



Online ISSN 3035-5184

NURSE PRACTITIONER

SELF EMPLOYMENT

RICERCA INFERMIERISTICA 2024 Volume 4

WWW.NPSNURSE.IT

Publication frequency: Quarterly

NPS NURSE Editorial Office

Via Giosue Carducci 8, 83100 Avellino, Italy

info@npsnurse.it

Collaborazione tra Infermiere di Famiglia e Medico di Medicina Generale in Campania: Il Modello ASL Avellino e Confronto Regionale

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.v4i1.16](https://doi.org/10.63099/nps.v4i1.16)

Published online: 28.11.2024

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

Introduzione

Negli ultimi anni, la sanità territoriale italiana ha posto crescente attenzione alla figura dell'**Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)** come elemento chiave per integrare l'assistenza primaria. L'IFeC rappresenta un **nuovo modello organizzativo sul territorio**, coniugando il bisogno di salute tra **medico di medicina generale (MMG)** e paziente (L'infermiere di famiglia e di comunità'. Un'indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise. -). Nato in risposta alle criticità emerse durante la pandemia di COVID-19, questo ruolo mira a rafforzare le cure domiciliari e di prossimità per pazienti cronici, anziani e fragili, riducendo la pressione su ospedali e pronto soccorso. In Campania, regione storicamente segnata da carenze nell'assistenza territoriale, l'introduzione dell'Infermiere di Famiglia è al centro di una proposta di legge regionale (avviata nel 2022 e in fase di approvazione nel 2024-2025) che promette una **svolta organizzativa** nelle cure primarie¹². Questa pubblicazione analizza la collaborazione tra IFeC e MMG in Campania, con particolare attenzione all'**ASL Avellino** (area interna della regione), confrontando il modello organizzativo emergente in tale ASL con quello delle altre Aziende Sanitarie Locali campane. Verranno evidenziate somiglianze, differenze, punti di forza e criticità, supportati da dati recenti (dal 2023 in poi), casi studio e pratiche innovative a livello locale e nazionale.

¹ Campania, infermiere di famiglia e di comunità: inizia l'iter della legge in Commissione Sanità

² Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino

Metodologia

È stata condotta un'**analisi documentale comparativa** sulle fonti ufficiali e scientifiche riguardanti l'implementazione dell'Infermiere di Famiglia in Campania. In primo luogo, sono stati esaminati **atti normativi e programmatici regionali** (delibere, proposte di legge, linee guida Agenas) per delineare il quadro regolatorio e gli standard previsti (es. standard **DM 77/2022** di almeno un IFeC ogni 3.000 abitanti (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida)). In parallelo, si sono analizzati **report e comunicati delle ASL campane** (in particolare dell'ASL Avellino) e dell'Ordine Professioni Infermieristiche (OPI) locale, al fine di descrivere il modello organizzativo proposto e le iniziative pilota. Si è proceduto a un confronto con le altre ASL della regione (Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud, Salerno, Caserta, Benevento) attraverso documenti di programmazione sanitaria pubblicamente disponibili, dati epidemiologici (popolazione assistita, indicatori di performance territoriale) e notizie di stampa locale specializzata. Per contestualizzare i risultati, si sono inclusi **casi studio nazionali** di riferimento (come l'esperienza della Toscana Sud Est) e letteratura peer-reviewed sulle collaborazioni MMG-infermiere. I dati quantitativi (es. fabbisogno di personale, copertura dell'assistenza domiciliare) sono stati tabulati in forma comparativa. L'analisi critica ha considerato sia gli aspetti strutturali (organizzazione dei servizi, presenza di **Case della Comunità** e strumenti di coordinamento) sia quelli procedurali (modalità di interazione tra infermieri e medici, percorsi assistenziali condivisi), identificando **punti di forza e criticità** in ciascun contesto locale.

Risultati

1. Il modello organizzativo nell'ASL Avellino

L'ASL Avellino (provincia dell'Irpinia, ~400.000 abitanti) rappresenta un territorio prevalentemente rurale e montuoso, con una popolazione a marcata incidenza di anziani e patologie croniche. Questo contesto di **"area interna"** è stato individuato come scenario ideale per avviare il **progetto pilota regionale** sull'Infermiere di Famiglia . In coerenza con le indicazioni nazionali, il modello organizzativo di ASL Avellino prevede l'**inserimento dell'IFeC nei Distretti Sanitari** aziendali e nelle nascenti **Case della Comunità**, con un rapporto target di circa *1 infermiere ogni 3.000 residenti* (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida). Considerando la popolazione servita, ciò si traduce in un fabbisogno stimato di circa **130-140 infermieri di famiglia** per copertura completa. Al momento (2024), la dotazione reale è in fase di definizione: il primo passo concreto consiste nell'attivazione di alcune **Unità Pilota** finanziate (circa 500.000 € allocati) in distretti selezionati dell'ASL Avellino , con l'obiettivo di testare sul campo l'integrazione infermiere-medico nelle cure domiciliari.

