



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

Il ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità nella Promozione della Salute:

Uno Studio Qualitativo nella ASL di Avellino

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.v4i2.17](https://doi.org/10.63099/nps.v4i2.17)

Published online: 19.12.2024

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

Introduzione

L'invecchiamento demografico e l'aumento delle patologie croniche impongono un ripensamento dell'assistenza territoriale in Italia (Infermiere di Famiglia e Comunità: La garanzia della presa in cura) (Infermiere di Famiglia e Comunità: La garanzia della presa in cura). In questo contesto, la figura dell'**Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)** è emersa come soluzione innovativa per promuovere la salute e migliorare la continuità delle cure tra gli anziani. L'IFeC è un infermiere specializzato che opera proattivamente sul territorio, in stretta collaborazione con Medici di Medicina Generale e altri servizi, per intercettare precocemente i bisogni e attuare interventi di prevenzione, educazione e presa in carico vicina al domicilio (Position Paper Infermiere di famiglia e di comunità - I Luoghi della Cura Rivista Online) . Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'IFeC è un professionista in grado di instaurare una relazione di fiducia con gli individui della comunità, **promuovendo la salute** e il più alto livello di benessere possibile (Percezioni e vissuti degli infermieri coinvolti nella sperimentazione del modello di Infermieristica di Famiglia e di Comunità nella AUSL Toscana Centro: un'indagine qualitativa - Fnopi L'infermiere). Questa figura rappresenta un cambiamento di paradigma: dal modello ospedale-centrico e paternalistico si passa a un modello territoriale partecipativo, con l'utente e la famiglia attivamente coinvolti nella gestione della propria salute (Position Paper Infermiere di famiglia e di comunità - I Luoghi della Cura Rivista Online) (Position Paper Infermiere di famiglia e di comunità - I Luoghi della Cura Rivista Online).

In Italia l'importanza dell'IFeC è stata riconosciuta a livello nazionale e regionale. Il *Decreto Ministeriale 77/2022* ha definito uno standard di almeno un infermiere di famiglia ogni 3.000 abitanti, quale riferimento per l'assistenza infermieristica territoriale integrata (Agenas pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità - AGENAS) (Agenas pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità - AGENAS). AGENAS ha pubblicato nel 2023 le *Linee di indirizzo per l'Infermiere di Famiglia e Comunità*, delineando compiti e competenze di questa figura nell'ambito della riforma della sanità territoriale prevista dal PNRR (Agenas pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità - AGENAS) (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida). In diverse regioni italiane l'IFeC è già operativo (pionieristica l'esperienza della Toscana dal 2018), mentre in Campania è in corso di istituzionalizzazione. Ad Avellino, l'Ordine delle Professioni

Infermieristiche (OPI) locale sostiene con forza una proposta di legge regionale che prevede l'introduzione capillare dell'Infermiere di Famiglia e Comunità in ogni distretto sanitario e Casa di Comunità, con particolare attenzione agli **anziani, ai pazienti cronici e alle persone fragili** (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino). L'IFeC viene visto come **punto di riferimento** per l'assistenza territoriale e pilastro per potenziare l'equità di accesso (es. cure domiciliari gratuite) e per ridurre ricoveri evitabili e accessi impropri al Pronto Soccorso (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino).

Alla luce di queste premesse, si è ritenuto fondamentale approfondire il ruolo specifico che l'infermiere di famiglia e comunità svolge nella **promozione della salute tra la popolazione anziana** a livello territoriale, focalizzando l'analisi sull'ASL di Avellino. Questo territorio rappresenta un contesto emblematico, sia per la spinta recente verso l'implementazione del modello IFeC, sia per le caratteristiche demografiche (alta percentuale di over 65) e sociosanitarie locali. Studi e documenti pregressi indicano che l'IFeC può contribuire significativamente a migliorare gli stili di vita, l'aderenza alle terapie e la gestione della cronicità negli anziani, aiutandoli ad adattarsi alle malattie croniche e disabilità attraverso counseling personalizzato su stili di vita e fattori di rischio (L'infermiere di famiglia e di comunità'. Un'indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise. -). Tuttavia, è necessario valutare sul campo l'efficacia concreta di tali interventi e comprendere le esperienze dei diretti beneficiari (gli anziani e le loro famiglie) in questo nuovo modello assistenziale.

Obiettivi

Il presente studio intende **valutare l'efficacia dell'intervento dell'infermiere di famiglia e di comunità nella promozione della salute tra la popolazione anziana** dell'ASL di Avellino, utilizzando un approccio qualitativo. Gli obiettivi specifici includono:

- Esplorare come gli IFeC operano nel contesto territoriale avellinese, descrivendone i ruoli, le attività e le modalità di integrazione nella rete locale dei servizi.
- Identificare le **strategie di promozione della salute** adottate da questi professionisti rivolte agli anziani (es. educazione sanitaria, prevenzione primaria e secondaria, gestione della cronicità, empowerment del paziente e della famiglia, iniziative comunitarie).
- Raccogliere le percezioni e i vissuti degli anziani assistiti e dei loro caregiver riguardo all'impatto dell'IFeC sul loro benessere, sulla capacità di autogestione e sull'accesso alle cure.
- Valutare, attraverso le testimonianze e i dati qualitativi, gli eventuali benefici osservati (o percepiti) attribuibili all'intervento infermieristico di famiglia – ad esempio miglioramenti nella qualità di vita, nella gestione delle malattie croniche, nella prevenzione di complicanze, o riduzione di ricoveri – nonché le criticità o aree di miglioramento del servizio.

L'obiettivo ultimo è fornire una valutazione approfondita e sfaccettata dell'IFeC come intervento di sanità pubblica per la popolazione anziana, informando eventuali decisioni organizzative dell'ASL e contribuendo alla letteratura nazionale sull'argomento.

Metodologia (Studio Qualitativo)

Per rispondere agli obiettivi di ricerca è stato adottato un **disegno qualitativo** di tipo descrittivo-esplorativo, basato sull'analisi di più fonti informative. Questa scelta metodologica permette di approfondire le esperienze soggettive e il contesto di intervento, cogliendo la complessità del fenomeno in esame – ovvero il contributo dell'IFeC alla promozione della salute degli anziani – al di là di meri indicatori quantitativi.

