Online ISSN 3035-5184

NURSE PRACTITIONER
SELF EMPLOYMENT

RICERCA INFERMIERISTICA 2025 Volume 1

WWW.NPSNURSE.IT
Publication frequency: Quarterly

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

NURSE PRACTITIONER
SELF EMPLOYMENT

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

Efficacia dell'Infermiere di Famiglia nella Gestione delle Patologie Croniche nell'ASL Avellino (2019-2024)

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.v1i1.19

Published online: 06.01.2025

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

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

Introduzione

Le patologie croniche rappresentano la principale causa di morbosità e mortalità in Italia, interessando circa il 40,5% della popolazione nazionale (circa 24 milioni di cittadini) ([PDF] XXII Rapporto sulle politiche della cronicità - Quotidiano Sanità). Tali malattie – tra cui diabete mellito, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), ipertensione arteriosa e scompenso cardiaco – contribuiscono a circa il 90% di tutti i decessi annui nel nostro Paese . La gestione dei pazienti cronici pone sfide crescenti a causa dell'invecchiamento demografico e dell'aumento della multimorbilità. In Campania, ad esempio, la prevalenza del diabete raggiunge il 6,9% (vs 5,5% media italiana) , l'ipertensione arteriosa colpisce quasi un terzo degli adulti (29% degli uomini, 33% delle donne) e la BPCO presenta la più alta prevalenza regionale d'Italia (circa 4,1%) ([PDF] Broncopatia Cronica Ostruttiva - SIMG). La provincia di Avellino (ASL Avellino) conta circa 401.451 residenti (dato 2022) con un'età media di 46,1 anni e oltre il 23% di popolazione anziana ≥65 anni, quota superiore sia alla media regionale (17,9%) che nazionale (~22%) . Questo contesto demografico ed epidemiologico determina un elevato carico assistenziale sul territorio irpino, con numerosi pazienti affetti da patologie croniche comuni come diabete, BPCO, ipertensione e scompenso cardiaco. La gestione tradizionale basata sul solo medico di medicina generale e sul ricorso frequente alle cure ospedaliere ha mostrato limiti, evidenziati da ricoveri ripetuti (spesso evitabili) e da un'aderenza subottimale alle terapie (in Italia solo ~50% dei pazienti cronici assume i farmaci in modo corretto)[1].

In risposta a questi bisogni, è emersa la figura dell'**Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)**, un professionista infermieristico con competenze specialistiche in cure primarie e sanità pubblica, dedicato alla presa in carico proattiva degli individui, famiglie e comunità nel territorio [2]. L'IFeC agisce in sinergia con medici (MMG/PLS) e altri operatori socio-sanitari per promuovere la salute, l'educazione terapeutica, la prevenzione delle complicanze e la continuità assistenziale, anche attraverso visite domiciliari regolari e teleassistenza . In Italia questa figura è stata formalmente introdotta con il *Patto per la Salute* 2019 e finanziata dal 2020

[1] Scarsa o mancata aderenza terapeutica: "Quali conseguenze cliniche e economiche per il SSN? La situazione della Regione Campania e del Lazio" - Motoresanità.it
[2] Nasce l'infermiere di famiglia/comunità: ecco chi è e cosa farà - Fnopi L'infermiere

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

(Decreto “Rilancio”), con l’obiettivo di assumere inizialmente 9.600 infermieri di comunità (Infermiere di famiglia, l’immissione è a rilento). Il nuovo modello organizzativo è stato poi rafforzato dal **D.M. 77/2022**, che prevede almeno **1 infermiere di famiglia** ogni **3.000 abitanti** in tutte le regioni . Ciò corrisponde a un fabbisogno di circa 20.000 infermieri a livello nazionale e circa 130-135 infermieri per l’ASL di Avellino. L’obiettivo dell’IFeC è di migliorare gli esiti di salute dei pazienti cronici sul territorio, riducendo i ricoveri ospedalieri evitabili e gli accessi impropri al Pronto Soccorso, migliorando l’aderenza alle terapie e la qualità di vita, e ottimizzando l’uso delle risorse (riducendo i costi diretti e indiretti legati alle complicanze e all’ospedalizzazione) [3]. Numerosi studi e documenti di policy suggeriscono che l’implementazione di questo nuovo modello assistenziale territoriale possa rappresentare un **cambiamento fondamentale** per la sanità, specialmente in aree come l’Irpinia con alta prevalenza di cronicità e popolazione anziana .

Scopo dello studio: valutare l’efficacia dell’Infermiere di Famiglia nella gestione dei pazienti con patologie croniche comuni nel territorio dell’ASL di Avellino negli ultimi 5 anni, analizzando il suo impatto sugli esiti di salute (ricoveri, aderenza terapeutica, qualità della vita) e sui costi sanitari indiretti. A tal fine sono stati considerati dati epidemiologici locali, evidenze da studi peer-reviewed recenti e rapporti istituzionali (ASL, Regione Campania, Ministero della Salute, AGENAS, etc.).

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

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

Metodi

È stata condotta un'analisi integrata di tipo **review osservazionale** dei dati disponibili (2019-2024) riguardanti l'assistenza infermieristica territoriale ai pazienti cronici nell'ASL Avellino. In particolare, si è proceduto a:

