings ≥ 8. In Round 3, experts provided a binary judgement on the indispensable nature of each competency.

Results

The e-Delphi process yielded a validated framework comprising 43 core competencies for the FCN role. Overall, 71.7% of the competencies reached a consensus of $\geq 80\%$ "Yes" responses, and 26.7% reached a consensus of $\geq 90\%$. The core competencies clustered around three main pillars: care management (case management and continuity of care), relational skills (education, empowerment, health coaching), and strategic leadership (innovation, quality improvement, and evidence-informed decision-making).

Conclusions

This study provides the first validated competency framework for FCNs in Italy. The framework offers a reference to guide curriculum development, professional training, competency assessment and workforce planning, and supporting the alignment of FCN

training with community health needs and national territorial care reforms. A forthcoming national survey among FCN Master's graduates will further assess the framework's perceived acquisition and application of these competencies in clinical practice.

1. BACKGROUND

The necessity to redesign community care models is a globally recognized challenge. Profound demographic changes, particularly population ageing and the rise of chronic diseases, have exposed weaknesses in health and social care systems. According to Eurostat (2024), people aged over 65 already represent 21.6% of the European population, and this proportion is projected to reach 28.5% by 2050. Increased life expectancy is a major achievement, but it is accompanied by two key challenges: a growing prevalence of chronic conditions and a progressive reduction of family caregiving capacity. Smaller families now face difficulties in supporting dependent older adults (OECD & European Union, 2024).

These dynamics have drawn international attention to the need for innovative, community-centered models of care and for educational systems capable of preparing professionals with the competencies required to sustain them (WHO, 2020; European Commission, 2020). In this context, the World Health Organization (WHO) first identified the Family and Community Nurse (FCN) - in Italy referred to as *Infermiere di Famiglia e/o di Comunità (IFeC/IFoC)* - as a key professional linking individuals, families, and communities with health services, ensuring continuity and coordination of care across settings (WHO, 1988; 2005).

While these demographic and organizational dynamics are evident across Europe, they are particularly pronounced in Italy. The country has the oldest population in the European Union, with a median age of 48.7 years and people over 65 representing 24.3% of the total population (ISTAT, 2024). The burden of chronic degenerative diseases has also increased significantly: about 40% of the Italian population reports at least one chronic condition, with over one fifth living with two or more chronic diseases (Piano Nazionale della Cronicità, 2024; ISTAT, 2024). Among those aged over 74, the prevalence of multimorbidity reaches 64.3%, while 85.1% experience at least one chronic disease. Cardiovascular diseases, diabetes, chronic respiratory diseases, cancers, and more recently neurodegenerative disorders such as Alzheimer's and Parkinson's diseases remain leading causes of disability and mortality.

Beyond epidemiology, surveillance systems such as *PASSI d'Argento* provide a broader understanding of older adults' health and social needs. Data show that many people over 65 experience frailty and functional limitations. These limitations, which include recurrent falls, mobility impairment, and loss of autonomy, severely affect quality of life and require continuous support (EpiCentro, 2023). Risk factors including low physical activity, poor diet, alcohol consumption, and smoking exacerbate these problems. Moreover, social

isolation, loneliness, and the shrinking of informal support networks particularly affect elderly individuals living alone or in small families. Consequently, the management of chronic conditions cannot be limited solely to clinical interventions. It must also address health promotion, prevention, and social participation—areas where the FCN plays a central and integrative role.

In this complex scenario, the management of chronic diseases can no longer rely solely on hospital-based models but must be grounded in integrated territorial networks that ensure continuity of care. Italy's demographic transformation, characterized by a steady increase in single-person households (36.2% of the total), has weakened traditional family caregiving structures (Istituto Nazionale di Statistica, 2024). This decline in informal caregiving capacity exposes older adults to a higher risk of social isolation and vulnerability. Therefore, implementing new professional figures like the FCN is vital to guarantee proximity, continuity, and support for individuals and families within the community.

Recent Italian health reforms have taken steps in this direction. The *Italian Ministerial Decree No. 77/2022* and subsequent regional acts, including the establishment of Community Houses and Community Hospitals, have formally recognized the FCN as a cornerstone of the reorganization of territorial care (Ministero della Salute, 2022; AGENAS, 2023). However, despite its formal recognition, the definition and assessment of the competencies required for this role remain under debate and vary across Regions, as healthcare is a regional responsibility. To ensure effective and sustainable community care, the systematic mapping, validation, and comparison of FCN competencies are therefore essential.

At the European level, the ENhANCE project (EuropeaN curriculum for fAmily aNd Community nursE) was specifically developed with the aim of bridging the competencies gap. Through a collaborative e-Delphi process, the project identified and validated a set of core competencies across eight domains, establishing an international consensus (Bagnasco et al., 2022).

Subsequently, Camedda et al. (2021) adapted these competencies to the Italian context by harmonizing them with the FNOPI Position Statement (FNOPI Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche [FNOPI], 2020) and the Tuning model (European Commission, 2011), resulting in a framework of 30 integrated competencies.

Alongside standardization, research has focused on developing and evaluating training programmes. For instance, Musio et al. (Musio et al., 2022) describe Italy's first one-year blended Master's programme for Family and Community Nurses (FCNs), showing the

effectiveness of combined teaching methods for training nurses in key areas such as epidemiology, organizational models, and nursing research. Nonetheless, systematic reviews reveal persisting gaps in continuing education programmes. Azimirad et al. (Azimirad et al., 2023) found that several essential competencies (such as decision-making, care coordination, e-health, and leadership) remain insufficiently addressed in existing curricula. These results indicate that the development and consolidation of FCN competencies constitute a dynamic process. This process requires further investigation into their perceived relevance, practical application, and local adaptation to evolving healthcare systems.

Against this backdrop, the present study was designed to fill this gap by providing a systematic mapping and validation of Family and Community Nurse competencies within the Italian context, integrating international standards with local professional and organizational realities.

2.AIMS

The primary aim of this study is to map and analyze the professional competencies of FCNs in Italy, in order to identify emerging training and professional development gaps in light of the territorial healthcare reforms introduced by Italian Ministerial Decree No. 77/2022.

The specific objectives are:

1. Explore, through a systematic literature review, FCN competencies at national and European/international levels;
2. Investigate, through qualitative interviews and document analysis, the competency expectations for FCNs at the national level;
3. Gather stakeholders' perspectives on the perceived and actual competencies of FCNs in practice;
4. Validate, using a multi-round e-Delphi process, a consensus-based core set of professional competencies for the FCN role;
5. Analyse and prioritise training and organisational gaps related to the FCN role, highlighting areas requiring immediate attention and intervention.

3.METHODS

3.1 Study design

In the first phase, the competencies required for the FCN role were defined by integrating evidence from three sources: a systematic literature review, an analysis of the most recent curricula of Italian first-level FCN Master's programmes, and qualitative data collection (semi-structured interviews and focus groups) with FCNs and key stakeholders. In the second phase, this preliminary competency framework was refined and validated through a multi-round e-Delphi process with an expert panel. This approach allowed the framework to be grounded in both scientific evidence and practitioner experience, combining empirical rigour with contextual relevance (Creswell & Plano Clark, 2018). The overall study design and flow is summarized in Figure 1.

.

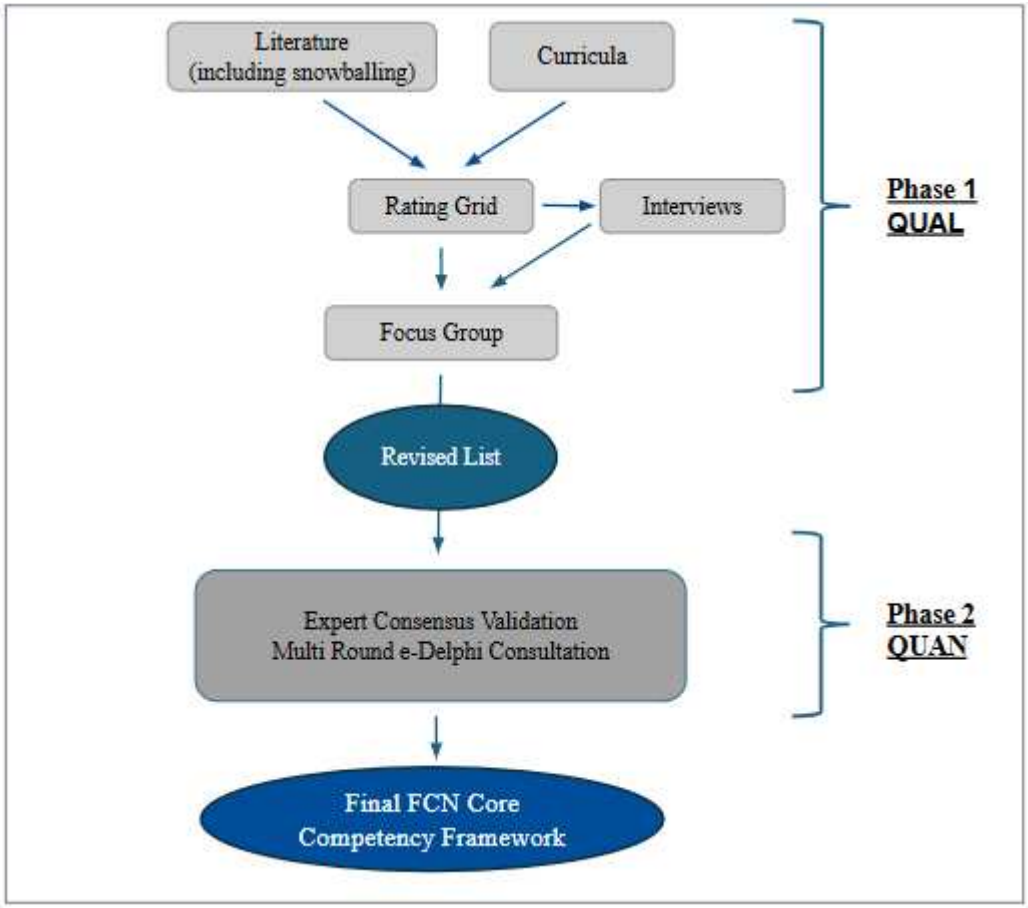

Figure 1: Study Flow Diagram for the FCN Competency Framework Development

3.2 Data sources for Preliminary Competencies List

3.2.1 Literature review

A comprehensive literature review was conducted in Embase, PubMed and CINAHL, up to June 2025, to identify publications addressing core competencies for FCNs at national (Italian), European and international levels. The search strategy was developed iteratively and included several structured search strings (Appendix 1). The detailed selection and screening process was illustrated in Figure 2. After removing duplicates and applying inclusion and exclusion criteria, 21 articles were retained for full-text screening. Studies were eligible if they explicitly addressed FCN competencies, role definitions or educational curricula in primary or community care. From the included articles, competency statements were extracted and synthetised into a preliminary list.

To ensure a comprehensive and internationally benchmarked framework, the systematic search was supplemented by two additional procedures:

- snowballing: the bibliographies of the 21 selected articles were manually examined to identify further key publications, foundational studies, and literature reviews relevant to FCN competencies, thereby expanding the evidence base;
- targeted institutional benchmarking: an additional search was performed to identify official competency frameworks and guidelines issued by national and international nursing organizations. This step enabled comparison between the scientific evidence and established professional standards at the global level.

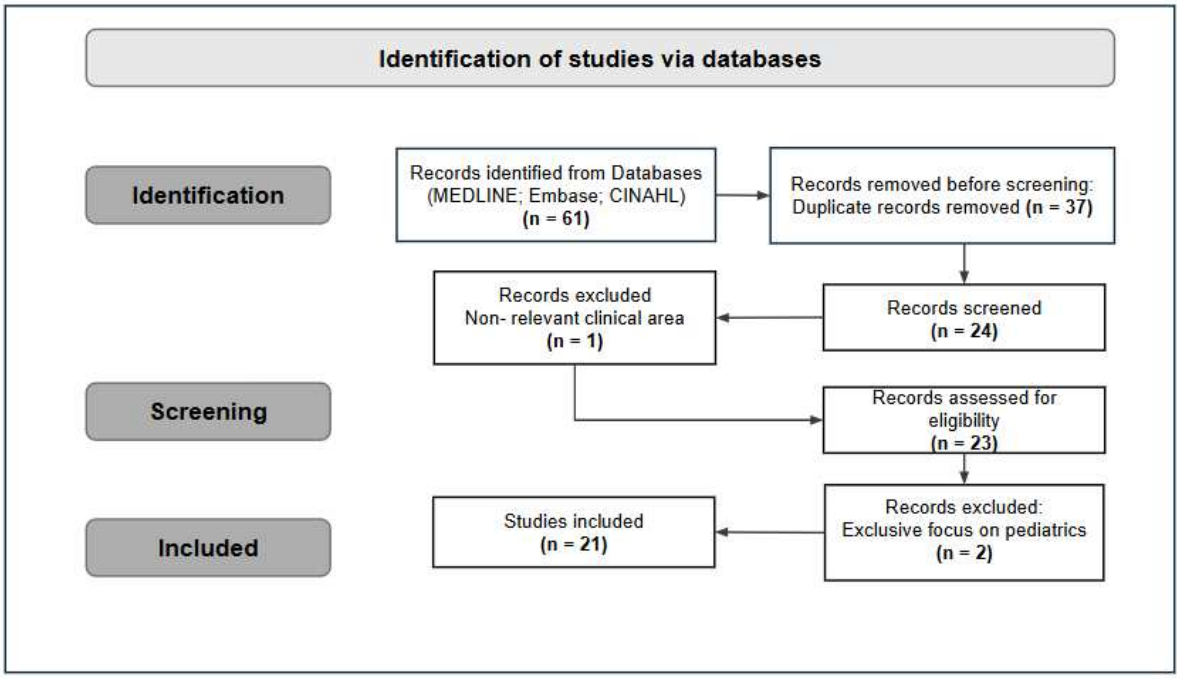

Figure 2: Literature Review Study Selection Flow Diagram

3.2.2. Review of educational curricula

A comprehensive web-based search was performed to identify and analyze the educational content of Italian first-level Master's programmes in Family and/or Community Nursing. The following search string was used: "*Master di I livello in Infermieristica di Famiglia e/o Comunità*" (First-level Master's programme in Family and Community Nursing").

The search identified 16 unique Master's programs offered by 16 institutions across Italy. The analysis focused on the most recent curriculum available for each programme.

From these official course descriptions and learning objectives, the competencies explicitly declared were systematically extracted. This approach ensured the inclusion of competencies formally recognized in academic and professional education, thereby providing a robust educational foundation for the competency framework.

Details regarding the identified Master's programmes, including institutional type and available slots, are summarized in Table 1. The 16 programmes were classified according to the institutional type of the organization responsible for their implementation, as illustrated below:

- 11 programmes were offered by state and public universities;
- 1 programme was offered by a private traditional university;
- 4 programmes were offered by Telematic Universities or affiliated private consortia.

Category of Institution	Host Institutions (Master Programmes)	Available Places (Range)
State/Public Universities (n=11)	Università di Bologna	13-40
	COREP/Università di Torino (Consortium)	18-30
	Università degli Studi di Ferrara	13-32
	Università di Genova	15-50
	Università degli Studi di Napoli Federico II	5-35
	Università degli Studi di Padova	20-40
	Università degli Studi di Parma	10-60
	Università di Roma Sapienza	50 (fixed value)
	Università Politecnica delle Marche (UNIVPM)	20-40
	Università del Piemonte Orientale (UPO)	12-32
	Università di Verona	20-30
Private Traditional University (n=1)	Università Cattolica del Sacro Cuore Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero di Brescia	15-25
Telematic Universities / Private Consortia (n=4)	Università Telematica eCampus	not available.
	Consorzio Universitario Humanitas	not available.
	Università Telematica Pegaso	not available.
	Università Telematica San Raffaele Roma	not available.
Total Identified Master Programmes (n=16)		

Table 1: Detail of Identified Master programmes and Available Places by Institution Category

Data synthesis and development of the final competency framework

The competencies extracted from the systematic literature, the snowballing process, and the institutional frameworks were collectively analyzed, yielding in an initial list of unique competencies (Appendix 2).

These were then cross-referenced and integrated with the competencies identified through the review of specialised Master's curricula focused on Family and Community Nursing (Appendix 3).

A rigorous data cleaning and consolidation process was applied to generate the final working list:

- duplicate removal: identical or near-identical competencies originating from different sources (literature, institutional documents, or Master's curricula) were identified and eliminated;
- conceptual consolidation: competencies that differed in wording but referred to the same underlying professional skill or domain were merged into a single, comprehensive statement.

The extracted data was subjected to a synthesis process to develop a preliminary competency framework (Appendix 4). Figure 3 illustrates the detailed flow of competency identification, filtering, and reduction throughout the entire study process. This resulting instrument was then utilized in the qualitative validation phase (Interviews and Focus Groups) to gather further insights and refinement.

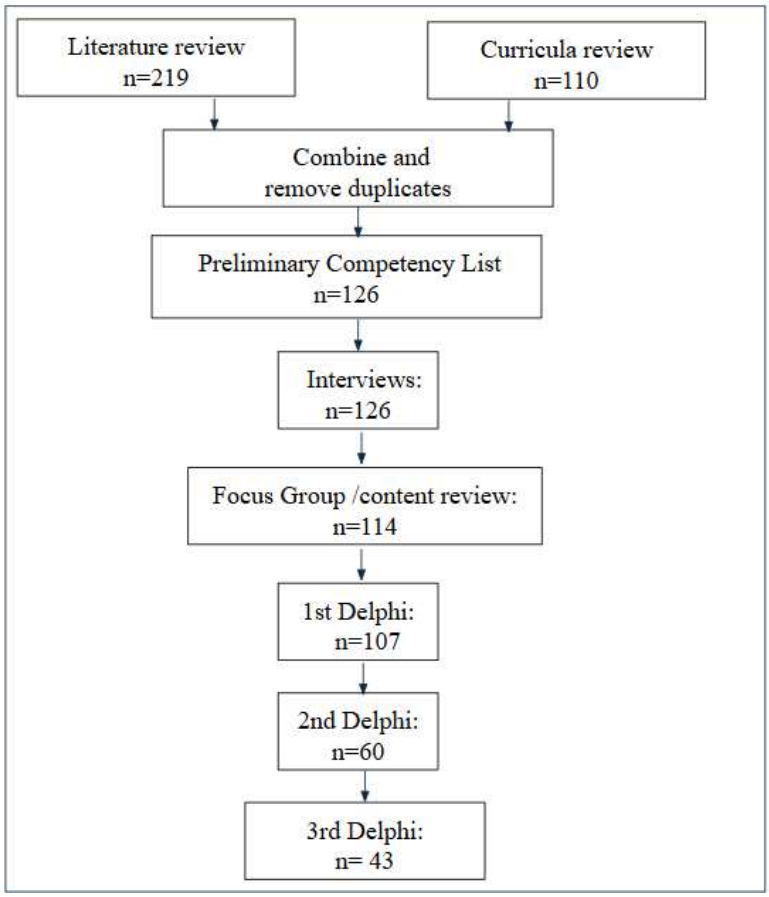

Figure 3: Competency Filtering Process

3.2.3 Qualitative exploration of expected and perceived competencies

The initial exploratory phase of this sequential mixed-methods study focused on identifying the expected and perceived competencies of the FCN through semi-structured interviews and focus groups.

This methodological approach was adopted to address the lack of clarity in the existing literature regarding the professional competencies effectively possessed, perceived, and expected from the FCN role within the Italian context.

The findings from this qualitative exploration were essential to inform and guide the subsequent quantitative validation phase conducted via the e-Delphi method.

The full interview guide is available in Appendix 5.

The selection of interview participants followed a rigorous purposive sampling strategy, described in detail below.

3.2.3.1 Semi-structured interview procedure and participants

A purposive sampling strategy was adopted to select a heterogeneous group of participants with direct, in-depth knowledge of the FCN role and competencies. Selection criteria focused on the participants' experience and strategic role within the healthcare system, ensuring the sample offered rich, interregional perspectives representative of the national context (DeJonckheere & Vaughn, 2019). Potential stakeholders were initially identified through professional networks and Local Health Authority contacts, with initial contact made via email or telephone.

Inclusion criteria required participants to have at least three years of experience in their specific role or in the primary/territorial care sector and to provide informed consent. Exclusion criteria included a lack of direct experience in the primary or territorial care context.

Thirty-three potential experts were initially approached; nineteen experts accepted the invitation and were interviewed. This final number was deemed sufficient for the exploratory aim of this phase, providing a broad range of perspectives necessary to inform the content of the preliminary competencies list. All interviewed participants met the inclusion criteria.

The final sample of interviewed participants (n=19) included the following professional categories:

- Family and/or Community Nurses (FCNs) (Regions: Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, and Veneto);
- General Practitioners (GPs);
- Public Health Specialists (or Hygiene Specialists);
- Nurses working in Home Care, Community Operational Centers (COT), Mental Health Centers, and Integrated Group Practices;
- Nurse Leaders and Managers;
- Representatives from the Order of Nursing Professions of Padova.

All individual semi-structured interviews were conducted remotely using the Zoom platform between July and August 2025, and audio-recorded to facilitate the analysis. Before the session, participants were provided with a clear explanation of its objective.

To prepare for the qualitative discussion and facilitate a preliminary ranking of the FCN competencies, the data collection followed a two-step sequence:

1. quantitative pre-interview: participants were first furnished with an instrument, designated the Rating Competencies List, which contained the preliminary list of core competencies derived from the literature and curricula analysis. Participants were tasked with evaluating the relevance or importance of each competency by assigning a score on a 7-point Likert scale (where 1 represented Extremely Unimportant and 7 Extremely Important);
2. qualitative interview: subsequently, the semi-structured interviews were conducted. The objective of these sessions was twofold: firstly, to explore the rationale behind the quantitative scores obtained, and secondly, to gather in-depth, individual opinions.

In the course of the interviews, participants were specifically invited to:

- provide a justification for their scoring by identifying and providing a rationale for their selection of the three most significant (scored 6 or 7) and the three least essential competencies (scored 1 or 2);
- discuss whether the list of competencies was exhaustive or if fundamental elements were absent from the FCN role;
- identify areas of potential collaboration or conflict between the FCN and the Home Care Nurse;
- evaluate the adequacy of the competency groupings into macro-areas and, if inadequate, suggest preferred reorganization;
- identify the opportunities and critical issues related to the integration of telemedicine in the FCN's daily work, with specific reference to the digital competencies present in the Competencies List.

This integrated process enabled a more profound qualitative comprehension of the participants' quantitative assessments, thereby ensuring the incorporation of both anticipated and perceived elements of the FCN role into the final framework.

3.2.3.2 Focus group procedure

The Focus Groups (FGs) represented the final stage of the qualitative data collection aimed at achieving a group consensus on the preliminary FCN competency framework.

Following the individual interviews, participants were invited to attend the subsequent FGs; a total of nine professionals accepted the invitation. Two Focus Group interviews were conducted remotely via the Zoom platform in October 2025. Prior to the sessions,

participants received preparatory materials, including the preliminary Competencies List and a synthesis of the top- and bottom-ranked competencies resulting from the individual interviews. All sessions were audio-recorded to facilitate subsequent analysis (Polit & Beck, 2021).

A total of nine professionals participated across the two FGs:

- Focus Group 1 (n=4): Included four nurses from the Veneto, Emilia-Romagna, and Lombardia Regions.
- Focus Group 2 (n=5): Included four nurses and one medical doctor (a Physician from the Territorial Function Directorate), representing the Veneto and Lombardia Regions.

The sessions were organized with participants who had previously completed the individual interviews and met the study's established inclusion criteria. The discussions were guided by the preliminary quantitative and qualitative results, focusing on justification and agreement on the final structure and content of the competencies list.

Specific objectives included:

- refining the FCN Competencies List by reducing redundancy and correcting macro-area placement;
- finalizing the exclusion of non-priority competencies;
- exploring complex issues regarding the boundaries and synergies between the FCN and the Home Care Nurse;
- gathering opinions on the opportunities and critical issues related to Telemedicine integration.

The full focus group guide is available in Appendix 6.

3.3 Expert consensus validation: e-Delphi method

The triangulation of the three preliminary sources (literature review, curricula analysis, and qualitative data collection) produced a refined, evidence-informed competencies list. This final list, whose content and structure were refined and contextually anchored by the qualitative findings (interviews and focus groups), served as the foundational instrument. This list, representing the study's preliminary competency framework, was then submitted to expert consensus validation via a multi-round e-Delphi process.

This phase aimed to achieve a stable agreement among highly qualified professionals regarding the core competencies required for the FCN role, thereby enhancing the framework's reliability and external validity. The iterative nature of the e-Delphi consultation allowed experts to review aggregated group feedback before each subsequent round, fostering convergence toward a shared and refined definition of the essential FCN competencies (Bagnasco et al., 2022).

3.3.1 E-Delphi panel selection and criteria

The expert panel was selected using a purposive sampling approach, ensuring a diverse range of knowledge and expertise relevant to the FCN role. Forty-seven potential experts were initially identified and invited to participate in the e-Delphi study.

Inclusion criteria for the e-Delphi panel required participants to possess at least one of the following qualifications:

- academic expertise: extensive research or teaching experience in Community Nursing, Family Nursing, or primary care;
- clinical experience: senior-level clinical practice (e.g., FCN, Nurse Manager) with a minimum of five years of experience in primary or territorial care;
- strategic involvement: involvement in national or regional health policy, education, or professional body regulation concerning the FCN role;

Exclusion criteria included a lack of demonstrable expertise in the territorial or primary care sector.

3.3.2 E-Delphi consultation procedure

A structured e-Delphi methodology was adopted to define and validate the core competencies of FCN.

Round 1: Item confirmation and qualitative feedback

In the initial round, the preliminary list of competencies was submitted to the expert panel. For each competency, panelists were administered a structured questionnaire and invited to:

- confirm, modify, or remove the item;
- provide qualitative feedback to justify their choices;
- propose new competencies not included in the original list.

The results of this initial round informed the revised list of 107 competencies which was subsequently submitted to the panel for prioritization.

Round 2: Prioritization and consensus measurement

During the second round of the e-Delphi process, the revised list of 107 competencies was distributed to the expert panel.

Participants were asked to rate the priority and importance of each competency using a 10-point Likert scale (1 = Not important to 10 = Essential). The primary purpose of this phase was to confirm and quantify the panel's degree of consensus regarding the most relevant and indispensable competencies for the FCN role.

Round 3: Final Validation

The third and final round of the e-Delphi process focused exclusively on the subset of competencies that had satisfied the rigorous consensus thresholds established in Round 2. The primary objective of this concluding round was the definitive validation of the core competencies. Experts were asked to provide a binary judgment (Yes = indispensable / No = useful but not essential) on the final list of items to confirm their indispensable nature for the FCN role. The final set of core competencies was determined based on the percentage of "Yes" responses, representing the panel's consolidated agreement on the essential elements of the FCN competency framework. The structure of this round ensured the final outcome was scientifically valid and applicable in professional practice.

3.3.3 Data analysis and consensus assessment

For the data collected in Round 2, comprehensive descriptive, reliability, and concordance analyses were performed:

Statistical Analysis

- **Descriptive Statistics:** For each competency, descriptive statistics were computed to describe the distribution of responses:
    - Median and Interquartile Range (IQR) were calculated as robust indicators of central tendency and dispersion, less influenced by outliers;
    - The percentage of ratings ≥ 8 (i.e., "Important" to "Essential") was computed to quantify the overall perceived importance of the item.
- **Reliability Analysis:** the internal consistency reliability of the instrument and of each macro-domain was assessed using **Cronbach's alpha.**
- **Inter-Rater Concordance:** to explore agreement beyond descriptive consensus, two indices of inter-rater concordance were computed:

- **Kendall's W** (coefficient of concordance) to evaluate rank-order agreement among experts;
- **Fleiss' kappa** to measure categorical agreement after recoding ratings into three groups (1–6 = low, 7–8 = moderate, 9–10 = high).

Specific consensus thresholds were established to interpret the quantitative results and determine which competencies would progress to the next phase, ensuring methodological transparency (Niederberger et al., 2021).

Consensus was defined using two complementary indicators: the Interquartile Range (IQR), reflecting dispersion, and the percentage of high scores (≥ 8), capturing perceived importance.

Thresholds

1. Perceived Importance: competencies for which at least 80% of experts assigned a score ≥ 8 were considered to demonstrate substantial agreement on importance.
2. Dispersion (IQR): the degree of consensus stability was categorized according to the IQR:
    - High consensus: IQR ≤ 1
    - Moderate consensus: 1 < IQR ≤ 2
    - Low consensus: IQR > 2

Competencies were retained for the subsequent e-Delphi round (Round 3) if they satisfied both criteria:

- High or moderate consensus, defined as an IQR ≤ 2; and
- High perceived importance, with ≥80% of participants assigning a rating of 8 or higher.

Competencies that did not meet these combined thresholds were reviewed for potential reformulation, clarification, or exclusion before the final validation round.

Final consensus for core competencies (Round 3)

Following the two-stage quantitative and stability assessment in Round 2, the final validation in Round 3 utilized a distinct measure based on the binary judgment.

For the competencies included in the final validation list, final consensus was defined as the percentage of "Yes" responses (i.e., *absolutely indispensable*). Competencies were designated as "Core FCN Competencies" if the proportion of expert agreement reached or exceeded a predetermined threshold of 80% (Gattrell et al., 2024; Hasson et al., 2015;

Pawlak et al., 2023) of "Yes" judgments. This final rigorous threshold confirmed the essentiality of the item for the professional role.

3.4 Ethical approval and data management

The present study was not subject to formal ethical-scientific review by an Independent Ethics Committee. This decision was based on the fact that the research exclusively involved healthcare professionals participating voluntarily to provide opinions on professional competencies and curriculum, rather than research concerning patients or clinical data. Consequently, formal Institutional Review Board (IRB) approval was deemed unnecessary for the study, in accordance with the European GDPR Regulation (EU) 2016/679 and Italian Legislative Decree no. 196 of 30 June 2003, as amended by Legislative Decree no. 101 of 10 August 2018.

All data collection procedures strictly adhered to the principles of voluntary and informed participation and were conducted in compliance with the European Union's General Data Protection Regulation (GDPR) (EU 2016/679) concerning data processing and privacy.

A comprehensive information sheet was distributed to all participants via email Appendix 7). This sheet contained detailed information regarding the scope of the study, the intended use of the data, and the data processing procedures. The written invitations requesting participation incorporated statements conveying the confidentiality and privacy procedures, the prerogative to revoke participation at any time, and a declaration that all qualitative sessions would be audio-recorded.

Prior to commencing the remote sessions, comprising interviews and focus groups, informed oral consent was obtained from all interviewees for both participation and audio recording. Participants were explicitly notified that the digital recordings would be used solely to facilitate accurate transcription and subsequent data analysis. To guarantee anonymity, all identifiable data (including personal identifiers and institutional affiliations) was removed from the notes and transcripts used for analysis.

Patient and Public Involvement

No patient or the public was directly involved in the development of this e-Delphi study.

4. RESULTS

4.1 Results from the Preliminary Competency Framework development

This section presents the findings from the literature and curricula reviews, which formed the foundational phase in the development of the preliminary list of FCN competencies.

4.1.1 Preliminary Competency Framework findings

The analysis of the retrieved evidence allowed for the extraction and subsequent synthesis of competency statements. The systematic literature review, snowballing process, and institutional frameworks yielded an initial pool of 219 unique competencies. These were cross-referenced and integrated with 110 competencies identified through the review of specialized Master's curricula. Following a rigorous data cleaning and consolidation process (including duplicate removal and conceptual consolidation), a coherent and non-redundant framework of 126 preliminary competencies was generated. These 126 competencies were then clustered into seven principal macro-areas to form the organizational structure of the framework:

1. Management of the Care Process (Assessment, Planning, Provision of Care);
2. Communication and Relationships (Communication, Education and Relationships);
3. Evaluation and Continuous Improvement (Decision-Making, Monitoring, Quality, Documentation);
4. Leadership and Strategic Development (Leadership, Innovation and Development, Change, Professional Development);
5. Data Management and Collaboration (Data Management, Integration and Multidisciplinarity);
6. Prevention and Health Promotion;
7. Digital Competencies / Telemedicine.

The synthesis process yielded 219 distinct competency statements. This extensive initial list exhibited considerable heterogeneity, justifying a refinement phase. These findings underscored the need for expert consensus validation to ensure the completeness, relevance, and contextual applicability of the final competency framework for the FCN role in Italy.

4.1.2 Review of educational curricula

Establishing the evidence base for the Preliminary Competency Framework involved analyzing the formal educational requirements for the FCN role in Italy. The web-based

search identified 16 unique First-Level Master's programmes in Family and/or Community Nursing offered by 16 institutions across Italy.

From the systematic extraction of official course descriptions and learning objectives, 110 competencies explicitly declared in academic and professional education were added to the evidence base. The 110 competencies extracted were perfectly classifiable within the seven macro-domains previously established through the comprehensive review, confirming that the framework's organizational structure was consistently recognized across both scientific literature and academic education in Italy.

4.1.3 Qualitative exploration of expected and perceived competencies

This phase provided essential insights into how the FCN role is conceptualized and enacted within the Italian healthcare context, highlighting areas of alignment and divergence among professionals working in community and primary care settings. A total of 19 professionals participated in this exploratory phase, representing a broad spectrum of clinical, managerial, and educational perspectives relevant to community nursing practice.

