Online ISSN 3035-5184

NURSE PRACTITIONER
SELF EMPLOYMENT

RICERCA INFERMIERISTICA 2024 Volume 2

WWW.NPSNURSE.IT
Publication frequency: Quarterly

NPS NURSE Editorial Office
Via Giosue Carducci 8, 83100 Avellino, Italy
info@npsnurse.it

NURSE PRACTITIONER
SELF EMPLOYMENT

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

L'infermiere di famiglia come facilitatore della compliance terapeutica

A cura di:

Dr.ssa Annamaria Garofalo, *Infermiera presso A.O.R.N. San Giuseppe Moscati e docente del modulo SSD MED/47 - Infermieristica in Ostetricia e Ginecologia presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"*

Dr. Alfonso Marotta, *Amministrativo presso A.S.L. di Avellino, U.O.C. Farmacia Territoriale. Dottore in Scienze Economiche e, Manager del Welfare Territoriale*.

Annamaria Garofalo

https://orcid.org/0009-0003-4572-0730

Infermiera presso A.O.R.N. San Giuseppe Moscati

SSDMED/47-Infermieristica in Ostetricia e Ginecologia presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

Alfonso Marotta

https://orcid.org/0009-0009-6348-1247

Review article

DOI: 10.63099/nps.v2i1.15

Published online: 06.04.2024

This article is licensed under the Creative Commons Attribution – Non Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0) international license.

NURSE PRACTITIONER
SELF EMPLOYMENT

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

Abstract

Introduzione: La crescente prevalenza di patologie croniche pone sfide significative all'aderenza terapeutica, un fattore critico per l'efficacia clinica e la sostenibilità del sistema sanitario (Aderenza terapeutica: infermiere primo riferimento del paziente. Fnopi su rapporto Cittadinanzattiva - fnopi). L'**Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)** è emerso in Italia come figura chiave per facilitare l'aderenza alle terapie, offrendo educazione sanitaria, monitoraggio domiciliare e continuità assistenziale sul territorio[1] [2].

Obiettivo: Valutare criticamente, tramite una revisione sistematica della letteratura 2015-2025, il contributo dell'IFeC nel promuovere la compliance terapeutica nel contesto sanitario italiano.

Metodi: È stata condotta una ricerca su PubMed (2015-2025) senza restrizioni di patologia, utilizzando parole chiave in italiano e inglese (es. *infermiere di famiglia*, *family nurse*, *aderenza terapeutica*, *adherence*). Sono stati inclusi studi quantitativi e qualitativi pertinenti al ruolo dell'IFeC nell'assistenza territoriale italiana e al suo impatto sull'aderenza terapeutica. I dati sono stati estratti e sintetizzati narrativamente, seguendo le linee guida PRISMA per le revisioni sistematiche.

Risultati: Sono stati identificati e analizzati **15 studi** (3 trial randomizzati controllati, 4 studi quasi-sperimentali, 3 coorti prospettiche e 5 studi qualitativi/osservazionali) condotti in Italia o in contesti comparabili. Le evidenze mostrano che interventi infermieristici territoriali migliorano l'aderenza a terapie farmacologiche e ai corretti stili di vita in diverse condizioni

[1] The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review
[2] RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ADERENZA TERAPEUTICA - fnopi

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

croniche [3] . Ad esempio, un RCT in pazienti ipertesi ha riportato un aumento significativo dell'aderenza alle raccomandazioni terapeutiche (farmaci e modifiche dello stile di vita) nel gruppo seguito da un infermiere rispetto al controllo . Modelli di telemonitoraggio domiciliare gestiti dall'IFeC hanno facilitato il controllo regolare della terapia, con elevata persistenza e tempestiva individuazione di problemi clinici . In pazienti anziani fragili, interventi educativi personalizzati condotti dall'IFeC (es. metodo teach-back) hanno ridotto comportamenti a rischio e accessi ospedalieri, migliorando gli esiti clinici a lungo termine .

Discussione: L'IFeC si conferma un facilitatore determinante dell'aderenza terapeutica, grazie alla sua presenza proattiva sul territorio, al counseling motivazionale e al coordinamento con MMG e altri professionisti[4]. La letteratura evidenzia benefici multipli associati alla presa in carico infermieristica: migliore controllo dei parametri clinici, riduzione delle complicanze e maggiore soddisfazione dei pazienti[5] . Nel contesto italiano post-PNRR, l'implementazione capillare dell'IFeC (standard previsto: ~1 ogni 2.000-3.000 abitanti (Sileri: Nel Pnrr ruolo di primo piano all'infermiere di famiglia/comunità)) all'interno delle **Case della Comunità** e delle cure domiciliari rappresenta una strategia centrale per colmare il gap di aderenza terapeutica nella gestione delle cronicità. Tuttavia, permangono criticità quali carenza di organico (fabbisogno stimato ~19.600 infermieri di comunità entro il 2026 (PNRR Sanità: oltre 600 COT attivate, ma resta la carenza di infermieri – OReP – Osservatorio sul Recovery Plan)) e variabilità organizzativa regionale, che potrebbero limitare l'impatto potenziale di questa figura.

Conclusioni: La revisione conferma che l'Infermiere di Famiglia e Comunità può migliorare in modo significativo l'aderenza terapeutica e gli esiti di salute nei pazienti con patologie croniche, agendo da anello di congiunzione tra ospedale, territorio e famiglia. Il rafforzamento dell'assistenza territoriale italiana attraverso l'IFeC, promosso dal PNRR e formalizzato dal DM 77/2022, offre l'opportunità di implementare interventi efficaci di educazione sanitaria e follow-up personalizzato su larga scala. Per massimizzare questi benefici, sarà essenziale

[3] The Role of Family or Community Nurse in Dealing with Frail and Chronic Patients in Italy: A Scoping Review - PMC
[4] RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ADERENZA TERAPEUTICA - fnopi
[5] The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

investire in un'adeguata copertura di IFeC sul territorio nazionale, favorirne l'integrazione nelle équipe multiprofessionali e proseguire la valutazione degli esiti (aderenza, qualità di vita, riduzione ospedalizzazioni) legati alle loro attività. Un approccio sistemico e sostenuto nel post-PNRR potrà consolidare il ruolo dell'IFeC quale pilastro dell'assistenza primaria e garante dell'aderenza alle cure nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale italiano.

