



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

Il ruolo dell'infermiere di comunità nei contesti rurali: l'esperienza post-COVID dell'ASL di Avellino

A cura di:

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

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

Annamaria Garofalo



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

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

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

Alfonso Marotta



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

Review article

DOI: [10.63099/nps.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'infermiere di comunità rappresenta una figura chiave per rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale, specialmente nei contesti rurali. Questo articolo esamina l'esperienza post-COVID dell'ASL di Avellino, un'area prevalentemente rurale dell'Irpinia, analizzando dati quantitativi aggiornati e fonti istituzionali. Sono presentati il numero di infermieri di comunità in servizio, la copertura territoriale raggiunta e i primi risultati clinici ed epidemiologici associati al loro intervento. Dall'analisi emerge che l'introduzione degli infermieri di comunità nell'ASL di Avellino ha contribuito a migliorare l'accesso alle cure nei piccoli centri, con indicazioni di riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e un maggiore follow-up dei pazienti cronici. Vengono discusse le sfide incontrate – tra cui la carenza di personale infermieristico e le peculiarità orografiche del territorio – e le opportunità che questa nuova figura professionale offre per il futuro della sanità territoriale campana. In conclusione, l'esperienza irpina suggerisce che l'infermieristica di comunità può avere un impatto positivo nel rafforzare l'assistenza locale post-pandemia, pur richiedendo sostegno strutturale e investimenti continuativi.

Introduzione

Le aree rurali affrontano sfide peculiari nell'assicurare ai cittadini un accesso equo e tempestivo ai servizi sanitari. La pandemia di COVID-19 ha ulteriormente evidenziato le fragilità dell'assistenza territoriale, mostrando la necessità di potenziare la sanità di prossimità soprattutto in contesti a bassa densità abitativa. In questo scenario, la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità è emersa come un elemento strategico per colmare il divario tra ospedale e territorio (Decreto Rilancio: l'infermiere di famiglia/comunità è "legge"). Istituita formalmente in Italia nel 2020 con il "Decreto Rilancio" durante l'emergenza pandemica (Decreto Rilancio: l'infermiere di famiglia/comunità è "legge") (Decreto Rilancio: l'infermiere di famiglia/comunità è "legge"), questa figura professionale opera a livello domiciliare e di comunità con l'obiettivo di seguire proattivamente individui e famiglie, in particolare anziani, cronici e soggetti fragili. Secondo gli standard nazionali fissati dal **Decreto Ministeriale 77/2022**, deve essere garantito almeno un infermiere di comunità ogni 3.000 abitanti (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida), integrato nei servizi territoriali come le Case della Comunità, gli ospedali di comunità e le centrali operative territoriali.

L'ASL di Avellino (provincia di Avellino, Regione Campania) offre un contesto emblematico per studiare il ruolo dell'infermiere di comunità in area rurale. Questa azienda sanitaria locale copre un territorio principalmente montuoso e disseminato di piccoli comuni nell'entroterra campano. La popolazione complessiva era di circa **401.451 abitanti nel 2022**, con una quota di over 65 anni pari a oltre 92 mila persone (circa il 23%) e un'età media di 46,1 anni (). Tali dati demografici sottolineano una popolazione progressivamente più anziana rispetto al passato, con crescenti bisogni assistenziali sul territorio. Nel periodo post-pandemico, l'ASL di Avellino ha avviato una riorganizzazione dell'assistenza territoriale in linea con le direttive nazionali e regionali: è stato attivato un **Ospedale di Comunità** da 10 posti letto a Bisaccia (in Alta Irpinia) per gestire ricoveri a bassa intensità assistenziale in ambito territoriale (), e sono state istituite le prime *Case della Comunità* quali strutture polifunzionali per la presa in carico integrata dei pazienti cronici. All'interno di queste nuove strutture e dei distretti sanitari dell'ASL, l'infermiere di comunità svolge un ruolo cruciale nella gestione multidisciplinare continuativa degli assistiti, in collaborazione con medici di medicina generale, pediatri e altri professionisti ().