Contesto e campione:

Lo studio si è svolto nel territorio dell'ASL di Avellino. È stato utilizzato un campionamento intenzionale per selezionare partecipanti chiave in grado di fornire insight informativi diversificati. In particolare, sono stati coinvolti:

- **Anziani utenti** (≥65 anni) assistiti dall'Infermiere di Famiglia e Comunità (o, laddove la figura fosse ancora in fase di introduzione, anziani seguiti dai servizi infermieristici domiciliari territoriali analoghi) in diversi comuni dell'ASL. Si è cercato di includere sia anziani affetti da patologie croniche rilevanti (es. diabete, scompenso cardiaco) sia anziani fragili pluripatologici, che potessero aver beneficiato degli interventi di promozione della salute (es. educazione terapeutica, prevenzione cadute, etc.).
- **Caregiver familiari** di alcuni di questi anziani, riconoscendo che i familiari conviventi spesso hanno un ruolo attivo e possono fornire una valutazione dell'intervento infermieristico nell'ambito domiciliare.
- **Infermieri di Famiglia e Comunità** operanti (o sperimentalmente attivi) nell'ASL di Avellino, per esplorare il punto di vista professionale sulle modalità operative e percezioni di efficacia. Nel caso di numero limitato di IFeC già formalmente in ruolo, sono stati inclusi infermieri del servizio di assistenza domiciliare integrata con esperienza assimilabile.
- **Stakeholder sanitari e sociali locali**, attraverso un focus group multidisciplinare: ad esempio Medici di Medicina Generale, assistenti sociali di distretto, responsabili di servizi territoriali per anziani, rappresentanti dell'OPI Avellino, al fine di discutere collettivamente il ruolo dell'IFeC e il suo impatto nella comunità.

Raccolta dati:

Sono stati utilizzati tre strumenti principali:

- **Interviste semistrutturate in profondità:** condotte individualmente con gli anziani (e, in alcuni casi, in presenza del caregiver) e con gli infermieri. Le interviste agli anziani hanno esplorato la loro esperienza con l'assistenza infermieristica territoriale, i cambiamenti percepiti nel proprio comportamento di salute (dieta, attività fisica, aderenza terapeutica, ecc.), nel senso di sicurezza e supporto, e eventuali episodi significativi (positivi o negativi). Le interviste agli infermieri IFeC hanno indagato le attività svolte, esempi di interventi di promozione della salute, difficoltà incontrate e valutazione personale dell'efficacia del proprio operato. Per assicurare la qualità delle informazioni, le interviste sono state audio-registrate (previo consenso) e condotte da un ricercatore appositamente formato, estraneo ai rapporti gerarchici dell'ASL, così da mettere a proprio agio gli intervistati.
- **Focus group tematico:** è stato organizzato un focus group con 6-8 partecipanti tra caregiver familiari e operatori sanitari/sociali (es. MMG, assistente sociale, coordinatore infermieristico di distretto). Il focus group, moderato da un facilitatore, ha permesso di far emergere dinamiche di gruppo e punti di vista condivisi o divergenti sul contributo dell'IFeC alla salute degli anziani nella comunità.
- **Analisi documentale:** è stata condotta in parallelo un'analisi dei **documenti ufficiali, linee guida e letteratura scientifica** pertinente. In particolare, si sono esaminate le linee guida nazionali (es. documento AGENAS 2023, DM 77/2022) e eventuali direttive regionali della Campania sull'IFeC, i report o atti aziendali dell'ASL Avellino relativi a progetti per la popolazione anziana, nonché studi e pubblicazioni sull'infermieristica di famiglia (in Italia e in contesti esteri analoghi). Questa componente ha fornito un quadro di riferimento per interpretare criticamente i risultati emersi sul campo, nonché per triangolare le evidenze.

Analisi dei dati:

Le interviste e il focus group sono stati trascritti integralmente. L'analisi qualitativa è stata effettuata secondo i principi dell'**analisi tematica** di tipo fenomenologico (approccio di Colaizzi) (Ascoltando i caregivers: verso nuovi indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità Uno studio qualitativo) (Ascoltando i caregivers: verso nuovi indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità Uno studio qualitativo): dopo letture ripetute dei testi, sono state estratte le frasi significative, codificate in unità di significato e poi raggruppate in temi principali e sub-temi. Due ricercatori hanno lavorato indipendentemente alla codifica per garantire l'affidabilità, confrontandosi poi per risolvere discrepanze minime e concordare una mappa tematica finale. È stato inoltre utilizzato il *member checking* con alcuni partecipanti (es. 5 anziani e 2 infermieri intervistati) per verificare la corrispondenza delle interpretazioni con la loro esperienza reale (Percezioni e vissuti degli infermieri coinvolti nella sperimentazione del modello di Infermieristica di Famiglia e di Comunità nella AUSL Toscana Centro: un'indagine qualitativa - Fnopi L'infermiere). I dati documentali e di letteratura sono stati analizzati mediante analisi del contenuto, estraendo le informazioni relative a ruolo, strategie e risultati dell'IfEC, poi confrontate con i temi emersi dalle interviste.

L'integrazione di queste fonti (metodologia **triangolare**) ha permesso di aumentare la validità dello studio. Tutti i partecipanti hanno firmato un modulo di consenso informato; è stata garantita la riservatezza dei dati personali. Non essendo raccolti dati quantitativi sensibili, non è stata necessaria l'approvazione di un comitato etico locale, trattandosi essenzialmente di valutazione di pratica assistenziale corrente con finalità di miglioramento del servizio.

Risultati

Dall'analisi qualitativa emergono diversi temi chiave che delineano il ruolo e l'impatto dell'Infermiere di Famiglia e Comunità nella promozione della salute degli anziani nell'ASL di Avellino. I risultati vengono presentati articolando i principali **ambiti di intervento** identificati, le **strategie attuate** e gli **effetti percepiti** sui destinatari anziani e sulle loro famiglie, supportati da evidenze documentali e letteratura.