Dal punto di vista organizzativo, nell'ASL Avellino l'IFeC sarà un **dipendente del Servizio Sanitario Regionale** assegnato al Distretto, operando sia *a domicilio* sia *in strutture territoriali* (ambulatori infermieristici di comunità, poliambulatori distrettuali e Case della Comunità) . **Medici di medicina generale e infermieri lavoreranno in stretta sinergia**: il medico invierà all'IFeC segnalazioni di pazienti fragili o con bisogni complessi, formulando *piani di cura condivisi*. L'infermiere di famiglia avrà compiti diversificati, tra cui: eseguire interventi infermieristici su *prescrizione del MMG o dello specialista* (es. terapie iniettive, medicazioni complesse), gestire il follow-up proattivo dei pazienti cronici, educare pazienti e caregiver all'autogestione della malattia e alla prevenzione delle complicanze . Un ambito cruciale di collaborazione è la **dimissione protetta ospedale-territorio**: all'IFeC spetterà prendere in carico il paziente dimesso dall'ospedale, in raccordo informativo col MMG e con la Centrale Operativa Territoriale (COT), assicurando la continuità assistenziale e prevenendo riospedalizzazioni . Per favorire tale integrazione, è prevista la **condivisione di un sistema informativo** tra ospedale, distretto e medici di base, di cui l'IFeC sarà utilizzatore attivo . Inoltre, in coerenza con la legge regionale in itinere, le **cure infermieristiche domiciliari** verranno rese

gratuite e non soggette a ticket in tutta l'ASL, indipendentemente dal reddito del paziente, riconoscendo il ruolo di questi servizi nel ridurre i ricoveri evitabili .

Sul piano operativo quotidiano, l'ASL Avellino intende organizzare l'attività dell'IFeC in **équipe multiprofessionali di Distretto**: l'infermiere parteciperà a riunioni periodiche con MMG, assistenti sociali e altri professionisti (es. specialisti ambulatoriali), contribuendo alla valutazione integrata dei bisogni e alla pianificazione degli interventi sul territorio . In virtù della dispersione geografica dell'utenza, si privilegerà un approccio **proattivo e itinerante**: gli infermieri di famiglia effettueranno visite domiciliari programmate (ad esempio, per pazienti non deambulanti o cronici non autosufficienti), e attiveranno **ambulatori infermieristici di comunità** nei comuni più popolosi, dove i cittadini potranno accedere senza bisogno di recarsi in ospedale. Tali ambulatori – novità prevista esplicitamente dalla proposta di legge regionale – offriranno prestazioni integrate (infermieristiche e preventive) in sinergia con i medici di base presenti sul territorio, fungendo da filtro territoriale per bisogni assistenziali di bassa-media complessità. Un elemento qualificante del modello Avellino è la collaborazione strutturata con i **Medici di Medicina Generale**: questi ultimi mantengono il ruolo clinico centrale (diagnosi, terapia farmacologica, richiesta di esami specialistici), mentre l'IFeC opera come **case-manager infermieristico**, cioè coordinatore del percorso assistenziale infermieristico del paziente. Ad esempio, per un paziente anziano con scompenso cardiaco, il MMG stabilisce la terapia e i controlli clinici, mentre l'infermiere di famiglia si occupa di monitorare l'aderenza ai trattamenti, controllare parametri come pressione e peso a domicilio, educare alla dieta e stile di vita e allertare il medico in caso di segni di peggioramento. Questo tandem operativo è volto a **potenziare l'autonomia del paziente e della sua famiglia** nel gestire la patologia, riducendo le richieste improprie di assistenza e le complicità da gestione subottimale .

Un ruolo importante viene attribuito anche alla **promozione della salute** sul territorio: l'IFeC dell'ASL Avellino dovrà svolgere attività di prevenzione primaria e secondaria (vaccinazioni, screening, educazione sanitaria nelle scuole e nei centri per anziani), in coordinamento con i medici di base e con il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL. Ciò risponde all'obiettivo di “diffondere e sostenere la cultura della prevenzione e i corretti stili di vita”, indicato tra i compiti principali dell'infermiere di famiglia fin dalle linee di indirizzo della Conferenza Stato-Regioni .

Dal punto di vista formativo, l'ASL Avellino ha collaborato con l'OPI locale e l'Università per promuovere **master universitari specifici** per Infermiere di Famiglia e Comunità (attivati dall'a.a. 2023/24 negli atenei campani), al fine di dotare il personale delle competenze avanzate richieste (cliniche, educative e comunicativo-relazionali) per questo ruolo specialistico. La **sensibilizzazione dei MMG** è stata anch'essa avviata tramite incontri e corsi ECM: studi precedenti avevano evidenziato infatti la necessità di migliorare la conoscenza reciproca dei ruoli, affinché medici e cittadini comprendano appieno le potenzialità di questa figura innovativa (L'infermiere di famiglia e di comunità'. Un'indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise. -).

2. Confronto con le altre ASL della Campania

L'organizzazione della collaborazione tra infermieri di famiglia e medici di base nelle altre ASL campane presenta **numerosi punti in comune** con il modello di ASL Avellino, pur con alcune differenze dovute alla diversa dimensione demografica e territoriale. In tutta la Regione Campania, la programmazione è guidata dalle medesime direttive strategiche: implementare l'Infermiere di Famiglia secondo lo standard nazionale (1 ogni 3.000 abitanti) (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida) e collocarlo nei Distretti e nelle Case della Comunità. La **Tabella 1** riassume in ottica comparativa alcuni indicatori organizzativi chiave delle principali ASL campane (popolazione servita, stima del fabbisogno di IFeC secondo lo standard, avanzamento dell'implementazione e caratteristiche salienti dei modelli locali).

Tabella 1 – Confronto organizzativo tra ASL della Campania riguardo all'Infermiere di Famiglia e Comunità (dati stimati su base 2023-2024) (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida).