4.1.3.1 Semi-structured interviews

Semi-structured interviews were conducted with each healthcare professional. Participants were selected through purposive sampling based on their experience and strategic role within the healthcare system, ensuring a heterogeneous group and rich, interregional perspectives representative of the national context.

The detailed composition and professional profile of the interview panel (N=19) are summarized in Table 2.

Table 2: Composition and healthcare professional profile of the semi-structured interview panel (N=19)

Professional Category	Number (n)	Region	Setting
Family and/or Community Nurses (FCNs)	9	Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Veneto	Community
General Practitioners (GPs)	1	Veneto	Primary Care
Public Health / Hygiene Specialists	1	Veneto	Primary Care

Home and Community Care Nurses	3	Veneto	Primary Care
Nurse Leaders and Managers	3	Veneto	Hospital and Community
COT Nurses	1	Veneto	Community
Representatives from the Order of Nursing Professions	1	Padova	Provincial Regulatory Body
Total	**19**		

The qualitative analysis of the interviews provided deep insight into the perception of the FCN role, highlighting competencies considered essential (Top), those deemed less relevant (Bottom), and missing elements.

Priority competencies (Top-rated)

Top-rated competencies reflected a strong emphasis on community-oriented, relational, and proactive approaches to health promotion. The FCN was perceived as a strategic health professional acting beyond the level of individual patient care.

Competencies related to the ability to analyze, evaluate, and intervene at the community level were considered absolutely fundamental. For instance, the item "Perform analytical evaluations, develop cultural competence, plan programs, collaborating with the community multidisciplinary team" (1.1.3) was the most cited competency (Appendix 4).

The high positioning of competencies such as "Work autonomously and as members of a team" (4.1.1) and "Exercise leadership and develop, implement and evaluate policies..." (4.1.2) indicated that the FCN must act with great autonomy and leadership capacity within the team.

Less relevant competencies (Bottom-rated)

Competencies judged less relevant often overlapped with other professional roles or were perceived as marginal to the FCN's current scope:

- competencies involving "Financial planning and management" (1.2.8) were judged "less relevant" or "not pertinent to the FCN" by 53% of interviewees, indicating a perceived overlap with the social worker's role.

Suggested missing competencies

Participants recommended expanding the framework in three key areas:

- socio-relational skills: including management of linguistic/cultural barriers, gender violence intervention, and health literacy promotion;

- advanced and emerging domains: further developing prescriptive authority, artificial intelligence/data management, and environmental risk management;
- conceptual clarity: refining the definition of patient fragility across social, psychological, and physical domains.

Collaboration and role overlap with Home Care Nurses

Opinions regarding the relationship between FCNs and Home Care Nurses were divergent:

- Complementarity (minority view): FCNs were described as focusing primarily on education and environmental assessment, while Home Care Nurses provided direct clinical care to non-ambulatory patients;
- Overlap (majority view): most participants recognized areas of functional overlap, particularly in palliative care, though they emphasised that such overlap could be effectively managed through clear governance and role delineation.

Telemedicine integration

A high level of optimism emerged regarding telemedicine integration (79% positive responses).

- telemonitoring was valued for its contribution to chronic disease management and for extending care access to remote or mobility-impaired patients;
- reported barriers included patient difficulty using digital tools, the lack of integrated telemonitoring platforms, and professional resistance, particularly among General Practitioners.

4.1.3.2 Focus Groups

Each group consisted of five professionals (four nurses and one physician), all of whom had previously participated in the semi-structured interviews and met the inclusion criteria. The discussions were guided by the highest- and lowest-rated competencies identified in the interviews, with the aim of achieving consensus on content relevance, framework structure, and clarity of definitions.

Both focus groups unanimously prioritized Competency 1.1.3 (“Perform analytical evaluations, develop cultural competence, plan programs...”) as essential for the FCN’s community-oriented approach.

There was strong consensus to eliminate several competencies considered to fall within the scope of other professionals, including Financial Planning and Management (1.2.8),

attributed to social workers, and all competencies related to Palliative Care (1.3.3, 1.3.10, 3.2.5), which are typically addressed by Integrated Home Care teams.
Disaster Prevention (6.1.5) was likewise deemed outside the FCN's direct remit.
Key differences emerged between the two focus groups regarding the core scope of the FCN role:

- Focus Group 1 (Padova/Bergamo) suggested removing Addictions (1.3.6) due to the existence of dedicated specialist teams, while emphasizing the importance of Mapping territorial services (1.3.13) and Epidemiological data collection (5.1.4), framing the FCN as a facilitator of local health information.
- Focus Group 2 (Venezia/Ferrara/Milano/Monza-Brianza) proposed eliminating Implementation programs (6.1.6), considering the FCN role primarily evaluative and programmatic, rather than operational.

This group also reinforced the importance of "Analyzing population data and planning proactive responses (1.2.6)".
Regarding proposed additions, Focus Group 1 presented a broader perspective, advocating for the integration of competencies related to management of cultural barriers, a deeper conceptualization of fragility (across social, psychological, and physical dimensions), and the use of Artificial Intelligence (AI) in project development and telemonitoring systems.
Focus Group 2 recommended modifying Competency 4.1.1 to explicitly include the concept of interdisciplinary collaboration.
The focus groups confirmed and refined the key findings emerging from the interviews, providing critical feedback for structural improvement, elimination of redundancies, and enhanced contextual coherence. The integration of these qualitative insights led to the final refinement of the competency framework, yielding a consolidated list of 126 competencies.
Based on these indications, a final content review excluded competencies judged as peripheral or overlapping with other professional roles, producing a working list of 114 competencies to be submitted to the e-Delphi survey.

4.1.4 Integration of qualitative and documentary evidence

The integration of all data sources (scientific literature, educational curricula, and qualitative expert input) produced a refined, evidence-informed list of competencies.
This process aimed to synthetize a coherent and contextually relevant framework for the FCN role.

The documentary sources, comprising 219 competencies extracted from the literature and institutional frameworks and 110 competencies derived from the Master's curricula review, were first subjected to rigorous consolidation through duplicate removal and conceptual merging. This initial synthesis resulted in an intermediate list of 126 non-redundant competencies.

These 126 competencies were then integrated with the findings from the qualitative exploration (semi-structured interviews and focus groups). This phase was crucial for ensuring both conceptual clarity and contextual alignment, through the following refinement steps:

- wording refinement: correcting ambiguities and improving the clarity and precision of each competency statement;
- structural reorganization: relocating items to the most appropriate macro-area to eliminate overlap and enhance internal consistency (e.g., moving research-related items to Innovation and Development);
- content filtering: excluding competencies considered non-pertinent to the FCN role in the Italian context, particularly those related to financial management and certain palliative care tasks deemed overlapping with the Home Care Nurse role.

Based on this comprehensive triangulation and the critical content audit informed by the focus group findings, the preliminary framework of 126 competencies was refined. his final filtering process, which removed items considered non-essential or outside the FCN remit, resulted in a working list of 114 competencies, organized across seven macro-areas, which was then used in the first e-Delphi round. (The summary of qualitative insights is reported in Appendix 8.)

4.2 Results from the expert consensus validation (e-Delphi method)

The refined competency framework was subsequently subjected to a multi-round e-Delphi procedure for comprehensive expert consensus validation, aimed at assessing the relevance and necessity of each competency statement.

4.2.1 E-Delphi panel characteristics

The expert panel was identified through a purposive sampling strategy, ensuring the inclusion of professionals with diverse expertise relevant to the FCN role. A total of 47 potential experts were initially invited to participate in the study. Selection was based on rigorous inclusion criteria encompassing three main domains of expertise: academic, clinical

(senior-level practice with ≥ 5 years of experience in territorial care), and strategic/institutional involvement.

The response and retention rates across the e-Delphi rounds were as follows:

- Round 1: Twenty-three (23) experts accepted the invitation and completed the first round, yielding a response rate of 48.9%;
- Round 2: Twenty-one (21) experts participated, maintaining a retention rate of 91.3% compared with the first round;
- Round 3: Eighteen (18) experts participated in the final validation phase, maintaining a retention rate of 85.7% compared with Round 2 and 78.3% relative to the initial panel.

Table 3 summarizes the participation and retention rates across the three e-Delphi rounds, alongside the progressive outcome of each consensus phase.

Table 3: E-Delphi panel participation and retention rates across the three rounds

Round	Experts invited	Participants	Retention rate (%)	Outcome
Round 1	47	23	—	Preliminary evaluation and qualitative refinement (114 → 107 competencies)
Round 2	47	21	91.3	prioritization and consensus measurement (107 → 60 competencies)
Round 3	47	18	-85.7 (from R2) -78.3 (from R1)	Final validation through binary judgment ("Yes/No") → 43 Core Competencies

The final composition of the panel ensured a balanced and representative set of perspectives across the various stakeholders involved in the FCN role in Italy.

Participants represented a strategic mix of:

- academics/researchers: experts in education, curricular development and professional training;
- senior clinical experts: professionals with direct experience, including FCNs in advanced roles and territorial nursing coordinators;
- strategic/institutional experts: professionals engaged in health policy, service organization, and professional regulation.

4.2.2 Round 1 – Refinement of Competencies List

In the first e-Delphi round, the preliminary list of 114 competencies was evaluated by 23 experts, who were invited to confirm, modify, or remove each item and provide qualitative feedback. The full qualitative feedback received from the experts is summarized in Appendix 9. The feedback generated a rich set of comments, highlighting terminological ambiguities, overlaps among items, and the need to better contextualize some competencies with respect to the specific scope of the FCN.

Main feedback themes

Experts' comments primarily focused on:

- Clarity and scope of competencies: several items were reformulated to specify the FCN's coordination and preventive role, avoiding overlap with general nursing or home-care functions. Terms such as *"patient"* were systematically replaced by *"person"* or *"individual"*, and the phrase *"family and community setting"* was preferred to better reflect the context of practice.
- Collaboration and interprofessionalism: many participants emphasized that several actions (e.g., social assessment, case management, planning of public health programs) should explicitly refer to team-based or shared activities, highlighting the FCN's integrative (not substitutive) function within territorial networks.
- Consistency and redundancy: some items were merged or removed due to redundancy or excessive generality (e.g., basic nursing competencies or duplications across domains).
- Emerging domains: experts proposed the inclusion of additional areas related to mental health, cultural competence, environmental sustainability, and communication with individuals with cognitive impairment

Revisions and reformulations

Following the analysis and synthesis of expert feedback from Round 1, several adjustments were made to enhance the clarity, specificity, and contextual coherence of the competency framework.

A total of 60 competencies (51.7%) were modified or reformulated, primarily to improve linguistic precision, avoid redundancy, and ensure alignment with the FCN role.

Eleven competencies were removed because they were deemed too general, overlapping with other items, or not sufficiently specific to the FCN profile (e.g., generic statements on leadership, teamwork, or data protection).

Forty-three competencies (37.1%) were confirmed without changes, as they were considered clearly relevant and well aligned with the FCN scope of practice.

Additionally, three new competencies were incorporated based on expert suggestions, reflecting emerging domains of practice and reinforcing the holistic perspective of the FCN role:

- 7.1.1 Evaluate needs and implement support and self-management interventions for common mental health conditions in the community (e.g., sleep disturbances, anxiety, mild-to-moderate depression), ensuring monitoring and appropriate coordination with specialist services to guarantee continuity of care.
- 7.1.2 Apply a culturally sensitive approach and ensure respect for rights and equity in care, taking into account cultural, religious, and life-course differences of individuals and families.
- 7.1.3 Integrate environmental protection and sustainability into health promotion and prevention practices at the family and community level, acknowledging the impact of environmental factors on well-being.

Finally, one additional competency initially marked for exclusion, 1.2.6 – "Analyze population data and plan proactive care responses", was reinstated following panel discussion and consensus, as experts considered it essential to the FCN's population health and planning functions.

As a result of these refinements, the competency list evolved from 114 to 107 items, distributed across the same seven macro-areas. The revised framework strengthened the focus on health promotion, preventive care, population-based approaches, interprofessional collaboration, and social determinants of health, providing a more coherent, comprehensive, and context-sensitive representation of the FCN's professional competencies.

4.2.3 Round 2 – prioritization and consensus measurement

In the second e-Delphi round, the revised list of 107 competencies was distributed to the 23 experts who had responded to the previous questionnaire. The second-round questionnaire was completed by 21 of them. Participants rated the priority and importance of each competency using a 10-point Likert scale (1 = Not important to 10 = Essential). This round aimed to quantify the level of consensus and to identify the competencies perceived as most essential for the FCN role. The detailed statistical summary, including mean, standard deviation, and IQR for each competency, is presented in Appendix 10.

Descriptive analysis

Across all competencies, the mean importance score was 8.87 ± 1.05, with a median of 9.0, indicating a high overall perceived relevance. The average interquartile range (IQR) was 1.58, suggesting good convergence of expert opinions. On average, 87.9% of experts rated each competency ≥ 8 ("important" to" essential") for FCN practice.

Using the predefined thresholds, 40% of competencies showed high consensus (IQR ≤ 1), 58% moderate consensus (1 < IQR ≤ 2), and only 2% low consensus (IQR > 2). Competencies with ≥ 80% of ratings ≥ 8 and an IQR ≤ 2 were retained for potential inclusion in the final framework.

Selection of competencies for Round 3

To select items for Round 3, stricter criteria were applied: competencies were advanced if they reached either ≥ 90% ratings ≥ 8 or an IQR ≤ 1. This resulted in 60 competencies being carried forward to the final validation round.

Reliability and concordance

Internal consistency reliability, assessed through Cronbach's α, was excellent for the overall instrument (α > 0.90) and across individual macro-domains (range = 0.82–0.95). The analysis of inter-rater agreement confirmed the quantitative robustness of the panel's judgments: Kendall's W = 0.71 indicated strong concordance in rank ordering, while Fleiss' κ = 0.68 showed substantial categorical agreement after recoding the ratings into three levels (low, moderate, high).

4.2.4 Identification of high-consensus competencies for Round 3

The third and final round of the e-Delphi process focused on the subset of 60 competencies that had satisfied the consensus and importance thresholds established in Round 2. This round aimed to achieve the definitive validation of the competencies considered indispensable for the FCN role. The list of the 60 competencies submitted for final validation is available in Appendix 11.

The questionnaire was distributed to the 21 experts who had completed the previous phase. Eighteen (18) experts were asked to provide a binary judgment ("Yes"/"No") for each item, indicating whether the competency was *absolutely indispensable* for the FCN role ("Yes") or merely *useful but not essential* ("No").

Quantitative results

A total of 60 competencies were included in this validation round. The overall agreement among experts on the essential nature of the proposed items was strong, with the average

proportion of "Yes" responses reaching 82.9%. The consensus results, detailing the number and percentage of competencies by consensus level, are summarized in Table 4 . Overall, 43 competencies (71.7% of the total) met the predetermined inclusion threshold (≥ 80% consensus) and were designated as Core FCN Competencies. Only 7 competencies (11.6%) did not meet the required threshold and were therefore excluded from the final core set.

Table 4: Final validation results – Number and percentage of competencies by consensus level

Consensus Level	Definition	Number of Competencies	Percentage (%)	Outcome
Very high consensus	≥ 90% "Yes" responses	16	26.7	**Retained as *Core FCN Competencies***
High consensus	80–89% "Yes" responses	27	45.0	**Retained as *Core FCN Competencies***
Moderate consensus	70–79% "Yes" responses	10	16.7	Classified as *Supporting Competencies* (relevant but non-core)
Low consensus	< 70% "Yes" responses	7	11.6	Excluded from the core set
Total		**60**	**100**	

Outcome and framework consolidation

The final validation confirmed 43 competencies as Core FCN Competencies, representing the essential and non-negotiable set required to perform the FCN role effectively across diverse territorial contexts (Appendix 12).

This outcome demonstrated the content stability and conceptual strength of the framework, providing a validated foundation for its application in education, professional practice, and policy development.

5. DISCUSSION

This study systematically mapped and validated the core professional competencies of Family and Community Nurses (FCNs) within the Italian healthcare context. Using a sequential exploratory mixed-methods design, we integrated evidence from scientific literature, educational curricula and the lived experiences of FCNs and key stakeholders, and then subjected the resulting framework to rigorous expert validation through an e-Delphi process.

The initial synthesis process yielded 219 distinct competency statements but also highlighted a structural limitation in the current literature: although competencies spanned seven macro-areas (detailed in Appendix 2), no unified or methodologically robust framework encompassed all domains. This gap indicated that existing frameworks inadequately captured both the clinical responsibilities and strategic organizational functions inherent to the FCN role. Therefore, the qualitative and e-Delphi phases were essential for moving beyond fragmented knowledge to achieve a consensus-based, integrated framework.

The qualitative phase contextualized the framework with semi-structured interviews and focus groups revealing that perceptions and priorities related to the FCN role varied significantly by professional background and regional context.

The implementation of the FCN role shows significant national variability despite AGENAS guidelines (2023), highlighting the need for a unified, validated framework. The qualitative phase revealed a diverse understanding of the FCN's identity, emphasizing community engagement, health promotion, and interprofessional collaboration. High-priority competencies included community assessment, leadership, autonomy, and population-level intervention planning, although regional and professional differences persist. Participants from the Veneto Region viewed the FCN as complementary to Home Care, with a focus on prevention and community education. In contrast, respondents from Lombardia, Emilia-Romagna, and Liguria reported overlapping roles, particularly in Palliative Care. This divergence reflects the tension between the holistic, process-oriented approach of the FCN and the more service-driven model of the Home Care Nurse. Focus groups confirmed the need to clarify role boundaries and reduce redundancies while maintaining complementarity, especially in the management of chronic disease and end-of-life care. Telemedicine and digital competencies were positively regarded, though their integration remain limited by structural and cultural barriers. Overall, these findings indicate that the FCN role is still evolving and that its identity is shaped by organizational systems and educational

backgrounds. This reinforces the importance of developing a standardized competency framework to guide its consistent implementation across regions.

The subsequent e-Delphi validation phase confirmed and expanded these insights, achieving a high level of expert consensus and stability across multiple rounds. Importantly, the first round of the e-Delphi process served a critical formative function beyond simple item confirmation. The qualitative feedback from experts in Round 1 (specifically the suggestions to modify, remove, or propose new items) was systematically analyzed and incorporated to produce the refined list of 107 competencies presented in Round 2. This step was essential, as it allowed the preliminary framework (developed from the literature, curricula, and qualitative interviews) to be shaped by the collective, immediate expertise of the final validation panel, thereby enhancing the contextual relevance and clarity of the items that ultimately achieved consensus. The iterative refinement between Round 1 and Round 2 was a key methodological factor in ensuring that the validated core set truly represented the indispensable elements of the FCN role.

The process led to the identification of 43 core competencies that Italian experts consider indispensable for the FCN role. These competencies confirm the FCN as an advanced professional figure positioned at the intersection of individual, family and community care, with responsibilities that extend beyond direct clinical care to include case management, health promotion, interprofessional collaboration and strategic leadership within territorial services.

Consistent with qualitative findings, e-Delphi results confirm the FCN's identity is anchored in leadership, relational competence, and proactive community assessment, positioning the role as central to integrated, people-centered territorial care.

The validated framework of 43 Core FCN Competency items aligns closely with the 28 competency items identified by Bagnasco et al. (2022), particularly in domains such as health needs assessment, care planning, education, collaboration, and ethical responsibility (Appendix 13). However, it expands on the previous model by detailing competencies related to case management, leadership, quality monitoring, and evidence-based decision-making, reflecting the FCN's growing organizational role in Italy. Additionally, this study introduces new competencies not present in Bagnasco et al.'s model (telemedicine, digital health, administrative management, cultural competence, sustainability, and reflective practice). Conversely, some competencies from Bagnasco et al., such as mentoring and delegation, were not retained as core but are embedded within broader domains. This study adapts and extends the ENhANCE framework for the Italian context, emphasizing the FCN's

role in chronic disease management, population health, digital innovation, equity, and sustainability, culminating in an empirically validated framework tailored to current territorial healthcare priorities.

Comparison Between the FCN Core Competency Framework and Competencies from Italian Postgraduate Master's Programs

Of the 43 core competencies validated by the e-Delphi process, 28 were found to be fully and explicitly covered within the analyzed Master's curricula. This high degree of convergence suggests that Italian postgraduate education already provides a solid basis for the FCN role, particularly concerning the fundamental clinical, managerial, and ethical dimensions of community nursing.

The analysis of the full set of 43 competencies highlights a potential for further, specific curricular refinement. While 28 competencies were fully present, 10 were partially present, and a critical set of 5 were entirely absent from the Master's content. A detailed, item-by-item comparison of the FCN Core Competencies and the Master's Coverage is presented in Appendix 14.

The most robust areas of alignment were evident across the following domains:

- Clinical and Frailty Management: Master's programs consistently prioritize competencies related to comprehensive individual and family assessment, frailty stratification, and the development of personalized care plans. The emphasis on home visits, telemonitoring, and community context evaluation (e.g., FCN 1.1.1, 1.1.2) indicates that the training is designed to address the complex management of chronic and fragile populations.
- Integrated Care and Continuity: There is a clear educational focus on the FCN's role as a coordinator. Curricula explicitly address care continuity, the use of established diagnostic and therapeutic pathways (PDTA), coordination within multiprofessional teams, and quality improvement processes (e.g., FCN 1.3.11, 4.1.4).
- Digital Health and Epidemiology: The Master's programs demonstrate a strong commitment to modern practice by incorporating competencies related to e-health systems, telemonitoring, electronic health records, and the use of epidemiological data for planning population-level interventions (e.g., FCN 4.2.6, 5.1.1).
- Professional and Ethical Standards: Foundational competencies covering ethics, legal responsibilities (including privacy), and the imperative for professional

accountability and lifelong learning were consistently present across the analyzed curricula.

Two distinct categories of gaps were identified:

Partialy Present Competencies

A total of ten competencies were identified as being partially present, meaning the underlying concepts were addressed but lacked explicit, competency-level articulation. These gaps primarily pertain to the relational and family-centered domains:

- Relational and Empowerment Skills: Competencies concerning advanced therapeutic communication, family-centered inclusiveness, and—crucially—the ability to promote patient empowerment and shared decision-making (e.g., FCN 6.1.14–6.1.17) are often implied or covered broadly. This indicates that while Masters recognize the importance of these skills, they may not yet formalize them to the explicit standard required by the FCN framework.
- Cultural Sensitivity: The competency related to culturally sensitive care (FCN 7.1.2) was also found to be present only indirectly, pointing to a need for more explicit integration of cultural competence into training modules.

Absent Competencies

A small subset of five core competencies was found to be entirely absent from the reviewed Master's curricula:

- Community Social Activation and Participation: A significant gap was identified concerning the FCN's strategic role in facilitating access to social support networks and promoting active citizen participation in health, a cornerstone of community nursing practice (FCN 5.2.5, 5.2.9). Whilst Masters discuss service networks, they do not explicitly address community activation or empowerment strategies.
- Application of Standardized Integrated Tools: Despite their centrality in Italian community care, formal, standardized integration and evaluation tools such as SVAMA (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano) and PAI (Piano Assistenziale Individuale), along with the use of clinical coaching and feedback, were not explicitly mentioned in any curriculum (FCN 5.2.10).
- Advance Care Planning (Law 219/17): The legal competency concerning advance care planning and informed consent as mandated by national Law 219/17 (FCN

5.2.15) was entirely absent. This legal and ethical omission is of particular significance given the FCN's role in managing individuals with chronic and complex conditions, where end-of-life decisions and advanced planning are routine responsibilities.

The comparison indicates that Italian Master's programs offer a robust, clinically-oriented foundation for the FCN role, particularly in the domains of chronic care management, digital literacy, and the coordination of integrated pathways.

However, the identified gaps (specifically the absence of content related to community empowerment, the application of standardized integrated assessment tools (SVAMA/PAI), and the legal framework for shared care planning) suggest that current postgraduate education has not yet fully adapted to the advanced, legally-defined, and strategic profile of the FCN.

To ensure that postgraduate training optimally prepares nurses for this vital professional role and contributes effectively to integrated, person-centered territorial care, targeted curricular updates must focus on these missing and underdeveloped domains. Aligning postgraduate education with the FCN Core Competency Framework will be instrumental in enhancing the professional profile and harmonizing FCN implementation across Italian regions.

6. LIMITATIONS

The expert panel comprised representatives from six Italian regions (Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, and Friuli Venezia Giulia) where the FCN role is actively implemented. Although this selection ensured a heterogeneous and relevant sample, it did not encompass all 21 Italian regions and autonomous provinces. Therefore, some regional healthcare contexts and organizational models may be underrepresented in the consensus.

Additionally, the attrition of participants from Round 1 to Round 3 may have introduced selection bias. Experts who continued were likely more motivated or aligned with the study's focus, while those who withdrew may have held differing perspectives.

7. CONCLUSIONS

This study identified and validated 43 core competencies for Family and Community Nurses in Italy, representing the essential requirements for effectively fulfilling the FCN role. The validated framework is comprehensive and evidence-based, and can be applied across education, practice and policy.

For Master's programmes, it provides clear guidance for curriculum design, ensuring the structured acquisition of advanced competencies. In clinical and community practice, it offers measurable standards for competency assessment, certification and reflective, evidence-informed care. From a policy and governance perspective, it gives decision-makers a robust reference for formally recognising, regulating and integrating the FCN role within primary and community care, thus supporting greater harmonisation of regional models.

The framework aligns with international efforts to standardise competencies for community and public health nurses while remaining tailored to the Italian territorial care context. Future research should focus on a national survey of FCN Master's graduates to examine perceived competency possession, acquisition during training and real-world application, thereby identifying potential gaps between training and practice and informing curriculum redesign. Beyond the specific case of the FCN, the mixed-methods approach adopted here offers a replicable model for developing and validating competency frameworks in other advanced nursing roles. By integrating leadership, digital innovation, sustainability and cultural competence, the validated FCN Competency Framework strengthens the professional foundation of community nursing and positions the FCN as a key agent in promoting health equity and resilience in ageing and increasingly complex societies.

REFERENCES

Azimirad, M., Paloniitty, R., Papathanasiou, I. V., Aleo, G., Catania, G., Pozzi, F., Bagnasco, A., & Turunen, H. (2023). Examining family and community nurses' core competencies in continuing education programs offered in primary health care settings: An integrative literature review. *Nurse Education in Practice*, *67*, 103561. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103561

Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Pozzi, F., Aleo, G., Watson, R., Hayter, M., Sasso, L., Rodrigues, C., Alvino, S., Musian, D., Roba, I., Turunen, H., Popa, A., Vicente, M., Papathanasiou, I. V., Fradelos, E. C., Kastanidou, S., Kleisiaris, C., … Stavropoulos, K. (2022). Core competencies for family and community nurses: A European e-Delphi study. *Nurse Education in Practice*, *60*, 103296. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103296

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

Council Recommendation of 24 November 2020 on Vocational Education and Training (VET) for Sustainable Competitiveness, Social Fairness and Resilience 2020/C 417/01 (2020). https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32020H1202%2801%29

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018a). *Designing and conducting mixed methods research* (Third edition). SAGE.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018b). *Designing and conducting mixed methods research* (Third edition). SAGE.

Decade of healthy ageing: Baseline report. (s.d.). Recuperato 20 novembre 2025, da https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900

DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: A balance of relationship and rigour. *Family Medicine and Community Health*, *7*(2), e000057. https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000057

Details for: European Conference on Nursing: › WHO HQ Library catalog. (s.d.). Recuperato 20 novembre 2025, da https://kohahq.searo.who.int/bib/16282

Dettaglio Deliberazione della Giunta Regionale—Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto. (s.d.). Recuperato 20 novembre 2025, da https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=512715

Flanagan, J., Beck, C. T., & Polit, D. F. (2025). *Polit and Beck's nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (Twelfth edition). Wolters Kluwer.

Gattrell, W. T., Logullo, P., Van Zuuren, E. J., Price, A., Hughes, E. L., Blazey, P., Winchester, C. C., Tovey, D., Goldman, K., Hungin, A. P., & Harrison, N. (2024). ACCORD (ACcurate COnsensus Reporting Document): A reporting guideline for consensus methods in biomedicine developed via a modified Delphi. *PLOS Medicine*, *21*(1), e1004326. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004326

Gazzetta Ufficiale. (s.d.). Recuperato 20 novembre 2025, da https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG

Gobbi, M., & Kaunonen, M. (s.d.). *Guidelines and Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing*.

Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(4), 1008–1015. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x

Health in the European Union – facts and figures. (s.d.). Recuperato 20 novembre 2025, da https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_in_the_European_Union_%E2%80%93_facts_and_figures

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

Musio, M. E., Zanini, M., Catania, G., Vassalini, L., Centanaro, R., Bariola, M., Ghiozzi, M., Santacroce, M., Bacigalupo, L., Razeto, G., Soldano, G., Bracco, L., Aleo, G., Manganello, F., Pozzi, F., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2022). Advancing nursing in Italy through the development and evaluation of an innovative postgraduate programme in Family and Community Nursing—A pilot study. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, E331 Pages. https://doi.org/10.15167/2421-4248/JPMH2022.63.2.2533

Niederberger, M., Köberich, S., & members of the DeWiss Network. (2021). Coming to consensus: The Delphi technique. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *20*(7), 692–695. https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab059

OECD & European Commission. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/b3704e14-en

Pawlak, N., Dart, C., Aguilar, H. S., Ameh, E., Bekele, A., Jimenez, M. F., Lakhoo, K., Ozgediz, D., Roy, N., Terfera, G., Ademuyiwa, A. O., Alayande, B. T., Alonso, N., Anderson, G. A., Anyanwu, S. N. C., Aregawi, A. B., Bandyopadhyay, S., Banu, T., Bedada, A. G., … Jayaraman, S. (2023). Academic global surgical competencies: A modified Delphi consensus study. *PLOS Global Public Health*, *3*(7), e0002102. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002102

Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the Protection of Natural Persons with Regard to the Processing of Personal Data and on the Free Movement of Such Data, and Repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation) (Text with EEA Relevance), 119 OJ L (2016). http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj

Uno studio europeo e-Delphi per identificare le competenze fondamentali per la definizione del percorso formativo dell'Infermiere di famiglia e di comunità. (2020, novembre 13). *Fnopi L'infermiere*. https://www.infermiereonline.org/2020/11/14/identificare-e-competenze-fondamentali/

SUPPLEMENTARY MATERIALS

Appendix 1- Literature review search strings

Appendix 2 - FCN Competencies from Literature Review

Appendix 3 - FCN Competencies from Masters' Curricula

Appendix 4 - Preliminary Competencies List

Appendix 5 - Full interview guide

Appendix 6 - Focus Group guide

Appendix 7 - Information regarding data protection and the privacy policy

Appendix 8 - Summary of qualitative insights

Appendix 9 - Qualitative Feedback and Item Revisions from Round 1 of the e-Delphi Process

Appendix 10 - Delphi_round2_statistical_summary

Appendix 11 - Delphi Round 3 Final Validation

Appendix 12 - Final FCN Core Competency Framework

Appendix 13 - Comparison with Bagnasco et al. (2022)

Appendix 14 - Comparison of FCN Core Competencies and Master's Coverage

Appendix 1- Literature review search strings

This Appendix presents the complete search strings utilized in the selected databases to identify relevant studies, as summarized in the Figure 1 flow diagram.