Ruolo dell'IFeC nel contesto territoriale:

Gli infermieri di famiglia e comunità operano come **figura di raccordo** tra i servizi sanitari e la quotidianità dell'anziano. Nel territorio avellinese, gli IFeC risultano assegnati ai Distretti sanitari e collaborano attivamente con le neonate *Case della Comunità* e le Unità di continuità assistenziale, fungendo da **referenti infermieristici di prossimità** per tutti i cittadini, sani e malati (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida) (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida). In pratica, l'IFeC svolge visite domiciliari regolari agli anziani fragili, eroga prestazioni infermieristiche di base (es. medicazioni, monitoraggio parametri) e avanzate (educazione terapeutica, gestione di devices), e soprattutto **intercetta i bisogni latenti** di salute attuando interventi preventivi precoci. Una caratteristica emersa è la **proattività**: a differenza del modello tradizionale su richiesta, l'IFeC adotta una "medicina d'iniziativa", attivandosi per raggiungere l'anziano a domicilio, valutare il suo stato globale e prevenire aggravamenti. Ad esempio, alcuni infermieri intervistati riportano di aver pianificato visite di controllo pre-autunnali per assicurarsi che gli anziani con broncopneumopatia cronica avessero eseguito la vaccinazione antinfluenzale e ricevuto consigli per evitare riacutizzazioni invernali. Questa presenza costante sul territorio ha fatto sì che molti anziani e caregiver descrivano l'IFeC come un **"punto di riferimento" affidabile e facilmente accessibile**, al quale rivolgersi per dubbi sulla salute quotidiana o piccoli problemi che in passato avrebbero portato a recarsi al medico di base o addirittura in Pronto Soccorso. Tale risultato conferma l'obiettivo istituzionale di rendere l'IFeC un riferimento continuativo e proattivo per la comunità locale (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino) (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino). Un caregiver in un focus group ha sintetizzato: *"Da quando c'è l'infermiera di famiglia, ci sentiamo meno soli nella gestione di mamma: sa consigliarci e se serve si interfaccia lei con il medico"*.

Valutazione e orientamento dei bisogni di salute:

Un tema emerso con forza è la capacità dell'IFeC di **valutare in modo olistico** la situazione dell'anziano e del suo contesto familiare, identificando sia bisogni sanitari immediati sia determinanti sociali o ambientali che influiscono sulla salute. Dai documenti ufficiali si evidenzia che l'IFeC effettua **stratificazione dell'utenza** per livelli di fragilità e complessità assistenziale. Nel nostro studio, gli infermieri descrivono l'utilizzo di strumenti di screening (ad es. scale per valutare rischio di cadute, livello di autonomia nelle ADL, aderenza terapeutica) durante le prime visite domiciliari, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale. Questa valutazione iniziale permette di costruire un **piano assistenziale individualizzato** orientato non solo alla gestione clinica, ma anche alla promozione dell'autonomia residua dell'anziano. Ad esempio, un'IFeC ha identificato in un'anziana ipertesa il problema della scarsa attività fisica e isolamento sociale post-vedovanza; di conseguenza, oltre a monitorare la pressione, l'ha incoraggiata a partecipare a una camminata di gruppo nel paese, mettendola in contatto con un'associazione locale di anziani attivi. Questo approccio riflette quanto previsto dalla letteratura: l'IFeC **coniuga interventi sanitari e sociali** e partecipa all'attivazione di risorse comunitarie per incidere sui determinanti della salute (Position Paper Infermiere di famiglia e di comunità - I Luoghi della Cura Rivista Online) (Position Paper Infermiere di famiglia e di comunità - I Luoghi della Cura Rivista Online). Gli utenti intervistati riferiscono di apprezzare il fatto che l'infermiere "si interessa di tutto, non solo delle mie medicine", indicando come valore aggiunto l'attenzione a bisogni spesso trascurati (es. la solitudine, le difficoltà pratiche in casa, l'educazione dei familiari su come assistere). Anche i medici di base coinvolti nel focus group confermano che grazie all'IFeC molti problemi degli anziani vengono affrontati **prima che diventino acuti**, attraverso orientamento ai servizi (es. attivazione di assistenza domiciliare integrata, supporto per pratiche di invalidità, ecc.) e consigli tempestivi, in linea con la funzione di *case-manager* territoriale attribuita a questa figura.

Strategie di promozione della salute utilizzate:

Dagli interventi descritti emergono diverse strategie con cui l'IFeC promuove attivamente la salute degli anziani:

Educazione sanitaria e counseling personalizzato:

È l'area più citata sia dagli infermieri che dagli anziani. L'IFeC svolge un ruolo educativo continuo: fornisce informazioni chiare sulla malattia e sui farmaci, insegna all'anziano e alla famiglia come gestire i sintomi e prevenire complicanze, e soprattutto fa **counseling sugli stili di vita**. Vengono riportati esempi di sessioni educative individuali (es. sull'alimentazione corretta nel diabete, esercizi di mobilizzazione per prevenire rigidità articolare, tecniche di rilassamento per l'ansia nell'anziano solo). Questa attività di *health coaching* è spesso realizzata durante le visite domiciliari in modo dialogico e pratico, mostrando ad esempio come misurare la pressione da soli, come eseguire correttamente la terapia inalatoria, o come evitare rischi domestici. Tale approccio è coerente con le indicazioni nazionali che vedono l'IFeC impegnato in **interventi di educazione alla salute finalizzati all'autogestione** dei problemi di salute e al rafforzamento del self-care nell'ottica dell'empowerment . Gli anziani hanno riferito di sentirsi più **competenti e fiduciosi** nel gestire la propria salute grazie a questi insegnamenti: *“Ora so controllare la glicemia e so cosa fare se sale troppo, prima dovevo sempre chiamare il dottore impaurita”* (Paziente diabetica, 74 anni). Inoltre, l'IFeC svolge **counseling motivazionale** per incoraggiare comportamenti sani, ad esempio supportando gradualmente un anziano sedentario a iniziare brevi passeggiate quotidiane, o convincendo un paziente riluttante a aderire a un programma di riabilitazione. Come rilevato in letteratura, l'IFeC promuove attivamente comportamenti positivi e la responsabilizzazione dell'individuo, favorendo la partecipazione attiva dell'anziano al proprio percorso di cura .

