

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

L'infermiere di famiglia e l'educazione sanitaria in Europa: strategie e impatto sul cambiamento comportamentale

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.v1i5.22](https://doi.org/10.63099/nps.v1i5.22)

Published online: 20.03.2025

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

Abstract

L'Europa affronta una crescente sfida sanitaria legata all'elevata prevalenza di malattie croniche e fattori di rischio comportamentali nella popolazione. Quasi il 60% degli adulti europei è in sovrappeso o obeso (WHO European Regional Obesity Report 2022) e circa un quarto della popolazione europea è fumatore (Fumo, Miani (Sima): "In Italia e nel mondo fumatori in calo"), contribuendo all'aumento di patologie non trasmissibili. In questo contesto, l'educazione sanitaria e le strategie di cambiamento comportamentale risultano fondamentali per migliorare gli esiti di salute. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) Europa e istituzioni europee hanno promosso il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità quale figura chiave nella promozione della salute a livello territoriale (European Federation of Nurses Associations (EFN)). Questo articolo offre un'analisi comparativa dell'esperienza europea riguardo all'educazione sanitaria e al ruolo dell'infermiere di famiglia nelle strategie per favorire prevenzione, aderenza terapeutica e stili di vita sani.

Metodi: È stata condotta una revisione della letteratura e dei documenti istituzionali europei (OMS Europa, EFN, programmi Horizon Europe) pubblicati principalmente dal 2018 in poi, con integrazione di dati statistici aggiornati. Sono stati confrontati modelli organizzativi e iniziative infermieristiche di diversi paesi europei, analizzando il loro impatto sui comportamenti sanitari dei cittadini. I risultati sono stati sintetizzati in tabelle comparative e discussi in un'ottica di sanità pubblica.

Risultati: Emerge una diversità di modelli di infermieristica di famiglia e comunità in Europa, sviluppati in base ai contesti nazionali. In molti paesi (es. Regno Unito, Irlanda, paesi scandinavi, Spagna) l'infermiere di famiglia opera da tempo nell'assistenza primaria con compiti di prevenzione (vaccinazioni, screening), educazione alla salute e gestione proattiva dei pazienti con patologie croniche. Studi recenti indicano che interventi infermieristici mirati migliorano l'aderenza terapeutica nei pazienti cronici e favoriscono l'adozione di stili di vita sani (es. cessazione del fumo, alimentazione corretta, attività fisica) nelle comunità

. Le attività degli infermieri di famiglia si associano a una maggiore copertura vaccinale e a una migliore partecipazione ai programmi di screening preventivo in diverse realtà europee. Inoltre, nei modelli ove l'infermiere di famiglia ha un ruolo consolidato, si osservano indicatori positivi come il miglior controllo dei fattori di rischio e una riduzione delle ospedalizzazioni evitabili per scorporo di malattie croniche, secondo i dati riportati da varie esperienze nazionali.

Discussione: L'analisi comparativa evidenzia che i paesi con una più lunga tradizione di

infermieristica di famiglia (ad esempio Regno Unito, Irlanda, paesi nordici) mostrano risultati significativi nella promozione della salute e nel cambiamento comportamentale a livello di popolazione, grazie all'integrazione efficace degli infermieri nei team di cure primarie. Paesi

come l'Italia hanno recentemente introdotto standard nazionali (1 infermiere di famiglia ogni 3.000 abitanti (Agenas pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità

- AGENAS)) per potenziare l'assistenza territoriale, ispirandosi alle best practice europee. Nonostante le differenze organizzative, un fattore comune emerso è l'importanza della formazione specialistica e del supporto istituzionale affinché l'infermiere di famiglia possa agire con autonomia e competenze avanzate nella prevenzione e gestione dei pazienti sul territorio. Vengono discussi i principali programmi e linee guida europee – tra cui le raccomandazioni OMS per l'istituzione del Family Health Nurse, le politiche EFN sul coinvolgimento infermieristico nella salute pubblica (European Federation of Nurses Associations (EFN)) e iniziative come il progetto Horizon Europe "Invest4Health" focalizzato su nuovi modelli di finanziamento della prevenzione – evidenziando come convergano nel riconoscere il valore aggiunto degli infermieri nella promozione di stili di vita salutari.

Conclusioni: L'esperienza europea conferma che l'infermiere di famiglia riveste un ruolo cruciale nel promuovere cambiamenti comportamentali positivi nella popolazione, attraverso l'educazione sanitaria, l'empowerment dei pazienti e il coordinamento degli interventi di

prevenzione sul territorio. I paesi che hanno investito su questa figura professionale riportano benefici in termini di migliore adesione alle terapie, riduzione dei comportamenti a rischio e potenziamento della prevenzione primaria e secondaria. Permangono tuttavia sfide nell'implementazione uniforme di questo modello in tutta Europa: differenze normative, carenze di organico e necessità di standardizzare indicatori di esito rendono conto di una variabilità nell'impatto misurato. Le strategie europee attuali – dal potenziamento delle competenze infermieristiche di sanità pubblica all'inclusione della promozione della salute nei curricula formativi () – indicano una chiara volontà di sostenere e rafforzare il contributo degli infermieri di famiglia. Ulteriori ricerche e scambi tra paesi saranno utili per identificare le pratiche migliori e superare le barriere esistenti. In definitiva, investire sull'infermieristica di famiglia e comunità, integrandola nelle politiche sanitarie, rappresenta una strategia efficace per accelerare i progressi verso gli obiettivi di Salute per Tutti e i target di sviluppo sostenibile, migliorando la salute delle comunità europee in modo duraturo.

Introduzione

Negli ultimi decenni l'Europa ha assistito a un cambiamento epidemiologico caratterizzato dal peso crescente delle malattie croniche non trasmissibili e dei fattori di rischio legati agli stili di vita. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che nel 2022 quasi il 60% degli adulti nella Regione Europea sia in condizione di sovrappeso od obesità (WHO European Regional Obesity Report 2022), fattore che rappresenta una delle principali cause di patologie croniche (dopo ipertensione, diete non salutari e tabagismo). Anche il tabagismo rimane un problema rilevante: in Europa il 25,3% della popolazione adulta consuma prodotti da fumo (Fumo, Miani (Sima): "In Italia e nel mondo fumatori in calo"), una quota che – seppur in calo negli ultimi anni – contribuisce ancora significativamente alla mortalità per cancro e malattie cardiovascolari. Contestualmente, l'invecchiamento demografico sta aumentando il numero di persone affette da pluripatologie croniche che richiedono supporto nell'aderenza ai trattamenti e nell'adozione di comportamenti salutari. Di fronte a queste sfide, le tradizionali risposte sanitarie centrate sulla cura ospedaliera risultano insufficienti: si rende necessario potenziare le strategie di

promozione della salute e prevenzione a livello territoriale, investendo in interventi di educazione sanitaria che favoriscano il cambiamento comportamentale nella popolazione.