String No.	Database	Search Strategy (Full String)	Time limits and Filters	Total Record Found	Studies Selected
1	**PUBMED**	("Family nurse" OR "Community nurse" OR "Family and Community Nurse" OR "FCN") AND ("Core competencies" OR "Nursing competencies" OR "Professional competencies" OR "Skills" OR "Competency framework") AND ("Europe" OR "European")	Last 10 Years. Language: English, Italian.	8	**6**
2	**PUBMED**	(("Family Nursing"[Mesh]) OR ("Nurses, Community Health"[Mesh]) OR ("Primary Care Nursing"[Mesh])) AND (("Chronic Disease"[Mesh]) OR ("Multimorbidity"[Mesh]) OR ("Frail Elderly"[Mesh]))	Last 5 years. Only MESH. Language: English, Italian.	21	**2**
3	**PUBMED**	("Family nurse" OR "Community nurse" OR "Primary care nurse") AND ("chronic disease" OR "chronic conditions" OR "multimorbidity" OR "elderly patients" OR "older adults")	Last 5 years. Language: English, Italian.	74	**9**
4	**PUBMED**	((Family and community nurses) AND (Primary health care) AND (Nurse education in practice))	Last 10 Years. Language: English, Italian.	8	**2**
5	**PUBMED**	((family nurse[Title/Abstract]) OR (community nurse[Title/Abstract]) OR (family[Title/Abstract] and community nurse[Title/Abstract]) OR (FCN[Title/Abstract])) AND (role[Title/Abstract]) AND ((italy[Title/Abstract]) OR (italian[Title/Abstract]))	Last 10 Years. Fields: Title/Abstract. Language: English, Italian.	285	**5**
6	**PUBMED**	("Family nurse" OR "Community nurse" OR "Family and Community Nurse" OR "FCN") AND ("model*" OR "framework*")	Last 5 years. Language: English, Italian.	527	**13**

7	**PUBMED**	(competenc* OR "nurse practitioners") AND ("home-based care" OR "family practices")	Last 5 years. Filter: Full Text. Language: English, Italian.	38	**3**
8	**CINAHL**	("Family nurse" OR "Community nurse" OR "Family and Community Nurse" OR FCN) AND ("Core competencies" OR "Nursing competencies" OR "Professional competencies" OR Skills OR "Competency framework") AND (Europe OR European)	Last 5 years. Language: English, Italian.	6	**2**
9	**CINAHL**	("Family nurse" OR "Community nurse" OR "Primary care nurse") AND ("chronic disease" OR "chronic conditions" OR multimorbidity OR "elderly patients" OR "older adults")	Last 5 years. Filter: Full Text. Language: English, Italian.	48	**2**
10	**CINAHL**	"Family and community nurses" AND "Primary health care" AND "Nurse education in practice"	Last 5 years. Language: English, Italian.	2	**2**
11	**CINAHL**	("Family nurse" OR "Community nurse" OR "Family and Community Nurse" OR FCN) AND (role) AND (Italy OR italian)	Last 5 years. Language: English, Italian.	11	**3**
12	**EMBASE (Ovid)**	("Family nurse" OR "Community nurse" OR "Family and Community Nurse" OR FCN) AND ("Core competencies" OR "Nursing competencies" OR "Professional competencies" OR Skills OR "Competency framework") AND (Europe OR European)	Last 5 years. Language: English.	3	**2**
13	**EMBASE (Ovid)**	("Family nurse" OR "Community nurse" OR "Primary care nurse") AND ("chronic disease" OR "chronic conditions" OR multimorbidity OR "elderly patients" OR "older adults")	Last 10 years. Language: English.	95	**3**
14	**EMBASE (Ovid)**	("Family nurse" OR "Community nurse" OR "Family and Community Nurse" OR FCN) AND (role) AND (Italy OR italian)	Last 10 years. Language: English.	9	**4**
15	**EMBASE (Ovid)**	("Family nurse" OR "Community nurse" OR "Family and Community Nurse" OR FCN) AND (model* OR framework*)	Last 5 years. Filter: Full Text. Language: English.	610	**3**

Appendix 2 - FCN Competencies from literature review

Domain	Competencies
Care Process Management	Generate, manage and use clinical, research-based and statistical information (data) for planning care and prioritizing health- and illness-related activities.
Care Process Management	Monitoring and ensuring the quality of health care practice.
Care Process Management	Identify and assess the health status and health needs of individuals and families within the context of their cultures and communities.
Care Process Management	Monitoring chronic illness in the community.
Care Process Management	Patient safety role. Particularly in cognizance of the human factors.
Care Process Management	Competencies to ensure patient safety.
Care Process Management	Community health needs assessment to implement appropriate clinical interventions and mobilization.
Care Process Management	Assess the social, cultural, and economical context in which the nurse's patient lives.
Care Process Management	Know how to analyse the social-cultural context of the community in which you work.
Care Process Management	Perform a multidimensional nursing assessment.
Care Process Management	Assess the social and economical context in which the patient lives.
Care Process Management	Analytic assessment, cultural competence, program planning, and community dimensions of practice to pursue community health promotion goals together with the community multidisciplinary team.
Care Process Management	Multidimensional community health needs assessment to implement appropriate clinical interventions and care management.
Care Process Management	Plan, implement and assess nursing care to meet the needs of individuals, families, and the community within their scope of competence.
Care Process Management	Generate, manage and use clinical, research-based and statistical information (data) for planning care and prioritizing health- and illness-related activities.
Care Process Management	Set standards and evaluate the effectiveness of family health nursing activities.
Care Process Management	Defining a nursing care plan based on the needs of individuals and their families.
Care Process Management	Generate, manage and use clinical, research-based and statistical information (data) for planning care and prioritizing health- and illness-related activities.
Care Process Management	Participate in the prioritization of activities of the multidisciplinary team to address problems related to health and illness.
Care Process Management	Financial planning and management
Care Process Management	Community health needs assessment to implement appropriate clinical interventions and mobilization.
Care Process Management	Leadership and family and community policy development, implementation and evaluation.
Care Process Management	Multidimensional community health needs assessment to implement appropriate clinical interventions and care management.
Care Process Management	Planning for disaster prevention and decreasing the hazards for public health
Care Process Management	Coordinate and be accountable for managing nursing care, including that which they have delegated to other people and personnel in collaboration with the community healthcare team.
Care Process Management	Analytic assessment, cultural competence, program planning, and community dimensions of practice to pursue community health promotion goals together with the community multidisciplinary team.
Care Process Management	Defining a nursing care plan based on the needs of individuals and their families.
Care Process Management	Plan, implement and assess nursing care to meet the needs of individuals, families, and the community within their scope of competence.
Care Process Management	Care management competencies, according to the national strategic framework for chronic conditions.
Care Process Management	Monitoring chronic illness in the community.
Care Process Management	Coordinate and be accountable for managing nursing care, including that which they have delegated to other people and personnel in collaboration with the community healthcare team.
Care Process Management	Family and community care competencies, clinical competencies and case management.
Care Process Management	Clinical care competencies and case management.
Care Process Management	Monitoring and providing long-term care to people affected by chronic and rare illnesses on one community in collaboration with other members of the multidisciplinary team.
Care Process Management	Plan, initiate and provide care for families within their defined caseload.
Care Process Management	Provide patient education and build a therapeutic relationship with the patient.
Care Process Management	Patient centered care, family inclusive practice.
Care Process Management	Provision of advanced care in direct clinical care in the field of family and community care for people throughout their life cycle and for families in all stages, both in terms of their management and planning and development, according to the needs of the population and the demands of health services.

Care Process Management	Disease prevention, health protection, rehabilitation, and treatment, and alleviate patient suffering even during end of life. (Attuare programmi di prevenzione e protezione della salute, realizzare interventi di riabilitazione e trattamento e alleviare la sofferenza della persona, anche nel fine vita)
Care Process Management	Coordinate and be accountable for managing nursing care, including that which they have delegated to other people and personnel in collaboration with the community healthcare team. (Coordinare e assumersi la responsabilità della gestione dell'assistenza infermieristica – inclusi gli interventi delegati ad altri operatori – in collaborazione con il team sanitario di comunità.)
Care Process Management	Advocate, support and empower individuals and families to influence and participate in decisions concerning their health and wellbeing. (Promuovere, sostenere ed empowerizzare persone e famiglie affinché influenzino e partecipino alle decisioni riguardanti la propria salute e il proprio benessere)
Care Process Management	Analytic assessment, cultural competence, program planning, and community dimensions of practice to pursue community health promotion goals together with the community multidisciplinary team.
Care Process Management	Monitoring and providing long-term care to people affected by chronic and rare illnesses on one community in collaboration with other members of the multidisciplinary team.
Health Prevention and Promotion	Promote health in individuals, families and communities.
Health Prevention and Promotion	Support and empower individuals and families to influence and participate in decisions concerning their health.
Health Prevention and Promotion	Provide patient education and build a therapeutic relationship with the patient.
Health Prevention and Promotion	Analytic assessment, cultural competence, program planning, and community dimensions of practice.
Health Prevention and Promotion	Leadership and family and community policy development, implementation and evaluation.
Health Prevention and Promotion	Managing diversity and fostering inclusiveness
Health Prevention and Promotion	Assess the social and economical context in which the patient lives.
Health Prevention and Promotion	Accountability, in terms of working responsibly and making decisions based on evidence and taking into account the preferences and values of the families and the community, and the resources available.
Health Prevention and Promotion	Know how to analyse the social-cultural context of the community in which you work.
Health Prevention and Promotion	Attract potential health agents in the community (capacità di far emergere e ingaggiare risorse umane locali che, opportunamente formate, rafforzano l'efficacia delle azioni di salute pubblica perché parlano il linguaggio della comunità e ne condividono il contesto sociale e culturale.)
Health Prevention and Promotion	Public and community health competencies, related to the design of health education programs, epidemiological and environmental surveillance, and emergency and catastrophe situations.
Health Prevention and Promotion	Disease prevention, health protection, rehabilitation, and treatment, and alleviate patient suffering even during end of life. (Attuare programmi di prevenzione e protezione della salute, realizzare interventi di riabilitazione e trattamento e alleviare la sofferenza della persona, anche nel fine vita)
Health Prevention and Promotion	Advocate, support and empower individuals and families to influence and participate in decisions concerning their health and wellbeing. (Promuovere, sostenere ed empowerizzare persone e famiglie affinché influenzino e partecipino alle decisioni riguardanti la propria salute e il proprio benessere)
Health Prevention and Promotion	Analytic assessment, cultural competence, program planning, and community dimensions of practice to pursue community health promotion goals together with the community multidisciplinary team.
Health Prevention and Promotion	Leadership and family and community policy development, implementation and evaluation for purposes of health promotion.
Health Prevention and Promotion	Knowledge of systems thinking in Public Health Sciences for community participatory Health Promotion and Prevention.
Health Prevention and Promotion	Community health needs assessment to implement appropriate clinical interventions and mobilization.
Health Prevention and Promotion	Competencies to educate any member living in the same community, and as well as mentoring students and professionals of other disciplines to promote the health and wellbeing of the community.
Health Prevention and Promotion	Work together with the multidisciplinary to prevent disease and promote and maintain health.
Health Prevention and Promotion	Plan, implement and assess nursing care to meet the needs of individuals, families, and the community within their scope of competence.
Health Prevention and Promotion	Apply educational strategies to promote health and safety of individuals and families.
Health Prevention and Promotion	Involve individuals and families in decisions concerning their own health and wellbeing.
Health Prevention and Promotion	Mentoring students to promote the health and wellbeing of the community.
Health Prevention and Promotion	Assess the social, cultural, and economical context in which the nurse's patient lives.
Health Prevention and Promotion	Managing health promotion, education, treatment and monitoring supported by ICTs (e-Health)
Communication and Relationships	Work independently and as members of a team.
Communication and Relationships	Participate in the prioritization of activities of the multidisciplinary team to address problems related to health and illness.
Communication and Relationships	Support and empower individuals and families to influence and participate in decisions concerning their health.
Communication and Relationships	Participate in the prioritization of activities of the multidisciplinary team to address problems related to health and illness.

Communication and Relationships	Maintain professional relationships and a supportive collegiate role with colleagues.
Communication and Relationships	Provide patient education and build a therapeutic relationship with the patient.
Communication and Relationships	Enhanced communication competence and therapeutic relationship building.
Communication and Relationships	Ability to negotiate, provide counseling, mediate, and manage groups.
Communication and Relationships	Teaching individuals and families, as well as students and other professionals.
Communication and Relationships	Advocate, support and empower individuals and families to influence and participate in decisions concerning their health and wellbeing. (Promuovere, sostenere ed empowerizzare persone e famiglie affinché influenzino e partecipino alle decisioni riguardanti la propria salute e il proprio benessere)
Communication and Relationships	Ability to negotiate healthcare with patients and their families, with the multidisciplinary team and healthcare centers.
Communication and Relationships	Facilitate contacts of patients and families with social support networks present in the same community.
Communication and Relationships	Competencies to educate any member living in the same community, and as well as mentoring students and professionals of other disciplines to promote the health and wellbeing of the community.
Communication and Relationships	Communication competencies based on evidence in relation to a specific context.
Communication and Relationships	Ability to negotiate healthcare with patients and their families, with the multidisciplinary team and healthcare centers.
Communication and Relationships	Support and empower individuals and families to influence and participate in decisions concerning their health.
Communication and Relationships	Maintain professional relationships and a supportive collegiate role with colleagues.
Communication and Relationships	Provide patient education and build a therapeutic relationship with the patient.
Communication and Relationships	Enhanced communication competence and therapeutic relationship building.
Communication and Relationships	Patient centered care, family inclusive practice.
Communication and Relationships	Ability to negotiate, provide counseling, mediate, and manage groups.
Communication and Relationships	Teaching individuals and families, as well as students and other professionals.
Communication and Relationships	Advocate, support and empower individuals and families to influence and participate in decisions concerning their health and wellbeing. (Promuovere, sostenere ed empowerizzare persone e famiglie affinché influenzino e partecipino alle decisioni riguardanti la propria salute e il proprio benessere)
Communication and Relationships	Facilitate contacts of patients and families with social support networks present in the same community.
Communication and Relationships	Competencies to educate any member living in the same community, and as well as mentoring students and professionals of other disciplines to promote the health and wellbeing of the community.
Communication and Relationships	Apply educational strategies to promote health and safety of individuals and families.
Communication and Relationships	Involve individuals and families in decisions concerning their own health and wellbeing.
Communication and Relationships	Communication competencies based on evidence in relation to a specific context.
Communication and Relationships	Mentoring students to promote the health and wellbeing of the community.
Communication and Relationships	Maintain professional and interprofessional relationships and a supportive role with colleagues to ensure that professional standards are met.
Communication and Relationships	Managing health promotion, education, treatment and monitoring supported by ICTs (e-Health)
Digital Competences / Telemedicine	Managing health promotion, education, treatment and monitoring supported by ICTs (e-Health).
Evaluation and Continuous Improvement	Make decisions based on ethical principles.
Evaluation and Continuous Improvement	Generate, manage and use clinical, research-based and statistical information (data) for planning care and prioritizing health- and illness-related activities.
Evaluation and Continuous Improvement	Set standards and evaluate the effectiveness of family health nursing activities.
Evaluation and Continuous Improvement	Participate in the prioritization of activities of the multidisciplinary team to address problems related to health and illness.
Evaluation and Continuous Improvement	Manage change and act as agents for change.
Evaluation and Continuous Improvement	Monitoring and ensuring the quality of health care practice.
Evaluation and Continuous Improvement	Accountability, in terms of working responsibly and making decisions based on evidence and taking into account the preferences and values of the families and the community, and the resources available.
Evaluation and Continuous Improvement	Development of leadership skills to ensure clinical effectiveness and appropriateness..
Evaluation and Continuous Improvement	Enhanced clinical decision-making skills.
Evaluation and Continuous Improvement	Analytic assessment, cultural competence, program planning, and community dimensions of practice to pursue community health promotion goals together with the community multidisciplinary team.
Evaluation and Continuous Improvement	Defining a nursing care plan based on the needs of individuals and their families.
Evaluation and Continuous Improvement	Competencies to ensure patient safety.
Evaluation and Continuous Improvement	Clinical and healthcare decision-making skills.

Evaluation and Continuous Improvement	Development of nurse leadership and decision-making skills to ensure clinical and healthcare effectiveness and appropriateness.
Evaluation and Continuous Improvement	Set standards and evaluate the effectiveness of family health nursing activities.
Evaluation and Continuous Improvement	Monitoring and ensuring the quality of health care practice.
Evaluation and Continuous Improvement	Documentation and official certification in community and family nursing care. (e.g home health care).
Health Prevention and Promotion	Work together with the multidisciplinary to prevent disease and promote and maintain health.
Health Prevention and Promotion	Promote health in individuals, families and communities.
Health Prevention and Promotion	Provide patient education and build a therapeutic relationship with the patient.
Health Prevention and Promotion	Analytic assessment, cultural competence, program planning, and community dimensions of practice.
Health Prevention and Promotion	Systems thinking, Public health Sciences.
Health Prevention and Promotion	Community health assessment, interventions, mobilization.
Health Prevention and Promotion	Attract potential health agents in the community (capacità di far emergere e ingaggiare risorse umane locali che, opportunamente formate, rafforzano l'efficacia delle azioni di salute pubblica perché parlano il linguaggio della comunità e ne condividono il contesto sociale e culturale.)
Health Prevention and Promotion	Monitoring chronic illness in the community.
Health Prevention and Promotion	Public and community health competencies, related to the design of health education programs, epidemiological and environmental surveillance, and emergency and catastrophe situations.
Health Prevention and Promotion	Teaching individuals and families, as well as students and other professionals.
Health Prevention and Promotion	Use the best scientific evidence available, generate knowledge and disseminate the already existing knowledge.
Health Prevention and Promotion	Planning for disaster prevention and decreasing the hazards for public health
Health Prevention and Promotion	Disease prevention, health protection, rehabilitation, and treatment, and alleviate patient suffering even during end of life. (Attuare programmi di prevenzione e protezione della salute, realizzare interventi di riabilitazione e trattamento e alleviare la sofferenza della persona, anche nel fine vita)
Health Prevention and Promotion	Leadership and family and community policy development, implementation and evaluation for purposes of health promotion.
Health Prevention and Promotion	Knowledge of systems thinking in Public Health Sciences for community participatory Health Promotion and Prevention.
Health Prevention and Promotion	Community health needs assessment to implement appropriate clinical interventions and mobilization.
Health Prevention and Promotion	Competencies to educate any member living in the same community, and as well as mentoring students and professionals of other disciplines to promote the health and wellbeing of the community.
Health Prevention and Promotion	Work together with the multidisciplinary to prevent disease and promote and maintain health.
Health Prevention and Promotion	Apply educational strategies to promote health and safety of individuals and families.
Health Prevention and Promotion	Monitoring and providing long-term care to people affected by chronic and rare illnesses on one community in collaboration with other members of the multidisciplinary team.
Health Prevention and Promotion	Managing health promotion, education, treatment and monitoring supported by ICTs (e-Health)
Evaluation and Continuous Improvement	Generate, manage and use clinical, research-based and statistical information (data) for planning care and prioritizing health- and illness-related activities.
Evaluation and Continuous Improvement	Set standards and evaluate the effectiveness of family health nursing activities.
Evaluation and Continuous Improvement	Monitoring and ensuring the quality of health care practice.
Evaluation and Continuous Improvement	Monitoring chronic illness in the community.
Evaluation and Continuous Improvement	Public and community health competencies, related to the design of health education programs, epidemiological and environmental surveillance, and emergency and catastrophe situations.
Evaluation and Continuous Improvement	Monitoring people affected by chronic and rare illnesses on one community in collaboration with other members of the multidisciplinary team.
Evaluation and Continuous Improvement	Plan, implement and assess nursing care to meet the needs of individuals, families, and the community within their scope of competence.
Evaluation and Continuous Improvement	Monitoring and providing long-term care to people affected by chronic and rare illnesses on one community in collaboration with other members of the multidisciplinary team.
Evaluation and Continuous Improvement	Managing health promotion, education, treatment and monitoring supported by ICTs (e-Health)
Evaluation and Continuous Improvement	Generate, manage and use clinical, research-based and statistical information (data) for planning care and prioritizing health- and illness-related activities.
Evaluation and Continuous Improvement	Set standards and evaluate the effectiveness of family health nursing activities.
Evaluation and Continuous Improvement	Maintain professional relationships and a supportive collegiate role with colleagues.
Evaluation and Continuous Improvement	Display evidence of a commitment to lifelong learning and continuing professional development.
Evaluation and Continuous Improvement	Managing and negotiating health care delivery systems.
Evaluation and Continuous Improvement	Monitoring and ensuring the quality of health care practice.

Evaluation and Continuous Improvement	Accountability, in terms of working responsibly and making decisions based on evidence and taking into account the preferences and values of the families and the community, and the resources available.
Evaluation and Continuous Improvement	Patient safety role. Particularly in cognizance of the human factors.
Evaluation and Continuous Improvement	Development of leadership skills to ensure clinical effectiveness and appropriateness..
Evaluation and Continuous Improvement	Enhanced clinical decision-making skills.
Evaluation and Continuous Improvement	Documentation and official certification in community and family nursing care. (e.g home health care). Redigere, archiviare e certificare ufficialmente la documentazione infermieristica nelle cure di comunità e familiari (inclusa l'assistenza domiciliare) in conformità a standard professionali, normativi e di sicurezza dei dati
Evaluation and Continuous Improvement	Coordinate and be accountable for managing nursing care, including that which they have delegated to other people and personnel in collaboration with the community healthcare team. (Coordinare e assumersi la responsabilità della gestione dell'assistenza infermieristica – inclusi gli interventi delegati ad altri operatori – in collaborazione con il team sanitario di comunità.)
Evaluation and Continuous Improvement	Competencies to ensure patient safety.
Evaluation and Continuous Improvement	Development of nurse leadership and decision-making skills to ensure clinical and healthcare effectiveness and appropriateness.
Evaluation and Continuous Improvement	Systematically document their practice.
Evaluation and Continuous Improvement	Generate, manage and use clinical, research-based and statistical information (data) for planning care and prioritizing health- and illness-related activities.
Evaluation and Continuous Improvement	Documentation and official certification in community and family nursing care. (e.g home health care). Redigere, archiviare e certificare ufficialmente la documentazione infermieristica nelle cure di comunità e familiari (inclusa l'assistenza domiciliare) in conformità a standard professionali, normativi e di sicurezza dei dati
Leadership and Strategic Development	Manage change and act as agents for change.
Leadership and Strategic Development	Generate, manage and use clinical, research-based and statistical information (data) for planning care and prioritizing health- and illness-related activities.
Leadership and Strategic Development	Manage change and act as agents for change.
Leadership and Strategic Development	Display evidence of a commitment to lifelong learning and continuing professional development.
Leadership and Strategic Development	Managing and negotiating health care delivery systems.
Leadership and Strategic Development	Leadership and family and community policy development, implementation and evaluation.
Leadership and Strategic Development	Work independently and as members of a team.
Leadership and Strategic Development	Participate in the prioritization of activities of the multidisciplinary team to address problems related to health and illness.
Leadership and Strategic Development	Manage change and act as agents for change.
Leadership and Strategic Development	Leadership and family and community policy development, implementation and evaluation.
Leadership and Strategic Development	Managing and negotiating health care delivery systems.
Leadership and Strategic Development	Leadership and family and community policy development, implementation and evaluation.
Leadership and Strategic Development	Development of leadership skills to ensure clinical effectiveness and appropriateness..
Leadership and Strategic Development	Coordinate and be accountable for managing nursing care, including that which they have delegated to other people and personnel in collaboration with the community healthcare team. (Coordinare e assumersi la responsabilità della gestione dell'assistenza infermieristica – inclusi gli interventi delegati ad altri operatori – in collaborazione con il team sanitario di comunità.)
Leadership and Strategic Development	Mentoring students to promote the health and wellbeing of the community.
Leadership and Strategic Development	Development of nurse leadership and decision-making skills to ensure clinical and healthcare effectiveness and appropriateness.
Leadership and Strategic Development	Financial planning and management.
Leadership and Strategic Development	Development of leadership skills to ensure clinical effectiveness and appropriateness.
Data Management and Collaboration	Generate, manage and use clinical, research-based and statistical information (data) for planning care and prioritizing health- and illness-related activities.
Data Management and Collaboration	Monitoring and ensuring the quality of health care practice.
Data Management and Collaboration	Community health assessment, interventions, mobilization.
Data Management and Collaboration	Assess the social and economical context in which the patient lives.
Data Management and Collaboration	Know how to analyse the social-cultural context of the community in which you work.
Data Management and Collaboration	Documentation and official certification in community and family nursing care. (e.g home health care). Redigere, archiviare e certificare ufficialmente la documentazione infermieristica nelle cure di comunità e familiari (inclusa l'assistenza domiciliare) in conformità a standard professionali, normativi e di sicurezza dei dati

Data Management and Collaboration	Public and community health competencies, related to the design of health education programs, epidemiological and environmental surveillance, and emergency and catastrophe situations.
Data Management and Collaboration	Perform a multidimensional nursing assessment.
Data Management and Collaboration	Multidimensional community health needs assessment to implement appropriate clinical interventions and care management.
Data Management and Collaboration	Work independently and as members of a team.
Data Management and Collaboration	Participate in the prioritization of activities of the multidisciplinary team to address problems related to health and illness.
Data Management and Collaboration	Manage change and act as agents for change.
Data Management and Collaboration	Maintain professional relationships and a supportive collegiate role with colleagues.
Data Management and Collaboration	Managing and negotiating health care delivery systems.
Data Management and Collaboration	Clinical care competencies and case management.
Data Management and Collaboration	Care management competencies, according to the national strategic framework for chronic conditions.
Data Management and Collaboration	Know how to analyse the social-cultural context of the community in which you work.
Data Management and Collaboration	Patient centered care, family inclusive practice.
Data Management and Collaboration	Coordinate and be accountable for managing nursing care, including that which they have delegated to other people and personnel in collaboration with the community healthcare team. (Coordinare e assumersi la responsabilità della gestione dell'assistenza infermieristica – inclusi gli interventi delegati ad altri operatori – in collaborazione con il team sanitario di comunità.)
Data Management and Collaboration	Analytic assessment, cultural competence, program planning, and community dimensions of practice to pursue community health promotion goals together with the community multidisciplinary team.
Data Management and Collaboration	Knowledge of systems thinking in Public Health Sciences for community participatory Health Promotion and Prevention.
Data Management and Collaboration	Family and community care competencies, clinical competencies and case management.
Data Management and Collaboration	Ability to negotiate healthcare with patients and their families, with the multidisciplinary team and healthcare centers.
Data Management and Collaboration	Facilitate contacts of patients and families with social support networks present in the same community.
Data Management and Collaboration	Work together with the multidisciplinary to prevent disease and promote and maintain health.
Data Management and Collaboration	Monitoring and providing long-term care to people affected by chronic and rare illnesses on one community in collaboration with other members of the multidisciplinary team.
Data Management and Collaboration	Maintain professional and interprofessional relationships and a supportive role with colleagues to ensure that professional standards are met.
Data Management and Collaboration	Multidimensional community health needs assessment to implement appropriate clinical interventions and care management.
Leadership and Strategic Development	Make decisions based on ethical principles.
Leadership and Strategic Development	Work independently and as members of a team.
Leadership and Strategic Development	Display evidence of a commitment to lifelong learning and continuing professional development.
Leadership and Strategic Development	Accountability, in terms of working responsibly and making decisions based on evidence and taking into account the preferences and values of the families and the community, and the resources available.
Leadership and Strategic Development	Maintain professional and interprofessional relationships and a supportive role with colleagues to ensure that professional standards are met.
Leadership and Strategic Development	Generate, manage and use clinical, research-based and statistical information (data) for planning care and prioritizing health- and illness-related activities.
Leadership and Strategic Development	Manage change and act as agents for change.
Leadership and Strategic Development	Public and community health competencies, related to the design of health education programs, epidemiological and environmental surveillance, and emergency and catastrophe situations.
Leadership and Strategic Development	Use the best scientific evidence available, generate knowledge and disseminate the already existing knowledge.

Appendix 3 - FCN Competencies from Masters' Curricula

Domains	Competence
Care Process Management	Participate in the planning of health services, using advanced population health management tools to guide interventions based on the real needs of the population.
Care Process Management	Utilize digital tools and new technologies (telemedicine, tele-assistance) to make care interventions more effective and efficient.
Care Process Management	Utilize digital tools and new technologies (telemedicine and tele-assistance) to make care interventions more effective and efficient.
Care Process Management	Utilize information systems for population data analysis and intervention impact assessment.
Care Process Management	Management of acute and chronic health needs (assessment, planning, delivery, evaluation).
Care Process Management	Health Coaching for the empowerment and self-care of the individual and family.
Care Process Management	Management of acute and chronic health needs (assessment, planning, delivery, evaluation).
Care Process Management	Health Coaching for the empowerment and self-care of the individual and family.
Care Process Management	Management of acute and chronic health needs (assessment, planning, delivery, evaluation).
Care Process Management	Health Coaching for the empowerment and self-care of the individual and family.
Care Process Management	Design, management, and evaluation of care pathways in complex contexts (e.g., Hospital-Territory Network, Continuity of Care).
Care Process Management	Development of Health Coaching and motivational competencies for autonomy and self-care.
Care Process Management	Use of multidimensional assessment tools for frailty and chronic conditions.
Care Process Management	Utilize digital tools and new technologies (telemedicine and tele-assistance) to make care interventions more effective and efficient.
Care Process Management	Management of acute and chronic health needs (assessment, planning, delivery, evaluation).
Care Process Management	Health Coaching for the empowerment and self-care of the individual and family.
Care Process Management	Design, management, and evaluation of care pathways in complex contexts (e.g., Hospital-Territory Network, Continuity of Care).
Care Process Management	Development of Health Coaching and motivational competencies for autonomy and self-care.
Care Process Management	Use of multidimensional assessment tools for frailty and chronic conditions.
Care Process Management	Organizational and intervention planning competencies.
Care Process Management	Integration with social services and third sector resources.
Care Process Management	Community and family Health assessment.
Care Process Management	Health coaching and patient empowerment.
Care Process Management	Organizational and intervention planning competencies.
Care Process Management	Integration with social services and third sector resources.
Care Process Management	Community and family Health assessment.
Care Process Management	Health coaching and patient empowerment.
Care Process Management	Community and family Health assessment.
Care Process Management	Health coaching and patient empowerment.
Care Process Management	Exercise leadership and develop, implement, and evaluate policies for the family and community.
Care Process Management	Evaluate the family network and social supports, stratifying frailty.
Care Process Management	Manage health promotion, education, treatment, and monitoring supported by ICT technologies (e-Health).
Care Process Management	Evaluate the family network and social supports, stratifying frailty.
Care Process Management	Know how to provide palliative care in the context of Primary Care.
Care Process Management	Possess specific organizational competencies within the scope of Primary Care.
Care Process Management	Know how to manage psychological distress and addictions.
Communication and Relationships	Promote communication and counseling, supporting positive behaviors and empowering people toward active participation in their own health.
Communication and Relationships	Collaborate with social-health networks and local resources, such as voluntary associations and local services, integrating fully with General Practitioners, Free-Choice Pediatricians, and other health professionals.
Communication and Relationships	Promote communication and counseling for active participation in health.

Communication and Relationships	Promote communication and counseling, supporting positive behaviors and empowering people toward active participation in their own health.
Communication and Relationships	Collaborate in the planning and management of health services, using advanced population health management tools.
Communication and Relationships	Promotion of communication and counseling, supporting positive behaviors and empowering people toward active participation in their own health.
Communication and Relationships	Promotion of communication and counseling, supporting positive behaviors and empowering people toward active participation in their own health.
Communication and Relationships	Promotion of communication and counseling for active participation in health.
Communication and Relationships	Counseling and therapeutic communication competencies.
Communication and Relationships	Counseling and therapeutic communication competencies.
Communication and Relationships	Know how to promote and support self-management within the framework of chronic condition management.
Communication and Relationships	Provide patient education and build a therapeutic relationship with patients and their families.
Data Management and Collaboration	Organize individual or group health education sessions (in person and online), promoting awareness and active citizen involvement, in collaboration with health and non-health institutions.
Data Management and Collaboration	Value the role of the caregiver and collaboration with the social-health network and the territory.
Data Management and Collaboration	Network work and interprofessional and intersectoral collaboration.
Data Management and Collaboration	Network work and interprofessional and intersectoral collaboration.
Data Management and Collaboration	Network work and interprofessional and intersectoral collaboration.
Data Management and Collaboration	Collaboration and teamwork with health and social professionals.
Data Management and Collaboration	Value the role of the caregiver and collaboration with the social-health network and the territory.
Data Management and Collaboration	Network work and interprofessional and intersectoral collaboration.
Data Management and Collaboration	Collaboration and teamwork with health and social professionals.
Data Management and Collaboration	Work independently and as a member of a team.
Data Management and Collaboration	Know how to use the methodology of interprofessional network work.
Digital Competencies / Telemedicine	Competencies in telemedicine and e-health.
Digital Competencies / Telemedicine	Competencies in telemedicine and e-health.
Evaluation and Continuous Improvement	Promotion of health and well-being in all phases of life, with an evidence-based approach.
Evaluation and Continuous Improvement	Promotion of health and well-being in all phases of life, with an evidence-based approach.
Evaluation and Continuous Improvement	Know how to apply organizational models and quality assurance processes in the territorial context.
Leadership and Strategic Development	Identify and assess the health needs of people in all age groups, acting in terms of promotion, prevention, and health management.
Leadership and Strategic Development	Value the role of the caregiver, recognizing their contribution to the daily management of care.
Leadership and Strategic Development	Identify the health needs of communities, with particular attention to promotion, prevention, and health management.
Leadership and Strategic Development	Identify the health needs of people, acting in terms of promotion, prevention, and health management.
Leadership and Strategic Development	Contribute to the planning and management of health services using population health management tools.
Leadership and Strategic Development	Know how to identify health needs, with particular attention to promotion and prevention, and health management.
Leadership and Strategic Development	Planning and management of care in terms of population health, equity, and sustainability.
Leadership and Strategic Development	Know how to identify health needs, with particular attention to promotion and prevention, and health management.
Leadership and Strategic Development	Planning and management of care in terms of population health, equity, and sustainability.
Leadership and Strategic Development	Health promotion and management of prevention, screening, and epidemiological and environmental surveillance processes at the individual and community level.
Leadership and Strategic Development	Case Management for the integrated management of chronic conditions and frailty.
Leadership and Strategic Development	Development and management of digital competencies and telemedicine.
Leadership and Strategic Development	Health promotion and management of prevention, screening, and epidemiological and environmental surveillance processes at the individual and community level.
Leadership and Strategic Development	Case Management for the integrated management of chronic conditions and frailty.