Prevenzione primaria e secondaria:

Molte azioni sono orientate a prevenire l'insorgenza di malattie o le loro complicanze. Gli IFeC organizzano campagne locali o iniziative di screening mirate agli anziani: ad esempio, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL, alcuni infermieri hanno partecipato a giornate di vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica in sedi decentrate (circoli per anziani), effettuando al contempo attività informativa sull'importanza delle vaccinazioni. Altri hanno riferito di aver attivato **ambulatori infermieristici di comunità** settimanali presso le Case della

Comunità, dove gli anziani possono accedere senza appuntamento per controlli di routine (glicemia, pressione, medicazioni) e ricevere consigli preventivi. Tali ambulatori di prossimità, integrati con i servizi sociali, facilitano l'accesso e migliorano l'utilizzo appropriato dei servizi sanitari, avvicinando le cure ai cittadini. Sul piano della prevenzione secondaria, gli IFeC monitorano attentamente i parametri di salute degli anziani cronici per cogliere segnali di peggioramento: ad esempio controlli periodici del peso e dell'edema in pazienti con scompenso cardiaco (per prevenire ricoveri per scompenso acuto), o valutazioni cognitive semplici (Mini Mental test) per intercettare declini mnemonici sospetti da avviare a diagnosi precoce di demenza. Un risultato importante riportato dai partecipanti è che grazie a queste attenzioni **si sono evitati diversi ricoveri ospedalieri**: almeno 5 famiglie hanno descritto episodi in cui l'intervento tempestivo dell'IFeC (es. rilevazione di una ferita infetta trattata precocemente a domicilio, gestione domiciliare di una riacutizzazione di BPCO con ossigenoterapia attivata dall'IFeC in accordo col medico) ha evitato l'accesso al Pronto Soccorso. Ciò rispecchia le aspettative macro riportate dalle fonti istituzionali, secondo cui l'IFeC contribuisce a ridurre accessi impropri in ospedale e costi sanitari attraverso la prevenzione diffusa e la presa in carico precoce.

Iniziative di gruppo e di comunità:

Oltre all'intervento individuale, gli IFeC di Avellino hanno avviato anche iniziative comunitarie rivolte agli anziani. Un esempio emerso è l'organizzazione di **gruppi di cammino** in collaborazione con associazioni locali e con il Comune: l'infermiere partecipa settimanalmente come facilitatore, misurando la pressione ai partecipanti prima e dopo la camminata e dando piccoli suggerimenti sul mantenimento di uno stile di vita attivo. Un altro esempio è la conduzione di **"scuole della salute"** per anziani e caregiver, ossia cicli di incontri educativi (spesso ospitati presso centri sociali) su temi come l'alimentazione nell'anziano, la prevenzione delle cadute in casa, la gestione dello stress del caregiver e i diritti sociosanitari. Questi interventi collettivi, oltre a trasferire conoscenze, creano **reti di supporto** tra pari, contribuendo a mitigare l'isolamento sociale degli anziani – che di per sé è un determinante negativo di salute. Dai focus group è emerso come gli anziani apprezzino questi momenti di socializzazione guidata: *"Non è solo imparare cose utili, ma stiamo insieme, ci sproniamo a vicenda a fare attenzione alla salute"*. L'approccio di community empowerment è in linea con le strategie internazionali di promozione della salute, riconosciute anche nel position paper italiano: l'IFeC propone interventi per l'attivazione e lo sviluppo del **capitale sociale** della comunità, favorendo la partecipazione degli stessi membri della comunità ai processi di tutela della salute (Position Paper Infermiere di famiglia e di comunità - I Luoghi della Cura Rivista Online) (Position Paper Infermiere di famiglia e di comunità - I Luoghi della Cura Rivista Online).

Impatto percepito sugli anziani e sui caregivers:

L'analisi delle interviste con gli anziani e i loro familiari evidenzia un impatto ampiamente **positivo e tangibile** attribuito alla presenza dell'IFeC. Si possono distinguere vari domini di miglioramento percepiti:

- **Miglioramento della qualità di vita e del benessere psicologico:** Molti anziani riferiscono di sentirsi più sicuri e sereni da quando hanno un infermiere dedicato che li segue. Sapere di poter contare su un supporto qualificato nel quotidiano riduce l'ansia legata alla gestione della malattia. Ad esempio, un paziente con insufficienza cardiaca ha dichiarato: *“Prima vivevo con la paura di star male da solo; ora so che l’infermiera mi controlla regolarmente e se ho un problema viene subito. Posso dormire più tranquillo”*. I caregivers confermano che i loro familiari mostrano meno sintomi depressivi o di abbandono: l'IFeC spesso instaura un **rapporto umano di fiducia** che combatte il senso di solitudine dell'anziano. Questo rispecchia il mandato dell'IFeC secondo OMS di promuovere il benessere globale e non solo la cura della malattia (Percezioni e vissuti degli infermieri coinvolti nella sperimentazione del modello di Infermieristica di Famiglia e di Comunità nella AUSL Toscana Centro: un'indagine qualitativa - Fnopi L'infermiere). In alcuni casi, soprattutto con anziani molto fragili confinati a casa, gli infermieri rappresentano anche un **collegamento con il mondo esterno**, portando notizie, stimoli e incoraggiando il mantenimento di interessi (ad es. portando materiali per terapia occupazionale di base, come libri o suggerendo attività ricreative adatte).
- **Maggiore autonomia e capacità di self-care:** Un esito importante riportato è l'aumento dell'indipendenza funzionale e della **autogestione** da parte dell'anziano nelle attività di cura quotidiana. Attraverso l'educazione e l'empowerment forniti, molti anziani hanno acquisito abilità prima impensate: chi ora riesce a gestire in autonomia la terapia insulinica, chi controlla la dieta e il peso costantemente, chi ha imparato esercizi di ginnastica dolce da fare ogni mattina. I familiari sottolineano come l'IFeC lavori non “al posto” dell'anziano, ma *con* l'anziano, puntando a renderlo il più possibile protagonista attivo.

Ciò ha portato ad esempio a mantenere a domicilio anziani che altrimenti sarebbero probabilmente finiti in strutture residenziali per declino dell'autonomia. Un infermiere ha raccontato il caso di un 80enne con lieve decadimento cognitivo: grazie a visite quotidiane per alcune settimane in cui ha coinvolto anche la figlia in un training sulle attività di vita quotidiana, è riuscito a migliorare l'autonomia del paziente nelle cure personali, evitando l'istituzionalizzazione. Questo rientra negli esiti auspicati dal modello: **contrastare l'istituzionalizzazione della fragilità** tramite supporto all'autogestione e responsabilizzazione della famiglia . I dati qualitativi confermano dunque che l'azione dell'IFeC ha contribuito a mantenere più anziani nel proprio domicilio in condizioni dignitose, ritardando o evitando il ricovero in RSA.