L'esperienza campana, e in particolare quella avellinese, è di particolare interesse poiché la Regione Campania sta promuovendo il consolidamento normativo e organizzativo dell'infermieristica di comunità. Dopo un avvio nazionale non pienamente decollato nel 2020, si è giunti in Campania alla proposta di una legge regionale dedicata, incardinata nel 2022-2023 in Commissione Sanità, per rendere strutturale questa figura su tutto il territorio (FOCUS REGIONI / Qui Campania. Pronto il piano per l'inserimento dell'infermiere di famiglia sul territorio, ma rimangono troppe ombre a livello nazionale per un progetto mai decollato – Coina News). L'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Avellino e le istituzioni locali hanno sostenuto con forza tale iniziativa legislativa, riconoscendo nell'infermiere di comunità uno strumento fondamentale per rafforzare le cure primarie, prevenire ospedalizzazioni evitabili e promuovere l'educazione sanitaria in comunità isolate (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino) (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino). In questo contesto, il presente studio esamina come l'ASL di Avellino abbia implementato il ruolo dell'infermiere di comunità nel periodo post-COVID e quali risultati iniziali siano stati osservati, con uno sguardo critico alle sfide e prospettive future nei contesti rurali.

Metodologia

Si è condotta un'analisi descrittiva e qualitativa basata su fonti documentali e dati secondari relativi all'implementazione dell'infermieristica di comunità nell'ASL di Avellino dal 2020 in avanti. In particolare, sono stati raccolti dati quantitativi da fonti istituzionali quali report interni dell'ASL Avellino, delibere regionali campane e banche dati nazionali (Ministero della Salute, ISTAT, AGENAS). Sono state inoltre esaminate le linee guida nazionali (**DM 77/2022** e documenti AGENAS) e le comunicazioni ufficiali di enti professionali (FNOPI, OPI Avellino) per contestualizzare gli standard e gli obiettivi relativi alla figura dell'infermiere di comunità.

Per valutare i **risultati clinici ed epidemiologici**, si sono considerati indicatori indiretti riportati in letteratura e nelle esperienze dove l'infermiere di famiglia/comunità era già attivo. Ad esempio, sono stati estrapolati dati su tassi di accesso al pronto soccorso, ricoveri ospedalieri e copertura dell'assistenza domiciliare, confrontando scenari **pre** e **post** introduzione dell'infermiere di comunità, quando disponibili. Nel caso specifico dell'ASL di Avellino, data la recente implementazione, si è fatto ricorso a dati preliminari e osservazioni riportate da fonti locali (comunicati stampa, dichiarazioni di dirigenti sanitari, articoli su riviste specialistiche) riguardanti il numero di infermieri di comunità assunti, il loro ambito di intervento e la percezione del loro impatto sui servizi territoriali. Tutte le informazioni chiave sono state verificate tramite fonti attendibili: per i dati nazionali si è fatto riferimento a pubblicazioni ufficiali (ad es. **FNOPI**, Ministero della Salute), mentre per i dati locali sono stati utilizzati documenti dell'ASL e notizie da organi di stampa qualificati. I risultati vengono presentati in forma aggregata e discussi criticamente alla luce della letteratura esistente sul tema.

Risultati

Profilo demografico e organizzativo del territorio. L'ASL di Avellino gestisce l'assistenza sanitaria di un territorio ampio e rurale. La provincia conta oltre **400.000 residenti** con una densità abitativa relativamente bassa e distribuita in decine di comuni, molti dei quali in aree montane interne. Come evidenziato dai dati demografici 2022, la popolazione locale è mediamente più anziana rispetto alla media nazionale (età media 46 anni) e oltre un quinto dei residenti ha più di 65 anni (). Ciò comporta un carico significativo di patologie croniche (es. ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari) e di bisogni assistenziali domiciliari. Prima del 2020 l'assistenza territoriale in questi comuni era affidata principalmente ai medici di medicina

generale e ai distretti sanitari, con un'offerta limitata di servizi infermieristici sul campo. Il COVID-19 ha colpito anche l'Irpinia evidenziando criticità, come la difficoltà di garantire monitoraggio e cure a domicilio per i pazienti positivi o fragili durante i lockdown, specie nei paesi più isolati. Questo ha accelerato l'adozione di nuovi modelli organizzativi post-pandemia.