Leadership and Strategic Development	Development and management of digital competencies and telemedicine.
Leadership and Strategic Development	Clinical and organizational Leadership competencies.
Leadership and Strategic Development	Health promotion and management of prevention, screening, and epidemiological and environmental surveillance processes at the individual and community level.
Leadership and Strategic Development	Case Management for the integrated management of chronic conditions and frailty.
Leadership and Strategic Development	Development and management of digital competencies and telemedicine.
Leadership and Strategic Development	Clinical and organizational Leadership competencies.
Leadership and Strategic Development	Management of territorial services and Case Management for integrated health pathways.
Leadership and Strategic Development	Identification of community health needs, with attention to promotion, prevention, and management.
Leadership and Strategic Development	Planning and management of care in terms of population health, equity, and sustainability.
Leadership and Strategic Development	Health promotion and management of prevention, screening, and epidemiological and environmental surveillance processes at the individual and community level.
Leadership and Strategic Development	Case Management for the integrated management of chronic conditions and frailty.
Leadership and Strategic Development	Development and management of digital competencies and telemedicine.
Leadership and Strategic Development	Clinical and organizational Leadership competencies.
Leadership and Strategic Development	Management of territorial services and Case Management for integrated health pathways.
Leadership and Strategic Development	Case management and chronic pathway management competencies.
Leadership and Strategic Development	Clinical and organizational leadership competencies.
Leadership and Strategic Development	Case management and chronic pathway management competencies.
Leadership and Strategic Development	Clinical and organizational leadership competencies.
Leadership and Strategic Development	Case management and chronic pathway management competencies.
Leadership and Strategic Development	Clinical and organizational leadership competencies.
Leadership and Strategic Development	Develop leadership competencies to ensure clinical and care effectiveness and appropriateness.
Leadership and Strategic Development	Know how to apply population stratification processes for risk management.
Leadership and Strategic Development	Know how to implement the prevention and management of chronic diseases.
Leadership and Strategic Development	Possess specific relational competencies aimed at health promotion and case management.
Leadership and Strategic Development	Know how to implement the management and primary, secondary, and tertiary prevention of chronic conditions.
Prevention and Health Promotion	Organize and conduct individual and group health education sessions, including through the use of digital tools.
Prevention and Health Promotion	Plan and manage care to achieve population health outcomes, equity, and sustainability of services.
Prevention and Health Promotion	Development of health education and health promotion programs.
Prevention and Health Promotion	Development of health education and health promotion programs.
Prevention and Health Promotion	Development of health education and health promotion programs.
Prevention and Health Promotion	Design and implement prevention and health promotion programs with a community focus.
Prevention and Health Promotion	Know how to apply organizational models in family and community nursing.

DMM
Dipartimento di Medicina Molecolare
Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
Presidente Prof.ssa Cristina Canova

Università degli Studi di Padova

Griglia per la valutazione delle Competenze dell'Infermiere di famiglia e/o Comunità

La presente Griglia si inserisce in uno studio volto ad esplorare a fondo il ruolo attuale e futuro dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC/IFoC), identificando le competenze chiave, i bisogni formativi e l'impatto dell'innovazione e della digitalizzazione. Per facilitarne la consultazione e la compilazione, la Griglia è suddivisa nelle macroaree di seguito indicate:

1. Gestione del Processo Assistenziale
    a. Accertamento
    b. Pianificazione
    c. Erogazione di Asssitenza
2. Comunicazione e Relazioni
    a. Comunicazione
    b. Educazione e Relazioni
3. Valutazione e Miglioramento Continuo
    a. Decision-Making
    b. Monitoraggio
    c. Qualità
    d. Documentazione
4. Leadership e Sviluppo Strategico
    a. Leadership

    b. Innovazione e Sviluppo
    c. Cambiamento
    d. Sviluppo Professionale
5. Gestione dei Dati e Collaborazione
    a. Gestione dei Dati
    b. Integrazione e Multidisciplinarietà
6. Prevenzione e Promozione della Salute
7. Competenze Digitali / Telemedicina

Istruzioni per la Compilazione della Griglia:

Per ciascuna delle 126 competenze elencate, le chiedo di attribuire un punteggio assegnare un numero da 1 a 7 per esprimere il tuo giudizio su quanto ritiene importante ciascuna competenza per il ruolo dell'Infermiere di Famiglia e/o Comunità.

Ogni numero corrisponde a un livello specifico:

1 - Per niente importante: La competenza non è rilevante per il ruolo dell'IFoC.

2 - Poco importante: La competenza ha scarsa rilevanza per il ruolo dell'IFoC.

3 - Abbastanza poco importante: La competenza ha una rilevanza limitata per il ruolo dell'IFoC.

4 - Né importante né irrilevante: Questo valore indica una posizione neutra. La competenza non è considerata né particolarmente importante né insignificante.

5 - Abbastanza importante: La competenza ha una buona rilevanza per il ruolo dell'IFoC.

6 - Importante: La competenza è decisiva o di grande valore.

7 - Estremamente importante: La competenza è assolutamente fondamentale e indispensabile per il ruolo dell'IFoC.

Durante l'intervista Le chiederò:

- di individuare, motivando la scelta, le 3 competenze che ritiene più importanti e prioritarie, fra quelle a cui ha assegnato un punteggio di 6 o 7
- di individuare, motivando la scelta, le 3 competenze che ritiene meno prioritarie, fra quelle a cui ha assegnato un punteggio di 1 o 2
- se ci sono competenze che, a suo avviso, mancano in questa lista ma che ritiene fondamentali per il ruolo dell'IFoC?
- se esistono aree di sovrapposizione o, al contrario, punti di potenziale conflitto o collaborazione con l'Infermiere di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)?
- valutare se i raggruppamenti delle competenze in macroaree o domini le sembrano adeguati e coerenti: in caso ritenga che alcuni raggruppamenti non siano appropriati, le chiederò come li riclassificherebbe o riorganizzerebbe;
- quali opportunità e quali criticità individua nell'integrazione della telemedicina nel lavoro quotidiano dell'IFeC/IFoC (per facilitare la riflessione, le competenze digitali sono state raggruppate nell'ultima parte di questa griglia).

-

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
COMPETENZA									
1. Gestione del Processo Assistenziale									**Note**
1.1 Accertamento		1	2	3	4	5	6	7	
1.1.1	Identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni sanitari di individui e famiglie nel loro contesto culturale e comunitario.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.1.2	Valutare i bisogni di salute della comunità, pianificare interventi e mobilitare le risorse.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.1.3	Effettuare valutazioni analitiche, sviluppare la competenza culturale, pianificare programmi e considerare le dimensioni comunitarie della pratica per perseguire gli obiettivi di promozione della salute della comunità, collaborando con il team multidisciplinare della comunità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.1.4	Condurre la valutazione multidimensionale dei bisogni sanitari della comunità per implementare interventi clinici e gestire appropriatamente l'assistenza.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.1.5	Valutare il contesto sociale, culturale ed economico in cui vive il paziente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.1.6	Effettuare una valutazione infermieristica multidimensionale.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.1.7	Saper analizzare il contesto socioculturale della comunità in cui si opera.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
COMPETENZA									
1. Gestione del Processo Assistenziale									**Note**
1.1 Accertamento		1	2	3	4	5	6	7	
1.1.8	Valutare la rete familiare e i supporti sociali, stratificando la fragilità al fine di elaborare piani assistenziali personalizzati.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.2 Pianificazione		1	2	3	4	5	6	7	
1.2.1	Pianificare, avviare ed erogare assistenza alle famiglie all'interno del proprio carico di pazienti definito.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.2.2	Definire un piano di assistenza infermieristica basato sui bisogni degli individui e delle loro famiglie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.2.3	Pianificare, implementare e valutare l'assistenza infermieristica per soddisfare i bisogni di individui, famiglie e comunità, nel rispetto del proprio ambito di competenza.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.2.4	Pianificare e realizzare interventi per la gestione di condizioni cliniche nell'adulto e nel bambino.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.2.5	Gestire attività sanitarie proattive, anticipando i bisogni della popolazione.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.2.6	Analizzare i dati di popolazione e pianificare risposte assistenziali proattive.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.2.7	Sviluppare progetti di assistenza focalizzati sui bisogni emergenti della popolazione.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.2.8	Pianificazione e gestione finanziaria.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.2.9	Pianificare e fornire interventi di assistenza specifici per famiglie e comunità, adattandoli ai diversi contesti.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
COMPETENZA									
1. Gestione del Processo Assistenziale									**Note**
1.2 Pianificazione		1	2	3	4	5	6	7	
1.2.10	Pianificare programmi di salute pubblica e gestire il case e risk management.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3 Erogazione di assisstenza		1	2	3	4	5	6	7	
1.3.1	Fornire assistenza infermieristica clinica e di case management a individui, famiglie e alla comunità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.2	Competenze nella gestione dell'assistenza, in accordo con il quadro strategico nazionale per le patologie croniche.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.3	Erogare interventi di assistenza domiciliare e di comunità, inclusa l'assistenza palliativa, utilizzando standard condivisi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.4	Supportare l'aderenza terapeutica e la capacità di auto-cura.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.5	Operare nei distretti, scuole, luoghi di lavoro, hospice e a domicilio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.6	Prendere in carico persone con fragilità, dipendenze e organizzare l'assistenza palliativa domiciliare.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.7	Applicare strumenti di valutazione della fragilità, condurre visite domiciliari e utilizzare il tele-monitoraggio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.8	Pianificare ed erogare interventi per patologie in età adulta e pediatrica.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.9	Coordinamento e Gestione dell'Assistenza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
COMPETENZA									
1. Gestione del Processo Assistenziale									**Note**
1.3 Erogazione di assisstenza		1	2	3	4	5	6	7	
1.3.10	Progettare, implementare e monitorare percorsi di cura e assistenza palliativa supportando l'auto-gestione.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.11	Progettare, monitorare e documentare percorsi di continuità assistenziale.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.12	Gestire e negoziare i sistemi di erogazione dell'assistenza sanitaria.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.13	Mappare e utilizzare la rete dei servizi territoriali e del terzo settore.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.14	Utilizzare modelli teorici IFeC per organizzare i servizi territoriali e garantire la continuità assistenziale.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.15	Coordinare e assumersi la responsabilità della gestione dell'assistenza infermieristica – inclusi gli interventi delegati ad altri operatori – in collaborazione con il team multidisciplinare	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.16	Gestire e negoziare l'organizzazione dell'erogazione dei servizi sanitari.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
1.3.17	Gestire piani di assistenza personalizzati, visite domiciliari e guidare team multiprofessionali	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7?

(Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)

COMPETENZA

2. Comunicazione e Relazioni									**Note**
2.1 Comunicazione		1	2	3	4	5	6	7	
2.1.1	Utilizzare tecniche di comunicazione e counseling per migliorare l'interazione con persone, famiglie e comunità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.1.2	Fornire educazione al paziente e costruire una relazione terapeutica con lo stesso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.1.3	Utilizzare competenze comunicative basate sulle evidenze in relazione a un contesto specifico.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.1.4	Capacità di negoziare l'assistenza sanitaria con i pazienti e le loro famiglie, con il team multidisciplinare e i centri sanitari.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.2 Educazione e Relazioni		1	2	3	4	5	6	7	
2.2.1	Realizzare interventi educativi adattati al contesto socioculturale.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.2.2	Avere la capacità di negoziare, offrire counseling, mediare e condurre gruppi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.2.3	Fornire educazione sanitaria a tutti i residenti della comunità e guidare (o affiancare) studenti e professionisti di altre discipline nel promuovere la salute e il benessere comunitario.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.2.4	Adottare un'assistenza centrata sul paziente e un approccio inclusivo verso la famiglia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.2.5	Coinvolgere individui e famiglie nelle decisioni riguardanti la propria salute e il proprio benessere.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
COMPETENZA									
2. Comunicazione e Relazioni									**Note**
	2.2 Educazione e Relazioni	1	2	3	4	5	6	7	
2.2.6	Fare da mentore agli studenti per promuovere la salute e il benessere della comunità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.2.7	Mantenere relazioni professionali e interprofessionali e un ruolo di supporto con i colleghi per garantire il rispetto degli standard professionali.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.2.8	Orientare utenti e caregiver attraverso i servizi sanitari e sociali.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.2.9	Insegnare a individui e famiglie, nonché a studenti e altri professionisti.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.2.10	Condurre colloqui motivazionali e attività educative a supporto delle comunità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2.2.11	Offrire educazione sanitaria al paziente e sviluppare una relazione terapeutica efficace.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3. Valutazione e Miglioramento Continuo									**Note**
	3.1 Decision-Making	1	2	3	4	5	6	7	
3.1.1	Selezionare interventi prioritari, delegare e promuovere iniziative di sanità pubblica.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.1.2	Sviluppare e rafforzare competenze decisionali cliniche e sanitarie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
COMPETENZA									
3. Valutazione e Miglioramento Continuo									**Note**
3.2 Monitoraggio		1	2	3	4	5	6	7	
3.2.1	Definire standard e valutare l'efficacia delle attività infermieristiche di salute familiare.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.2.2	Monitorare le malattie croniche nella comunità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.2.3	Monitorare le persone affette da malattie croniche e rare nella comunità, in collaborazione con gli altri membri del team multidisciplinare.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.2.4	Gestire promozione della salute, educazione, trattamento e monitoraggio supportati dalle tecnologie ICT (e-Health).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.2.5	Progettare, implementare e monitorare percorsi assistenziali e cure palliative favorendo l'autogestione.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.2.6	Applicare strumenti di valutazione della fragilità, condurre visite domiciliari e utilizzare il telemonitoraggio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.3 Qualità		1	2	3	4	5	6	7	
3.3.1	Possedere competenze per garantire la sicurezza del paziente, con particolare attenzione ai fattori umani.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.3.2	Gestire i rischi dell'assistenza clinica e promuovere la sicurezza del paziente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.3.3	Dimostrare impegno verso l'apprendimento permanente e lo sviluppo professionale continuo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.3.4	Garantire la sicurezza dei dati e la continuità dell'assistenza a distanza.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
COMPETENZA									
3. Valutazione e Miglioramento Continuo									**Note**
	3.3 Qualità	1	2	3	4	5	6	7	
3.3.5	Mantenere relazioni professionali e interprofessionali e un ruolo di supporto con i colleghi per garantire che gli standard professionali siano rispettati.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.3.6	Monitorare e garantire la qualità della pratica assistenziale.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.3.7	Verificare e monitorare gli esiti di salute per garantire efficacia e qualità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.3.8	Definire standard e valutare l'efficacia delle attività infermieristiche per la salute della famiglia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	3.4 Documentazione	1	2	3	4	5	6	7	
3.4.1	Documentare sistematicamente la propria pratica.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.4.2	Gestire la documentazione e la certificazione ufficiale nell'assistenza infermieristica di comunità e famiglia (ad esempio, l'assistenza domiciliare).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4. Leadership e Sviluppo Strategico									**Note**
	4.1 Leadership	1	2	3	4	5	6	7	
4.1.1	Lavorare in modo autonomo e come membri di un team.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.1.2	Esercitare la leadership e sviluppare, implementare e valutare politiche per la famiglia e la comunità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.1.3	Sviluppare competenze di leadership per garantire efficacia e appropriatezza clinica e assistenziale.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
COMPETENZA									
4. Leadership e Sviluppo Strategico									**Note**
4.1 Leadership		1	2	3	4	5	6	7	
4.1.4	Mantenere relazioni professionali e interprofessionali e un ruolo di supporto con i colleghi per garantire che gli standard professionali siano rispettati.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2 Innovazione e Sviluppo		1	2	3	4	5	6	7	
4.2.1	Utilizzare le migliori evidenze scientifiche disponibili, generare nuova conoscenza e diffondere quella già esistente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2.2	Utilizzare le evidenze e partecipare a progetti di ricerca trasferendone i risultati.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2.3	Condurre revisioni della letteratura e reperire le migliori evidenze per pianificare l'assistenza.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2.4	Applicare metodologie di ricerca e gestire il rischio clinico nei contesti comunitari.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2.5	Contribuire all'ampliamento dell'offerta territoriale e alla diffusione di pratiche innovative.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2.6	Utilizzare piattaforme di telemonitoraggio e strumenti di e-health.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2.7	Utilizzare strumenti di telemedicina e monitorare le apparecchiature domiciliari.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2.8	Utilizzare sistemi informatici, cartelle cliniche elettroniche e telemedicina per garantire la continuità assistenziale.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
COMPETENZA									
4. Leadership e Sviluppo Strategico									**Note**
4.3 Cambiamento		1	2	3	4	5	6	7	
4.3.1	Gestire la diversità e promuovere l'inclusione.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.3.2	Gestire il cambiamento e agire come agenti del cambiamento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.4 Sviluppo Professionale		1	2	3	4	5	6	7	
4.4.1	Lavorare in autonomia e come membri di un team.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.4.2	Prendere decisioni basate su principi etici.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.4.3	Dimostrare impegno verso l'apprendimento permanente e lo sviluppo professionale continuo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.4.4	Mantenere relazioni professionali e un ruolo di supporto collegiale con i colleghi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.4.5	Assumersi la responsabilità del proprio operato, prendendo decisioni basate sulle evidenze e tenendo conto delle preferenze e dei valori delle famiglie e della comunità, nonché delle risorse disponibili.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.4.6	Sviluppare competenze di leadership, gestione dei conflitti, lavoro di squadra e gestione dello stress, con attenzione alla gestione di sé e allo sviluppo personale.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
COMPETENZA									
5. Gestione dei dati e collaborazione									**Note**
5.1 Gestione dei dati		1	2	3	4	5	6	7	
5.1.1	Generare, gestire e utilizzare informazioni (dati) cliniche, basate sulla ricerca e statistiche, per pianificare l'assistenza e dare priorità alle attività correlate alla salute e alla malattia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.1.2	Valutare il contesto sociale ed economico in cui vive il paziente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.1.3	Eseguire una valutazione infermieristica multidimensionale.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.1.4	Raccogliere e interpretare dati epidemiologici e demografici per stratificare la fragilità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.1.5	Utilizzare i sistemi informativi aziendali per la gestione della qualità e del rischio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.1.6	Analizzare i dati di popolazione e pianificare risposte assistenziali proattive.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.2 Integrazione e Multidisciplinarietà		1	2	3	4	5	6	7	
5.2.1	Lavorare in modo autonomo e come membri di un team.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.2.2	Partecipare alla definizione delle priorità delle attività del team multidisciplinare per affrontare problemi legati alla salute e alla malattia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.2.3	Mantenere relazioni professionali e un ruolo di supporto e collaborazione con i colleghi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
COMPETENZA									
5. Gestione dei dati e collaborazione									**Note**
5.2 Integrazione e Multidisciplinarietà		1	2	3	4	5	6	7	
5.2.4	Possedere competenze nella gestione dell'assistenza, in conformità al quadro strategico nazionale per le patologie croniche.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.2.5	Facilitare i contatti di pazienti e famiglie con le reti di supporto sociale presenti nella comunità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.2.6	Lavorare in team interprofessionali, organizzare riunioni di caso e debriefing.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.2.7	Lavorare in team multiprofessionali e coordinare l'integrazione tra i servizi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.2.8	Progettare, coordinare e monitorare percorsi di cura integrati garantendo la continuità ospedale-territorio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.2.9	Promuovere l'integrazione tra servizi sanitari e sociali e stimolare la partecipazione attiva dei cittadini.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.2.10	Applicare strumenti di integrazione (SVAMA, PAI), coaching e feedback clinico.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.2.11	Attuare modelli organizzativi regionali e integrare i percorsi di cura (PDTA).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.2.12	Applicare i percorsi di cura (PDTA) e le raccomandazioni cliniche nella pratica di comunità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.2.13	Integrare competenze specialistiche in ambito psichiatrico, geriatrico, oncologico, pediatrico e neuromotorio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
COMPETENZA									
5. Gestione dei dati e collaborazione									**Note**
	5.2 Integrazione e Multidisciplinarietà	1	2	3	4	5	6	7	
5.2.14	Garantire la presa in carico e la continuità delle cure tra ospedale e territorio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5.2.15	Contribuire alla pianificazione condivisa delle cure in conformità alla Legge 219/17.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6. Prevenzione e Promozione della Salute									**Note**
	6.1 Prevenzione e Promozione della Salute	1	2	3	4	5	6	7	
6.1.1	Promuovere la salute di individui, famiglie e comunità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.2	Applicare il pensiero sistemico alle Scienze della Salute Pubblica per la promozione della salute e la prevenzione partecipata con la comunità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.3	Far emergere e ingaggiare potenziali agenti di salute nella comunità (risorse umane locali che, opportunamente formate, rafforzano l'efficacia delle azioni di salute pubblica perché parlano il linguaggio della comunità e ne condividono il contesto sociale e culturale).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.4	Possedere competenze di sanità pubblica e comunitaria, relative a: progettare programmi di educazione sanitaria, effettuare sorveglianza epidemiologica e ambientale, e gestire le emergenze e le situazioni catastrofiche.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.5	Pianificare la prevenzione delle catastrofi e ridurre i rischi per la salute pubblica.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
COMPETENZA									
6. Prevenzione e Promozione della Salute									**Note**
6.1 Prevenzione e Promozione della Salute		1	2	3	4	5	6	7	
6.1.6	Attuare programmi di prevenzione e protezione della salute, realizzare interventi di riabilitazione e trattamento e alleviare la sofferenza della persona, anche nel fine vita.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.7	Collaborare con il team multidisciplinare per prevenire le malattie e promuovere e mantenere la salute.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.8	Applicare strategie educative per promuovere la salute e la sicurezza di individui e famiglie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.9	Identificare e attuare iniziative per rafforzare i fattori di prevenzione e protezione nei contesti comunitari.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.10	Gestire la promozione della salute, l'educazione, il trattamento e il monitoraggio supportati dalle tecnologie ICT (e-Health).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.11	Progettare iniziative preventive e promuovere stili di vita sani.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.12	Applicare i principi dell'epidemiologia e gestire programmi di prevenzione e promozione di stili di vita salutari.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.13	Progettare, supervisionare e valutare iniziative di prevenzione primaria e secondaria.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.14	Coinvolgere individui e famiglie nelle decisioni riguardanti la propria salute e il proprio benessere.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
COMPETENZA									
6. Prevenzione e Promozione della Salute									**Note**
6.1 Prevenzione e Promozione della Salute		1	2	3	4	5	6	7	
6.1.15	Creare programmi di promozione ed educazione alla salute che favoriscano il coinvolgimento attivo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.16	Sostenere, supportare e responsabilizzare individui e famiglie per influenzare e partecipare alle decisioni riguardanti la loro salute e il loro benessere.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.17	Promuovere l'auto-responsabilizzazione di persona, famiglia e comunità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7? (Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)									
Competenze Digitali / Telemedicina									**Note**
		1	2	3	4	5	6	7	
1.3.7	Applicare strumenti di valutazione della fragilità, condurre visite domiciliari e utilizzare il tele-monitoraggio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.2.4	Gestire promozione della salute, educazione, trattamento e monitoraggio supportati dalle tecnologie ICT (e-Health).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3.2.6	Applicare strumenti di valutazione della fragilità, condurre visite domiciliari e utilizzare il telemonitoraggio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7?

(Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)

	Competenze Digitali / Telemedicina	1	2	3	4	5	6	7	**Note**
4.2.1	Utilizzare le migliori evidenze scientifiche disponibili, generare nuova conoscenza e diffondere quella già esistente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2.2	Utilizzare le evidenze e partecipare a progetti di ricerca trasferendone i risultati.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2.3	Condurre revisioni della letteratura e reperire le migliori evidenze per pianificare l'assistenza.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2.4	Applicare metodologie di ricerca e gestire il rischio clinico nei contesti comunitari.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2.5	Contribuire all'ampliamento dell'offerta territoriale e alla diffusione di pratiche innovative.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2.6	Utilizzare piattaforme di telemonitoraggio e strumenti di e-health.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2.7	Utilizzare strumenti di telemedicina e monitorare le apparecchiature domiciliari.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.2.8	Utilizzare sistemi informatici, cartelle cliniche elettroniche e telemedicina per garantire la continuità assistenziale.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.4.1	Lavorare in autonomia e come membri di un team.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.4.2	Prendere decisioni basate su principi etici.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.4.3	Dimostrare impegno verso l'apprendimento permanente e lo sviluppo professionale continuo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.4.4	Mantenere relazioni professionali e un ruolo di supporto collegiale con i colleghi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Considerando il ruolo dell'IFoC, quanto ritiene importante queste competenze in una scala da 1 a 7?

(Selezioni un numero da 1 a 7 per ogni competenza, dove la scala è la seguente: **1** = Per niente importante; **2** = Poco importante; **3** = Abbastanza poco importante; **4** = Né importante né irrilevante; **5** = Abbastanza importante; **6** = Importante; **7** = Estremamente importante)

Competenze Digitali / Telemedicina									**Note**
		1	2	3	4	5	6	7	
4.4.5	Assumersi la responsabilità del proprio operato, prendendo decisioni basate sulle evidenze e tenendo conto delle preferenze e dei valori delle famiglie e della comunità, nonché delle risorse disponibili.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4.4.6	Sviluppare competenze di leadership, gestione dei conflitti, lavoro di squadra e gestione dello stress, con attenzione alla gestione di sé e allo sviluppo personale.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.10	Gestire la promozione della salute, l'educazione, il trattamento e il monitoraggio supportati dalle tecnologie ICT (e-Health).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Appendix 5- Full Interview Guide

This semi-structured guide was used to ensure comparability across interviews while allowing for flexibility and in-depth exploration of emerging topics. The interview was based on the preliminary version of the 126-item FCN Competency Framework, developed through an integrative review of the literature, analysis of formal educational curricula, and synthesis of existing national and international frameworks.

Introductory Information

- Interview Title: Family and Community Nurse Competencies Interview
- Anticipated duration: 20-30 minutes
- Format: Semi-structured Interview

Opening and Consent (≈ 2 min)

Steps

1. Welcome and thanks
2. Brief explanation of the study's purpose and expected duration.
3. Guarantee anonymity and confidentiality; ask for consent for audio recording
4. Transition: "Let's start with your view on the current role of the FCN."

1. Current Role and Distinctive Competencies (≈ 6-7 min)

Main Questions

1.1 Which three competencies do you consider most important today for an FCN?

- **Objective:** Identify perceived key competencies
- **Probing Questions (when appropriate):** Ask for concrete examples of daily application

1.2 What is the most evident difference between the FCN and the Home Care Nurse?

- **Objective**: Elicit differences compared to Home Care
- **Probing Questions (when appropriate):** Are these differences recognized by all stakeholders? Are there overlaps or conflicts/collaboration points?

2. Gaps and training Needs (≈5-6 min)

Main Questions

2.1 Which competency, in your opinion, is most lacking in the current practice of FCNs? Why?

- **Objective:** Identify competency gaps

- **Probing Questions (when appropriate):** Does this depend on training, resources, or role recognition?

2.2 Please indicate the two training/development priorities that should be implemented immediately for the role.

- **Objective:** Define training priorities

3. Telemedicine and future vision (≈5-6 min)

Main Questions

3.1 What is the most important digital competency the FCN should possess?

- **Objective**: Required Digital Competencies
- **Probing Questions (when appropriate):** Are there specific platforms or tools that should be mastered?

3.2 What opportunities and what critical issues do you see in integrating telemedicine into daily work?

- **Objective:** Opportunities and Challenges

3.3 In one sentence, how do you imagine the FCN in 5-10 years in terms of competencies and operations?

- **Objective:** Future Vision

4. Competency Ranking Discussion (≈ 5-6 min)

(Note: The ranking is completed by the participant before the interview)

Introductory Phrase: "Have you had a chance to reflect on the list of competencies I sent you?"

- 4.1 Which competencies did you identify as most critical for the effectiveness of the FCN role in the current and future context?
- 4.2 Among the competencies you indicated as the top 3, which is the most important and why?
- 4.3 Which competencies did you identify as least critical?
- 4.4 And among the bottom 3, which do you consider least critical and why?
- 4.5 Was there any competency you found difficult to classify? Why?
- 4.6 Do the groupings of competencies into macro-areas/domains seem adequate and coherent to you? (If you believe some groupings are not appropriate, how would you reclassify/reorganize the competencies?)

5. Closing (≈ 2 min)

- 5.1 Summary and final thanks.
- 5.2 Request to stop the recording.
- 5.3 Offer to share final study results.

Appendix 6 - Focus Group Guide

This focus group guide was used to facilitate structured group discussions aimed at refining and validating the FCN Competency Framework derived from the interview phase.

Introductory Information

- Focus Group Title**:** FCN Competency Framework Refinement and Validation
- Anticipated duration: 60–90 minutes
- Participants: A total of nine professionals took part in the two Focus Groups.
    - Focus Group 1 (n = 4): Four nurses from the Veneto, Emilia-Romagna, and Lombardy Regions.
    - Focus Group 2 (n = 5): Four nurses and one medical doctor (a physician from the Territorial Function Directorate), representing the Veneto and Lombardy Regions.

  All participants had a minimum of three years of professional experience in primary or territorial care and provided informed consent prior to participation.

I. Opening and Session Objectives

At the beginning of the connection/session:

Introduce the session and explain the following objectives of the Focus Group:

- to refine the preliminary FCN Competencies List;
- to select and remove non-priority or non-FCN-relevant competencies;
- to reduce duplications, correct inadequate placements among macro-areas/domains, and clarify terms or ambiguities;
- to gather opinions on telemedicine, boundaries/synergies with Home Care, and missing competencies;
- to compare opinions, explore motivations, and find common viewpoints to achieve final consensus.

II. Discussion Questions

(Use the following questions to stimulate discussion and achieve the stated objectives, facilitating a comparison of perspectives.)

1. Prioritization and Focus of Core Competencies

- Goal: To understand which competencies are perceived as priorities by the group.
- Discussion Prompt: "Based on your individual interviews, the most important competencies for the FCN emerged as those related to the community approach, patient relationship, and leadership. (Presenting the TOP Ranking Competencies List). Are you in agreement with this synthesis?"

- Key Question: "Is there any competency, among those you voted as 'extremely important,' that you feel deserves particular attention at this current stage of the role's launch?"

2. Competency Removal and Framework Reduction
   - Goal: To achieve group consensus on which competencies to remove.
   - Discussion Prompt: "From the interviews, certain competencies were deemed less relevant or the responsibility of other professional figures, such as financial planning or palliative care assistance. (Presenting the BOTTOM Ranking Competencies List). Which three or four competencies, among those you evaluated as least important, would you propose eliminating from the framework?"
   - Key Question: "Why, in your opinion, are these specific competencies not essential for the FCN role?"
3. Overlap with Home Care Nursing
   - Goal: To understand the group's position on the operational overlap with the Home Care Nurse.
   - Discussion Prompt: "Your interviews highlighted two perspectives on the relationship between the FCN and the Home Care Nurse: some see the roles as complementary and distinct, while others identify areas of operational overlap."
   - Key Question 1: "In your view, what are the most critical boundary areas?"
   - Key Question 2: "How can this overlap be managed to transform it into effective collaboration rather than conflict?"
4. Future Opportunities and Challenges
   - Goal: To identify competencies the group would integrate into the Framework as future opportunities.
   - Discussion Prompt: "During the interviews, many of you suggested integrating new aspects into the competencies list, such as managing cultural barriers, the concept of 'fragility' in its different dimensions (social, psychological, and physical), and Artificial Intelligence."
   - Key Question 1 (Integration): "If you could choose one of these areas, which would you deem most urgent to include in a training program for today's FCN, and why?"
   - Key Question 2 (Telemedicine): "Regarding telemedicine, which you widely saw as a great opportunity, what are the two main critical issues that, if left unresolved, will limit its potential? And what solutions do you propose to overcome them?"
5. Framework Structure and Organization
   - Goal: To gather opinions on the structure of the Competencies List (for final revision).

- Discussion Prompt: "Concerning the structure of the framework, many of you proposed reorganizing some competencies, eliminating redundancies, or relocating certain items to make it more coherent."
- Key Question: "If you had one suggestion to make the structure more effective at an operational level, what would it be?"

III. Closing

- Final summary and thanks.
- Information on the next steps of the study.

TOP FCN Competencies emerged from the interviews

No.	TOTAL CITATIONS	%	COMPETENCY DESCRIPTION
1.1.3	11	58%	Conduct analytical assessments, develop cultural competence, plan programs, and consider the community dimensions of practice to pursue community health promotion goals, collaborating with the community multidisciplinary team.
4.1.1	10	53%	Work autonomously and as members of a team.
1.1.2	9	47%	Assess community health needs, plan interventions, and mobilize resources.
1.1.7	9	47%	Know how to analyze the socio-cultural context of the community in which they operate.
1.1.8	9	47%	Evaluate the family network and social supports, stratifying frailty in order to develop personalized care plans.
2.2.3	9	47%	Provide health education to all community residents and guide (or mentor) students and professionals from other disciplines in promoting community health and well-being.
4.1.2	9	47%	Exercise leadership and develop, implement, and evaluate policies for the family and community.
4.4.5	9	47%	Assume responsibility for their actions, making evidence-based decisions and considering the preferences and values of families and the community, as well as available resources.
1.1.1	8	42%	Identify and assess the health status and health needs of individuals and families within their cultural and community context.
1.1.4	8	42%	Conduct the multidimensional assessment of community health needs to implement clinical interventions and appropriately manage care.
1.1.5	8	42%	Assess the social, cultural, and economic context in which the patient lives.
1.1.6	8	42%	Perform a multidimensional nursing assessment.

1.2.2	7	37%	Define a nursing care plan based on the needs of individuals and their families.
1.2.3	7	37%	Plan, implement, and evaluate nursing care to meet the needs of individuals, families, and the community, within their scope of competence.
1.2.10	7	37%	Plan public health programs and manage case and risk management.
1.3.7	7	37%	Apply frailty assessment tools, conduct home visits, and utilize tele-monitoring.
1.3.4	7	37%	Support therapeutic adherence and self-care ability.
2.1.1	7	37%	Utilize communication and counseling techniques to enhance interaction with individuals, families, and communities.
2.1.4	7	37%	Ability to negotiate healthcare with patients and their families, with the multidisciplinary team, and healthcare centers.
3.2.3	7	37%	Monitor individuals affected by chronic and rare diseases in the community, in collaboration with other members of the multidisciplinary team.
3.2.4	7	37%	Manage health promotion, education, treatment, and monitoring supported by ICT technologies (e-Health).
4.1.3	7	37%	Develop leadership competencies to ensure clinical and care effectiveness and appropriateness.
4.1.4	7	37%	Maintain professional and interprofessional relationships and a supportive role with colleagues to ensure that professional standards are met.
4.4.6	7	37%	Develop leadership competencies, conflict management, teamwork, and stress management, with attention to self-management and personal development.
6.1.7	7	37%	Collaborate with the multidisciplinary team to prevent diseases and promote and maintain health.