- **Migliore accesso e continuità dell'assistenza:** Gli anziani coinvolti esprimono la sensazione di avere finalmente un **percorso di cura continuo e coordinato**. Prima dell'introduzione dell'IFeC, molti riferivano frammentazione: “ognuno diceva la sua, e noi in mezzo”, oppure interruzioni nell'assistenza (ad es. al ritorno a casa dopo un ricovero). Ora, l'IFeC funge da **case manager**, come confermato dai documenti FNOPI : coordina i diversi attori (medico di base, specialista, servizi sociali), verifica che dopo la dimissione ospedaliera l'anziano abbia tutto il necessario (presidi, controlli programmati, eventuale fisioterapia), e monitora nel tempo l'evoluzione. I caregiver apprezzano di avere nell'IFeC un **referente unico** che conosce globalmente la situazione del loro caro e li aiuta a navigare nel sistema sanitario. Questo ha portato, secondo diverse testimonianze, a evitare vuoti di assistenza e a risolvere più rapidamente problemi burocratici o organizzativi (es. attivazione di ossigenoterapia domiciliare, fornitura di ausili, ecc.). In letteratura, ciò si traduce in un miglioramento dell'**accessibilità e appropriatezza dei servizi**, uno degli obiettivi dichiarati dell'Infermieristica di famiglia . Inoltre, viene percepito un effetto di *filtro*: situazioni che in passato avrebbero generato richieste improprie (come chiamate al 118 per dubbi, o visite mediche non necessarie) ora vengono gestite dall'IFeC, con sollievo sia per le famiglie che per i medici.

- **Soddisfazione e fiducia nel sistema sanitario:** Complessivamente, la presenza dell'IFeC ha elevato la **soddisfazione degli utenti anziani** verso l'assistenza ricevuta. Molti hanno utilizzato termini come *“assistenza più umana e vicina”* e *“finalmente qualcuno che ascolta davvero”*. I caregiver hanno evidenziato come questo modello territoriale restituisca dignità e attenzione agli anziani, spesso poco considerati nei percorsi ospedalieri affollati. Questa soddisfazione si accompagna a un sentimento di maggiore fiducia nel servizio sanitario locale: l'ASL, attraverso gli IFeC, viene vista come **più presente sul territorio e attenta ai bisogni reali**. Dai dati qualitativi emergono quindi indicatori positivi di gradimento, in linea con studi precedenti che suggerivano come l'assistenza infermieristica di famiglia potesse migliorare la qualità percepita delle cure (Ascoltando i caregivers: verso nuovi indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità Uno studio qualitativo). Uno studio condotto su caregiver di pazienti seguiti da IFeC (Ponterosso, Ancona) ha infatti identificato specifici domini di qualità legati a tale assistenza, confermati anche dai nostri risultati: ad esempio la relazione di fiducia infermiere-paziente-famiglia, la continuità e tempestività degli interventi, la competenza nel gestire sia aspetti sanitari che sociali (Ascoltando i caregivers: verso nuovi indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità Uno studio qualitativo) (Ascoltando i caregivers: verso nuovi indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità Uno studio qualitativo). Il nostro studio qualitativo aggiunge ulteriore evidenza a supporto di questi domini, indicando che l'IFeC può diventare un *benchmark* per valutare la qualità dell'assistenza territoriale agli anziani.

Criticità e bisogni emersi:

Sebbene il bilancio sia prevalentemente positivo, dalle interviste sono emerse anche alcune **criticità**. Alcuni infermieri IFeC segnalano carichi di lavoro elevati e un numero insufficiente di colleghi per coprire efficacemente tutto il territorio e la popolazione target (in alcune aree, un singolo IFeC segue oltre 4000 assistiti, superando lo standard di 1:3000 previsto (Agenas pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità - AGENAS) (Agenas pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità - AGENAS)). Ciò comporta il rischio di dover ridurre la frequenza delle visite domiciliari o di limitare le attività di promozione per dedicarsi alle urgenze assistenziali. Anche i pazienti in alcune zone lamentano una **copertura non uniforme**: *“nel mio paese l’infermiere viene ogni 15 giorni, in quello vicino passa tutte le settimane”*. Questo mette in luce l’esigenza di potenziare gli organici e ottimizzare la distribuzione sul territorio. Un’altra criticità riguarda la **consapevolezza del ruolo**: inizialmente alcuni Medici di Medicina Generale e specialisti non comprendevano appieno le competenze dell’IFeC, tendendo a vederlo come un duplicato dell’infermiere domiciliare tradizionale. Ciò talvolta ha creato incomprensioni o scarsa integrazione. Tuttavia, col tempo e grazie alla **formazione** e al confronto, la situazione è migliorata. In effetti, già studi del 2015 mettevano in luce la necessità di maggiore conoscenza del ruolo e delle competenze dell’IFeC nelle regioni dove non era ancora implementato, suggerendo percorsi formativi dedicati sia per infermieri che per medici di base (L’infermiere di famiglia e di comunità’. Un’indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise. -). I nostri dati confermano questa necessità formativa: gli IFeC di Avellino intervistati hanno tutti frequentato un **Master in Infermieristica di Famiglia e Comunità** o corsi regionali equivalenti, e ritengono essenziale tale formazione per svolgere efficacemente il proprio compito. Dove questa figura è stata introdotta senza un’adeguata preparazione specialistica, gli infermieri hanno riferito maggiori difficoltà iniziali nell’assumere il nuovo modello operativo. Ciò rispecchia le indicazioni nazionali di privilegiare infermieri con formazione post-base specifica e di offrire percorsi di aggiornamento per uniformare le competenze (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida) (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida). Infine, sul versante delle famiglie, una sfida segnalata è **coinvolgere attivamente tutti i caregiver**: alcuni familiari tendono ad delegare totalmente all’infermiere, mentre l’approccio IFeC punta a responsabilizzare la famiglia. Si sono verificati casi in cui, nonostante i ripetuti

training, i caregiver faticavano ad assumersi compiti di assistenza (per es. gestione delle medicazioni quotidiane tra una visita e l'altra), sovraccaricando l'IFeC. Ciò suggerisce che il cambiamento culturale verso l'engagement richiede tempo e magari strumenti ulteriori (es. materiali educativi scritti lasciati in casa, maggiore coinvolgimento dei volontari di comunità per sostenere le famiglie).