Implementazione degli infermieri di comunità nell'ASL Avellino. A partire dal 2021-2022, in linea con le indicazioni nazionali, l'ASL di Avellino ha progressivamente introdotto la figura dell'infermiere di comunità. Entro il 2024 risultano **attivi o in fase di attivazione 19 infermieri di comunità** dedicati sul territorio provinciale, appositamente selezionati e formati per questo ruolo (Arriva anche in Irpinia l'infermiere di famiglia che affianca sui territori ...). Ciò rappresenta un primo nucleo operativo, corrispondente a circa **1 infermiere ogni ~21.000 abitanti**, ancora distante dallo standard ideale di 1:3000 stabilito dal DM 77/2022 (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida), ma che segna un cambiamento significativo rispetto al passato, quando tale figura era assente. Questi infermieri sono stati assegnati ai vari **Distretti Sanitari** dell'ASL (sei sul territorio avellinese) in modo da garantire una copertura il più possibile capillare. In ogni distretto è stato istituito un *servizio infermieristico di comunità*, spesso operante in sinergia con le nascenti Case della Comunità. Ad esempio, nell'Alta Irpinia (Distretto di Ariano e aree limitrofe) gli infermieri di comunità coprono i comuni montani più distanti dall'ospedale, effettuando visite domiciliari periodiche agli anziani soli e ai pazienti con patologie croniche complesse. Nel Distretto di Avellino città e dintorni, essi collaborano con i medici di base negli ambulatori territoriali per seguire i pazienti dimessi dall'ospedale (*dimissioni protette*) e assicurare la continuità assistenziale.

Servizi offerti e copertura territoriale. Gli infermieri di comunità dell'ASL Avellino svolgono una varietà di attività assistenziali e di sanità pubblica. Tra i servizi principali erogati vi sono: monitoraggio domiciliare di pazienti con malattie croniche (come diabetici, scompensati cardiaci, pazienti oncologici in follow-up), gestione delle terapie e dell'aderenza farmacologica, educazione sanitaria (su corretti stili di vita, gestione della malattia, prevenzione delle complicanze), esecuzione di medicazioni e altre prestazioni infermieristiche a domicilio, nonché supporto alle campagne di vaccinazione e di screening sul territorio. Un'attenzione specifica è rivolta alle fasce vulnerabili: gli **anziani soli nelle zone rurali** ricevono visite periodiche per valutare lo stato di salute generale, prevenire incidenti domestici

e intercettare precocemente eventuali segni di decadimento o nuovi bisogni assistenziali. Inoltre, in collaborazione con i servizi sociali dei comuni, gli infermieri di comunità partecipano a programmi di presa in carico integrata di pazienti fragili, attivando se necessario ulteriori risorse (es. ADI – assistenza domiciliare integrata, o interventi socio-assistenziali). La **copertura territoriale** garantita da questa rete infermieristica, pur ancora iniziale, abbraccia l'intera provincia: ad oggi ogni infermiere di comunità segue un bacino di vari comuni limitrofi, assicurando una presenza regolare (in genere settimanale o bisettimanale) anche nei paesi privi di strutture sanitarie fisse. In tal modo, la distanza dal capoluogo o dagli ospedali viene mitigata da una "sanità di prossimità" itinerante. Ad esempio, grazie a questi professionisti, aree come l'Alta Valle del Sele o certe vallate dell'Ufita – prima servite sporadicamente – hanno ora riferimenti sanitari più stabili in loco.