Bottom (Least important) FCN Competencies emerged from the interviews

No.	TOTAL CITATIONS	%	COMPETENCY DESCRIPTION
1.2.8	10	53%	Financial planning and management.
1.3.6	8	42%	Taking charge of people with frailty and dependencies and organizing home palliative care.
1.3.3	8	42%	Providing home and community care interventions, including palliative care, using shared standards.
6.1.6	6	32%	Implementing health prevention and protection programs, carrying out rehabilitation and treatment interventions, and alleviating a person's suffering, including at the end of life.

1.3.10	6	32%	Designing, implementing, and monitoring palliative care pathways, supporting self-management.
3.2.5	4	26%	Designing, implementing, and monitoring care pathways and palliative care, promoting self-management.
6.1.5	5	21%	Planning disaster prevention and reducing public health risks.
1.2.6	3	21%	Analyzing population data and planning proactive care responses.
1.3.12	4	16%	Managing and negotiating healthcare delivery systems.
1.3.13	3	16%	Mapping and utilizing the network of territorial and third-sector services.
4.2.2	3	16%	Using evidence and participating in research projects by transferring their results.
5.1.4	3	16%	Collecting and interpreting epidemiological and demographic data to stratify frailty.
6.1.4	3	16%	Possessing public and community health competencies related to: designing health education programs, performing epidemiological and environmental surveillance, and managing emergencies and catastrophic situations.
5.2.13	3	16%	Integrating specialized competencies in psychiatric, geriatric, oncological, pediatric, and neuromotor fields.
2.2.3	9	47%	Provide health education to all community residents and guide (or mentor) students and professionals from other disciplines in promoting community health and well-being.
4.1.2	9	47%	Exercise leadership and develop, implement, and evaluate policies for the family and community.
4.4.5	9	47%	Assume responsibility for their actions, making evidence-based decisions and considering the preferences and values of families and the community, as well as available resources.

Appendix 7 – Summary of Qualitative Insights

Domain	Key Findings / Stakeholder Comments	Resulting Action
Community Assessment and Planning	Strong emphasis on analytical and population-based assessment (1.1.2, 1.1.3). Participants highlighted the strategic role of the FCN in assessing social determinants, cultural factors, and family networks.	Competencies 1.1.2 and 1.1.3 prioritized; minor reformulations to strengthen the population health approach.
Social and Cultural Competence	Need to enhance cultural awareness, communication across social levels, and management of linguistic and cultural barriers; attention to gender-based violence.	New competency added (7.1.2 – culturally sensitive approach and equity).
Fragility and Case Management	Participants requested clearer definition of "fragility," including physical, psychological, and social dimensions.	Expanded description in 1.1.8 and 1.3.7; inclusion of multidimensional tools (e.g., SVAMA).
Digital and Telemedicine Skills	Telemedicine viewed positively (79 % favorable), but barriers include elderly users' difficulties and limited integrated platforms.	Competencies 4.2.6, 4.2.7, 4.2.8 refined; emphasis on coaching and patient support for safe device use.
Leadership and Autonomy	Divergent views on the specificity of FCN leadership (4.1.2); leadership seen as contextual and collaborative rather than hierarchical.	Competency 4.1.2 rephrased to emphasize "shared and strategic leadership."
Interprofessional Collaboration	Recurrent call for clearer team boundaries between FCN and Home Care Nurses (ADI). Some regions report overlap (esp. Palliative Care).	Added clarifying descriptors in 5.2.9 and 1.3.11 to emphasize coordination and complementarity.
Palliative Care and End-of-Life	Most participants (≈ 70 %) perceived these competencies as outside FCN's primary scope; regarded as clinical specialization.	Competencies 1.3.3, 1.3.10, 3.2.5 removed from the Competencies List.
Disaster Preparedness	Considered not relevant to FCN's everyday practice.	Competency 6.1.5 removed.
Ethics and Responsibility	"Assuming responsibility for one's own practice" seen as too generic, applicable to all nurses.	4.4.5 simplified; focus retained on evidence-informed decision-making.
Education and Empowerment	Need to reinforce educational and coaching roles, engaging families and caregivers.	Strengthened in 2.1.2, 6.1.14, 6.1.16, 6.1.17; redundancy merged.
Health Promotion and Prevention	Consensus on FCN as proactive agent of prevention; competence 6.1.6 reformulated to avoid overlap with other roles.	6.1.6 removed and replaced by specific educational competencies.
Research and Evidence-Based Practice	Limited perceived relevance of conducting research directly, but agreement on using and translating evidence.	Competency 4.2.2 reformulated as "Use and apply evidence in practice."
Curricular Relevance and Gaps	Participants reported inconsistent postgraduate preparation: theoretical knowledge often outweighs practical application.	Recommendation for future curricular alignment; noted for policy and education chapters.
Framework Structure and Terminology	Several redundancies and translation inconsistencies noted (e.g., ICT and leadership domains).	Merged or relocated overlapping items; terminology harmonized across domains.

Summary Interpretation

The qualitative findings provided granular, context-specific insights that informed the Delphi process, refining the framework from 116 to 107 competencies before quantitative validation. Major themes confirmed the strategic, educational, and coordinating nature of the FCN role, while reducing the emphasis on purely clinical or task-based activities.

Dipartimento di Medicina Molecolare

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
Presidente Prof.ssa Cristina Canova

Università degli Studi di Padova

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
PER LA PARTECIPAZIONE ALL'INTERVISTA

Informazioni rese ai sensi degli articoli 13 e 14 del Reg. UE 679/2016- Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali (GDPR)

Gentile Partecipante,
La presente informativa descrive le modalità di trattamento dei dati personali raccolti in occasione della Sua partecipazione a questa intervista. La ringraziamo per il Suo prezioso contributo.

Premessa
Sono Silvia Netti Tiozzo, studentessa del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l'Università di Padova. Questa intervista è parte integrante della mia tesi di laurea, intitolata "Mappatura delle competenze degli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFOC): uno studio a metodi misti".

Obiettivi dello Studio
L'obiettivo principale dello studio è mappare e analizzare le competenze professionali degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFOC) nella Regione Veneto, identificando eventuali lacune formative e proponendo un piano di formazione e sviluppo professionale coerente con le riforme dell'assistenza sanitaria territoriale previste dal DM n. 77/2022 e dalla DGR n. 1123/2023. In particolare, questa fase qualitativa mira a esplorare le competenze professionali attese e percepite dell'IFoC attraverso la voce diretta degli stakeholder.

Metodi dello Studio
Lo studio adotta un disegno di ricerca mixed-method sequenziale esplorativo. Questa intervista rientra nella fase qualitativa, volta a esplorare le competenze attese e percepite attraverso interviste semi-strutturate individuali o focus group. I partecipanti sono selezionati tramite campionamento per criteri per la loro esperienza diretta nel ruolo e nelle competenze dell'IFoC nel contesto territoriale. Non Le verranno richiesti dati personali identificativi (es. nome, cognome, contatti diretti). Le sessioni potranno essere condotte tramite la piattaforma Zoom, con registrazione audio digitale per facilitare la trascrizione e l'analisi.

Aspetti Etici e Protezione dei Dati Personali
La Sua partecipazione è totalmente volontaria. Il trattamento dei dati da Lei forniti avverrà nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali, in particolare del D. Lgs. 196/2003 ("Codice Privacy") e del Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR 2016/679"). I dati raccolti (le Sue opinioni e il Suo prezioso punto di vista) sono considerati dati personali che, ai sensi dell'art. 9 del

GDPR 2016/679, potrebbero rivelare informazioni sulla salute. Desideriamo rassicurarLa che le Sue risposte saranno trattate nel pieno rispetto dell'anonimato. Le Sue opinioni non saranno in alcun modo associate a Lei personalmente nelle pubblicazioni o nella tesi. Le informazioni raccolte saranno utilizzate esclusivamente per fini di ricerca scientifica e accademica e per la stesura della tesi di laurea. Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dagli artt. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003. I dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati. I dati grezzi saranno conservati in modo sicuro e accessibili solo alla sottoscritta e al mio relatore fino alla discussione della tesi, e successivamente verranno eliminati o anonimizzati in modo irreversibile.

Volontarietà della Partecipazione e Diritti dell'Interessato

La Sua partecipazione a questa intervista è del tutto volontaria. Lei ha il diritto, in qualsiasi momento e senza dover fornire spiegazioni, di:

- Rifiutarsi di rispondere a qualsiasi domanda.
- Interrompere l'intervista in qualsiasi momento, senza alcuna conseguenza per Lei.
- Chiedere chiarimenti su qualsiasi aspetto della ricerca o del trattamento dei dati.

Inoltre, in qualità di interessato, Le è riconosciuto il diritto di ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, la rettificazione o la cancellazione. Per motivi legittimi, potrà opporsi al trattamento dei dati personali che La riguardano

Analisi dei Dati

Le registrazioni audio (se acconsentite) verranno trascritte in forma verbatim. L'analisi della fase qualitativa avverrà tramite codifica manuale dei dati trascritti per identificare temi e categorie emergenti relative alle competenze attese e percepite degli IFoC. I risultati di questa fase guideranno la successiva fase quantitativa dello studio.

Consenso

Per procedere con l'intervista, avrei bisogno della Sua conferma orale. Acconsente a partecipare a questa intervista sulla base delle informazioni che Le ho appena fornito, consapevole che le Sue risposte saranno trattate in forma anonima e utilizzate esclusivamente per gli scopi della mia tesi di laurea?

Inoltre, per facilitare la trascrizione e non perdere nessun dettaglio, Le chiedo se è d'accordo che questa intervista venga registrata solo per scopi di ricerca e che la registrazione verrà eliminata dopo la trascrizione. È d'accordo?

Contatti

Per qualsiasi domanda o chiarimento riguardo allo studio o al trattamento dei dati, può contattare il responsabile dello studio:

Silvia Netti Tiozzo - Indirizzo email: silvianetti.tiozzo@studenti.unipd.it

Dipartimento di Medicina Molecolare

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
Presidente Prof.ssa Cristina Canova

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
PER LA PARTECIPAZIONE AL FOCUS GROUP

Informazioni rese ai sensi degli articoli 13 e 14 del Reg. UE 679/2016- Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali (GDPR)

Gentile Partecipante,
La ringraziamo per la Sua disponibilità a prendere parte a questo focus group. Prima di iniziare, desideriamo fornirle alcune importanti informazioni sulla Sua partecipazione e sul trattamento dei dati, nel pieno rispetto della normativa vigente.

Premessa
Sono Silvia Netti Tiozzo, studentessa del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l'Università di Padova. Questo focus group è parte integrante della mia tesi di laurea, intitolata "Mappatura delle competenze degli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFOC): uno studio a metodi misti".

Obiettivi dello Studio
L'obiettivo principale dello studio è mappare e analizzare le competenze professionali degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFOC) nella Regione Veneto, identificando eventuali lacune formative e proponendo un piano di formazione e sviluppo professionale coerente con le riforme dell'assistenza sanitaria territoriale previste dal DM n. 77/2022 e dalla DGR n. 1123/2023. In particolare, questa fase qualitativa mira a esplorare le competenze professionali attese e percepite dell'IFoC attraverso la voce diretta degli stakeholder.

Metodi dello Studio
Lo studio adotta un disegno di ricerca mixed-method sequenziale esplorativo. Questo focus group rientra nella fase qualitativa, volta a esplorare le competenze attese e percepite attraverso interviste semi-strutturate individuali o focus group. I partecipanti sono selezionati tramite campionamento per criteri per la loro esperienza diretta nel ruolo e nelle competenze dell'IFoC nel contesto territoriale. Non Le verranno richiesti dati personali identificativi (es. nome, cognome, contatti diretti). Le sessioni potranno essere condotte tramite la piattaforma Zoom, con registrazione audio digitale per facilitare la trascrizione e l'analisi.

Aspetti Etici e Protezione dei Dati Personali
La Sua partecipazione è del tutto volontaria. Il trattamento dei dati da Lei forniti avverrà nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali, in particolare del D. Lgs. 196/2003 ("Codice Privacy") e del Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR 2016/679"). I dati raccolti (le Sue opinioni e le

Sue interazioni con gli altri partecipanti) sono essenzialmente dati personali e sensibili.
Desideriamo rassicurarLa sul fatto che le Sue risposte e i Suoi contributi saranno trattati nel pieno rispetto dell'anonimato. Le Sue opinioni non saranno in alcun modo associate a Lei personalmente nelle eventuali pubblicazioni, report o presentazioni finali della ricerca. Le informazioni raccolte saranno utilizzate esclusivamente per fini di ricerca scientifica e accademica e per la stesura della tesi di laurea. Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice). I Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati. I dati grezzi (ad esempio, le trascrizioni della discussione) saranno conservati in modo sicuro e accessibili solo al team di ricerca fino al completamento dello studio, e successivamente verranno eliminati o anonimizzati in modo irreversibile.

Volontarietà della Partecipazione e Diritti dell'Interessato
La Sua partecipazione a questo focus group è del tutto volontaria. Lei ha il diritto, in qualsiasi momento e senza dover fornire spiegazioni, di:

- Rifiutarsi di rispondere a qualsiasi domanda o di contribuire alla discussione su determinati argomenti.
- Interrompere la Sua partecipazione in qualsiasi momento, senza alcuna conseguenza per Lei.
- Chiedere chiarimenti su qualsiasi aspetto della ricerca o del trattamento dei dati.

Inoltre, in qualità di interessato, Le è riconosciuto il diritto di ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, la rettificazione o la cancellazione. Per motivi legittimi, potrà opporsi al trattamento dei dati personali che La riguardano.

Analisi dei Dati
Le registrazioni audio (se acconsentite) verranno trascritte in forma verbatim. L'analisi della fase qualitativa avverrà tramite codifica manuale dei dati trascritti per identificare temi e categorie emergenti relative alle competenze attese e percepite degli IFoC. I risultati di questa fase guideranno la successiva fase quantitativa dello studio.

Consenso
Per procedere con il focus group, avremmo bisogno della Sua conferma orale. Acconsente a partecipare a questo focus group sulla base delle informazioni che Le abbiamo appena fornito, consapevole che le Sue risposte saranno trattate in forma anonima e utilizzate esclusivamente per gli scopi della nostra ricerca?
Inoltre, per facilitare la trascrizione e non perdere nessun dettaglio prezioso della discussione, Le chiediamo se è d'accordo che questo focus group venga registrato (audio) solo per scopi di ricerca e che la registrazione verrà eliminata dopo la trascrizione. È d'accordo?

Contatti
Per qualsiasi domanda o chiarimento riguardo allo studio o al trattamento dei dati, può contattare il responsabile dello studio:
Silvia Netti Tiozzo - Indirizzo email: silvianetti.tiozzo@studenti.unipd.it

Dipartimento di Medicina Molecolare

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
Presidente Prof.ssa Cristina Canova

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
PER LA PARTECIPAZIONE ALLA SURVEY

Informazioni rese ai sensi degli articoli 13 e 14 del Reg. UE 679/2016- Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali (GDPR)

Gentile Partecipante,
La ringraziamo per la Sua disponibilità a compilare questa survey. Prima di iniziare, desideriamo fornirle alcune importanti informazioni sulla Sua partecipazione e sul trattamento dei dati, nel pieno rispetto della normativa vigente.

Premessa
Sono Silvia Netti Tiozzo, studentessa del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l'Università di Padova. Questa survey è parte integrante della mia tesi di laurea, intitolata "Mappatura delle competenze degli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFOC): uno studio a metodi misti".

Obiettivi dello Studio
L'obiettivo principale dello studio è mappare e analizzare le competenze professionali degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFOC) nella Regione Veneto, identificando eventuali lacune formative e proponendo un piano di formazione e sviluppo professionale coerente con le riforme dell'assistenza sanitaria territoriale previste dal DM n. 77/2022 e dalla DGR n. 1123/2023. In particolare, questa fase quantitativa mira a confrontare le competenze attese con quelle effettivamente dichiarate/possedute dagli infermieri e stakeholder.

Metodi dello Studio
Lo studio adotta un disegno di ricerca mixed-method sequenziale esplorativo. Questa survey rientra nella fase quantitativa e prevede la somministrazione di un questionario strutturato online. Verrà utilizzato un campionamento di convenienza o a valanga per la distribuzione del questionario online, al fine di raggiungere un ampio numero di IFoC e stakeholder. Non Le verranno richiesti dati personali identificativi diretti (es. nome, cognome, indirizzo email). Il questionario sarà distribuito online tramite un link che rimanda alla compilazione in forma completamente anonima. Verrà utilizzata una piattaforma per survey online di facile accesso (come Google Moduli) per la creazione, distribuzione e raccolta anonima dei dati del questionario.

Aspetti Etici e Protezione dei Dati Personali
La Sua partecipazione è del tutto volontaria. Il trattamento dei dati da Lei forniti avverrà nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali, in particolare del D. Lgs. 196/2003 ("Codice

Privacy") e del Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR 2016/679"). I dati trattati sono essenzialmente dati personali e sensibili, ovvero i dati definiti ex art. 9 del GDPR 2016/679 come “dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona”.
Desideriamo rassicurarLa che le Sue risposte saranno trattate nel pieno rispetto dell'anonimato. Le Sue risposte non saranno in alcun modo associate a Lei personalmente nelle eventuali pubblicazioni, report o presentazioni finali della ricerca. Le informazioni raccolte saranno utilizzate esclusivamente per fini di ricerca scientifica e accademica e per la stesura della tesi di laurea. Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dall’art. 32 del GDPR 2016/679 e dall’Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice). I Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati. I dati grezzi saranno conservati in modo sicuro e accessibili solo al team di ricerca fino al completamento dello studio, e successivamente verranno eliminati o anonimizzati in modo irreversibile.

Volontarietà della Partecipazione e Diritti dell'Interessato
La Sua partecipazione a questa survey è del tutto volontaria. Lei ha il diritto, in qualsiasi momento e senza dover fornire spiegazioni, di:

- Rifiutarsi di rispondere a qualsiasi domanda.
- Interrompere la compilazione della survey in qualsiasi momento, senza alcuna conseguenza per Lei.
- Chiedere chiarimenti su qualsiasi aspetto della ricerca o del trattamento dei dati.

Inoltre, in qualità di interessato, Le è riconosciuto il diritto di ottenere in qualunque momento la conferma dell’esistenza o meno dei Suoi dati e di conoscerne il contenuto e l’origine, verificarne l’esattezza o chiederne l’integrazione o l’aggiornamento, la rettificazione o la cancellazione. Per motivi legittimi, potrà opporsi al trattamento dei dati personali che La riguardano.

Analisi dei Dati
I dati raccolti tramite survey verranno analizzati utilizzando statistiche descrittive e inferenziali.

Consenso
Cliccando sul pulsante "Invia le risposte", Lei acconsente a partecipare a questa survey sulla base delle informazioni che Le abbiamo appena fornito, consapevole che le Sue risposte saranno trattate in forma anonima e utilizzate esclusivamente per gli scopi della nostra ricerca.

Contatti
Per qualsiasi domanda o chiarimento riguardo allo studio o al trattamento dei dati, può contattare il responsabile dello studio:
Silvia Netti Tiozzo - Indirizzo email: silvianetti.tiozzo@studenti.unipd.it

Appendix 9 - Qualitative Feedback and Item Revisions from Round 1 of the e-Delphi Process

Competenza	Confermo	Modifico	Commenti e motivazionI per modificare	Elimino	Commenti e motivazioni per eliminare	Commenti da secondo Focus Group e proposte competenze non incluse	Considerazioni finali -- decisione
1.1.1 Identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni sanitari di individui e famiglie nel loro contesto culturale e comunitario.	20	3	**A.** Collaborare nell'identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni sanitari di individui e famiglie nel loro contesto culturale e comunitario. **B.** Amplierei a "bisogni socio-sanitari", ma immagino che ci saranno ulteriori sezioni più avanti sull'argomento. **C**. Identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni di salute degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e comunitario (i bisogni di salute sono più ampi di quelli sanitari perchè includono i determinanti sociali della salute.)	0			Modificata: Identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni di salute degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e comunitario
1.1.2 Valutare i bisogni di salute della comunità, pianificare interventi e mobilitare le risorse.	19	4	**A.** toglierei mobilitare risorse. **B.** Collaborare a valutare i bisogni di salute della comunità, pianificare interventi e mobilitare le risorse. **C.** Valutare i bisogni di salute della comunità, pianificare interventi, individuare e mobilitare le risorse per rispondere ai bisogni identificati. **D**. QUESTA COMPETENZA NON PUO' ESSERE FATTA DAL SINGOLO INFERMIERE MA IN COLLABORAZIONE CON UN EQUIPE' RISPETTO AD UN PROGETTO/BISOGNO ESPRESSO DA PIU' PERSONE NELL'AMBITO DI UN TERRITORIO BEN DEFINITO	0			Modificata: Collaborare a valutare i bisogni di salute della comunità, pianificare interventi , individuare e mobilitare le risorse
1.1.3 Effettuare valutazioni analitiche, sviluppare la competenza culturale, pianificare programmi e considerare le dimensioni comunitarie della pratica per perseguire gli obiettivi di promozione della salute della comunità, collaborando con il team multidisciplinare della comunità.	19	4	**A.** In alternativa, più snella. "Effettuare valutazioni analitiche, sviluppare competenza culturale e pianificare programmi tenendo conto delle dimensioni comunitarie della pratica, al fine di promuovere la salute della comunità in collaborazione con il team multidisciplinare". **B**. sono tre competenze **C.** non mi ridulta chiaro il concetto di "team multidisciplinare della comunità". **D**. Identificare obiettivi di promozione della salute in base a valutazioni analitiche e culturalmente sensibili per pianificare interventi volti alla prevenzione in integrazione con le risorse formali e informali della comunità	0			Modificata: Effettuare valutazioni analitiche, sviluppare competenza culturale e pianificare programmi tenendo conto delle dimensioni comunitarie della pratica, al fine di promuovere la salute della comunità in collaborazione con il team multidisciplinare
1.1.4 Condurre la valutazione multidimensionale dei bisogni sanitari della comunità per implementare interventi clinici e gestire appropriatamente l'assistenza.	18	4	**A.** direi bisogni sanitari della persona inserita nella sua comunità . e difficile fare interventi clinici alla comunità. **B.** La valutazione multidimensionale dei bisogni della comunità rientra pienamente nelle competenze dell'IFeC, perché è parte del suo ruolo di osservazione, analisi epidemiologica e pianificazione degli interventi a livello territoriale. L'IFeC, infatti, agisce come figura di riferimento per la presa in carico globale, la promozione della salute, la prevenzione e il coordinamento della rete assistenziale. Invece, l'implementazione di interventi clinici (intesi come procedure diagnostico-terapeutiche o prestazioni tecnico-assistenziali specifiche) è più pertinente all'infermiere domiciliare, che opera in équipe, direttamente sulla persona o sul nucleo familiare, sulla base di piani di cura individualizzati. Per l'IFeC, quindi, sarebbe più corretto parlare di: - attivazione e coordinamento degli interventi clinici (delegandoli quando necessario all'infermiere domiciliare o ad altri professionisti della rete); - monitoraggio e valutazione della loro efficacia; - presa in carico proattiva dei bisogni sanitari e sociali, anche attraverso interventi educativi, preventivi e di counselling. In sintesi: l'IFeC non "fa" direttamente gli interventi clinici come compito prioritario, ma assicura che vengano effettuati appropriatamente, integrandoli nella presa in carico globale della comunità. suggersico la seguente modifica: "Condurre la valutazione multidimensionale dei bisogni sanitari della comunità per orientare la pianificazione, il coordinamento e il monitoraggio degli interventi assistenziali, assicurando l'appropriatezza della presa in carico e l'attivazione delle risorse clinico-assistenziali necessarie". **C**. sono 2 competenze; collaborare alla valutazione multidimensionale dei bisogni sanitari... **D.** ripete quanto detto sopra se riferito alla comunità. Gli interventi clinici e assistenziali non si applicano genericamente alla comunità	1	ripete quanto detto sopra se riferito alla comunità. Gli interventi clinici e assistenziali non si applicano genericamente alla comunità		Modificata: Condurre la valutazione multidimensionale dei bisogni sanitari della comunità per orientare la pianificazione, il coordinamento e il monitoraggio degli interventi assistenziali, assicurando l'appropriatezza della presa in carico e l'attivazione delle risorse clinico-assistenziali necessarie
1.1.5 Valutare il contesto sociale, culturale ed economico in cui vive il paziente.	19	4	**A**. Cambierei l'ultima parte con:...in cui vive l'utente e la sua famiglia **B.** è una competenza specifica dell'Assistente sociale, con cui l'IfEc lavora in integrazione; la competenza dell'ifec consiste nel adattare/personalizzare la pianificazione assistenziale alla situazione sociale ecc... **C**. Competenza core del servizio sociale. Da affrontare in collaborazione come portatori di istanze e bisogni sociali degli assistiti, ma senza pretendere una capacità di valutazione e misurazione autonoma. Attività da svolgere necessariamente in equipe (es UVM). **D.** Valutare il contesto sociale, culturale ed economico in cui vive la persona assistita. (nell'ambito territoriale il paziente è persona e dovrebbe continuare a esserlo anche in ambito ospedaliero.)				Modificata: Valutare il contesto sociale, culturale ed economico in cui vive la persona assistita e la sua famiglia in collaborazione con l'Assistente Sociale e l'équipe multidisciplinare (es. UVM)
1.1.6 Effettuare una valutazione infermieristica multidimensionale.	21	1	La frase "Effettuare una valutazione infermieristica multidimensionale" è corretta, ma risulta un po' generica.	1	Competenza infermieristica generale		Confermata
1.1.7 Saper analizzare il contesto socioculturale della comunità in cui si opera.	22	1	Competenza core del servizio sociale. Da affrontare in collaborazione come portatori di istanze e bisogni sociali degli assistiti, ma senza pretendere una capacità di valutazione e misurazione autonoma. Attività da svolgere necessariamente in equipe (es UVM).	0			Modificata: Saper analizzare il contesto socioculturale della comunità in cui si opera in collaborazione con l'équipe multidisciplinare (es. UVM).

1.1.8 Valutare la rete familiare e i supporti sociali, stratificando la fragilità al fine di elaborare piani assistenziali personalizzati.	19	4	**A.** Piani assistenziali → riguardano la presa in carico clinico-assistenziale della persona o della famiglia, includendo interventi infermieristici, monitoraggi, gestione della terapia, prevenzione delle complicanze, ecc. Sono più tipici dell'infermiere domiciliare o dell'infermiere che lavora direttamente sul caso individuale. Quindi, per l'infermiere di famiglia e comunità è più corretto parlare di piani educativi, eventualmente integrati in programmi di promozione e prevenzione. **B.** Valutare la rete familiare e i supporti sociali, stratificando la fragilità. **C.** Anche in questo caso bisogna prestare attenzione a cosa si valuta, l'infermieristica ha molti elementi trasversali alle valutazioni sociali ma non ne guida autonomamente il processo. Attività da svolgere necessariamente in equipe (es UVM). **D.** Valutare la rete familiare e i supporti sociali, identificare eventuali fragilità e stratificarle per elaborare piani assistenziali personalizzati e attivare le risorse disponibili.	0			Modificata: Valutare la rete familiare e i supporti sociali, identificare eventuali fragilità e stratificarle per elaborare piani assistenziali personalizzati e attivare le risorse disponibili.
1.2.1 Pianificare, avviare ed erogare assistenza alle famiglie all'interno del proprio carico di pazienti definito.	17	5	**A**. Così com'è scritta non è chiara e rischia - a mio parere - di generare ambiguità. La frase "Pianificare, avviare ed erogare assistenza alle famiglie all'interno del proprio carico di pazienti definito" sembra voler dire che l'IFeC deve: pianificare → organizzare interventi e strategie di assistenza; avviare → attivare concretamente i servizi o i percorsi di cura; erogare assistenza → prestare direttamente assistenza infermieristica (che però non è sempre il focus principale dell'IFeC); alle famiglie del proprio carico → cioè alle persone e ai nuclei familiari presi in carico nel territorio di competenza. Il punto critico è che "erogare assistenza" può far pensare a prestazioni cliniche dirette, che – come dicevo – spettano più all'infermiere domiciliare. Per l'IFeC sarebbe meglio parlare di presa in carico, educazione, orientamento e coordinamento. Una riformulazione più chiara potrebbe essere: "Pianificare, avviare e coordinare interventi di presa in carico e supporto alle famiglie del proprio territorio di riferimento, assicurando continuità assistenziale e promozione della salute." **B**. Pianificare ed erogare assistenza alle famiglie. **C**. Pianificare, avviare ed erogare assistenza alle famiglie all'interno del del gruppo di persone assistite. (parole come carico e paziente sono obsolete e improprie per l'assistenza territoriale). **D**. il carico di pazienti non è sempre definito . **E**. erogare assistenza fa parte delle competenze generali/ADI	1	Non si comprende bene il senso		Modificata: Pianificare, avviare e coordinare interventi di presa in carico e supporto alle famiglie del proprio territorio di riferimento, assicurando continuità assistenziale e promozione della salute.
1.2.2 Definire un piano di assistenza infermieristica basato sui bisogni degli individui e delle loro famiglie.	21	1	non chiaro. Modificherei scrivendo .... basato sui bisogni degli individuo tenendo conto dei punti di forza e delle fragilità del contesto familiare	1	Per l'infermiere di famiglia e comunità è più pertinente parlare di piani educativi, programmi di promozione della salute, percorsi di presa in carico, o anche coordinamento degli interventi piuttosto che di veri e propri "piani di assistenza infermieristica"; la competenza dell'IFeC si colloca più sul piano preventivo, educativo e di rete che su quello della pianificazione clinico-assistenziale individuale. In alternativa, volendo salvare il senso, si potrebbe riformularla così:"Definire piani educativi e percorsi di presa in carico basati sui bisogni della persona, della famiglia e della comunità."		Modificata: Definire piani educativi e percorsi di presa in carico basati sui bisogni della persona, della famiglia e della comunità. (Riflettere sulla questione piani di assistenza infermieristici: approfondire in letteratura)
1.2.3 Pianificare, implementare e valutare l'assistenza infermieristica per soddisfare i bisogni di individui, famiglie e comunità, nel rispetto del proprio ambito di competenza.	19	4	**A**. Questa frase, letta così, ricalca molto la definizione classica del processo di nursing (pianificare → implementare → valutare), ma inserita nel contesto dell'infermiere di famiglia e comunità rischia di generare confusione. In pratica significa: Pianificare → definire strategie e interventi in base ai bisogni rilevati; Implementare → attuare o attivare gli interventi previsti; Valutare → monitorare se gli interventi sono stati efficaci e adeguati. Il problema è che, parlando di assistenza infermieristica, la frase sembra riferirsi a prestazioni cliniche dirette (ad esempio medicazioni, gestione terapia, ecc.), che non sono il focus principale dell'infermiere di famiglia e comunità, ma più dell'infermiere domiciliare. Per l'IFeC sarebbe più chiaro sostituire "assistenza infermieristica" con qualcosa come: - interventi educativi e di promozione della salute, - percorsi di presa in carico e supporto, - programmi di prevenzione. In alternativa potrebbe essere: "Pianificare, attivare e valutare interventi educativi e di promozione della salute rivolti a individui, famiglie e comunità, nel rispetto del proprio ambito di competenza." **B**. potrebbe essere ripetitiva rispetto alle precedenti. **C**. Pianificare, implementare e valutare l'assistenza infermieristica per soddisfare i bisogni di di salute delle persone, delle famiglie e della comunità, nel rispetto del proprio ambito di competenza. **D**. Eliminerei "nel rispetto del proprio ambito di competenza" visto che è specificato che pianificazione, implementazione e valutazione riguardano l'assistenza infermieristica.	0			Modificata: Pianificare, attivare e valutare interventi educativi e di promozione della salute rivolti a individui, famiglie e comunità, nel rispetto del proprio ambito di competenza.