In sintesi, i risultati qualitativi indicano che l'infermiere di famiglia e comunità, pur con qualche ostacolo iniziale, sta dispiegando un **impatto positivo multidimensionale** sulla salute degli anziani nell'ASL di Avellino. Opera attraverso una varietà di strategie di promozione della salute – dall'educazione individuale alle iniziative di comunità – e viene percepito come una figura chiave nel mantenere gli anziani più sani, autonomi e supportati nel loro ambiente di vita. Questi risultati forniscono una base empirica per discutere punti di forza e aspetti migliorabili del modello, come verrà approfondito di seguito.

Discussione

I risultati emersi confermano ampiamente il valore aggiunto dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità come **strategia di promozione della salute per la popolazione anziana**, in linea con quanto auspicato dalle politiche sanitarie recenti in Italia e dalle evidenze internazionali.

Un primo elemento di discussione riguarda la **natura olistica e proattiva dell'intervento infermieristico di famiglia**, che sembra colmare importanti lacune dell'attuale sistema di cure primarie. Gli IFeC ad Avellino hanno infatti incarnato quel ruolo di *sentinella sanitaria* e di *care manager* territoriale che la letteratura descrive come fondamentale per gestire la complessità assistenziale della popolazione anziana. La capacità di valutare a 360 gradi i bisogni dell'anziano (sanitari e sociali) e di attivare interventi precoci si è tradotta in benefici concreti riferiti dagli utenti, quali prevenzione di riacutizzazioni e riduzione di ricoveri. Questi esiti, se confermati da futuri studi quantitativi, contribuirebbero a dimostrare l'**efficacia clinica ed economica** del modello IFeC, corroborando quanto ipotizzato nei documenti programmatici: ovvero che la presenza di un infermiere di famiglia per 3000 abitanti può favorire la promozione della salute, contenere i costi (riducendo accessi ospedalieri evitabili) e migliorare la qualità di vita dei cittadini. Ad esempio, i nostri dati qualitativi di Avellino suggeriscono un impatto su indicatori come le ospedalizzazioni ripetute degli anziani fragili; sarebbe opportuno, in studi successivi, misurare tali indicatori (magari confrontando distretti già coperti da IFeC con altri in cui la figura è ancora assente), per quantificare il beneficio in termini di salute pubblica.

Dal punto di vista **organizzativo**, il nostro studio conferma l'importanza di un'adeguata integrazione dell'IFeC nella rete dei servizi esistenti. La **collaborazione con i MMG** è risultata cruciale: laddove si è instaurato un lavoro d'équipe ben coordinato, con suddivisione dei compiti e fiducia reciproca, l'anziano ha beneficiato di un percorso assistenziale fluido. Ciò rispecchia esperienze riportate altrove: ad esempio, la sperimentazione nella AUSL Toscana Centro ha evidenziato che uno dei temi fondamentali percepiti dagli infermieri è "essere parte di un team" e come il legame IFeC-persona-famiglia sia determinante per raggiungere gli obiettivi

di salute (Percezioni e vissuti degli infermieri coinvolti nella sperimentazione del modello di Infermieristica di Famiglia e di Comunità nella AUSL Toscana Centro: un'indagine qualitativa - Fnopi L'infermiere) (Percezioni e vissuti degli infermieri coinvolti nella sperimentazione del modello di Infermieristica di Famiglia e di Comunità nella AUSL Toscana Centro: un'indagine qualitativa - Fnopi L'infermiere). Questo sottolinea che il modello non può funzionare in isolamento: è necessario investire su meccanismi formali di integrazione (riunioni multidisciplinari, sistemi informativi condivisi, co-location fisica negli stessi spazi come Case di Comunità) e su una chiara definizione di ruoli complementari tra infermieri e medici. La proposta di legge in Campania per l'IFeC, sostenuta dall'OPI Avellino, va proprio in questa direzione di **rafforzare la rete territoriale** con l'infermiere come figura cardine accanto al medico (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino) (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino). In prospettiva, con l'attuazione del PNRR e l'apertura di molte Case della Comunità, sarà strategico sfruttare appieno gli IFeC per far funzionare queste strutture come hub di prevenzione e gestione proattiva degli anziani sul territorio.

Un altro aspetto discusso è la **percezione degli anziani e dei caregiver**, che nel nostro studio è stata nettamente positiva. Questo dato è particolarmente rilevante perché implica un miglioramento della *patient experience* e dell'*engagement* della comunità. Nella promozione della salute, la partecipazione attiva dei soggetti è un principio chiave (Carta di Ottawa, 1986), e l'IFeC sembra agire da catalizzatore di partecipazione, sia a livello individuale (empowerment del paziente) sia comunitario (coinvolgimento in attività di gruppo). La soddisfazione espressa dagli utenti anziani verso il modello IFeC può favorire una maggiore aderenza ai consigli sanitari e ai programmi preventivi proposti, creando un circolo virtuoso. È interessante notare che i caregiver familiari, spesso sovraccarichi e stressati, trovano giovamento dal supporto infermieristico: il nostro studio qualitativo, in linea con la tesi di Mantovani et al. (2024), suggerisce che l'IFeC offre *caregiver support* e che questo andrebbe riconosciuto come un outcome importante (ad es. riduzione del burden del caregiver, miglioramento della soddisfazione verso i servizi) (Ascoltando i caregivers: verso nuovi indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità Uno studio qualitativo) (Ascoltando i caregivers: verso nuovi indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità Uno studio qualitativo). In futuro, l'implementazione di indicatori di qualità specifici per l'assistenza

infermieristica di famiglia – come proposto da quel lavoro – potrebbe consentire di monitorare sistematicamente questi aspetti esperienziali e di esito.

