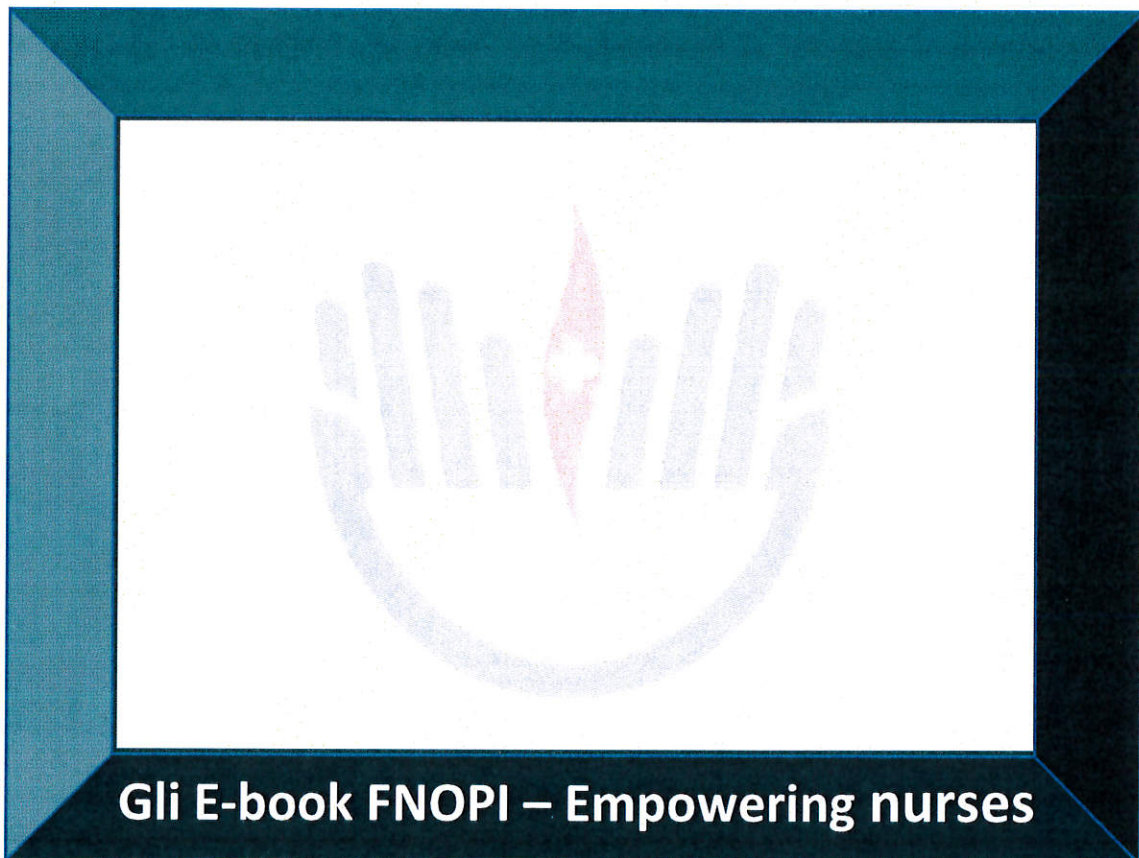

POSITION STATEMENT
L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ
Revisione luglio 2020



©Copyright 2020 Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)
00184 Roma – Via Agostino Depretis, 70
Tel. 06/46200101 – Fax 06/46200131
www.fnopi.it

Diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i Paesi.

Gli autori e FNOPI declinano ogni responsabilità per eventuali errori e/o inesattezze relative alla elaborazione dei testi normativi e per l'eventuale modifica e/o variazione degli schemi e della modulistica allegata

Gli autori, pur garantendo la massima affidabilità dell'opera, non rispondono di danni derivanti dall'uso dei dati e dalle notizie ivi contenuti.

FNOPI non risponde di eventuali danni causati da involontari refusi o errori di stampa.

Impaginazione e editing: Ufficio comunicazione e redazione.

Roma, Luglio 2020

ISBN: 978-88-945199-2-1

“Benvenuti a casa mia. Entrate e lasciate un po’ della felicità che recate.”