1.2.4 Pianificare e realizzare interventi per la gestione di condizioni cliniche nell'adulto e nel bambino.	15	5	**A.** scriverei... interventi per la prevenzione, gestione o mantenimento delle condiizoni cliniche nell'adulto e nel bambino. **B**. Farei seguire da: in accordo con le indicazioni mediche per la gestione degli aspetti clinici. **C**. Sul bambino potrebbe essere necessario fare riferimento ad una rete di consulenza con infermieri esperti/specialisti. **D**. Pianificare e realizzare interventi per la gestione di condizioni cliniche nelle diverse fasi della vita delle persone **E**. Specificherei "interventi assistenziali di prossimità"	3	**A**. già risposto sopra. **B.** non è specifico di ifec, ma di tutti gli infermieri **C.** competenza generale infermieristica		Modificata: Pianificare e realizzare interventi per la gestione di condizioni cliniche nelle diverse fasi della vita delle persone
1.2.5 Gestire attività sanitarie proattive, anticipando i bisogni della popolazione.	18	4	**A**. direi attività sanitarie proattive, anticipando i bisogni della persona e della sua famiglia. Le Attività sanitarie proattive nei confronti della popolazione sono iniziative di salute pubblica, rivolte a grandi gruppi e che si svolgono con town meetings, campagne di educazione, prevenzione, screening o case-finding. **B**. "Promuovere e coordinare attività preventive e di educazione sanitaria, individuando precocemente i bisogni di salute della popolazione per favorire interventi proattivi." **C**.collaborare alla gestione di... **D**. Valutare i bisogni di salute della popolazione e gestire attività proattive per la prevenzione	1	credo non sia prioritario e che non vi siano le risorse		Modificata: Promuovere e coordinare attività preventive e di educazione sanitaria, individuando precocemente i bisogni di salute della popolazione per favorire interventi proattivi.
1.2.7 Sviluppare progetti di assistenza focalizzati sui bisogni emergenti della popolazione.	21	2	**A**. I progetti di assistenza, emersi dall' analisi dei bisogni emergenti della popolazione, vanno poi all' individuo e alla sua famiglia **B**. "Sviluppare progetti di educazione alla salute focalizzati sui bisogni emergenti della popolazione".	0			Confermata
1.2.9 Pianificare e fornire interventi di assistenza specifici per famiglie e comunità, adattandoli ai diversi contesti.	20	2	**A.** "Pianificare e fornire interventi assistenziali di natura educativa specifici per famiglie e comunità, adattandoli ai diversi contesti". **B**.potrebbe essere ripetitiva rispetto alle precedenti?	1	e' una ripetizione della domanda 1.2.7		Eliminare, è ripetitiva
1.2.10 Pianificare programmi di salute pubblica e gestire il case e risk management.	14	7	**A**. sono due attività separate 1= pianificare programmi di salute pubblica e 2= gestire il case e il risk management. **B**. non le vedo legate insieme queste 2 competenze. **C**. La frase così com'è un po' ambigua: "Pianificare programmi di salute pubblica" → suona più come competenza di livello istituzionale (Ministero, ULSS, Dipartimenti di prevenzione), quindi non specificamente dell'infermiere di famiglia e comunità. L'IFeC può contribuire a tali programmi e attuare azioni di promozione della salute sul territorio, ma non pianificarli in senso ampio. "Gestire il case e risk management": - case management = presa in carico e coordinamento del percorso assistenziale della persona/famiglia (questo sì, rientra tra le competenze dell'IFeC); risk management = più tipico delle organizzazioni sanitarie (gestione dei rischi clinici e organizzativi), non strettamente dell'IFeC. Piuttosto, l'infermiere di comunità si occupa di identificare precocemente i fattori di rischio individuali e comunitari (es. rischio cardiovascolare, cadute, fragilità sociale). Una riformulazione potrebbe essere: "Contribuire all'attuazione di programmi di promozione della salute e gestire la presa in carico delle persone e delle famiglie (case management), con particolare attenzione all'individuazione precoce dei fattori di rischio." **D**. Partecipare alla pianificazione di programmi di salute pubblica in team con altre figure professionali. **E**. Attività complicata da pensare come autonoma Da sviluppare in equipe con altri attori del territorio **F**. i programmi di salute pubblica sono pianificati nei piani nazionali regionale e locali di prevenzione non dai singoli professionisti. L'IFeC può partecipare alla stesura di programmi all'interno del Piano Locale di Prevenzione. Case e risk management sono due inglesismi obsoleti. Del risk management se ne occupano opportuni professionisti delle ASL USSL, l'IFEc può collaborare con loro eventualmente. Il case management sta nella gestione assistenziale del caso non nella salute pubblica. **G**. andrebbe aggiunto in collaborazione con altre figure professionali	2	**A**. è una competenza che ad oggi configge con quanto previsioni maniera specifica per le assistenti sanitarie. **B**. Non prettamente di pertinenza dell'IFEC		Modificata: Contribuire all'attuazione di programmi di promozione della salute e gestire la presa in carico delle persone e delle famiglie (case management), con particolare attenzione all'individuazione precoce dei fattori di rischio
1.3.1 Fornire assistenza infermieristica clinica e di case management a individui, famiglie e alla comunità.	20	2	**A**. fornire assistenza infermieristica clinica e di case management di comunità a individui, famiglie. **B**. Fornire assistenza infermieristica clinica e di applicare la metodologia del case management alle persone e alle famiglie assistite	1	già motivato in precedenza		Confermata
1.3.2 Gestire l'assistenza, in accordo con il quadro strategico nazionale per le patologie croniche.	17	4	**A**. Su questo punto credo sia opportuna una riflessione rispetto alle attività e responsabilità dell'ADI evitando il rischio di sovrapposizione. **B**. Questa, così formulata, mi sembra un po' vaga. "Gestire l'assistenza", significa organizzare e coordinare la presa in carico delle persone con patologie croniche (es. diabete, BPCO, scompenso cardiaco, ecc.), assicurando continuità e appropriatezza. "in accordo con il quadro strategico nazionale per le patologie croniche", (si riferisce al documento ministeriale del 2016?) che definisce linee guida e modelli organizzativi per la gestione integrata delle cronicità in Italia. Tradotto: l'infermiere di famiglia e comunità dovrebbe contribuire alla presa in carico delle persone con malattie croniche, operando secondo i principi e i percorsi previsti dal Piano Nazionale della Cronicità. Una riformulazione più chiara e specifica potrebbe essere: "Gestire la presa in carico delle persone con patologie croniche, in coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità e con i percorsi assistenziali integrati." **C**. Adeguare l'assistenza delle persone con malattie croniche alle indicazioni Piano nazionale cronicità e dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali o Percorsi Sanitari Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali di pertinenza. **D**. Il quadro Nazionale è applicabile qualora il medico di base o referente della persona aderisce al progetto.	2	**A**. non è specifico per l'IFEC e lo trovo scontato; sarebbe come dire per un infermiere "gestire l'assistenza in accordo con le evidenze scientifiche". **B**. competenza generale infermieristica, ADI		Modificata: Gestire la presa in carico delle persone con patologie croniche, in coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità e con i PPDTA di pertinenza

1.3.4 Supportare l'aderenza terapeutica e la capacità di auto-cura.	21	2	**A**. Stimolare l'aderenza terapeutica e la capacità di auto-cura. **B**. Supportare la capacità di auto-cura e l'aderenza terapeutica.	0			Modificata: Supportare la capacità di auto-cura e l'aderenza terapeutica
1.3.5 Operare nei distretti, scuole, luoghi di lavoro, hospice e a domicilio.	17	4	**A**. Toglierei gli hospice. **B**.e nelle case di comunità **C**.metterei la preposizione a tutti i setting. Per la scuola specificherei di ogni ciclo e grado. **D**. hospice opera l'UCP-DOM/UCP	2	**A**. non è una competenza, indica il contesto prevalente in cui un ifec agisce. **B**.Le aree enunciate sono di gestione e competenza di altri colleghi.		Eliminare: indica solo i contesti di lavoro
1.3.7 Applicare strumenti di valutazione della fragilità, condurre visite domiciliari e utilizzare il tele-monitoraggio.	23	0		0			Confermata
1.3.8 Pianificare ed erogare interventi per patologie in età adulta e pediatrica.	12	7	**A**. Su questo punto credo sia opportuna una riflessione rispetto alle attività e responsabilità dell'ADI evitando il rischio di sovrapposizione. **B**. Questa, così formulata, mi sembra un po' vaga. **C**. Aggiungerei infermieristici a interventi **D**. Per la parte pediatrica potrebbe essere necessario fare riferimento ad una rete di consulenza infermieristica esperta. **E.**Pianificare ed erogare interventi assistenziali per persone con patologie acute e croniche in sia in età pediatrica sia in età adulta. **F.**Va bene se non in termini esclusivi, altrimenti è un enorme limite. **G**. Per quanto riguarda i bambini penso che sia necessaria una collaborazione magari con l'infermiere pediatrico per l'alta specificita' richiesta, la necessita' di conoscere un approccio idoneo è fondamentale per instaurare un rapporto di fiducia sia con i bambino che con i genitori	4	**A**. già argomentato in precedenza. **B**.aspecifico **C**. La ritengo espressa in modo troppo generico e credo che nel panel ci siano altre competenze che ne definiscono meglio il contenuto. **D**. competenza generale infermieristica		Modificata: Pianificare ed erogare interventi assistenziali per persone con patologie acute e croniche in sia in età pediatrica sia in età adulta
1.3.9 Coordinare e Gestire l'Assistenza	15	6	**A.** suggerisco di esplicitare meglio la terminologia "coordinare" è un termine sovrautilizzato. **B**. Assistenza infermieristica **C**. atiività di coordinamento la toglierei. **D**. La formula "Coordinare e gestire l'assistenza" può sembrare ridondante, perché "gestire" spesso include già il concetto di "coordinare". Coordinare l'assistenza significa far lavorare insieme in modo integrato i diversi professionisti (medico di medicina generale, infermiere domiciliare, assistente sociale, fisioterapista, ecc.), evitando sovrapposizioni o vuoti assistenziali. Gestire l'assistenza significa prendersi la responsabilità organizzativa della presa in carico: pianificazione, monitoraggio, attivazione dei servizi e valutazione degli esiti. Nell'ambito dell'infermiere di famiglia e comunità, la parola più chiara ed efficace è "coordinare", perché evidenzia bene la funzione di raccordo nella rete territoriale. Propongo le seguenti alternative: "Coordinare l'assistenza e favorire l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali." oppure, se vuoi mantenere entrambi i termini: "Gestire e coordinare i percorsi di assistenza, garantendo continuità e integrazione tra i diversi livelli di cura." **E**. sì se intendiamo assistenza infermieristica. Ad esempio l'assistenza fornita per cure tutelari (OSS) spesso è in capo agli assistenti sociali anche se discussa in UVM. **F**. Gestire i processi assistenziali territoriali esprimendo capacità di leadership e case management.	2	A. già risposto sopra. **B**. Non è specifico per l'IFeC		Modificata: Gestire e coordinare i percorsi di assistenza, garantendo continuità e integrazione tra i diversi livelli di cura
1.3.11 Progettare, monitorare e documentare percorsi di continuità assistenziale.	20	2	**A**. co -progettare con altri professionisti che lavorano in altri punti della rete . **B**. In raccordo con le COT	1	secondo me questa competenza è di altre figure		Modificata: Co -progettare, monitorare e documentare percorsi di continuità assistenziale.
1.3.13 Mappare e utilizzare la rete dei servizi territoriali e del terzo settore.	20	2	**A**. Attività importantissima ma non autonoma, necessità di progettualità condivisa con il distretto, i servizi amministrativi e sociali. **B.**Mappare la rete dei servizi territoriali istituzionali e del terzo settore presenti sul territorio e utilizzare le risorse offerte per le persone e le famiglie assistite.	1	Ass. sociale		Confermata
1.3.14 Utilizzare modelli teorici IFoC per organizzare i servizi territoriali e garantire la continuità assistenziale.	19	2	**A.** IFoC è da considerarsi un errore di stampa. La legge 77/20 parla di IFeC. Il documento AGENAS per il PNRR è uscito dai tecnici con la denominazione IFeC e poi qualcuno ha modificato impropriamente. La legge ha valore superiore nella gerarchia dei documenti. **B.** IFeC	2	**A.** secondo me è una competeza organizzativa di altre figure **B.** non ha nessun senso questa frase		Modificata: Utilizzare modelli teorici IFeC per organizzare i servizi territoriali e garantire la continuità assistenziale.
1.3.15 Coordinare e assumersi la responsabilità della gestione dell'assistenza infermieristica – inclusi gli interventi delegati ad altri operatori – in collaborazione con il team multidisciplinare	15	5	**A**. non è mi è chiaro cosa si intende per "assumersi la responsabilità della gestione dell'assistenza". **B**. Non è chiaro cosa si intenda per intervento delegati ad altri operatori **C**. delegati o attribuiti **D**. Coordinare e assumersi la responsabilità della gestione dell'assistenza infermieristica – inclusi gli interventi delegati ad altri operatori – in collaborazione con il team multidisciplinare e multiprofessionale. **E.** Gli interventi delegati dovrebbero essere prima discussi e valutati con e dal team così da fortificare in ogni operatore il senso di responsabilità individuale	3	**A**. aspecifico, vale per tutti gli infermieri. **B**. La ritengo competenza base del profilo professionale, non specifica dell'IFEC. **C**.competenza generale infermieristica		Modificata: Coordinare e assumersi la responsabilità della gestione dell'assistenza infermieristica – inclusi gli interventi delegati ad altri operatori – in collaborazione con il team multidisciplinare e multiprofessionale
1.3.16 Gestire e negoziare l'organizzazione dell'erogazione dei servizi sanitari.	14	2	**A.** suggerirei di esplicitare meglio il significato della frase che mi sembra troppo generica ed interpretabile. **B**. Attività non autonoma ma discussa in equipe (vedi uvm, uvmd, conferenza dei sindaci, ufficio di piano etc) anche in virtù dei limiti normativi ed economici	7	**A**. non credo siano compiti che assegnerebbero ad un infermiere **B**.competenza organizzativa di altre figure. **C**. negoziare l'organizzazione... con il direttore di distretto che ne è responsabile? con il direttore sanitario? non ho capito cosa si vuole dire. **D**.va specificato e contestualizzato meglio, se no sembra che si facciano appalti E. Non ritengo sia competenza dell'IFEC. **F**. Competenza dirigenziale (1 senza commento)		Eliminare, è ripetitiva

1.3.17 Gestire piani di assistenza personalizzati, visite domiciliari e guidare team multiprofessionali	18	4	**A**. La frase così com'è rischia - a mio parere - di mischiare competenze che non appartengono tutte all'IFeC. Mi spiego: "Gestire piani di assistenza personalizzati" → più tipico dell'infermiere domiciliare, che lavora direttamente sul singolo paziente con attività clinico-assistenziali. L'IFeC, invece, si occupa di piani educativi, di prevenzione e percorsi di presa in carico, non del piano di assistenza infermieristica classico. "Visite domiciliari": l'IFeC le fa, ma con un taglio diverso rispetto al domiciliare: non solo prestazioni cliniche, ma valutazione del contesto familiare, counselling, educazione alla salute e attivazione della rete dei servizi. "Guidare team multiprofessionali": questa formulazione è troppo forte. L'IFeC non guida, ma collabora e coordina nell'ambito del team multiprofessionale. La leadership clinica appartiene di solito al medico di medicina generale o al team nel suo complesso. A mio parere, una riformulazione più corretta e aderente al profilo dell'IFeC potrebbe essere: "Realizzare visite domiciliari orientate alla valutazione e all'educazione sanitaria, coordinare la presa in carico delle famiglie e collaborare con il team multiprofessionale per garantire continuità assistenziale." **B**. Gestire piani di assistenza personalizzati, visite domiciliari e integrare la pianificazione in quella del team multiprofessionale. **C**. La guida dei team multi professionali di solito è attribuita a figura medica. **D**. sì se parliamo di assistenza infermieristica	1	mi pare sia una ripetizione e poi non si guida un team, eventualmente si coordinano gli interventi del team		Modificata: Realizzare visite domiciliari orientate alla valutazione e all'educazione sanitaria, coordinare la presa in carico delle famiglie e collaborare con il team multiprofessionale per garantire continuità assistenziale
2.1.1 Utilizzare tecniche di comunicazione e counseling per migliorare l'interazione con persone, famiglie e comunità.	22	1	Utilizzare tecniche di comunicazione e counseling adeguate all'interazione con persone, famiglie e comunità.	0			Confermata
2.1.2 Fornire educazione al paziente e costruire una relazione terapeutica con lo stesso.	19	2	**A**. No paziente, usare utente o individuo o persona **B**.Costruire una relazione terapeutica e offrire interventi di educazione alla salute e terapeutica alla persona assistita e alla famiglia	2	**A**. Aspecifico **B**. competenza generale infermieristica		Modificata: Fornire educazione alla persona assistita e costruire una relazione terapeutica con la stessa.
2.1.3 Utilizzare competenze comunicative basate sulle evidenze in relazione a un contesto specifico.	20	1	in alternativa "Adottare strategie comunicative efficaci e basate su evidenze scientifiche, adattandole al contesto e ai bisogni di individui, famiglie e comunità."	2	**A**. Aspecifico **B**. competenza generale infermieristica		Modificata: Adottare strategie comunicative efficaci e basate su evidenze scientifiche, adattandole al contesto e ai bisogni di individui, famiglie e comunità.
2.1.4 Capacità di negoziare l'assistenza sanitaria con i pazienti e le loro famiglie, con il team multidisciplinare e i centri sanitari.	17	5	**A**. In termini generali sarebbe opportuno abbandonare la parola "paziente" a favore di persona o assistito o cittadino..... **B**. Vedere commenti riguardo utilizzo parola paziente **C**. "negoziare l'assistenza sanitaria" mi suona un po' forte e poco chiaro, quasi come se fosse una trattativa commerciale (anche se in educazione/fromazione è un concetto appropriato). In realtà, io comprendo, si intende la capacità dell'infermiere di famiglia e comunità di mediare, condividere e concordare i percorsi di assistenza con tutti gli attori coinvolti. Propongo una riformulazione: "Capacità di condividere e concordare percorsi assistenziali con pazienti, famiglie, team multidisciplinare e servizi sanitari del territorio." **D**. negoziare l'assistenza infermieristica con i pazienti e le loro famiglie, con il team multidisciplinare e i centri sanitari. **E**. Acquisire la capacità di negoziare l'assistenza sanitaria con i pazienti e con le loro famiglie, con il team multidisciplinare e multi professionale e i centri sanitari di pertinenza.	1	Non comprendo cosa si intenda per "capacità di negoziare l'assistenza sanitaria"		Modificata: Capacità di condividere e concordare percorsi assistenziali con persone assistite, famiglie, team multidisciplinare e servizi sanitari del territorio
2.2.1 Utilizzare tecniche di comunicazione e counseling per migliorare l'interazione con persone, famiglie e comunità.	22	0		1	è ripetuta vedi commento all'item uguale precedente		Confermata
2.2.2 Avere la capacità di negoziare, offrire counseling, mediare e condurre gruppi.	16	6	**A**. la capacità di condurre gruppi non è da tutti. Qualche infermiere potrebbe essere molto a suo agio nella relazione col paziente e caregiver ma non essere in grado di gestire gruppi molto professionali. **B**. in alternativa "Sviluppare capacità di negoziazione, counseling, mediazione e conduzione di gruppi, al fine di promuovere la salute e facilitare la partecipazione attiva di individui, famiglie e comunità." **C**. negoziare, offrire counseling, mediare e condurre gruppi. **D**. Formarsi adeguatamente per avere la capacità di negoziare **E**. Condurre gruppi di carattere educativo **F**. Attenzione alla competenza di counseling (definire bene cosa si intende), tema discusso e critico rispetto agli psicologi	1	non la vedo prioritaria		Modificata: Negoziare, offrire counseling, mediare e condurre gruppi

2.2.3 Fornire educazione sanitaria a tutti i residenti della comunità e guidare (o affiancare) studenti e professionisti di altre discipline nel promuovere la salute e il benessere comunitario.	18	4	**A**. direi educazione alla salute e affiancare. **B**. 1. Educazione sanitaria o educazione alla salute? Educazione sanitaria: termine più tradizionale, usato molto in passato, con un approccio spesso informativo e verticale (il professionista che "insegna" al cittadino). Educazione alla salute: termine più attuale, usato nei documenti nazionali e internazionali, che implica un approccio partecipativo, centrato sull'empowerment della persona, della famiglia e della comunità. Per l'infermiere di famiglia e comunità è più corretto parlare di educazione alla salute. 2. "A tutti i residenti della comunità"? Questa espressione è un po' troppo assoluta. L'IFeC non fa educazione individualmente a "tutti i residenti", ma piuttosto: promuove iniziative rivolte a gruppi, famiglie o target specifici (es. cronici, fragili, adolescenti, caregiver); contribuisce a progetti di promozione della salute a livello comunitario. Una riformulazione più aderente potrebbe essere: "Fornire educazione alla salute a individui, famiglie e gruppi della comunità, e affiancare studenti e professionisti di altre discipline nella promozione della salute e del benessere comunitario." **C**. sono due competenze, separerei Fornire educazione sanitaria ai residenti della comunità Guidare studenti e supportare professionisti di altre discipline nel promuovere la salute e il benessere comunitario. **D**. Dipende dal tipo di educazione sanitaria. Alcuen attività di educazione sono specifiche di altri servizi e altre professioni (si veda AFA con i fisioterapisti oppure dipendenze)	1	La prima parte dell'enunciato (fino a "comunità) sembra più un indicatore e la eliminerei. Della seconda parte manterrei solo gli studenti come destinatari ma il concetto è già espresso dalla competenza 2.2.6		Modificata: Fornire educazione alla salute a individui, famiglie e gruppi della comunità, e affiancare studenti e professionisti di altre discipline nella promozione della salute e del benessere comunitario
2.2.4 Adottare un'assistenza centrata sul paziente e un approccio inclusivo verso la famiglia.	20	3	**A.** suggerisco come già detto di abbandonare la parola "paziente" verso altre terminologie meno spersonalizzanti e categorizzanti. **B**. Vedere commento per parola paziente **C**. in alternativa "Adottare un approccio centrato sulla persona e inclusivo nei confronti della famiglia, valorizzandone il ruolo nel percorso di cura e di salute."	0			Modificata: Adottare un'assistenza centrata sulla persona e un approccio inclusivo verso la famiglia.
2.2.5 Coinvolgere individui e famiglie nelle decisioni riguardanti la propria salute e il proprio benessere.	22	1	Coinvolgere le persone e le famiglie nelle decisioni riguardanti la propria salute e il proprio benessere.	0			Confermata
2.2.6 Fare da mentore agli studenti per promuovere la salute e il benessere della comunità.	18	3	**A**. La frase è chiara, ma un po' limitante così com'è, a mio parere. Perchè?: "Fare da mentore agli studenti": corretto, perché l'infermiere di famiglia e comunità può avere un ruolo formativo e di affiancamento. "per promuovere la salute e il benessere della comunità": bene, ma la formulazione sembra che l'unico scopo del mentoring sia la promozione della salute comunitaria. In realtà il ruolo di mentor è più ampio: riguarda lo sviluppo professionale, le competenze cliniche e relazionali, oltre all'approccio comunitario. Una riformulazione potrebbe essere: "Svolgere attività di mentoring con studenti e neo-professionisti, favorendo lo sviluppo delle competenze infermieristiche e la promozione della salute comunitaria." **B**.introdurrei il valore della promozione di salute inter-generazionale. **C**. LE ABILITA' E L'IMPEGNO CHIESTO ALL'IFOC E' NOTEVOLE QUINDI PENSO CHE QUESTA COMPETENZA POSSA ESSERE DEMANDATA AD ALTRI PROFESSIONISTI	2	**A**. vedi la 2.2.3 **B**. sembra una ripetizione di quanto detto al punto 2.2.3		Modificata: Svolgere attività di mentoring con studenti e neo-professionisti, favorendo lo sviluppo delle competenze infermieristiche e la promozione della salute comunitaria
2.2.7 Mantenere relazioni professionali e interprofessionali e un ruolo di supporto con i colleghi per garantire il rispetto degli standard professionali.	20	1	La frase è chiara nell'intento, ma un po' pesante nella forma."Mantenere relazioni professionali e interprofessionali": corretto, indica la capacità di collaborare sia con colleghi della stessa professione sia con altri professionisti sanitari e sociali. "un ruolo di supporto con i colleghi": può risultare ambiguo: sembra quasi che l'IFeC debba fare da tutor o supervisore a tutti i colleghi, mentre più realisticamente si tratta di collaborazione, sostegno reciproco e condivisione di buone pratiche. "per garantire il rispetto degli standard professionali": l'idea è giusta, ma può sembrare un po' "burocratica". Propongo una riformulazione più fluida e in linea con il linguaggio delle competenze: "Coltivare relazioni professionali e interprofessionali collaborative, offrendo supporto ai colleghi e contribuendo al mantenimento degli standard professionali."	2	**A**. non mi è chiaro a quali standard si riferisce **B.** aspecifico		Modificata: Coltivare relazioni professionali e interprofessionali collaborative, offrendo supporto ai colleghi e contribuendo al mantenimento degli standard professionali
2.2.8 Orientare utenti e caregiver attraverso i servizi sanitari e sociali.	20	3	**A**. "Orientare persone e caregiver nell'accesso e nell'utilizzo appropriato dei servizi sanitari e sociali." **B**.Orientare persone e famiglie alla fruizione dei servizi sanitari e sociali. **C**. molto vago, da riformulare meglio	0			Modificata: Orientare persone e caregiver nell'accesso e nell'utilizzo appropriato dei servizi sanitari e sociali
2.2.9 Insegnare a individui e famiglie, nonché a studenti e altri professionisti.	17	2	**A**. insegnare/educare individui e famiglie è una cosa, insegnare ad altri colleghi non è nelle corde di tutti. Si potrebbe pensare ad un infermiere con funzioni di formatore/mentore, ma non pretendere da tutti capacità didattiche professionali **B**. Un po' generico, insegnare cosa?	4	**A**. aspecifico, insegnare cosa? **B.** generico e improprio **C**. Competenza espressa in modo generico. Insegnare cosa? Credo che sia il tutoraggio agli studenti che l'educazione sanitaria e alla salute a individui e comunità siano già contenuti in altre competenze. D. NON CONDIVIDO QUESTA COMPETENZA		Eliminare: generica
2.2.10 Condurre colloqui motivazionali e attività educative a supporto delle comunità.	17	6	**A.** Collaborare con Specialisti motivazionali **B**. "Condurre colloqui motivazionali e realizzare attività educative rivolte a individui, famiglie e gruppi, per promuovere la salute e sostenere le comunità." **C**. Condurre colloqui motivazionali individuali e attività educative a supporto delle comunità **D**. Per condurre colloqui motivazionali sarebbe necessaria una formazione specifica oltre a quella infermieristica **E**.Condurre colloqui motivazionali con le persone assistite e condurre attività educative a supporto delle comunità. **F**. IN COLLABORAZIONE CON ALTRE FIGURE PROFESSIONALI	0			Confermata

2.2.11 Offrire educazione sanitaria al paziente e sviluppare una relazione terapeutica efficace.	18	3	**A**. Parola paziente **B**.Offrire educazione sanitaria alla persona e sviluppare una relazione terapeutica efficace. **C**. educare la persona rispetto ai suoi bisogni sanitari	2	**A**. già detto in un altro punto **B**. competenza generale infermieristica		Modificata: Offrire educazione sanitaria alla persona e sviluppare una relazione terapeutica efficace
3.1.1 Selezionare interventi prioritari, delegare e promuovere iniziative di sanità pubblica.	16	4	**A**. le iniziative di sanità pubblica vanno condivise con gli altri professionisti sanitari e spesso anche con i decisori delle politiche sanitarie (non i politici) tra cui direttori di vari dipartimenti e di istituzioni diverse (esempio = campagna di lotta al tabagismo si concorda con Dip. di prevenzione ma anche con Ufficio scolastico provinciale) **B**. Con il sostegno e la condivisione di altre figure sanitarie e associazioni **C**. Attività non autonoma ma frutto di condivisioni più alte con distretto, igiene e salute pubblica, conferenza dei sindaci, uffici di piano etc **D**. Eliminerei "delegare"	3	**A**. non si capisce se selezionare interventi e delega è riferito alle iniziative di sanità pubblica **B**. molto vago **C**. Dirigenziale		Modificata: Selezionare interventi prioritari e promuovere iniziative di sanità pubblica in un'ottica di collaborazione e condivisione interprofessionale e istituzionale
3.1.2 Sviluppare e rafforzare competenze decisionali cliniche e sanitarie.	18	1	"Rafforzare competenze decisionali clinico-assistenziali e sanitarie, orientate alla valutazione multidimensionale, alla gestione della cronicità e alla promozione della salute in ambito domiciliare e comunitario."	4	**A**. Aspecifico **B**. poco chiaro **C.**Sembra un obiettivo più che una competenza **D**. Competenza infermieristica generale		Confermata
3.2.1 Definire standard e valutare l'efficacia delle attività infermieristiche di salute familiare.	19	4	**A**. direi che gli standard provengono dalle linee guide e dalla letteratura. E la valutazione di efficacia di solito viene fatta con clinical trials che validano gli interventi e chi li mette in pratica non ha l'onere di rivalutarne l'efficacia. Altra cosa sono gli esiti che è giusto misurare. quindi direi "misurare gli esiti degli interventi" **B**. La frase è corretta nella sostanza, ma nel linguaggio tecnico-formativo usato per l'IFeC potrebbe essere resa più chiara e aderente agli standard normativi e professionali. Infatti, parlare di "standard" e "valutazione dell'efficacia" richiama il ruolo dell'IFeC nella programmazione, monitoraggio e miglioramento della qualità delle attività infermieristiche orientate alla salute della famiglia e della comunità. Alcune possibili riformulazioni: Vedi quale delle tre meglio descrive ciò che vuoi misurare: Sintetica: "Definire standard assistenziali e valutare l'efficacia degli interventi infermieristici rivolti alla salute della famiglia e della comunità." Più tecnico-istituzionale (vicino al linguaggio dei documenti FNOPI/DM 77/2022):"Contribuire alla definizione di standard assistenziali e al monitoraggio dell'efficacia delle attività infermieristiche di promozione, prevenzione e presa in carico della famiglia e della comunità." Orientata alla qualità e alla valutazione degli esiti: "Definire standard operativi e valutare l'efficacia degli interventi infermieristici di salute familiare, anche attraverso indicatori di qualità ed esiti di salute." **C**. valutare l'efficacia delle attività infermieristiche rivolte alla famiglia e alla comunità **D**. specificare meglio	0			Modificata: Definire standard operativi e valutare l'efficacia degli interventi infermieristici di salute familiare, anche attraverso indicatori di qualità ed esiti di salute
3.2.2 Monitorare le malattie croniche nella comunità.	14	6	**A**. Contribuire al monitoraggio delle malattie croniche … **B**. questo sarebbe il compito degli epidemiologi che devono monitorare nel tempo dati di popolazione, dati di attività dei servizi e registri di malattia e mortalità per restituire questi dati agli operatori sanitari su campo **C.** Dipende da cosa si intende per monitorare. Attività da affiancare ad altri servizi di igiene e salute pubblica, direzione di distretto, rete dei MMG etc **D.** ma anche quelle acute e che coinvolgono più di un individuo, tipo i periodi di influenza o piccoli focolai epidemici **E.** dipende dal grado di cronicità **F.** QUESTA COMPETENZA DEVE ESSERE SUPPORTATA DA UN SISTEMA INFORMATICO CHE PERMETTA UN MONITORAGGIO EDUN'ESTRAZIONE DEI DATI RACCOLTI	3	**A**. non è chiaro: si vuole dire monitorare l'andamento delle malattie croniche dei componenti della comunità? o l'incidenza? **B**. Attività attribuibile ad ATS **C** . mi pare una ripetizione e in ogni caso andrebbe formulato specificando la distribuzione e la prevalenza delle malattie croniche all'interno dell'area geografica o della comunità dipertinenza		Modificata: Contribuire al monitoraggio della distribuzione e della prevalenza di malattie (croniche e infettive) nella comunità, in collaborazione con i servizi di Igiene e Sanità Pubblica, l'Epidemiologia, la Direzione di Distretto e i Medici di Medicina Generale (MMG), utilizzando sistemi informatici dedicati per la raccolta e l'analisi dei dati.
3.2.3 Monitorare le persone affette da malattie croniche e rare nella comunità, in collaborazione con gli altri membri del team multidisciplinare.	17	6	**A**. Contribuire al monitoraggio delle persone … **B**. monitoro a scopo clinico, non a scopo epidemiologico. Non è compio dell' infermiere IFOC. **C**.Monitorare le persone affette da malattie cronichenella comunità, in collaborazione con gli altri membri del team multidisciplinare. **D**. croniche **E**. Monitorare le persone affette da malattie croniche nella comunità, in collaborazione con gli altri membri del team multidiciplinare e multiprofessionale. (rare non è una discriminante per l'assistenza, anche se in genere sono seguite da centri specialistici.) **F**. QUANTO GIA' SCRITTO NELLA PRECEDENTE RISPOSTA	0			Modificata: Contribuire al monitoraggio delle persone con malattie croniche nella comunità, in collaborazione con gli altri membri del team multidisciplinare
3.2.4 Gestire la promozione della salute, l'educazione, gli interventi e il monitoraggio supportati dalle tecnologie ICT (e-Health).	21	2	**A**. non farsi trovare impreparati all'utilizzo da parte di pazienti, familiari e giovani studenti di strumenti decisionali attinti dalla IA. **B**.mi pare una ripetizione di un altro punto	0			Confermata
3.2.6 Applicare strumenti di valutazione della fragilità, condurre visite domiciliari e utilizzare il telemonitoraggio.	21	1	Applicare strumenti di valutazione della fragilità, condurre visite domiciliari e utilizzare strumenti per il telemonitoraggio e la teleassistenza	1	già presente		Modificata: Applicare strumenti di valutazione della fragilità, condurre visite domiciliari e utilizzare strumenti per il telemonitoraggio e la teleassistenza
3.3.1 Possedere competenze per garantire la sicurezza del paziente, con particolare attenzione ai fattori umani.	17	4	**A**. parola paziente **B**. toglierei con particolare attenzione ai fattori umani **C**. "Possedere competenze per garantire la sicurezza della persona assistita, con particolare attenzione alla gestione dei fattori umani e organizzativi." **D**.un po' vago	2	**A**. aspecifico- competenza di base **B**.Competenza infermieristica generale		Modificata: Possedere competenze per garantire la sicurezza della persona assistita, con particolare attenzione alla gestione dei fattori umani e organizzativi.
3.3.2 Gestire i rischi dell'assistenza clinica e promuovere la sicurezza del paziente.	18	3	**A**. parola paziente **B**. Propongo le seguenti due alternative: "Gestire i rischi clinico-assistenziali e promuovere la cultura della sicurezza delle cure." "Gestire i rischi legati all'assistenza e attuare strategie per la sicurezza e la qualità delle cure rivolte alla persona, alla famiglia e alla comunità." **C**. formulare più chiaramente	2	**A**. aspecifico- competenza di base **B**. Competenza infermieristica generale		Modificata: Gestire i rischi legati all'assistenza e attuare strategie per la sicurezza e la qualità delle cure rivolte alla persona, alla famiglia e alla comunità

