



Online ISSN 3035-5184

NURSE PRACTITIONER

SELF EMPLOYMENT

**RICERCA
INFERMIERISTICA
2025 Volume 1**

WWW.NPSNURSE.IT

Publication frequency: Quarterly

NPS NURSE Editorial Office

Via Giosue Carducci 8, 83100 Avellino, Italy

info@npsnurse.it



NURSE PRACTITIONER

SELF EMPLOYMENT

- 1** **Efficacia dell'Infermiere di Famiglia nella Gestione delle Patologie Croniche nell'ASL Avellino**
pp. 01-25
- 2** **Implementazione della Teleassistenza e Ruolo dell'Infermiere di Comunità nell'ASL Avellino**
pp. 26-41
- 3** **Il contributo dell'infermiere di comunità nella gestione della fragilità nell'anziano**
pp. 42-61
- 4** **L'infermiere di famiglia e l'educazione sanitaria in Europa: strategie e impatto sul cambiamento comportamentale**
pp. 62-93
- 5** **Il ruolo dell'infermiere di comunità nei contesti rurali: l'esperienza post-COVID dell'ASL di Avellino**
pp. 94-105

WWW.NPSNURSE.IT

Publication frequency: Quarterly

NPS NURSE Editorial Office

*Via Giosue Carducci 8, 83100 Avellino, Italy
info@npsnurse.it*

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

A cura di:

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

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

Annamaria Garofalo



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

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

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

Alfonso Marotta



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

Review article

DOI: [10.63099/nps.v1i1.19](https://doi.org/10.63099/nps.v1i1.19)

Published online: 06.01.2025

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

Introduzione

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

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

¹ Scarsa o mancata aderenza terapeutica: "Quali conseguenze cliniche e economiche per il SSN? La situazione della Regione Campania e del Lazio" - Motoresanità.it

² Nasce l'infermiere di famiglia/comunità: ecco chi è e cosa farà - Fnopi L'infermiere

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

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

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

Metodi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

² Calcolati come 1 IFeC ogni 3.000 abitanti.

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

Risultati

1. Dati Epidemiologici Locali e Carico Assistenziale

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

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

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

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

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

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

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

- **Riduzione di ricoveri e accessi d'emergenza:** Uno studio pilota italiano (Studio *ADVICE*, 2021) ha valutato un intervento domiciliare condotto da infermieri di famiglia su 70 pazienti cronici (età media ~76 anni, patologie prevalenti: diabete nel 35% dei casi) . L'intervento – consistito in educazione strutturata “teach-back” con visite a domicilio bimensili per 4 mesi, in aggiunta alla normale assistenza – **ha ridotto in modo significativo il ricorso ai servizi sanitari** rispetto al periodo di osservazione senza infermiere: i tassi combinati di **riacutizzazioni con accesso al PS e/o ricovero** sono diminuiti in maniera statisticamente significativa dopo l'introduzione dell'infermiere (χ^2 McNemar = 28,03; $p < 0,001$) . In pratica, molti pazienti che in precedenza necessitavano di ospedalizzazione o intervento d'urgenza, con il supporto infermieristico dedicato hanno potuto gestire la condizione a domicilio, evitando l'ingresso in ospedale. Anche le analisi multivariate hanno confermato che il **follow-up infermieristico** e il fattore tempo erano associati a una minore probabilità di utilizzo di servizi sanitari⁶. Questi risultati, seppur ottenuti su scala limitata, dimostrano la **efficacia clinica** dell'Infermiere di Famiglia nell'evitare eventi acuti e nel mantenere la stabilità dei pazienti cronici. Analogamente, un'analisi internazionale citata in una recente review ha rilevato che programmi di visita domiciliare infermieristica riducono sensibilmente le riospedalizzazioni degli anziani: un'umbrella review ha stimato che le **ospedalizzazioni nei pazienti anziani** diminuiscono in modo significativo quando sono in atto visite domiciliari infermieristiche periodiche . Ciò è coerente con l'osservazione

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

che **portare le cure al domicilio** del paziente cronico ha effetti positivi sugli esiti di salute e previene le complicanze acute⁷.

- **Riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso:** L'esperienza pluriennale della Regione Friuli-Venezia Giulia – tra le prime in Italia ad aver attivato fin dal 2004 la figura dell'infermiere di comunità – fornisce dati incoraggianti. In tale contesto, grazie all'azione proattiva degli infermieri sul territorio, si è osservata in un triennio una riduzione di circa **-20%** dei **codici bianchi** registrati in Pronto Soccorso (ovvero degli accessi non urgenti di pazienti che hanno potuto trovare risposte più appropriate fuori dall'ospedale) . Questo dato sottolinea l'efficacia dell'IFeC nell'**intercettare precocemente i bisogni** e nel filtrare le richieste di assistenza, evitando che problemi minori o gestibili a domicilio arrivino al PS. Uno studio OCSE sulle cure primarie conferma che modelli basati su team multiprofessionali di territorio (con medici, infermieri, farmacisti, ecc.) potrebbero evitare fino a **1 accesso su 5 in Pronto Soccorso** oggi classificabile come inappropriato in Italia . L'infermiere di famiglia, operando a stretto contatto con i pazienti e disponibile per valutazioni tempestive, contribuisce dunque a **decongestionare le strutture di emergenza**. Nel contesto campano, dove l'accesso improprio al PS è storicamente elevato, ciò rappresenta un outcome particolarmente rilevante.
- **Prevenzione delle complicanze e miglior controllo clinico:** Attraverso monitoraggi domiciliari regolari e l'educazione sanitaria personalizzata, l'IFeC aiuta i pazienti a mantenere la propria patologia sotto controllo. Ad esempio, nel paziente diabetico ciò si traduce in autocontrolli glicemici più costanti, aderenza alla dieta e ai farmaci ipoglicemizzanti, riducendo il rischio di iperglicemie severe o chetoacidosi che richiedano ricovero. Nel BPCO, l'intervento infermieristico insegna il corretto uso degli inalatori, il riconoscimento precoce dei segni di riacutizzazione (febbre, aumento della dispnea) e l'adozione di misure preventive (vaccinazioni, esercizi respiratori) . Ciò **riduce la frequenza e la gravità delle riacutizzazioni**. Analogamente, nei pazienti con scompenso cardiaco, è documentato che l'attenta sorveglianza infermieristica (peso quotidiano, educazione sul regime dietetico/iposodico e sui segni di allarme come

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

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

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

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

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

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

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

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

*¹ Dati esemplificativi ispirati a programmi regionali di gestione dello scompenso.

*² Sintesi di risultati comuni da programmi di disease management infermieristico nel diabete (fonte: letteratura educativa).

3. Impatto Economico e Organizzativo (Costi/Benefici)

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

- **Riduzione dei costi diretti sanitari tramite evitamento di ricoveri:** Ogni ricovero ospedaliero evitato grazie alla gestione territoriale rappresenta un risparmio economico rilevante. In Italia, un ricovero medio per scompenso cardiaco o complicanza diabetica può costare diverse migliaia di euro al SSN (tra degenza, diagnostica e terapie). L'esperienza del Friuli suggerisce che una riduzione del 10% dei ricoveri in una popolazione ampia di cronici può tradursi in **centinaia di ricoveri evitati** ogni anno, con un risparmio stimabile in milioni di euro. Ad esempio, se nell'ASL Avellino (401k abitanti) si registrano poniamo 1.000 ricoveri annui per riacutizzazioni di cronici, una diminuzione del 10% implicherebbe 100 ricoveri in meno. Considerando un costo medio ipotetico di €3.500 per ricovero, il risparmio diretto sarebbe dell'ordine di **€350.000 annui** solo per questa voce. Su scala nazionale, FNOPI ha stimato che il potenziamento dell'assistenza infermieristica territoriale potrebbe ridurre la spesa ospedaliera fino al 10%, liberando risorse per altri servizi.
- **Costo dell'assistenza infermieristica territoriale vs ospedaliera:** Mantenere un paziente cronico equilibrato a domicilio con visite infermieristiche periodiche è economicamente più sostenibile rispetto alla gestione in ospedale. Un'analisi condotta da **TrendSanità** riporta che il **costo giornaliero di un infermiere** operante in assistenza domiciliare (calcolato su circa 6-7 accessi/pazienti al giorno) è intorno a **€138** ("Casa primo luogo di cura": ecco come funziona l'assistenza ...). Anche ipotizzando alcune visite domiciliari a settimana per paziente, il costo mensile per paziente rimane nell'ordine di poche centinaia di euro. In confronto, **una giornata di degenza ospedaliera** in reparto medico costa mediamente €700-€1.000 al giorno al SSN (comprensivo di personale, albergo sanitario, esami) secondo stime di letteratura. Pertanto, **prevenire anche pochi giorni di ricovero** ripagherebbe ampiamente il costo di mesi di follow-up infermieristico. A ciò si aggiunga che l'infermiere di famiglia può seguire in parallelo **decine di pazienti** (attraverso visite programmate e

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

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

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

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

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

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

Discussione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

Riferimenti Bibliografici

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

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

Implementazione della Teleassistenza e Ruolo dell'Infermiere di Comunità nell'ASL 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.v1i2.18](https://doi.org/10.63099/nps.v1i2.18)

Published online: 20.01.2025

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

Introduzione

L'assistenza territoriale sta vivendo una fase di profonda trasformazione, spinta dalla necessità di prendersi cura in modo più efficace di una popolazione sempre più anziana e affetta da patologie croniche. In particolare, la **teleassistenza** – intesa come l'erogazione a distanza di interventi socio-sanitari – e la figura emergente dell'**infermiere di famiglia e di comunità** sono al centro di nuove strategie per rafforzare la sanità sul territorio. In Campania, e nell'ASL di Avellino in particolare, queste innovazioni mirano a garantire continuità assistenziale ai pazienti nel proprio domicilio, riducendo gli spostamenti non necessari verso le strutture sanitarie e migliorando la qualità di vita degli assistiti fragili (Report) (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino). Nel presente lavoro si analizzano dati ed esperienze locali, documenti ufficiali e casi studio relativi all'implementazione della teleassistenza e al ruolo dell'infermiere di comunità nell'ASL Avellino, proponendo un modello operativo pratico e contestualizzato. Si esaminano inoltre il contesto normativo (regionale e nazionale), i progetti sperimentali già avviati, le buone pratiche emerse e le criticità riscontrate, con una struttura espositiva tipica di una pubblicazione scientifica (Introduzione, Contesto Normativo, Analisi delle Esperienze Locali, Proposta di Modello Operativo, Discussione, Conclusioni).

Contesto normativo

A livello nazionale, il rafforzamento dell'assistenza territoriale e l'introduzione di strumenti di telemedicina e nuove figure professionali sono sostenuti da recenti riforme normative. Già nel 2020, in risposta all'emergenza pandemica, il **Decreto "Rilancio" (DL 34/2020 convertito in L.77/2020)** ha previsto il finanziamento di migliaia di nuovi infermieri di famiglia e comunità (circa uno ogni 6.000 abitanti) per potenziare le cure primarie domiciliari. Successivamente, il **Decreto Ministeriale 77/2022** ha definito modelli e standard per l'assistenza territoriale su tutto il territorio nazionale, indicando come standard la presenza di **un infermiere di famiglia o comunità ogni 3.000 abitanti** ([PDF] DM 77/2022 - Note - CNOAS). Questa figura professionale viene descritta come punto di riferimento infermieristico per la comunità, attiva a diversi livelli di complessità assistenziale e in collaborazione con tutti i professionisti presenti sul territorio (DM 77/2022: NUOVI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN - fnopi). Contestualmente, a dicembre 2020 la Conferenza Stato-

Regioni ha approvato linee guida nazionali per la telemedicina, poi integrate dal **Decreto del Ministero della Salute del 30/09/2022**, che ha disciplinato criteri e procedure per lo sviluppo dei servizi di telemedicina su scala nazionale . In tali documenti vengono definite varie tipologie di servizi telematici: dalla **televisita** e **teleconsulto** (già ampiamente utilizzati durante la pandemia) fino al **telemonitoraggio** e alla **teleassistenza** domiciliare, delineandone standard operativi e tariffari.

A livello regionale, la Campania ha recepito queste indicazioni nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (**PNRR**, Missione 6 – Salute). La **D.G.R. n. 249/2022** della Giunta Regionale Campania ha approvato il Piano Operativo per l’attuazione degli investimenti PNRR in sanità territoriale, che prevede la realizzazione di 169 **Case della Comunità**, 58 **Centrali Operative Territoriali (COT)** e 45 **Ospedali di Comunità** sull’intero territorio regionale (Deliberazione N). Tali strutture rappresentano l’ossatura della “nuova” sanità territoriale: le Case della Comunità come poli di riferimento aperti 7 giorni su 7 per i cittadini, le COT come centrali di coordinamento (anche per la telemedicina) e gli Ospedali di Comunità come strutture intermedie per ricoveri brevi non gestibili a domicilio. In parallelo, con la **D.G.R. n. 378 del 29/06/2023** la Campania ha adottato il “*Modello Organizzativo Regionale della Telemedicina*”, che prevede l’implementazione di un’unica piattaforma tecnologica regionale per tutti i servizi di telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza) . In questo modello, il servizio di **teleassistenza** è definito in modo specifico: “*il paziente con un piano di assistenza domiciliare interagisce a distanza con il professionista sanitario che svolge l’attività ed ha la possibilità di condividere dati, referti ed immagini*” . Ciò implica che la teleassistenza si integri strettamente con le cure domiciliari già in essere, fornendo un canale di comunicazione continuo paziente-operatore. La Regione ha inoltre aderito alle iniziative nazionali coordinate (gare consortili tra regioni) per l’acquisizione di soluzioni di telemonitoraggio e teleassistenza, in ottemperanza al DM 30/09/2022 .

In Campania, specificamente sul versante dell’infermieristica di comunità, va segnalata la recente proposta di legge regionale (presentata a gennaio 2025) dedicata all’**Infermiere di Famiglia e di Comunità**. L’iniziativa, promossa dal Presidente della Commissione Sanità del Consiglio Regionale (On. Enzo Alaia) e sostenuta dall’Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Avellino, mira a istituzionalizzare e valorizzare questa figura in tutta la regione (

Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino). Gli obiettivi principali del disegno di legge includono l'attivazione di **servizi infermieristici di comunità in ogni Distretto sanitario e in ciascuna Casa della Comunità**, con l'obiettivo di facilitare l'accesso alle cure sul territorio, ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso e limitare le ospedalizzazioni evitabili (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino). Inoltre, si propone di garantire **cure domiciliari gratuite** a tutti i cittadini in condizioni di bisogno, come pilastro di equità e inclusione sociale (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino). Questa mossa normativa regionale, se approvata, fornirà un ulteriore quadro di riferimento ufficiale per l'ASL Avellino nell'organizzazione dei servizi sul territorio, allineando le iniziative locali alle strategie nazionali e regionali.

Analisi delle esperienze locali

Nel contesto dell'ASL di Avellino e, più in generale, della Campania, si registrano diverse esperienze e progetti pilota che hanno anticipato o accompagnato l'introduzione della teleassistenza e dell'infermieristica di comunità. Di seguito si presentano alcune iniziative significative (riassunte anche nella **Tabella 1**), evidenziandone finalità, risultati e lezioni apprese.

Teleassistenza domiciliare: Progetto “Telecoma”

Una delle prime esperienze di teleassistenza nell'Avellinese risale al 2012 con il progetto **“Telecoma”**, promosso dall'associazione onlus “Gli Amici di Eleonora” in collaborazione con la UIL di Avellino e con il sostegno della Regione Campania. Questo progetto era rivolto a pazienti in stato vegetativo persistente o con gravi cerebrolesioni, assistiti a domicilio . L'iniziativa ha implementato un sistema di monitoraggio a distanza H24: presso le abitazioni di 10 pazienti sono state installate postazioni telematiche collegate a un server centrale e a un call-center attivo 24/7, con possibilità di allertare tempestivamente i soccorsi (anche tramite il coinvolgimento della Croce Rossa)¹. Attraverso la teleassistenza, i familiari potevano contare su un supporto continuo e su interventi terapeutici appropriati senza spostare il paziente, mentre un'équipe multidisciplinare (infermieri, medici, terapisti) poteva supervisionare da remoto i parametri clinici e le condizioni dell'assistito. Il progetto, patrocinato dalle istituzioni locali e regionali, ha rappresentato una **best practice pionieristica** nel campo dell'assistenza domiciliare tecnologicamente assistita in Campania, evidenziando benefici quali: maggiore sicurezza percepita dalle famiglie, riduzione dei ricoveri d'urgenza e creazione di una rete solidale attorno al paziente fragile . Tra le criticità emerse vi sono stati i costi di implementazione tecnologica e la necessità di formare adeguatamente sia il personale sia i caregiver all'uso degli strumenti telematici.

Telemedicina per le aree interne dell'Irpinia

L'ASL di Avellino ha partecipato attivamente anche a progetti di telemedicina orientati a migliorare l'assistenza nelle aree rurali dell'Irpinia, caratterizzate da bassa densità abitativa e

¹ Ad Avellino il progetto Telecoma - Orticalab.it

da difficoltà di accesso ai servizi specialistici. Nell’ambito della Strategia Nazionale Aree Interne (SNAI), è stato sviluppato un **progetto di teleradiologia** volto a connettere in rete i presidi ospedalieri periferici con l’ospedale hub provinciale. Questo progetto ha portato alla realizzazione di un’infrastruttura informatica che collega l’Ospedale “Frangipane” di Ariano Irpino e altri presidi territoriali con l’Azienda Ospedaliera Moscati di Avellino, consentendo la refertazione a distanza degli esami diagnostici per immagini . Con un investimento di circa 1 milione di euro (fondi SNAI), la rete di teleradiologia ha migliorato significativamente i tempi di risposta diagnostica nelle zone disagiate e ridotto la necessità per i pazienti di trasferimenti verso il capoluogo. Sempre nell’Alta Irpinia, presso la Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS) di Bisaccia, l’ASL AV ha attivato nel 2019-2020 uno dei primi **Ospedali di Comunità** della regione, con 20 posti letto dedicati a ricoveri brevi per pazienti stabilizzati o cronici riacutizzati. Contestualmente, è stata istituita un’**Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)** per il coordinamento dell’assistenza primaria nel Distretto di Sant’Angelo dei Lombardi. Queste strutture – pur non essendo in sé progetti di teleassistenza – costituiscono elementi chiave dell’assistenza territoriale integrata, all’interno dei quali la telemedicina e la figura dell’infermiere di comunità trovano collocazione naturale (es. follow-up da remoto dei pazienti dimessi dall’Ospedale di Comunità, gestione condivisa del paziente cronico tra UCCP e teleassistenza).

Progetti pilota sull’Infermiere di Comunità in Campania

Prima ancora della formalizzazione normativa recente, la figura dell’infermiere di comunità è stata oggetto di **sperimentazioni locali** in Campania. In provincia di Benevento, ad esempio, nell’ambito dei progetti SNAI per le aree interne del Fortore, l’ASL BN ha avviato la sperimentazione di un servizio di “Infermiere di comunità” con l’obiettivo di **decentrare l’assistenza sanitaria** e avvicinarla ai bisogni delle popolazioni rurali. Il progetto, con un finanziamento dedicato (circa €767.000) , ha previsto l’impiego di infermieri sul territorio comunale con il compito di seguire gli anziani fragili a domicilio, promuovere l’educazione sanitaria e fare da collegamento tra i pazienti e i servizi (medici di base, specialisti, servizi sociali). Tale *modello di sperimentazione* si inserisce in un più ampio processo di riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, che sposta il baricentro dall’ospedale al territorio e alle cure primarie . Analogamente, nell’ASL Salerno (area del Cilento interno), un

progetto pilota finanziato dalla SNAI ha introdotto l'**Infermiere di Famiglia e di Comunità** in alcuni comuni montani, con l'intento di rafforzare l'assistenza domiciliare agli anziani e ai malati cronici isolati. La **Scheda Progetto 6.1 "Infermiere di Famiglia e di Comunità"** per l'ASL Salerno, ad esempio, descrive l'infermiere di comunità come colui che *"svolge attività anche a domicilio della persona e della sua famiglia, con funzione di raccordo tra l'anziano e/o il malato cronico e la rete dei diversi professionisti della sanità, al fine di migliorare la qualità di vita e diminuire i casi di cronicizzazione e ospedalizzazione"*. I risultati preliminari di queste esperienze sono incoraggianti: si registra un miglioramento nella **presa in carico proattiva** dei pazienti fragili, un aumento dell'adesione ai programmi di prevenzione e una riduzione di accessi impropri agli ospedali (grazie alla gestione tempestiva di problemi sanitari minori sul territorio). Tuttavia, sono emerse anche sfide importanti, come la necessità di integrazione effettiva dell'infermiere di comunità nel team multiprofessionale distrettuale (medici di medicina generale, assistenti sociali, specialisti, farmacisti) e l'esigenza di chiarire i percorsi operativi e le responsabilità di questa figura per evitare sovrapposizioni con altri servizi (ad esempio l'assistenza domiciliare integrata tradizionale).

Tabella 1. *Principali progetti e iniziative su teleassistenza e infermieristica di comunità in Campania (con focus su Avellino e aree interne)*

Progetto/Iniziativa	Promotori	Periodo	Descrizione e Obiettivi	Riferimenti
Telecoma (Teleassistenza per pazienti in coma)	Ass. "Amici di Eleonora" ONLUS, UIL Avellino (Patrocinio Regione)	2012- 2014	Teleassistenza domiciliare per pazienti in stato vegetativo o post-comatoso. Installazione di postazioni di monitoraggio a casa di 10 pazienti, collegate a un server centralizzato e call center H24. Obiettivo: garantire sorveglianza continua, supporto alle famiglie e intervento	Relazione Orticalab (2012)

Progetto/Iniziativa	Promotori	Periodo	Descrizione e Obiettivi	Riferimenti
			tempestivo in caso di necessità .	
Rete di Teleradiologia ASL Avellino	ASL Avellino (Fondi Strategia Aree Interne)	2018-2022	Implementazione di una rete telematica per la refertazione a distanza degli esami radiologici. Collegamento dei presidi ospedalieri distrettuali con l'Ospedale Moscati di Avellino, per ridurre i tempi di diagnosi e gli spostamenti dei pazienti. Progetto completato con successo (infrastruttura funzionante dal 2022) .	Rapporto Aree Interne (Campania)
Infermiere di Comunità – Progetto pilota Fortore (BN)	ASL Benevento (Progetto Sperimentale SNAI)	2019-2021	Sperimentazione di un modello di infermieristica di comunità in comuni rurali del Fortore. Infermieri dedicati alla popolazione locale (visite domiciliari, educazione sanitaria, follow-up cronici). Obiettivo: avvicinare i servizi sanitari alla popolazione e ridurre l'ospedalizzazione	Report Regione Campania Aree Interne

Progetto/Iniziativa	Promotori	Periodo	Descrizione e Obiettivi	Riferimenti
			attraverso la prevenzione e il monitoraggio continuo .	
Infermiere di Famiglia e Comunità – Cilento (SA)	ASL Salerno (Progetto SNAI “Pilota”)	2020-in corso	Introduzione dell’Infermiere di Famiglia e Comunità in Distretti dell’area cilentana. L’infermiere opera sul territorio (ambulatorio di comunità e domicilio pazienti) come raccordo tra anziani/malati cronici e servizi sanitari. Obiettivo: migliorare la qualità di vita, evitare aggravamenti e ridurre ricoveri evitabili .	Documento Regione (Scheda 6.1)
Piattaforma regionale di Telemedicina (Televisita, Teleassistenza, Telemonitoraggio)	Regione Campania (PNRR M6 Salute) + ASL campane	2023-in corso	Implementazione di un sistema informatico unificato per l’erogazione di servizi di telemedicina su scala regionale. Già attivi i servizi di Televisita e Teleconsulto; in fase di attivazione Telemonitoraggio e Teleassistenza per pazienti con patologie croniche e in assistenza domiciliare (Report) . Obiettivi: creare un	Piano Operativo Telemedicina Campania (Report) (Report); DGR 378/2023

Progetto/Iniziativa	Promotori	Periodo	Descrizione e Obiettivi	Riferimenti
			“unico servizio regionale” di telemedicina, integrato con i sistemi sanitari esistenti, per raggiungere pazienti fragili a domicilio e nelle zone remote, migliorando accessibilità e continuità di cura (Report).	

Proposta di modello operativo per l'ASL Avellino

Sulla base del contesto delineato e delle esperienze analizzate, si propone un **modello operativo integrato** per l'implementazione della teleassistenza e dell'infermieristica di comunità nell'ambito territoriale dell'ASL di Avellino. Il modello tiene conto delle specificità locali (orografiche, demografiche e organizzative) e mira a ottimizzare le risorse disponibili, in linea con le indicazioni normative regionali e nazionali.

Struttura organizzativa proposta:

- **Centrale Operativa Territoriale (COT) provinciale:** Attivazione (o potenziamento, se già esistente) di una COT a livello ASL dedicata al coordinamento h24 dei servizi territoriali. Questa centrale funge da *hub* per la teleassistenza, con personale infermieristico e di supporto informatico incaricato di monitorare le piattaforme di telemedicina. La COT riceve le richieste di teleassistenza dai pazienti/caregiver, smista le segnalazioni di allarme dai sistemi di telemonitoraggio e garantisce il raccordo con medici di continuità assistenziale, 118 e specialisti in caso di necessità. In pratica, la COT rappresenta il “cuore” tecnologico e organizzativo del sistema, assicurando che nessuna chiamata o alert rimanga senza risposta.
- **Equipe dell'Infermieristica di Comunità per Distretto:** In ciascuno dei Distretti sanitari dell'ASL Avellino, si istituisce un'équipe di Infermieri di Famiglia e Comunità. Il team opera in parte nelle **Case della Comunità** (ambulatori infermieristici di comunità)

e in parte in modalità itinerante sul territorio (visite domiciliari programmate). Ogni infermiere di comunità viene assegnato a un *bacino di utenza definito* (ca. 3.000-5.000 abitanti), in coerenza con gli standard previsti ([PDF] DM 77/2022 - Note - CNOAS), e lavora a stretto contatto con i Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) della zona. Tra i suoi compiti principali vi sono: **valutazione dei bisogni domiciliari**, **educazione sanitaria** (gestione della terapia, prevenzione delle complicanze), **supporto nell'aderenza ai piani di cura**, e soprattutto **sorveglianza proattiva** di anziani soli e pazienti cronici fragili. L'infermiere di comunità, inoltre, svolge un ruolo di *collegamento attivo* con gli altri servizi: segnala al medico curante peggioramenti clinici riscontrati in teleassistenza, attiva l'assistente sociale se rileva bisogni socio-familiari, coinvolge lo specialista territoriale o la farmacia dei servizi quando necessario, secondo un approccio multidisciplinare.

- **Integrazione Teleassistenza – Intervento domiciliare:** Il modello prevede che ogni paziente ad alto rischio o con patologia cronica complessa abbia un “*Piano di Assistenza Individuale*” (PAI) predisposto dal team distrettuale (MMG, infermiere di comunità, specialista se presente). Nel PAI vengono definite le modalità di teleassistenza: ad esempio, **contatti settimanali via teleconsulto/videochiamata** tra infermiere e paziente per monitorare l'andamento clinico, oppure rilevazioni quotidiane di parametri vitali tramite kit di telemonitoraggio domiciliare (es. saturimetro, misuratore di pressione connesso) con trasmissione automatica dei dati alla piattaforma regionale. In base al livello di bisogno, l'infermiere di comunità potrà alternare interventi **in presenza** (visite domiciliari periodiche, es. una volta al mese o più spesso se necessario) a interventi **da remoto** (controllo dei valori trasmessi, telefonate di check-up, video-visite di controllo). Questa sinergia permette di unire la **vicinanza fisica** – indispensabile per alcune prestazioni come prelievi, medicazioni, valutazioni ambientali – con la **vicinanza virtuale** continua offerta dalla teleassistenza. In caso di allerta sul telemonitoraggio (es. picchi ipertensivi, aritmie rilevate, iperglicemie fuori soglia), la COT allatterà immediatamente l'infermiere di comunità e il medico di riferimento, attivando se necessario una visita a domicilio straordinaria o il trasferimento protetto verso l'ospedale (mediante il 118), a seconda della gravità.

- **Piattaforma e strumenti:** L'ASL Avellino adotterà la **piattaforma unificata regionale di telemedicina** già in fase di implementazione , integrandola con i sistemi informativi aziendali (es. fascicolo sanitario elettronico regionale, software dei medici di base) per avere una condivisione bidirezionale delle informazioni cliniche. Agli infermieri di comunità verranno forniti **device portatili** (tablet o smartphone aziendali) con accesso sicuro all'applicativo di teleassistenza, attraverso cui potranno: visualizzare le schede paziente, effettuare o ricevere videochiamate, registrare dati clinici rilevati a domicilio, e consultare in tempo reale i referti o gli esiti degli esami del paziente. I pazienti e i caregiver, dal canto loro, verranno dotati – se necessario – di kit di telemonitoraggio semplici da usare (certificati medicali, conformi agli standard nazionali) e di un **numero di contatto dedicato** (numero verde ASL) per richiedere assistenza telematica o telefonica. Per le fasce di popolazione meno avvezze alla tecnologia (ad esempio ultraottantenni soli), il coinvolgimento di **caregiver formali o informali** sarà fondamentale: il modello prevede sessioni di formazione di base per familiari, badanti o volontari sulle procedure di teleassistenza (come misurare un parametro e inviarlo, come avviare una videochiamata, etc.). In aggiunta, si potranno identificare nei vari comuni degli **“sportelli di comunità”** (ad esempio presso le farmacie di comunità o municipi) dove personale di supporto potrà assistere gli anziani nell'utilizzo degli strumenti telematici, riducendo il digital divide.
- **Coinvolgimento della comunità e continuità assistenziale:** Il modello operativo proposto enfatizza il concetto di *rete*, non solo tecnologica ma anche comunitaria. Si incoraggia la collaborazione con il **volontariato locale** (es. associazioni di pazienti, Protezione Civile, Croce Rossa) per intercettare bisogni non espressi e favorire l'adesione dei cittadini ai nuovi servizi. Ad esempio, volontari opportunamente formati potrebbero affiancare l'infermiere di comunità nelle visite a domicilio in aree remote, sia come facilitatori logistici sia per offrire sostegno psicologico e sociale al paziente. Inoltre, è prevista la **continuità ospedale-territorio**: i pazienti dimessi dagli ospedali dell'ASL (o dall'Ospedale di Comunità di Bisaccia) con necessità di follow-up verranno segnalati immediatamente alla COT e presi in carico dall'infermiere di comunità entro 24-48 ore dalla dimissione (*dimissione protetta*). In questo modo, la teleassistenza

post-ricovero potrà prevenire ricadute o complicanze, con check telefonici o telematici giornalieri nella prima settimana e poi a scalare.

Aspetti operativi e protocolli:

Per rendere effettivo il modello, l'ASL Avellino dovrà dotarsi di **protocolli operativi dettagliati**. Ad esempio: un protocollo per l'arruolamento dei pazienti in teleassistenza (criteri di inclusione: pazienti ADI – Assistenza Domiciliare Integrata di livello elevato, pazienti con scompenso cardiaco, BPCO severa, diabete complesso, esiti di ictus, ecc.), un protocollo per la gestione delle allerte cliniche provenienti dal telemonitoraggio (con algoritmi di escalation: dal contatto telefonico fino all'attivazione del 118), e linee guida per la tutela della privacy dei dati raccolti (rispettando il GDPR e le normative vigenti sulla sanità digitale). Inoltre, sarà essenziale prevedere momenti di **audit periodico** e monitoraggio degli esiti: indicatori chiave potranno includere il numero di pazienti seguiti in teleassistenza, la frequenza di utilizzo del servizio, la riduzione di accessi al Pronto Soccorso per quei pazienti, il tasso di ospedalizzazione ed eventuali feedback di soddisfazione raccolti tramite survey.

Discussione

L'implementazione del modello proposto nell'ASL di Avellino presenta molteplici vantaggi e alcune sfide, che meritano di essere discussi alla luce delle esperienze pregresse e delle evidenze disponibili.

Benefici attesi: In primo luogo, la combinazione di teleassistenza e infermieristica di comunità permette di **estendere la copertura assistenziale** sull'intero territorio provinciale, superando le barriere geografiche. L'Irpinia, con le sue aree montane e paesi dispersi, potrà trarre enorme vantaggio da servizi a distanza che raggiungano il paziente a casa: come sottolinea la stessa Regione Campania, esistono *“diverse zone disagiate e difficilmente raggiungibili”* in cui strumenti come il teleconsulto e la televisita sono fondamentali per assicurare l'accesso alle cure (Report). Il nostro modello, integrando la teleassistenza con la presenza costante dell'infermiere di comunità, garantisce che anche in questi contesti nessun paziente venga lasciato solo: l'infermiere funge da “sentinella” locale, mentre la tecnologia colma le distanze. In secondo luogo, ci si aspetta un **miglioramento degli esiti di salute** per i pazienti cronici seguiti. Studi e case study internazionali indicano che la teleassistenza domiciliare può portare a un miglior controllo dei parametri clinici (es. migliore compenso pressorio nei pazienti ipertesi, riduzione di episodi di scompenso cardiaco acuto grazie al monitoraggio del peso e

dei sintomi) e a una diminuzione delle complicanze, perché i problemi vengono intercettati precocemente. L'infermiere di comunità, dal canto suo, potenziando l'educazione sanitaria e l'aderenza terapeutica, contribuisce a *“migliorare la qualità di vita e diminuire i casi di cronicizzazione e ospedalizzazione”* nei pazienti seguiti, come evidenziato nel progetto pilota salernitano. Un altro beneficio rilevante riguarda l'**appropriatezza nell'uso delle risorse sanitarie**: il filtro territoriale esercitato da teleassistenza + infermiere di comunità dovrebbe ridurre gli accessi impropri ai Pronto Soccorso e i ricoveri evitabili, come esplicitamente auspicato anche dalla proposta di legge regionale in Campania (Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino). Ciò non solo migliora l'esperienza del paziente (che evita lunghe attese ospedaliere se non necessarie), ma consente al sistema sanitario di risparmiare risorse preziose, riducendo il sovraffollamento ospedaliero e liberando posti letto per i casi più gravi. Dal punto di vista organizzativo, l'adozione di una *piattaforma unificata regionale* facilita inoltre la **standardizzazione dei processi**: tutti gli operatori utilizzano gli stessi strumenti e protocolli, favorendo l'interoperabilità e la raccolta di dati omogenei. Questo potrà permettere all'ASL Avellino di monitorare con indicatori oggettivi l'andamento del servizio e confrontarsi con le altre ASL campane in un'ottica di benchmarking regionale.

Criticità e soluzioni possibili:

Non mancano tuttavia le sfide e le possibili criticità nell'attuazione del modello. Una prima questione è il **digital divide**: una parte della popolazione anziana o con basso livello di alfabetizzazione digitale potrebbe incontrare difficoltà nell'utilizzare le tecnologie di teleassistenza. È fondamentale affrontare proattivamente questo problema attraverso formazione e supporto. Come previsto nel modello, il coinvolgimento di caregiver e la predisposizione di punti di assistenza sul territorio (es. farmacie di comunità) potranno mitigare tali difficoltà. Parallelamente, l'ASL dovrà investire in **usabilità delle soluzioni tecniche**: i dispositivi medici e le app fornite ai pazienti devono essere il più possibile semplici, affidabili e tarate sulle esigenze degli utenti fragili (ad esempio con interfacce chiare, tasti emergenza ben visibili, istruzioni multilingue se necessario). Un'altra criticità riguarda la **integrazione multiprofessionale**: l'introduzione di una nuova figura (l'infermiere di comunità) e di nuovi flussi di lavoro potrebbe inizialmente generare incertezze o resistenze tra gli operatori sanitari

tradizionali. È cruciale che l'implementazione avvenga in modo partecipativo, coinvolgendo sin dalle prime fasi i medici di base, i dirigenti dei distretti e gli altri attori, per definire chiaramente ruoli complementari e non sovrapponibili. Ad esempio, il MMG resta il clinico di riferimento che formula diagnosi e piani terapeutici, mentre l'infermiere di comunità ne è il braccio operativo sul territorio, con autonomia nell'ambito assistenziale infermieristico. Workshop multidisciplinari e momenti di confronto strutturati (anche sfruttando i "tavoli di lavoro" regionali sulla telemedicina e assistenza territoriale già attivati²) potranno favorire l'allineamento tra professionisti e la condivisione delle best practice. Dal punto di vista tecnico, **l'interoperabilità dei sistemi informativi** potrebbe rivelarsi complessa: bisognerà assicurarsi che la piattaforma di teleassistenza dialoghi efficacemente con il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale e con i gestionali già in uso presso l'ASL e i medici. Problemi di connettività internet nelle zone rurali rappresentano un ulteriore ostacolo potenziale; in tal senso, sarebbe opportuno coordinarsi con i piani di sviluppo della banda larga nelle aree interne (anche questi finanziati in parte dal PNRR) per garantire copertura sufficiente ovunque si attivi il servizio. Infine, ma non meno importante, c'è il tema della **sostenibilità economica e organizzativa**: dopo la fase di finanziamento straordinario PNRR (che coprirà acquisti di tecnologia e prime assunzioni), l'ASL dovrà assicurare risorse a regime per mantenere attivi i servizi di teleassistenza e per stabilizzare il personale infermieristico di comunità. Ciò implica pianificare sin d'ora il fabbisogno di personale (tenendo conto dei pensionamenti e del turnover) e valutare il ritorno dell'investimento in termini di costi evitati (ad esempio, un ricovero ospedaliero evitato grazie alla gestione domiciliare efficiente può compensare ampiamente il costo di un infermiere sul territorio). Studi economici sul telemonitoraggio di pazienti cronici hanno spesso dimostrato una riduzione dei costi totali di gestione del paziente, soprattutto se si considera un orizzonte pluriennale; tali evidenze dovranno essere adattate alla realtà locale per orientare le decisioni di politica sanitaria.

Confronto con altre realtà: Vale la pena notare che modelli simili di infermieristica di comunità supportata dalla telemedicina sono già operativi con successo in altre regioni italiane e in Paesi europei. Regioni come la Lombardia, il Veneto o l'Emilia-Romagna hanno lanciato negli ultimi anni programmi di "infermiere di famiglia" e telemonitoraggio di pazienti

² Congresso Laboratorio Sanità Campania | Bemar Italia a Napoli

cronici (ad esempio in ambito scompenso cardiaco o BPCO), riportando miglioramenti nell'aderenza terapeutica e soddisfazione dell'utenza. L'ASL Avellino potrebbe attingere a queste esperienze per ulteriori spunti, adattando però le soluzioni al contesto irpino. Un elemento chiave emerso altrove è l'importanza di **valutare gli esiti** (outcome) del modello: definire fin dall'inizio un disegno di valutazione (magari con il supporto di istituti di ricerca o dell'università locale) per monitorare indicatori di processo e di risultato, in modo da apportare correzioni di rotta guidate dai dati. Questo approccio trasformerebbe l'implementazione in Avellino in un vero e proprio *caso studio* replicabile anche in altre province campane, favorendo la diffusione di buone pratiche a livello regionale.

Conclusioni

L'assistenza territoriale in Campania, e in particolare nell'ASL di Avellino, è all'alba di una **rivoluzione organizzativa** che vede nella teleassistenza e nell'infermiere di comunità due pilastri fondamentali. Dall'analisi condotta emerge che tali innovazioni, se ben strutturate e sostenute da adeguati riferimenti normativi, possono colmare gap storici nell'offerta sanitaria locale, garantendo cure più eque, continuative e centrate sul paziente. Il modello operativo proposto integra tecnologie digitali e prossimità umana: da un lato la piattaforma di telemedicina regionale consente di *“portare l'ospedale a casa del paziente”* tramite un semplice clic, dall'altro l'infermiere di comunità assicura una presenza attiva e rassicurante nei luoghi di vita, creando quel legame di fiducia indispensabile per il successo di ogni intervento di cura.

Le esperienze pregresse – dal progetto Telecoma all'infermieristica di comunità nelle aree interne – insegnano che i risultati migliori si ottengono quando innovazione tecnologica e capitale umano procedono insieme, sostenuti da una visione strategica comune. L'ASL Avellino ha l'opportunità, attraverso i fondi PNRR e il sostegno della Regione Campania, di costruire un sistema territoriale all'avanguardia, in cui **ogni paziente fragile sappia di poter contare 24 ore su 24 su una rete di supporto** composta da professionisti dedicati e strumenti telematici avanzati. Certo, le sfide non mancano: occorrerà monitorare attentamente l'implementazione, investire in formazione continua e mantenere alta l'attenzione sulla sostenibilità a lungo termine. Ma i potenziali benefici – in termini di salute della popolazione, efficienza del sistema e soddisfazione dei cittadini – rappresentano un forte incentivo a proseguire su questa strada.

In conclusione, l'integrazione della teleassistenza con il ruolo dell'infermiere di comunità nell'ASL di Avellino si configura non solo come una **proposta operativa concreta**, ma anche come un *modello di riferimento* per la sanità territoriale del futuro in contesti simili. La sua realizzazione potrà contribuire a una sanità più vicina alle persone, dove la tecnologia è al servizio della relazione di cura e dove *“fare rete”* assume un significato nuovo e virtuoso, con l'ospedale, il territorio e la comunità finalmente connessi in un unico percorso di salute.

Fonti e Riferimenti:

- Deliberazione Giunta Regionale Campania n. 378/2023 – *“Modello Organizzativo Regionale della Telemedicina”* .
- Piano Operativo Servizi di Telemedicina – Scheda Regione Campania (Agenas, 2023) (Report) (Report).
- Strategia Nazionale Aree Interne – Relazione 2022, Regione Campania (progetti Infermiere di comunità e telemedicina in aree interne) .
- Proposta di Legge Regionale Campania su Infermiere di Famiglia e Comunità (2025) e comunicato OPI Avellino (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).
- Decreto Ministeriale 77/2022 – Standard per l’Assistenza Territoriale (Ministero Salute) ([PDF] DM 77/2022 - Note - CNOAS) (DM 77/2022: NUOVI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL’ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN - fnopi).
- Articoli e report locali: progetto “Telecoma” Avellino , rete di teleradiologia ASL AV , iniziative telemedicina in Campania.

Il contributo dell'infermiere di comunità nella gestione della fragilità nell'anziano

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.v1i3.20](https://doi.org/10.63099/nps.v1i3.20)

Published online: 06.02.2025

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

Abstract: La fragilità geriatrica è un importante problema di sanità pubblica in Europa, in crescita parallelamente all'invecchiamento demografico. Oltre un quinto della popolazione dell'UE ha ≥ 65 anni¹ e circa il 10-15% degli anziani comunitari presenta fragilità conclamata, con percentuali più elevate nelle età avanzate e nel sesso femminile ().

L'**infermiere di comunità** (o di famiglia) sta emergendo come figura chiave per fronteggiare questa sfida, contribuendo alla prevenzione e gestione integrata della fragilità. Scopo di questo studio è analizzare, con focus sull'esperienza europea, il ruolo dell'infermiere di comunità nella gestione della fragilità nell'anziano, includendo dati epidemiologici aggiornati, esempi di modelli assistenziali innovativi e riferimenti a studi recenti (2020-2024). **Metodologia:** È stata condotta una revisione narrativa della letteratura scientifica e dei report epidemiologici dal 2020 in poi, selezionando studi pertinenti sulla fragilità nell'anziano e sull'implementazione di interventi infermieristici territoriali in Europa.

Risultati: La fragilità interessa una quota ampia e crescente di anziani europei (fino al 14% ≥ 65 anni in alcune regioni nel 2021²), ma evidenzia variazioni geografiche legate a fattori socio-economici. In diversi paesi europei sono stati sviluppati modelli innovativi: ad esempio, in Italia l'introduzione diffusa dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (1 ogni ~3000 abitanti) mira a potenziare l'assistenza domiciliare primaria; nel Regno Unito l'inserimento di "frailty nurse" di comunità ha ridotto fino al 50-80% l'uso di cure non programmate; nei Paesi Bassi il modello Buurtzorg di assistenza domiciliare infermieristica autonoma ha ottenuto i più alti tassi di soddisfazione dei pazienti a livello nazionale³. Il ruolo dell'infermiere di comunità si è dimostrato fondamentale nel *screening* proattivo e prevenzione della fragilità, nell'attuazione della Valutazione Geriatrica Multidimensionale in contesto domiciliare, nella continuità assistenziale (riducendo ricoveri evitabili) e nel coordinamento multiprofessionale con medici di base, geriatri e servizi sociali⁴.

¹ Population structure and ageing - Statistics Explained

² Frailty trends in Catalonia 2017-2021: An epidemiological study with 1.5 million people aged ≥ 65 years - PubMed

³ The implementation and outcomes of self-managing teams in elderly care: A scoping review - PMC

⁴ Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar - PMC

Discussione: L'analisi evidenzia che il contributo dell'infermiere di comunità può migliorare gli esiti assistenziali degli anziani fragili, ritardando il declino funzionale e riducendo il carico su ospedali e famiglie. In Europa, dove la maggior parte degli anziani fragili vive al proprio domicilio, investire su approcci territoriali infermieristici consente interventi domiciliari tempestivi (anche tramite telemedicina) e programmi educativi personalizzati, con esiti positivi sulla salute (es. minori cadute, migliore aderenza terapeutica). **Conclusioni:** L'esperienza europea conferma che l'infermiere di comunità è un attore centrale nella gestione della fragilità, agendo in prevenzione, cura continuativa e coordinamento. L'adozione di tali figure professionali, supportata da adeguata formazione specialistica e integrazione nei team di assistenza primaria, rappresenta una *best practice* per rispondere alle crescenti esigenze di una popolazione che invecchia in modo sano e dignitoso.

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione europea comporta un aumento significativo del numero di anziani affetti da **fragilità** – una sindrome geriatrica caratterizzata da vulnerabilità intrinseca a stressor minori e ridotta riserva funzionale⁵. La fragilità rappresenta uno stato di rischio preclinico, spesso reversibile, che precede l'instaurarsi della disabilità e della dipendenza funzionale. Gli anziani fragili presentano un rischio elevato di esiti avversi (cadute, ospedalizzazioni, istituzionalizzazione, morte) rispetto ai coetanei robusti. In termini epidemiologici, recenti studi evidenziano la portata del fenomeno in Europa: **oltre il 50%** degli ultra-50enni europei risulta in condizione di pre-fragilità o fragilità⁶, con una prevalenza stimata di fragilità di circa **7-12%** nella popolazione anziana comunitaria (in base ai criteri adottati) (). Questa quota aumenta marcatamente con l'età avanzata (oltre i 75-80 anni) ed è più alta tra le donne rispetto agli uomini⁷. Vi sono inoltre rilevanti **eterogeneità geografiche**: ad esempio, secondo il *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, la prevalenza di fragilità (fenotipo di Fried) variava dal 3% in Svizzera al 15,6% in Portogallo già alla metà degli anni 2010. Evidenze più recenti confermano questa variabilità: un atlante della fragilità in 42 paesi europei (2024)

⁵ Frailty prevalence in 42 European countries by age and gender: development of the SHARE Frailty Atlas for Europe | GeroScience

⁶ Prevalence of frailty status among the European elderly population: Findings from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe - PubMed

⁷ Frailty prevalence in 42 European countries by age and gender: development of the SHARE Frailty Atlas for Europe - PubMed

mostra differenze significative correlate al contesto socio-economico, con tassi di fragilità più elevati nei paesi a minor reddito medio . Ad esempio, in

Catalogna (Spagna) la prevalenza standardizzata di fragilità fra gli over-65 è aumentata dal **10,5%** nel 2017 al **14,3%** nel 2021 , segnalando un trend in crescita accentuato anche dall'impatto della pandemia di COVID-19. Nello stesso periodo in Italia, i dati di sorveglianza PASSI d'Argento (ISS) indicano che il **18%** degli ultrasessantacinquenni intervistati nel 2017-2020 era **fragile**, ossia bisognoso di assistenza nelle attività quotidiane (Quanti sono oggi gli anziani fragili? - Info Data). Tuttavia, la stragrande maggioranza di essi (93%) riceve aiuto esclusivamente da familiari, e solo il 2,7% beneficia di assistenza domiciliare da parte di servizi pubblici (Quanti sono oggi gli anziani fragili? - Info Data) – un dato che evidenzia un gap assistenziale rilevante.

Di fronte a questa “epidemia silente” di fragilità dell’anziano, i sistemi sanitari europei stanno **ripensando i modelli assistenziali** ponendo enfasi sulla prevenzione e la gestione proattiva a livello territoriale (Gruppi d'azione del partenariato europeo sull'invecchiamento attivo ...)⁸. In particolare, sta emergendo il ruolo dell'**infermiere di famiglia e di comunità** (IFeC) quale figura pivot per garantire continuità assistenziale e interventi domiciliari precoci rivolti agli anziani fragili e ai loro caregivers. L'infermieristica di comunità in ambito geriatrico mira a “portare l'ospedale a casa” quando possibile, evitando ricoveri inappropriati e favorendo la permanenza dell’anziano nel proprio domicilio in sicurezza. Diversi paesi europei hanno introdotto programmi specifici: l'Italia ha formalizzato nel 2020 lo standard di **1 infermiere di famiglia/comunità ogni 2.000-3.000 abitanti** per potenziare l'assistenza territoriale⁹; il Regno Unito da oltre un decennio sviluppa ruoli infermieristici avanzati come i *community matrons* o *frailty nurses* in assistenza primaria (The Frailty Matters Project - British Journal of Community Nursing)¹⁰; i Paesi Bassi hanno rivoluzionato l'assistenza domiciliare con il modello Buurtzorg basato su piccoli team autonomi di infermieri di quartiere . In questo contesto, il presente articolo si propone di analizzare – con linguaggio tecnico-scientifico ma divulgativo – *il contributo dell'infermiere di comunità nella gestione della fragilità nell'anziano*, focalizzando sull'esperienza europea recente. Si esploreranno i dati epidemiologici attuali sulla fragilità in

⁸ [PDF] Sunfrail: un Modello per la prevenzione della Fragilità - Epicentro.Iss.it

⁹ La carenza infermieristica nella sanità territoriale - Fnopi L'infermiere

¹⁰ NHS England » Introducing a 'practice frailty nurse' into the community setting

Europa, esempi di modelli assistenziali innovativi o *best practice* nei vari paesi, e si delinearanno le attività e competenze chiave degli infermieri di comunità in ambito preventivo, clinico e organizzativo per la cura degli anziani fragili.

Metodologia

Si è adottato un disegno di **review narrativa** della letteratura e dei documenti di sanità pubblica. Tra gennaio e marzo 2025 sono state svolte ricerche bibliografiche in database scientifici (PubMed, Scopus) e fonti istituzionali (Eurostat, OMS Europa, Ministeri della Salute europei) per identificare: 1) dati epidemiologici aggiornati (2020-2024) sulla fragilità nella popolazione anziana in Europa; 2) studi empirici o *reviews* sul ruolo dell'infermiere di comunità/famiglia nella gestione di pazienti anziani fragili; 3) descrizioni di modelli assistenziali innovativi, progetti o interventi territoriali rivolti alla fragilità in diversi paesi europei. Come criteri di inclusione sono state considerate pubblicazioni scientifiche (trial clinici, studi osservazionali, studi qualitativi e di implementazione, *scoping review*) in lingua inglese o italiana, pubblicate dal 2020 in avanti, e report ufficiali dal 2020 ad oggi. Sono stati privilegiati studi con campioni europei o confronti internazionali, per attinenza al focus geografico richiesto. I termini chiave utilizzati nelle ricerche sono stati, tra gli altri: "*frailty in older adults*", "*community nurse*", "*primary care*", "*integrated care for frail elderly*", sia singolarmente sia in combinazione, anche nelle rispettive traduzioni ("*fragilità anziani*", "*infermiere di comunità/famiglia*" ecc.). Dopo uno *screening* per titoli e abstract, le fonti rilevanti sono state analizzate integralmente e le informazioni estratte sono state organizzate secondo le tematiche chiave oggetto del presente lavoro: (a) epidemiologia della fragilità in Europa; (b) modelli e interventi assistenziali a livello comunitario; (c) ruolo e competenze dell'infermiere di comunità nella fragilità (prevenzione, continuità, valutazione multidimensionale, coordinamento). Per garantire l'aggiornamento dei dati statistici, si è fatto riferimento ove possibile a sorveglianze epidemiologiche recenti (es. PASSI d'Argento ISS per l'Italia, studi di coorte regionali, iniziative EU come il progetto *SHARE Frailty Atlas 2024*). I risultati sono riportati in forma descrittiva, con l'ausilio di una tabella riassuntiva dei dati di prevalenza più significativi.

Risultati

Epidemiologia della fragilità nell'anziano in Europa

L'analisi delle fonti recenti conferma che la fragilità colpisce una quota considerevole di anziani europei e tende ad aumentare col tempo. La **Tabella 1** riassume alcuni indicatori epidemiologici chiave emersi da studi dal 2018 in poi.

Tabella 1 – Prevalenza della fragilità negli anziani in Europa (studi recenti)

Contesto/Studio (anno)	Definizione di fragilità	Popolazione esaminata	Prevalenza fragilità (frail)	Prevalenza pre-fragilità
Meta-analisi 22 paesi EU (ADVANTAGE) () (2018)	Varie (Fenotipo di Fried, FI, ecc.)	≥65 anni, comunità	~ 12% (stima pooled Europa)(IC 95% 10-15%)	- (41% circa se ≥70 anni)
Studio SHARE 6^a wave (2019)	Fenotipo di Fried (5 criteri)	≥50 anni, comunità (Europa)	7,7% (range 3% CH – 15,6% PT)	42,9% (34% AT – 52,8% EE)
Catalogna, Spagna (2017→2021)	<i>Electronic Frailty Index (eFI)</i>	≥65 anni, utenti sanitari	10,5% (2017) → 14,3% (2021)	-
Italia (PASSI d'Argento) (Quanti sono oggi gli anziani fragili? - Info Data)(2017-2020)	Fragilità percepita (bisogno assist.)	≥65 anni, campione pop.	18% (fragili che necessitano aiuto)	-
Italia (studio longitudinale) (Analisi epidemiologica della fragilità nella coorte di anziani ILSA ...)(2011→2021)	Fragilità severa (indicatori clin.)	≥65 anni, comunità (Longeva)	1,4% (2011) → 3,7% (2021) (<i>severa</i>)	-

Abbreviazioni: FI = *Frailty Index* (indice di accumulo deficit). CH = Svizzera; PT = Portogallo; AT = Austria; EE = Estonia.

Dai dati emerge che **circa 1 anziano su 10 in Europa è fragile**, secondo criteri clinici standard, mentre una quota molto più ampia – nell'ordine di 1 su 3 – risulta in condizioni di *pre-frailty* o fragilità incipiente . L'Italia si colloca in linea con la media europea, con stime di prevalenza della fragilità intorno al 15-20% negli over-65 (inclusi stadi iniziali) e ~3% per la fragilità grave o avanzata (Quanti sono oggi gli anziani fragili? - Info Data) (Indagine Italia Longeva. Tra il 2011 e il 2021 aumentati dal 26 al 40 ...). È importante sottolineare che la fragilità **aumenta rapidamente con l'età**: ad esempio, negli ultra 80enni la prevalenza può superare il 25-30% secondo alcune indagini locali. Inoltre, gli studi evidenziano costantemente un gradiente di genere (femminile > maschile) e socioeconomico. I paesi dell'Europa meridionale (es. Italia, Spagna, Portogallo) tendono a riportare tassi più elevati di fragilità negli anziani rispetto ai paesi del Nord, anche a parità di metodologia, in parte per differenze nello stato di salute generale e nelle condizioni socioeconomiche della popolazione anziana . Fattori come basso livello di istruzione, reddito minore e isolamento sociale sono associati a maggior rischio di diventare fragili . Al contrario, una migliore condizione economica nazionale (ad es. maggiore PIL pro capite) correla con minori tassi di fragilità in età 65-79 . Queste evidenze indicano che la fragilità non è distribuita uniformemente e richiede interventi adattati al contesto demografico e sociale di ciascun paese.

Oltre alla prevalenza, va considerato il **carico assistenziale** correlato. Gli anziani fragili utilizzano in misura maggiore servizi sanitari: ad esempio, uno studio multinazionale ha riscontrato che fra gli ultra65enni che afferiscono al Pronto Soccorso europeo circa **40% è in condizione di fragilità** (range 26-66% a seconda del paese) (Service provision for Frailty in European Emergency Departments ...). La fragilità incrementa di circa 2-3 volte la probabilità di ospedalizzazione e di ingresso in strutture residenziali . Tali impatti sono però in parte evitabili poiché la fragilità, se identificata precocemente, **può essere contrastata o stabilizzata** tramite interventi multidisciplinari (nutrizionali, fisici, terapeutici) . In quest'ottica, l'attenzione si è spostata sul territorio: la **medicina di famiglia e la sanità territoriale** sono indicate come il setting ideale per individuare e seguire nel tempo la fragilità . Strumenti di *screening* relativamente semplici (es. test FRAIL, *gait speed*, *Comprehensive Geriatric*

Assessment in versione breve) permettono al team di assistenza primaria di stratificare la popolazione anziana e attivare percorsi proattivi dedicati ai soggetti fragili prima che sviluppino disabilità conclamata.

Modelli assistenziali innovativi e *best practice* in Europa

Nei diversi sistemi sanitari europei sono stati sperimentati modelli organizzativi volti a migliorare la presa in carico degli anziani fragili sul territorio. Una caratteristica comune di queste esperienze di successo è la presenza di un **ruolo infermieristico avanzato** dedicato, spesso integrato in un team multidisciplinare di cure primarie. Di seguito si descrivono alcuni esempi rappresentativi in ambito europeo:

- **Infermiere di Famiglia e Comunità in Italia:** a partire dal 2020 l'Italia ha istituito formalmente l'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFeC) quale figura cardine per l'assistenza territoriale, prevedendo almeno *1 infermiere ogni 2.000-3.000 abitanti* in base agli standard nazionali . L'IFeC opera all'interno delle Case della Comunità o dei servizi distrettuali, svolgendo visite domiciliari programmate agli anziani fragili, coordinandosi con i Medici di Medicina Generale (MMG) e attivando all'occorrenza servizi sociali e specialisti. Le prime evidenze indicano che l'introduzione degli IFeC è associata a una maggiore appropriatezza nell'uso dei servizi: ad esempio, uno **studio pilota italiano** ha riportato che un intervento educativo domiciliare condotto da infermieri di famiglia su anziani cronici complessi ha ridotto significativamente i ricoveri ospedalieri e gli accessi al pronto soccorso rispetto al gruppo di controllo¹¹ . Gli IFeC svolgono inoltre un ruolo di collegamento durante le transizioni di cura (dimissione protetta dall'ospedale, accesso all'ADI – Assistenza Domiciliare Integrata), assicurando che il paziente fragile non resti senza supporto nel passaggio tra ospedale e domicilio. Questo modello, sebbene implementato di recente, è considerato una *best practice* da estendere per far fronte al crescente numero di anziani fragili nelle comunità italiane.
- **“Practice Frailty Nurse” nel Regno Unito:** il NHS britannico da tempo investe su figure infermieristiche specializzate per la gestione dei pazienti anziani complessi nel territorio. Un esempio emblematico viene da **Newcastle (Inghilterra)**, dove è stato

¹¹ The Role of Family or Community Nurse in Dealing with Frail and Chronic Patients in Italy: A Scoping Review - PMC

introdotto un *Practice Frailty Nurse* all'interno di uno studio di medicina generale per seguire proattivamente gli anziani fragili a domicilio . Questo infermiere con competenze geriatrico-comunitarie, in collaborazione con il medico di base, ha il compito di identificare precocemente i pazienti con segnali di fragilità (tramite il registro degli assistiti e strumenti di stratificazione del rischio), effettuare valutazioni multidimensionali a casa (comprehensive di CGA) e formulare piani assistenziali personalizzati in accordo col paziente e la famiglia . I risultati documentati dopo il primo anno di implementazione sono notevoli: per gli anziani seguiti dal *frailty nurse* si è osservata una riduzione **sostenuta** delle chiamate al medico a domicilio dell'**80%**, degli accessi in pronto soccorso del **56%** e delle ospedalizzazioni del **54%** rispetto all'anno precedente . Inoltre, non si è registrato alcun aumento dei nuovi ingressi in RSA, segno che i pazienti sono rimasti più a lungo al proprio domicilio grazie al supporto ricevuto . Oltre agli esiti clinici, l'esperienza ha migliorato la soddisfazione sia dei pazienti (che riferiscono maggior sicurezza e qualità di vita) sia degli operatori coinvolti, ed è stata quindi estesa ad altri quartieri . Questo esempio dimostra come un ruolo infermieristico dedicato alla fragilità possa colmare le lacune tra cure primarie e domiciliari, con impatto tangibile sulla riduzione degli eventi acuti e dei costi associati.

- **Modello Buurtzorg nei Paesi Bassi:** uno dei modelli più innovativi emersi in Europa è Buurtzorg (“cura di quartiere”), avviato nei Paesi Bassi nel 2007. Si tratta di un'organizzazione di assistenza **infermieristica domiciliare autogestita**, basata su piccoli team di 10-12 infermieri di comunità che gestiscono in autonomia l'assistenza agli anziani di un quartiere, senza una gerarchia burocratica tradizionale . Gli obiettivi dichiarati del modello Buurtzorg sono migliorare gli esiti di salute dei clienti, contenere i costi dell'assistenza domiciliare e aumentare la soddisfazione sia dei pazienti che degli infermieri stessi . Il team fornisce cure integrate centrando l'intervento sulla persona nel contesto della sua rete familiare e sociale, e si raccorda direttamente con medici e altri servizi all'occorrenza . Questo approccio ha avuto **ampio successo nei Paesi Bassi:** già nel 2008 Buurtzorg registrava i più alti tassi di soddisfazione degli assistiti di tutto il sistema sanitario olandese, e nel 2013 otteneva valutazioni eccellenti in indicatori come coinvolgimento del paziente nel piano di cura e qualità del personale . Studi successivi hanno riportato che Buurtzorg ha permesso una riduzione significativa delle ore di

assistenza per paziente grazie a una maggiore efficienza e ad interventi focalizzati sull'autonomia residua, con costi complessivi inferiori rispetto ai servizi tradizionali ([PDF] The Buurtzorg Nederland (home care provider) model). Il modello è stato esportato (in forma adattata) in altri paesi, tra cui Regno Unito e alcuni paesi scandinavi, incontrando generalmente un buon gradimento da parte di utenti e operatori, sebbene la trasferibilità dipenda dal contesto sanitario locale .

- **Iniziative in Spagna e altri paesi:** in Spagna, la sanità primaria ha sviluppato programmi specifici per la fragilità nell'anziano, spesso guidati da infermieri di *atención comunitaria*. Ad esempio, nella regione della Rioja è stato recentemente implementato uno *screening* sistematico della fragilità nei pazienti ≥ 65 anni tramite la *FRAIL scale* e interventi mirati di esercizio fisico, nutrizione e revisione farmacologica per i positivi ([PDF] PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD EN LA PERSONA MAYOR (2024)). In Catalogna, oltre al citato monitoraggio epidemiologico, vi sono **unità di valutazione geriatrica territoriale** composte da geriatra, infermiere e fisioterapista, che effettuano valutazioni multidimensionali domiciliari per i soggetti segnalati dai medici di base (modello "Consulta di fragilità"). In Francia, il progetto PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) ha sperimentato la figura dell'**infirmier référent** per coordinare il percorso dell'anziano fragile sul territorio, fungendo da case-manager infermieristico in sinergia con il *médecin traitant* (medico di famiglia). Sebbene i risultati varino, un filo conduttore di queste esperienze è l'evidenza che **un approccio proattivo e multiprofessionale** all'interno delle cure primarie può *posticipare gli esiti negativi della fragilità*. In sintesi, le *best practice* europee mostrano che l'integrazione di infermieri dedicati e l'adozione di modelli organizzativi innovativi portano a un miglioramento della presa in carico, con anziani più autonomi più a lungo e un uso più efficiente delle risorse sanitarie.

Ruolo dell'infermiere di comunità nella gestione della fragilità

Dai modelli sopra descritti e dalla letteratura recente emergono chiaramente i **molteplici contributi** che l'infermiere di comunità offre nella gestione della fragilità dell'anziano. In particolare, si possono delineare quattro macro-aree di intervento infermieristico territoriale:

- **Prevenzione e identificazione precoce:** l'infermiere di comunità svolge un ruolo proattivo nel **riconoscimento tempestivo** dei segni di fragilità. Ciò avviene tramite *screening* strutturati (ad es. somministrazione periodica di questionari come FRAIL, VES-13, valutazione della velocità di cammino) ma anche attraverso la conoscenza diretta della popolazione assistita. Effettuando **visite domiciliari** regolari agli anziani a rischio, l'infermiere è in grado di cogliere cambiamenti sottili nello stato funzionale o nutrizionale del paziente, segnalandoli precocemente al medico e attivando interventi preventivi. Interventi di prevenzione tipici includono l'educazione a stili di vita attivi e sicuri (attività fisica adeguata, alimentazione ricca di proteine per prevenire sarcopenia, supplementazione di vitamina D quando indicata), la verifica dell'aderenza terapeutica e la semplificazione del regime farmacologico per ridurre il rischio di *polypharmacy*. In letteratura è sottolineato il *"promettente ruolo"* dell'infermiere di comunità nella prevenzione della fragilità e della sarcopenia, attraverso programmi educativi e di esercizio domiciliare (NUTRICION). L'infermiere può organizzare, ad esempio, **interventi di gruppo** nel quartiere (come *"classi di cammino"* o incontri sull'alimentazione) coinvolgendo gli anziani pre-fragili, spesso in collaborazione con associazioni di volontariato locali. Queste azioni di sanità d'iniziativa mirano a mantenere l'anziano robusto il più a lungo possibile e a *"compressione della fragilità"* verso le età più avanzate.
- **Valutazione multidimensionale e pianificazione personalizzata:** quando un anziano viene identificato come potenzialmente fragile, l'infermiere di comunità contribuisce alla **Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM)** direttamente a domicilio. La VGM è considerata il gold standard nella presa in carico della fragilità, comprendendo una valutazione olistica degli aspetti clinici, funzionali, cognitivi, nutrizionali e socio-familiari dell'anziano. L'infermiere porta nel team multiprofessionale una prospettiva unica, grazie alla conoscenza approfondita del contesto domestico e sociale del

paziente. Egli rileva dati su ADL e IADL (attività di vita quotidiana), rischio di cadute, stato della cute, gestione dei farmaci e bisogni assistenziali quotidiani. Tali informazioni, integrate con la valutazione medica e sociale, consentono di stratificare la severità della fragilità e di formulare un **piano di cura personalizzato**. Studi indicano che l'infermiere di comunità possiede competenze chiave nel "*identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni*" del paziente fragile, monitorandone nel tempo l'evoluzione e adattando di conseguenza il piano assistenziale. Ad esempio, se dalla VGM emerge un declino cognitivo iniziale, l'infermiere potrà coinvolgere i familiari per implementare strategie di orientamento e sorveglianza, oppure attivare servizi di stimolazione cognitiva in comunità. Se si evidenziano difficoltà motorie e rischio cadute, potrà allertare il fisioterapista per un training di equilibrio o suggerire ausili domestici. In sintesi, l'infermiere di comunità agisce come **case manager infermieristico**, garantendo che ogni anziano fragile abbia un percorso di cura integrato e centrato sui propri bisogni specifici.

- **Continuità assistenziale e interventi di cura domiciliari:** una volta instaurato il piano assistenziale, l'infermiere di comunità è responsabile di **implementare e seguire nel tempo** gli interventi previsti, assicurando la continuità delle cure. Ciò include attività clinico-assistenziali dirette (monitoraggio di parametri vitali, gestione delle terapie, medicazioni di lesioni croniche, supporto nell'igiene personale se necessario) nonché la **presa in carico prolungata** del caso. Numerose evidenze attestano che le **visite domiciliari periodiche infermieristiche** producono benefici tangibili per gli anziani fragili: migliorano la gestione delle attività quotidiane e l'autonomia residua, aumentano l'aderenza ai piani terapeutici e riducono il ricorso a ricoveri o accessi d'emergenza. Un'*umbrella review* recente ha confermato che i programmi di visite domiciliari infermieristiche sono associati a una **riduzione delle ospedalizzazioni** negli anziani fragili rispetto alla cura usuale. Questo è attribuibile al fatto che l'infermiere, intercettando precocemente i segnali di scompenso (es. edemi in peggioramento in un cardiopatico, inappetenza in un paziente a rischio malnutrizione) può intervenire o avvisare il medico per un aggiustamento terapeutico prima che la situazione evolva in urgenza. Inoltre l'infermiere di comunità educa e **coinvolge i caregiver familiari**, istruendoli sulle corrette tecniche assistenziali (mobilizzazione, gestione catetere,

dieta...) e fornendo sostegno emotivo. Ciò rafforza la capacità della famiglia di assistere l'anziano e previene il burnout del caregiver. Durante eventuali ricoveri ospedalieri, l'infermiere di comunità rimane in contatto con il reparto per pianificare la dimissione e predisporre il rientro a casa in sicurezza (con ausili, adattamenti ambientali, etc.), fungendo da **trait d'union** tra ospedale e territorio. In sintesi, grazie a questa presa in carico continuativa, l'anziano fragile sperimenta un percorso assistenziale senza soluzioni di continuità ("seamless care"), con minor rischio di cadere in vuoti di assistenza post-dimissione.

- **Coordinamento interdisciplinare e integrazione socio-sanitaria:** la fragilità è una condizione complessa che richiede l'apporto di molteplici professionalità. L'infermiere di comunità, per la sua posizione "di frontiera" tra l'ospedale e la casa, assume spesso il ruolo di **coordinatore pratico** dell'équipe territoriale. Egli mantiene un **collegamento costante con il medico di base**, riferendo gli aggiornamenti sullo stato del paziente e concordando gli adeguamenti terapeutici. Allo stesso tempo, interagisce con altri professionisti: fisioterapisti per programmi riabilitativi domiciliari, dietisti per piani alimentari in caso di sarcopenia o malnutrizione, assistenti sociali per attivare servizi di supporto (es. pasti a domicilio, telesoccorso) o percorsi di sostegno economico all'anziano fragile. In molti modelli europei (es. Cure Complesse di Comunità in UK, PAERPA in Francia) l'infermiere partecipa a **riunioni multidisciplinari periodiche** dove insieme a medici, terapisti ed eventuali specialisti discute i piani di cura dei pazienti fragili più complessi, assicurando una visione olistica. La letteratura sottolinea come il lavoro in **team interprofessionale** migliori gli esiti e la soddisfazione lavorativa degli operatori; l'infermiere di comunità è un attore chiave nel *team* territoriale proprio per la sua capacità di collegare i diversi ambiti. Anche la componente sociale è cruciale: l'infermiere collabora con i servizi sociali comunali e con il volontariato locale per creare una **rete di supporto** attorno all'anziano (ad esempio inserendolo in centri diurni, gruppi di socializzazione, servizi di trasporto). Secondo un articolo spagnolo recente, la gestione ottimale della fragilità richiede una "intervención multidimensional y coordinada de diferentes profesionales sanitarios y sociales, con la implicación del paciente y su familia". Ciò sintetizza il ruolo integratore dell'infermiere di comunità: egli

lavora affinché tutti gli attori – sanitario, sociale, familiare – agiscano in sinergia verso gli obiettivi assistenziali concordati con l’anziano stesso.

Va infine menzionato che, nell’espletare tali funzioni, l’infermiere di comunità europeo oggi si avvale anche di **strumenti innovativi**. La **telemedicina** è sempre più integrata nell’assistenza territoriale: telemonitoraggio di parametri clinici (pressione arteriosa, saturazione) con dispositivi domiciliari connessi, consulenze specialistiche in remoto, follow-up telefonici strutturati sono stati adottati in diversi programmi per pazienti fragili, soprattutto post-pandemia . In Italia ad esempio l’IRCCS INRCA ha sperimentato sistemi di intelligenza artificiale e *machine learning* per predire il rischio di instabilizzazione clinica negli anziani fragili seguiti a domicilio, avvisando proattivamente l’infermiere di comunità (*alert* per decadimento delle condizioni) (Telemedicina e IA al servizio dei pazienti anziani fragili: l’esperienza ...). Tali strumenti, se ben integrati, potenziano l’efficacia dell’infermiere permettendo di raggiungere più pazienti e di intervenire tempestivamente a distanza. L’**educazione continua** è un altro aspetto: riconoscendo la centralità delle competenze avanzate, progetti europei come *ENhANCE* hanno definito un curriculum standard per l’Infermiere di Famiglia e Comunità, delineando competenze core che includono la promozione della salute, la valutazione funzionale geriatrica e la gestione di *care* coordinato . Questo contribuisce ad uniformare il profilo professionale e assicurare che gli infermieri siano formati per affrontare la fragilità in modo evidence-based.

Discussione

I risultati di questa analisi evidenziano come l’infermiere di comunità apporti un contributo sostanziale nella gestione integrata della fragilità dell’anziano, confermando esperienze precedenti e fornendo indicazioni utili per le politiche sanitarie. In particolare, emergono alcuni *insight* principali.

In primo luogo, la **fragilità geriatrica in Europa è diffusa e in aumento**, ponendo una sfida crescente ai sistemi socio-sanitari. Il fatto che in certe regioni (es. Catalogna) la prevalenza nei ≥ 65 anni abbia raggiunto il 14% suggerisce che un numero sempre maggiore di anziani necessita di interventi mirati. Tradizionalmente, la risposta al declino dell’anziano era tardiva e frammentata – spesso limitata all’ospedalizzazione in fase avanzata. L’approccio attuale mira invece a spostare l’asse verso la prevenzione e l’intercettazione precoce sul territorio, dove

l'infermiere di comunità funge da sentinella attiva. Questa **trasformazione paradigmatica** è in linea con le raccomandazioni internazionali (OMS, UE) sull'invecchiamento attivo e in buona salute, che sottolineano il potenziamento dell'assistenza primaria quale cardine per affrontare condizioni croniche complesse come la fragilità (Gruppi d'azione del partenariato europeo sull'invecchiamento attivo ...) (Soluzioni digitali e continuità assistenziale. Dall'Europa le ...).

I modelli innovativi descritti – dall'IFeC italiano al *frailty nurse* inglese al Buurtzorg olandese – benché diversi, condividono l'intuizione che un **forte investimento in assistenza infermieristica territoriale** produca benefici multipli. Ridurre i ricoveri evitabili e le visite d'emergenza non significa solo **risparmio di risorse**, ma anche evitare agli anziani fragili gli effetti iatrogeni dell'ospedalizzazione (allettamento prolungato, delirium, infezioni) e preservare la loro qualità di vita nell'ambiente domestico. In letteratura è ben documentato che l'ospedalizzazione può rappresentare un evento "*spartiacque*" verso il declino irreversibile per il paziente fragile ; prevenirla mantenendo il paziente in sicurezza a domicilio è dunque un obiettivo primario. Gli esempi britannici mostrano riduzioni impressionanti (>50%) delle ospedalizzazioni grazie a interventi infermieristici proattivi , dimostrando *in vivo* ciò che studi controllati e *review* hanno suggerito da tempo . Analogamente, mantenere l'anziano nella comunità il più a lungo possibile ha ricadute positive sul piano **sociale e psicologico**: continuità dei legami familiari, conservazione del ruolo sociale, maggiore soddisfazione degli assistiti . Non a caso, tra gli indicatori qualitativi rilevati nelle esperienze descritte, vi sono testimonianze di pazienti che riferiscono di aver "ritrovato il piacere di vivere" grazie alla vicinanza costante dell'infermiere . Questo sottolinea un aspetto spesso trascurato: la fragilità comporta non solo decadimento fisico ma anche insicurezza, solitudine e ansia nell'anziano, aspetti che l'infermiere di comunità – con la sua presenza empatica e regolare – contribuisce ad attenuare. In tal senso, il suo ruolo è *anche* di **supporto psicosociale**, in sinergia con altre figure come lo psicologo ove presente.

Un altro punto di discussione riguarda le **competenze e la formazione**. L'infermiere di comunità moderno deve possedere un ampio ventaglio di competenze specialistiche: geriatriche, chronic care management, educative, comunicative, e di *care coordination*. Dalla *scoping review* italiana si evince che i programmi formativi (come l'ENhANCE curriculum) insistono su queste aree, preparando l'infermiere a identificare bisogni sanitari, monitorare

attivamente il paziente, promuovere salute e gestire interventi complessi in autonomia. Tuttavia, alcune lacune permangono: ad esempio, lo studio spagnolo ha rilevato una **carenza di formazione specifica** delle infermiere in tema di fragilità e nutrizione, evidenziando la necessità di potenziare il bagaglio di conoscenze su questi aspetti (NUTRICION). Anche i risultati della *scoping review* italiana, che trovava solo 4 studi pertinenti, indicano che l'evidenza empirica sulle migliori pratiche infermieristiche per la fragilità è ancora limitata e recente, segno di un ambito in evoluzione . Ciò suggerisce la necessità di ulteriori ricerche e soprattutto di **condivisione di esperienze** tra paesi: progetti europei collaborativi (come *Joint Actions* e reti professionali) sono cruciali per scambiare *best practice* e adattare modelli efficaci nei diversi contesti nazionali. Ad esempio, studiare l'adattamento del modello Buurtzorg in contesti mediterranei o capire come integrare il *frailty nurse* nelle strutture di cure primarie di altri paesi potrebbe fornire preziose indicazioni per scalare queste innovazioni.

Dal punto di vista organizzativo, l'introduzione dell'infermiere di comunità comporta anche affrontare alcune **sfide pratiche**. La carenza cronica di infermieri in molti paesi UE (Italia compresa) può ostacolare il raggiungimento degli standard previsti (come 1 per 3000 abitanti); servono dunque politiche di reclutamento e valorizzazione della professione infermieristica territoriale . Inoltre, l'integrazione efficace dell'IFeC nel team richiede un chiaro riconoscimento di ruoli e responsabilità: medici di base e infermieri devono costruire un rapporto di fiducia e complementarità, superando modelli gerarchici ormai obsoleti. Le esperienze di successo mostrano che laddove l'infermiere ha avuto **autonomia decisionale** (es. nel Buurtzorg) e **supporto istituzionale** (es. contratti chiari come nel progetto inglese) i risultati sono migliori . Dunque, per massimizzare il contributo dell'infermiere di comunità, è necessario investirlo di **leadership clinica** nel suo ambito: ad esempio, affidandogli la responsabilità di programmi come la gestione del rischio cadute o la riconciliazione terapeutica per tutti i pazienti >75 di un territorio. Allo stesso tempo occorre dotarlo di strumenti (es. accesso a cartelle condivise, telemonitoraggio, possibilità di consulenza telefonica rapida con specialisti) e di linee guida specifiche. In Italia, AGENAS ha pubblicato *Linee di indirizzo* per l'IFeC che delineano compiti quali l'esecuzione di VGM, la pianificazione assistenziale individuale, l'educazione terapeutica e la sorveglianza epidemiologica sul territorio (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida) (Agenas pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o ...). Tali documenti sono fondamentali per

standardizzare l'operatività dell'infermiere di comunità e valutarne gli esiti con indicatori dedicati (es. tasso di ospedalizzazione degli assistiti fragili seguiti).

Infine, un aspetto trasversale discusso in letteratura è la **sostenibilità economica** di questi modelli. Sebbene l'impiego di infermieri di comunità richieda investimento di risorse umane, diverse analisi suggeriscono che il bilancio complessivo è favorevole: la riduzione di ricoveri, accessi impropri e istituzionalizzazioni comporta risparmi notevoli che compensano il costo degli interventi territoriali. Ad esempio, nel modello Buurtzorg il costo orario infermieristico più alto è stato bilanciato da una **diminuzione delle ore totali di assistenza** per paziente e da minori utilizzi di cure mediche e ospedaliere. L'Inghilterra ha stimato che programmi di case management infermieristico per fragilità riducono il costo annuo per paziente grazie a minori giornate di degenza. È importante che i decisori analizzino questi dati di costo-efficacia in sede di programmazione sanitaria. In prospettiva, l'implementazione su larga scala dell'infermieristica di comunità appare non solo clinicamente opportuna ma anche economicamente conveniente, specie se accompagnata da una riorganizzazione sistemica orientata alla **popolazione target** (approccio *population health management*).

Conclusioni

La gestione della fragilità nell'anziano rappresenta una priorità strategica per i sistemi sanitari europei nei prossimi decenni, alla luce dell'invecchiamento della popolazione e dell'impatto significativo di questa condizione in termini di salute, disabilità e costi assistenziali. In questo scenario, il **ruolo dell'infermiere di comunità** si configura come un elemento essenziale per innovare e potenziare le cure territoriali rivolte agli anziani fragili. Dall'analisi condotta, focalizzata sulle esperienze europee recenti, emergono evidenze chiare che investire in assistenza infermieristica di comunità produce benefici tangibili: *identificazione precoce* della fragilità, *prevenzione* del declino attraverso interventi mirati, *migliore continuità delle cure* e supporto ai caregiver, *riduzione di eventi avversi* e utilizzo più appropriato delle risorse sanitarie. L'infermiere di comunità opera come **collante del sistema**, integrando aspetti clinici e sociali, e garantendo che l'anziano fragile non venga abbandonato nella frammentazione dei servizi.

L'**esperienza europea** fornisce numerosi spunti di *best practice*: i modelli citati di Italia, UK, Paesi Bassi, Spagna, Francia ecc. dimostrano in contesti diversi l'efficacia di approcci centrati sulla figura infermieristica territoriale. Queste iniziative, inizialmente spesso pilota, stanno evolvendo in politiche strutturate (si pensi all'implementazione capillare dell'IFeC nel PNRR italiano, o all'espansione di ruoli di *advanced nurse practitioners* in geriatria nel NHS). È auspicabile che avvenga una **convergenza** a livello europeo sulle competenze e sul riconoscimento di tali figure, facilitando anche la mobilità professionale e lo scambio di conoscenze.

Alla luce di quanto emerso, si formulano le seguenti raccomandazioni conclusive:

1. **Integrare stabilmente l'infermiere di comunità nei team di assistenza primaria** dedicati agli anziani, definendo chiaramente funzioni di prevenzione, valutazione e case-management per la fragilità.
2. **Potenziare la formazione specialistica** in ambito geriatrico-comunitario per gli infermieri, includendo strumenti di valutazione della fragilità, gestione delle multimorbilità e tecniche di coordinamento interdisciplinare.

3. **Implementare sistemi informativi e di teleassistenza** che consentano all'infermiere di comunità di monitorare da remoto i pazienti fragili e di condividere in tempo reale le informazioni con gli altri professionisti (cartella integrata socio-sanitaria).
4. **Valutare periodicamente gli esiti** dei programmi di assistenza infermieristica territoriale tramite indicatori di processo (es. numero di VGM effettuate, % di copertura della popolazione a rischio) ed esito (tassi di ricovero, soddisfazione utenti, giorni a domicilio). Un monitoraggio continuo permetterà di aggiustare il modello e di dimostrarne l'impatto alle istituzioni e alla comunità.
5. **Favorire l'empowerment dell'anziano fragile e della sua famiglia**, anche attraverso il ruolo educativo dell'infermiere: promuovere la cultura dell'invecchiamento attivo, dell'adesione ai programmi di screening e della richiesta di aiuto tempestiva al bisogno.

In conclusione, l'infermieristica di comunità applicata alla fragilità dell'anziano non è più solo una teoria o una sperimentazione isolata, ma rappresenta una realtà in espansione in Europa, sostenuta da evidenze di efficacia. Garantire un invecchiamento dignitoso e in salute ai cittadini europei richiederà di consolidare queste pratiche, superando le sfide organizzative e investendo nelle persone che quotidianamente operano "sul campo" accanto ai nostri anziani fragili. L'infermiere di comunità, in sinergia con gli altri professionisti, è destinato ad essere sempre più il **protagonista silenzioso** di questo cambiamento verso un sistema sanitario più vicino alle esigenze del paziente, più preventivo e più umano. Come affermato in uno slogan del progetto europeo *Advantage JA*: "*frailty prevention is everyone's business*", ma certamente gli infermieri di comunità ne sono i primi interpreti e custodi.

Bibliografia:

Manfredi G. et al. (2019). *Prevalence of frailty status among the European elderly population: Findings from the SHARE database*. *Geriatr Gerontol Int*, 19(8), 723-729. DOI: 10.1111/ggi.13689.

Sancarlo D. et al. (2023). *The Role of Family or Community Nurse in Dealing with Frail and Chronic Patients in Italy: A Scoping Review*. *Int J Environ Res Public Health*, 20(14), 6305. DOI: 10.3390/ijerph20146305.

Bainbridge L. et al. (2019). *Introducing a 'practice frailty nurse' into the community setting*. NHS England – North East Frailty Vanguard Case Study.

Ibid., Risultati e testimonianze dei pazienti del programma Frailty Nurse.

() O'Caomh R. et al. (2018). *Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action member states: A systematic review and meta-analysis*. *Ann Ist Super Sanità*, 54(3), 226-238. DOI: 10.4415/ANN_18_03_10.

Pitter JG et al. (2024). *Frailty prevalence in 42 European countries by age and gender: development of the SHARE Frailty Atlas for Europe*. *GeroScience*, 46(2), 1807-1824. DOI: 10.1007/s11357-023-00975-3.

Acosta-Benito MA & Martín-Lesende I. (2022). *Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar*. *Aten Primaria*, 54(9), 102385. DOI: 10.1016/j.aprim.2022.102385.

Serra-Prat M. et al. (2024). *Frailty trends in Catalonia 2017–2021: An epidemiological study with 1.5 million people ≥65 years*. *Public Health*, 237, 14-21. DOI: 10.1016/j.puhe.2024.09.016.

Zwerver AM et al. (2023). *The implementation and outcomes of self-managing teams in elderly care: A scoping review*. *Health Soc Care Community*, 31(4), e6263-e6280. DOI: 10.1111/hsc.14259.

(Quanti sono oggi gli anziani fragili? - Info Data) (Quanti sono oggi gli anziani fragili? - Info Data) Passi d'Argento ISS – Istituto Superiore di Sanità. (2022). *Quanti sono oggi gli anziani fragili?* (Report sorveglianza 2017-2020). Il Sole 24 Ore – InfoData.

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

A cura di:

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

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

Annamaria Garofalo



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

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

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

Alfonso Marotta



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

Review article

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

Published online: 20.03.2025

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

Abstract

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metodologia

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

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

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

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

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

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

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

Risultati

Panoramica dei modelli infermieristici di famiglia in Europa

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

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

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

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

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

Impatto sulle attività di prevenzione e promozione della salute

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

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

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

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

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

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

Impatto sull'aderenza terapeutica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Impatto sull'adozione di stili di vita sani

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discussione

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

Dalla panoramica comparativa emergono alcune differenze chiave fra i paesi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

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

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

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

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

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

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

A cura di:

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

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

Annamaria Garofalo



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

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

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

Alfonso Marotta



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

Review article

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

Published online: 20.03.2025

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

Abstract

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

Introduzione

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

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

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

Metodologia

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

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

Risultati

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

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

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

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

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

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

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

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

Discussione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

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

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