(Anonimo)

Gruppo di lavoro

Beatrice Mazzoleni Segretario FNOPI

Nicola Draoli Consigliere FNOPI

Erica Busca Dottoranda di ricerca, Dipartimento di Medicina Traslazionale,

Università del Piemonte Orientale

Ginetta Menarello, Vice presidente AIFeC, Vice direttore master IFeC

Università di Torino

Isabella Roba, A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sociosanitaria)

Nota

Con questo documento la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI), intende definire la propria visione sul ruolo dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), per ridurne gli elementi di diversificazione interpretativa e giungere a una definizione univoca del modello, riconoscibile sia all’interno che all’esterno della professione infermieristica.

Indice

Premessa	5
Introduzione	7
Condizioni necessarie	11
Definizione	13
I livelli dell'intervento	14
Le competenze core	15
Appendice	19
Bibliografia	21

Premessa

A seguito dell'intesa sancita nella Conferenza Stato Regioni, è stato emanato in data 18 dicembre 2019 il Patto per la Salute per il triennio 2019-2021. Il documento prevede, tra i numerosi punti, la valorizzazione della professione infermieristica nell'ambito dell'assistenza territoriale, finalizzata alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare in soggetti fragili e/o affetti da multi-morbidità, in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali. È in corso un ripensamento dei modelli organizzativi dell'assistenza territoriale in virtù dei cambiamenti sociodemografici del Paese. Infatti, si assiste:

- ✓ al progressivo invecchiamento della popolazione (1);
- ✓ all'incremento di persone con almeno una patologia cronica (40,8% della popolazione) e di condizioni di co-morbidità, in particolare in soggetti over settantacinquenni (66,6%);
- ✓ alla progressiva semplificazione della dimensione e composizione delle famiglie, con il 29,6% delle persone over sessantacinquenni che vivono sole (2);
- ✓ a una riduzione del circa il 50% degli anni di vita liberi da disabilità nelle persone sopra i 65 anni, con sostanziali differenze sulla base delle condizioni socio economiche (3).

Tali caratteristiche richiedono un modello assistenziale sensibilmente differente da quello centrato sull'ospedale, orientato verso un'offerta territoriale, che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona. L'assistenza sanitaria territoriale diventa luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità e della personalizzazione dell'assistenza (4), in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano Nazionale della Prevenzione.

Nello stesso tempo si mira a contenere la spesa sanitaria, mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita, responsabilizzare il paziente sugli stili di vita, coinvolgendolo attivamente nella gestione della propria condizione di salute (self-care).

Il sistema sanitario è chiamato ad anticipare i bisogni dei pazienti e a seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale, secondo una sanità di iniziativa integrata con i servizi sociali. A fronte di una sempre maggiore frammentazione del sapere, per garantire una risposta comprensiva, unitaria e sostenibile, l'assistenza primaria deve essere distribuita

all'interno di un sistema più ampio e articolato su più professionalità come reso noto nella Dichiarazione di Astana (5).

Nel corso degli anni, la professione infermieristica, a seguito di un processo di espansione ed estensione del ruolo, attraverso la formazione, ha assunto in tutto il mondo forme di assistenza avanzata nelle cure primarie (6). In alcuni contesti, per migliorare l'accesso ai servizi, si assiste ad una condivisione di attività fra la professione medica e infermieristica (es. Task Sharing) (7). In altri contesti, infermieri specializzati sono stati inseriti in ruoli complementari a quelli già esistenti, per ottimizzare la gestione delle patologie croniche in termini di riduzione dei tassi di ospedalizzazione, miglioramento dei parametri clinici e soddisfazione dell'utenza (8–10). In risposta agli obiettivi del Documento Salute 21 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si sono sviluppati percorsi di formazione di nuove figure infermieristiche (11), tra cui quella dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC). Caratteristica di questa figura è l'interesse verso l'individuo, la famiglia, la comunità e la casa come ambiente in cui i membri della famiglia possono farsi carico dei problemi di salute (12). Sette Paesi Europei completarono il progetto pilota di applicazione del modello attraverso un processo di formazione dei professionisti e di sua implementazione (13–15).