3.3.3 Dimostrare impegno verso l'apprendimento permanente e lo sviluppo professionale continuo.	20	1	Questa frase "Dimostrare impegno verso l'apprendimento permanente e lo sviluppo professionale continuo" non è una competenza in senso stretto, ma piuttosto un atteggiamento o un valore professionale. Le competenze descrivono cosa sa fare l'infermiere in termini di conoscenze, abilità e responsabilità (es. "gestire i rischi clinico-assistenziali"), mentre "dimostrare impegno" è più vicino a un principio deontologico o a una meta-competenza (cioè un requisito trasversale che accompagna tutte le altre). Per renderla una vera competenza, potresti riformularla così: Se orientata all'azione: "Partecipare a percorsi di formazione continua e applicare nella pratica professionale le conoscenze acquisite." Se allineata al linguaggio istituzionale (ECM / sviluppo professionale): "Pianificare e attuare strategie di aggiornamento e sviluppo professionale continuo, in coerenza con i bisogni assistenziali emergenti." Se intesa come meta-competenza (se vuoi mantenerla come valore trasversale): "Coltivare l'apprendimento permanente come parte integrante della responsabilità professionale."	2	**A**. aspecifico- competenza di base **B**. Competenza infermieristica generale		Eliminare
3.3.4 Garantire la sicurezza dei dati e la continuità dell'assistenza a distanza.	20	2	**A**. Definire meglio assistenza a distanza **B**.si può scrivere più chiaramete o incorporare nella precedente parte sulla tele assistenza	1	garantire la sicurezza dei dati non è una competenza del personale sanitario		Modificata: Garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati e la continuità del servizio nell'erogazione di interventi di teleassistenza e telemonitoraggio.
3.3.5 Mantenere relazioni professionali e interprofessionali e un ruolo di supporto con i colleghi per garantire che gli standard professionali siano rispettati.	18	2	**A**. Attenzione ai confini dei ruoli gestionali **B**. La frase che proponi è ben orientata, ma così com'è, mi sembra più una descrizione di comportamento atteso che una competenza formulata in modo operativo. Se pensiamo al profilo dell'IFeC e al linguaggio usato nei documenti ufficiali (FNOPI, DM 77/2022, Core Competence Framework europeo), si potrebbe rendere più chiaro che si tratta di una competenza relazionale e collaborativa. Propongo 2 possibili riformulazioni: Con focus sul supporto ai colleghi (team working): "Collaborare con i colleghi, fornendo supporto professionale per garantire il rispetto degli standard assistenziali e la qualità delle cure." Allineata al linguaggio istituzionale (più formale): "Mantenere relazioni professionali e interprofessionali costruttive, promuovendo la collaborazione e il rispetto degli standard professionali."	3	**A**. ruolo più adatto ad altra figura professionale **B**. forse già proposta? **C**. Competenza infermieristica generale		Modificata: Collaborare con i colleghi, fornendo supporto professionale per garantire il rispetto degli standard assistenziali e la qualità delle cure
3.3.6 Monitorare e garantire la qualità della pratica assistenziale.	19	1	Questa frase è corretta nei contenuti, ma può risultare un po' generica. "Monitorare": implica osservare, raccogliere dati e valutare indicatori di qualità. "Garantire la qualità": sembra un compito molto ampio, quasi gestionale/dirigenziale. Per l'infermiere di famiglia e comunità è più realistico contribuire al mantenimento e al miglioramento della qualità, attraverso la pratica basata su evidenze, la valutazione degli esiti e il rispetto delle linee guida. Una riformulazione più equilibrata potrebbe essere: "Monitorare e contribuire al miglioramento continuo della qualità della pratica assistenziale, nel rispetto degli standard professionali ed etici."	3	**A**. aspecifico- competenza di base **B**.Competenza infermieristica generale **C**. Non credo sia competenza IFEC		Modificata: Monitorare e contribuire al miglioramento continuo della qualità della pratica assistenziale
3.3.7 Verificare e monitorare gli esiti di salute per garantire efficacia e qualità.	20	0		3	**A**. aspecifico- competenza di base **B**.Competenza infermieristica generale **C**. senza commento		Confermata
3.3.8 Definire standard e valutare l'efficacia delle attività infermieristiche per la salute della famiglia	19	3	**A**. vedi la risposta precedente riguardo a standard e valutazione dell' efficacia. **B**. valutare l'efficacia delle attività infermieristiche per la salute della famiglia **C**.verificare che non sia una ripetizione	1	senza commento		Modificata: Valutare l'efficacia delle attività infermieristiche per la salute della famiglia
3.4.1 Documentare sistematicamente la propria pratica.	20	0		3	**A**. aspecifico- competenza di base **B**.Competenza infermieristica generale **C**. la eliminerei solo perchè la vedo ovvia in qualsiasi ambito infm		Confermata
3.4.2 Gestire la documentazione e la certificazione ufficiale nell'assistenza infermieristica di comunità e famiglia (ad esempio, l'assistenza domiciliare).	17	5	**A**. perchè certificazione ufficiale? documentare in forma tracciata e possibilmente informatica. **B**.Questa frase così com'è, può, a mio parere, generare confusione: Perchè? "Gestire la documentazione": corretto, perché l'infermiere di famiglia e comunità deve compilare cartelle infermieristiche, strumenti di valutazione, piani educativi e report. "certificazione ufficiale" - che cosa si intende?: la certificazione (es. certificati medici, invalidità, idoneità) non è competenza infermieristica, ma medica. Un infermiere non può rilasciare certificazioni ufficiali (da quanto ne sò). "(ad esempio, l'assistenza domiciliare)": sembra quasi spostare il focus sull'infermiere domiciliare, più che sull'infermiere di comunità. Una riformulazione più chiara e aderente al profilo dell'IFeC potrebbe essere: "Gestire in modo accurato la documentazione infermieristica relativa all'assistenza di famiglia e di comunità , assicurando tracciabilità, continuità e qualità dei percorsi assistenziali." **C**. Gestire la documentazione nell'assistenza infermieristica di comunità e famiglia **D**. formulare più chiaramente senza parentesi	1	competenza non chiara		Modificata: Gestire in modo accurato la documentazione infermieristica relativa all'assistenza di famiglia e di comunità , assicurando tracciabilità, continuità e qualità dei percorsi assistenziali
4.1.1 Lavorare in modo autonomo e come membri di un team.	19	2	**A.** "Operare in autonomia professionale e in collaborazione all'interno di team multiprofessionali." **B**. Esercitare la leadership nei processi assistenziali territoriali anche attraverso lo sviluppo di reti di collaborazione con gli altri servizi	2	**A**. aspecifico- competenza di base **B**. Competenza infermieristica generale	competenza trasversale della professione infermieristica	Modificata: Operare in autonomia professionale e in collaborazione all'interno di team multiprofessionali.

4.1.2 Esercitare la leadership e sviluppare, implementare e valutare politiche per la famiglia e la comunità.	18	5	**A**. Direzione Sanitaria per per implementazione e valutare politiche per la famiglia e comunità **B**. politiche sanitarie **C**. collaborare a sviluppare, implementare e valutare politiche per la famiglia e la comunità. **D**. Come parte della rete territoriale, sarebbe utile la presenza degli IFeC sui tavoli di lavoro regionali e provinciali E. Implementazione non può essere autonoma ma discussa in seno a direzioni di distretto, conferenza dei sindaci, uffici di piano etc	1	vago e improrpio	L'IFoC ha una leadership parziale	Modificata: Esercitare la leadership professionale (promozione del cambiamento, *advocacy* e coordinamento delle cure) e collaborare con la Direzione Sanitaria, i distretti e gli organismi decisionali (es. Conferenza dei Sindaci, Uffici di Piano) per sviluppare, implementare e valutare le politiche sanitarie e le strategie per la salute della famiglia e della comunità.
4.1.3 Sviluppare competenze di leadership per garantire efficacia e appropriatezza clinica e assistenziale.	19	2	**A**. non tutti hanno il desiderio e la stoffa per condurre. alcuni amano essere gregari e fanno bene il proprio lavoro anche se non conducono la pattuglia. **B**. "Sviluppare competenze di leadership per favorire l'integrazione del team, la continuità assistenziale e la qualità degli interventi di cura e promozione della salute."	2	**A.** non capisco **B**. Competenza infermieristica generale		Modificata: Esercitare la leadership e collaborare alla definizione e valutazione di politiche sanitarie per la famiglia e la comunità, in accordo con gli organismi decisionali
4.1.4 Mantenere relazioni professionali e interprofessionali e un ruolo di supporto con i colleghi per garantire che gli standard professionali siano rispettati.	18	2	**A**. non capisco Aa che standard si riferisce **B**. "Coltivare relazioni professionali e interprofessionali collaborative, offrendo supporto ai colleghi e contribuendo al mantenimento della qualità e degli standard professionali."	3	**A**. aspecifico- competenza di base **B**.Competenza infermieristica generale **C**. ripetizione già detto prima		Modificata: Coltivare relazioni professionali e interprofessionali collaborative, offrendo supporto ai colleghi e contribuendo al mantenimento della qualità e degli standard professionali.
4.2.1 Utilizzare le migliori evidenze scientifiche disponibili, generare nuova conoscenza e diffondere quella già esistente.	19	2	**A**. Nella routine clinica non sempre si producono dati originali e si può contribuire a generare nuova conoscenza. Partecipare ad attività di ricerca può essere un'occasione, ma non sempre c'è la possibilità **B**. "Applicare le migliori evidenze scientifiche disponibili, contribuire alla produzione di nuova conoscenza e promuovere la diffusione delle buone pratiche."	2	**A.** non capisco **B**. Competenza infermieristica generale		Confermata
4.2.3 Condurre revisioni della letteratura e reperire le migliori evidenze per pianificare l'assistenza.	14	4	**A.** Solo da equipe che si occupa di ricerca **B**. "Reperire e applicare le migliori evidenze scientifiche disponibili per orientare la pianificazione assistenziale e gli interventi di salute comunitaria." **C**.Condurre revisioni della letteratura e reperire le migliori evidenze per pianificare l'assistenza in ambito della famiglia e comunità **D**. E' UN'ABILITA' SICURAMENTE NECESSARIA A LUNGO TERMINE MA CHE VA SUPPORTATA ANCHE CON ALTRI professionisti	5	**A**. risorse permettendo **B**. Sarebbe auspicabile, ma non avviene in aziende non universitarie che non hanno mission di ricerca **C**. Attribuibile a figure professionali di ricerca D. Competenza non richiedibile come core ma utilizzando infermieri esperti in ambito di ricerca, documenti forniti dalla propria organizzazione, recepiti da società scientifiche etc **E.** Competenza infermieristica generale		Modificata: Reperire e applicare le migliori evidenze scientifiche disponibili per orientare la pianificazione assistenziale e gli interventi di salute comunitaria
4.2.4 Applicare metodologie di ricerca e gestire il rischio clinico nei contesti comunitari.	19	2	**A**. se si fanno lavori sperimentali, si è bene applicare la metodologia di ricerca. Direi "utilizzare la metodologia scientifica nella scelta degli interventi e nella valutazione degli esiti" " altra cosa è gestire il rischio clinico" **B**. "Gestire il rischio clinico" sembra un compito da dirigente o risk manager ospedaliero. Una riformulazione potrebbe essere: "Applicare metodologie di ricerca e contribuire all'identificazione e alla gestione dei fattori di rischio per la salute nei contesti comunitari."	2	**A**. Attribuibile alla figura dell' infermiere risk manager **B**. Competenza core non richiedibile senza formazione accademica superiore		Modificata: Applicare metodologie di ricerca e contribuire all'identificazione e alla gestione dei fattori di rischio per la salute nei contesti comunitari.
4.2.5 Contribuire all'ampliamento dell'offerta territoriale e alla diffusione di pratiche innovative.	21	2	**A**. "Contribuire allo sviluppo dell'offerta assistenziale territoriale e promuovere la diffusione di pratiche innovative basate su evidenze." **B**.Contribuire all'appropriatezza dell'offerta sanitaria territoriale e alla diffusione di pratiche innovative.	0			Confermata
4.2.6 Utilizzare piattaforme di telemonitoraggio e strumenti di e- health.	23	0		0			Confermata
4.2.7 Utilizzare strumenti di telemedicina e monitorare le apparecchiature domiciliari.	19	2	**A**. Questa frase è corretta nei contenuti, ma merita un piccolo chiarimento. "Utilizzare strumenti di telemedicina": rientra tra le competenze dell'infermiere di famiglia e comunità, soprattutto per il monitoraggio a distanza di pazienti cronici e fragili. "Monitorare le apparecchiature domiciliari": suona un po' tecnico, quasi da ingegnere biomedico. In realtà l'IFeC non "monitora" le apparecchiature in senso tecnico, ma controlla che vengano usate correttamente da pazienti e caregiver e verifica i dati raccolti dai dispositivi (es. saturimetri, glucometri, telemonitoraggio cardiaco); altresì segnala eventuali anomalie o malfunzionamenti al servizio competente. Propongo la seguente riformulazione: "Utilizzare strumenti di telemedicina e supportare l'uso sicuro ed efficace delle apparecchiature domiciliari da parte di pazienti e caregiver." **B**.	2	**A**. senza commenyto **B.** ripete quanto al punto precedente		Modificata: Utilizzare strumenti di telemedicina e supportare l'uso sicuro ed efficace delle apparecchiature domiciliari da parte di pazienti e caregiver
4.2.8 Utilizzare sistemi informatici, cartelle cliniche elettroniche e telemedicina per garantire la continuità assistenziale.	19	4	**A**. presto si aggiungerà anche "utilizzare in maniera competente e non pregiudiziale strumenti di supporto alla decisione clinica provenienti dal mondo delle IA" **B**. "Utilizzare sistemi informatici, cartelle cliniche elettroniche e strumenti di telemedicina per favorire integrazione e continuità assistenziale." **C**. Utilizzare documentazione sanitaria informatizzata e telemedicina per garantire la continuità assistenziale. **D**. accorpare con le altre parti che dicono la stessa cosa	0			Modificata: Utilizzare sistemi informatici, cartelle cliniche elettroniche e strumenti di telemedicina per favorire integrazione e continuità assistenziale
4.3.1 Gestire la diversità e promuovere l'inclusione.	20	1	Promuovere l'inclusione e la gestione rispettosa e informata delle diversità nel rispetto dei diritti umani	2	**A**. aspecifico- competenza di base **B**. Competenza infermieristica generale		Modificata: Promuovere l'inclusione e la gestione rispettosa e informata delle diversità nel rispetto dei diritti umani
4.3.2 Gestire il cambiamento e agire come agenti del cambiamento.	20	0		3	**A**. aspecifico- competenza di base **B**. Competenza infermieristica generale **C**. molto vago		Confermata

4.4.1 Lavorare in autonomia e come membri di un team.	18	0		5	**A.** aspecifico **B**. doppio *C* . Ripetizione **D**. mi pare sia già stato detto		Eliminare perché ripetitiva
4.4.2 Prendere decisioni basate su principi etici.	20	0		3	**A**. aspecifico- competenza di base **B**. Competenza infermieristica generale **C.** Pleonastico ed implicito. Ho bisogno di dichiararla come competenza?		Confermata... il 21 % chiede di eliminarla
4.4.3 Dimostrare impegno verso l'apprendimento permanente e lo sviluppo professionale continuo.	19	0		4	**A**. aspecifico **B**. Competenza infermieristica generale **C**. Ripetizione **D**. mi pare sia già stato detto		Confermata... il 17 % chiede di eliminarla
4.4.4 Mantenere relazioni professionali e un ruolo di supporto collegiale con i colleghi.	19	1	"Coltivare relazioni professionali e promuovere il supporto reciproco tra colleghi."	3	**A**. competenza infermieristica non specifica ifoc **B**. aspecifico **C**. già detto		Eliminare perché ripetitiva
4.4.5 Assumersi la responsabilità del proprio operato, prendendo decisioni basate sulle evidenze e tenendo conto delle preferenze e dei valori delle famiglie e della comunità, nonché delle risorse disponibili.	23	0		0			Confermata
4.4.6 Sviluppare competenze di leadership, gestione dei conflitti, lavoro di squadra e gestione dello stress, con attenzione alla gestione di sé e allo sviluppo personale.	20	1	ben formulato, ma attenzione alle ripetizioni	2	**A**. aspecifico- competenza di base **B**. Competenza infermieristica generale		Confermata
5.1.1 Generare, gestire e utilizzare informazioni (dati) cliniche, basate sulla ricerca e statistiche, per pianificare l'assistenza e dare priorità alle attività correlate alla salute e alla malattia.	17	4	**A**. utilizzare informazioni basate sull'evidenza per pianificare l'assistenza e dare priorità agli interventi che si sono rivelate più costo-efficaci nella gestione delle malattie **B.** "Raccogliere, analizzare e utilizzare dati clinici ed epidemiologici per pianificare l'assistenza e definire le priorità di salute della comunità." **C**.Forse competenze avanzate. La ricerca in ambito comunitario non è approcciabile da tutti come elemento core **D.** formulare meglio e controllare che già non sia stato detto	2	**A**. competenza per altra figura **B.** già descritta precedentemente con altra formulazione (più semplice)		Raccogliere, analizzare e utilizzare dati clinici ed epidemiologici per pianificare l'assistenza e definire le priorità di salute della comunità.
5.1.2 Valutare il contesto sociale ed economico in cui vive il paziente.	17	2	**A.** su "paziente" ho già detto **B.** paziente	4	**A**. già presente **B**. No, la valutazione come atto formale è del servizio sociale. Noi siamo un tramite, una sentinella, rileviamo ma non possiamo valutare **C**. già detto in altra formula **D**. parte economica di competenza ass. sociale		Eliminare perché ripetitiva
5.1.3 Eseguire una valutazione infermieristica multidimensionale.	19	0		4	**A**. già presente **B**. Non pertinente al dominio **C**. già detto **D**. Competenza infermieristica generale		Eliminare perché ripetitiva
5.1.4 Raccogliere e interpretare dati epidemiologici e demografici per stratificare la fragilità.	20	3	**A.** Solo da equipe che si occupa di ricerca **B.** raccogliere dati per utilizzare strumenti di classificazione e stratificazione della fragilità **C**. Competenza avanzata, non richiedibile come core, ha bisogno di rete di supporto	0			Confermata
5.1.5 Utilizzare i sistemi informativi aziendali per la gestione della qualità e del rischio.	18	1	"Utilizzare i sistemi informativi aziendali per supportare il monitoraggio della qualità e contribuire alla gestione della sicurezza assistenziale."	4	**A**. aspecifico **B**. molto vago e già in parte detto **C**. non competenza dell'IFEC **D**. Competenza infermieristica generale		Modificata: Utilizzare i sistemi informativi aziendali per supportare il monitoraggio della qualità e contribuire alla gestione della sicurezza assistenziale.
5.1.6 Analizzare i dati di popolazione e pianificare risposte assistenziali proattive.	18	3	**A.** "Analizzare i dati di popolazione per individuare bisogni di salute e pianificare interventi assistenziali e preventivi proattivi." **B**. collaborare all'analisi dei dati demografici ed epidemiologici e alla pianificazione di risposte assistenziali proattive. **C**. Competenza avanzata, ha bisogno di percorso accademico ulteriore o rete di supporto	2	**A**. senza commento **B**. già detto in altre parti, eventualmente accorpare e integrare		Modificata: Analizzare i dati di popolazione per individuare bisogni di salute e pianificare interventi assistenziali e preventivi proattivi
5.2.1 Lavorare in modo autonomo e come membri di un team.	17	0		6	**A**. aspecifico **B**. doppio **C**. ripetizione **D**. Competenza infermieristica generale **E**. già detto **F.** senza commento		Eliminare perché ripetitiva
5.2.2 Partecipare alla definizione delle priorità delle attività del team multidisciplinare per affrontare problemi legati alla salute e alla malattia.	21	1	Partecipare alla definizione delle priorità delle attività assistenziali con il team multidisciplinare.	1	già detto		Confermata
5.2.3 Mantenere relazioni professionali e un ruolo di supporto e collaborazione con i colleghi.	20	0		3	**A**. già detto **B**. senza commento **C**. Competenza infermieristica generale		Eliminare perché ripetitiva
5.2.4 Possedere competenze nella gestione dell'assistenza, in conformità al quadro strategico nazionale per le patologie croniche.	20	1	Possedere ed acquisire	2	**A**. già detto **B**. senza commento		Confermata
5.2.5 Facilitare i contatti di pazienti e famiglie con le reti di supporto sociale presenti nella comunità.	22	1	Paziente	0			Modificata: Facilitare i contatti delle persone e delle famiglie con le reti di supporto sociale presenti nella comunità
5.2.6 Lavorare in team interprofessionali, organizzare riunioni di caso e debriefing.	18	3	**A**. non troppe riunioni **B**. organizzare e partecipare attivamente a riunioni di caso e debriefing **C**. Specificare "debriefing e analisi del caso" su aspetti della complessità o infermieristici?	2	**A**. già detto **B**. Competenza infermieristica generale		Modificata: Organizzare e partecipare attivamente a debriefing e analisi di casi

5.2.7 Lavorare in team multiprofessionali e coordinare l'integrazione tra i servizi.	18	3	**A**. metterei: Lavorare in team multiprofessionali e cooperare in l'integrazionecon i servizi.. **B**. promuovere l'integrazione tra i servizi.. specificare quali **C**. La coordinazione tra i servizi è competenza mutabile a seconda del bisogno prevalente.	2	**A**. già detto **B**. Competenza infermieristica generale		Confermata
5.2.8 Progettare, coordinare e monitorare percorsi di cura integrati garantendo la continuità ospedale-territorio.	19	2	**A**. per i pazienti trasportabili con comuni mezzi di trasporto **B**.In collaborazione con le COT	2	**A**. vedi item uguale precedente **B.**già detto, eventualmente integrare le altre parti		Confermata
5.2.9 Promuovere l'integrazione tra servizi sanitari e sociali e stimolare la partecipazione attiva dei cittadini.	23	0		0			Confermata
5.2.10 Applicare strumenti di integrazione (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano - SVAMA, Piano Assistenziale Individualizzato - PAI), coaching e feedback clinico.	19	3	**A**. da modificare separando le competenze contenute che sono molto diverse **B**. Va definito bene il termine coaching spesso terreno grigio di attrito con educatori e psicologi **C**. verificare e integrare le parti in cui già si tratta il concetto	1	Competenza infermieristica generale		Confermata
5.2.11 Attuare modelli organizzativi regionali e integrare i percorsi di cura (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali - PDTA).	21	1	applicare percorsi di cura (Percorsi preventivi Diagnostici Terapeutici Assistenziali - PPDTA) per le parti di competenza.	1	già detto		Confermata
5.2.12 Applicare i percorsi di cura (PDTA) e le raccomandazioni cliniche nella pratica di comunità.	20	2	**A**. declinando a livello locale i PDTA regionali o aziendali **B**. Applicare i percorsi di cura (PPDTA) e le raccomandazioni cliniche nella pratica di comunità.	1	i percorsi si applicano alle persone non alle comunità		Confermata
5.2.14 Garantire la presa in carico e la continuità delle cure tra ospedale e territorio.	21	1	in raccordo con le COT	1	senza commento		Confermata
5.2.15 Contribuire alla pianificazione condivisa delle cure in conformità alla Legge 219/17 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento).	22	0		1	aspecifico		Confermata
6.1.1 Promuovere la salute di individui, famiglie e comunità.	23	0		0			Confermata
6.1.2 Applicare il pensiero sistemico alle Scienze della Salute Pubblica per la promozione della salute e la prevenzione partecipata con la comunità.	18	2	**A**. competenza avanzata con percorso accademico ulteriore **B**. lo conoscono tutti il pensiero sistemico delle...	3	**A**. Non capisco la compenza espressa **B**. senza commento **C.** andrebbe meglio descritto il pensiero sistemico nel contesto		Modificata: Valutare l'impatto dei fattori sistemici (sociali, ambientali, economici) sulla salute pubblica, per ideare e realizzare, in collaborazione con la comunità, progetti efficaci di promozione della salute e prevenzione.
6.1.3 Far emergere e ingaggiare potenziali agenti di salute nella comunità (risorse umane locali che, opportunamente formate, rafforzano l'efficacia delle azioni di salute pubblica perché parlano il linguaggio della comunità e ne condividono il contesto sociale e culturale).	21	2	**A**. In raccordo con vision del distretto, conferenza dei sindaci, uffici di piano etc etc **B**. concetto chiave ma da formulare meglio e integrare con quanto già scritto in altri punti	0			Confermata
6.1.7 Collaborare con il team multidisciplinare per prevenire le malattie e promuovere e mantenere la salute.	21	0		2	**A**. già detto **B**. Competenza infermieristica generale		Confermata
6.1.8 Applicare strategie educative per promuovere la salute e la sicurezza di individui e famiglie.	22	0		1	già detto		Confermata
6.1.9 Identificare e attuare iniziative per rafforzare i fattori di prevenzione e protezione nei contesti comunitari.	21	1	Dopo condivisione in una logica di progettualità in capo a Distretto, conferenza dei sindaci, servizio sociale etc etc	1	già detto		Confermata
6.1.10 Gestire la promozione della salute, l'educazione, il trattamento e il monitoraggio supportati dalle tecnologie ICT (e-Health).	21	0		2	**A**. già presente **B**. Già detto		Confermata
6.1.11 Progettare iniziative preventive e promuovere stili di vita sani.	22	1	In collaborazione con associazioni ed enti comunali	0			Confermata
6.1.12 Applicare i principi dell'epidemiologia e gestire programmi di prevenzione e promozione di stili di vita salutari.	18	3	**A**. gestire programmi di prevenzione e promozione di stili di vita salutari utilizzando le evidenze epidemiologiche **B**. In collaborazione con i distretti **C**. Forse competenza non core ma avanzata	2	**A**. secondo me competenza del servizio di prevenzione **B**. senza commento		Modificata: Gestire programmi di prevenzione e promozione di stili di vita salutari utilizzando le evidenze epidemiologiche
6.1.13 Progettare, supervisionare e valutare iniziative di prevenzione primaria e secondaria.	19	2	**A**. Competenza avanzata dopo ulteriore percorso di studi o in rete con percorsi specifici (ad esempio sanità di iniziativa) **B**. anche terziaria e in integrazione con il Piano di prevenzione locale	2	**A**. competenza del servizio di prevenzione **B**. Attribuibile ad ATS		Confermata
6.1.14 Coinvolgere individui e famiglie nelle decisioni riguardanti la propria salute e il proprio benessere.	23	0		0			Confermata

6.1.15 Creare programmi di promozione ed educazione alla salute che favoriscano il coinvolgimento attivo.	21	2	**A**. Contribuisce a creare **B**. Competenza avanzata dopo ulteriore percorso di studi o in rete con percorsi specifici (ad esempio sanità di iniziativa)	0			Modificata Contribuire a creare programmi di promozione ed educazione alla salute che favoriscano il coinvolgimento attivo.
6.1.16 Sostenere, supportare e responsabilizzare individui e famiglie per influenzare e partecipare alle decisioni riguardanti la loro salute e il loro benessere.	23	0		0			Confermata
6.1.17 Promuovere l'auto-responsabilizzazione di persona, famiglia e comunità.	21	0		2	**A**. già detto **B**. senza commento		Confermata
Se ritiene che vi siano altre competenze rilevanti non incluse nella lista iniziale, la preghiamo di volerle indicare qui di seguito descrivendole in maniera chiara in un elenco puntato.						**PROPONGONO DI AGGIUNGERE**: **1**. potenziamento delle competenze riguardanti la gestione di problemi di salute mentale (depressione, disturbi del sonno, demenze) **2.** la conoscenza sull'uso di nuove sostanze psicoattive. **3**. manca una voce dedicata alla sicurezza dell'operatore **4**. competenze necessarie alla comunicazione ed alla interazione con persone con diverso grado di competenze cognitive, con particolare attenzione al Disturbo Neurocognitivo **5.** ragionamento sulle diverse culture e su rispetto dei diritti delle persone, sulla tutela ambientale, sul ciclo di vita e sui principali attori delle cure primarie MMG e PLS , AS, Psicologi ed educatori	Proposto di aggiungere: **A**. Valutare i bisogni e attuare interventi di supporto e self-management per problemi di salute mentale comuni nella comunità (es. disturbi del sonno, ansia e depressione lieve-moderata), garantendo il monitoraggio e il raccordo appropriato con la rete specialistica per la continuità assistenziale. **B**. Applicare un approccio culturalmente sensibile e garantire il rispetto dei diritti e dell'equità nell'assistenza, tenendo conto delle differenze culturali, religiose e delle diverse fasi del ciclo di vita della persona e della famiglia. **C**. Integrare la tutela e la sostenibilità ambientale nelle pratiche di promozione della salute e prevenzione a livello familiare e comunitario, riconoscendo l'impatto dei fattori ambientali sul benessere. Per quanto riguarda: il DNC c'è già un servizio che se occupa; Sicurezza dell'operatore è una competenza generale, non specifica; il raccordo con la rete è già stato contemplato in molte competenze
Proposta di modifica da secondo Focus group						**1.2.6 - Analizzare i dati di popolazione e pianificare risposte assistenziali proattive -** presente nella lista Bottom, vogliono salvarla perché la considerano fondamentale per il ruolo dell'IFoC	Ripristinata 1.2.6 - Analizzare i dati di popolazione e pianificare risposte assistenziali proattive

Appendix 10 - Delphi Round II_ Statistical Summary

Competencies	Median	IQR	% ≥8	Level of Consensus
1.1.1 Identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni di salute degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e comunitario.	9	1	90,5	Alto
1.1.2 Collaborare e valutare i bisogni di salute della comunità, pianificare interventi e mobilitare le risorse.	9	1	90,5	Alto
1.1.3 Effettuare valutazioni analitiche, sviluppare competenza culturale e pianificare programmi tenendo conto delle dimensioni comunitarie della pratica, al fine di promuovere la salute della comunità in collaborazione con il team multidisciplinare.	9	2	85,7	Moderato
1.1.4 Condurre la valutazione multidimensionale dei bisogni sanitari della comunità per orientare la pianificazione, il coordinamento e il monitoraggio degli interventi assistenziali, assicurando l'appropriatezza della presa in carico e l'attivazione delle risorse clinico-assistenziali necessarie.	9	2	85,7	Moderato
1.1.5 Valutare il contesto sociale, culturale ed economico in cui vive la persona assistita e la sua famiglia in collaborazione con l'Assistente Sociale e l'équipe multidisciplinare (es. UVM).	8,5	1	81	Alto
1.1.5 Valutare il contesto sociale, culturale ed economico in cui vive la persona assistita e la sua famiglia in collaborazione con l'Assistente Sociale e l'équipe multidisciplinare (es. UVM)	8	1,25	76,2	Moderato
1.1.6 Effettuare una valutazione infermieristica multidimensionale.	10	1	85,7	Alto
1.1.7 Saper analizzare il contesto socioculturale della comunità in cui si opera in collaborazione con l'équipe multidisciplinare (es. UVM).	8	1	85,7	Alto
1.1.8 Valutare la rete familiare e i supporti sociali, identificare eventuali fragilità e stratificarle per elaborare piani assistenziali personalizzati e attivare le risorse disponibili.	9	2	90,5	Moderato
1.2.1 Pianificare, avviare e coordinare interventi di presa in carico e supporto alle famiglie del proprio territorio di riferimento, assicurando continuità assistenziale e promozione della salute.	9	2	85,7	Moderato
1.2.2 Definire piani educativi e percorsi di presa in carico basati sui bisogni della persona, della famiglia e della comunità.	9	1	90,5	Alto
1.2.3 Pianificare, attivare e valutare interventi educativi e di promozione della salute rivolti a individui, famiglie e comunità, nel rispetto del proprio ambito di competenza.	9	2	90,5	Moderato
1.2.4 Pianificare e realizzare interventi per la gestione di condizioni cliniche nelle diverse fasi della vita delle persone.	8	2	85,7	Moderato
1.2.5 Promuovere e coordinare attività preventive e di educazione sanitaria, individuando precocemente i bisogni di salute della popolazione per favorire interventi proattivi.	9	2	95,2	Moderato
1.2.6 Analizzare i dati di popolazione e pianificare risposte assistenziali proattive.	8	0,5	47,6	Alto
1.2.7 Sviluppare progetti di assistenza focalizzati sui bisogni emergenti della popolazione.	9	1	81	Alto
1.2.10 Contribuire all'attuazione di programmi di promozione della salute e gestire la presa in carico delle persone e delle famiglie (case management), con particolare attenzione all'individuazione precoce dei fattori di rischio.	9	1	85,7	Alto
1.3.1 Fornire assistenza infermieristica clinica e di case management a individui, famiglie e alla comunità.	9,5	1	95,2	Alto
1.3.2 Gestire la presa in carico delle persone con patologie croniche, in coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità e con i PDTA di pertinenza.	9	2	85,7	Moderato
1.3.4 Supportare la capacità di auto-cura e l'aderenza terapeutica.	10	2	90,5	Moderato
1.3.7 Applicare strumenti di valutazione della fragilità, condurre visite domiciliari e utilizzare il tele-monitoraggio.	9	2	90,5	Moderato
1.3.8 Pianificare ed erogare interventi assistenziali per persone con patologie acute e croniche in sia in età pediatrica sia in età adulta.	9	1,25	85,7	Moderato
1.3.9 Gestire e coordinare i percorsi di assistenza, garantendo continuità e integrazione tra i diversi livelli di cura.	9	2	81	Moderato
1.3.11 Co -progettare, monitorare e documentare percorsi di continuità assistenziale.	9	1	95,2	Alto
1.3.13 Mappare e utilizzare la rete dei servizi territoriali e del terzo settore.	9	2	85,7	Moderato
1.3.14 Utilizzare modelli teorici IFeC per organizzare i servizi territoriali e garantire la continuità assistenziale.	8	1	71,4	Alto