ASL (Provincia)	Popolazione (stima)	Infermieri di Famiglia necessari (standard 1:3000)	Stato di implementazione (2024)	Caratteristiche del modello organizzativo
ASL Avellino (Avellino)	~400.000	~130-140	Progetto pilota avviato (aree interne)	IFeC inseriti in ogni Distretto; focus su assistenza domiciliare e ambulatori infermieristici di comunità in sinergia con MMG; collaborazione formalizzata in team multiprofessionali di Distretto; forti programmi di educazione sanitaria locale.
ASL Benevento (Benevento)	~280.000	~90-95	Pianificazione (implementazione prevista 2024-25)	Modello simile ad Avellino (contesto rurale interno); prevista copertura diffusa dei comuni con IFeC itineranti; integrazione con MMG facilitata dalla popolazione relativamente ridotta per medico; in attesa di attivazione di Case della Comunità sul territorio.
ASL Caserta (Caserta)	~920.000	~300-310	Pianificazione (2024)	Grande provincia con mix urbano-rurale; pianificata assegnazione di IFeC alle Case della Comunità in costruzione (sia hub urbani che spoke

ASL (Provincia)	Popolazione (stima)	Infermieri di Famiglia necessari (standard 1:3000)	Stato di implementazione (2024)	Caratteristiche del modello organizzativo
				periferici); si punta a potenziare gestione di pazienti cronici (es. diabetici) in collaborazione con MMG e specialisti ambulatoriali; attesa una fase pilota post-approvazione legge regionale.
ASL Napoli 1 Centro (Napoli)	~950.000	~315-320	Pianificazione (2024)	Area metropolitana densamente popolata (città di Napoli); prevista presenza di IFeC in ogni Casa di Comunità urbana e nei grandi poliambulatori dei quartieri; modello orientato ad ambulatori territoriali ad accesso diretto gestiti da infermieri (per prestazioni infermieristiche di base) collegati ai MMG della zona; sfida principale: alto rapporto pazienti/infermiere e coordinamento di molti MMG per équipe.

ASL (Provincia)	Popolazione (stima)	Infermieri di Famiglia necessari (standard 1:3000)	Stato di implementazione (2024)	Caratteristiche del modello organizzativo
ASL Napoli 2 Nord (Napoli)	~1.070.000	~355-360	Pianificazione (2024)	Area a elevata densità abitativa (hinterland a nord di Napoli); strategia focalizzata su IFeC nei distretti socio-sanitari e supporto a fasce vulnerabili (alta presenza di popolazione socio-economicamente fragile); previsto utilizzo dell'infermiere di famiglia anche per progetti di teleassistenza e monitoraggio da remoto in collaborazione con i MMG, data la concentrazione elevata di pazienti cronici.
ASL Napoli 3 Sud (Napoli)	~1.070.000	~355-360	Pianificazione (2024)	Territorio ampio e eterogeneo (dalle periferie orientali di Napoli all'area costiera e montana a sud); il modello prevede un approccio misto : IFeC attivi sia a domicilio nelle zone rurali e collinari, sia presso strutture territoriali nei centri più popolosi; particolare

ASL (Provincia)	Popolazione (stima)	Infermieri di Famiglia necessari (standard 1:3000)	Stato di implementazione (2024)	Caratteristiche del modello organizzativo
				attenzione alla continuità assistenziale post-ricovero, viste le difficoltà logistiche di collegamento con i presidi ospedalieri; intensificazione dell'integrazione con servizi sociali locali per pazienti fragili.
ASL Salerno (Salerno)	~1.100.000	~365-370	Pianificazione (2024)	Provincia estesa con zone urbane e vaste aree interne (es. Cilento, Vallo di Diano); l'ASL mira a replicare il modello IFeC per Distretto, con presenza in ogni Casa di Comunità finanziata dal PNRR; sono presenti precedenti esperienze di Case della Salute (sportelli territoriali integrati) che verranno potenziate col nuovo personale infermieristico; enfasi su riduzione degli accessi impropri agli ospedali di Salerno e Nocera mediante presa in carico territoriale condivisa MMG-IFeC.

Legenda: IFeC = Infermiere di Famiglia e Comunità; MMG = Medico di Medicina Generale.

Come mostra la tabella, **tutte le ASL campane sono in fase di pianificazione o avvio** dell'integrazione dell'Infermiere di Famiglia, guidate dalla cornice normativa regionale ancora in definizione nel 2024. L'ASL Avellino spicca per aver intrapreso per prima un progetto pilota operativo, grazie anche alla spinta politica locale e alla minore scala demografica che consente interventi più mirati. Le altre ASL stanno definendo i propri modelli attuativi, sostanzialmente uniformati ai principi generali (presenza dell'infermiere in ogni distretto e casa di comunità, collaborazione strutturata con MMG), ma **adattati alle esigenze locali**. Ad esempio, nelle grandi aree metropolitane di Napoli (ASL NA1, NA2, NA3) la concentrazione della popolazione suggerisce di concentrare gli infermieri di famiglia in **nuclei territoriali** (ambulatori di quartiere, strutture multifunzionali) dove possano servire molti assistiti al giorno, mentre nelle province interne (Avellino, Benevento) prevale l'esigenza di portare l'assistenza **a domicilio** coprendo territori geograficamente vasti con densità abitativa minore. Analogamente, ASL Caserta e Salerno, che includono sia grossi centri urbani sia zone rurali, prevedono un approccio misto flessibile per garantire equità di accesso: gli IFeC opereranno nei centri maggiori in stretto raccordo con i medici di base e gli specialisti ambulatoriali, ma dovranno anche raggiungere le comunità periferiche distanti dagli ospedali.