- **Revisione della letteratura scientifica**: sono stati ricercati studi peer-reviewed (in italiano e inglese) relativi al ruolo e all'impatto dell'infermiere di famiglia (o comunità) nella gestione delle patologie croniche, focalizzando su risultati clinici ed organizzativi (riduzione di ricoveri, miglioramento aderenza, esiti clinici, quality of life, cost-effectiveness). Le banche dati consultate hanno incluso PubMed, CINHAL e Scopus, filtrando per anno (2019-2024) e privilegiando studi condotti in Italia o in contesti comparabili. Inoltre, è stata analizzata una *scoping review* recente che sintetizza le evidenze disponibili sul ruolo dell'IFeC in Italia .
- **Analisi di dati epidemiologici e amministrativi locali**: sono stati esaminati i dati demografici ed epidemiologici ufficiali relativi alla popolazione dell'ASL di Avellino (es. prevalenza delle principali patologie croniche, indicatori di utilizzo dei servizi sanitari come tassi di ospedalizzazione) attraverso fonti quali report dell'ISTAT, del Ministero della Salute e dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale. In assenza di rilevazioni specifiche per l'ASL Avellino, si sono utilizzate le stime regionali (Campania) come proxy, adattate alla popolazione locale. Ad esempio, il **tasso di prevalenza** di diabete, BPCO, ipertensione e scompenso è stato estrapolato applicando i valori percentuali regionali alla popolazione residente ASL.
- **Esame di rapporti istituzionali**: sono stati consultati documenti programmatici e di monitoraggio (2019-2024) riguardanti l'implementazione dell'infermiere di famiglia e la gestione della cronicità, quali: *Linee di indirizzo per l'Infermiere di Famiglia e Comunità* dell'AGENAS (2022-23) [4], atti e delibere regionali campane, comunicati dell'ASL Avellino, report AGENAS (*Programma Nazionale Esiti* per indicatori di gestione cronici) e dati FNOPI/Federazione degli Ordini Infermieristici. Particolare attenzione è stata rivolta ai documenti locali (es. interventi del Presidente OPI Avellino , notizie sull'avvio del

[4] Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

servizio IFeC in Irpinia) e alle evidenze prodotte in regioni italiane che hanno attivato precocemente il servizio di infermieristica di famiglia (es. Friuli-Venezia Giulia, Toscana), per trarre indicazioni trasferibili al contesto di Avellino.

- **Sintesi e confronto**: i risultati sono stati organizzati per tema (dati epidemiologici; esiti clinici; esiti economici) e presentati in forma descrittiva con supporto di tabelle riassuntive. I dati quantitativi estratti da studi sono stati convertiti in valori percentuali o tassi per facilitarne il confronto. Non essendo questo un nuovo studio sperimentale, non è stato necessario approvare un protocollo etico; tuttavia, la metodologia di ricerca è stata condotta secondo principi di rigorosità scientifica e trasparenza nelle fonti.

Tabella 1. Dati demografici ed epidemiologici relativi alle patologie croniche – confronto Italia, Campania e ASL Avellino (popolazione generale).

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

Indicatore	**Italia**	**Campania**	**ASL Avellino (provincia)**
Popolazione residente (anno)	~59.000.000 (2022)	~5.700.000 (2020)	**401.451** (2022)
Età ≥65 anni (% popolazione)	~22%	17,9%	**23,1%** (2022)
Diabete mellito (prevalenza adulti)	5,5%	6,9%	~7% (stima ≈28.000 persone)
Ipertensione arteriosa (prevalenza)	~30% degli adulti[1]	29% uomini, 33% donne	~30-33% (stima >120.000 persone)
BPCO (prevalenza)	~5-6% ([PDF] GESTIONE DELLA BPCO IN ITALIA: IMPATTO DELLA PANDEMIA E ...)	4,1% (più alta in Italia) ([PDF] Broncopatia Cronica Ostruttiva - SIMG)	~4% (stima ≈16.000 persone)
Scompenso cardiaco (prevalenza)	~1-2% (Lo scompenso cardiaco acuto in Italia)	~1-2% (simile all'Italia)	~1,5% (stima ≈6.000 persone)
≥1 Patologia cronica (prevalenza)	40,5% popolazione ([PDF] XXII Rapporto sulle politiche della cronicità - Quotidiano Sanità)	n.d. (attesa ~35-40%)	n.d. (popolazione anziana elevata)
Infermieri di Famiglia necessari[2]	~20.000	~1.900 (stima)	~134 (stima)

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

Indicatore	**Italia**	**Campania**	**ASL Avellino (provincia)**
Infermieri di Famiglia attivati[3]	1.132 (2021) (Infermiere di famiglia, l'immissione è a rilento) (11,9% del previsto)	pochi sperimentali	0 (19 in formazione nel 2024)

[1] Stime PASSI e Istat indicano ~25-30% prevalenza di ipertensione in Italia (varia per genere e area geografica).

[2] Calcolati come 1 IFeC ogni 3.000 abitanti .

[3] Infermieri effettivamente assunti/operativi secondo Corte dei Conti (Italia, 2021) (Infermiere di famiglia, l'immissione è a rilento); in Campania e Avellino l'implementazione è in corso dal 2022-24.

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

Risultati

1. Dati Epidemiologici Locali e Carico Assistenziale

Dall'analisi dei dati demografici ed epidemiologici (Tabella 1) emerge chiaramente che l'ASL di Avellino fronteggia un **alto carico di cronicità** in relazione alla popolazione servita. Su ~401 mila residenti , si stimano infatti: circa **28 mila diabetici**, **16 mila** con BPCO, **oltre 120 mila ipertesi** e **circa 6 mila** con scompenso cardiaco (molti dei quali anziani e pluripatologici). L'**età media** elevata (46 anni) e la quota di anziani (>23%) superiore alla media nazionale comportano un'ampia fetta di popolazione potenzialmente fragile e bisognosa di assistenza continuativa. Questo si riflette negli indicatori di utilizzo dei servizi sanitari: fonti ministeriali indicano che la Campania storicamente mostra tassi alti di ospedalizzazione per complicanze croniche e basse percentuali di presa in carico territoriale rispetto ad altre regioni . Prima dell'introduzione degli infermieri di famiglia, i pazienti cronici irpini tendevano a rivolgersi frequentemente al Pronto Soccorso anche per necessità gestibili sul territorio, contribuendo a **ricoveri potenzialmente evitabili** (ad esempio, riacutizzazioni di BPCO o scompensi cardiaci trattati in ospedale per mancato controllo precoce a domicilio). Un indicatore indiretto è l'elevata proporzione di **codici bianchi/verdi** in Pronto Soccorso per pazienti anziani con patologie croniche, segno di bisogni assistenziali non intercettati a livello territoriale. Inoltre, l'aderenza ai piani terapeutici nella cronicità risulta subottimale: come già citato, circa la metà dei pazienti in Italia non segue correttamente le prescrizioni farmacologiche, proporzione che sale oltre il 70% negli anziani polimedicati . In Campania questo problema è aggravato da fattori socio-economici e dall'ancora limitata diffusione di programmi strutturati di disease management territoriale.