Risultati clinici ed epidemiologici preliminari. Sebbene il progetto sia in una fase relativamente iniziale, si possono già osservare alcuni trend positivi associati all'intervento degli infermieri di comunità nell'ASL di Avellino. Innanzitutto, vi è un riscontro qualitativo di **maggior accessibilità alle cure primarie**: pazienti anziani o con difficoltà di spostamento riferiscono di poter usufruire di controlli sanitari senza dover ogni volta recarsi presso il distretto o l'ospedale di riferimento. Dal punto di vista quantitativo, un indicatore significativo è rappresentato dagli **accessi al Pronto Soccorso per codici minori (es. codici bianchi)**: nelle aree dove l'infermiere di comunità è operativo da più tempo, i medici dei PS locali hanno segnalato una lieve riduzione degli accessi impropri, potenzialmente attribuibile alla gestione territoriale di piccoli problemi che prima venivano indirizzati all'ospedale. Questo trend è coerente con le esperienze documentate in altre regioni italiane: dove l'infermieristica di famiglia/comunità è attiva da anni, si è registrata una riduzione fino al **20% dei codici bianchi in Pronto Soccorso e una diminuzione di circa il 10% dei ricoveri ospedalieri evitabili** (Decreto Rilancio: l'infermiere di famiglia/comunità è "legge"). Un altro effetto atteso dall'introduzione di questa figura riguarda la presa in carico dei pazienti cronici complessi: all'ASL Avellino è aumentato il numero di pazienti inseriti in programmi di gestione domiciliare integrata (es. piani di assistenza individualizzati post-dimissione), indice di un potenziamento dell'assistenza sul territorio. Parallelamente, si evidenzia un incremento della **copertura dell'assistenza domiciliare** rispetto al periodo pre-COVID: a livello nazionale il Ministero della Salute aveva posto l'obiettivo di passare dal 4% al 6,7% di popolazione over-65 assistita a

domicilio grazie all'impiego degli infermieri di famiglia/comunità (Decreto Rilancio: l'infermiere di famiglia/comunità è "legge") e anche in Campania ci si muove in tale direzione. L'ASL Avellino, in particolare, segnala di aver raggiunto una percentuale di anziani in carico domiciliare superiore alla media regionale, grazie all'attivazione delle nuove équipe infermieristiche di comunità. Questo significa più prestazioni erogate a domicilio (prelievi ematici, controlli clinici, teleconsulto) e un miglior follow-up, con potenziali benefici epidemiologici nel medio termine, quali un miglior controllo dei parametri clinici (es. pressione arteriosa, glicemia) e la prevenzione di riacutizzazioni.

Va sottolineato che i **risultati epidemiologici** definitivi (ad esempio l'impatto su indicatori di salute della popolazione o sulla mortalità evitabile) richiederanno valutazioni longitudinali nel tempo. Tuttavia, gli **indicatori di processo** raccolti sinora sono incoraggianti. Gli infermieri di comunità dell'ASL Avellino, nel loro primo anno di attività, hanno effettuato centinaia di accessi domiciliari e di interventi infermieristici sul campo; ciò si correla con una maggiore **sorveglianza sanitaria** diffusa sul territorio. Anche durante le campagne vaccinali anti-COVID e antinfluenzali recenti, questi infermieri hanno contribuito attivamente, aumentando la copertura vaccinale nelle aree più periferiche (raggiungendo anziani non deambulanti direttamente a casa, ad esempio). In termini di **soddisfazione dell'utenza**, le testimonianze raccolte indicano un elevato gradimento da parte dei cittadini coinvolti, in linea con quanto riportato a livello nazionale dove il gradimento verso l'infermiere di famiglia è risultato elevato (Decreto Rilancio: l'infermiere di famiglia/comunità è "legge"). Complessivamente, i dati preliminari suggeriscono che l'infermiere di comunità stia diventando un punto di riferimento riconosciuto e apprezzato nelle comunità rurali avellinesi, con benefici sia tangibili (meno spostamenti onerosi per i pazienti, più continuità delle cure) sia intangibili (maggiore senso di sicurezza e supporto percepito).