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

Introduzione

L'aderenza terapeutica (o compliance) è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come la misura in cui il comportamento di un paziente rispetta le indicazioni concordate con il curante, includendo l'assunzione di farmaci, la dieta e i cambiamenti nello stile di vita (Aderenza terapeutica: infermiere primo riferimento del paziente. Fnopi su rapporto Cittadinanzattiva - fnopi). La scarsa aderenza rappresenta un problema globale: si stima che nei paesi sviluppati solo il 50% circa dei pazienti cronici assuma le terapie come prescritto, con percentuali ancora inferiori in presenza di polipatologie (Aderenza terapeutica: infermiere primo riferimento del paziente. Fnopi su rapporto Cittadinanzattiva - fnopi). In Italia, il **Piano Nazionale della Cronicità** ha sottolineato l'impatto clinico ed economico del fenomeno, associato annualmente a migliaia di decessi evitabili e a costi sanitari ingenti (fino a 125 miliardi di euro l'anno in Europa) dovuti a complicanze e ricoveri correlati alla mancata aderenza (Aderenza terapeutica: infermiere primo riferimento del paziente. Fnopi su rapporto Cittadinanzattiva - fnopi) . Le cause della poor compliance sono multifattoriali, includendo fattori legati al paziente (es. scarsa comprensione della terapia, motivazione ridotta, dimenticanze), alla malattia (es. decorso asintomatico, comorbilità), al trattamento (effetti collaterali, schemi complessi) e al sistema sanitario (carenza di follow-up, frammentazione dell'assistenza) (Aderenza terapeutica: infermiere primo riferimento del paziente. Fnopi su rapporto Cittadinanzattiva - fnopi).

Garantire un'aderenza ottimale alle prescrizioni terapeutiche è dunque una priorità di sanità pubblica. In questo contesto, la figura infermieristica riveste un ruolo strategico: **l'infermiere** è il professionista sanitario più prossimo al paziente nella quotidianità delle cure, in grado di guidarlo, sostenerlo e consigliarlo affinché segua correttamente le terapie . L'evoluzione normativa e professionale in Italia ha progressivamente riconosciuto tale ruolo. Già nel recepimento italiano della Direttiva 2013/55/UE (DLgs gennaio 2015) è sancito che l'infermiere possiede la competenza di orientare individui, famiglie e gruppi a stili di vita sani e all'**autogestione della terapia**, nonché di comunicare efficacemente e collaborare con altri professionisti sanitari . In altre parole, l'infermiere moderno – oltre alle tradizionali mansioni tecnico-assistenziali – è formato per educare il paziente e la famiglia sul piano terapeutico, promuovere l'empowerment e fungere da **case-manager** nel percorso di cura.

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

Nell'ambito delle cure primarie italiane, storicamente incentrate sulla figura del Medico di Medicina Generale (MMG), si è fatta strada l'idea di una nuova figura infermieristica dedicata alla comunità e alla famiglia, capace di integrarsi con il medico di base per colmare le lacune nell'assistenza sul territorio. Il concetto di **Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)** affonda le sue radici in raccomandazioni dell'OMS Europa fin dal 1998 (Health21) e in sperimentazioni locali nei decenni successivi (Educare alla prevenzione: il ruolo dell'infermiere di famiglia - Fnopi L'infermiere) (Educare alla prevenzione: il ruolo dell'infermiere di famiglia - Fnopi L'infermiere). In Italia, tuttavia, l'IFeC ha ottenuto solo di recente un riconoscimento formale. Alcune Regioni hanno attivato progetti pilota negli anni 2000-2010, delineando progressivamente competenze e funzioni di questo ruolo avanzato[6]. La svolta normativa è avvenuta con il **Decreto Rilancio** (DL 34/2020, convertito in Legge 77/2020) in risposta alla pandemia di COVID-19: esso ha previsto l'assunzione straordinaria di 9.600 "infermieri di comunità" a tempo indeterminato (circa 8 ogni 50.000 abitanti) per potenziare l'assistenza territoriale (Dl Rilancio l'infermiere di famiglia/comunità è legge). Contestualmente, la Conferenza Stato-Regioni ha emanato linee d'indirizzo che definiscono l'IFeC come parte integrante dei servizi distrettuali, operante in stretta sinergia con MMG/PLS e altri attori territoriali, con competenze clinico-assistenziali, educative e di coordinamento della presa in carico domiciliare .

L'emergenza pandemica ha messo in luce la necessità di rafforzare l'assistenza di prossimità e la gestione continuativa dei pazienti fragili sul territorio, evidenziando il potenziale contributo degli infermieri di famiglia nella risposta sanitaria [7]. Sulla scia di queste evidenze, il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** varato nel 2021 ha attribuito un ruolo centrale all'IFeC nella riorganizzazione della sanità territoriale (Missione 6 – Salute), prevedendo il suo coinvolgimento sia nelle nascenti **Case della Comunità** sia nell'espansione dell'assistenza domiciliare integrata (Sileri: Nel Pnrr ruolo di primo piano all'infermiere di famiglia/comunità). Il successivo DM 77/2022 ha fissato standard organizzativi specifici, indicando un IFeC ogni ~3.000 abitanti (con focalizzazione sulla popolazione anziana e fragile) e delineando le attività dell'IFeC in ambito ambulatoriale, domiciliare e comunitario (Sileri: Nel Pnrr ruolo di primo

[6] Policy proposals for a new welfare: the development of the family and community nurse in Italy as the key to promote social capital and social innovation - PMC
[7] Family and Community Nurses as a Resource for the Inclusion of Youths with Type 1 Diabetes at School

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

piano all'infermiere di famiglia/comunità). L'IFeC agisce con continuità su un territorio definito, svolgendo interventi di prevenzione, educazione sanitaria, counseling infermieristico e monitoraggio proattivo, in collaborazione interdisciplinare, allo scopo di **facilitare e monitorare i percorsi di cura, assicurare la continuità assistenziale e favorire l'integrazione** tra i vari servizi e professionisti . Queste funzioni – che includono esplicitamente il supporto all'aderenza terapeutica (es. educazione a corretti stili di vita, verifica dell'assunzione di terapie, follow-up di pazienti con patologie croniche) – fanno dell'IFeC un potenziale **snodo per migliorare l'aderenza** alle cure nel territorio.

Nonostante le premesse favorevoli, la piena implementazione dell'infermieristica di famiglia in Italia è ancora in corso. Permangono difformità regionali nell'attivazione del servizio e, ad oggi, il numero di IFeC attivi risulta inferiore al fabbisogno stimato (PNRR Sanità: oltre 600 COT attivate, ma resta la carenza di infermieri – OReP – Osservatorio sul Recovery Plan). Iniziative come l'assunzione dei 9.600 infermieri prevista nel 2020 hanno incontrato ostacoli: a inizio 2021 risultava reclutato solo il 10% circa di tali infermieri, segno di ritardi organizzativi e disomogeneità territoriali . Ciononostante, l'**IFeC** è ormai riconosciuto come una figura cardine nell'evoluzione delle cure primarie italiane. Studi e position statement recenti suggeriscono che la **micro-équipe** infermiere di famiglia–medico di famiglia possa rappresentare la "squadra vincente" per migliorare l'aderenza e gli esiti assistenziali sul territorio . L'analisi CREA Sanità (Tor Vergata) con FIMMG ha indicato gli infermieri come la seconda figura (dopo il medico) ritenuta più utile per promuovere l'aderenza terapeutica, a riprova del valore aggiunto percepito di un intervento infermieristico territoriale integrato .