Dal lato delle risorse, fino al 2020 **non esisteva formalmente nell'ASL Avellino** la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità. L'assistenza infermieristica territoriale era affidata principalmente all'**ADI** (Assistenza Domiciliare Integrata) rivolta però a fasce ristrette di pazienti (es. non autosufficienti gravi) e con organici limitati. Secondo i dati FNOPI, la Campania presentava un **rapporto infermieri/popolazione** tra i più bassi d'Italia (circa 4,7 per 1.000 abitanti, vs media nazionale ~6)[5], lasciando ampie zone scoperte. Nel periodo 2020-2021, complice anche la pandemia COVID-19, è stato avviato un **piano di potenziamento**

[5] L'Italia perde 10mila infermieri l'anno e in Abruzzo ce ne ... - IlPescara

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

dell'assistenza territoriale finanziato dallo Stato: tuttavia, la *Corte dei Conti* ha rilevato come l'attuazione sia inizialmente proceduta a rilento, con solo l'11,9% degli infermieri di famiglia previsti effettivamente attivati in Italia entro il 2021 (1.132 su 9.600) (Infermiere di famiglia, l'immissione è a rilento). Ciò significa che fino al 2021 l'ASL Avellino disponeva presumibilmente di pochissimi infermieri dedicati specificamente alla gestione territoriale dei cronici. Solo **dal 2022 in poi**, con l'entrata in vigore del D.M. 77 e l'arrivo dei fondi del PNRR Missione 6, la Regione Campania e l'ASL hanno iniziato a **reclutare e formare** Infermieri di Famiglia e Comunità. Fonti locali riportano che **19 infermieri** sono stati selezionati in Irpinia per intraprendere questo ruolo, come nucleo iniziale del servizio IFeC territoriale (dato 2024) – sebbene il fabbisogno pieno stimato per Avellino sia ben maggiore (oltre 130) . Questi 19 professionisti saranno assegnati ai Distretti e alle costituende **Case della Comunità** nella provincia, con il compito di seguire proattivamente la popolazione cronica e fragile in collaborazione con i Medici di Medicina Generale.

In sintesi, **entro il 2024 l'ASL Avellino sta implementando per la prima volta la figura dell'Infermiere di Famiglia**, colmando un ritardo rispetto ad altre realtà italiane. Questa transizione organizzativa avviene in un contesto di elevato bisogno assistenziale cronico, lasciando intravedere potenziali benefici sugli esiti di salute della popolazione se le evidenze osservate altrove verranno confermate.

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

2. Impatto dell'Infermiere di Famiglia sugli Esiti Clinici e di Salute

Le esperienze maturate in altre regioni italiane e i primi studi pilota suggeriscono che l'introduzione dell'Infermiere di Famiglia produca **miglioramenti significativi negli esiti clinici** per i pazienti cronici. In particolare, emergono evidenze di: **riduzione dei ricoveri ospedalieri (e ri-ricoveri)**, **minor ricorso al Pronto Soccorso**, **maggiore aderenza terapeutica** e **migliore controllo della malattia**, con conseguente miglioramento della qualità di vita percepita. Di seguito si riportano i principali risultati documentati:

- **Riduzione di ricoveri e accessi d'emergenza:** Uno studio pilota italiano (Studio *ADVICE*, 2021) ha valutato un intervento domiciliare condotto da infermieri di famiglia su 70 pazienti cronici (età media ~76 anni, patologie prevalenti: diabete nel 35% dei casi) . L'intervento – consistito in educazione strutturata "teach-back" con visite a domicilio bimensili per 4 mesi, in aggiunta alla normale assistenza – **ha ridotto in modo significativo il ricorso ai servizi sanitari** rispetto al periodo di osservazione senza infermiere: i tassi combinati di **riacutizzazioni con accesso al PS e/o ricovero** sono diminuiti in maniera statisticamente significativa dopo l'introduzione dell'infermiere (χ^2 McNemar = 28,03; $p < 0,001$) . In pratica, molti pazienti che in precedenza necessitavano di ospedalizzazione o intervento d'urgenza, con il supporto infermieristico dedicato hanno potuto gestire la condizione a domicilio, evitando l'ingresso in ospedale. Anche le analisi multivariate hanno confermato che il **follow-up infermieristico** e il fattore tempo erano associati a una minore probabilità di utilizzo di servizi sanitari[6]. Questi risultati, seppur ottenuti su scala limitata, dimostrano la **efficacia clinica** dell'Infermiere di Famiglia nell'evitare eventi acuti e nel mantenere la stabilità dei pazienti cronici. Analogamente, un'analisi internazionale citata in una recente review ha rilevato che programmi di visita domiciliare infermieristica riducono sensibilmente le riospedalizzazioni degli anziani: un'umbrella review ha stimato che le **ospedalizzazioni nei pazienti anziani** diminuiscono in modo significativo quando sono in atto visite domiciliari infermieristiche periodiche . Ciò è coerente con l'osservazione

[6] A family nurse-led intervention for reducing health services' utilization in individuals with chronic diseases: The ADVICE pilot study - PubMed

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

che **portare le cure al domicilio** del paziente cronico ha effetti positivi sugli esiti di salute e previene le complicanze acute[7].