I differenti approcci di erogazione delle cure, emersi dalla revisione della letteratura disponibile, contribuiscono a incrementare la diversità dell'equipe delle cure primarie (16) e l'ideologia di un'utilità universale del modello ma rendono difficile articolare una definizione operativa europea unitaria. A tal proposito, nel 2018 nasce il progetto europeo ENhANCE (European Curriculum for Family and Community Nurse: <https://www.enhance-fcn.eu/it/homeit/>) con l'obiettivo di costruire un curriculum europeo utile a implementare le competenze core previste per l'Infermiere di Famiglia di Comunità (17).

Introduzione

L'attuale situazione epidemiologica e demografica della popolazione italiana, congiuntamente alle indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (11) e alla necessità di rivedere i modelli di assistenza infermieristica territoriale, ha portato allo sviluppo di differenti esperienze di Infermieristica di Famiglia e Comunità in Italia, riconosciute a livello legislativo o per mezzo di progetti e sperimentazioni. Per riportare alcuni esempi:

- ✓ Il Progetto CoSENSo (COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing Society) in Piemonte e Liguria, nell'ambito del Programma transnazionale di Cooperazione Territoriale Europea Interreg Spazio Alpino 2014-2020, volto a favorire un invecchiamento attivo della popolazione over sessantacinquenne, in special modo nelle "aree interne". I principi cardine del modello sono il mantenimento o miglioramento delle capacità residue funzionali, dei processi di "self-care"(18) e di favorire la creazione di un' unica rete sociale(19). Le sperimentazioni del modello di Infermieristica di Famiglia e Comunità nate dal progetto o sviluppatesi in modo parallelo ad esso, sono state riconosciute dalla Regione Piemonte di valenza strategica nel potenziamento dell'offerta territoriale dei servizi, anche laddove non inserite nelle Case della Salute (Deliberazione della Giunta Regionale 12 giugno 2017, n. 32-5173). La Regione Liguria ha proseguito protraendo la sperimentazione in alcune zone;
- ✓ L'infermiere di Famiglia e Comunità attivo in Regione Toscana che opera nel territorio e nella popolazione di riferimento identificabile nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della medicina generale. Le caratteristiche peculiari del modello sono:
 - La prossimità alla famiglia e alla comunità;
 - La proattività degli interventi;
 - Il ruolo di garante verso l'equità del sistema di erogazione di cure;
 - La logica multiprofessionale in raccordo diretto con il MMG, il PLS, gli assistenti sociali ecc. (Delibera della Giunta Regionale 04 giugno 2018, n.597).
- ✓ L'infermiere di Comunità nelle Microaree Triestine, i cui principi cardine sono mutuati da diversi saperi: "la teoria relazionale della società" (20), la teoria dello *Human Caring* (21) nonché alcuni concetti che attengono al sistema di *welfare* comunitario. L'infermiere,

inserito nel contesto locale e circoscritto della microarea, come parte integrante e connettivale della comunità residente, eroga interventi di tipo socio-sanitario e svolge un ruolo di attivatore di risorse contribuendo a costruire la rete del *welfare* di comunità (22,23).

Le differenze tra le esperienze rispecchiano il processo di adattamento nel contesto locale di un modello concettuale che risulta, però, essere condiviso. Il framework dell'OMS individua l'Infermiere di Famiglia e Comunità nel professionista che "aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia (12). La famiglia viene intesa come unità base della società dove chi si occupa di assistenza è importante che conosca la situazione in cui vivono le persone: casa, lavoro, ambiente fisico e sociale ecc. che possono avere un peso considerevole nella gestione della malattia (12)".

L'applicazione del modello deve tenere in considerazione alcuni aspetti peculiari che contraddistinguono il Paese Italia:

1. L'aumento della cronicità, legata all'aumento delle persone che giungono ad età sempre più avanzate ma anche sempre meno libere da problemi di salute spesso invalidanti, necessita di essere affrontata molto prima che si manifesti. Fronteggiare il fenomeno con azioni di promozione della salute e di prevenzione principalmente rivolte alla popolazione anziana o attraverso percorsi di accompagnamento standardizzati è una delle possibili strategie per il futuro. Ciò significa passaggio dai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali al Population Health Management ripensando ad un sistema che investa nei fondi per la non autosufficienza, e sulle cure primarie, in termini di modelli condivisi di stratificazione della popolazione in funzione della gravità/complessità, nonché adeguamento dei Sistemi Informatici e maggiore integrazione tra i professionisti e le reti, attraverso "un maggior coinvolgimento di tutte le figure professionali coinvolte, necessarie per rispondere adeguatamente alla multidimensionalità delle patologie croniche, in seno a piani di cura concordati..." (Piano Nazionale Cronicità).
2. La necessità di incrementare:
 - *L'empowerment* individuale della persona assistita, in modo da migliorare

la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia e di sviluppare abilità *self-care*;

- *L'empowerment* di comunità al fine di influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità di vita all'interno della propria comunità. Questo richiede una profonda revisione non solo dei modelli operativi ma anche dei principi e dei valori che sottendono alle azioni.

Questa Federazione ritiene che una strada da intraprendere sia quella della messa a regime di modelli di **Welfare generativo di comunità**, in grado di potenziare il **Capitale Sociale** esistente e di aumentare la **sostenibilità** del sistema stesso. Molti esperti internazionali sui temi dell'Empowerment e delle disuguaglianze sociali sostengono che, sia la sostenibilità dei sistemi sanitari, sia la riduzione delle disuguaglianze di salute, sono rese facilitate da azioni rivolte al potenziamento delle capacità delle persone e delle comunità di partecipare consapevolmente ai processi decisionali sui temi che riguardano la salute stessa (24–27). Il National Institute for Health Research (NHS) indica che esiste prova concreta che gli interventi di coinvolgimento della comunità hanno un impatto positivo sui comportamenti sanitari, sulle conseguenze sulla salute e sull'autoefficacia, generando una chiara percezione del valore del sostegno sociale, in varie condizioni (28). Un altro recente studio, pubblicato nel 2019 da Jane South sostiene l'importanza di distinguere tra interventi basati sulla comunità che si rivolgono a popolazioni "target" come destinatarie di attività guidate da professionisti e approcci centrati sulla comunità con il fine di:

- ✓ Riconoscere e cercare di mobilitare risorse all'interno delle comunità, comprese le competenze, le conoscenze e il tempo di individui, gruppi e organizzazioni della comunità;
- ✓ Concentrarsi sulla promozione della salute e del benessere nella comunità, piuttosto che su logiche di servizio;
- ✓ Promuovere l'equità nella salute lavorando in collaborazione con individui e gruppi per affrontare gli ostacoli per la buona salute;
- ✓ Cercare di aumentare il controllo delle persone sulla loro salute (29).

Le recenti esperienze sul territorio italiano sono volte a privilegiare, ove possibile, le cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, garantendo le prestazioni sanitarie necessarie ed attivando le risorse formali e informali della comunità per dare supporto alla persona e alla

famiglia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

L'innovazione, presente in tali modelli, necessita di competenze specifiche e di nuove relazioni nell'equipe di cura e con il cittadino. Infatti, tra le principali barriere all'implementazione di nuovi ruoli infermieristici nelle cure primarie si annovera la resistenza al cambiamento da parte del personale medico, l'assenza di legislazioni che ne riconoscano l'ambito di applicazione, e un sistema educativo in grado di fornire agli infermieri le competenze necessarie (30).

Condizioni necessarie

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità può e deve diventare una delle figure centrali nel processo di sviluppo della *vision* finora espressa. Ma, affinché l'innovazione possa essere davvero tale, si ritengono fondamentali alcune condizioni:

- ✓ La formazione dell'IFeC, a livello accademico, in percorsi post-laurea (Laurea Magistrale, Dottorato, Master di I-II Livello).
- ✓ Il superamento del modello prestazionale, che sinora ha caratterizzato l'attività degli infermieri nei servizi territoriali. L'infermiere di famiglia e comunità non è infatti una diversificazione degli interventi ADI ma svolge una funzione integrata e aggiunta a tali interventi. Inoltre, pregresse esperienze di implementazione della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, suggeriscono una revisione e una eventuale rimodulazione dei servizi infermieristici precedentemente attivi, per evitare il duplicarsi dei servizi, che renderebbe il modello meno riconoscibile alla popolazione (14).
- ✓ La promozione di modelli di prossimità e di proattività anticipatori del bisogno di salute rivolti a tutta la popolazione, malata o sana¹.
- ✓ Un bacino di utenza definito che sia coerente con le condizioni geografiche e demografiche del territorio di riferimento (le esperienze attualmente attive in Italia, mostrano un rapporto Infermiere di Famiglia e Comunità che oscilla tra 1:500 persone over 65 anni (progetto CoSENSo) e 1:2500 abitanti (Microaree).

Non esiste ad oggi in letteratura un preciso standard di riferimento e sarà necessario una volta messo a regime il modello che questo venga indagato con ricerche multicentriche ad hoc. Il bacino di utenza può comunque variare a seconda delle caratteristiche orografiche del territorio (aree interne, isole, comunità montane, zone metropolitane ad alta densità abitativa).

- ✓ La possibilità di condividere in modalità strutturate lo stesso bacino di utenti con gli altri professionisti tra cui in particolare il MMG e il PLS al fine di creare una vera équipe

¹La proattività è riconosciuta e promossa dall'OMS Europa fin dal 1998 e sostenuta dall'Unione Europea per il raggiungimento degli obiettivi di salute fondamentali per lo sviluppo della società.

multiprofessionale di unico riferimento per la popolazione assistita.

- ✓ L'integrazione dell'azione degli Infermieri di Famiglia e Comunità con i servizi esistenti, attraverso percorsi condivisi e definizione di ruoli complementari come il *care manager*, *eHealth monitoring* ecc. (6).
- ✓ La finalizzazione dell'azione fondamentale degli IFeC al potenziamento e allo sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro le comunità e con le comunità.
- ✓ La possibilità di agire in differenti ambiti, intervenendo:
 1. a livello ambulatoriale, come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere: **(a)** informazioni, per orientare meglio ai servizi e **(b)** prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione della collettività, della sanità pubblica, e dell'assistenza di base (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017) inclusi interventi di educazione alla salute;
 2. a livello domiciliare;
 3. a livello comunitario con attività trasversali di integrazione con i vari professionisti e possibili risorse formali e informali;
 4. strutture residenziali e intermedie.

Definizione

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica.

Agisce le competenze nella erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità, operando all'interno del sistema dell'Assistenza Sanitaria Primaria (31)².

L'Infermiere di Famiglia e Comunità ha come obiettivo la salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione adulta e pediatrica di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento e favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Agisce in autonomia professionale, afferendo ai servizi infermieristici del Distretto di riferimento, in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale.

L'infermiere di Famiglia e Comunità può operare in modelli assistenziali di cure primarie molto diversi per le diverse caratteristiche del contesto territoriale. Infatti, zone urbane ad elevata intensità, periferie cittadine, paesi isolati, zone montane richiedono soluzioni organizzative e di intervento specifiche.

² L'Assistenza Sanitaria Primaria è definita dall'OMS nel 1978 come l'assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa accessibile a tutti gli individui e famiglie della comunità attraverso la loro piena partecipazione e ad un costo che la comunità e il paese possano sostenere in ogni stadio del loro sviluppo, nello spirito dell'auto-fiducia e della auto-determinazione. Essa è parte integrale sia del sistema sanitario del paese, del quale essa assume la funzione centrale ed è punto focale, sia dello sviluppo generale sociale ed economico della comunità. Essa è il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie e della comunità col sistema sanitario del Paese, portando l'assistenza sanitaria quanto più vicino è possibile a dove la popolazione vive e lavora e costituendo il primo elemento di un processo continuo di assistenza.

I livelli dell'intervento

L'intervento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si esprime a:

- ✓ **Livello individuale e familiare** attraverso interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento. Favorisce la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace non solo di garantire prestazioni che può comunque erogare specie se complesse, ma anche di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi, con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita, del quale diventano protagonisti portando alla luce i potenziali di cura dei singoli e delle famiglie.
- ✓ **Livello comunitario** attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato.

L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità.

L'IFeC non è solo un erogatore di *care*, ma attivatore di potenziali di *care*, che insistono in modo latente nella comunità e che portati alla luce sprigionano una serie di beni cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. L'IFeC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute.

Le competenze core

L'IfeC, attraverso la formazione universitaria post base, acquisisce e implementa conoscenze e competenze per:

- ✓ La valutazione dei bisogni di salute della persona in età adulta e pediatrica, delle famiglie e della comunità attraverso approcci sistemici validati come il modello di analisi e intervento familiare di Calgary³.
- ✓ La promozione della salute e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria facendo riferimento ai modelli concettuali disponibili, tra cui: il *Population Health Promotion Model*, l'*Expanded Chronic Care Model* e il *Population Health Management*.
- ✓ La presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'età.
- ✓ La conoscenza dei fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, considerando i determinanti della salute.
- ✓ Lo sviluppo dell'educazione sanitaria in ambito scolastico anche nell'ottica di un ambiente sicuro (es: vaccinazioni, Covid 19 ecc.).
- ✓ La relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con gli assistiti.
- ✓ La valutazione personalizzata dei problemi sociosanitari che influenzano la salute, in sinergia con il MMG, I PLS e tutti gli altri professionisti che operano sul territorio.
- ✓ La definizione di programmi di intervento infermieristici basata su prove scientifiche di efficacia, anche prescrivendo o fornendo agli assistiti le indicazioni dei presidi assistenziali più efficaci al percorso di cura concordato.
- ✓ La creazione e valutazione degli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica territoriale.
- ✓ La definizione di ambiti e problemi di ricerca.
- ✓ L'utilizzo di supporti documentali e gestionali informatici per la documentazione dell'attività assistenziale che concorrono alla rendicontazione dell'attività svolta sul territorio di riferimento.

³Wright e Leahey, 1994.

Tali competenze avanzate consentono a livello individuale e familiare:

- ✓ Lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto. In particolare si segnalano tra gli approcci e modelli di valutazione della famiglia esistenti quali ad esempio, il *Friedman Family Assessment Model*, il *Calgary Family Assessment Model* e il *McGill Model/Developmental Health Model*.
- ✓ Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici come il *Kaiser Permanente*.
- ✓ Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano.
- ✓ Interventi di promozione di stili di vita e comportamenti salutari dell'individuo e della famiglia anche in relazione alla cura di eventuali patologie già in atto.
- ✓ Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale.
- ✓ Valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi sociosanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili.
- ✓ Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.
- ✓ Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.
- ✓ Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale e valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con i Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.
- ✓ Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale.
- ✓ Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure.
- ✓ Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.

- ✓ Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.
- ✓ Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.

A livello comunitario:

- ✓ Lettura e analisi del contesto comunitario, attraverso un processo partecipativo tra i vari stakeholder di riferimento del territorio⁴.
- ✓ Mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani, incluse le associazioni di volontariato.
- ✓ Formazione, coordinamento e supervisione delle persone che entrano a far parte volontariamente della rete assistenziale della comunità.
- ✓ Collaborazione con le autorità sanitarie locali per costruire flussi informativi utili alla valutazione e gestione della popolazione in carico.
- ✓ Collaborazione alla continuità assistenziale attraverso l'integrazione dei servizi fra ospedale e territorio in sinergia con le organizzazioni, i MMG e gli altri professionisti.
- ✓ Collaborazione con il Medico di Medicina Generale, con le Unità di Valutazione Multidimensionali dei Distretti, con i professionisti dei servizi socioassistenziali, con le associazioni di volontariato.
- ✓ Partecipazione alla redazione, verifica, attuazione e supervisione di protocolli e procedure per la qualità dell'assistenza.
- ✓ Progettazione di interventi di rete e monitoraggio dei risultati nell'ottica dell'attivazione del capitale sociale e dello sviluppo dell'*empowerment* di comunità.
- ✓ Progettazione e attivazione di iniziative di promozione e prevenzione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva.
- ✓ Attivazione di iniziative di informazione sulla salute e sui rischi rivolte a gruppi di persone.
- ✓ Applicazione di strategie e metodi educativi a gruppi di persone, mirati al miglioramento delle abitudini e degli stili di vita e al self-management⁵.
- ✓ Progettazione di occasioni di incontro tra persone che presentano problemi di salute simili per favorire i processi di auto mutuo aiuto con modelli validati come il *Modello Stanford*.

⁴Indicazioni sulle modalità di valutazione del contesto comunitario vengono fornite nel documento dell'OMS "A framework for community health nursing education" (2010).

⁵Il Patient Education Research Center dell'Università di Stanford ha sviluppato un metodo educativo rivolto ai malati cronici, che si è concretizzato in una serie di programmi strutturati di self-management, accessibili tramite licenza.



FNOPI

La Formazione dell'IFeC è individuata a livello accademico in percorsi post-laurea (Laurea Magistrale, Dottorato, Master I e II Livello).

Appendice

In merito alla citata definizione dell'OMS di Assistenza Sanitaria Primaria utilizzata nel presente documento di posizionamento, si riporta per completezza la specifica indicata all'articolo 7 della Dichiarazione di Alma Ata (OMS, 1978) secondo il quale l'Assistenza Sanitaria Primaria:

1. Riflette e si sviluppa dalle condizioni economiche e dalle caratteristiche socioculturali e politiche di un paese e delle sue comunità. Essa si fonda sull'applicazione dei risultati significativi ottenuti dalla ricerca sociale, biomedica e nei servizi sanitari e sull'esperienza maturata in sanità pubblica.
2. Affronta i principali problemi di salute nella comunità, fornendo i necessari servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione.
3. Comprende almeno l'educazione sui principali problemi di salute e sui metodi per prevenirli e controllarli; la promozione di un sistema di approvvigionamento alimentare e di una corretta alimentazione un'adeguata disponibilità di acqua sicura e il miglioramento delle condizioni igieniche fondamentali; l'assistenza sanitaria materna e infantile, compresa la pianificazione familiare; l'immunizzazione contro le principali malattie infettive; la prevenzione e il controllo delle malattie endemiche locali; un appropriato trattamento delle malattie e delle lesioni più comuni; la fornitura dei farmaci essenziali.
4. Coinvolge, oltre al settore sanitario, tutti gli altri settori e aspetti dello sviluppo nazionale e della comunità che sono collegati, in particolare l'agricoltura, la zootecnia, la produzione alimentare, l'industria, l'istruzione, l'edilizia, i lavori pubblici, le comunicazioni e altri settori inoltre necessita del coordinamento delle attività tra tutti questi settori.
5. Richiede e promuove al massimo l'autonomia dell'individuo e della comunità e la partecipazione alla progettazione, organizzazione, funzionamento e controllo dell'assistenza sanitaria primaria stessa, usando appieno le risorse locali, nazionali e le altre disponibili; per questo fine sviluppa, attraverso un'adeguata educazione, la capacità delle comunità a partecipare;
6. Dovrebbe essere sostenuta da sistemi di riferimento integrati, funzionali e di supporto reciproco che portano a un progressivo miglioramento dell'assistenza sanitaria globale per

tutti e danno priorità a coloro che sono maggiormente nel bisogno.

7. A livello locale e ai livelli di riferimento l'assistenza sanitaria primaria dipende dagli operatori sanitari, comprendendo di volta in volta i medici, gli infermieri, le ostetriche, il personale ausiliario e gli operatori di comunità, come pure dalle figure professionali tradizionali quando necessario essi devono essere adeguatamente preparati, dal punto di vista sociale e tecnico, a lavorare come una squadra per la salute e a rispondere ai bisogni di salute espressi della comunità.

Bibliografia

1. ISTAT. *Indicatori demografici*. 2020.
2. ISTAT. *Annuario statistico italiano 2019*. 2019.
3. OECD/EU. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing; 2018.
4. Van Loenen T, Van den Berg MJ, Westert GP, Faber MJ. *Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: A systematic review*. *Fam Pract*. 2014;31(5):502–16.
5. WHO. *Declaration of Astana*. *Glob Conf Prim Heal Care*. 2018.
6. Maier CB, Aiken LH, Busse R. *Nurses in advanced roles in primary care POLICY LEVERS FOR IMPLEMENTATION*. Paris; 2017. Report No.: 98.
7. Laurant M, Van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. *Nurses as substitutes for doctors in primary care*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(7).
8. Health Quality Ontario. *Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary care setting: an evidence-based analysis*. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013;13(10):1–66.
9. Matthys E, Remmen R, Van Bogaert P. *An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: What can we learn in primary care?* *BMC Fam Pract*. 2017.
10. Coster S, Watkins M, Norman IJ. *What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence*. *Int J Nurs Stud*. 2018 Feb; 78:76–83.
11. World Health Organization. *HEALTH21 – health for all in the 21st century*. *Eur Heal All*. 1998;(5).
12. World Health Organization Europe. *The family health nurse-context, conceptual framework and curriculum*. 2000;(January 2000):54.
13. Hennessy BD, Gladin L. *Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study*. 2006;196.
14. Macduff C, West BJM. *An evaluation of the first year of family health nursing practice in Scotland*. *Int J Nurs Stud*. 2005;42(1):47–59.
15. Parfitt BA, Cornish F. *Implementing Family Health Nursing in Tajikistan: from policy to practice in primary health care reform*. *Soc Sci Med*. 2007.
16. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. *Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world?* *International Journal of Nursing Studies*. 2015.
17. Sasso L, Bagnasco A, Aleo G, Zanini M, Catania G, Pozzi F, Rodrigues C, et al. *Report on the definition*

- of a Professional Profile for the Family and Community Nurse (FCN)*. 2018.
18. Ory MG, DeFriesse GH. *Self-care in later life: research, program, and policy issues*. Springer Pub; 1998. 267 p.
 19. Golinowska S, Groot W, Baji P, Pavlova M. *Health promotion targeting older people. Vol. 16, BMC Health Services Research*. BioMed Central Ltd.; 2016.
 20. Donati P. *Teoria relazionale della società: i concetti di base* [Internet]. Angeli F, editor. 2009. 432 p.
 21. Watson J. Love and caring. Ethics of face and hand--an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nurs Adm Q*. 2003;27(3):197–202.
 22. Mislej M. *L'infermiere di comunità*. *Salut e Territorio*. 2017; 212:50–3.
 23. Rocco G, Mercadelli S, Stievano A, Cipolla C. *Infermiere di famiglia e di comunità: proposte di policy per un nuovo welfare: ricerca svolta in collaborazione tra Ministero della salute e Collegio IPASVI di Roma*. Franco Angeli; 2017. 386 p.
 24. Laverack G. *Salute pubblica – Potere, empowerment e pratica professionale*. Il pensiero Scientifico Editore; 2018. 212 p.
 25. Wallerstein N, Mendes R, Minkler M, Akerman M. *Reclaiming the social in community movements: perspectives from the USA and Brazil/South America: 25 years after Ottawa*. *Health Promot Int*. 2011 Dec;26 Suppl 2: ii226-36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22080077>
 26. Wallerstein N, Duran B, Oetzel JG, Minkler M. *Community-Based Participatory Research for Health: Advancing Social and Health Equity* [Internet]. 3rd ed. Wiley; 2017. 480 p.
 27. Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity. Vol. 104, *American Journal of Public Health*. American Public Health Association Inc.; 2014. p. S517–9.
 28. O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, et al. *Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis*. *Public Heal Res*. 2013 Nov;1(4):1–526.
 29. South J, Bagnall A-M, Stansfield JA, Southby KJ, Mehta P. *An evidence-based framework on community-centred approaches for health: England, UK*. *Health Promot Int*. 2019 Apr 1;34(2):356–66.
 30. Delamair M, Lafortune G. *Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries.* OECD Heal Work Pap No 54, OECD Publ Paris. 2010.
 31. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Dichiarazione di Alma Ata*. 1978.