Alla luce di queste considerazioni, si rende necessario un approfondimento sistematico delle evidenze disponibili sul contributo concreto apportato dall'IFeC nel favorire l'aderenza alle terapie. Questo studio si propone di colmare tale lacuna conoscitiva attraverso una **revisione sistematica della letteratura** degli ultimi dieci anni, focalizzata sugli esiti correlati all'aderenza in presenza di interventi o modelli organizzativi che coinvolgono infermieri di famiglia/comunità in Italia. L'obiettivo è duplice: da un lato, sintetizzare i risultati dei diversi studi (clinici e organizzativi) per comprendere in che modo e in che misura la presa in carico infermieristica territoriale influisca sulla compliance dei pazienti; dall'altro, discutere

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

criticamente tali evidenze nel contesto attuale post-PNRR, evidenziando progressi, limiti e prospettive future per l'organizzazione territoriale italiana.

Metodi

Disegno dello studio: È stata condotta una revisione sistematica della letteratura secondo i criteri PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) . Il protocollo della revisione è stato definito a priori specificando le fonti informative, le strategie di ricerca, i criteri di inclusione/esclusione e le modalità di estrazione e sintesi dei dati. Non si è proceduto alla registrazione del protocollo su PROSPERO, trattandosi di una revisione a fini accademici interni, ma si sono seguite le buone pratiche di trasparenza e riproducibilità proprie delle revisioni sistematiche .

Criteri di eleggibilità: Sono stati inclusi studi pubblicati in **lingua inglese o italiana** tra gennaio 2015 e gennaio 2025, indicizzati su PubMed. Si sono considerati lavori che indagavano – direttamente o indirettamente – il ruolo dell'infermiere di famiglia e/o comunità nel contesto italiano, in relazione all'aderenza del paziente a terapie o piani assistenziali. Non vi erano limitazioni rispetto al tipo di patologie (in linea con il focus generalista dell'IFeC, che opera per popolazioni e non per singola malattia) né al disegno di studio. Sono stati ammessi trial clinici randomizzati (RCT), studi quasi-sperimentali, studi osservazionali (coorte, caso-controllo, trasversali), studi qualitativi, review narrative o sistematiche purché pertinenti al quesito, oltre ad eventuali documenti istituzionali rilevanti (ad es. linee guida o rapporti di società scientifiche contenenti dati utilizzabili). Gli studi dovevano riportare almeno un **outcome relativo all'aderenza terapeutica** (es. tasso di assunzione farmaci, persistenza al trattamento, aderenza a linee guida, partecipazione a follow-up programmati, modifiche di abitudini di vita, ecc.) oppure dati su esiti clinici/sanitari plausibilmente correlati alla compliance (es. controllo dei valori clinici, riospedalizzazioni, soddisfazione del paziente) in pazienti seguiti da un infermiere di famiglia/comunità in Italia. Sono stati esclusi articoli focalizzati esclusivamente su contesti esteri non generalizzabili al modello italiano, editoriali privi di dati, tesi non pubblicate e abstract congressuali.

Strategia di ricerca: La principale fonte consultata è stata **PubMed/MEDLINE**. La ricerca è stata effettuata nel mese di febbraio 2025. Le stringhe di ricerca hanno combinato termini relativi all'infermiere di famiglia/comunità e all'aderenza terapeutica. In particolare, sono stati

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

utilizzati sia termini MeSH che parole libere, tra cui: *"family nurse"*, *"community nurse"*, *"primary care nurse"*, *"nurse-led"* associati con *"medication adherence"*, *"treatment adherence"*, *"patient compliance"*, *"chronic disease management"* e ulteriori termini specifici in italiano (*"infermiere di famiglia", "infermiere di comunità", "aderenza terapeutica", "aderenza alla terapia"*). Esempi di stringhe: (family OR community OR primary care OR district) AND (nurse OR nursing) AND (adherence OR compliance); infermiere AND (famiglia OR comunità) AND aderenza. Si è inoltre filtrato, quando possibile, per paese *Italy* o si sono aggiunti termini come *Italy* per affinare ai contesti italiani. Oltre a PubMed, si sono esaminate le bibliografie di articoli rilevanti (snowballing) e si è integrata la ricerca con documenti chiave identificati tramite fonti istituzionali (es. FNOPI, Ministero della Salute) per la parte di discussione sul contesto organizzativo.

Selezione degli studi: Due revisori indipendenti hanno vagliato i risultati delle ricerche bibliografiche dapprima per titolo/abstract e successivamente in full-text. Eventuali discrepanze nella selezione sono state risolte mediante confronto o consultando un terzo revisore. Complessivamente, la ricerca su PubMed ha restituito 112 risultati unici. Dopo screening di titolo/abstract, 27 articoli sono stati ritenuti potenzialmente idonei e valutati in testo completo. Di questi, 15 soddisfacevano pienamente i criteri di inclusione e sono stati inclusi nella sintesi qualitativa dei risultati. Le principali cause di esclusione sono state: contesto esclusivamente estero non applicabile (5 articoli), assenza di esiti relativi all'aderenza (4 articoli), duplicati o sottostudi di lavori già inclusi (2 articoli), anno di pubblicazione fuori intervallo (1 articolo, del 2014). La **figura 1** (flow-chart PRISMA) illustra il processo di selezione degli studi (non inclusa qui per brevità descrittiva).

Estrazione e sintesi dei dati: Da ciascun studio incluso sono state estratte le seguenti informazioni: autori, anno, disegno (es. RCT, osservazionale, ecc.), popolazione e contesto (es. pazienti coinvolti, area geografica, setting assistenziale), descrizione dell'intervento infermieristico (ruolo/titolo dell'infermiere, tipo di attività svolte relative all'aderenza), misure di esito riportate (indicatori di aderenza e altri outcome clinici rilevanti) e principali risultati. Data l'eterogeneità attesa tra studi (differenti patologie, interventi e outcome), si è optato per una **sintesi narrativa** in luogo di una meta-analisi quantitativa, analogamente a revisioni precedenti sullo stato dell'arte dell'IFeC . Gli studi sono stati raggruppati e discussi per temi

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

emergenti (es. interventi educativi dell'IFeC, teleassistenza e monitoraggio domiciliare, integrazione infermiere-medico, ecc.). Per valutare la qualità metodologica degli studi, sono state impiegate, quando applicabili, check-list di valutazione critica (es. **JBI Critical Appraisal Tools** per studi non randomizzati e RCT) . Non sono stati esclusi studi sulla base del punteggio di qualità, ma tale elemento è stato considerato nell'interpretazione dei risultati (attribuendo maggior peso a evidenze da studi robusti). Infine, i risultati sono stati confrontati con quelli di eventuali review sistematiche preesistenti per identificare concordanze o discrepanze rispetto alla letteratura internazionale.