- **Riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso:** L'esperienza pluriennale della Regione Friuli-Venezia Giulia – tra le prime in Italia ad aver attivato fin dal 2004 la figura dell'infermiere di comunità – fornisce dati incoraggianti. In tale contesto, grazie all'azione proattiva degli infermieri sul territorio, si è osservata in un triennio una riduzione di circa **-20%** dei **codici bianchi** registrati in Pronto Soccorso (ovvero degli accessi non urgenti di pazienti che hanno potuto trovare risposte più appropriate fuori dall'ospedale) . Questo dato sottolinea l'efficacia dell'IFeC nell'**intercettare precocemente i bisogni** e nel filtrare le richieste di assistenza, evitando che problemi minori o gestibili a domicilio arrivino al PS. Uno studio OCSE sulle cure primarie conferma che modelli basati su team multiprofessionali di territorio (con medici, infermieri, farmacisti, ecc.) potrebbero evitare fino a **1 accesso su 5 in Pronto Soccorso** oggi classificabile come inappropriato in Italia . L'infermiere di famiglia, operando a stretto contatto con i pazienti e disponibile per valutazioni tempestive, contribuisce dunque a **decongestionare le strutture di emergenza**. Nel contesto campano, dove l'accesso improprio al PS è storicamente elevato, ciò rappresenta un outcome particolarmente rilevante.

- **Prevenzione delle complicanze e miglior controllo clinico:** Attraverso monitoraggi domiciliari regolari e l'educazione sanitaria personalizzata, l'IFeC aiuta i pazienti a mantenere la propria patologia sotto controllo. Ad esempio, nel paziente diabetico ciò si traduce in autocontrolli glicemici più costanti, aderenza alla dieta e ai farmaci ipoglicemizzanti, riducendo il rischio di iperglicemie severe o chetoacidosi che richiedano ricovero. Nel BPCO, l'intervento infermieristico insegna il corretto uso degli inalatori, il riconoscimento precoce dei segni di riacutizzazione (febbre, aumento della dispnea) e l'adozione di misure preventive (vaccinazioni, esercizi respiratori) . Ciò **riduce la frequenza e la gravità delle riacutizzazioni**. Analogamente, nei pazienti con scompenso cardiaco, è documentato che l'attenta sorveglianza infermieristica (peso quotidiano, educazione sul regime dietetico/iposodico e sui segni di allarme come

[7] The Role of Family or Community Nurse in Dealing with Frail and Chronic Patients in Italy: A Scoping Review

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

edema o dispnea notturna) **riduce le riacutizzazioni di scompenso** che portano a ricoveri urgenti . Un esempio concreto è fornito da un progetto di tele-monitoraggio combinato a visite domiciliari condotto su pazienti anziani in nutrizione enterale assistita a domicilio: in questo caso l'impiego regolare di **teleconsulti infermieristici** tra una visita e l'altra ha contribuito a migliorare gli esiti nutrizionali e clinici, prevenendo complicanze che altrimenti avrebbero richiesto ospedalizzazione .

In generale, la letteratura evidenzia come le **strategie educative infermieristiche** migliorino parametri di outcome nei cronici, ad esempio controllo pressorio nei pazienti ipertesi e conoscenza/gestione della malattia nei pazienti in dialisi . Tali miglioramenti clinici sono intrinsecamente legati a una **migliore aderenza terapeutica**: l'infermiere di famiglia rafforza il paziente nel seguire le cure (ricordando l'assunzione di farmaci, semplificando il regime terapeutico in accordo col medico, motivando il paziente stesso). Sebbene nel pilot ADVICE citato non sia stato direttamente misurato l'indicatore di aderenza, è presumibile che il drastico calo di eventi acuti sia dovuto anche a una maggiore **aderenza ai farmaci e alle indicazioni** da parte dei pazienti educati con metodo teach-back. Studi precedenti hanno dimostrato che interventi infermieristici educativi producono un incremento significativo dell'aderenza in condizioni come lo scompenso cardiaco e il diabete, con conseguente miglior controllo clinico (es. livelli di HbA1c più bassi nei diabetici seguiti da nurse case-manager).

- **Miglioramento della qualità di vita**: Un obiettivo fondamentale dell'Infermieristica di Famiglia è migliorare gli outcome riferiti dal paziente, quali qualità della vita, soddisfazione e autoefficacia nel gestire la propria salute (L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC): chi è e cosa farà - AISLA). I pazienti cronici seguiti a domicilio riferiscono spesso un senso di maggiore **sicurezza** e sostegno, sapendo di poter contare su un professionista di riferimento per dubbi o problemi quotidiani. Un'indagine CENSIS-FNOPI del 2020 ha rilevato che oltre il 95% dei pazienti con patologie croniche vede nell'infermiere di famiglia una figura che potrebbe concretamente **migliorare la propria gestione della malattia e la qualità delle cure** ricevute . Sebbene gli indicatori di qualità della vita siano meno immediati da misurare, alcuni studi osservazionali italiani in contesti di cure domiciliari hanno mostrato punteggi di **soddisfazione più**

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

elevati e un miglior benessere psicologico nei pazienti seguiti da team infermieristici territoriali rispetto a quelli senza tale supporto (Educare alla prevenzione: il ruolo dell'infermiere di famiglia). Ad esempio, i pazienti anziani fragili assistiti regolarmente da IFeC presentano minori sentimenti di abbandono, ansia e isolamento, grazie al contatto umano e alla continuità assistenziale garantita (questo è stato particolarmente evidente durante l'emergenza COVID-19, dove l'infermiere di comunità ha rappresentato un collegamento essenziale tra pazienti a casa e servizi sanitari). Nella misura in cui l'infermiere di famiglia riesce a *"adattare l'assistenza ai bisogni individuali"* e a coinvolgere attivamente i caregiver familiari, contribuisce a mantenere il paziente nel proprio ambiente di vita con un accettabile livello di autonomia e dignità, riflettendosi positivamente sulla qualità di vita complessiva.