1.3.15 Coordinare e assumersi la responsabilità della gestione dell'assistenza infermieristica – inclusi gli interventi delegati ad altri operatori – in collaborazione con il team multidisciplinare e multiprofessionale.	8	1	85,7	Alto
1.3.17 Realizzare visite domiciliari orientate alla valutazione e all'educazione sanitaria, coordinare la presa in carico delle famiglie e collaborare con il team multiprofessionale per garantire continuità assistenziale.	9	2	85,7	Moderato
2.1.1 Utilizzare tecniche di comunicazione e counseling per migliorare l'interazione con persone, famiglie e comunità.	9	2	85,7	Moderato
2.1.2 Fornire educazione alla persona assistita e costruire una relazione terapeutica con la stessa.	10	1	100	Alto
2.1.3 Adottare strategie comunicative efficaci e basate su evidenze scientifiche, adattandole al contesto e ai bisogni di individui, famiglie e comunità.	10	1	95,2	Alto
2.1.4 Capacità di condividere e concordare percorsi assistenziali con persone assistite, famiglie, team multidisciplinare e servizi sanitari del territorio.	9	2	85,7	Moderato
2.2.1 Utilizzare tecniche di comunicazione e counseling per migliorare l'interazione con persone, famiglie e comunità.	9	1	85,7	Alto
2.2.2 Negoziare, offrire counseling, mediare e condurre gruppi.	8	3	61,9	Basso
2.2.3 Fornire educazione alla salute a individui, famiglie e gruppi della comunità, e affiancare studenti e professionisti di altre discipline nella promozione della salute e del benessere comunitario.	8	2	71,4	Moderato
2.2.4 Adottare un'assistenza centrata sulla persona e un approccio inclusivo verso la famiglia.	10	1	90,5	Alto
2.2.5 Coinvolgere individui e famiglie nelle decisioni riguardanti la propria salute e il proprio benessere.	10	1	95,2	Alto
2.2.6 Svolgere attività di mentoring con studenti e neo-professionisti, favorendo lo sviluppo delle competenze infermieristiche e la promozione della salute comunitaria.	8	2	61,9	Moderato
2.2.7 Coltivare relazioni professionali e interprofessionali collaborative, offrendo supporto ai colleghi e contribuendo al mantenimento degli standard professionali.	8	2	81	Moderato
2.2.8 Orientare persone e caregiver nell'accesso e nell'utilizzo appropriato dei servizi sanitari e sociali.	9	1	95,2	Alto
2.2.10 Condurre colloqui motivazionali e attività educative a supporto delle comunità.	8	2	71,4	Moderato
2.2.11 Offrire educazione sanitaria alla persona e sviluppare una relazione terapeutica efficace.	10	2	85,7	Moderato
3.1.1 Selezionare interventi prioritari e promuovere iniziative di sanità pubblica in un'ottica di collaborazione e condivisione interprofessionale e istituzionale.	8	3	71,4	Basso
3.1.2 Sviluppare e rafforzare competenze decisionali cliniche e sanitarie.	8	2	81	Moderato
3.2.1 Definire standard operativi e valutare l'efficacia degli interventi infermieristici di salute familiare, anche attraverso indicatori di qualità ed esiti di salute.	9	1	81	Alto
3.2.2 Contribuire al monitoraggio della distribuzione e della prevalenza di malattie (croniche e infettive) nella comunità, in collaborazione con i servizi di Igiene e Sanità Pubblica, l'Epidemiologia, la Direzione di Distretto e i Medici di Medicina Generale (MMG), utilizzando sistemi informatici dedicati per la raccolta e l'analisi dei dati.	9	2	71,4	Moderato
3.2.3 Contribuire al monitoraggio delle persone con malattie croniche nella comunità, in collaborazione con gli altri membri del team multidisciplinare.	9	2	90,5	Moderato
3.2.4 Gestire la promozione della salute, l'educazione, gli interventi e il monitoraggio supportati dalle tecnologie ICT (e-Health).	9	2	76,2	Moderato
3.2.6 Applicare strumenti di valutazione della fragilità, condurre visite domiciliari e utilizzare il telemonitoraggio.	10	2	81	Moderato
3.3.1 Possedere competenze per garantire la sicurezza della persona assistita, con particolare attenzione alla gestione dei fattori umani e organizzativi.	9	1	85,7	Alto
3.3.2 Gestire i rischi legati all'assistenza e attuare strategie per la sicurezza e la qualità delle cure rivolte alla persona, alla famiglia e alla comunità.	9	1	85,7	Alto
3.3.4 Garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati e la continuità del servizio nell'erogazione di interventi di teleassistenza e telemonitoraggio.	9	2	81	Moderato

3.3.5 Collaborare con i colleghi, fornendo supporto professionale per garantire il rispetto degli standard assistenziali e la qualità delle cure.	9	2	90,5	Moderato
3.3.6 Monitorare e contribuire al miglioramento continuo della qualità della pratica assistenziale.	9	2	100	Moderato
3.3.7 Verificare e monitorare gli esiti di salute per garantire efficacia e qualità.	9	2	90,5	Moderato
3.3.8 Valutare l'efficacia delle attività infermieristiche per la salute della famiglia.	9	2	90,5	Moderato
3.4.1 Documentare sistematicamente la propria pratica.	10	1	100	Alto
3.4.2 Gestire in modo accurato la documentazione infermieristica relativa all'assistenza di famiglia e di comunità , assicurando tracciabilità, continuità e qualità dei percorsi assistenziali.	10	1	100	Alto
4.1.1 Operare in autonomia professionale e in collaborazione all'interno di team multiprofessionali.	10	1	100	Alto
4.1.2 Esercitare la leadership professionale (promozione del cambiamento, advocacy e coordinamento delle cure) e collaborare con la Direzione Sanitaria, i distretti e gli organismi decisionali (es. Conferenza dei Sindaci, Uffici di Piano) per sviluppare, implementare e valutare le politiche sanitarie e le strategie per la salute della famiglia e della comunità.	9	2	90,5	Moderato
4.1.3 Esercitare la leadership e collaborare alla definizione e valutazione di politiche sanitarie per la famiglia e la comunità, in accordo con gli organismi decisionali.	9	1	90,5	Alto
4.1.4 Coltivare relazioni professionali e interprofessionali collaborative, offrendo supporto ai colleghi e contribuendo al mantenimento della qualità e degli standard professionali.	9	2	95,2	Moderato
4.2.1 Utilizzare le migliori evidenze scientifiche disponibili, generare nuova conoscenza e diffondere quella già esistente.	9	0	100	Alto
4.2.3 Reperire e applicare le migliori evidenze scientifiche disponibili per orientare la pianificazione assistenziale e gli interventi di salute comunitaria.	9	2	100	Moderato
4.2.4 Applicare metodologie di ricerca e contribuire all'identificazione e alla gestione dei fattori di rischio per la salute nei contesti comunitari.	8	2	71,4	Moderato
4.2.5 Contribuire all'ampliamento dell'offerta territoriale e alla diffusione di pratiche innovative.	9	1	90,5	Alto
4.2.6 Utilizzare piattaforme di telemonitoraggio e strumenti di e- health.	9	2	90,5	Moderato
4.2.7 Utilizzare strumenti di telemedicina e supportare l'uso sicuro ed efficace delle apparecchiature domiciliari da parte di pazienti e caregiver.	9	2	90,5	Moderato
4.2.8 Utilizzare sistemi informatici, cartelle cliniche elettroniche e strumenti di telemedicina per favorire integrazione e continuità assistenziale.	9	2	95,2	Moderato
4.3.1 Promuovere l'inclusione e la gestione rispettosa e informata delle diversità nel rispetto dei diritti umani.	10	1	90,5	Alto
4.3.2 Gestire il cambiamento e agire come agenti del cambiamento.	10	2	90,5	Moderato
4.4.2 Prendere decisioni basate su principi etici.	10	0	100	Alto
4.4.3 Dimostrare impegno verso l'apprendimento permanente e lo sviluppo professionale continuo.	10	1	95,2	Alto
4.4.5 Assumersi la responsabilità del proprio operato, prendendo decisioni basate sulle evidenze e tenendo conto delle preferenze e dei valori delle famiglie e della comunità, nonché delle risorse disponibili.	10	1	100	Alto
4.4.6 Sviluppare competenze di leadership, gestione dei conflitti, lavoro di squadra e gestione dello stress, con attenzione alla gestione di sé e allo sviluppo personale.	9	1	95,2	Alto
5.1.1 Raccogliere, analizzare e utilizzare dati clinici ed epidemiologici per pianificare l'assistenza e definire le priorità di salute della comunità.	8	1	76,2	Alto
5.1.4 Raccogliere e interpretare dati epidemiologici e demografici per stratificare la fragilità.	8	2	61,9	Moderato
5.1.5 Utilizzare i sistemi informativi aziendali per supportare il monitoraggio della qualità e contribuire alla gestione della sicurezza assistenziale.	9	2	85,7	Moderato
5.1.6 Analizzare i dati di popolazione per individuare bisogni di salute e pianificare interventi assistenziali e preventivi proattivi.	9	2	85,7	Moderato

5.2.2 Partecipare alla definizione delle priorità delle attività del team multidisciplinare per affrontare problemi legati alla salute e alla malattia.	9	2	90,5	Moderato
5.2.4 Possedere competenze nella gestione dell'assistenza, in conformità al quadro strategico nazionale per le patologie croniche.	9	2	90,5	Moderato
5.2.5 Facilitare i contatti delle persone e delle famiglie con le reti di supporto sociale presenti nella comunità.	9	2	90,5	Moderato
5.2.6 Organizzare e partecipare attivamente a debriefing e analisi di casi.	9	1	95,2	Alto
5.2.7 Lavorare in team multiprofessionali e coordinare l'integrazione tra i servizi.	9	2	85,7	Moderato
5.2.8 Progettare, coordinare e monitorare percorsi di cura integrati garantendo la continuità ospedale-territorio.	9	2	95,2	Moderato
5.2.9 Promuovere l'integrazione tra servizi sanitari e sociali e stimolare la partecipazione attiva dei cittadini.	9	1	95,2	Alto
5.2.10 Applicare strumenti di integrazione (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano - SVAMA, Piano Assistenziale Individualizzato - PAI), coaching e feedback clinico.	9	2	100	Moderato
5.2.11 Attuare modelli organizzativi regionali e integrare i percorsi di cura (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali - PDTA).	9	2	100	Moderato
5.2.12 Applicare i percorsi di cura (PDTA) e le raccomandazioni cliniche nella pratica di comunità.	9	2	95,2	Moderato
5.2.14 Garantire la presa in carico e la continuità delle cure tra ospedale e territorio.	10	2	100	Moderato
5.2.15 Contribuire alla pianificazione condivisa delle cure in conformità alla Legge 219/17 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento)	9	2	95,2	Moderato
6.1.1 Promuovere la salute di individui, famiglie e comunità.	10	1	100	Alto
6.1.2 Valutare l'impatto dei fattori sistemici (sociali, ambientali, economici) sulla salute pubblica, per ideare e realizzare, in collaborazione con la comunità, progetti efficaci di promozione della salute e prevenzione.	9	1	85,7	Alto
6.1.3 Far emergere e ingaggiare potenziali agenti di salute nella comunità (risorse umane locali che, opportunamente formate, rafforzano l'efficacia delle azioni di salute pubblica perché parlano il linguaggio della comunità e ne condividono il contesto sociale e culturale).	8	2	85,7	Moderato
6.1.7 Collaborare con il team multidisciplinare per prevenire le malattie e promuovere e mantenere la salute.	9	2	100	Moderato
6.1.8 Applicare strategie educative per promuovere la salute e la sicurezza di individui e famiglie.	9	2	95,2	Moderato
6.1.9 Identificare e attuare iniziative per rafforzare i fattori di prevenzione e protezione nei contesti comunitari.	9	2	90,5	Moderato
6.1.10 Gestire la promozione della salute, l'educazione, il trattamento e il monitoraggio supportati dalle tecnologie ICT (e-Health).	9	2	81	Moderato
6.1.11 Progettare iniziative preventive e promuovere stili di vita sani.	9	2	85,7	Moderato
6.1.12 Gestire programmi di prevenzione e promozione di stili di vita salutari utilizzando le evidenze epidemiologiche.	9	2	90,5	Moderato
6.1.13 Progettare, supervisionare e valutare iniziative di prevenzione primaria e secondaria.	9	2	90,5	Moderato
6.1.14 Coinvolgere individui e famiglie nelle decisioni riguardanti la propria salute e il proprio benessere.	10	1	95,2	Alto
6.1.15 Contribuire a creare programmi di promozione ed educazione alla salute che favoriscano il coinvolgimento attivo.	9	2	90,5	Moderato
6.1.16 Sostenere, supportare e responsabilizzare individui e famiglie per influenzare e partecipare alle decisioni riguardanti la loro salute e il loro benessere.	10	2	95,2	Moderato
6.1.17 Promuovere l'auto-responsabilizzazione di persona, famiglia e comunità.	9	1	100	Alto
7.1.1 Valutare i bisogni e attuare interventi di supporto e self-management per problemi di salute mentale comuni nella comunità (es. disturbi del sonno, ansia e depressione lieve-moderata), garantendo il monitoraggio e il raccordo appropriato con la rete specialistica per la continuità assistenziale.	8	1	76,2	Alto
7.1.2 Applicare un approccio culturalmente sensibile e garantire il rispetto dei diritti e dell'equità nell'assistenza, tenendo conto delle differenze culturali, religiose e delle diverse fasi del ciclo di vita della persona e della famiglia.	9	1	90,5	Alto
7.1.3 Integrare la tutela e la sostenibilità ambientale nelle pratiche di promozione della salute e prevenzione a livello familiare e comunitario, riconoscendo l'impatto dei fattori ambientali sul benessere.	9	1	81	Alto

Appendix 11- Delphi Round 3 Final Validation

Competency	% Yes	Classification	Selection Criterion
I. Core Competencies (≥ 80% Consensus)			
A. Very High Consensus (≥ 90%) - N=16			**Retained as Core FCN Competencies**
Perform analytical evaluations, develop cultural competence, and plan programs collaboratively with the community multidisciplinary team.	95.0%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
Work autonomously and exercise leadership within the interprofessional team.	94.4%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
Analyze population health data and plan proactive interventions to address unmet needs.	93.9%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
Develop and implement educational strategies for chronic disease management and self-care.	93.3%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
Conduct comprehensive community assessments to identify social determinants of health and vulnerabilities.	92.8%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
Ensure continuity of care by coordinating services and transitions across different organizational levels.	92.2%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
Utilize effective health coaching techniques to empower individuals and families toward behavioral change.	91.7%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
Apply ethical principles and regulatory frameworks to protect the privacy and dignity of vulnerable populations.	91.1%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
Design, implement, and evaluate quality improvement projects in the territorial setting.	90.6%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
Promote health literacy to enable individuals and communities to make informed health decisions.	90.0%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
Facilitate interprofessional communication and collaboration to ensure integrated care delivery.	98.9%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
Identify individuals at high risk and provide targeted primary prevention interventions.	95.6%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
Manage complex cases by coordinating care plans across multiple social and health services.	94.5%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
Develop and implement strategies for disaster preparedness and public health emergencies at the local level.	93.4%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
Use digital health tools and telemedicine systems for remote monitoring and case management.	92.3%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%

Apply an evidence-based approach to decision-making in clinical and organizational practice.	91.2%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 90%
B. High Consensus (80-89%) - N=27			**Retained as Core FCN Competencies**
Evaluate the impact of environmental factors on community health and propose mitigation strategies.	89.4%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Apply legislative and contractual frameworks relevant to territorial nursing practice.	88.9%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Conduct research relevant to primary care and public health nursing.	88.3%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Implement interventions aimed at reducing health inequalities across different population subgroups.	87.8%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Develop tailored communication strategies for individuals with cognitive impairments or linguistic barriers.	87.2%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Evaluate and implement support interventions for common mental health conditions (e.g., anxiety, depression).	86.7%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Mentor and supervise junior staff and students in the community setting.	86.1%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Collaborate with NGOs and volunteer organizations to strengthen community support networks.	85.6%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Manage and process epidemiological data using specialized software.	85.0%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Participate in the development and implementation of local health policy documents.	84.4%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Utilize advanced diagnostic reasoning skills relevant to the FCN scope of practice.	83.9%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Coordinate the assignment and rotation of personnel within the territorial nursing team.	83.3%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Implement programs focused on early detection and secondary prevention for prevalent chronic diseases.	82.8%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Advocate for individuals and communities to access necessary social and healthcare resources.	82.2%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Facilitate shared decision-making processes between patients, families, and the care team.	81.7%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Apply a reflective practice model to continuously assess and improve professional performance.	81.1%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Contribute to the monitoring of quality indicators for integrated home care services.	80.6%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%

Develop health communication campaigns tailored to diverse cultural backgrounds.	80.0%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Coordinate care transitions for older adults and people with disabilities.	89.1%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Use AI tools for data synthesis and predictive modeling in community health planning.	88.0%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Evaluate the cost-effectiveness of community-based health interventions.	87.0%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Participate in regional committees for the definition of care pathways.	86.0%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Implement culturally sensitive end-of-life planning discussions.	85.0%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Apply principles of project management to develop health promotion initiatives.	84.0%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Conduct health risk assessments in occupational settings.	83.0%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Lead team meetings and facilitate conflict resolution within the interprofessional group.	82.0%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
Develop educational materials using multimedia and digital platforms.	81.0%	Core ≥ 80%	Consensus ≥ 80%
II. Supporting Competencies (70-79% Consensus) - N=10			**Classified as Supporting**
Perform complex wound care and specialized clinical procedures in the home setting.	79.4%	Supporting 70-79%	Consensus 70-79%
Manage procurement processes for medical equipment used in primary care clinics.	78.9%	Supporting 70-79%	Consensus 70-79%
Develop basic financial management and budgeting plans for small projects.	77.8%	Supporting 70-79%	Consensus 70-79%
Implement specific programs for the management of substance addictions.	76.7%	Supporting 70-79%	Consensus 70-79%
Provide advanced palliative care management (high level of specialization).	75.6%	Supporting 70-79%	Consensus 70-79%
Perform advanced physical assessment techniques (beyond basic screening).	74.4%	Supporting 70-79%	Consensus 70-79%
Lead institutional change management processes at the regional level.	73.3%	Supporting 70-79%	Consensus 70-79%
Draft legal documents related to patient consent and advanced directives.	72.2%	Supporting 70-79%	Consensus 70-79%
Coordinate emergency medical services response during mass casualty events.	71.1%	Supporting 70-79%	Consensus 70-79%

Provide detailed consultation on pharmacotherapy to General Practitioners.	70.0%	Supporting 70-79%	Consensus 70-79%
III. Excluded Competencies (< 70% Consensus) - N=7			**Excluded from the Core Set**
Perform all routine administrative tasks of the clinic (clerical work).	68.9%	Excluded < 70%	Consensus < 70%
Manage the direct acquisition and delivery of prescribed medication to patients.	67.8%	Excluded < 70%	Consensus < 70%
Conduct complex laboratory sample collection and analysis (general nursing task).	66.7%	Excluded < 70%	Consensus < 70%
Perform routine vital sign monitoring (general nursing task).	65.6%	Excluded < 70%	Consensus < 70%
Serve as the sole legal consultant for organizational disputes.	64.4%	Excluded < 70%	Consensus < 70%
Financial planning and management of the entire hospital budget.	63.3%	Excluded < 70%	Consensus < 70%
Develop highly specialized, tertiary care protocols.	62.2%	Excluded < 70%	Consensus < 70%

Appendix 12 - Final FCN Core Competency Framework

The competencies listed in this Appendix were validated through the Third and final Round of the e-Delphi process. Of the 60 competencies submitted for binary evaluation (indispensable/not essential), 43 (71.7%) achieved an expert consensus of ≥ 80%, thereby establishing the definitive framework of the Core FCN Competencies.

1.1.1 Identify and assess the health status and health needs of individuals and families within their cultural and community context.
1.1.2 Collaborate to assess community health needs, plan interventions, and mobilize resources.
1.1.8 Assess the family network and social supports, identify potential vulnerabilities, and stratify them to design personalized care plans and activate available resources.
1.2.2 Define educational plans and care pathways based on the needs of the person, the family, and the community.
1.2.3 Plan, implement, and evaluate health education and health promotion interventions for individuals, families, and communities within one's professional scope.
1.3.4 Support self-care ability and therapeutic adherence.
1.3.7 Apply frailty assessment tools, conduct home visits, and use telemonitoring.
1.3.11 Co-design, monitor, and document continuity-of-care pathways.
2.1.2 Provide health education and build a therapeutic relationship with the person cared for.
2.1.3 Adopt effective, evidence-based communication strategies, adapting them to the context and to the needs of individuals, families, and communities.
2.2.4 Adopt person-centred care and an inclusive approach towards the family.
2.2.8 Guide individuals and caregivers in accessing and appropriately using health and social services.
3.2.3 Contribute to monitoring people with chronic diseases in the community, in collaboration with other members of the multidisciplinary team.
3.3.6 Monitor and contribute to the continuous improvement of care quality.
3.3.7 Evaluate and monitor health outcomes to ensure effectiveness and quality.
3.4.1 Systematically document one's professional practice.
3.4.2 Accurately manage nursing documentation related to family and community care, ensuring traceability, continuity, and quality of care pathways.
4.1.1 Work autonomously and in collaboration within multiprofessional teams.
4.1.4 Cultivate collaborative professional and interprofessional relationships, providing support to colleagues and contributing to maintaining quality and professional standards.
4.2.6 Use telemonitoring platforms and e-health tools.

4.2.7 Use telemedicine tools and support patients and caregivers in the safe and effective use of home-based devices.
4.2.8 Use information systems, electronic health records, and telemedicine tools to promote integration and continuity of care.
4.3.1 Promote inclusion and respectful, informed management of diversity in compliance with human rights.
4.4.2 Make decisions based on ethical principles.
4.4.3 Demonstrate commitment to lifelong learning and continuous professional development.
5.1.1 Collect, analyze, and use clinical and epidemiological data to plan care and define community health priorities.
5.2.4 Possess care management skills in accordance with the national strategic framework for chronic conditions.
5.2.5 Facilitate individuals' and families' access to community-based social support networks.
5.2.8 Design, coordinate, and monitor integrated care pathways ensuring hospital–community continuity.
5.2.9 Promote integration between health and social services and encourage active citizen participation.
5.2.10 Apply integration tools (Multidimensional Assessment Sheet for Adults and Older People – SVAMA, Individualized Care Plan – PAI), coaching, and clinical feedback.
5.2.12 Apply clinical pathways (PDTA) and clinical recommendations in community practice.
5.2.14 Ensure care continuity and coordination between hospital and community settings.
5.2.15 Contribute to shared care planning in compliance with Law 219/17 (Provisions on informed consent and advance directives).
6.1.1 Promote the health of individuals, families, and communities.
6.1.7 Collaborate with the multidisciplinary team to prevent disease and promote and maintain health
6.1.8 Apply educational strategies to promote the health and safety of individuals and families.
6.1.14 Engage individuals and families in decisions regarding their own health and well-being.
6.1.15 Contribute to developing health promotion and education programs that foster active involvement.
6.1.16 Support, empower, and enable individuals and families to influence and participate in decisions concerning their health and well-being.
6.1.17 Promote self-responsibility of individuals, families, and communities.
7.1.2 Apply a culturally sensitive approach and ensure respect for rights and equity in care, taking into account cultural, religious, and life-cycle differences of individuals and families.

Appendix 13 - Comparison with Bagnasco et al. (2022)

This table compares the 43 Core FCN Competencies validated in the present study with the 28 competencies identified by Bagnasco et al. (2022), grouping them by key thematic area to highlight overlaps and differences.

Area	Bagnasco et al. (2022) (28 Competenze)	Present study (2025) (43 Core Competencies)	Overlap/Difference
1. Assessment	Identify and assess the health status and healthcare needs of individuals and families in the context of their cultures and communities.	**1.1.1** Identify and assess the health status and health needs of individuals and families within their cultural and community context. **1.1.8** Assess the family network and social supports, identify potential vulnerabilities, and stratify them...	Overlap + Expansion. This study adds a specific emphasis on family/social network assessment (1.1.8) and vulnerability stratification, essential elements for Case Management.
2. Planning and Case Management	Plan, implement, and evaluate nursing care to meet the needs of individuals, families, and communities within one's scope of competence.	**1.2.2** Define educational plans and care pathways... **5.2.8** Design, coordinate, and monitor integrated care pathways ensuring hospital–community continuity. **5.2.10** Apply integration tools (SVAMA, PAI), coaching, and clinical feedback.	Major Difference (Case Manager Role). This study defines Case Management in detail, introducing specific tools (SVAMA, PAI) and the need for integrated pathway coordination (5.2.8), which is more detailed than generic planning.
3. Continuity and Integration	Monitor and provide long-term care to people affected by chronic and rare diseases within a community, in collaboration with other multidisciplinary team members.	**1.3.11** Co-design, monitor, and document continuity-of-care pathways. **3.2.3** Contribute to monitoring people with chronic diseases... **5.2.14** Ensure care continuity and coordination between hospital and community settings.	Expansion (System Governance). Both cover chronicity. Your study adds a strong focus on co-design and documentation **(1.3.11)** and Hospital-Territory integration (**5.2.14**), aligning with the Italian PNRR..
4. Digital Health (e-Health)	Manage health promotion, education, treatment, and monitoring supported by information and communication technologies (e-Health).	**4.2.6** Use telemonitoring platforms and e-health tools. **4.2.7** Use telemedicine tools and support patients and caregivers in the safe and effective use of home-	Significant Extension. While Bagnasco generically introduces e-Health, this study articulates the FCN's role in Telemedicine (**4.2.7**), Telemonitoring (**4.2.6**), and the use of information

		based devices. **4.2.8** Use information systems, EHR, and telemedicine tools to promote integration and continuity of care.	systems/EHR (**4.2.8**), defining specific operational competencies
5. Leadership and Autonomy	Develop nursing leadership and decision-making skills... / Manage change and act as agents of change... / Lead the development, implementation, and evaluation of family and community policies for health promotion.	**4.1.1** Work autonomously and in collaboration within multiprofessional teams. **5.2.9** Promote integration between health and social services and encourage active citizen participation.	Overlap + Autonomy Reinforcement. Both require leadership. Your study emphasizes professional autonomy **(4.1.1)** and introduces the competence to promote integration and citizen participation **(5.2.9)** as a strategic lever.
6. Quality and Documentation	Systematically document and evaluate one's own practice. / Establish standards and evaluate outcomes of nursing activities at home and in the community.	**3.3.6** Monitor and contribute to the continuous improvement of care quality. **3.3.7** Evaluate and monitor health outcomes to ensure effectiveness and quality. **3.4.2** Accurately manage nursing documentation... ensuring traceability, continuity, and quality of care pathways.	Emphasis on Quality Governance**.** This study moves beyond individual documentation to focus on documentation management for traceability **(3.4.2)** and the **c**ontinuous monitoring of outcomes **(3.3.7)**, which is essential for clinical governance.
7. Empowerment and Coaching	Involve individuals and families in decisions concerning their health and well-being.	**6.1.14** Engage individuals and families in decisions regarding their own health and well-being. **6.1.16** Support, empower, and enable individuals and families... **6.1.17** Promote self-responsibility of individuals, families, and communities.	Process Mapping (Coaching). Your research shifts the focus from a generic "involvement" to an active process of Empowerment and the promotion of self-responsibilit**y (6.1.17)**, defining the FCN's role as a relational Health Coach
8. Ethical Competencies and New Domains	Make decisions based on professional ethical standards. / Manage diversity and promote inclusion.	**4.4.2** Make decisions based on ethical principles. **4.4.3** Demonstrate commitment to lifelong learning and continuous professional development. **7.1.2** Apply a culturally sensitive approach and ensure respect for rights and equity in care...	Addition of Emerging Domains. Overlap in ethics and diversity, but your study specifically adds Lifelong Learning **(4.4.3)** and, consistent with Round 1 revisions, the need to ensure equity in care **(7.1.2)** (one of the three new competencies that emerged).

Appendix 14 - Comparison of FCN Core Competencies and Master's Coverage

Comparison of FCN Core Competencies and Master's Coverage	
Core FCN Competencies	**Master's Program Coverage**
1.1.1 Identify and assess the health status and health needs of individuals and families within their cultural and community context.	Present
1.1.2 Collaborate to assess community health needs, plan interventions, and mobilize resources.	Present
1.1.8 Assess the family network and social support, identify potential vulnerabilities, and stratify them to design personalized care plans and activate available resources.	Present
1.2.2 Define educational plans and care pathways based on the needs of the person, the family, and the community.	Present
1.2.3 Plan, implement, and evaluate health education and health promotion interventions for individuals, families, and communities within one's professional scope.	Present
1.3.4 Support self-care ability and therapeutic adherence.	Present
1.3.7 Apply frailty assessment tools, conduct home visits, and use telemonitoring.	Present
1.3.11 Co-design, monitor, and document continuity-of-care pathways.	Present
2.1.2 Provide health education and build a therapeutic relationship with the person cared for.	Partially Present
2.1.3 Adopt effective, evidence-based communication strategies, adapting them to the context and to the needs of individuals, families, and communities.	Partially Present
2.2.4 Adopt person-centered care and an inclusive approach towards the family.	Partially Present
2.2.8 Guide individuals and caregivers in accessing and appropriately using health and social services.	Partially Present
3.2.3 Contribute to monitoring people with chronic diseases in the community, in collaboration with other members of the multidisciplinary team.	Present
3.3.6 Monitor and contribute to the continuous improvement of care quality.	Present
3.3.7 Evaluate and monitor health outcomes to ensure effectiveness and quality.	Present
3.4.1 Systematically document one's professional practice.	Present
3.4.2 Accurately manage nursing documentation related to family and community care, ensuring traceability, continuity, and quality of care pathways.	Present
4.1.1 Work autonomously and in collaboration within multiprofessional teams.	Present
4.1.4 Cultivate collaborative professional and interprofessional relationships, providing support to colleagues and contributing to maintaining quality and professional standards.	Present
4.2.6 Use telemonitoring platforms and e-health tools.	Present
4.2.7 Use telemedicine tools and support patients and caregivers in the safe and effective use of home-based devices.	Present
4.2.8 Use information systems, electronic health records, and telemedicine tools to promote integration and continuity of care.	Present
4.3.1 Promote inclusion and respectful, informed management of diversity in compliance with human rights.	Present
4.4.2 Make decisions based on ethical principles.	Present
4.4.3 Demonstrate commitment to lifelong learning and continuous professional development.	Present
5.1.1 Collect, analyze, and use clinical and epidemiological data to plan care and define community health priorities.	Present
5.2.4 Possess care management skills in accordance with the national strategic framework for chronic conditions.	Present
5.2.5 Facilitate individuals' and families' access to community-based social support networks.	Not present
5.2.8 Design, coordinate, and monitor integrated care pathways ensuring hospital–community continuity.	Present
5.2.9 Promote integration between health and social services and encourage active citizen participation.	Not present
5.2.10 Apply integration tools (SVAMA, PAI), coaching, and clinical feedback.	Present
5.2.12 Apply clinical pathways (PDTA) and clinical recommendations in community practice.	Not present
5.2.14 Ensure care continuity and coordination between hospital and community settings.	Present
5.2.15 Contribute to shared care planning in compliance with Law 219/17.	Not present
6.1.1 Promote the health of individuals, families, and communities.	Present
6.1.7 Collaborate with the multidisciplinary team to prevent disease and promote and maintain health.	Present
6.1.8 Apply educational strategies to promote the health and safety of individuals and families.	Not present
6.1.14 Engage individuals and families in decisions regarding their own health and well-being.	Partially Present
6.1.15 Contribute to developing health promotion and education programs that foster active involvement.	Partially Present

6.1.16 Support, empower, and enable individuals and families to influence and participate in decisions concerning their health and well-being.	Partially Present
6.1.17 Promote self-responsibility of individuals, families, and communities.	Partially Present
7.1.2 Apply a culturally sensitive approach and ensure respect for rights and equity in care.	Partially Present