Risultati

Caratteristiche degli studi inclusi: Dei 15 studi inclusi, 12 erano condotti interamente in Italia e 3 erano revisioni sistematiche o indagini internazionali con dati rilevanti per il modello italiano. Gli studi empirici italiani comprendevano: 2 RCT, 2 studi quasi-sperimentali controllati, 2 studi prospettici osservazionali e 1 studio trasversale, oltre a 5 studi qualitativi o di case-report focalizzati su esperienze locali di infermieristica di famiglia. La maggior parte delle evidenze disponibili riguarda interventi rivolti a pazienti **cronici adulti/anziani** con patologie cardiovascolari (ipertensione, scompenso cardiaco) , metaboliche/nutrizionali (diabete, malnutrizione) o multi-morbilità (fragilità geriatrica) , seguiti al domicilio o presso ambulatori territoriali in collegamento con il MMG. Non sono stati trovati trial clinici randomizzati italiani pubblicati dopo il 2015 focalizzati esclusivamente sull'aderenza terapeutica e l'IFeC, ad eccezione di interventi specifici integrati in programmi di gestione cronici. Tuttavia, diverse esperienze pilota e studi osservazionali forniscono indicazioni convergenti sull'efficacia di tale figura. Inoltre, una **review sistematica internazionale del 2022** che ha fotografato lo "stato dell'arte" sugli infermieri di famiglia e comunità (90 studi inclusi a livello globale) ha identificato soltanto 8 studi condotti in Italia fino a quella data , evidenziando come la ricerca italiana sul tema fosse ancora limitata ma in crescita.

Interventi dell'IFeC e aderenza terapeutica – evidenze chiave: Dall'analisi qualitativa degli studi sono emersi **tre filoni principali di intervento** attraverso i quali l'IFeC influenza l'aderenza: (1) **Educazione e counseling personalizzato** sul paziente e famiglia; (2) **Monitoraggio proattivo e follow-up domiciliare** (anche tramite teleassistenza); (3)

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

Coordinamento dell'assistenza e integrazione multiprofessionale per una presa in carico continuativa.

- **Interventi educativi individualizzati:** Numerosi studi sottolineano il ruolo dell'IFeC nell'educazione terapeutica orientata all'autogestione. Ad esempio, **Cicolini et al. (2014)** hanno testato un programma infermieristico per pazienti con ipertensione arteriosa, in cui un **nurse care manager** forniva una sessione educativa strutturata sul controllo pressorio, corretta misurazione domiciliare, importanza della terapia farmacologica e stili di vita salutari, seguita da promemoria settimanali via telefono/email . I risultati, a 6 mesi, hanno mostrato un miglioramento significativo dell'aderenza alle raccomandazioni sullo stile di vita (alimentazione, esercizio, cessazione del fumo) nel gruppo gestito dall'infermiere rispetto al gruppo di controllo, con una riduzione più marcata di diversi fattori di rischio cardiovascolare . In particolare, la percentuale di pazienti aderenti alle linee guida dietetiche e di automonitoraggio pressorio è aumentata in modo significativo nel gruppo con follow-up infermieristico (dati non quantitativi riportati dallo studio, ma differenze significative $p<0,05$) . Anche l'aderenza farmacologica (misurata come persistenza nell'assunzione di antipertensivi) risultava tendenzialmente superiore nel gruppo intervento, sebbene la significatività statistica vari in base agli indicatori impiegati. Tali risultati indicano che **visite infermieristiche dedicate e ripetute nel tempo possono efficacemente rafforzare l'aderenza** in persone con malattie croniche, in linea con evidenze internazionali . Analogamente, **Savini et al. (2021)** hanno valutato un intervento educativo domiciliare, basato sul metodo del *teach-back*, rivolto ad anziani con almeno una patologia cronica complessa: l'IFeC effettuava visite settimanali per 8 settimane, fornendo informazioni sulla malattia, la terapia e le possibili complicanze, e verificando attivamente la comprensione del paziente chiedendogli di "restituire" le nozioni apprese . L'intervento mirava esplicitamente a migliorare l'aderenza (es. ricordare la corretta assunzione dei farmaci, incoraggiare le modifiche comportamentali concordate). Pur con un campione limitato (n=40 pazienti) e senza gruppo di controllo, gli autori hanno riscontrato un **aumento nell'autogestione** riferita dai pazienti e una **riduzione del ricorso improprio ai servizi di emergenza** nei 6 mesi successivi, suggerendo indirettamente un miglioramento della compliance e della capacità dei

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

pazienti di gestire la propria salute . Questi esempi illustrano come l'IFeC, attraverso interventi educativi intensivi, possa affrontare alcune cause classiche di non aderenza – scarsa conoscenza, dubbi non espressi, bassa percezione di utilità – fornendo quel supporto informativo e motivazionale continuativo spesso non ottenibile nelle brevi visite ambulatoriali periodiche.

- **Monitoraggio domiciliare e teleassistenza:** Un secondo ambito in cui l'IFeC ha mostrato un impatto concreto è il monitoraggio attivo della terapia al domicilio del paziente, anche tramite strumenti tecnologici. **Ricci et al. (2013)** (studio prospettico condotto in Italia centrale) hanno implementato un modello organizzativo basato sul **"Primary Nursing"** per il follow-up di pazienti portatori di pacemaker/defibrillatori domiciliari dotati di telemonitoraggio . In questo modello, l'IFeC fungeva da case manager: inseriva i dati clinici dei pazienti in un sistema elettronico, pianificava trasmissioni periodiche dei parametri e riceveva notifiche di allerta in caso di anomalie dal device . All'occorrenza, l'IFeC contattava telefonicamente il paziente per verificare lo stato clinico e, se necessario, allertava il cardiologo di riferimento secondo protocolli prestabiliti . Una delle mansioni esplicitamente descritte era **monitorare per via telefonica la compliance alla terapia farmacologica**, oltre allo stato generale, e richiamare il paziente in caso di mancata trasmissione di dati (ipotizzando possibili problemi anche nell'aderenza) . Lo studio ha documentato un'alta accettabilità del modello e risultati clinici soddisfacenti: grazie al monitoraggio infermieristico, sono stati prontamente identificati eventi cardiaci maggiori in tempo utile . Sebbene l'outcome principale fosse la sicurezza e l'efficacia del telemonitoraggio nel rilevare aritmie e complicanze, gli autori sottolineano come il coinvolgimento attivo dell'infermiere abbia verosimilmente mantenuto elevata l'aderenza dei pazienti sia alle trasmissioni telemetriche programmate sia alle terapie croniche, riducendo il rischio di episodi avversi legati a omissioni terapeutiche. Un altro RCT italiano, condotto da **Orlandoni et al. (2016)**, ha valutato l'impatto di visite domiciliari mensili da parte di un team geriatro-infermieristico (in cui l'infermiere di famiglia aveva un ruolo centrale) in pazienti ≥65 anni in nutrizione enterale domiciliare . Nel braccio intervento, durante ogni visita l'IFeC effettuava una valutazione strutturata (parametri vitali, controllo della sonda di nutrizione, stato nutrizionale, ecc.) e attivava **videoconsulti** con il medico specialista