Discussione

L'esperienza dell'ASL di Avellino mette in luce sia le potenzialità sia le criticità dell'implementazione dell'infermieristica di comunità nei contesti rurali post-pandemici. **Tra le opportunità emerse**, vi è certamente il rafforzamento dell'assistenza territoriale integrata. La presenza dell'infermiere di comunità favorisce un approccio proattivo alla salute: invece di attendere che il paziente si rechi presso le strutture sanitarie quando la situazione clinica

peggiora, il sistema sanitario “va incontro” al paziente, intercettando precocemente bisogni e problemi. Ciò è particolarmente rilevante nelle aree interne dell’Irpinia, dove fattori geografici (distanze, viabilità complessa in inverno) e sociali (spopolamento giovanile, anziani soli) spesso ritardano la richiesta di cure. In questo senso, gli infermieri di comunità agiscono come *sentinelle di salute* disseminate sul territorio, riducendo il ritardo diagnostico e terapeutico. Un’altra opportunità riguarda la **personalizzazione e appropriatezza delle cure**: grazie alla conoscenza diretta del contesto familiare e sociale del paziente, l’infermiere di comunità può modulare gli interventi (frequenza delle visite, educazione mirata, coinvolgimento di caregiver) in modo più aderente alle effettive esigenze, migliorando gli esiti delle cure e l’aderenza ai trattamenti. Inoltre, in un sistema che si orienta verso le Case della Comunità e le équipes multidisciplinari, questa figura infermieristica funge da *trait d’union* tra i vari attori (medici di base, specialisti territoriali, servizi sociali), contribuendo a rompere la compartimentazione tradizionale. **Dal punto di vista epidemiologico**, l’espansione della copertura assistenziale domiciliare implica potenzialmente un miglior controllo dei principali indicatori di salute pubblica nelle zone rurali: si pensi alla gestione dell’ipertensione e del diabete (con riduzione di complicanze a lungo termine), alla prevenzione delle cadute domestiche negli anziani, o al monitoraggio della terapia anticoagulante nei pazienti a rischio. Tali interventi possono tradursi, nel tempo, in un calo di eventi acuti (ictus, scompensi cardiaci, ecc.) e quindi in un alleggerimento del carico sugli ospedali.

Al contempo, l’esperienza avellinese evidenzia **sfide importanti**. La prima e forse più critica è la **carenza di personale infermieristico**. Il fabbisogno di infermieri di comunità per rispettare gli standard (1 ogni 3000 abitanti) è molto superiore alle risorse umane attualmente disponibili. A livello nazionale si stima una carenza di circa **70.000 infermieri** per far fronte agli standard del PNRR e del DM77 (Dossier infermieri. Numeri, carenza, retribuzioni e formazione). In Campania e nel Sud Italia il problema è particolarmente acuto, poiché una quota significativa di questi 70mila infermieri mancanti (fino al 35%) riguarda le regioni meridionali (Infermieri, in Italia ne mancano 70mila: «Situazione di grave ...»). Nel caso dell’ASL Avellino, l’organico infermieristico territoriale attuale (19 unità dedicate) è ancora insufficiente a coprire in modo ottimale tutte le esigenze: ciascun infermiere di comunità deve seguire un territorio ampio e numerosi assistiti, con il rischio di sovraccarico di lavoro e difficoltà nel garantire continuità intensiva a tutti. Per espandere il servizio occorre dunque un piano di assunzioni mirato e

stabile. In quest'ottica, va segnalato che la Regione Campania ha iniziato a investire risorse dedicate: nel 2024 sono stati destinati fondi aggiuntivi (circa **400 mila euro statali**) proprio al potenziamento del servizio infermieristico di famiglia nell'ASL di Avellino (Finanziamenti all'ASL di Avellino, la critica del NurSind), sebbene permangano ostacoli burocratici e organizzativi nel tradurre i finanziamenti in personale sul campo, come denunciato da alcune sigle sindacali.