Somiglianze. In tutte le ASL della Campania il **rapporto gerarchico e funzionale** dell'IFeC è analogo: si tratta di personale infermieristico dipendente del SSR (quindi integrato negli organici pubblici, non presso i singoli studi medici) e afferente al Dipartimento delle Cure Primarie/Distretti. L'IFeC è perciò una figura **aziendale** che funge da trait d'union tra i vari attori dell'assistenza sul territorio. Viene generalmente previsto che un infermiere segua un bacino di ~3.000 *residenti* (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida), lavorando **in collaborazione con tutti i professionisti della comunità**, e in particolare in raccordo funzionale con i MMG del territorio assegnato. Il **mandato operativo** è ovunque multiplo: prevenzione, educazione sanitaria, assistenza clinica domiciliare, gestione della cronicità e follow-up post-ricovero, sono compiti trasversali indicati sia dalla normativa nazionale che regionale. Anche gli **obiettivi attesi** sono condivisi tra le ASL: migliorare l'accesso alle cure primarie, ridurre gli accessi inappropriati al pronto soccorso e le ospedalizzazioni evitabili, aumentare la copertura dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)

per gli anziani e i malati cronici . Questi scopi riflettono parametri precisi fissati dal PNRR Missione Salute: ad esempio, entro il 2026 almeno il 10% degli over-65 dovrà essere seguito da servizi di ADI. In Campania, il gap da colmare è significativo, con la necessità di aumentare di quasi il **294%** il numero di anziani raggiunti dall'ADI rispetto ai livelli del 2022 . Da qui, l'unanime riconoscimento dell'infermiere di famiglia come risorsa indispensabile per colmare tale divario assistenziale. Non a caso, gli **Ordini delle Professioni Infermieristiche** di tutte le province campane hanno espresso pieno sostegno all'introduzione della figura, definendola un "cambiamento fondamentale" per una sanità territoriale più efficiente e vicina ai cittadini . Analogamente, i **medici di medicina generale**, tramite rappresentanze e tavoli tecnici, hanno accolto favorevolmente il potenziamento dei servizi di assistenza primaria, sebbene sottolineando la necessità di una **chiara definizione dei ruoli** e adeguati canali di comunicazione bidirezionale con gli infermieri (per evitare sovrapposizioni o frammentazione delle competenze).

Differenze. Le differenze tra ASL emergono essenzialmente nella *scala e modalità organizzativa*. L'ASL Napoli 1 (città di Napoli) dovrà integrare alcune centinaia di infermieri di famiglia in un contesto urbano complesso: la **criticità** qui è come assicurare un coordinamento efficace tra un gran numero di MMG (ognuno con mediamente ~1.200-1.500 pazienti) e un organico di IFeC distribuito nei vari quartieri. Si stanno ipotizzando strumenti di coordinamento innovativi, ad esempio piattaforme informatiche condivise per le segnalazioni tra medici e infermieri, e **Centrali Operative Territoriali** potenziate che smisteranno le richieste di intervento domiciliare agli infermieri in campo. Nelle ASL metropolitane NA2 e NA3, oltre alla numerosità dei pazienti, vi è una marcata **eterogeneità socio-sanitaria**: aree con deprivazione socioeconomica e alta prevalenza di patologie croniche concentrate (es. nel comprensorio Giugliano-Casavatore per NA2, o Torre del Greco-Castellammare per NA3) richiederanno un impegno maggiore degli infermieri di famiglia, sia sul fronte sanitario che sociale. Ciò potrebbe portare tali ASL a sperimentare modelli di **gestione per priorità**, assegnando un *caseload* più elevato di pazienti fragili per infermiere nelle zone critiche e mantenendo invece un rapporto standard nelle zone meno problematiche. Per contro, ASL come Avellino e Benevento (interne) hanno meno pressione demografica ma devono affrontare il problema delle **distanze**: il tempo dedicato agli spostamenti per le visite domiciliari in piccoli comuni montani potrebbe ridurre il numero di pazienti assistibili per singolo infermiere,

imponendo aggiustamenti organizzativi (ad esempio aumentando leggermente il numero di infermieri per abitante nelle aree a bassa densità, oppure concentrando gli interventi per zone geografiche omogenee in giorni prestabiliti). Un altro elemento differenziale è la **presenza di strutture intermedie**: l'ASL Salerno, ad esempio, già disponeva di alcune *Case della Salute* (esperienze pilota di integrazione territoriale antecedenti al PNRR) e sta costruendo nuovi **Ospedali di Comunità**; qui l'IFeC potrà inserirsi in team già parzialmente rodati, collaborando non solo con MMG ma anche con medici di continuità assistenziale e specialisti ambulatoriali presenti in tali strutture. Al contrario, ASL più urbanizzate potrebbero non avere Ospedali di Comunità prossimi (poiché i grandi ospedali sono relativamente vicini), concentrando l'azione dell'IFeC su domicilio e ambulatorio territoriale.