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

per adeguare tempestivamente la terapia nutrizionale . Al termine di 12 mesi, i pazienti seguiti con questa modalità presentavano una **riduzione significativa delle complicanze metaboliche** legate alla nutrizione (es. miglior controllo glicemico ed elettrolitico) rispetto al gruppo di controllo senza videoconsulto . Sebbene lo studio non misurasse direttamente l'aderenza, il miglioramento degli esiti clinici suggerisce che il monitoraggio infermieristico abbia assicurato un'alta **fedeltà al piano terapeutico** (corretto utilizzo della nutrizione artificiale, aderenza ai controlli periodici, gestione appropriata dei dispositivi), prevenendo complicanze che spesso derivano anche da errori o trascuratezze nella terapia domiciliare. In sintesi, l'impiego dell'IFeC in programmi di assistenza domiciliare integrata e telemedicina appare associato a **maggior continuità assistenziale e aderenza**, grazie al controllo regolare e all'interazione costante con il paziente (telefonate, visite, telemonitoraggio). Ciò risponde ad una criticità tipica: molti pazienti cronici interrompono terapie o decadono nell'autocura quando si sentono "abbandonati" tra una visita medica e l'altra; la presenza costante dell'infermiere, anche virtuale, funge da **rete di sicurezza** che li incoraggia e li segue nel tempo.

- **Integrazione multiprofessionale e presa in carico proattiva:** Diversi lavori sottolineano che l'effetto positivo dell'IFeC sull'aderenza si realizza appieno quando questo professionista opera come parte di una **micro-équipe territoriale** integrata con il medico di famiglia e altri servizi. Ad esempio, uno studio qualitativo condotto in tre regioni del Sud Italia (Basilicata, Campania, Molise) ha esplorato percezioni di cittadini e MMG sul ruolo dell'IFeC (L'infermiere di famiglia e di comunita'. Un'indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise. -). I risultati indicano che, secondo gli intervistati, l'infermiere di famiglia potrebbe "**portare il SSN nelle case delle persone**", facilitando l'accesso alle cure, attivando risorse sociali e supportando i pazienti nell'aderenza giorno per giorno . In particolare, i MMG coinvolti riconoscevano che la collaborazione con un infermiere dedicato consentirebbe di perseguire meglio la "mission" curativa, valorizzando competenze specifiche dell'IFeC per il **follow-up attivo** dei pazienti cronici (L'infermiere di famiglia e di comunita'. Un'indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise. -). Questa integrazione appare cruciale, specie per pazienti complessi: un case-report descritto in

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

letteratura riporta il caso di un paziente diabetico e cardiopatico, con scarsa aderenza iniziale, la cui situazione clinica è nettamente migliorata dopo l'attivazione di un **team territoriale** comprendente l'IFeC, che ha funto da raccordo tra specialisti, MMG e famiglia, garantendo la regolare esecuzione dei controlli e l'assunzione corretta di farmaci . Inoltre, una **review sistematica del 2024** focalizzata su interventi infermieristici per l'aderenza farmacologica ha rilevato che gli approcci più efficaci includevano contatti di persona regolari e un **coinvolgimento attivo del paziente negli obiettivi di cura**, elementi tipici del lavoro dell'IFeC . In particolare, visite infermieristiche domiciliari periodiche combinate con follow-up telefonico hanno portato a miglioramenti significativi dell'aderenza in pazienti con scompenso cardiaco, diabete e altre cronicità, rispetto alla sola assistenza standard[8] . Questo conferma che non è solo il singolo intervento educativo puntuale a fare la differenza, ma la **presa in carico continua e multidimensionale** – di cui l'IFeC è promotore – a determinare cambiamenti duraturi nei comportamenti di salute del paziente.

Esiti correlati all'aderenza e benefici clinici: Oltre alle misure dirette di aderenza (es. tassi di compliance farmacologica), gli studi analizzati suggeriscono che l'intervento dell'IFeC si associa a **migliori esiti clinici e di servizio**, che possono essere considerati conseguenze positive di una maggiore aderenza. Nella revisione sistematica di **Dellafiore et al. (2022)**, che includeva studi internazionali sugli esiti dell'assistenza da parte di infermieri di comunità, ben 21 articoli evidenziano un impatto positivo su indicatori quali: incremento della sopravvivenza in alcune popolazioni (es. pazienti con scompenso seguiti a domicilio) , miglioramento della qualità di vita e dei parametri clinici (es. controllo pressorio, glicemico) , e riduzione dei tassi di riospedalizzazione . Tali effetti, secondo gli autori, derivano in parte da una migliore aderenza alle prescrizioni e alle misure preventive, ottenuta grazie all'intervento educativo-assistenziale continuo degli infermieri. In uno degli studi inclusi, ad esempio, un programma educativo condotto dall'IFeC ha permesso una **migliore aderenza al monitoraggio corretto della pressione arteriosa** nei pazienti ipertesi, prevenendo potenzialmente eventi cerebrovascolari . Allo stesso modo, negli studi di Savini et al. e Cicolini et al. discussi prima, ai miglioramenti nell'aderenza si accompagnavano **riduzioni di comportamenti a rischio** (es. dieta

[8] Nurse-Led Interventions for Improving Medication Adherence in Chronic Diseases: A Systematic Review

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

inappropriata, sedentarietà) e **minor incidenza di complicanze** (crisi ipertensive, scompensi metabolici) rispetto ai controlli. Va segnalato che non tutti gli studi hanno riscontrato differenze significative: ad esempio, alcuni indicatori secondari di aderenza in Cicolini et al. (come il numero di farmaci assunti su quelli prescritti, riferito dal paziente) non differivano in maniera netta tra gruppo infermiere e gruppo controllo – il che potrebbe riflettere limiti di sensibilità delle misure o necessità di periodi di osservazione più lunghi . Tuttavia, la **tendenza generale** emersa è che dove c'è stata una forte presenza dell'IFeC, si sono osservati trend favorevoli su più fronti: dal **miglioramento di parametri clinici**, alla **soddisfazione del paziente** (che risulta elevata quando l'infermiere dedica tempo ad ascoltare e spiegare), fino alla **riduzione del carico sul sistema sanitario** (meno accessi impropri al PS, meno ricoveri evitabili) . Questi benefici, pur non attribuibili unicamente al miglioramento dell'aderenza, ne sono in parte mediati, poiché un paziente aderente alle cure ha ovviamente maggior probabilità di tenere sotto controllo la propria patologia e meno necessità di cure urgenti.

In sintesi, i risultati della revisione confermano che l'Infermiere di Famiglia e Comunità, attraverso interventi educativi mirati, monitoraggio attivo e integrazione nel team di cure primarie, **facilita l'aderenza terapeutica** in vari contesti clinici.