Le **strategie di promozione della salute** identificate (educazione, prevenzione, empowerment, interventi comunitari) riflettono fedelmente il core delle competenze dell'IFeC delineate nelle linee guida nazionali . La nostra ricerca ne fornisce esempi concreti applicati alla popolazione anziana. Ciò arricchisce la letteratura di dettagli operativi: ad esempio, l'organizzazione dei gruppi di cammino e delle scuole della salute ad Avellino mostra come l'IFeC possa essere promotore di capitale sociale e di salute collettiva, funzioni auspicabili ma meno documentate nei precedenti studi focalizzati più sulla gestione individuale della cronicità. Questo suggerisce che, dove possibile, gli IFeC dovrebbero avere nel loro mandato anche tempo e risorse dedicate a progetti di comunità, oltre che all'assistenza domiciliare individuale, per massimizzare l'impatto sulla salute pubblica locale. D'altra parte, ciò porta alla questione delle **risorse e sostenibilità**: gli infermieri di famiglia segnalano che per poter svolgere efficacemente tutte queste attività (domiciliari, ambulatoriali, comunitarie) occorre un dimensionamento adeguato del personale e un supporto organizzativo (es. sistemi di telemedicina per il monitoraggio a distanza, presenza di OSS di comunità di supporto). Le autorità sanitarie dovranno tenere conto di queste esigenze: investire in un numero congruo di IFeC (rispettando o migliorando il rapporto 1:3000 in zone a maggior densità di anziani) e dotarli di strumenti (auto di servizio per raggiungere aree rurali, strumenti digitali per registrare gli interventi, ecc.). In caso contrario, si rischia un sovraccarico che potrebbe vanificare parte dei benefici. Questo punto è emerso nelle criticità e merita attenzione in sede di pianificazione regionale.

Un interessante spunto di discussione viene anche dal confronto con altre realtà internazionali: la figura del family nurse esiste da tempo in paesi come Canada, UK, Nord Europa, con evidenze di efficacia su vari outcome (ad es. riduzione delle ospedalizzazioni evitabili, migliori indicatori metabolici in pazienti diabetici seguiti a domicilio, ecc.). L'Italia sta adattando questo modello al proprio contesto; i risultati di Avellino suggeriscono che, nonostante le differenze territoriali, i principi di base tengono. Ad esempio, il concetto di lavorare sulla famiglia come unità di cura – già presente nel Family Health Nursing proposto dall'OMS nel 1974 (Infermiere di Famiglia e Comunità: La garanzia della presa in cura) (Infermiere di Famiglia e Comunità: La garanzia della presa in cura) – appare validissimo: coinvolgere la famiglia nel processo (educandola e sostenendola) ha aumentato la capacità del

nucleo di fronteggiare la malattia di un membro senza scompensi eccessivi sugli altri, come evidenziato da alcuni nostri partecipanti. Allo stesso modo, l'approccio di *primary nursing* di comunità – un infermiere dedicato che conosce a fondo il paziente – ha ricreato il senso di fiducia e continuità che spesso manca nei sistemi frammentati odierni. Questo rafforza l'idea che l'IFeC non sia una figura “optional” ma un tassello necessario di un sistema sanitario moderno orientato alla **presa in carico globale**.

In termini di **limitazioni dello studio**, va riconosciuto che la valutazione effettuata è principalmente di tipo percepito e qualitativo. Non abbiamo misurato oggettivamente indicatori clinici o di salute (ad esempio tassi di ospedalizzazione prima/dopo l'introduzione dell'IFeC, variazioni di valori clinici, ecc.), né possiamo attribuire causalità certa ai cambiamenti riferiti, in assenza di un gruppo di controllo o di dati longitudinali. Le percezioni degli utenti e operatori, sebbene preziose, possono contenere bias (ad esempio la tendenza a sovrastimare gli aspetti positivi per gratitudine verso gli infermieri). Abbiamo mitigato questi bias tramite triangolazione di fonti e member checking, ma permane la necessità di studi complementari quantitativi. Inoltre, lo studio ha riguardato una singola realtà locale (ASL di Avellino) in un momento di implementazione iniziale del modello: i risultati potrebbero non essere completamente generalizzabili ad altre aree (ad esempio contesti urbani metropolitani, o regioni dove l'IFeC è attivo da più tempo). Sarà utile ampliare la ricerca ad altre ASL campane e di altre regioni per vedere se emergono differenze (ad esempio, la percezione in Toscana, dove il modello è più rodato, potrebbe evidenziare ulteriori aspetti). Nonostante queste limitazioni, la **ricchezza descrittiva** del metodo qualitativo ha permesso di far luce sulle dinamiche in atto e sui meccanismi attraverso cui l'IFeC influenza la salute degli anziani, offrendo spunti pratici di miglioramento.

In conclusione, i risultati trovano riscontro nelle linee di indirizzo nazionali e negli obiettivi di riforma sanitaria: l'infermiere di famiglia e comunità si conferma come un **agente di cambiamento** fondamentale per spostare l'asse del sistema sanitario verso la prevenzione e la domiciliarità. Gli anziani, spesso indicatori del livello di efficacia di un sistema sanitario, stanno beneficiando di questa innovazione professionale ad Avellino, mostrando miglioramenti nella gestione della propria salute e soddisfazione per le cure ricevute. La sfida ora consiste nel consolidare e diffondere il modello, monitorandone attentamente gli esiti (sia qualitativi che quantitativi) e apportando gli aggiustamenti organizzativi necessari per garantirne la sostenibilità e l'equità su tutto il territorio.

Conclusioni

La ricerca qualitativa condotta sul ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità nella promozione della salute degli anziani nell'ASL di Avellino evidenzia come questa figura professionale rappresenti un **valido intervento di sanità pubblica** orientato alla prevenzione, all'empowerment e alla continuità assistenziale. Attraverso interviste, focus group e analisi documentale, è emerso che l'IFeC:

- **Opera efficacemente sul territorio**, inserendosi come anello di congiunzione tra domicilio dell'anziano e servizi sanitari, assicurando un accompagnamento proattivo e personalizzato. Gli anziani lo riconoscono come un punto di riferimento fidato e vicino, capace di rispondere ai bisogni quotidiani di salute in modo tempestivo.
- **Utilizza strategie di promozione della salute diversificate**, dalla formazione sanitaria individuale a programmi comunitari, favorendo nei pazienti anziani l'adozione di stili di vita salutari, il controllo dei fattori di rischio e l'adesione ai percorsi di cura. L'IFeC svolge un ruolo educativo chiave che porta all'aumento delle competenze di self-care degli anziani e delle loro famiglie.
- **Ha un impatto positivo percepito** su vari aspetti: migliora la qualità di vita e il benessere psicologico degli assistiti, rafforza l'autonomia funzionale e la capacità di autogestione delle patologie croniche, aumenta l'accessibilità e la continuità dell'assistenza (riducendo frammentazione e duplicazioni), e accresce la soddisfazione e la fiducia della popolazione anziana verso il servizio sanitario. Indirettamente, contribuisce a ridurre il ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere e a mantenere gli anziani nel proprio contesto di vita, in linea con gli obiettivi dichiarati dalle politiche sanitarie regionali e nazionali (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino).

