



Online ISSN 3035-5184

NURSE PRACTITIONER

SELF EMPLOYMENT

RICERCA INFERMIERISTICA 2024 Volume 4

WWW.NPSNURSE.IT

Publication frequency: Quarterly

NPS NURSE Editorial Office

Via Giosue Carducci 8, 83100 Avellino, Italy

info@npsnurse.it



NURSE PRACTITIONER

SELF EMPLOYMENT

1 **Collaborazione tra Infermiere di Famiglia e Medico di Medicina Generale in Campania: Il Modello ASL Avellino e Confronto Regionale**
pp. 01-20

2 **Il ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità nella Promozione della Salute: Uno Studio Qualitativo nella ASL di Avellino**
pp. 21-44

WWW.NPSNURSE.IT

Publication frequency: Quarterly

Online ISSN: #####-####

NPS NURSE Editorial Office

Via Giosue Carducci 8, 83100 Avellino, Italy

info@npsnurse.it

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

A cura di:

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

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

Annamaria Garofalo



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

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

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

Alfonso Marotta



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

Review article

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

Published online: 28.11.2024

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

Introduzione

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

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

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

Metodologia

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

Risultati

1. Il modello organizzativo nell'ASL Avellino

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

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

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

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

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

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

2. Confronto con le altre ASL della Campania

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Punti di forza e criticità emersi

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

Punti di forza:

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

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

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

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

Criticità e sfide:

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

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

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

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

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

Discussione

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

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

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

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

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

Fonti:

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

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

Dati Gimbe su personale infermieristico e ADI in Campania ;

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

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

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

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

Uno Studio Qualitativo nella ASL di Avellino

A cura di:

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

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

Annamaria Garofalo



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

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

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

Alfonso Marotta



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

Review article

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

Published online: 19.12.2024

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

Introduzione

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

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

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

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

Obiettivi

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

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

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

Metodologia (Studio Qualitativo)

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

Contesto e campione:

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

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

Raccolta dati:

Sono stati utilizzati tre strumenti principali:

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

Analisi dei dati:

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

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

Risultati

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

Ruolo dell'IFeC nel contesto territoriale:

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

Valutazione e orientamento dei bisogni di salute:

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

Strategie di promozione della salute utilizzate:

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

Educazione sanitaria e counseling personalizzato:

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

Prevenzione primaria e secondaria:

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

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

Iniziative di gruppo e di comunità:

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

Impatto percepito sugli anziani e sui caregivers:

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

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

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

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

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

Criticità e bisogni emersi:

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

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

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

Discussione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

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

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

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

Riferimenti bibliografici (APA)

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

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

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