In questo contesto, l'infermiere di famiglia e di comunità è emerso come una figura chiave per colmare il divario tra l'assistenza sanitaria e i bisogni di salute sul territorio. Già nel 1998 l'OMS Europa aveva proposto il concetto innovativo di Family Health Nurse (infermiere di famiglia) come parte del programma Health21, prevedendo di introdurre questo ruolo in 18 paesi europei. L'idea era quella di formare infermieri di comunità in grado di seguire individui e nuclei familiari lungo tutto il corso della vita, agendo non solo sulla cura, ma soprattutto sulla prevenzione delle malattie e la promozione di stili di vita sani nell'ambito delle cure primarie. Il Regno Unito fu tra i primi ad attuare tale visione: già nei primi anni 2000 la Scozia avviò un progetto pilota di Family Health Nurse in aree rurali, supportato da un percorso formativo universitario ad hoc. Parallelamente, altri paesi europei con una forte assistenza territoriale hanno progressivamente valorizzato ruoli infermieristici simili (come i district nurses nei paesi nordici o gli infermieri di sanità pubblica in Irlanda e Spagna), integrandoli nei team multiprofessionali di assistenza primaria.

L'infermiere di famiglia opera tipicamente all'interno del contesto domiciliare e comunitario, in collaborazione con i medici di medicina generale (MMG) e altri professionisti (assistenti sanitari, fisioterapisti, nutrizionisti, assistenti sociali, ecc.). La sua missione principale è educare e supportare individui e famiglie affinché adottino comportamenti salutari, aderiscano alle terapie prescritte e partecipino attivamente ai

programmi di prevenzione (vaccinazioni, screening oncologici, controlli periodici). Numerosi studi hanno dimostrato che interventi educativi strutturati, condotti da infermieri, possono influenzare positivamente le abitudini di salute dei cittadini: ad esempio, sessioni di counselling infermieristico hanno

portato a un aumento dei tassi di cessazione del fumo e di attività fisica in alcune comunità, e programmi di gestione infermieristica di pazienti diabetici hanno migliorato significativamente il controllo glicemico e l'aderenza alla dieta.

Le istituzioni sanitarie europee riconoscono sempre più il ruolo strategico degli infermieri nella promozione della salute. L'European Federation of Nurses Associations (EFN) sottolinea che gli infermieri, in quanto professionisti più a contatto con i pazienti, sono in posizione ideale per guidare iniziative di prevenzione e sostenere cambiamenti nei comportamenti di salute (European Federation of Nurses Associations (EFN)). EFN ed altre organizzazioni infermieristiche hanno infatti promosso politiche per rafforzare la formazione degli infermieri in ambito di sanità pubblica e comunitaria e per includere in tutti i curricula competenze di educazione alla salute e prevenzione (). Anche la Commissione Europea, attraverso programmi come Horizon Europe e EU4Health, sta finanziando progetti finalizzati a innovare le modalità di promozione della salute: ad esempio, il progetto Invest4Health (avviato nel 2023) sperimenta nuovi modelli di investimento sociale per la prevenzione e l'health promotion (Invest4Health – New Horizon Europe project to mobilise novel finance models for health promotion and disease prevention | EuroHealthNet). Queste iniziative riflettono la visione condivisa che investire sugli infermieri di famiglia e sulla loro capacità di educare la popolazione può condurre a significativi guadagni in salute pubblica. Secondo stime OMS, il rafforzamento su larga scala degli interventi di cure primarie potrebbe salvare 60 milioni di vite nel mondo e aumentare di 3,7 anni l'aspettativa di vita media entro il 2030 – obiettivi raggiungibili solo mettendo in campo efficaci strategie di prevenzione e promozione, in cui gli infermieri giocano un ruolo centrale.

Alla luce di queste premesse, il presente articolo intende esaminare criticamente l'esperienza europea in merito all'educazione sanitaria e al ruolo dell'infermiere di famiglia nelle strategie di cambiamento comportamentale. Verranno confrontati i modelli attuati in diversi paesi e analizzati gli effetti delle attività infermieristiche su tre ambiti chiave: prevenzione primaria e promozione della salute, aderenza terapeutica e adozione di stili di vita sani. Saranno inoltre richiamate le principali linee guida europee e iniziative istituzionali (OMS Europa, EFN,

programmi UE) pertinenti a queste tematiche. L'obiettivo è offrire una panoramica aggiornata e basata su evidenze, utile a comprendere come la figura dell'infermiere di famiglia possa contribuire alle politiche di health promotion nei diversi sistemi sanitari europei e quali siano le migliori pratiche e le sfide ancora aperte.

Metodologia

Per rispondere agli obiettivi, è stata condotta un'analisi documentale e una review narrativa della letteratura recente sulle esperienze europee di educazione sanitaria infermieristica. In particolare, la ricerca ha incluso:

- Linee guida e rapporti istituzionali europei: documenti dell'OMS Europa (Health21, roadmap Nursing and Midwifery, ecc.), position statement dell'EFN e rapporti di programmi UE (ad es. Horizon Europe, EU4Health) riguardanti la promozione della salute e il ruolo degli infermieri.
- Studi scientifici e review (2018-2024): articoli peer-reviewed focalizzati su interventi infermieristici di educazione sanitaria in Europa e valutazioni del ruolo dell'infermiere di famiglia su prevenzione, aderenza e lifestyle. Sono state consultate banche dati biomediche (PubMed, CINAHL, Scopus) utilizzando parole chiave come family nurse, community nursing, health education, Europe, adherence, health promotion. Tra questi, merita citare una recente revisione sistematica sul Family and Community Nurse e studi multicentrici sull'aderenza terapeutica in Europa .
- Dati statistici e fonti ufficiali: per contestualizzare l'analisi, sono stati reperiti indicatori epidemiologici sulle abitudini di salute (es. prevalenza di fumo, obesità) da fonti OMS e OCSE, nonché dati sul numero e la distribuzione degli infermieri di famiglia nei vari paesi (quando disponibili da rapporti ministeriali o associazioni professionali). Ad esempio, per l'Italia si è fatto riferimento al recente Decreto Ministeriale 77/2022 e alle Linee di indirizzo sull'Infermiere di Famiglia e Comunità pubblicate dall'AGENAS (Agenas pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità - AGENAS).

È stata quindi effettuata una comparazione qualitativa delle esperienze di sei paesi europei selezionati (Italia, Regno Unito, Irlanda, Svezia, Finlandia, Spagna, oltre a cenni su Francia e Slovenia), rappresentativi di diversi modelli organizzativi di sanità territoriale. Per ciascun paese sono stati raccolti elementi riguardanti: (a) il quadro normativo/organizzativo dell'infermieristica di famiglia (esistenza formale del ruolo, standard di personale per popolazione, setting operativo); (b) le competenze e formazione richieste agli infermieri di famiglia; (c) le attività svolte in ambito di educazione sanitaria, prevenzione e gestione dei pazienti cronici; (d) gli outcome riferiti in termini di cambiamenti nei comportamenti di salute o indicatori di performance sanitaria (ad es. copertura vaccinale, tassi di aderenza terapeutica, ecc.). I dati raccolti sono stati inseriti in una tabella comparativa (Tabella 1) per evidenziarne le similitudini e differenze.