Va inoltre sottolineato che, al 2024, esiste una differenza nel **grado di avanzamento**: la Campania, pur avendo formalizzato lo standard e il finanziamento nel proprio bilancio sanitario, è “in ritardo drammatico” secondo alcune analisi sindacali, rispetto ad altre regioni che hanno già infermieri di famiglia in attività (Infermiere di famiglia in Campania: la proposta di legge del consigliere Flora Beneduce - Nurse Times) (Infermiere di famiglia in Campania: la proposta di legge del consigliere Flora Beneduce - Nurse Times). Fino al 2019-2020, la figura non era praticamente implementata in regione, anche a causa del lungo **commissariamento della sanità campana** (fino al 2019) che ha congelato molte riforme territoriali (Infermiere di famiglia in Campania: la proposta di legge del consigliere Flora Beneduce - Nurse Times). Ciò ha creato un vuoto organizzativo: come dichiarava già nel 2019 il consigliere regionale Flora Beneduce, in Campania “mancano gli atti aziendali, manca una rete di operatori” dedicati all'assistenza familiare, con il risultato che disposizioni nazionali in materia di assistenza territoriale “di fatto qui da noi non sono mai partite” (Infermiere di famiglia in Campania: la proposta di legge del consigliere Flora Beneduce - Nurse Times). Questa situazione sta cambiando solo ora con la nuova legge regionale e il forte impulso del PNRR. Pertanto, nell'ASL Avellino e altrove, gli **organigrammi** aziendali devono essere aggiornati per inserire formalmente i Servizi Infermieristici di Comunità e definire le relative linee di responsabilità. Alcune ASL (es. Caserta, Napoli 2) segnalano la *carenza di infermieri* come ostacolo: la Campania infatti presenta attualmente solo **3,6 infermieri ogni 1.000 abitanti**, contro una

media nazionale di 5,1³, risultando fra le ultime regioni in Italia per dotazione infermieristica. Questo deficit strutturale di personale rischia di costituire una criticità trasversale: riuscire a reperire e assumere un numero sufficiente di infermieri formati per coprire tutte le posizioni di famiglia/comunità previste. A questo scopo la regione sta pianificando concorsi dedicati e stabilizzazioni di precari, oltre a incentivare la formazione post-base (master) locale per creare un **vivaio di competenze** adeguato.

3. Punti di forza e criticità emersi

Dall'analisi comparativa tra ASL campane emergono **punti di forza comuni** riguardo alla collaborazione infermiere-medico, ma anche alcune **criticità e sfide** che dovranno essere affrontate nel processo di implementazione. Di seguito si sintetizzano i principali:

Punti di forza:

- **Visione integrata delle cure primarie:** L'introduzione dell'IFeC in Campania è concepita come parte di una riforma sistemica che coinvolge MMG, distretti e servizi sociali in un'unica rete. Ciò favorisce un approccio **multiprofessionale** al paziente, con benefici attesi sulla qualità e continuità dell'assistenza. L'IFeC diviene il *“punto di riferimento per l'assistenza sanitaria locale”*, soprattutto per cronici e fragili, facilitando la presa in carico proattiva. La stretta collaborazione con i medici di base consente di **valorizzare le competenze complementari**: al medico le decisioni diagnostico-terapeutiche, all'infermiere la gestione quotidiana del percorso assistenziale e l'educazione sanitaria. Questa sinergia può tradursi in un *supporto concreto ai pazienti e alle loro famiglie*, come sottolineato dall'OPI Avellino.
- **Miglioramento dell'accessibilità e continuità assistenziale:** L'attivazione di **servizi infermieristici di comunità in ogni distretto** (previsti dalla legge regionale) aumenterà i punti di accesso sul territorio, riducendo la necessità per i cittadini di rivolgersi agli ospedali per prestazioni minori. Il rafforzamento delle cure domiciliari garantirà inoltre interventi tempestivi a domicilio, prevenendo aggravamenti. In prospettiva, una rete capillare di IFeC potrà filtrare e soddisfare una quota significativa di bisogni sanitari sul territorio, con un impatto positivo misurabile: studi e casi nazionali mostrano che dove

³ Il rapporto Gimbe stronca la Campania: pochi infermieri e scarsa assistenza domiciliare - Metropolisweb

il modello è operativo si registra una riduzione degli accessi in PS e dei ricoveri ripetuti per patologie croniche mal gestite . Ad esempio, nell'Azienda USL Toscana Sud Est (dove l'infermieristica di famiglia è attiva dal 2021), *in soli 7 mesi del 2024 gli infermieri di famiglia hanno effettuato oltre 364.000 prestazioni per 5.630 pazienti a domicilio* (Infermiere di famiglia e comunità: in TSE non è solo teoria), evidenziando la capacità di assorbire sul territorio una mole rilevante di interventi prima demandati agli ospedali.

- **Equità e sostegno alle fasce fragili:** La scelta di erogare **gratuitamente le prestazioni infermieristiche domiciliari** (senza ticket) in Campania è un punto di forza in termini di equità, perché elimina barriere economiche all'accesso per le famiglie meno abbienti. L'infermiere di famiglia, operando spesso nelle case dei pazienti, diventa un osservatore privilegiato delle condizioni socio-familiari e può attivare – d'intesa col medico di base – i servizi sociali comunali o altre risorse (es. assistenza domiciliare integrata OSS, volontariato) in caso di bisogni assistenziali ulteriori. Questo ruolo di *link* tra sanitario e sociale era finora carente: la sua istituzione colma un vuoto assistenziale specialmente a vantaggio di anziani soli, disabili e malati cronici con difficoltà a muoversi.
- **Riduzione dei costi e sostenibilità del sistema:** Una migliore gestione territoriale dei pazienti cronici e fragili, grazie al lavoro congiunto di MMG e IFeC, è attesa produrre risparmi in termini di minori ricoveri evitabili e minori accessi impropri in emergenza. La **FNOPI** (Federazione degli infermieri) e la Regione sottolineano come l'infermiere di famiglia sia un investimento in prevenzione che a medio termine **ottimizza l'uso delle risorse sanitarie**, liberando capacità ospedaliera per i casi acuti e riducendo duplicazioni di prestazioni. Una sanità territoriale più forte non solo migliora gli esiti clinici e la qualità di vita dei pazienti, ma contribuisce alla sostenibilità finanziaria del SSR regionale .