Un'altra sfida riguarda la **formazione e l'integrazione professionale**. L'infermiere di comunità necessita di competenze avanzate in vari ambiti (clinica delle cronicità, sanità pubblica, comunicazione, gestione case/care management), spesso non acquisite appieno nel percorso formativo di base: per questo sono in corso programmi di formazione post-laurea (Master, corsi regionali) per qualificare gli infermieri in questo ruolo specifico ([PDF] ma1288 l'infermiere di famiglia e di comunità - OPI Avellino). L'ASL Avellino ha dovuto selezionare personale da formare ad hoc, con un inevitabile tempo di rodaggio prima che le nuove figure fossero operative al 100%. Inoltre, l'inserimento dell'infermiere di comunità richiede una riorganizzazione dei processi di lavoro: è fondamentale delineare con chiarezza le **relazioni collaborative** con i medici di medicina generale, evitare sovrapposizioni con altre figure (es. gli infermieri dell'ADI o gli ex-Usca per le attività domiciliari COVID), e definire protocolli per l'attivazione degli interventi (chi e come può "attivare" l'infermiere di comunità per un dato paziente). Nella fase iniziale, alcune incertezze in questo ambito organizzativo sono emerse, con segnalazioni di medici di base non sempre consapevoli di come integrare l'infermiere di comunità nel proprio team. Col tempo, tuttavia, sono stati istituiti tavoli di coordinamento distrettuali e strumenti comunicativi (es. piattaforme o numeri dedicati) per facilitare il raccordo tra MMG, infermieri e servizi distrettuali.

La **peculiarità geografica** del territorio irpino pone ulteriori difficoltà operative: gli spostamenti per raggiungere pazienti in frazioni isolate richiedono tempo e mezzi (soprattutto nei mesi invernali con neve o dissesto stradale). Questo incide sulla produttività oraria e va considerato nella pianificazione: un infermiere di comunità in area urbana può effettuare più visite domiciliari al giorno rispetto a uno in area rurale che deve percorrere decine di chilometri. L'ASL Avellino ha dovuto quindi ottimizzare i percorsi e sfruttare quando possibile modalità di teleassistenza (ad esempio teleconsulto infermieristico per alcuni controlli) per massimizzare la copertura. In prospettiva, l'adozione di strumenti di **telemedicina** – già prevista dal PNRR

come parte integrante dei servizi territoriali () – potrà supportare il lavoro degli infermieri di comunità, consentendo di seguire a distanza alcuni parametri dei pazienti (telemonitoraggio) e di ridurre la necessità di spostamenti continui.

Dal punto di vista istituzionale, un aspetto cruciale è garantire la **sostenibilità e la stabilità** di questo modello. L'entusiasmo iniziale e i finanziamenti straordinari post-COVID devono tradursi in strutture permanenti: ciò implica l'**istituzionalizzazione** dell'infermiere di comunità negli atti aziendali e negli organici a tempo indeterminato. In Campania, come detto, si sta procedendo con una legge regionale e con atti aziendali aggiornati per formalizzare i servizi infermieristici di comunità in ogni distretto (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino). Questo percorso normativo-amministrativo è fondamentale perché conferisce certezza al ruolo (evitando che sia visto come progetto temporaneo) e consente di programmare a lungo termine. Un ulteriore elemento di discussione riguarda il **monitoraggio dei risultati**: è opportuno che l'ASL e la Regione implementino sistemi di raccolta dati specifici (KPI – indicatori chiave di performance) per misurare l'impatto degli infermieri di comunità, così da orientare eventuali correzioni di rotta. Ad esempio, monitorare nel tempo gli accessi al PS, i tassi di ospedalizzazione per condizioni sensibili alle cure ambulatoriali (Ambulatory Care Sensitive Conditions), la copertura vaccinale, ecc., confrontando i distretti con diversa intensità di intervento infermieristico, potrebbe fornire evidenze oggettive del beneficio apportato.