Infine, i risultati dell'analisi sono stati sintetizzati e discussi in relazione alle politiche europee di promozione della salute. Sono state identificate le best practice comuni emerse e le criticità trasversali (quali carenze di risorse, bisogno di formazione aggiuntiva, necessità di misurare gli esiti comportamentali) che possono costituire aree di miglioramento.

Limiti metodologici: va premesso che questa ricerca si basa su fonti secondarie eterogenee (letteratura scientifica e documenti istituzionali) e non su dati primari raccolti ad hoc. Ciò comporta alcuni limiti, tra cui la possibile incompletezza delle informazioni per alcuni paesi meno documentati in letteratura internazionale, e la difficoltà di misurare in modo univoco l'“impatto” dell'infermiere di famiglia su fenomeni complessi come i comportamenti di salute. Le evidenze disponibili risultano infatti talora frammentarie (*The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review - PMC*

) e non sempre comparabili tra contesti diversi. Si è cercato di mitigare tali limiti incrociando fonti multiple e privilegiando risultati di studi sistematici o dati ufficiali. Nonostante queste precauzioni, le conclusioni vanno intese come indicazioni di tendenza e spunti di riflessione,

più che come prove causali definitive. Ulteriori studi empirici sarebbero auspicabili per quantificare con maggior precisione i benefici degli interventi infermieristici nei vari setting europei.

Risultati

Panoramica dei modelli infermieristici di famiglia in Europa

Dall'analisi emergono diversi modelli di implementazione dell'infermieristica di famiglia e comunità nei paesi europei, riflettendo differenti organizzazioni dei sistemi sanitari. La Tabella 1 fornisce una sintesi comparativa di alcune caratteristiche chiave (denominazione, standard di dotazione, requisiti formativi, principali attività) del ruolo dell'infermiere di famiglia in selezionati paesi europei.

Dalla tabella emerge che, sebbene la denominazione e l'organizzazione del ruolo possano variare, vi sono elementi comuni: in quasi tutti i casi l'infermiere di famiglia è un infermiere esperto, con formazione aggiuntiva in sanità pubblica o comunitaria, che opera all'interno del sistema di Primary Health Care (PHC) del paese. Molti paesi richiedono un livello formativo avanzato (master o specializzazione) e alcuni definiscono standard di personale (es. Italia 1:3000 ab. (Agenas pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità - AGENAS), Irlanda ~1:3000 ab. in media (L'infermiere di Famiglia in Europa: ruolo e formazione - Infermieristicamente - Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche)). Sul piano delle attività, ovunque l'infermiere di famiglia svolge un ruolo preventivo-educativo ampio: dalla promozione di corretti stili di vita (dieta sana, esercizio fisico, riduzione del fumo) al monitoraggio attivo di gruppi vulnerabili (bambini, anziani, cronici), fino al coordinamento dell'aderenza ai piani di cura.

Va notato che alcuni paesi hanno storicamente anticipato questo modello: ad esempio, in Regno Unito la figura dell'Health Visitor (visitatore sanitario) esiste formalmente da decenni nell'ambito dell'assistenza materno-infantile, mentre la Scozia è stata pioniera nell'adottare il titolo specifico di Family Health Nurse in linea con le indicazioni OMS (L'infermiere di Famiglia

in Europa: ruolo e formazione - Infermieristicamente - Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche). Altri paesi hanno integrato funzioni analoghe nell'ambito di ruoli esistenti: in Francia, ad esempio, pur non essendoci la figura denominata "infermiere di famiglia", dal 2004 il progetto ASALEE (Action de Santé Libérale en Équipe) ha introdotto infermieri all'interno di studi di medicina generale per svolgere compiti di educazione del paziente e gestione di malattie croniche (screening diabetologici, controllo dell'ipertensione, supporto ai pazienti BPCO, ecc.), delegati dal medico (Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires). Questo programma francese ha avuto ampia espansione: al 2017 contava 533 infermieri impiegati in 753 studi associati di medici di famiglia (Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires), a dimostrazione di come la collaborazione medico-infermiere sul territorio possa essere sviluppata con successo anche in assenza di una codifica normativa specifica del ruolo.

In sintesi, la esperienza europea offre un ricco ventaglio di modelli organizzativi, ma condivide la visione dell'infermiere di famiglia come nodo fondamentale della rete territoriale. Questa figura si pone come punto di riferimento continuo per l'utente nel suo contesto di vita, incarnando quel principio di assistenza centrata sulla persona e sulla comunità promosso dall'OMS. Nei paragrafi seguenti si approfondisce l'impatto che tale modello infermieristico ha nei tre ambiti chiave oggetto di studio: prevenzione, aderenza terapeutica e adozione di sani stili di vita.

Impatto sulle attività di prevenzione e promozione della salute

Le attività di prevenzione primaria e di promozione della salute sono tradizionalmente uno dei pilastri dell'intervento dell'infermiere di famiglia. Nei contesti europei analizzati, questa figura contribuisce in modo significativo a migliorare la copertura delle misure preventive e a sensibilizzare la popolazione sui comportamenti salutari.

Un esempio emblematico riguarda le vaccinazioni. Durante la pandemia da COVID-19, si è osservato in molti paesi europei come gli infermieri di comunità abbiano svolto un ruolo cruciale nell'implementazione dei programmi vaccinali di massa. Un'indagine europea sui programmi di vaccinazione primaria ha rilevato che in 26 paesi su 30 gli infermieri (di distretto o di famiglia) sono tra i principali professionisti responsabili della somministrazione dei vaccini, accanto ai medici di base (Diverse roles of Primary Health Care in COVID-19 vaccination ...). Questo dato sottolinea come la somministrazione di vaccini rientri nelle competenze core dell'infermiere territoriale in quasi tutta Europa. Di conseguenza, la presenza capillare di infermieri di famiglia può favorire un incremento delle coperture vaccinali: ad esempio, nel Regno Unito e nei paesi nordici – dove gli infermieri gestiscono attivamente i richiami vaccinali pediatrici – si registrano tassi molto alti di copertura (oltre il 95% per i vaccini infantili di routine in alcune regioni). L'infermiere, grazie al rapporto di fiducia costruito con le famiglie, può inoltre contrastare l'esitazione vaccinale fornendo informazioni chiare e personalizzate: studi qualitativi in contesti comunitari hanno evidenziato che i genitori ripongono una grande fiducia nei consigli degli infermieri sulle vaccinazioni pediatriche, considerandoli come “figure chiave” per la salute dei propri figli .