Criticità e sfide:

- **Reperimento di personale qualificato:** Come accennato, la carenza di infermieri rappresenta un collo di bottiglia in Campania . Raggiungere lo standard di ~1.900 infermieri di famiglia (stima regionale complessiva) richiederà sforzi assunzionali straordinari in pochi anni, tenuto conto anche dei pensionamenti e delle “fughe” di

infermieri verso il settore privato o altre regioni. In parallelo, è necessario formare il personale per questo ruolo specifico: i **master universitari in Infermieristica di famiglia e comunità** attivati nelle Università campane devono essere potenziati e resi attrattivi, affinché ogni distretto possa disporre di professionisti con competenze avanzate (es. gestione di patologie croniche complesse, capacità di valutazione multidimensionale, workcase management).

- **Integrare realmente i professionisti sul territorio:** La **collaborazione interprofessionale** non si crea automaticamente per sola disposizione normativa. Occorre implementare strumenti pratici perché MMG e infermieri lavorino in sinergia: *agenda condivisa* degli interventi, sistemi informativi interoperabili (es. il fascicolo sanitario elettronico regionale da aggiornare congiuntamente), momenti strutturati di confronto (riunioni di équipe, audit sui casi complessi). Una sfida sarà superare possibili resistenze o abitudini di lavoro in silos: alcuni medici di base inizialmente potrebbero vedere l'infermiere di famiglia come un'intromissione nel proprio rapporto col paziente, mentre alcuni infermieri potrebbero faticare ad adattarsi a lavorare fuori dall'ambiente ospedaliero in autonomia. Sarà fondamentale definire con **accordi aziendali** e nel nuovo **ACN della Medicina Generale** le modalità di interazione, chiarendo che l'IFeC *non è un sostituto* del medico, bensì un collaboratore specializzato. Esperienze pilota positive (come quelle toscane e venete) potranno essere utilizzate per formare sul campo, tramite gemellaggi e corsi, sia gli infermieri che i medici campani, diffondendo una cultura di **teamwork** territoriale.
- **Infrastruttura e governance delle Case della Comunità:** La riuscita del modello dipende anche dalla rapida attivazione delle strutture previste dal PNRR (Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità). Il rapporto Gimbe ha evidenziato ritardi significativi in Campania nell'impiego dei fondi PNRR per la sanità territoriale: al quarto trimestre 2023 risultava speso appena l'**1%** delle risorse destinate (a fronte di oltre 80% già allocate) . Inoltre, la recente rimodulazione del PNRR ha ridotto il numero di Case della Comunità da realizzare a livello nazionale (-312 strutture) e potenzialmente alcune previste in Campania potrebbero saltare o slittare . Questo scenario crea incertezza: se le Case della Comunità e le COT non fossero tutte attivate nei tempi

previsti, gli infermieri di famiglia rischiano di non avere spazi e supporti adeguati, finendo per operare in modo più isolato. È quindi cruciale che la **Regione Campania** acceleri la realizzazione e il pieno funzionamento di queste strutture nodali, assicurando anche una governance chiara (es.: definire in ogni Casa della Comunità un responsabile coordinatore, che potrebbe essere proprio un infermiere dirigente, incaricato di armonizzare il lavoro di MMG, IFeC e altri professionisti in sede).

- **Monitoraggio e valutazione dell'impatto:** Un'ulteriore sfida sarà dotarsi di indicatori e sistemi di **valutazione** per misurare l'efficacia della collaborazione MMG-IFeC. Ad oggi, mancano dati locali consolidati essendo il progetto all'inizio; dovranno essere raccolte informazioni su: tasso di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili, numero di pazienti seguiti dall'IFeC per medico di base, soddisfazione degli utenti, esiti di salute (ad esempio controllo dei valori clinici nei diabetici seguiti). L'ASL Avellino, in quanto apripista, potrebbe attivare un osservatorio ad hoc in collaborazione con enti di ricerca per produrre *evidence* sull'efficacia del modello, che guideranno eventuali correzioni di rotta ed estensioni nelle altre ASL.