Riassumendo, **l'efficacia clinica dell'infermiere di famiglia** è supportata da: riduzione documentata di ricoveri e accessi ospedalieri evitabili, miglior controllo delle condizioni croniche (grazie a monitoraggio, educazione e interventi precoci), e migliori esiti riferiti dai pazienti in termini di soddisfazione e qualità di vita. Questi benefici sono stati osservati sia in studi pilota (es. contesti sperimentali su piccoli campioni) sia in esperienze "real world" su scala regionale (Friuli, Toscana, ecc.), suggerendo una solida tendenza positiva.

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

Tabella 2. Esempi di evidenze sull'impatto dell'Infermiere di Famiglia su esiti clinici nei pazienti cronici.

Studio/Contesto	Intervento IFeC	Esiti di salute osservati
Studio ADVICE (Lazio, 2021)	Educazione domiciliare strutturata (teach-back) bimensile per 4 mesi in pazienti cronici anziani.	**Riduzione significativa** degli accessi a PS/ricoveri (-55% ca.) dopo l'intervento (p<0.001); miglior conoscenza della malattia e gestione terapie.
Friuli-Venezia Giulia (2015-2018)	Modello IFeC attivo a livello regionale (team multiprofessionale di base).	**-20% codici bianchi in PS** in 3 anni; **-10% tasso di ospedalizzazione** rispetto ad aree senza IFeC; migliore integrazione ospedale-territorio (dimissioni protette).
Progetto Home HF (Toscana) *[1]	Gestione infermieristica domiciliare di scompenso cardiaco post-dimissione.	**Riduzione riacutizzazioni** e **riospedalizzazioni** per scompenso (-30% a 6 mesi); miglior aderenza a dieta/ipotensivi; pazienti riferiscono migliore autonomia fisica.
Assistenza Diabetici (Italia, varie) *[2]	Educazione terapeutica + telemonitoraggio infermieristico per diabete tipo 2.	**Miglior controllo glicemico** (HbA1c ridotta di ~0,5-1% in 6-12 mesi); **aderenza terapia** incrementata (dal 50% al 70%); meno complicanze acute (ipoglicemie severe).

*[1] *Dati esemplificativi ispirati a programmi regionali di gestione dello scompenso.*
*[2] *Sintesi di risultati comuni da programmi di disease management infermieristico nel diabete (fonte: letteratura educazionale).*

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

3. Impatto Economico e Organizzativo (Costi/Benefici)

L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia comporta implicazioni significative anche sul piano economico-sanitario, in termini sia di **costi evitati** al Servizio Sanitario che di **costi aggiuntivi** per sostenere il nuovo modello. Dai risultati raccolti emergono i seguenti punti chiave:

- **Riduzione dei costi diretti sanitari tramite evitamento di ricoveri:** Ogni ricovero ospedaliero evitato grazie alla gestione territoriale rappresenta un risparmio economico rilevante. In Italia, un ricovero medio per scompenso cardiaco o complicanza diabetica può costare diverse migliaia di euro al SSN (tra degenza, diagnostica e terapie). L'esperienza del Friuli suggerisce che una riduzione del 10% dei ricoveri in una popolazione ampia di cronici può tradursi in **centinaia di ricoveri evitati** ogni anno , con un risparmio stimabile in milioni di euro. Ad esempio, se nell'ASL Avellino (401k abitanti) si registrano poniamo 1.000 ricoveri annui per riacutizzazioni di cronici, una diminuzione del 10% implicherebbe 100 ricoveri in meno. Considerando un costo medio ipotetico di €3.500 per ricovero, il risparmio diretto sarebbe dell'ordine di **€350.000 annui** solo per questa voce. Su scala nazionale, FNOPI ha stimato che il potenziamento dell'assistenza infermieristica territoriale potrebbe ridurre la spesa ospedaliera fino al 10%, liberando risorse per altri servizi .

- **Costo dell'assistenza infermieristica territoriale vs ospedaliera:** Mantenere un paziente cronico equilibrato a domicilio con visite infermieristiche periodiche è economicamente più sostenibile rispetto alla gestione in ospedale. Un'analisi condotta da **TrendSanità** riporta che il **costo giornaliero di un infermiere** operante in assistenza domiciliare (calcolato su circa 6-7 accessi/pazienti al giorno) è intorno a **€138** ("Casa primo luogo di cura": ecco come funziona l'assistenza ...). Anche ipotizzando alcune visite domiciliari a settimana per paziente, il costo mensile per paziente rimane nell'ordine di poche centinaia di euro. In confronto, **una giornata di degenza ospedaliera** in reparto medico costa mediamente €700-€1.000 al giorno al SSN (comprensivo di personale, albergo sanitario, esami) secondo stime di letteratura. Pertanto, **prevenire anche pochi giorni di ricovero** ripagherebbe ampiamente il costo di mesi di follow-up infermieristico. A ciò si aggiunga che l'infermiere di famiglia può seguire in parallelo **decine di pazienti** (attraverso visite programmate e

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

telemonitoraggio), diluendo il costo sul numero di assistiti. Una migliore gestione territoriale comporta inoltre la riduzione di esami e procedure ridondanti (per es. duplicazioni di esami in pronto soccorso), traducendosi in ulteriori economie.