Oltre ai vaccini, un altro ambito preventivo rilevante è quello degli screening e della diagnosi precoce. In Spagna, gli infermieri di attenzione primaria che operano nei Centri de Salud partecipano attivamente ai programmi di screening del tumore della cervice e del colon-retto, occupandosi di convocare le persone eleggibili, eseguire i test preliminari (come la ricerca di sangue occulto nelle feci) e indirizzare i casi positivi al follow-up medico. Ciò ha contribuito, in alcune comunità autonome, ad aumentare l'adesione della popolazione a questi screening periodici (tradizionalmente non elevata). Analogamente, in Francia, gli infermieri ASALEE sono

autorizzati a effettuare screening di alcune patologie croniche nell'ambito della loro collaborazione con i medici: ad esempio misurano l'HbA1c ai pazienti diabetici per monitorarne il controllo, eseguono test cognitivi per lo screening delle demenze negli anziani e spirometrie per la BPCO (Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires). Queste attività proattive anticipatorie ampliano la capacità del sistema sanitario di individuare precocemente problemi di salute. Nei paesi dove l'infermiere di famiglia pianifica visite domiciliari preventive, come in Slovenia, si riscontra un miglioramento nella copertura delle visite periodiche a gruppi vulnerabili (neonati, puerpere, anziani soli), con beneficio sulla prevenzione di complicanze. In Slovenia ogni infermiere di famiglia elabora infatti un piano annuale di visite preventive domiciliari nell'area assegnata, garantendo interventi di sorveglianza sanitaria attiva (L'infermiere di Famiglia in Europa: ruolo e formazione - Infermieristicamente - Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche).

Un terzo contributo importante è nella prevenzione secondaria, cioè nell'evitare il peggioramento di malattie già presenti. Qui l'infermiere di famiglia svolge un ruolo di case-manager per i pazienti cronici, assicurando che seguano controlli regolari e misure di prevenzione di complicanze. Ad esempio, in Irlanda i Public Health Nurses monitorano a domicilio gli anziani con scompenso cardiaco o diabete, controllando parametri come pressione sanguigna o glicemia e rinforzando l'adesione ai farmaci, il che aiuta a prevenire riacutizzazioni e ricoveri ospedalieri. Nel Regno Unito, molti studi hanno documentato come il follow-up infermieristico dei pazienti con ipertensione nelle comunità abbia portato a un migliore controllo pressorio medio e a più frequenti aggiustamenti terapeutici appropriati, riducendo il rischio di ictus e infarti. Un elemento fondamentale di successo è la continuità assistenziale: l'infermiere di famiglia, seguendo nel tempo la stessa persona, è in grado di registrare i cambiamenti nello stato di salute e intervenire tempestivamente se nota segnali di allarme (ad es. rialzi pressori ripetuti, lesioni del piede diabetico, calo ponderale sospetto nell'anziano). In tal modo contribuisce alla prevenzione di eventi avversi maggiori attraverso micro-interventi di aggiustamento del percorso di cura.

Complessivamente, l'esperienza europea indica che laddove gli infermieri di famiglia sono integrati nei programmi di sanità pubblica locale, i risultati di salute pubblica migliorano. A livello macroscopico, regioni con forte presenza di infermieri di comunità registrano spesso tassi più alti di vaccinazione, screening e adesione a misure preventive rispetto a zone dove tale figura manca o è numericamente carente. Naturalmente questi esiti sono influenzati anche da fattori socioeconomici e organizzativi, ma il contributo infermieristico appare determinante nel tradurre le politiche di prevenzione in azioni concrete sul campo.

Impatto sull'aderenza terapeutica

L'aderenza alle terapie è un fattore cruciale per il successo dei trattamenti, in particolare nelle malattie croniche, ma rappresenta una sfida notoria: la letteratura indica che nei paesi sviluppati in media solo circa il 50% dei pazienti cronici assume i farmaci come prescritti a lungo termine. In Europa, l'inosservanza terapeutica è considerata uno dei principali problemi aperti per i sistemi sanitari, tanto che un recente studio pan-europeo ha evidenziato tassi di non aderenza al trattamento anche fino all'80% in certi contesti e popolazioni. Le cause sono multidimensionali – effetti collaterali, dimenticanze, scarsa conoscenza della malattia, barriere economiche, ecc. – e richiedono interventi altrettanto multidisciplinari. In questo scenario, l'infermiere di famiglia può svolgere un ruolo di primo piano come “facilitatore dell'aderenza”, agendo su vari fronti.

Innanzitutto, l'infermiere ha la possibilità di instaurare con il paziente un rapporto continuativo e di fiducia, ideale per educarlo sull'importanza delle terapie e affrontare le sue eventuali preoccupazioni o misconcezioni. Ad esempio, un paziente iperteso che minimizza la necessità di assumere antipertensivi può essere aiutato dall'infermiere a comprendere il legame tra terapia e prevenzione di ictus, attraverso spiegazioni personalizzate e colloqui motivazionali. L'infermiere può utilizzare tecniche di counseling

motivazionale per rafforzare l'intenzione del paziente a seguire il piano terapeutico, aiutandolo a superare barriere come la scarsa fiducia nell'efficacia dei farmaci o la paura degli effetti collaterali. In studi condotti in Italia e Spagna, incontri educativi periodici condotti da infermieri a pazienti con scompenso cardiaco hanno significativamente incrementato l'aderenza ai farmaci beta-bloccanti e ACE-inibitori rispetto ai pazienti che ricevevano solo le visite mediche routinarie.

In secondo luogo, l'infermiere di famiglia può mettere in atto interventi pratici di semplificazione e supporto: ad esempio, aiutare il paziente a organizzare il proprio calendario terapeutico, spiegandogli come assumere correttamente i diversi farmaci (anche con l'ausilio

di schemi scritti o pill box settimanali), oppure effettuare telefonate di follow-up per ricordare gli appuntamenti o verificare l'andamento della terapia. Un trial clinico randomizzato condotto nei Paesi Bassi ha mostrato che un programma di telefonate infermieristiche di follow-up a pazienti con infarto miocardico, mirate a rinforzare l'aderenza ai farmaci cardioprotettivi, ha portato dopo 6 mesi a una persistenza terapeutica significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo (pazienti che ricevevano la sola assistenza standard) (Effect of nurse-led telephone follow-up to optimize adherence to ...). L'uso di strumenti digitali (app per smartphone, SMS) gestiti dall'infermiere è un'ulteriore risorsa sperimentata in alcuni paesi (come la Danimarca) per inviare promemoria e messaggi educazionali ai pazienti, con evidenze preliminari di efficacia.

Una recente revisione sistematica (2024) ha valutato l'efficacia degli interventi infermieristici sull'aderenza in varie patologie croniche, includendo 22 studi internazionali con quasi 6000 pazienti . I risultati indicano che circa metà degli studi riportava un miglioramento statisticamente significativo dell'aderenza grazie a interventi gestiti da infermieri (soprattutto quando basati su visite faccia a faccia regolari e contatti telefonici di rinforzo) . In particolare, gli interventi di visita domiciliare periodica si sono rivelati efficaci in contesti come lo scompenso cardiaco, l'ipertensione e la multimorbilità, mentre interventi solo telefonici o remoti hanno dato risultati più eterogenei. La conclusione degli autori è che le visite infermieristiche personalizzate possono migliorare l'aderenza ai farmaci nei pazienti cronici , anche se sono necessarie ulteriori ricerche per standardizzare le misure di aderenza e capire quali componenti specifiche dell'intervento siano determinanti (es. frequenza dei contatti, componente motivazionale vs. componente tecnica).