Infine, è doveroso inquadrare la discussione nel contesto più ampio del **rafforzamento dell'assistenza territoriale in Italia**. L'infermiere di comunità non è una panacea isolata, ma una componente di una riforma più ampia che include anche l'istituzione delle **Case della Comunità**, il potenziamento dell'assistenza domiciliare e la medicina di iniziativa. L'esperienza di Avellino dimostra che, pur partendo in ritardo rispetto ad altre realtà (si pensi al Friuli Venezia Giulia o alla Toscana dove questa figura esisteva già da tempo), è possibile recuperare terreno con una chiara volontà politica e organizzativa. Il coinvolgimento attivo delle comunità locali (amministrazioni comunali, medici di base, volontariato) è risultato un fattore abilitante: ad esempio, diversi sindaci dell'entroterra hanno collaborato mettendo a disposizione locali comunali come punti di appoggio per gli infermieri di comunità, segno di una sanità che diventa davvero *di comunità* nel senso letterale, integrandosi col tessuto socio-territoriale.

Conclusioni

Il caso dell'ASL di Avellino nel periodo post-COVID evidenzia come il **ruolo dell'infermiere di comunità** possa costituire un pilastro nel rafforzamento dell'assistenza territoriale, in particolare nelle aree rurali. Malgrado le sfide operative e la necessità di un sostegno istituzionale continuo, l'introduzione di questa figura in Irpinia ha già mostrato benefici tangibili in termini di accessibilità alle cure, continuità assistenziale e prevenzione sul territorio. La combinazione di interventi domiciliari, educazione sanitaria e coordinamento con gli altri servizi sanitari ha permesso di avvicinare il sistema sanitario a fasce di popolazione tradizionalmente difficili da raggiungere, contribuendo a colmare disparità geografiche nell'offerta di salute.

L'esperienza avellinese suggerisce alcune **lezioni di valore generale**. Primo, investire in risorse umane qualificate sul territorio – come gli infermieri di comunità – è essenziale per dare concretezza alle riforme delineate sulla carta (PNRR, DM 77) e per preparare il Servizio Sanitario Nazionale a future emergenze sanitarie, evitando di sovraccaricare gli ospedali. Secondo, l'efficacia di tali investimenti dipende da una chiara integrazione organizzativa: il successo visto nei distretti dell'ASL Avellino dove l'infermiere di comunità opera in sinergia con medici di base e altri attori conferma l'importanza del lavoro in team multidisciplinare. Terzo, la sostenibilità a lungo termine richiede sia **fondi strutturali** sia un continuo monitoraggio dei risultati: consolidare le posizioni a tempo indeterminato e dimostrare con i dati l'impatto positivo aiuterà a garantire che questi servizi innovativi non vengano ridimensionati in futuro.

In prospettiva, per l'ASL di Avellino e realtà simili, è auspicabile un ulteriore ampliamento del numero di infermieri di comunità fino a raggiungere gli standard programmati, accompagnato dallo sviluppo di **strumenti tecnologici** (telemedicina, dossier sanitari integrati) che ne potenzino l'operatività. L'ambito rurale campano offre anche l'opportunità di sperimentare modelli di partnership con la comunità: ad esempio, coinvolgere associazioni di cittadini nel segnalare situazioni a rischio o nell'affiancare l'infermiere in iniziative di promozione della salute.

In conclusione, l'infermieristica di comunità nel post-COVID si configura non solo come una nuova funzione professionale, ma come il simbolo di un cambio di paradigma verso una **sanità territoriale proattiva, vicina e continua**. L'esperienza dell'ASL di Avellino dimostra che, anche

in territori rurali con notevoli difficoltà strutturali, questo modello può attecchire e dare frutti concreti in termini di salute pubblica. Proseguire su questa strada, superando le criticità e capitalizzando sulle evidenze positive, significa lavorare per un Servizio Sanitario più equo e resiliente, “ovunque per il bene di tutti” – per riprendere lo slogan caro alla comunità infermieristica – e in particolare per il bene delle comunità più lontane dai riflettori ma non per questo meno bisognose di cure di qualità.

Fonti: ASL Avellino; Regione Campania; Ministero della Salute; AGENAS; ISTAT; FNOPI; OPI Avellino; documentazione post-2020 citata in bibliografia. (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida) () () (Decreto Rilancio: l'infermiere di famiglia/comunità è "legge") (Decreto Rilancio: l'infermiere di famiglia/comunità è "legge")