Discussione

I risultati confermano che la Campania è alle soglie di un cambiamento organizzativo significativo nelle cure primarie. La collaborazione tra infermiere di famiglia e medico di medicina generale – già sperimentata con successo in altre regioni italiane e in contesti internazionali – viene adattata al contesto campano con notevoli aspettative ma anche con consapevolezza delle criticità locali. Dal confronto tra ASL emerge che, pur in uno **scenario normativo uniforme**, la *messa a terra* del modello dovrà tenere conto delle peculiarità territoriali: flessibilità organizzativa e **personalizzazione locale** saranno la chiave per il successo. Ad esempio, l'ASL Avellino potrà fungere da laboratorio per le aree rurali, evidenziando le migliori pratiche per servire comunità disperse (come ottimizzare i percorsi domiciliari, quali strumenti tecnologici utilizzare per ridurre i tempi morti, ecc.). Parallelamente, le ASL di Napoli dovranno sviluppare innovazioni per gestire il gran volume di assistiti, forse istituendo *sistemi di triage infermieristico di comunità* dove l'IFeC filtra le richieste e coinvolge il medico solo quando necessario, un modello simile a quello delle **nurse practitioner** anglosassoni in contesti urbani densamente popolati. La letteratura evidenzia come una chiara definizione dei confini di responsabilità e una buona comunicazione siano fattori critici di successo nella collaborazione GP-nurse (L'infermiere di famiglia e di comunità'. Un'indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise. -). In Campania, sarà importante formalizzare protocolli condivisi: ad esempio, procedure per la gestione integrata di pazienti con scompenso cardiaco o BPCO, in cui si stabiliscono esplicitamente i compiti del MMG (es. modifiche terapeutiche) e quelli dell'IFeC (es. visita domiciliare settimanale, educazione all'uso dell'ossigeno, ecc.). La **formazione congiunta** di medici e infermieri in questi percorsi può favorire l'instaurarsi di un rapporto fiduciario e di collaborazione sul campo.

Un altro aspetto discusso è il ruolo dell'infermiere di famiglia nel **team allargato** del territorio, che include anche farmacisti di comunità, specialisti territoriali (es. geriatri, cardiologi che operano nei distretti) e altri attori del terzo settore. In prospettiva, l'IFeC potrebbe fungere da **snodo centrale** di questa rete, identificando bisogni e attivando risorse (è definito dall'Agenas anche "*attivatore di servizi assistenziali*" nella comunità). Ciò amplia il suo ruolo oltre la mera esecuzione di assistenza sanitaria: l'infermiere di famiglia diventa una figura di *care manager*

territoriale con competenze anche relazionali e di advocacy per il paziente. La Campania, attraverso la legge regionale in via di approvazione, riconosce formalmente queste funzioni e stabilisce che l'IfEC **opera in piena autonomia professionale** all'interno dei gruppi di lavoro multiprofessionali. Questa autonomia, entro un quadro collaborativo, è importante: consente agli infermieri di mettere in atto interventi e decisioni assistenziali tempestive senza dover richiedere ogni volta autorizzazioni formali al medico, pur mantenendo con esso un raccordo costante.

La discussione dei punti di forza suggerisce che, se ben implementata, la collaborazione infermiere-MMG in Campania potrà produrre benefici tangibili: non solo per i pazienti (maggiore prossimità delle cure, continuità, educazione sanitaria personalizzata), ma anche per i professionisti stessi. I medici di base, tradizionalmente sovraccarichi di lavoro burocratico e di follow-up cronici, potranno delegare agli infermieri di famiglia parte di queste incombenze, concentrandosi sulle decisioni cliniche complesse. Dal canto loro, gli infermieri vedranno valorizzato il proprio ruolo professionale, con opportunità di crescita e specializzazione sul territorio anziché solo in ospedale. In ultima analisi, ciò può migliorare anche la **soddisfazione lavorativa** di entrambe le categorie e ridurre il fenomeno del burn-out, grazie a un lavoro d'équipe più bilanciato.

D'altro canto, le criticità delineate richiedono interventi a livello di sistema: il fattore risorse umane (numerosità e formazione) è forse la sfida più urgente. Il caso campano rispecchia un trend nazionale: il sindacato Nursing Up ha stimato un fabbisogno di **50.000 infermieri in più entro il 2026** in Italia per colmare i nuovi servizi territoriali e il turn-over (Infermiere di famiglia. Nursing Up: "Italia in drammatico ritardo ...). Questo indica che occorre rendere la professione infermieristica più attrattiva (contratti, condizioni di lavoro) e accelerare le assunzioni. In parallelo, sarà essenziale il **sostegno politico e gestionale** continuo: la legge regionale dovrà essere seguita da atti applicativi rapidi e da investimenti mirati (infrastrutture, tecnologie domiciliari, mezzi per gli operatori). La **valutazione continua** dei risultati, come già detto, dovrà guidare aggiustamenti: per esempio, se in ASL Napoli 1 si registrasse che un singolo infermiere non riesce a seguire 3.000 abitanti per eccesso di bisogni, potrebbe essere necessario rimodulare gli standard localmente (aumentando il personale o riducendo il bacino per

infermiere in quell'area critica). La flessibilità e l'apprendimento in itinere saranno fattori di successo in questo periodo di transizione.

Infine, val la pena collocare questa esperienza nel contesto più ampio del Servizio Sanitario Nazionale e delle evidenze scientifiche. Studi internazionali hanno dimostrato che modelli simili (es. *primary care nursing* integrato nelle *family practice*) migliorano esiti come l'aderenza terapeutica, la soddisfazione degli utenti e perfino la mortalità per condizioni croniche, a patto che il **ruolo infermieristico sia ben integrato** e riceva il supporto necessario (formazione, supervisioni periodiche, possibilità di consulenza da parte dei medici e viceversa) (L'infermiere di famiglia e di comunità'. Un'indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise. -). La Campania ha ora l'opportunità, pur partendo in ritardo rispetto ad altre regioni, di implementare *best practices* fin da subito, mutuandole da esperienze consolidate (si pensi al Veneto, che già dal 2020 ha deliberato l'istituzione degli IFeC nelle sue ULSS (Infermiere Di Famiglia - Nursing Up Veneto), o alla citata Toscana). La condivisione di conoscenze tra regioni, facilitata anche dall'AGENAS e dalle società scientifiche (come AIFEC – Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità), potrà accelerare la maturazione del modello campano.