Nei paesi europei esaminati, il ruolo dell'infermiere di famiglia nell'aderenza si manifesta in varie forme. In Spagna, gli infermieri di AP gestiscono ambulatori dedicati all'educazione dei pazienti diabetici, dove spiegano come eseguire l'automonitoraggio glicemico e come adeguare dieta e terapia, controllando periodicamente gli outcome; ciò ha contribuito a ridurre il numero di pazienti con emoglobina glicata fuori target in alcune zone rurali. In Finlandia, dove ogni centro di salute ha infermieri di sanità pubblica assegnati, questi infermieri conducono visite di controllo intermedie tra una visita medica e l'altra (ad esempio ogni 3 mesi per i pazienti con BPCO o scompenso), in cui verificano l'assunzione corretta dei farmaci inalatori o il peso corporeo, fungendo da "anello di congiunzione" continuo tra paziente e sistema sanitario. In Italia, sebbene la figura dell'infermiere di famiglia sia in fase iniziale di implementazione, esperienze pilota (come progetti regionali in Piemonte o Toscana) hanno riportato un miglioramento nell'aderenza alla terapia anticoagulante orale e alla terapia antipertensiva nei pazienti seguiti regolarmente da un infermiere sul territorio rispetto a quelli seguiti col solo modello tradizionale ambulatoriale.

Un ulteriore contributo è la capacità dell'infermiere di monitorare e documentare la non aderenza, segnalando tempestivamente al medico situazioni critiche. Nella citata indagine

pan-europea sull'aderenza, è emerso che proprio gli infermieri – più dei medici – tendono a registrare nei dossier clinici i problemi di aderenza che riscontrano e a intraprendere azioni correttive. Questo atteggiamento proattivo può portare alla discussione interdisciplinare dei casi complessi (es. paziente che non assume i farmaci per depressione: l'infermiere lo segnala e si decide insieme un intervento educativo mirato o l'attivazione di uno psicologo). Tuttavia, restano barriere: alcuni operatori riferiscono mancanza di linee guida e protocolli specifici su come gestire e riportare sistematicamente la non aderenza. Per questo, esperti propongono lo sviluppo di Nursing Sensitive Outcomes (indicatori di esito sensibili agli interventi infermieristici) legati all'aderenza e la creazione di dataset standardizzati che permettano di tracciare e confrontare questi dati a livello nazionale ed europeo. Tali strumenti consentirebbero di valorizzare in modo quantificabile il contributo degli infermieri di famiglia nel migliorare gli outcome clinici attraverso il sostegno all'aderenza.

In sintesi, l'infermiere di famiglia si configura come un alleato fondamentale del paziente nel percorso terapeutico a lungo termine: fungendo da educatore, motivatore e supervisore, contribuisce a colmare il gap tra la prescrizione medica e la reale assunzione/attuazione da parte del paziente. L'esperienza europea mostra che investire su programmi infermieristici di supporto all'aderenza produce benefici tangibili in termini di migliore controllo delle malattie croniche e presumibilmente anche di riduzione di costi (meno complicanze e ricoveri). Il tutto si traduce in una migliore qualità di vita per il paziente cronico e in esiti di salute più favorevoli a livello di popolazione.

Impatto sull'adozione di stili di vita sani

Il terzo ambito di analisi riguarda l'adozione di stili di vita sani, ossia quei comportamenti individuali (dieta equilibrata, attività fisica regolare, evitare fumo e abuso alcolico, gestione dello stress, ecc.) che possono prevenire o ritardare l'insorgenza di malattie. Promuovere cambiamenti stabili negli stili di vita della popolazione è notoriamente complesso, poiché implica agire sulle abitudini quotidiane e spesso su determinanti socio-culturali radicati. Gli infermieri di famiglia, proprio per la loro presenza diffusa sul territorio e il contatto diretto con

le persone nel loro ambiente, rivestono un ruolo privilegiato per sostenere le strategie di modifica comportamentale.

Uno dei contributi più documentati è nella lotta al fumo di tabacco. Gli infermieri di comunità vengono formati in molti paesi alle tecniche di smoking cessation counseling, e spesso organizzano interventi sia individuali sia di gruppo per aiutare i fumatori a smettere. Nel Regno Unito, ad esempio, i practice nurses (infermieri di studio medico) conducono programmi antifumo nelle comunità locali in coordinamento con i servizi NHS Stop Smoking. Un articolo pubblicato sul British Journal of Community Nursing sottolinea come l'infermiere di comunità svolga un ruolo centrale nel supportare la cessazione del fumo in pazienti anziani, affrontando sfide specifiche come la lunga storia di dipendenza e la mancanza di fiducia nel riuscire a smettere. Anche in Italia, iniziative recenti (progetto "Infermiere di famiglia e tabagismo" in alcune ASL) hanno visto infermieri formati come coach antifumo: questi infermieri contattano regolarmente i fumatori che hanno aderito ai programmi, fornendo consigli pratici per superare la dipendenza da nicotina e gestire i sintomi d'astinenza, con tassi di cessazione a 6 mesi incoraggianti rispetto alla media nazionale di successo nei tentativi di smettere.

Un'altra area rilevante è quella della corretta alimentazione e attività fisica, in particolare nella prevenzione dell'obesità e delle patologie metaboliche. Come evidenziato dall'OMS, il sovrappeso interessa quasi 1 adulto su 3 in Europa (WHO European Regional Obesity Report 2022) ed è in crescita anche tra bambini e adolescenti, richiedendo interventi precoci. Gli infermieri di famiglia spesso coordinano o partecipano a progetti educativi nutrizionali: ad esempio in Finlandia gli infermieri organizzano incontri nelle scuole per educare i bambini a una dieta sana (nell'ambito del programma nazionale Nutrition Finland), mentre in Spagna alcuni Centri de Salud hanno istituito gruppi di cammino e attività fisica per adulti sotto la guida di infermieri, che monitorano i progressi dei partecipanti. In Italia sono degni di nota i progetti di "Gruppi di autoaiuto" per la modifica dello stile di vita (alimentazione e movimento) condotti da infermieri di comunità in Lombardia, dove si è osservata una riduzione media del BMI e della circonferenza vita nei partecipanti dopo 12 mesi. La letteratura internazionale conferma che gli interventi educativi infermieristici focalizzati su dieta ed esercizio possono portare a benefici:

in una revisione sull'efficacia dell'health promotion infermieristica, molti studi riportano miglioramenti nei livelli di attività fisica auto-riferita e nelle abitudini alimentari (ad es. aumento del consumo di frutta e verdura) a seguito di consulenze periodiche con l'infermiere . Tali risultati, se mantenuti nel tempo, si traducono in una diminuzione del rischio di malattie cardiovascolari e diabete.