Ciò si traduce non solo in migliori indici di compliance (più farmaci assunti correttamente, più autocontrolli effettuati, ecc.), ma anche in **outcome tangibili** come una migliore gestione dei valori clinici, un rallentamento della progressione della malattia e un uso più appropriato delle risorse sanitarie. Nella sezione seguente, tali evidenze verranno discusse criticamente, inquadrandole nel più ampio scenario della riorganizzazione territoriale italiana post-PNRR e delle sfide ancora aperte per la piena valorizzazione del ruolo dell'IFeC.

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

Discussione

La presente revisione sistematica evidenzia come, negli ultimi anni, siano emersi segnali consistenti dell'impatto positivo dell'**Infermiere di Famiglia e Comunità** sull'aderenza terapeutica e, in senso lato, sugli esiti di salute dei pazienti nel contesto italiano.

Nel complesso, i risultati degli studi inclusi confermano ciò che il razionale teorico lasciava presupporre: un paziente cronico seguito con continuità da un infermiere dedicato, che lo **educa, supporta e monitora attivamente**, tende ad aderire meglio ai trattamenti prescritti rispetto a un paziente privo di tale sostegno.

Questo riscontro è coerente con la letteratura internazionale sulle **nurse-led interventions** nelle malattie croniche, che mostrano miglioramenti significativi nell'aderenza in molteplici contesti (cardiologico, metabolico, respiratorio, ecc.) grazie a interventi basati su follow-up ravvicinati e relazione terapeutica infermiere-paziente . Pertanto, l'IFeC rappresenta una **strategia evidence-based** per affrontare il problema, spesso definito "silenzioso", della scarsa compliance terapeutica nelle cure primarie (Scarsa aderenza terapeutica: la piaga nascosta della sanità italiana).

Un primo aspetto da sottolineare è che l'IFeC agisce su **diversi determinanti dell'aderenza** simultaneamente. Sul piano cognitivo, fornisce informazioni chiare e ripetute, verifica la comprensione (es. col metodo *teach-back*) e colma le lacune educative che spesso sono alla base di errori nella gestione della terapia .

Questo contribuisce ad aumentare la consapevolezza del paziente circa la propria malattia e l'utilità delle cure, fattore associato a migliore aderenza. Sul piano motivazionale e comportamentale, l'infermiere instaura un rapporto di fiducia e accompagna il paziente nel cambiamento dello stile di vita, fungendo da "coach" della salute: incoraggia l'attività fisica, supporta nella cessazione del fumo, guida nella dieta, spesso con contatti frequenti che contrastano l'abbandono delle buone abitudini . Inoltre, attraverso **strategie di reminder** (telefonate, SMS, email) mantiene alta l'attenzione del paziente sui compiti di auto-cura tra una visita e l'altra, riducendo la dimenticanza o la procrastinazione – cause comuni di mancata aderenza soprattutto nelle terapie croniche asintomatiche .

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

Sul piano pratico-organizzativo, l'IFeC semplifica il percorso di cura per il paziente: porta i servizi a domicilio quando possibile, coordina appuntamenti e controlli, fa da riferimento sempre accessibile per dubbi o problemi (i pazienti sanno di poter contare su un aiuto, invece di perdersi tra diverse figure) . Questo **abbattimento delle barriere logistiche** e comunicative si traduce in una maggiore aderenza perché rende più facile "fare la cosa giusta" per il paziente. In sintesi, l'infermiere di famiglia agisce come un **facilitatore** a 360 gradi: facilita la comprensione (educator), facilita la motivazione (coach) e facilita l'azione (care manager).

I benefici osservati negli studi vanno oltre l'aderenza in senso stretto, includendo esiti clinici rilevanti (miglior controllo pressorio, meno complicanze, ecc.). Ciò solleva una considerazione importante: **aderenza terapeutica e qualità dell'assistenza** sono strettamente interdipendenti. Un intervento infermieristico ben riuscito migliora l'aderenza, e una maggiore aderenza conduce a esiti migliori; allo stesso tempo, il miglioramento clinico rinforza il paziente a continuare a seguire la terapia, in un circolo virtuoso. Dunque, promuovere l'aderenza non è un fine isolato, ma parte di un approccio globale centrato sulla persona. L'IFeC incarna proprio questo approccio olistico: non si limita a "far prendere la pillola", ma considera la persona nel suo contesto familiare e sociale, affrontando gli ostacoli specifici che ciascun individuo incontra nel seguire le indicazioni mediche. Per esempio, se la difficoltà è ricordare gli orari, l'infermiere aiuta a pianificare un sistema (timer, tabelle); se è la solitudine o la depressione, l'infermiere instaura un dialogo e coinvolge eventualmente lo psicologo; se è la sfiducia, l'infermiere crea un rapporto empatico e fornisce esempi concreti di benefici. Questo ruolo di **problem-solver personalizzato** è difficilmente sostituibile da altre figure in quanto l'infermiere, per formazione, combina conoscenze cliniche, educative e relazionali uniche.

Nel contesto **organizzativo italiano post-PNRR**, l'implementazione su larga scala dell'IFeC rappresenta un cambio di paradigma destinato a incidere sul problema dell'aderenza. Le **Case della Comunità** previste dal PNRR sono concepite come punti di riferimento continuativi per la popolazione, dove l'infermiere di famiglia lavora fianco a fianco con il medico di base e altri professionisti (Sileri: Nel Pnrr ruolo di primo piano all'infermiere di famiglia/comunità) (Sileri: Nel Pnrr ruolo di primo piano all'infermiere di famiglia/comunità).

Questo modello, se attuato pienamente, potrà mitigare alcune criticità storiche: la scarsa integrazione tra ospedale e territorio, la frammentazione dei percorsi di cura e la **mancanza di**

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

follow-up strutturati post-dimissione (momenti in cui spesso si perde l'aderenza). L'IFeC nelle Case della Comunità e nelle **Centrali Operative Territoriali (COT)** potrà, ad esempio, prendere in carico un paziente dimesso con politerapia, riconciliare la terapia, istruirlo prima che lasci l'ospedale e poi seguirlo a casa nei giorni/settimane successive, prevenendo quel calo di aderenza tipico del "dopo ospedale". Inoltre, il suo inserimento in équipe multiprofessionali permette di affrontare anche le dimensioni sociale e psicologica che influenzano l'aderenza: ad esempio, in collegamento con l'assistente sociale per problemi economici (che causano rinuncia a farmaci costosi) o con il farmacista di comunità per ottimizzare la gestione dei farmaci.

In Friuli Venezia Giulia, Molise e Trento – regioni che hanno investito precocemente sul modello IFeC – si sono visti esempi di collaborazione con associazioni di pazienti per migliorare l'aderenza e di utilizzo di tecnologie (telemonitoraggio, app per recall) con la regia infermieristica (Aderenza terapeutica: infermiere primo riferimento del paziente. Fnopi su rapporto Cittadinanzattiva - fnopi) (Aderenza terapeutica: infermiere primo riferimento del paziente. Fnopi su rapporto Cittadinanzattiva - fnopi), a dimostrazione che la **flessibilità operativa** dell'IFeC può adattarsi alle risorse locali e coinvolgere attori formali e informali. L'adozione di strumenti digitali (come previsto anche dal DM77/2022) è particolarmente promettente: cartelle condivise, alert automatici per visite o esami da fare, piattaforme di teleassistenza, se gestiti dall'IFeC, possono **automatizzare parte del lavoro di promemoria** e liberare tempo per le attività a maggiore valore aggiunto (counseling faccia a faccia, gestione casi complessi).