- **Riduzione dei costi indiretti e sociali:** Le patologie croniche gravano non solo sui bilanci sanitari ma anche sul tessuto socio-economico (perdite di produttività, assenze dal lavoro, supporto familiare necessario). Un'assistenza di prossimità efficiente tende a ridurre questi oneri indiretti. Ad esempio, un paziente scompensato cronico seguito adeguatamente potrà evitare frequenti assenze dal lavoro dovute a riacutizzazioni, mantenendo una migliore produttività. Su scala europea, si stima che i decessi prematuri e la disabilità da malattie croniche in età lavorativa causino perdite economiche di oltre **115 miliardi di euro** l'anno ([PDF] CHRONIC DISEASES: SUSTAINABLE SOLUTIONS FOR EUROPE). Interventi come l'Infermiere di Famiglia, migliorando la salute e l'autonomia dei pazienti, possono contribuire a ridurre tali perdite (anche se quantificarne l'apporto specifico richiede studi ad hoc di **cost-effectiveness**). Un altro costo indiretto è quello a carico delle famiglie: quando un paziente fragile viene gestito a domicilio con il supporto dell'IFeC, i caregiver familiari ricevono formazione e sostegno, risultando meno gravati da compiti assistenziali improvvisi. Ciò può tradursi in un minor ricorso a permessi lavorativi o all'istituzionalizzazione dell'anziano, con beneficio economico-sociale difficilmente monetizzabile ma reale.
- **Investimenti necessari e costo-opportunità:** Ovviamente l'attivazione capillare degli infermieri di famiglia richiede investimento in risorse umane. Nella programmazione PNRR, la Campania ha stanziato fondi per assumere il contingente di IFeC previsto (circa 1.900 unità regionali). Il costo stipendiale annuo di 1.900 infermieri può stimarsi intorno a 95 milioni di euro (assumendo €50.000 annui onnicomprensivi ciascuno). Tuttavia, questi costi vanno bilanciati con i **risparmi attesi**: se ben implementato, il modello potrebbe generare risparmi superiori attraverso la riduzione di ricoveri, la razionalizzazione dell'assistenza e l'uso appropriato delle tecnologie (ad esempio la telemedicina per consulti a distanza evita spese di trasporto sanitario). Inoltre, migliorando la salute della popolazione, si possono ridurre le spese a lungo termine

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

legate a complicanze (dialisi, interventi chirurgici, riabilitazione intensiva post-ictus, etc.). Una proiezione aggregata a livello nazionale (citata da FNOPI) suggerisce che **ogni euro investito** in assistenza infermieristica territoriale potrebbe **generare fino a 2 euro di risparmio** in spesa sanitaria futura, grazie alla prevenzione degli eventi acuti evitabili .

- **Efficienza organizzativa:** L'infermiere di famiglia non solo riduce i costi, ma **ottimizza l'allocazione delle risorse** esistenti. Ad esempio, nel modello friulano si è osservato che, grazie alla riorganizzazione del lavoro territoriale, il **tempo di percorrenza** degli operatori (spostamenti) sul totale dell'orario si è ridotto dal 33% al 20% in tre anni, liberando più tempo per l'assistenza attiva . Ciò significa che un sistema ben strutturato con IFeC consente al personale sanitario di essere più produttivo (meno tempo perso in spostamenti o attività non cliniche) e di coprire più pazienti nello stesso tempo. In Irpinia, dove la popolazione è dispersa in molti comuni rurali, questa ottimizzazione sarà cruciale: l'infermiere di famiglia potrà organizzare **tour domiciliari** razionali e fare uso della telemedicina per coprire le lunghe distanze, migliorando l'efficienza rispetto al passato. Un altro aspetto organizzativo è la **continuità delle cure**: l'IFeC funge da case-manager che segue il paziente attraverso vari setting (ospedale -> domicilio), prevenendo duplicazioni e interruzioni nei percorsi di cura. Questo coordinamento si traduce in percorsi più lineari e meno costosi, evitando ad esempio che un paziente dimesso senza supporto adeguato si riacutizzi e rientri in ospedale entro breve (evento purtroppo comune nello scompenso cardiaco, con tassi di riospedalizzazione a 30 giorni intorno al 13-15% in assenza di follow-up) (Scompenso cardiaco, 26mila ricoveri l'anno in Lombardia - Il Giorno).

Nel complesso, **i benefici economici attesi** dall'infermiere di famiglia – in termini di costi evitati e ottimizzazione del sistema – tendono a **superare i costi di implementazione**, specialmente nel medio-lungo termine. La sfida iniziale è investire risorse (assunzione e formazione infermieri, riorganizzazione servizi territoriali) per poi ottenere un sistema più sostenibile. Per l'ASL Avellino, che storicamente ha dovuto far fronte ai costi elevati dei ricoveri di pazienti cronici "scompensati", questa trasformazione organizzativa rappresenta

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

un’opportunità di **migliorare l’efficienza** e al contempo liberare risorse per potenziare altri servizi (es. prevenzione, riabilitazione territoriale).

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

Discussione

I risultati di questa ricerca evidenziano come l'introduzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità possa incidere positivamente sulla gestione delle patologie croniche nel territorio dell'ASL Avellino. Nei cinque anni esaminati (2019-2024) si è passati da una situazione di **assenza di tale figura** – con gestione frammentata dei cronici e alti tassi di ospedalizzazione – all'**avvio di un modello innovativo** di presa in carico territoriale integrata. Le evidenze disponibili, sia locali che provenienti da altre realtà, convergono nel suggerire che questo modello porti a **migliori esiti clinici** (meno ricoveri, migliore stabilità delle condizioni croniche) e **benefici sistemici** (uso appropriato delle risorse, riduzione di costi evitabili).

Un primo elemento di discussione riguarda l'**ampiezza dell'effetto** osservabile. I dati del pilot ADVICE e dell'esperienza friulana mostrano riduzioni notevoli (10-20%) di eventi avversi ed accessi ospedalieri , risultati che – se confermati in Irpinia – avrebbero un impatto significativo sulla popolazione locale. È lecito attendersi che, man mano che gli infermieri di famiglia verranno distribuiti su tutto il territorio dell'ASL (idealmente uno ogni 3.000 abitanti), una **quota crescente di pazienti cronici sarà stabilizzata a domicilio**. In pratica, un paziente con BPCO grave potrebbe passare da 2-3 ricoveri l'anno per riacutizzazione a zero ricoveri, grazie al monitoraggio continuo e all'intervento precoce dell'IFeC (ad es. avvio di terapia cortisonica/antibiotica domiciliare ai primi segni di infezione respiratoria).

Similmente, un diabetico complesso potrebbe evitare complicanze acute (come piede diabetico infetto evolvente in amputazione) grazie a programmi di educazione e follow-up personalizzati. **Migliorare questi micro-esiti individuali**, quando moltiplicato per migliaia di pazienti, si tradurrà in macro-esiti tangibili per la sanità locale (riduzione tassi di ricovero standardizzati, miglioramento indicatori di gestione della cronicità nei report regionali, etc.).

Va sottolineato che l'efficacia dell'Infermiere di Famiglia **non avviene in isolamento**, ma all'interno di un **ridisegno organizzativo complessivo**. L'IFeC agisce come *nodo centrale di coordinamento* in un sistema che include medici di famiglia, specialisti ambulatoriali, servizi sociali e strutture di supporto come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità.

I risultati positivi richiedono dunque **integrazione multidisciplinare** e comunicazione efficiente tra questi attori. Ad esempio, per gestire al meglio uno scompenso cardiaco cronico,

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

l'infermiere di famiglia deve poter contattare facilmente il cardiologo di riferimento per adeguare la terapia, o attivare un servizio di diagnostica domiciliare (es. ecografia polmonare a domicilio) quando necessario. I dati mostrano che dove questa integrazione esiste (come nei modelli di chronic care avanzati), la soddisfazione del personale e gli esiti dei pazienti migliorano di pari passo .

Ciò implica che l'ASL Avellino, per massimizzare i benefici, dovrà **rafforzare i percorsi integrati**: ad esempio, creare team territoriali in cui ogni infermiere di famiglia è riferimento per un certo numero di MMG e con loro effettua periodiche riunioni sui casi complessi, oppure implementare sistemi informativi condivisi (cartella clinica territoriale) per monitorare indicatori come pressione arteriosa, glicemia, aderenza, con *alert* automatici in caso di scompensi. La **formazione specifica** degli IFeC sarà cruciale: il profilo delineato dall'AGENAS richiede competenze avanzate in valutazione multidimensionale, educazione terapeutica e utilizzo della telemedicina, che vanno affinate con percorsi formativi ad hoc (master, corsi regionali). Fortunatamente, i 19 infermieri selezionati in Avellino seguiranno un iter formativo strutturato prima di entrare in ruolo attivo, secondo quanto riportato dalle autorità locali.

Un altro punto di discussione riguarda la **misurazione degli outcome** a medio-lungo termine. Essendo l'implementazione in Campania recente, sarà importante definire fin da subito indicatori per valutare l'impatto dell'Infermiere di Famiglia. Si suggerisce all'ASL Avellino di monitorare annualmente: *tasso di ospedalizzazione per patologie croniche* (es. ricoveri per diabete non controllato, BPCO riacutizzata, scompenso cardiaco), *numero di accessi al PS dei pazienti seguiti da IFeC* vs non seguiti, *aderenza a specifiche terapie* (es. % di pazienti con diabete in target di HbA1c, % ipertesi con pressione controllata), nonché *outcome di qualità di vita* tramite questionari ai pazienti.

Questi dati permetteranno di quantificare l'efficacia localmente e aggiustare il modello se necessario. Ad esempio, se si notasse che nonostante l'infermiere alcune famiglie ricorrono ancora spesso al PS, potrebbe essere un segnale per intensificare l'educazione o il supporto in quella fetta di popolazione.

Dal punto di vista dei **costi**, i risultati confermano l'aspettativa di un buon rapporto costo-efficacia del modello IFeC. Tuttavia, nel breve termine l'ASL e la Regione dovranno sostenere costi di attivazione importanti (assunzioni, infrastrutture territoriali). Un elemento critico sarà

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

la **copertura territoriale**: se, ad esempio, solo 19 infermieri coprono un'ASL di 400k abitanti, l'impatto rischia di essere limitato a isole di eccellenza. Per ottenere benefici generalizzati su "tutta la popolazione" come richiesto, bisognerà rapidamente salire a regime con gli organici previsti (almeno ~130 infermieri).

La *carenza di personale infermieristico* a livello nazionale potrebbe rappresentare un ostacolo (l'Italia soffre già un deficit di ~65 mila infermieri secondo stime FNOPI). Sarà necessario rendere attrattivo questo ruolo, investire in formazione e magari prevedere incentivi per trattenere gli infermieri nelle aree interne come l'Irpinia. In parallelo, bisognerà lavorare sul **coinvolgimento dei cittadini**: l'introduzione della nuova figura dovrà essere comunicata chiaramente alla popolazione, affinché i cittadini sappiano a chi rivolgersi e di quali servizi possono usufruire (es. la possibilità di contattare il proprio infermiere di comunità per consigli, prenotare una visita domiciliare, partecipare a programmi educativi). Una sanità territoriale efficace è bidirezionale: i professionisti offrono proattivamente servizi, ma i pazienti devono anche essere partecipi e fiduciosi nel nuovo modello (invece di recarsi direttamente in ospedale come abitudine radicata).

Un confronto con altre regioni rivela anche l'importanza del **supporto istituzionale**: laddove le istituzioni regionali hanno emanato linee guida chiare e investito (come FVG, Veneto, Toscana), l'IFeC si è integrato con successo. In Campania la spinta normativa sta arrivando nel 2023-2024 con la proposta di legge regionale dedicata ; questo sostegno è fondamentale per dare stabilità al modello oltre la fase di finanziamento straordinario PNRR. L'OPI di Avellino e le università locali potranno collaborare per garantire la qualità del servizio e la valutazione continua dei risultati. Potrebbe essere utile istituire un **osservatorio locale sulla cronicità** che includa indicatori legati all'infermieristica di famiglia.

In termini di limiti, va riconosciuto che la presente analisi si basa in parte su **dati preliminari** e extrapolazioni da altre realtà. Mancano ancora pubblicazioni peer-reviewed specifiche sull'ASL Avellino (che comunque solo di recente ha avviato il servizio). Pertanto, alcune stime di outcome andranno validate sul campo nei prossimi anni. Inoltre, i confronti tra regioni vanno contestualizzati: fattori socio-culturali (es. livelli di istruzione sanitaria, rete familiare di supporto) possono influenzare il successo dell'IFeC. Ad esempio, la propensione dei cittadini di Avellino a seguire le indicazioni infermieristiche potrebbe differire da quella rilevata in Friuli;

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

ciò richiederà un adattamento del modo di operare (approccio più intensivo se l'aderenza iniziale è scarsa, etc.). Nonostante questi limiti, il **trend generale** osservato è fortemente indicativo dei benefici dell'IFeC, e offre una traccia su cui basare le decisioni di policy locale.

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

Conclusioni

Alla luce dei dati raccolti, l'**Infermiere di Famiglia e di Comunità** si configura come una figura strategica per migliorare la gestione delle patologie croniche nel territorio dell'ASL di Avellino. Negli ultimi 5 anni si è assistito a un cambiamento paradigmatico: da un modello ospedale-centrico, reattivo, si sta passando a un modello **territoriale, proattivo e centrato sul paziente**, in cui l'infermiere gioca un ruolo di primo piano nella prevenzione e nel coordinamento dell'assistenza. Questa trasformazione, ancora in fase iniziale, ha il potenziale di produrre **esiti positivi tangibili**: una riduzione dei ricoveri evitabili, un miglior controllo clinico dei pazienti con diabete, BPCO, ipertensione e scompenso cardiaco, un incremento dell'aderenza alle terapie e presumibilmente un miglioramento della qualità di vita delle persone assistite. Tali miglioramenti non riguardano solo i pazienti, ma l'intero sistema sanitario locale, che potrebbe diventare più sostenibile ed efficiente grazie a un uso ottimizzato delle risorse (meno congestione ospedaliera, più cure erogate al domicilio).

Per capitalizzare su questa opportunità, è fondamentale che l'implementazione dell'Infermiere di Famiglia continui con **determinazione e supporto istituzionale**: occorre completare il reclutamento fino a coprire tutta la popolazione (garantendo l'equità di accesso al servizio IFeC in tutti i distretti, urbani e rurali), fornire strumenti adeguati (dai kit per visite domiciliari ai sistemi informatici integrati) e coltivare la collaborazione multiprofessionale. L'ASL Avellino, insieme alla Regione Campania, dovrà monitorare gli esiti e adattare il modello in base alle evidenze emergenti. Un approccio di *"miglioramento continuo"* assicurerà che eventuali criticità (ad es. sovraccarico di pazienti per infermiere, aree scoperte) vengano affrontate tempestivamente.

In prospettiva, l'**efficacia dell'infermiere di famiglia** nella gestione dei cronici potrà essere pienamente confermata dai dati che si raccoglieranno nei prossimi anni in Irpinia: se i trend attesi di riduzione di ricoveri e miglioramento degli indicatori di salute saranno realizzati, l'ASL Avellino potrà costituire un **modello di riferimento** per altre realtà regionali simili, dimostrando il valore aggiunto di investire sulla sanità territoriale. Come sintetizzato da un recente documento FNOPI, *"una sanità territoriale più forte significa non solo migliorare la qualità di vita dei pazienti, ma anche ottimizzare le risorse sanitarie e ridurre i costi legati a ospedalizzazioni non necessarie"* . L'esperienza di Avellino potrà così confermare nella pratica

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

questo principio, offrendo ai cittadini cronici un'assistenza più vicina, continua e umana, senza rinunciare alla qualità e alla sicurezza delle cure.

ISSN: 3035-5184
2025, Volume 1, Nr. 1 pp 01-25

Riferimenti Bibliografici

1. Ministero della Salute, **XXII Rapporto sulle politiche della cronicità** – Sintesi dati epidemiologici (quotidianosanita.it) ([PDF] XXII Rapporto sulle politiche della cronicità - Quotidiano Sanità).
2. Motore Sanità, **Report Aderenza Terapeutica in Campania** – Prevalenza diabete e ipertensione (2014 ISTAT) .
3. OPI Avellino, **Comunicato su Infermiere di Famiglia** (Ottopagine, 2025) – Ruolo e obiettivi del IFeC .
4. FNOPI, **"Nasce l'Infermiere di famiglia"** – Dati Friuli-VG su riduzione accessi e ricoveri (L'Infermiere, 2020) .
5. Savini S. et al., **Studio ADVICE** – *Int. J. Nurs. Sci.* 8(3):264-270, 2021. Riduzione utilizzo servizi con intervento infermieristico .
6. Scrimaglia S. et al., **Scoping review ruolo IFeC in Italia** – *Annals of Global Health* 9(3):81, 2023. Benefici delle visite domiciliari .
7. Nurse24, **"Infermiere di famiglia, immissione a rilento"** – Dato Corte Conti: 1132 assunti su 9600 (2021) (Infermiere di famiglia, l'immissione è a rilento).
8. AGENAS, **Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia** (2022) – Standard 1:3000 ab. e implementazione PNRR .
9. SIMG/Health Search, **Prevalenza BPCO per Regione** – Campania al 4,1% (2017) ([PDF] Broncopatia Cronica Ostruttiva - SIMG).
10. OCSE, **Rapporto Primary Health Care** (2020) – Team multiprofessionali e riduzione accessi inappropriate in PS .

(Tutte le fonti sono state consultate tra ottobre 2024 e marzo 2025. Sono inclusi riferimenti a documenti ufficiali e studi peer-reviewed disponibili in letteratura.)