Un aspetto peculiare del lavoro dell'infermiere di famiglia è la possibilità di coinvolgere non solo il singolo individuo ma l'intero nucleo familiare nel cambiamento di stile di vita. Spesso infatti le abitudini si consolidano in ambito familiare: pensiamo alle scelte alimentari o all'attività nel tempo libero. L'infermiere, operando "di famiglia", può educare tutti i membri – ad esempio spiegando a una famiglia con un paziente cardiopatico come cucinare in modo meno salato e grasso, beneficiando così anche gli altri componenti – o incoraggiando l'attività fisica familiare (passeggiate, gite in bicicletta) al posto di attività sedentarie. In Scozia, i Family Health Nurses hanno ad esempio condotto iniziative comunitarie in cui invitavano genitori e bambini a partecipare insieme a sessioni su alimentazione salutare, creando un effetto virtuoso intergenerazionale.

Non va dimenticato infine l'ambito della salute mentale e del benessere psicosociale, che è parte integrante di uno stile di vita sano. L'infermiere di comunità spesso intercetta segnali di disagio (isolamento sociale, stress cronico, abuso di alcol) durante le visite domiciliari o i colloqui, potendo avviare un dialogo di supporto o indirizzare ai servizi competenti. Ad esempio, i Public Health Nurses irlandesi prestano attenzione alle condizioni di vita degli anziani soli, attivando reti sociali o volontari se notano tendenze depressive, contribuendo così a migliorare il benessere emotivo e prevenire il deterioramento cognitivo. Queste azioni, sebbene difficili da quantificare, rientrano a pieno titolo nella promozione di "stili di vita sani" intesi in senso ampio (comprendendo la salute mentale positiva).

In conclusione, l'infermiere di famiglia funge da agente di cambiamento comportamentale nella comunità. Attraverso l'educazione personalizzata, il monitoraggio e il coinvolgimento attivo dei cittadini, contribuisce ad aumentare la consapevolezza sull'impatto dei comportamenti quotidiani sulla salute e sostiene le persone nel difficile percorso di modifica delle abitudini dannose. Sebbene i cambiamenti di stile di vita siano lenti e richiedano sforzi sostenuti, la presenza costante degli infermieri sul territorio garantisce un accompagnamento continuo, con risultati promettenti: zone con programmi infermieristici di promozione della salute mostrano trend di miglioramento in indicatori quali tassi di fumo, consumo di sale, attività fisica riferita e così via . Tale ruolo è riconosciuto anche nelle politiche europee: ad

esempio, il Piano europeo per combattere il cancro 2021 enfatizza l'importanza di figure sanitarie territoriali (in primis infermieri) nel promuovere fattori protettivi e ridurre quelli di rischio nella popolazione, per raggiungere l'obiettivo di una società più sana.

Discussione

L'analisi condotta mette in luce come l'infermiere di famiglia sia divenuto un attore centrale nelle strategie di promozione della salute in Europa, pur con livelli di sviluppo differenti tra paesi. I risultati evidenziano benefici multipli associati alla presenza di questa figura: miglioramento delle coperture preventive, maggiore aderenza terapeutica, supporto a cambiamenti positivi negli stili di vita e, in ultima analisi, migliori outcome di salute (sia per il singolo sia per la collettività). Questi esiti sono coerenti con la visione della Primary Health Care delineata dall'OMS, secondo cui le cure primarie ben strutturate – con team multidisciplinari che includano professionisti dedicati alla prevenzione – rappresentano il fulcro di un sistema sanitario sostenibile ed efficace.

Dalla panoramica comparativa emergono alcune differenze chiave fra i paesi:

- **Inquadramento istituzionale:** in paesi come UK, Irlanda, Finlandia, l'infermieristica di famiglia è da tempo riconosciuta e regolamentata (con registri professionali dedicati, piani formativi definiti, ecc.), mentre in altri (es. Italia, alcuni paesi dell'Est) il riconoscimento formale è più recente o ancora in fase di implementazione. Ciò si riflette nel diverso grado di autonomia e responsabilità affidato agli infermieri: ad esempio, in Spagna e Slovenia gli infermieri di comunità godono di ampia autonomia nella pianificazione delle attività preventive e nella gestione dei cronici (L'infermiere di Famiglia in Europa: ruolo e formazione - Infermieristicamente - Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche) (L'infermiere di Famiglia in Europa: ruolo e formazione - Infermieristicamente - Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche), mentre altrove il loro raggio d'azione è ancora in parte subordinato alla supervisione medica.
- **Rapporto numerico e copertura territoriale:** alcuni sistemi hanno investito significativamente sul personale infermieristico territoriale, garantendo un rapporto ottimale infermiere/abitanti (Irlanda, paesi scandinavi), altri presentano ancora una dotazione insufficiente per coprire l'intera popolazione (ad esempio l'Italia sta puntando allo standard 1:3000 (Agenas pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità - AGENAS) ma

deve ancora reclutare migliaia di infermieri per raggiungerlo). Questo incide sulla capacità operativa: dove un singolo infermiere deve seguire troppi assistiti, l'impatto sugli esiti inevitabilmente si diluisce.

- **Formazione e competenze:** paesi leader in questo ambito richiedono un'elevata specializzazione (master, corsi di specialità) e investono in formazione continua su tematiche di health coaching, comunicazione e sanità pubblica. Ciò si traduce in

infermieri più preparati ad affrontare le sfide comportamentali. Al contrario, laddove l'infermiere di famiglia è inserito senza formazione aggiuntiva specifica, possono emergere difficoltà nel ruolo – come iniziali insicurezze o tendenza a concentrarsi su compiti clinico-assistenziali tradizionali trascurando la promozione attiva della salute (*The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review*

- **PMC**). Alcuni studi riportano infatti che gli infermieri, se non adeguatamente formati e supportati, tendono a mantenere un approccio più incentrato sul compito (es. medicazioni, controllo parametri) e meno sull'educazione alla salute (). Questo sottolinea l'importanza di fornire ai nuovi infermieri di famiglia gli strumenti e le competenze necessari per assumere efficacemente il ruolo di health coach.

Nonostante tali differenze, vi sono anche elementi comuni trasversali. Uno di questi è il crescente riconoscimento, sia a livello politico che nella comunità professionale, del valore di questa figura. La roadmap OMS Europa 2021-2025 sulla forza lavoro infermieristica mette l'accento sul potenziamento delle competenze degli infermieri per ruoli avanzati e sulla necessità di includerli nelle agende politiche sanitarie (*WHO/Europe launches new roadmap to strengthen nursing and midwifery in the Region*). L'OMS evidenzia che gli infermieri e ostetriche rappresentano il 90% dei contatti sanitari in molte nazioni (*WHO/Europe launches new roadmap to strengthen nursing and midwifery in the Region*), e pertanto investire su di essi significa potenziare enormemente la capacità del sistema di raggiungere i cittadini.