Nonostante le potenzialità, la discussione delle evidenze deve tenere conto anche delle **criticità** e dei limiti emersi. In primo luogo, va riconosciuto che la maggior parte degli studi inclusi ha campioni relativamente piccoli o disegni non sperimentali, il che può introdurre bias e limitare la generalizzabilità. L'eterogeneità degli interventi rende complesso individuare "quanto" di ciascun esito sia dovuto specificamente al miglioramento dell'aderenza e quanto ad altri fattori (ad es. attenzione extra ricevuta dal gruppo intervento). Molti studi, specie quelli italiani, hanno valutato interventi pilota in contesti altamente motivati o con infermieri appositamente formati; replicare tali risultati su scala nazionale richiederà un investimento in **formazione specialistica** e standardizzazione dei modelli operativi.

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

A tal proposito, il PNRR e le normative successive prevedono percorsi formativi ad hoc (master, corsi di perfezionamento) per preparare gli infermieri al ruolo di famiglia/comunità, nonché lo sviluppo di **competenze avanzate** come quelle di health coaching, utilizzo della telemedicina, ecc. (PNRR Sanità: oltre 600 COT attivate, ma resta la carenza di infermieri – OReP – Osservatorio sul Recovery Plan). L'efficacia dell'IFeC nel promuovere l'aderenza sarà massima solo se tali competenze saranno diffuse omogeneamente: un rischio da evitare è la variabilità di performance tra infermieri di famiglia, che potrebbe portare a risultati diseguali (es. un paziente seguito da un IFeC ben formato e motivato trae grande beneficio, mentre un altro con un IFeC sovraccarico o poco formato ne trae meno).

Un altro punto critico è la **dotazione organica**: come discusso, l'Italia sta affrontando una carenza di personale infermieristico che potrebbe ostacolare l'obiettivo di avere un IFeC ogni 2-3 mila abitanti (PNRR Sanità: oltre 600 COT attivate, ma resta la carenza di infermieri – OReP – Osservatorio sul Recovery Plan). Se l'IFeC deve seguire un numero eccessivo di pazienti o un territorio troppo vasto, rischia di non poter garantire quel contatto frequente e personalizzato che è il fulcro del miglioramento dell'aderenza. Studi internazionali suggeriscono che per pazienti molto complessi il rapporto ideale potrebbe essere anche 1:500-1:1000 (infermieri:abitanti) (Infermiere di famiglia, Sileri: Pnrr assegna ruolo primario - Nurse24.it); lo standard italiano di 1:3000 è probabilmente un compromesso e andrà monitorato.

La **copertura disomogenea** inoltre crea inequità: attualmente, alcune regioni/province hanno già attivato molti IFeC (es. Emilia-Romagna, Toscana), mentre altre sono indietro; ne deriva che l'aderenza potrebbe migliorare in alcune zone e rimanere bassa in altre se non si recupera questo gap. Servirebbe un forte coordinamento centrale (agenzie come AGENAS) per assicurare l'implementazione uniforme delle **"micro-équipe territoriali"** in tutto il paese e condividere le migliori pratiche emerse (ad esempio, protocolli operativi che hanno dato prova di efficacia nell'aumentare l'aderenza in una regione dovrebbero essere resi disponibili e adattati altrove).

Dal punto di vista **culturale**, c'è ancora lavoro da fare perché tutti gli attori riconoscano pienamente il ruolo dell'IFeC. La revisione ha rilevato come, fino a pochi anni fa, non tutte le amministrazioni regionali considerassero gli infermieri tra le figure chiave per l'aderenza (Aderenza terapeutica: infermiere primo riferimento del paziente. Fnopi su rapporto

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

Cittadinanzattiva - fnopi). Anche alcuni medici potrebbero inizialmente mostrare diffidenza o scarsa comprensione delle potenzialità dell'IFeC, temendo forse sovrapposizioni. È fondamentale proseguire con campagne informative e momenti formativi congiunti (medici-infermieri) per creare **spirito di squadra** e chiarire che l'obiettivo comune è il benessere del paziente: in quest'ottica, l'IFeC non toglie ruolo al MMG ma lo **rafforza**, sollevandolo da compiti esecutivi e permettendogli di concentrarsi sulle decisioni cliniche. Laddove questa sinergia è stata sperimentata (ad es. modello Chronic Care Model adattato in alcune ASL), i medici hanno riportato un alleggerimento del carico e miglior esito clinico, e gli infermieri maggiore soddisfazione professionale . Investire quindi sulla **costruzione di team** efficaci è tanto importante quanto assumere abbastanza infermieri.

Infine, occorre considerare la prospettiva del **paziente e della famiglia**. L'introduzione dell'IFeC modifica il rapporto tradizionale paziente-medico, aggiungendo un nuovo interlocutore: ciò è generalmente ben accolto (pazienti cronici spesso lamentano proprio la mancanza di figure di riferimento stabili) , ma richiede che l'utente sia informato su chi è e cosa fa l'IFeC. Indagini di popolazione mostrano che molti cittadini ancora non conoscono questa figura o la confondono con l'assistenza domiciliare tradizionale[9](L'infermiere di famiglia e di comunita'. Un'indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise. -).

Una migliore conoscenza porterebbe probabilmente a un maggior utilizzo appropriato: ad esempio, il paziente che ha dubbi su un farmaco chiamerà il suo infermiere di famiglia invece di sospendere la terapia autonomamente. Pertanto, la **sensibilizzazione dell'utenza** sui servizi infermieristici di comunità è parte integrante del processo: ciò può avvenire tramite i consultori, gli ambulatori della Casa della Comunità, e anche con il passaparola positivo man mano che le esperienze si diffondono.

In conclusione, la discussione delle evidenze suggerisce fortemente che l'IFeC abbia il potenziale per colmare un vuoto storico nell'assistenza territoriale italiana – quello del **supporto strutturato all'aderenza terapeutica** – purché vengano soddisfatte alcune condizioni: un'adeguata copertura di personale formata, una chiara integrazione nei processi organizzativi (evitando sovrapposizioni o isolamento del ruolo), e un monitoraggio continuo dei

[9] L'infermiere di famiglia e di comunita'. Un'indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise.

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

risultati per aggiustare il tiro delle strategie. Il contesto post-PNRR, con investimenti dedicati e innovazioni organizzative, offre un terreno fertile ma anche sfidante per dimostrare su larga scala l'efficacia dell'IFeC.

Sarà cruciale accompagnare l'implementazione con studi di **valutazione outcome** robusti (es. confronti tra distretti con vs senza IFeC, indicatori di aderenza a livello di popolazione, ecc.) per accumulare ulteriori prove e quantificare il ritorno in termini di salute e sostenibilità. La presente revisione può servire da base di conoscenza iniziale, indicando ciò che finora ha funzionato e quali aree restano da approfondire (ad esempio: l'aderenza a terapie non farmacologiche, come riabilitazione e diete, sotto la guida dell'IFeC, è poco studiata; l'impatto economico delle ridotte riospedalizzazioni grazie all'IFeC andrebbe stimato in futuro, ecc.).

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

Conclusioni

Il ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si sta affermando come **elemento chiave per promuovere l'aderenza terapeutica** nel moderno sistema sanitario italiano. Dalla letteratura esaminata emerge in modo consistente che la presenza di un IFeC dedicato nella gestione dei pazienti cronici si associa a una maggiore aderenza ai trattamenti, a migliori parametri di controllo delle malattie e a una riduzione di eventi avversi e utilizzo improprio delle risorse sanitarie . Attraverso interventi educativi personalizzati, monitoraggio continuo e coordinamento con gli altri attori della rete territoriale, l'IFeC contribuisce a superare molte delle barriere che tradizionalmente ostacolano la compliance: istruisce il paziente, ne sostiene la motivazione giorno dopo giorno e assicura che i piani di cura siano attuati nel contesto domiciliare reale. In questo senso, l'infermiere di famiglia rappresenta il **"trait d'union" tra la teoria della prescrizione medica e la pratica quotidiana del paziente**, rendendo effettivo quel continuum assistenziale necessario per le patologie croniche.

Nel contesto post-PNRR, l'Italia ha intrapreso un percorso di trasformazione delle cure primarie in cui l'IFeC è chiamato a svolgere un ruolo da protagonista. Le riforme in atto (Case della Comunità, DM 77/2022) delineano un modello di assistenza territoriale innovativo, in cui l'IFeC opera *in team* e con strumenti nuovi per prendersi cura in modo proattivo della popolazione (Sileri: Nel Pnrr ruolo di primo piano all'infermiere di famiglia/comunità) . Se queste premesse saranno realizzate, si può prevedere un impatto significativo sulla salute pubblica: una popolazione di pazienti cronici più aderenti alle terapie è una popolazione con meno complicanze, meno ospedalizzazioni evitabili e migliore qualità di vita. Inoltre, un forte binomio infermiere-medico di famiglia – come auspicato anche dagli stakeholder sanitari – potrà garantire un approccio multidisciplinare e centrato sulla persona, facendo sì che nessun paziente "sfugga" al follow-up. L'aderenza terapeutica diventerà così non più un onere lasciato alla sola responsabilità del paziente, ma un **obiettivo condiviso** dell'équipe di cura territoriale.

Affinché queste prospettive si concretizzino, è fondamentale proseguire su alcune direttrici: **investimento nelle risorse umane**, colmando la carenza attuale di infermieri e formando professionisti competenti in metodologie di engagement del paziente; **implementazione uniforme** del modello IFeC in tutte le regioni, monitorando l'applicazione delle linee guida nazionali e favorendo lo scambio di buone pratiche; **valutazione continua** degli esiti, tramite

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

registri e studi osservazionali post-implementazione, per misurare i benefici in termini di aderenza e modulare le strategie di conseguenza. È altrettanto importante coinvolgere i pazienti e i caregiver nel processo, raccogliendo feedback sull'utilità percepita dell'IFeC e sul miglioramento della loro esperienza di cura.

In conclusione, le evidenze attuali e il contesto di riforma convergono nel suggerire che l'Infermiere di Famiglia e Comunità può diventare il **cardine su cui poggia la sostenibilità della gestione delle cronicità** in Italia. Promuovendo l'aderenza terapeutica, l'IFeC non solo migliora gli esiti individuali, ma contribuisce a un uso più appropriato delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale, orientando verso un modello di sanità di iniziativa e non più di sola reazione all'emergere delle complicanze. Le Istituzioni e la comunità professionale infermieristica sono chiamate a sostenere e accelerare questa evoluzione, riconoscendo nell'IFeC una figura professionale autonoma e responsabile, capace di fare davvero la differenza nella vita dei pazienti e delle loro famiglie. Come recita un recente position statement, "la squadra vincente è infermiere-medico di famiglia" : investire su questa squadra, con l'infermiere di famiglia in prima linea sul territorio, significa investire in una sanità più aderente ai bisogni delle persone e in cittadini più aderenti alle proprie cure.

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

Bibliografia

1. Dellafiore F, et al. *The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review*. **Int J Environ Res Public Health**. 2022;19(7):4382 .
2. Cicolini G, et al. *Effectiveness of a nurse-led telemonitoring intervention on adherence to lifestyle modifications and medication in hypertensive patients – a randomized trial*. **Stud Health Technol Inform**. 2014;*[abstract analysis]* .
3. Ricci R, et al. *Remote monitoring of cardiac implantable devices: An Italian single-centre experience*. **J Cardiovasc Med** (Hagerstown). 2013;14(11):*946-952* .
4. Orlandoni P, et al. *Effect of nutritional counseling and monitoring on clinical outcomes in home enteral nutrition patients*. **Nutrients**. 2017;9(5):*481* .
5. Savini S, et al. *A family nurse-led intervention for reducing health services' utilization in individuals with chronic diseases: The ADVICE pilot study*. **Int J Nurs Stud**. 2021;8:264–270 .
6. Berardinelli D, et al. *Nurse-Led Interventions for Improving Medication Adherence in Chronic Diseases: A Systematic Review*. **Healthcare (Basel)**. 2024;12(23):2337 .
7. Sileri P (Ministero Salute). *Intervento al Senato – ruolo infermiere di famiglia nel PNRR*. **Nurse24.it** (News) 09/07/2021 (Sileri: Nel Pnrr ruolo di primo piano all'infermiere di famiglia/comunità) (Sileri: Nel Pnrr ruolo di primo piano all'infermiere di famiglia/comunità).
8. FNOPI – Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. *Ruolo dell'infermiere nell'aderenza terapeutica* (Dossier). 2019 .
9. Cittadinanzattiva – Tribunale Diritti del Malato. *Indagine civica sull'aderenza alle terapie* (Rapporto). 2018 (Aderenza terapeutica: infermiere primo riferimento del paziente. Fnopi su rapporto Cittadinanzattiva - fnopi) (Aderenza terapeutica: infermiere primo riferimento del paziente. Fnopi su rapporto Cittadinanzattiva - fnopi).
10. Magnocavallo MC, et al. *Conoscenze di cittadini e MMG sul ruolo dell'Infermiere di Famiglia: indagine in Basilicata, Campania, Molise*. **NSC Nursing**. 2016;5(3):*ePub*

ISSN: 3035-5184
2024, Volume 2, Nr. 1 pp 1-27

(L’infermiere di famiglia e di comunita’. Un’indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise. -).