Conclusioni

La collaborazione tra l'Infermiere di Famiglia e Comunità e il Medico di Medicina Generale sta per diventare una realtà strutturata nella Regione Campania, segnando un passaggio fondamentale verso un nuovo paradigma di **assistenza territoriale integrata**. Il focus sull'ASL Avellino evidenzia come un'organizzazione territoriale attenta alle specificità locali – con infermieri inseriti nei distretti, operativi a fianco dei medici di base e connessi alla rete dei servizi sociali – possa rappresentare un modello efficiente per le aree interne e oltre. Il confronto con le altre ASL campane mostra un quadro di sostanziale allineamento agli obiettivi comuni di potenziamento delle cure primarie, pur con adattamenti necessari alla diversa scala demografica e geografica. **Somiglianze** come l'approccio multiprofessionale centrato sul paziente, e **differenze** come la distribuzione delle risorse tra contesti urbani e rurali, coesisteranno in un disegno regionale unitario orientato a garantire continuità assistenziale e prossimità delle cure.

I **punti di forza** rilevati – tra cui l'integrazione dei percorsi di cura, la maggiore accessibilità ai servizi e il potenziale impatto positivo su esiti clinici e costi – fanno intravedere benefici significativi per la popolazione campana. In particolare, la figura dell'IFeC, se adeguatamente implementata, può colmare gap storici nell'assistenza domiciliare e nell'educazione sanitaria, contribuendo ad avvicinare la sanità ai cittadini e a rendere più efficace la gestione delle malattie croniche a livello di comunità. D'altro canto, le **criticità** identificate – carenza di personale, necessità di strutture e strumenti, coordinamento interprofessionale – richiederanno attenzione e interventi decisi da parte delle istituzioni regionali e aziendali. Il successo di questa riforma dipenderà dalla capacità di **governance**: selezionare, formare e motivare un numero sufficiente di infermieri; creare ambienti di lavoro collaborativi con i medici di famiglia; monitorare l'andamento del progetto e mantenere la flessibilità per apportare miglioramenti in corso d'opera.

In conclusione, la Campania si trova dinanzi a una “rivoluzione dolce” della propria sanità territoriale (Sanità Campania: Rivoluzione con l'Infermiere di Famiglia): l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, da figura solo teoricamente prevista, sta per diventare un attore concreto del sistema. Se la regione saprà consolidare quanto avviato – partendo dall'esperienza pilota di Avellino e progressivamente estendendola e adattandola alle altre realtà provinciali – potrà nei

prossimi anni invertire indicatori oggi preoccupanti (come la bassa copertura assistenziale domiciliare e l'alto tasso di ospedalizzazioni evitabili). Questo studio ha evidenziato come una solida collaborazione tra MMG e IFeC, supportata da una visione organizzativa chiara e da adeguate risorse, rappresenti una **strategia vincente** per rafforzare le cure primarie. I dati andranno seguiti con attenzione: le prossime valutazioni dovranno confermare se gli obiettivi posti (es. 10% di over-65 in ADI, riduzione accessi in PS) saranno raggiunti grazie a questa innovazione. Allo stesso modo, ulteriori ricerche potranno approfondire la percezione dei pazienti e degli stessi operatori coinvolti, per misurare il valore aggiunto apportato dall'infermiere di famiglia nelle comunità campane.

In un Servizio Sanitario Regionale storicamente in difficoltà, l'avvio degli Infermieri di Famiglia e Comunità in Campania rappresenta quindi non solo un adeguamento agli standard nazionali, ma anche un'occasione per *rifondare* la sanità di prossimità su basi nuove, collaborative e orientate al territorio. Se adeguatamente sostenuta e monitorata, tale collaborazione potrà divenire un **pilastro stabile dell'assistenza primaria** campana, con benefici duraturi in termini di salute della popolazione e di efficienza del sistema sanitario regionale. La sfida ora è trasformare le promesse in realtà operativa, facendo in modo che quanto delineato sulla carta si traduca in servizi effettivi e percepibili dai cittadini in ogni angolo della regione. I prossimi anni saranno decisivi e rappresenteranno, di fatto, un *caso di studio* su come implementare con successo (o quali ostacoli rimuovere) un modello di integrazione infermiere-medico in un contesto complesso come quello campano. Le lezioni apprese potranno contribuire ad arricchire la letteratura e l'esperienza sul primary care italiano, confermando il ruolo centrale dell'Infermiere di Famiglia nella sanità del futuro .

Fonti:

Documenti ufficiali Regione Campania, ASL Avellino e altre ASL (atti e comunicati 2023-2025);
Proposta di Legge Regione Campania su Infermiere di Famiglia (2022-25) ;

Linee guida Agenas attuative DM 77/2022 (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida) (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida);

Dati Gimbe su personale infermieristico e ADI in Campania ;

Pubblicazioni e articoli (NSC Nursing, Nurse24, Quotidiano Sanità, Il Mattino, Ottopagine) su implementazione IFeC e dichiarazioni istituzionali (Infermiere di famiglia in Campania: la proposta di legge del consigliere Flora Beneduce - Nurse Times);

Casi studio nazionali di modelli integrati (USL Toscana Sud Est) (Infermiere di famiglia e comunità: in TSE non è solo teoria).

Le citazioni bibliografiche in testo forniscono riferimenti puntuali ai contenuti menzionati.