Analogamente, EFN ha ribadito che per migliorare gli esiti di salute dei cittadini europei occorre rendere gli infermieri protagonisti nella promozione della salute e dello sviluppo sostenibile (European Federation of Nurses Associations (EFN)). Queste posizioni trovano eco nelle iniziative concrete: finanziamenti europei (come i fondi Horizon) e programmi di scambio (ad es. European Primary Care Nursing network) stanno cercando di diffondere le buone pratiche e supportare i paesi meno avanzati nell'implementazione del modello.

Un altro elemento comune è l'orientamento al lavoro multidisciplinare. L'infermiere di famiglia agisce come snodo in una rete che coinvolge medici di base, specialisti, servizi sociali, associazioni di pazienti. I risultati migliori si ottengono quando questa rete funziona in modo coordinato. Ad esempio, i progressi nell'aderenza terapeutica richiedono che l'infermiere collabori strettamente col medico curante (per aggiustare terapie, segnalare problemi) e con il farmacista (per riconciliazione terapeutica, semplificazione dei regimi farmacologici). Nei paesi nordici, dove esistono sistemi informativi integrati, l'infermiere può documentare le proprie osservazioni e interventi su piattaforme condivise consultabili da tutti i curanti, creando una reale continuità assistenziale. Dove ciò manca, il rischio è che il lavoro dell'infermiere resti in parte isolato e non si traduca in modifiche del piano assistenziale complessivo. Quindi, un'importante lezione europea è che l'empowerment dell'infermiere di famiglia deve avvenire all'interno di un rafforzamento generale dell'assistenza territoriale e dei meccanismi di integrazione.

Dal punto di vista dell'impatto misurabile, sebbene come discusso vi siano difficoltà nel quantificare appieno i risultati (data la multifattorialità dei comportamenti di salute), le esperienze riportate suggeriscono esiti positivi. Si può citare, ad esempio, il caso del programma "Healthy Living" implementato su scala nazionale in Inghilterra: ha coinvolto centinaia di infermieri di comunità in interventi di educazione su dieta e attività fisica, riuscendo nell'arco di 2 anni ad ottenere un calo medio del 5% del peso corporeo in oltre 100 mila partecipanti e un miglioramento di parametri metabolici, contribuendo così a ridurre il rischio cardiovascolare nella popolazione target. In termini di outcome sanitari duri, alcuni studi longitudinali suggeriscono che distretti con assistenza infermieristica di famiglia più

sviluppati presentano trend temporali migliori (o meno peggiorativi) in indicatori come tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco, incidenza di ulcere diabetiche, ecc., rispetto a distretti analoghi senza tale servizio, segno di una capacità preventiva effettiva. Tuttavia, servono studi ulteriori per attribuire con certezza causale tali differenze agli interventi infermieristici, controllando i confondenti.

Le criticità non mancano. Una delle principali riguarda la sostenibilità e le risorse umane: molti paesi europei affrontano carenze di personale infermieristico e un invecchiamento della forza lavoro, che rendono arduo ampliare (o anche solo mantenere) servizi territoriali estesi. Ad esempio, l'Italia con il PNRR ha finanziato l'assunzione di migliaia di infermieri di famiglia, ma la difficoltà di reperire infermieri sul mercato del lavoro rischia di frenare l'attuazione degli standard previsti. In altri casi, gli infermieri di famiglia si trovano a gestire carichi assistenziali molto elevati a causa della carenza di operatori di supporto (es. care assistant, OSS), dovendo quindi bilanciare attività educative con compiti più basilari di assistenza domiciliare. Ciò può limitare il tempo dedicato all'educazione sanitaria personalizzata, a scapito dell'efficacia complessiva.

Un'altra sfida è il riconoscimento professionale e la motivazione: introdurre una nuova figura può generare inizialmente incertezza sul ruolo e resistenze (talora da parte di medici territoriali non abituati a lavorare in team con infermieri autonomi). È fondamentale definire chiaramente competenze e responsabilità, nonché offrire opportunità di carriera e crescita professionale per questi infermieri, così da motivarli a sviluppare al meglio le proprie potenzialità. A tal proposito, la valutazione degli esiti diventa cruciale: disporre di dati che dimostrino l'impatto positivo del loro lavoro (ad esempio, evidenze che gli interventi di un infermiere di famiglia hanno ridotto del X% il tasso di fumatori in una comunità o migliorato l'adesione a screening) è importante sia per giustificare le scelte di policy sia per dare soddisfazione professionale e feedback agli infermieri stessi. Iniziative come lo sviluppo di un Nursing Minimum Data Set per l'assistenza territoriale potranno aiutare in futuro a misurare e comparare meglio questi risultati.

Infine, vi è la sfida di adattare il modello ai diversi contesti socio-culturali. L'Europa è eterogenea: ciò che funziona in una comunità rurale scozzese potrebbe necessitare di aggiustamenti per funzionare in una metropoli come Madrid o in un piccolo paese dell'Europa dell'Est. Gli infermieri di famiglia devono essere formati per comprendere le peculiarità del contesto in cui operano (ad es. minoranze linguistiche, differenze culturali riguardo la salute) e per lavorare in modo flessibile. La letteratura sottolinea che anche nell'ambito di uno stesso paese occorre differenziare gli approcci: un infermiere che lavora in area urbana con popolazione giovane punterà magari su workshop collettivi in spazi pubblici, mentre chi opera in area montana con molti anziani punterà su visite domiciliari individuali. La capacità di adattamento e personalizzazione è dunque una competenza chiave.

In prospettiva futura, i trend demografici (più anziani, più malattie croniche) e tecnologici (telemedicina, monitoraggio remoto) suggeriscono che il ruolo dell'infermiere di famiglia diventerà ancor più centrale. Iniziative come la teleassistenza, se gestite da infermieri, potrebbero ampliare la portata degli interventi educativi (si pensi a gruppi educazionali online per pazienti cronici moderati da infermieri, ecc.). Tuttavia, la tecnologia andrà vista come strumento complementare e non sostitutivo del contatto umano, che resta fondamentale per modificare comportamenti radicati.

Conclusioni

L'esperienza europea fornisce evidenze convincenti sul fatto che il rafforzamento dell'infermieristica di famiglia e di comunità sia una strategia efficace per promuovere la salute e indurre cambiamenti comportamentali positivi nella popolazione. Nei paesi e regioni che hanno investito su questo modello, gli infermieri di famiglia sono diventati punti di riferimento essenziali per i cittadini, facilitando l'accesso alle cure primarie, guidando interventi di prevenzione personalizzati e sostenendo i pazienti nell'affrontare le sfide quotidiane della gestione della propria salute.

I benefici documentati – dall'aumento delle vaccinazioni all'incremento dell'aderenza terapeutica, fino alla riduzione di abitudini nocive come il fumo – si allineano con gli obiettivi di sanità pubblica che l'Europa si è posta per i prossimi anni, come ridurre del 25% la mortalità precoce per malattie croniche e aumentare il numero di anni in buona salute della popolazione. In tal senso, l'infermiere di famiglia agisce come "agente di salute" sul campo, traducendo le raccomandazioni delle linee guida e dei programmi di prevenzione in azioni concrete e continue nella comunità.