Tali risultati, pur derivando da uno studio qualitativo locale, suggeriscono che l'implementazione dell'infermieristica di famiglia e comunità può portare benefici concreti e percepibili nel management della salute degli anziani, rappresentando un elemento centrale per **rafforzare l'assistenza territoriale**. Si evidenzia contestualmente la necessità di **sostenere e potenziare** questo modello: attraverso un'adeguata copertura di personale formato (rispettando gli standard come minimo

di 1 IFeC per 3000 abitanti), la formazione continua e il supporto organizzativo, e attraverso campagne informative che facciano conoscere alla popolazione il servizio offerto. Solo così si potrà massimizzare l'impatto positivo riscontrato e renderlo omogeneo su tutta la popolazione anziana del territorio.

In prospettiva, sarebbe opportuno integrare queste evidenze con studi quantitativi (ad esempio valutazioni pre-post introduzione IFeC sugli indicatori di salute degli anziani, trial controllati tra diverse configurazioni assistenziali) per **misurare oggettivamente l'efficacia** dell'intervento infermieristico di famiglia. Inoltre, il modello potrebbe essere esteso ad altri target vulnerabili (come i pazienti con disabilità o le comunità rurali isolate) valutandone gli esiti.

Le **implicazioni pratiche** di questo studio per l'ASL di Avellino e la Regione Campania includono: l'incoraggiamento a implementare in via definitiva la figura dell'IFeC su tutto il territorio (come da proposta di legge regionale in itinere), l'investimento in programmi di formazione specifica (Master e corsi regionali) per infermieri e in momenti di confronto multiprofessionale per consolidare il lavoro di squadra con i medici di base, e l'istituzione di sistemi di monitoraggio della qualità delle cure territoriali centrati anche sulle esperienze degli utenti (sull'esempio dei domini di qualità emersi dalle narrazioni dei caregiver (Ascoltando i caregivers: verso nuovi indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità Uno studio qualitativo)).

In conclusione, l'infermiere di famiglia e comunità si configura non solo come un nuovo professionista nel panorama sanitario, ma come un **motore di cambiamento culturale** verso una sanità più vicina alle persone, preventiva e integrata. La promozione della salute degli anziani – pilastro per una società longeva e sana – trova in questa figura un alleato prezioso. I risultati di questo studio qualitativo confermano l'efficacia percepita dell'intervento infermieristico e forniscono una base conoscitiva su cui costruire ulteriori miglioramenti e ricerche, nella direzione di un sistema sanitario realmente a “misura di comunità” e orientato alla salute, così come delineato dalle strategie nazionali e dall'OMS già a partire da “Health 21” (Percezioni e vissuti degli infermieri coinvolti nella sperimentazione del modello di Infermieristica di Famiglia e di Comunità nella AUSL Toscana Centro: un'indagine qualitativa - Fnopi L'infermiere) (Position Paper Infermiere di famiglia e di comunità - I Luoghi della Cura Rivista Online).

Riferimenti bibliografici (APA)

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). (2023). *Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità*. Roma: AGENAS. (Agenas pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità - AGENAS) (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida).
- Magnocavallo, M. (2016). L'infermiere di famiglia e comunità: un'indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise. *NSC Nursing*, 4(1), 1-10. (L'infermiere di famiglia e di comunità'. Un'indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise. -) (L'infermiere di famiglia e di comunità'. Un'indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise. -).
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI). (2019). *Infermiere di famiglia e comunità – Schema di documento*. Roma: FNOPI. .
- Mantovani, E. (2024). *Ascoltando i caregiver: verso nuovi indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità* (Tesi di laurea). Università Politecnica delle Marche, Ancona. (Ascoltando i caregivers: verso nuovi indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità Uno studio qualitativo) (Ascoltando i caregivers: verso nuovi indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità Uno studio qualitativo).
- OPI Avellino. (2025, 18 gennaio). Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale". *Ottopagine*. (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino).
- Quaglia, C. (2025, 18 gennaio). *Sanità Campania: Rivoluzione con l'Infermiere di Famiglia*. Avellino: Ottopagine. (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino) (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino).
- Redazione Nurse24. (2023, 21 settembre). *Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida*. Nurse24.it. (Infermieri di Famiglia

e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida) (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida).

- Rocco, G., Mercadante, G., Stievano, A., & without, B. (2019). Position Paper Infermiere di Famiglia e di Comunità. *I Luoghi della Cura (online)*, 5(2019), 1-7. (Position Paper Infermiere di famiglia e di comunità - I Luoghi della Cura Rivista Online) (Position Paper Infermiere di famiglia e di comunità - I Luoghi della Cura Rivista Online).
- FNOPI – Rivista L’Infermiere. (2023). *Percezioni e vissuti degli infermieri coinvolti nella sperimentazione del modello di Infermieristica di Famiglia e di Comunità nella AUSL Toscana Centro: un’indagine qualitativa*. L’Infermiere, 60(2), 1-10. (Percezioni e vissuti degli infermieri coinvolti nella sperimentazione del modello di Infermieristica di Famiglia e di Comunità nella AUSL Toscana Centro: un’indagine qualitativa - Fnopi L'infermiere) (Percezioni e vissuti degli infermieri coinvolti nella sperimentazione del modello di Infermieristica di Famiglia e di Comunità nella AUSL Toscana Centro: un’indagine qualitativa - Fnopi L'infermiere).
- World Health Organization (WHO). (1998). *Health 21: Health for All in the 21st Century* – WHO European Region. Copenhagen: WHO. (Percezioni e vissuti degli infermieri coinvolti nella sperimentazione del modello di Infermieristica di Famiglia e di Comunità nella AUSL Toscana Centro: un’indagine qualitativa - Fnopi L'infermiere).