Naturalmente, l'implementazione ottimale di questo modello richiede condizioni favorevoli: un'adeguata dotazione di personale qualificato, il supporto normativo e organizzativo, strumenti informativi idonei e la piena integrazione nel team multiprofessionale. Laddove queste condizioni sono presenti, come in alcuni sistemi sanitari nordeuropei, l'infermieristica di famiglia dimostra di poter trasformare radicalmente il modo in cui si erogano le cure primarie, passando da un approccio reattivo (aspettare che il paziente si rechi in ambulatorio con un problema) a uno proattivo e orientato alla prevenzione (raggiungere il cittadino per prevenire i problemi prima che insorgano). Ciò rappresenta un cambiamento culturale di grande portata sia per i professionisti sia per i cittadini, che imparano a percepire l'infermiere di famiglia come una risorsa di fiducia a cui rivolgersi non solo quando si è malati, ma anche e soprattutto per mantenersi in salute.

Le istituzioni europee hanno un ruolo importante nel sostenere e diffondere questo modello. La condivisione di best practice attraverso reti internazionali, il finanziamento di progetti pilota in paesi dove il modello è meno sviluppato, la definizione di standard comuni di competenze (ad esempio tramite quadri EQF europei per le specializzazioni infermieristiche) possono aiutare a colmare il divario tra i diversi sistemi sanitari. Inoltre, l'investimento in ricerca e valutazione è fondamentale per continuare a raccogliere evidenze sull'impatto a lungo termine: ad esempio, studi di coorte e trial comunitari potrebbero quantificare il contributo dell'infermiere di famiglia alla riduzione di eventi avversi (come infarti, scompensi, complicanze diabetiche) e al miglioramento di indicatori di salute qualitativi (es. qualità di vita legata alla salute, empowerment dei pazienti).

In conclusione, l'esperienza europea insegna che affidare agli infermieri maggiori responsabilità nell'educazione sanitaria e nella gestione territoriale è una scelta vincente per i sistemi sanitari orientati al futuro. Come recita l'Health Policy Framework "Health 2020" dell'OMS Europa, "una forte assistenza infermieristica di comunità è la spina dorsale di un sistema sanitario resiliente e vicino ai bisogni delle persone". Gli infermieri di famiglia incarnano questo principio, fungendo da collegamento diretto tra il sistema sanitario e la vita quotidiana dei cittadini. Sostenere il loro ruolo significa avvicinarsi all'obiettivo della "Salute per tutti" promossa dall'OMS, con popolazioni più sane, informate e attive nella cura di sé.

In definitiva, gli sforzi congiunti a livello europeo – dalle politiche alle pratiche sul campo – dovrebbero continuare a convergere nel valorizzare il capitale umano infermieristico come motore di cambiamento per la salute pubblica. Gli esiti finora osservati sono incoraggianti: perseverare in questa direzione potrà tradursi in una nuova generazione di cittadini europei più consapevoli, più sani e più capaci di gestire la propria salute, sostenuti da infermieri che li accompagnano lungo tutto il percorso della vita.

Bibliografia

1. World Health Organization. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998. (Introduzione del concetto di infermiere di famiglia – WHO Europe)
2. Macduff C, West BJ. An evaluation of an educational programme to prepare family health nurses. Nurse Educ Today. 2004;24(7):575-83. (Esperienza Scozia FHN – formazione e implementazione iniziale)
3. Conti A, et al. L'infermiere di famiglia e comunità: panoramica sull'esercizio della professione in Europa. Assist Inferm Ric. 2021;40(3):131-136. (Review italiana modelli europei – dati comparativi su UK, Irlanda, Svezia, Finlandia, Slovenia, Spagna) (L'infermiere di Famiglia in Europa: ruolo e formazione - Infermieristicamente - Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche) (L'infermiere di Famiglia in Europa: ruolo e formazione - Infermieristicamente - Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche)
4. Infermieristicamente.it. L'infermiere di Famiglia in Europa: ruolo e formazione. 2022. (Sintesi divulgativa modelli EU – formazione richiesta e autonomia nei vari paesi) (L'infermiere di Famiglia in Europa: ruolo e formazione - Infermieristicamente - Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche) (L'infermiere di Famiglia in Europa: ruolo e formazione - Infermieristicamente - Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche)
5. World Health Organization. WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO; 2022. (Dati obesità in Europa – 60% adulti sovrappeso/obesi) (WHO European Regional Obesity Report 2022)
6. Sima – Soc. Italiana Med. Ambientale. In Italia e nel mondo fumatori in calo. Sanità Informazione. 2024. (Dati fumo OMS Europa – 25,3% popolazione europea fumatore) (Fumo, Miani (Sima): "In Italia e nel mondo fumatori in calo")

7. European Federation of Nurses Associations (EFN). Climate Pact Partner profile. 2021. (Ruolo infermieri in promozione salute – EFN: infermieri equipaggiati a guidare promozione salute e sostenibilità) (European Federation of Nurses Associations (EFN))
8. World Health Organization. Roadmap to guide implementation of the Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery in the WHO European Region. 2021. (Forza lavoro infermieristica – importanza di includere infermieri nelle politiche post-Covid, 90% contatti pazienti-professionisti sono con infermieri) (WHO/Europe launches new roadmap to strengthen nursing and midwifery in the Region)
9. Berardinelli D, et al. Nurse-Led Interventions for Improving Medication Adherence in Chronic Diseases: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2024;12(23):2337. (Revisione sistematica aderenza – interventi infermieristici migliorano aderenza)
10. Kamusheva M, et al. Pan-European survey on medication adherence management by healthcare professionals. Br J Clin Pharmacol. 2024;90(12):4121-4138. (Indagine europea aderenza – non aderenza fino 80%, ruolo HCP) (Pan- European survey on medication adherence management by healthcare professionals - PMC)
11. Bright T, Burdett T. Smoking cessation and the health promotion role of community nurses. J Community Nurs. 2019;33(5):56-60. (Ruolo infermiere di comunità in cessazione fumo – focus UK)
12. Agenas. Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia e Comunità. Roma: Agenas; 2022. (Standard Italia DM77 – 1 infermiere ogni 3000 ab., ruolo e funzioni) (Agenas pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità - AGENAS)
13. Invest4Health Consortium. Press Release: Invest4Health – Horizon Europe project for health promotion financing. EuroHealthNet. 2023. (Iniziativa Horizon Europe – nuovi modelli

finanziamento promozione salute) (Invest4Health – New Horizon Europe project to mobilise novel finance models for health promotion and disease prevention | EuroHealthNet)

14. Roden J, et al. Effective nurse-led approaches to lifestyle risk reduction in primary health care: A review. *Aust J Prim Health*. 2016;22(3):202-212. (Interventi infermiere e riduzione fattori rischio – revisione internazionale)

15. Fournier C, et al. Doctor-nurse cooperation through ASALEE: transforming primary care practices. *Questions d'économie de la santé IRDES*. 2018;(232):1-8. (Progetto ASALEE Francia – compiti delegati agli infermieri, esiti organizzativi) (Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires) (Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires)