



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI BRESCIA

DIPARTIMENTO DI SPECIALITÀ MEDICO-CHIRURGICHE,  
SCIENZE RADIOLOGICHE E SANITÀ PUBBLICA

Corso di Laurea  
in Infermieristica

## Elaborato finale

Infermiere di famiglia e di comunità: rilevanza nella società e  
le competenze sviluppate in alcuni paesi della Comunità  
Europea. Revisione della letteratura.

Referente: Dott. Castellón Lopez Wuilman Rafael

Laureanda:

Vidal Cabrera Rosmery Yesica

Matricola n. 724576

Anno Accademico 2020/2021

# INDICE

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>2</b>
<b>CAPITOLO UNO.....</b>	<b>4</b>
1.1 Legislazione europea riguardante l'infermiere di famiglia e di comunità.....	4
1.2 Legislazione italiana.....	7
1.3 Definizione di Infermiere di famiglia e di comunità.....	11
1.4 Le competenze dell'infermiere di famiglia e di comunità.....	14
<b>CAPITOLO DUE.....</b>	<b>19</b>
2.1 Obiettivi di ricerca.....	19
2.2 Quesito di ricerca.....	19
2.3 Disegno dello studio.....	19
2.4 Metodologia della ricerca.....	19
2.5 Tempi di raccolta e di analisi dei dati.....	20
2.6 Risultati ottenuti.....	20
2.7 Criteri d'inclusione/esclusione.....	20
2.8 Limiti dello studio.....	21
<b>CAPITOLO TRE.....</b>	<b>22</b>
3.1 Risultati in forma di tabella.....	22
3.2 Discussione dei risultati ottenuti.....	26
3.2.1 Danimarca, Finlandia e Svezia.....	26
3.2.2 Italia.....	27

3.2.3 Polonia.....	31
3.2.4 Portogallo.....	32
3.2.5 Spagna.....	34
3.2.6 Paesi Bassi.....	36
3.2.7 Slovenia.....	37
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>40</b>
<b>SITOGRAFIA.....</b>	<b>43</b>



## INTRODUZIONE

Viviamo in una società nella quale il numero delle persone anziane e disabili è in rapida crescita.

I dati Eurostat mostrano una Europa sempre più vecchia. Nel 2019 più di un quinto (20,3%) della popolazione dell'Unione Europea (UE) era composto da persone di età pari o superiore ai 65 anni.

Nel 2020, negli Stati membri dell'UE, la quantità più elevata di anziani in rapporto alla popolazione totale è stata osservata in Italia (23,2%), seguita da Grecia e Finlandia (22,3%), Portogallo (22,1%), Germania (21,8%) e Bulgaria (21,6%). Le quote più basse sono state registrate in Irlanda (14,4%) e in Lussemburgo (14,5%). A livello regionale, le quote più alte di anziani sono state riscontrate in Germania a Chemnitz (29,3%), seguita dalla Liguria (28,7%), dall'Epiro in Grecia (27,3%), dal Limosino in Francia (27,1%) e dalla Sassonia-Anhalt in Germania (27,0%).

L'età avanzata e le patologie croniche di interesse geriatrico associate, rendono le persone anziane molto vulnerabili. Negli ultimi mesi, durante l'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19, abbiamo avuto modo di constatare come questo problema si sia ulteriormente aggravato. In Italia, secondo i dati Istat (al 1° gennaio 2019) sono 7.058.755 gli anziani con più di 75 anni, l'11,7% del totale della popolazione. A questi si vanno ad aggiungere 3.100.000 persone con disabilità, di cui 1,5 milioni sono gli ultrasettantacinquenni che hanno gravi limitazioni allo svolgimento delle normali attività quotidiane (2017).

All'interno di questo scenario si fa più attuale che mai la proposta fatta dall'OMS nel 1998 con "Health for all in the 21st century. Programma Salute 21 - Salute per tutti nel XXI secolo": introdurre e promuovere la figura dell'infermiere di famiglia quale professionista sanitario che deve prendersi carico della famiglia come unità funzionale della società e della comunità promuovendo la salute per tutti come valore e diritto universale.

In Italia, nonostante siano passati più di venti anni, questa figura è stata introdotta in poche regioni (Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Lazio, Liguria, Piemonte ed Emilia-Romagna).

Alla luce del crescente invecchiamento della popolazione in Europa e in Italia e del difficile inserimento che ha avuto questa figura nel nostro territorio, andrò ad analizzare come l'infermiere di famiglia e di comunità si sia sviluppato in diverse nazioni europee e come ognuna di queste nazioni abbia inserito questa figura all'interno del proprio Sistema Sanitario.

La metodologia utilizzata per redigere il presente elaborato consiste nella revisione della letteratura. I principali limiti dello studio sono la scarsa produzione e pubblicazione di studi o ricerche riguardanti l'argomento.

Con questo elaborato si è voluto, prima di tutto, analizzare gli obiettivi principali di Salute 21 riguardanti l'infermiere di famiglia e di comunità, per poi fare un excursus delle principali normative giuridiche e deontologiche italiane che regolano la professione infermieristica. Inoltre, sulla base dei documenti analizzati, si definisce e si esplicitano le competenze dell'infermiere di famiglia e di comunità nel contesto italiano. Nella seconda parte viene descritto il quesito di ricerca, il criterio utilizzato per condurre la ricerca degli articoli, i risultati ottenuti dalla ricerca, i criteri d'inclusione e di esclusione ed infine i tempi di raccolta e di analisi dei dati ottenuti. Nell'ultima parte vengono presentati e discussi i dati raccolti dalla ricerca bibliografica e nelle conclusioni vengono riportate le competenze che vengono riconosciute agli infermieri di famiglia/comunità nelle nazioni analizzate e la rilevanza di questa figura all'interno di tali nazioni.

## **CAPITOLO UNO**

### **1.1 Legislazione europea riguardante l'infermiere di famiglia e di comunità**

Il punto cardine che delinea la nascita dell'infermiere di famiglia e di comunità è Salute 21. La politica programmatica di Salute per Tutti per la regione europea è stata approvata dal Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa nel settembre 1998, a seguito di ampie consultazioni tra i 51 Stati europei membri ed altre importanti organizzazioni.

La finalità costante e principale del programma è il raggiungimento per tutte le persone del massimo potenziale di salute. Gli obiettivi principali che si prefissa sono:

- la promozione e la protezione della salute delle persone lungo l'intero arco della vita;
- la riduzione dell'incidenza delle principali malattie e il sollievo dalle sofferenze che esse causano.

Tre sono i valori che costituiscono il fondamento etico di Salute 21:

- la salute come diritto umano fondamentale;
- l'equità nella salute e la solidarietà nell'azione all'interno delle nazioni e fra di esse e i loro abitanti;
- la partecipazione e la responsabilità da parte di individui, gruppi, istituzioni e comunità per lo sviluppo permanente della salute.

Tale programma inoltre definisce 21 obiettivi per il XXI secolo i quali articolano le aspirazioni della politica regionale. Essi intendono fornire un quadro di riferimento per l'azione in ciascun Stato membro, in modo che ognuno possa adeguare la propria politica e le proprie strategie sanitarie in linea con quelle di Salute 21.

#### **Salute 21 Europa Obiettivo 2: Equità in Salute.**

Entro l'anno 2020, il divario di salute esistente tra i diversi gruppi socioeconomici all'interno dei paesi dovrebbe essere ridotto di almeno un quarto in tutti gli Stati membri, migliorando sostanzialmente il livello di salute dei gruppi disagiati.

**Salute 21 Europa Obiettivo 3: La soluzione inizia con la vita.**

Entro l'anno 2020, tutti i neonati, i fanciulli ed i bambini in età prescolare della Regione dovrebbero godere di migliore salute, garantendo una salute che inizia con la vita.

**Salute 21 Europa Obiettivo 4: La soluzione dei giovani.**

Entro l'anno 2020, i giovani della Regione dovrebbero essere più sani e dovrebbero essere più capaci di adempiere i propri ruoli nella società.

**Salute 21 Europa Obiettivo 5: Invecchiare in salute.**

Entro l'anno 2020, il benessere psicosociale delle persone dovrebbe migliorare e per le persone con problemi di salute mentale dovrebbero essere disponibili ed accessibili servizi più completi.

**Salute 21 Europa Obiettivo 8: Ridurre le malattie non trasmissibili.**

Entro l'anno 2020, la morbilità, la disabilità e la mortalità prematura dovute alle principali malattie croniche dovrebbero essere ridotte ai minimi livelli possibili in tutta la Regione.

**Salute 21 Europa Obiettivo 15: Un settore sanitario integrato.**

Entro l'anno 2010, la popolazione della regione dovrebbe avere un accesso più facilitato ai servizi di salute primaria orientati alla famiglia ed alle comunità, grazie a un sistema ospedaliero flessibile ed efficiente.

**Salute 21 Europa Obiettivo 18: Sviluppare le risorse umane per la salute.**

Entro l'anno 2010, tutti gli Stati membri dovrebbero assicurare che i professionisti della salute abbiano acquisito conoscenze, attitudini e capacità adeguate a proteggere e promuovere la salute.

### **Salute 21 Europa Obiettivo 19: Ricerca e conoscenza per la salute.**

Entro l'anno 2005, tutti gli Stati membri dovrebbero dotarsi di sistemi di ricerca, informazione e comunicazione sanitaria che meglio sostengano l'acquisizione, l'efficace utilizzo e la diffusione delle conoscenze a sostegno della salute per tutti.

All'obiettivo 15, il documento di politica sanitaria della Regione europea dell'OMS Salute 21 introduce una nuova categoria di infermiere, l'infermiere di famiglia, che darà un contributo chiave all'equipe multidisciplinare di professionisti della salute, al raggiungimento dei 21 obiettivi per il XXI secolo. In questo punto si delinea il ruolo e la posizione dell'Infermiere di famiglia all'interno dell'assistenza sanitaria di primo livello, questa figura deve essere adeguatamente formata, in grado di offrire consigli sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare per un numero limitato di famiglie.

L'obiettivo 18 del documento politico affronta lo sviluppo delle risorse umane per la salute. Esso afferma che nell'equipe sanitaria multidisciplinare, il cui contributo sarà essenziale per garantire quei risultati di salute previsti negli obiettivi di politica, sono stati identificati due gruppi. Essi sono la professione medica e quella infermieristica. È fatto riferimento specifico alle qualifiche dei medici e degli infermieri che lavorano nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, riconosciuti come "il perno della rete dei servizi" richiesti per raggiungere tale politica. Gli elementi chiave del ruolo del medico di famiglia e dell'infermiere di famiglia sono sottolineati nel documento politico, che pone l'accento sulla necessità di formarli e prepararli in modo da garantire che acquisiscano le necessarie conoscenze di base e le opportune abilità.

L'infermiere di famiglia svolgerà un ruolo centrale all'interno della comunità durante tutto il continuum assistenziale (come dalle raccomandazioni della Conferenza Europea sul Nursing tenutesi a Vienna nel 1988). I suoi compiti sono:

- aiutare gli individui ad adattarsi alla malattia, alla disabilità cronica, ai momenti di stress;
- trascorrere buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le famiglie;
- fornire consulenza sugli stili di vita e sui fattori comportamentali di rischio e assistere le famiglie in materia di salute;
- garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere, attraverso la diagnosi precoce;
- identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia e richiedere l'intervento della rete dei servizi territoriali;
- promuovere una dimissione precoce assicurando l'assistenza domiciliare infermieristica e costituire il punto di collegamento tra famiglia e medico di medicina generale e sostituirsi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico.

Salute 21 puntualizza: “La famiglia è l’unità di base della società dove chi si occupa dell’assistenza è in grado non soltanto di indirizzare le lamentele fisico-somatiche, ma anche di tenere conto degli aspetti psicologici e sociali delle loro condizioni. Infermiere e famiglia, mediante un’attività interattiva, divengono partner. L’infermiere è responsabile di un gruppo predefinito di famiglie. È in quest’ottica che l’infermiere di famiglia assume un ruolo strategico negli interventi di assistenza preventiva, curativa, riabilitativa e di sostegno.”

## **1.2 Legislazione italiana**

Per delineare, definire ed identificare le responsabilità, le competenze e lo sviluppo dell’infermiere di famiglia e di comunità in Italia è essenziale far riferimento ai documenti che delineano il ruolo e le funzioni dell’infermiere, attraverso le norme giuridiche e deontologiche.

Le norme giuridiche più importanti sono:

Il Decreto legislativo 502/92, con le sue successive modificazioni ed integrazioni, all’articolo 6 comma 3, ha attribuito al Ministero della Sanità il compito di individuare i profili delle professioni sanitarie, tra i quali figura anche quello dell’infermiere,

definito grazie al decreto ministeriale 739/94. Lo stesso decreto ha indirizzato la definizione dei percorsi didattici post-base attraverso successivi decreti emanati dal Ministro dell'Università e della ricerca Scientifica. Il Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n° 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo Profili Professionale dell'infermiere", nell'articolo 1 individua la "figura professionale dell'infermiere, operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica". L'articolo 2 definisce gli ambiti dell'assistenza infermieristica (preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa) e la natura della stessa (tecnica, relazionale ed educativa). In particolare, nell'articolo 1.3 (lettera a), l'infermiere è colui che "partecipa all'identificazione dei bisogni di salute", ed "identifica i bisogni di assistenza infermieristica (...) della persona e della collettività" (lettera b). L'infermiere, inoltre, "agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali (alla lettera e) ed infine "svolge la sua attività professionale in strutture pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o di libero-professionale" (lettera g). Al quinto punto dell'articolo 1 definisce le aree di formazione infermieristica post base che comprende cinque diverse aree, fra queste viene definita la formazione in sanità pubblica, nella quale può essere collocata la formazione specialistica per l'infermiere di famiglia.

La Legge 26 febbraio 1999, n.42 recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", sono rilevanti ed epocali. Nella professione infermieristica viene abolito il mansionario (D.M. 42/99, articolo 1, comma 2), approvato con D.P.R. 14 marzo 1974 n.225, lanciando una nuova sfida ed aprendo una nuova epoca per la professione infermieristica, ampliando notevolmente le responsabilità dell'infermiere. Vengono indicati tre criteri guida inseriti nel contenuto dei profili professionali, dalla formazione di base e post-base ricevuta e dal codice deontologico, si avvia un'evoluzione della figura professionale dell'infermiere basata su un percorso di maggiore autonomia del processo assistenziale.

La Legge 10 agosto 2000 n.251 recante la "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" costituisce un importante traguardo raggiunto dalla

professione infermieristica. Si riafferma l'autonomia professionale, nei campi di attività e nelle funzioni esplicitate nel profilo professionale e nel Codice Deontologico e “conferma il valore della professione infermieristica per la salute dei cittadini, per la direzione e la gestione di attività di assistenza, di organizzazione del lavoro, di adozione di modelli di assistenza personalizzata.” All'articolo 1, comma 1, viene affermato l'importante principio dell'autonomia professionale, nello svolgimento delle attività finalizzato “alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva”, con riferimento specifico alla legge 42/99. Il comma 3 dell'articolo 1 riporta l'affermazione molto importante della “attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica”, ciò implica la messa in atto dell'assistenza infermieristica personalizzata.

La presente legge viene conosciuta anche come “Legge della Dirigenza” in quanto agli articoli 5 e 6 si fa esplicito riferimento all'istituzione delle lauree post-base, oggi lauree magistrale, per la dirigenza della professione.

Il documento si conclude con le disposizioni transitorie contenute nell'art.7, comma 1, la norma precisa che: “al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse, le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica e ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio...” questo punto non fa che valorizzare ulteriormente le professioni sanitarie, rafforzando gli obiettivi dell'autonomia e della diretta responsabilità di tali attività.

Disegno di legge d'iniziativa dei senatori SIMEONI, FUCSIA, TAVERNA e VACCIANO COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 20/12/2014 “Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare. In riferimento alla necessità di una riorganizzazione del sistema sanitario centrato sul territorio, il presente provvedimento si pone l'obiettivo di valorizzare il ruolo della professione infermieristica. All'articolo 1, si prefigge l'obiettivo del pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza territoriale e domiciliare, al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini e

fronteggiare i problemi legati alla diffusione della cronicità e diminuire altresì gli accessi in pronto soccorso e le degenze ospedaliere, garantendo assistenza ai malati cronici che non richiedono cure intensive in ospedale. All'articolo 2, si legifera che "l'infermiere di famiglia è responsabile delle cure domiciliari del paziente". Per cura domiciliare il testo "intende la modalità di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente dall'infermiere in collaborazione con il medico di famiglia, alternativa al ricovero ospedaliero, destinata a persone con patologie trattabili a domicilio volta a favorire la permanenza del paziente nel proprio ambiente. Nel contesto dei servizi di assistenza domiciliare l'articolo 3 del disegno di legge apporta alcune modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 in materia di funzioni e organizzazione del distretto sanitario. Nello specifico viene introdotta la figura dell'infermiere di famiglia che, in sinergia e collaborazione con i medici di medicina generale e con i servizi distrettuali, deve assicurare la presa in carico dei cittadini anche tenendo conto del riassetto delle cure primarie introdotto dalla legge Balduzzi del 2012.

L'articolo 4, infine, apporta alcune modifiche al decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 (cosiddetto « decreto Balduzzi ») e in particolare all'articolo 1, comma 1, in materia di riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie, introducendo la figura dell'infermiere di famiglia prevedendo una serie di competenze per la nuova figura professionale che deve diventare un punto di riferimento per lo sviluppo dei servizi sanitari, dall'ospedale al territorio ai servizi domiciliari, sia sul piano dell'assistenza che della programmazione.

Codice Deontologico delle professioni infermieristiche 2019, dopo dieci anni dalla versione del Codice Deontologico del 2009, il Codice si rinnova integrato con tutto ciò che riguarda leggi, regolamenti, situazioni che si sono succedute negli anni e, soprattutto, nuove responsabilità nel passaggio da Collegi a Ordine. Viene approvato il 13 aprile del 2019 dal Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) nel corso di un'assemblea straordinaria.

Il documento si apre con l'articolo 1- Valori, si riconferma l'infermiere come professionista sanitario, il suo agire oltre ad essere autonomo e responsabile è

anche consapevole del ruolo e del valore sociale. Si invita all'infermiere ad essere agente attivo nel contesto sociale e ad essere promotori di una Cultura, quella di prendersi cura e della sicurezza.

Nell'articolo 2- Azione, l'infermiere viene chiamato ad orientare e centrare le sue azioni verso il bene della persona, della famiglia e della collettività.

In sede di Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, in data 10 settembre 2020, è stato approvato un Documento recante "Linee di indirizzo Infermiere di famiglia/comunità ex L. 17 luglio 2020 n.77", in cui si delineano orientamenti organizzativi e formativi in ordine alla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, "in linea con gli orientamenti Europei per quanto riguarda i due ambiti di competenza (famiglia e comunità) ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio". All'infermiere di famiglia/comunità sono attribuite competenze (vedi capitolo tre) di natura clinico-assistenziale e di ambito comunicativo-relazionale; lo stesso è previsto all'interno dei servizi e delle strutture del distretto e garantisce la sua attività in coerenza con l'organizzazione regionale e territoriale, in base ad uno standard di 8 unità di personale ogni 50.000 abitanti.

### **1.3 Definizione di Infermiere di famiglia e di comunità**

Alla luce dei documenti pubblicati nel 2020 quali "Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex L. 17 luglio 2020 n. 77" e Position Statement della FNOPI, possiamo dare un'ampia definizione di chi è l'infermiere di famiglia e di comunità, del suo campo d'azione e delle sue competenze.

*Il primo documento definisce l'infermiere di famiglia e di comunità come: "un professionista appositamente formato, che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Opera sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, diffonde e sostiene una cultura di Prevenzione e Promozione di corretti stili di vita, si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni*

*e la loro soluzione. Garantisce una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento, fornisce prestazioni dirette sulle persone assistite qualora necessarie e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e sub-urbani. Svolge la sua attività integrandola in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e caregiver, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità.”*

Invece il secondo documento afferma: *“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. 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.”*

Pertanto, l’infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) è il professionista formato, responsabile dei processi infermieristici, in possesso di conoscenze e competenze che si occupa dei bisogni di salute della popolazione sia pediatrica che adulta, sostiene una cultura di Prevenzione e Promozione di corretti stili di vita, si attiva per l’intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione.

Le linee di indirizzo indicano come target di popolazione: *“tutta la popolazione (ad es. per soggetti anziani, per pazienti cronici, per istituti scolastici ed educativi che seguono bambini e adolescenti, per le strutture residenziali non autosufficienti, ecc.”* con particolare attenzione alle fragilità per cui è opportuno concentrare il focus della

nuova figura su tale target identificato attraverso l'analisi dei dati epidemiologici e sociodemografici.

La FNOPI descrive due principali livelli d'intervento in cui si può esprimere la figura:

- **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.

## 1.4 Le competenze dell'infermiere di famiglia e di comunità

Fino ad oggi non esiste una definizione univoca del concetto di competenza. Ai fini della stesura di questo elaborato finale prendiamo in considerazione la definizione di: Spencer & Spencer (1993) il quale definisce le competenze come “una caratteristica intrinseca individuale che è casualmente collegata ad una performance efficace o superiore in una mansione o in una situazione, e che è misurata sulla base di un criterio prestabilito”. Inoltre, gli Spencer definiscono, attraverso la metafora del “Modello Iceberg”, cinque modalità attraverso le quali le competenze si possono presentare:

- **motivazioni:** schemi mentali, bisogni e spinte interiori che guidano, dirigono e selezionano il comportamento di una persona verso certi scopi e certe azioni e lo allontanano da altri (ciò che un soggetto costantemente pensa o desidera, e che guida e dirige il suo comportamento);
- **tratti:** caratteristiche fisiche e reazioni costanti a situazioni o informazioni;
- **concetto di sé:** atteggiamenti, valori e l'immagine di sé di una persona;
- **conoscenza:** informazioni e nozioni di cui una persona dispone su un campo specifico;
- **skill:** abilità di compiere un certo compito fisico o mentale.

Al fine della stesura del presente elaborato si prendono in esame le seguenti competenze:

- **Competenza di base:** Sasso et al. (2012) sono quelle acquisite con il percorso di studio, relative alla professione, racchiude le capacità e le conoscenze che tutti i professionisti devono avere per l'accedere al mondo del lavoro e per poter sviluppare un proprio percorso individuale. All'interno di queste troviamo le competenze tecnico-professioni specifiche (insieme dei saperi necessari per lo svolgimento delle attività richieste dai processi di lavoro in uno specifico ambito professionale), le competenze trasversali permettono ai professionisti di agire in contesti operativi diversi da quelle dove sono state apprese.
- **Competenza avanzata/specializzata:** Sasso et al. (2012) sono “le capacità di un infermiere già esperto, di agire nei confronti di un problema non solo

utilizzando in modo produttivo le proprie esperienze pregresse, ma anche identificando, progettando, negoziando e realizzando in termini multiprofessionali, nuove soluzioni, allorché quelle disponibili non sono sufficienti o convincenti". Il Collegio IPASVI nel documento "Evoluzione delle competenze infermieristiche" nel 2015 evidenzia che le competenze avanzate sono un'estensione della competenza esperta, che si acquisisce attraverso l'esperienza, diversamente quelle avanzate vengono acquisite attraverso "un arricchimento del repertorio di saperi attraverso percorsi formativi universitari."

- **Competenza specialistica:** nel decreto MURST riguardante la "Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie" si afferma che i Professionisti sanitari laureati specialisti "sono in grado di esprimere competenze avanzate" di tipo "assistenziale, educativo, preventivo, in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione e ai problemi di qualità dei servizi".

Le competenze richieste all'infermiere di famiglia e di comunità nel Position Statement sono, come indicate nella definizione, di carattere specialistico in due specifiche aree infermieristica quelle delle cure primarie e della sanità pubblica.

Inoltre, si chiede all'infermiere di famiglia e di comunità di acquisire, attraverso una formazione post base, delle conoscenze e delle competenze avanzate che le permetteranno:

- 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 Calgary.
- La promozione della salute e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria facendo riferimento ai modelli concettuali disponibili (es. l'Expanded Chronic Care Model)
- 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.

Queste competenze a livello individuale e familiare permettono:

- Lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto.
- Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici.
- 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.

Per quanto riguarda il livello comunitario, avrà la possibilità di:

- Lettura e analisi del contesto comunitario, attraverso un processo partecipativo tra i vari stakeholder di riferimento del territorio.
- 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-management.
- 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.

Le Linee di indirizzo relative all'infermiere di famiglia e di comunità del 2020 richiedono all'infermiere delle competenze di natura clinico assistenziale e di tipo comunicativo-relazionale. Inoltre, deve avere una conoscenza elevata della Rete dei Servizi sanitari e sociali presenti nel territorio per poter creare delle connessioni ed attivare azioni di integrazione orizzontale e verticale tra servizi e professionisti a favore di una risposta sinergica ed efficace per meglio rispondere ai bisogni di salute delle persone, della famiglia e della comunità.

## CAPITOLO DUE

### 2.1 Obiettivi di ricerca

L'obiettivo dell'elaborato finale è quello di descrivere come si sviluppa la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità e con quali competenze in Europa a seguito del progetto Health 21.

### 2.2 Quesito di ricerca

Per poter svolgere la ricerca ho steso il quesito in forma narrativa: “come si è inserita la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità in alcuni paesi dell'Unione Europea e quali competenze mette in campo?”

Oltre a ciò, ho formulato il quesito di ricerca con l'acronimo PIO:

<b>P (PATIENT/POPULATION)</b>	Infermiere di famiglia e di comunità
<b>I (INTERVENTIO)</b>	Percorso di sviluppo dell'infermiere di famiglia e di comunità nel territorio
<b>O (OUTCOME)</b>	Descrizione dello sviluppo e delle competenze che ha assunto l'infermiere di famiglia e di comunità.

### 2.3 Disegno dello studio

Per la stesura di questo elaborato è stata condotta una revisione della letteratura.

### 2.4 Metodologia della ricerca

Per la redazione dell'elaborato finale sono state consultate le banche dati PubMed, Cochrane, Cinahl e la rivista Journal of Family Nursing. La ricerca degli articoli è stata condotta usando le parole chiave: “family nursing”, “family health nurse”, “family health nursing” ed inserendo i 27 paesi dell'Unione Europea (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia,

Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria) dal 1998 al 2021.

Le parole chiave sono state combinate con gli operatori booleani AND e OR.

## **2.5 Tempi di raccolta e di analisi dei dati**

La raccolta degli articoli è avvenuta nell'arco di tempo compreso tra marzo 2021 e agosto 2021. La prima ricerca degli articoli è avvenuta tra marzo 2021 e aprile 2021, a questa prima selezione è seguita una seconda ricerca nel mese di luglio per confermare gli articoli trovati inizialmente ed eventualmente aggiungere altri. In entrambi i momenti si sono selezionati gli articoli maggiormente pertinenti all'argomento in studio della revisione sistematica.

## **2.6 Risultati ottenuti**

La ricerca degli articoli su Cochrane Library ha dato come risultato 32 articoli i quali sono stati analizzati attentamente per valutare l'adeguatezza e la pertinenza alla tematica in oggetto. Due articoli sono stati selezionati, di questi uno è stato scartato in quanto non presente in full text.

Nella piattaforma EBSCOhost è stata inserita come database di ricerca Cinahl plus with full text, la ricerca ha prodotto 355 articoli dei quali si sono selezionati due articoli in inglese, ritenuti pertinenti al presente studio.

La piattaforma di ricerca Pubmed.gov ha prodotto tredici articoli dei quali tre sono stati scartati in quanto non presenti in full text.

Oltre alle precedenti piattaforme, sono state consultate altre fonti di informazioni: IPASVI, Google ricerca libera, International Family Nursing Association e la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria.

## **2.7 Criteri d'inclusione/esclusione**

La ricerca della bibliografia utilizzata è avvenuta tenendo in considerazione i seguenti criteri:

Criteri d'inclusione:

- Family nurse, family health nurse e family health nursing;

- 27 nazioni appartenenti all'Unione Europea;
- Pazienti di età oltre i 19 anni;
- Sesso: maschio-femmina;
- Testo completo in pdf;
- Data di pubblicazione dal 1998 al 2021;
- Lingue: inglese, francese, spagnolo;
- Sottoinsieme geografico: Europa.

Criteri di esclusione:

- Nazioni non appartenenti all'Unione Europea;
- Pazienti di età inferiore ai 18 anni.

## **2.8. Limiti dello studio**

I principali limiti individuati sono la scarsa produzione o pubblicazione di studi o ricerche riguardanti l'argomento scelto in studio. In effetti, dei ventisette paesi presi in considerazione solo nove (Danimarca, Finlandia, Italia, Polonia, Portogallo, Spagna, Paesi Bassi, Slovenia e Svezia) verranno analizzati.

## CAPITOLO TRE

### 3.1. Risultati in forma di tabella

Nella tabella 1 vengono riportati gli articoli selezionati per la presente revisione della letteratura.

**Tabella 1.** Descrizione degli articoli selezionati durante la ricerca della bibliografia.

Autore-anno-titolo - rivista	Disegno	Intervento/fattore	Conclusioni	Commenti/bias
<b>Voltelen B., Konradsen H., Østergaard B., (2016), Family Nursing Therapeutic Conversations in Heart Failure Outpatient Clinics in Denmark: Nurses' Experiences, Journal of Family Nursing.</b>	Studio prospettico di 7 infermieri impegnati in FNTC (family nursing therapeutic conversations).	Le infermiere, impegnate in diversi ambulatori per paziente cardiaci, sono state assegnate casualmente all'attuazione della FNTC. Le infermiere partecipanti erano tutte femmina, tra i 35 e i 52 anni, e aveva, in media, 14,5 anni esperienza di assistenza a pazienti affetti da scompenso cardiaco.	Le infermiere hanno riferito di aver sviluppato una relazione distinta, più stretta e più costruttiva con i pazienti e le loro famiglie e hanno riferito che le FNTC hanno aumentato il legame familiare e rafforzato le relazioni familiari. FNTC sembra essere una strategia utile che può migliorare la qualità della vita per i pazienti affetti da scompenso cardiaco e i loro familiari.	-
<b>Østergaard B. et al (2014), The development of family nursing in Denmark: current status and future perspectives, Journal of Family Nursing.</b>	Revisione sistematica della letteratura basata su 15 articoli pubblicati dal 2003 al 2013.	Descrivere lo sviluppo e l'inserimento dell'infermiere di famiglia in Danimarca.	All'interno della formazione infermieristica si devono inserire dei programmi riguardanti l'infermieristica di famiglia.	Fare rete tra studiosi di infermieristica di famiglia nazionali e internazionali è di fondamentale importanza per costruire l'assistenza infermieristica di famiglia in Danimarca.

<b>Astedt-Kurki P., (2010), Family nursing research for practice: the Finnish perspective, Journal of Family Nursing.</b>	Studio qualitativo osservazionale.	Descrivere lo sviluppo dell'infermiere di famiglia in Finlandia.	Ulteriori ricerche si devono svolgere per delineare il sistema concettuale dell'infermiere di famiglia.	-
<b>Duffy ME. et al (1998), Family nursing practice in public health: Finland and Utah, Public Health Nurs.</b>	Studio qualitativo osservazionale.	Descrivere la differenza della pratica dell'infermiere di famiglia in Utah e in Finlandia.	Nel 1998 l'assistenza infermieristica familiare in Finlandia veniva erogata dagli infermieri di Sanità pubblica (PHN). Gli infermieri finlandesi si concentrano nell'istaurare un rapporto di fiducia con l'intera famiglia, relazione che spesso iniziava con i bisogni di assistenza del bambino.	-
<b>Marcinowicz L. et al (2004), Functioning of family nursing in transition: an example of a small town in Poland. Are there any benefits for patients?, Health Expect.</b>	Studio trasversale eseguito nel 1998 e 2002. 1000 pazienti furono sottoposti a interviste face-to-face.	Valutare se i cambiamenti organizzativi del Sistema Sanitario Polacco ha influenzato le opinioni dei pazienti su aspetti selezionati della qualità delle cure fornite dagli infermieri di famiglia.	I pazienti erano più soddisfatti dei servizi erogati degli infermieri di famiglia che lavorano in autonomia. Attraverso l'uso efficace delle competenze infermieristiche, il numero dei medici di base, e di conseguenza i costi per il Sistema sanitario, possono essere ridotti.	-
<b>Marcinowicz L. et al (2009), Involvement of family nurses in</b>	Studio trasversale eseguito negli anni 1998, 2002, 2006.	Descrivere e analizzare il ruolo degli infermieri di famiglia assunti dai medici di	Il numero di visite, erogate dagli infermieri di famiglia che lavorano in autonomia, erano maggior rispetto a	-

<b>home visits during an 8-year period encompassing primary healthcare reforms in Poland, Health Soc Care Community.</b>	Durante la ricerca 1000 pazienti sono stati intervistati.	famiglia (1998) in confronto con gli infermieri di famiglia che lavorano in autonomia (2002 e 2006).	quelle erogati dagli infermieri assunti dai medici di famiglia.	
<b>Barbieri Figueiredo M. et al (2017), Family Health Nursing - Development and Implementation in Primary Health Care in Portugal, Pflege &amp; Gesellschaft.</b>	Studio qualitativo osservazionale.	Descrivere lo sviluppo e l'inserimento dell'infermiere di famiglia in Portogallo.	Il ruolo dell'infermiere di famiglia deve essere rafforzato ed è necessario avviare interventi politici a favore di questa figura per poter riconoscere pienamente il potenziale degli infermieri.	-
<b>García Olcina J.E. et al (2020), Evolución histórica de la Enfermería y la especialidad Familiar y Comunitaria en España, RIdEC.</b>	Revisione sistematica della letteratura basata sullo studio di 10 articoli pubblicati tra il 2013 e il 2018.	Descrivere i cambiamenti della professione infermieristica negli anni e il consolidamento della specializzazione in infermiere di famiglia e di comunità.	La specializzazione in infermiere di famiglia e di comunità (EFyC) permette di acquisire competenze specifiche di coordinamento, di gestione della promozione e della prevenzione delle malattie e dell'assistenza a domicilio.	Gli autori evidenziano un ritardo nello sviluppo dell'infermiere di famiglia e di comunità rispetto agli standard internazionali.
<b>Oltra Rodríguez E. et al (2015), OPINIÓN - Oferta formativa de</b>	Studio osservazionale sullo sviluppo dell'offerta formativa	Descrivere la nascita e lo sviluppo del percorso formativo dell'infermiere di	Dal 2010 al 2015 le comunità autonome di Spagna che offrono i percorsi di formazione sono aumentate del 100%	Gli autori affermano che i cambiamenti sono insufficienti per soddisfare i

<b>Enfermería Familiar y Comunitaria. Evolución de cinco años de trayectoria, RIdEC.</b>	della specializzazione di infermiere di famiglia e di comunità dal 2010 al 2015.	famiglia e di comunità in Spagna fino al 2015.	passando da 7 comunità nel 2010 a 14 comunità nel 2015.	bisogni del sistema sanitario e della società.
<b>Luttik M.L. e Paans W., (2018), "New Kid on the Block": Family Nursing Initiatives in the Netherlands, Journal of Family Nursing.</b>	Studio osservazionale su un programma di formazione di 6 giorni rivolti a infermieri (o studenti di infermieristica).	L'obiettivo è incoraggiare gli studenti ad abbracciare un approccio orientato sulla famiglia e aumentare la loro capacità di offrire Family Nursing Conversation (FNC).	I risultati hanno sostenuto che il programma di formazione è stato efficace nello sviluppo delle competenze necessarie per eseguire le FNC.	Le FNC sono state applicate in contesti pratici.
<b>Ljubič A. et al (2017), Comparison of family nursing in Slovenia and Scotland: integrative review, international nursing review.</b>	Revisione sistematica della letteratura basata sullo studio di 9 articoli pubblicati tra agosto 2013 e settembre 2015.	Mettere a confronto lo sviluppo dell'infermiere di famiglia/comunità in Slovenia e Scozia.	In Slovenia, gli erogatori di assistenza infermieristica familiare sono infermieri laureati e, alcuni sono specializzati in infermieristica di famiglia/comunità.	I due sistemi si differenziano perché hanno avuto diverse influenze storiche e politiche e diversi percorsi di sviluppo della professione infermieristica.
<b>Saveman B.I., (2010), Family nursing research for practice: the Swedish perspective, Journal of family nursing.</b>	Studio qualitativo osservazionale.	Analizzare lo sviluppo e i progressi dell'infermieristica di famiglia in Svezia.	L'infermieristica di famiglia in Svezia ha bisogno di infermieri ricercatori, educatori, amministratori che possano collaborare per inserire l'infermiere di famiglia nella pratica.	-

## **3.2 Discussione dei risultati ottenuti**

Andremo ad analizzare ogni nazione, della quale è stato possibile ricavare materiale scientifico (Danimarca, Finlandia, Italia, Polonia, Portogallo, Spagna, Paesi Bassi, Slovenia e Svezia). L'analisi si basa essenzialmente sullo studio della letteratura scientifica e ulteriori informazioni ricavate tramite ricerca libera.

### **3.2.1 Danimarca, Finlandia e Svezia**

In Danimarca la definizione di infermieristica familiare è ancora in fase di chiarimento, attualmente un infermiere di famiglia danese è considerato un infermiere laureato che opera all'interno dell'assistenza infermieristica di comunità. Inoltre, Østergaard B. e Wagner L. affermano che l'assistenza infermieristica familiare non è ancora legge in Danimarca e che non esiste ancora un modello sistematico per l'assistenza familiare.

Dall'articolo in bibliografia possiamo notare che la ricerca infermieristica danese sulle famiglie si è concentrata principalmente sull'assistenza infermieristica pediatrica utilizzando metodi di ricerca qualitativi. Pochi studi hanno preso in esame interventi infermieristici che coinvolgono il nucleo familiare e, nella maggior parte, l'Infermieristica di famiglia rimane invisibile o si sta sviluppando molto lentamente.

I danesi riflettono sull'esistenza di diversi nomi come Family-Oriented Care, Family Systems Nursing, infermieristica incentrata sulla famiglia e infermieristica focalizzata sulla famiglia che vengono utilizzati per descrivere il tipo di assistenza offerta alle famiglie. Bell (2013) ha recentemente distinto differenze di contenuto concettuale e interventistico tra assistenza centrata sulla famiglia e assistenza infermieristica di famiglia sostenendo che l'assistenza infermieristica di famiglia è più che una cura centrata sulla famiglia e prevede l'identificazione di punti di forza sia dell'individuo che della famiglia permettendo all'infermiere di riconoscere e alleviare la sofferenza della malattia.

Nel settembre 2014 è iniziato un master in scienze infermieristiche presso l'Università della Danimarca meridionale e l'infermieristica di famiglia sarà parte integrante del programma di studio. L'università si prende la responsabilità della

pianificazione e dell'insegnamento di programmi di studio sia teorici che pratici riguardanti l'infermieristica di famiglia, adeguandoli al contesto clinico danese.

Gli autori affermano che di fronte all'invecchiamento della società, le politiche sanitarie in Danimarca devono centrarsi sulla salute domiciliare e l'assistenza a lungo termine. L'istruzione infermieristica a tutti i livelli deve trovare un modo per includere l'infermieristica di famiglia all'interno di queste priorità sanitarie.

L'obiettivo prefissato di questo nuovo piano strategico è l'integrazione dell'infermieristica di famiglia nei programmi di tutte le università in Danimarca.

Østergaard B. e Wagner L. concludono affermando che l'interconnessione tra studiosi di infermieristica di famiglia nazionali e internazionali è di fondamentale importanza per costruire l'assistenza infermieristica di famiglia in Danimarca.

In Finlandia, fino al 2010 si sono avviati molti studi sugli interventi degli infermieri di famiglia con l'obiettivo di testare la fattibilità e l'impatto di tale figura all'interno del paese.

Astedt-Kurki P. afferma che bisogna continuare le attività di ricerca nel campo della salute e dell'infermieristica di famiglia per poter definire il sistema concettuale dell'infermieristica di famiglia in quanto non ancora standardizzato.

In Svezia, fino al 2010 la figura dell'infermiere di famiglia non era ancora sviluppato nel sistema sanitario. Saveman B. afferma che gli infermieri ricercatori devono ancora affrontare una grande sfida nell'attuazione e nell'inserimento dell'infermiere di famiglia. L'Università di Kalmar, al sud-est, è il centro delle iniziative focalizzate sul Family Systems Nursing.

### **3.2.2 Italia**

L'Italia, come le altre nazioni europee, segue le indicazioni di "Salute 21" che introduce la figura dell'infermiere di famiglia. Questa figura si distingue dall'infermiere di studio medico e dall'infermiere che eroga prestazioni domiciliari (ADI). Attraverso l'analisi dei tre principali documenti che riguardano l'infermiere di

famiglia e di comunità si espliciteranno il suoi campi d'azione, le competenze di base e avanzate e le sue funzione.

Il Decreto rilancio (o DL Rilancio), approvato il 13 maggio 2020 dal Cdm, introduce in modo ufficiale la figura dell'infermiere di famiglia o di comunità, una svolta storica che consentirà di rafforzare concretamente i servizi territoriali e la presa in carico delle persone, delle famiglie e della comunità non solo come supporto durante l'emergenza sanitaria Covid-19, ma come risposta alla continua crescita di richiesta di assistenza di pazienti cronici e fragili.

Il decreto prevede un rapporto abitanti e infermiere di famiglia e di comunità pari a 8 ogni 50mila abitanti: 9.600 infermieri in più, cifra che la Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) aveva già sottolineato come necessaria per dare il via alla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità durante la pandemia.

Nel luglio del 2020 la FNOPI presenta il documento "Position Statement l'Infermiere di Famiglia e Comunità", in cui la descrizione delle competenze dell'infermiere di famiglia risulta completa e in linea con gli orientamenti europei (Salute 21) per quanto riguarda i due ambiti di competenza (famiglia e comunità) ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio.

Affinché questa figura diventi centrale a livello territoriale si ritiene fondamentale:

- La formazione dell'infermiere di famiglia, 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 dell'infermiere ADI ma svolge una funzione integrata e aggiunta agli interventi dell'infermiere di assistenza domiciliare integrata. 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.

- La promozione di modelli di prossimità e di proattività anticipatori del bisogno di salute rivolti a tutta la popolazione, malata o sana.
- 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 di 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.

- La possibilità di condividere in modalità strutturate lo stesso bacino di utenti con gli altri professionisti, tra cui in particolare il medico di medicina generale (MMG) e il pediatra di libera scelta (PLS) al fine di creare una vera équipe multiprofessionale di 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, l'eHealth monitoring, ecc.
- La finalizzazione dell'azione fondamentale degli infermieri di famiglia 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 informazioni riguardanti i servizi disponibili e le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA).
  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.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome il 10 settembre, ha approvato le "Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex I. 17 luglio 2020

n. 77". Il documento ha come obiettivo principale quello di delineare orientamenti organizzativi e formativi adattabili alle diverse realtà regionali in merito all'introduzione dell'infermiere di famiglia e di comunità. Questo documento definisce in modo chiaro la nuova figura professionale (professionista appositamente formato, orientato alla gestione proattiva a favore della salute e che opera sul territorio diffondendo e sostenendo la cultura della prevenzione e della promozione di corretti stili di vita).

Esso delinea il contesto organizzativo all'interno del quale si inserisce la figura dell'infermiere di famiglia: servizi/strutture distrettuali coerentemente con l'organizzazione regionale e territoriale (Case della Salute, domicilio, sedi ambulatoriali, sedi e articolazioni dei comuni, luoghi di vita e socialità locale ove sia possibile agire interventi educativi, di prevenzione, cura ed assistenza).

Le competenze richieste alla nuova figura sono di natura clinico assistenziale e di tipo comunicativo-relazionale. Inoltre, deve possedere capacità di lettura dei dati epidemiologici e del sistema-contesto, deve avere un elevato grado di conoscenza del sistema della Rete dei Servizi sanitari e sociali per creare connessioni ed attivare azioni di integrazione orizzontale e verticale tra servizi e professionisti a favore di una risposta sinergica ed efficace al bisogno dei cittadini della comunità.

Per quanto riguarda la formazione della nuova figura si prevede da una parte, che si attivino dei percorsi post-base (ad esempio master in Infermieristica di famiglia e di comunità), dall'altra parte si ritiene necessario individuare infermieri per i quali sia possibile valorizzare l'esperienza acquisita, la motivazione e l'interesse all'ambito territoriale dell'assistenza. A titolo di esempio avere un'esperienza (almeno due anni) in ambito Distrettuale/territoriale, domiciliare o con esperienza di percorsi clinico-assistenziali (PDTA), di integrazione ospedale-territorio, di presa in carico di soggetti fragili.

Il documento delle Regioni e il Position Statement della FNOPI definiscono in modo chiaro chi è, chi non è, e quali sono le potenzialità e le peculiarità anche formative, organizzative e collaborative di questa nuova figura, che da anni esiste in molte realtà locali, ma che ora andrà codificata, organizzata, normata e formata in tutte le Regioni.

### 3.2.3 Polonia

Un infermiere di famiglia è colui che possiede un titolo in infermieristica e ha completato un programma di specializzazione della durata pari a 2 anni o diversi mesi di formazione nell'area dell'infermieristica di famiglia. Il Decreto del Ministero della Salute emesso il 20 ottobre 2005 è l'atto giuridico primario che regola le attività della professione infermieristica e definisce lo spettro dei servizi infermieristici nell'assistenza sanitaria di base in Polonia. In questo decreto, le attività degli infermieri di famiglia includono: promozione della salute e applicazione di misure preventive contro le malattie (ad es. fornire consigli su stile di vita, dati sulle vaccinazioni, ecc.), alcuni servizi diagnostici (es. rilevazione della pressione arteriosa, prelievi ematici) e assistenza infermieristica di base (Ministro della Salute 2005).

Il numero di pazienti in cura da un infermiere non deve superare i 2750. L'infermiere di famiglia è autorizzato a svolgere le sue attività in modo indipendente durante le visite preliminari a casa del paziente, visite programmate in accordo con la famiglia del paziente, visite domiciliari a pazienti pediatrici o persone con particolari rischi per la salute e visite domiciliari per eseguire le raccomandazioni dei medici e le procedure infermieristiche (Kowalska & Bogusz 2005).

Ad oggi, in Polonia l'infermiere di famiglia collabora con il medico di famiglia oppure è coinvolto nell'assistenza familiare in modo indipendente stipulando dei contratti diretti con il fondo sanitario nazionale: i medici di famiglia stipulano contratti con il fondo sanitario nazionale (assicurazioni) per la fornitura di cure nel campo della medicina di famiglia, compresa l'assistenza infermieristica. Quindi, gli infermieri sono assunti da un medico per fornire assistenza sanitaria di comunità a tutti i pazienti registrati.

### 3.2.4 Portogallo

Il Portogallo è una nazione composta da 10.254.666 abitanti, le caratteristiche di questa società sono l'invecchiamento della popolazione e un basso tasso di natalità, l'aumento delle disuguaglianze nella società, la crescita di malattie croniche, l'esistenza di modelli di assistenza sanitaria obsoleti e maggiori costi sanitari.

Nel 1979 il servizio sanitario nazionale è stato istituito in Portogallo: la sua struttura operativa di base comprende la cura ospedaliera, l'assistenza sanitaria primaria (centrale per la cura della comunità) e, più di recente, la cura continua integrata.

Attualmente in Portogallo troviamo tre tipi principali di unità funzionali:

1. Le Unità di Salute Familiare (*Unidades de Saúde Familiar – USF*) / Unità Assistenziali Personalizzate (*Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP*). Le USF si occupano della sorveglianza, della promozione della salute e della prevenzione delle malattie nelle diverse fasi del ciclo di vita, del follow-up clinico dei pazienti cronici.
2. Le Unità di Cura della Comunità (UCCs), create in seguito alla riforma del 2008, si basano su gruppi tecnici multidisciplinari composti da infermieri, medici, operatori sociali, psicologi, fisioterapisti, nutrizionisti, ecc. Esse sono coordinate da un infermiere di comunità specializzato e cercano di garantire risposte integrate, articolate e differenziate, molto vicine alle esigenze sanitarie e sociali della popolazione in cui è inserita. A tal fine, forniscono assistenza sanitaria, psicologica e sociale a livello domiciliare e comunitario, in particolare per gli individui, le famiglie e i gruppi più vulnerabili, in situazioni di maggiore rischio o di dipendenza fisica e funzionale o di malattia che richiedono un attento monitoraggio. Esse agiscono, inoltre, nell'educazione sanitaria, per l'integrazione in reti di supporto familiare, garantendo la continuità e la qualità della cura. Queste unità inglobano: l'Equipe di cure continue (UCCI) e l'Equipe di supporto della comunità in cure palliative (*Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos ECSCP*)
3. Le Unità Sanitaria Pubblica (USP) che diagnosticano e monitorano lo stato di salute della popolazione, promuovendo la salute e prevenendo la malattia.

Nel 2007, con la creazione delle Unità di Salute Familiare (Decreto-lei 298/2007), le raccomandazioni legali affermavano che ad ogni infermiere di famiglia dovevano essere assegnate da 300 a 400 famiglie, che vivono nella stessa area geografica.

La Primary Health Care Mission Unit, creata nel 2005 e alla dirette dipendenze del Ministero della Salute, ha riconosciuto che le competenze degli infermieri che lavorano con le famiglie richiedono una conoscenza approfondita delle dinamiche familiari, dell'interazione tra i vari membri della famiglia, e delle conoscenze di base per fornire assistenza infermieristica familiare; essa, inoltre, afferma che queste dovrebbero essere inseriti nei programmi di studi.

L'Ordine degli Infermieri (Ordem dos Enfermeiros) ha istituito il titolo di "Infermiere specializzato in Infermieristica di Famiglia" nel 2011 e sono state promulgate le competenze specifiche dell'infermiere specializzato:

- a) L'assistenza della famiglia come unità di cura;
- b) fornire un'assistenza specifica nelle diverse fasi del ciclo di vita familiare, focalizzata sui livelli di assistenza primaria, secondaria e terziaria.

Attualmente, gli infermieri di famiglia, che lavorano nelle Unità di Salute Familiare, sono infermieri laureati in quanto il programma di specializzazione non è ancora definito. Un gran numero di infermieri sviluppa competenze generali, imparate durante la formazione universitaria, per intervenire con le famiglie e la comunità. Nell'ottobre 2016, una legge è stata pubblicata (Portaria 281/2016) la quale prevede la creazione di un gruppo di lavoro per lo sviluppo e il monitoraggio della figura dell'infermiere di famiglia, con un focus sulla futura implementazione della Specializzazione in Infermiere di famiglia (*Enfermeiro de família*).

Riconoscendo la necessità di avere infermieri preparati a prendersi cura delle famiglie, un gran numero di USF hanno avviato la formazione continua dei propri professionisti infermieristici attraverso un progetto di ricerca-azione denominato Modello dinamico di valutazione familiare e Intervento (ESEP 2016), il modello teorico adottato dall'Associazione Nazionale Infermieristica per la Pratica Infermieristica di Famiglia nel 2011.

Un recente studio di analisi dei concetti (Araújo 2014), nella letteratura portoghese ha rivelato che il concetto di infermiere di famiglia è simile alle linee guida raccomandate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2000) e dall'International Council of Nurses (2002) e includeva le seguenti caratteristiche dell'infermiere di famiglia:

- a) un membro del team multidisciplinare;
- b) erogatore di assistenza durante il ciclo della vita dei cittadini e delle famiglie;
- c) agente che promuove la salute e previene le malattie;
- d) responsabile sanitario;
- e) famiglia come cliente;
- f) stile collaborativo nella erogazione di cure;
- g) facilita l'instaurazione di un rapporto di empowerment con le famiglie.

Il ruolo dell'infermiere di famiglia deve essere rafforzato ed è necessaria la volontà politica di riconoscere pienamente il potenziale degli infermieri e di unire gli sforzi tra gli attori in pratica: i dirigenti infermieristici, gli infermieri educatori e gli esperti di famiglia.

### **3.2.5 Spagna**

La formazione universitaria degli infermieri in Spagna risale al 1977 (RD 2128/1977). Dopo un percorso di studio agli infermieri veniva conferito il titolo di "Diplomado universitario en enfermería" (DUE). Nel 1987 fu pubblicato il RD 992/1987 il quale prevedeva la creazione di sette "especialidades" (percorsi di formazione post-laurea) all'interno di queste si trovava il percorso di formazione di "Especialidad de enfermería en Salud comunitaria". Questi percorsi non furono sviluppati fino al 2010.

La riforma della formazione nel 2010 ha portato a quattro anni di laurea di base e ha introdotto sette specializzazioni. Per l'infermiere di famiglia e di comunità (EFyC) sono previsti due anni residenziali retribuiti, molti momenti formativi sono in condivisione con i medici specializzati in Medicina di famiglia. Questo permette

l'acquisizione di conoscenze e di competenze specifiche, consentendo un'effettiva integrazione e collaborazione tra le due figure.

Il POE (Programma oficial de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria) è il documento cardine della specializzazione in EFyC, delinea le conoscenze e le competenze che deve acquisire l'infermiere specializzando durante il suo percorso. L'infermiere deve essere in grado di identificare le necessità bio-psico-sociali della comunità e le relazioni che si instaurano tra i suoi componenti in modo da rispondere ai bisogni di salute basandosi sulle evidenze scientifiche e facendo uso del metodo clinico e delle tecniche complesse. Inoltre, si occupa della promozione della salute e della prevenzione sia in ambito familiare che comunitario. Il documento descrive in modo chiaro e dettagliato le competenze da acquisire nei diversi ambiti di attuazione dell'EFyC, tra queste abbiamo: la clinica e metodologia avanzata, l'assistenza durante l'infanzia, l'assistenza durante l'adolescenza, l'assistenza durante l'età adulta, l'assistenza alle persone anziane, l'assistenza alle famiglie, l'assistenza in caso di urgenze, emergenze e catastrofe e, infine, l'assistenza in caso di fragilità o rischio sociosanitario (immigrati, minoranze etniche).

Il modello di cure primarie spagnolo prevede che ogni cittadino scelga il proprio medico di famiglia e il proprio infermiere di famiglia, che dipende dalla dispersione della popolazione. Emilio Benito Cañizares, nel 2019, afferma che la media di pazienti per infermiere di famiglia e di comunità è di 1547, invece nella CC.AA di Madrid si superano i 2000 (esattamente 2016 pazienti) rappresentando la comunità con il maggiore rapporto infermiere-paziente. Le comunità di La Rioja, Extremadura y Castilla y León hanno meno di 1200 pazienti per infermiere.

### 3.2.6 Paesi Bassi

L'analisi dello sviluppo della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità nei Paesi bassi si è dimostrata molto difficoltosa dovuta alla mancanza di letteratura scientifica in merito. È stata eseguita una ricerca libera su google e google scholar senza esito. In seguito, si riportano i dati inerenti a quella che viene definita da Luttik ML. e Paans W., 2018, come la prima iniziativa olandese riguardante l'infermiere di famiglia denominata "I-lab Family care" (2015).

L'obiettivo principale dell'I-lab Family Care è quello di organizzare, sostenere e facilitare l'assistenza familiare con l'aiuto dell'assistenza sanitaria professionale. L'I-lab mira specificamente a sviluppare, attuare e testare il "Family Nursing Conversation" (FNC) come intervento infermieristico per promuovere o migliorare il funzionamento della famiglia e per prevenire il carico nelle famiglie che hanno a che fare con problemi di salute.

I-lab Family Care ha recentemente sviluppato e testato un programma di formazione di 6 giorni per infermieri (e studenti di infermieristica) con l'obiettivo di incoraggiare questi studenti ad abbracciare un approccio orientato alla famiglia e aumentare la loro capacità di offrire FNC. I risultati hanno sostenuto che il programma di formazione è stato efficace nello sviluppo delle competenze necessarie per eseguire le FNC (Broekema, Luttik, Steggerda, Paans e Roodbol). Inoltre, le FNC sono state applicate in contesti pratici e, nel 2018 erano in fase di studio per valutare l'aderenza degli infermieri alle linee guida e per analizzare le prospettive delle famiglie sui benefici di queste conversazioni. L'articolo in oggetto, non fa riferimento esplicito all'infermiere di famiglia e di comunità, ma ci è sembrato opportuno inserirlo all'interno della discussione in quanto i risultati del programma formazione svolto da I-lab Family care mette in luce l'importanza della formazione degli infermieri per acquisire determinate competenze in particolare quella comunicativo-relazionale (Family nursing conversation).

### 3.2.7 Slovenia

In Slovenia, i servizi di infermiere di famiglia/comunità seguono gli indirizzi e le indicazioni dei principali documenti emanati dall'OMS che mirano a favorire lo sviluppo del infermiere di famiglia e di comunità in Europa, in particolare prendono in considerazione, come anche in Italia, Salute 21 (OMS, 1998).

Gli erogatori dei servizi sono infermieri professionali registrati, con una formazione universitaria e, alcuni, con una formazione specialistica in infermieristica di famiglia/comunità (Ljubič A., Clark DJ., & Štemberger Kolnik T., 2017). La popolazione target della quale si occupano sono la famiglia nella sua interezza e l'individuo come parte della famiglia. In questa piccola nazione che conta con poco più di due milioni di abitanti, le funzioni principali dell'infermiere in ambito familiare e comunitario sono:

- Erogare assistenza sanitaria e sociale alla persona, alla famiglia e alla comunità;
- Erogare assistenza sanitaria al neonato e alle donne dopo il parto a domicilio;
- Erogare assistenza infermieristica dei pazienti nel proprio domicilio;
- Promozione e prevenzione della salute.

Ljubič A., Clark DJ., e Štemberger Kolnik T., 2017, affermano che, attualmente, l'infermiere di famiglia/comunità è completamente autonomo nella pianificazione di attività di prevenzione ma, il medico di famiglia è responsabile dell'attuazione delle visite a domicilio. Inoltre, si sta assistendo a una diminuzione delle attività di prevenzione dovuto alla crescente richiesta di visite a domicilio che sono diventate prioritarie.

## CONCLUSIONI

La società europea è sempre più costituita da individui anziani e affetti da malattie croniche. I medici di medicina generale non possono più garantire da soli la completa presa in carico degli assistiti e della comunità. Essi dovranno essere supportati da team multiprofessionali che collaboreranno al fine di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e della comunità.

Alla luce di queste affermazioni l'obiettivo della tesi era quello di descrivere e analizzare come le singole nazioni dell'UE hanno inserito all'interno del proprio sistema sanitario la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità.

La scarsa produzione e pubblicazione di materiale scientifico è stato il primo ostacolo allo studio. Difatti, solo nove nazioni su ventisette sono state prese in considerazione.

Il quadro generale che si ricava dalle esperienze internazionali è quello di una situazione molto diversa da quella che presenta la professione infermieristica di famiglia in Italia. In quasi tutte le esperienze analizzate si riconosce agli infermieri di famiglia e di comunità una pratica avanzata che consente la valorizzazione della professione.

Dallo studio realizzato si evidenzia come la figura professionale proposta nel quadro europeo di Salute 21 tardi ad affermarsi nelle nazioni nordiche (Danimarca, Finlandia e Svezia) le quali sembrerebbero avere come priorità la definizione di un sistema concettuale dell'infermieristica di famiglia per poi standardizzarlo all'interno della nazione stessa. Per queste nazioni è fondamentale, prima, fare ricerca e fare rete per condividere le esperienze e le conoscenze acquisite .

Le competenze che sono riconosciute agli infermieri di famiglia nelle nazioni oggetto di studio sono principalmente centrate sulla assistenza infermieristica generale in ambito domiciliare e ambulatoriale rivolta a malati affetti da patologie croniche-degenerative, anziani e disabili; sull'integrazione e collaborazione con le diverse figure professionali (es. MMG) e sulla prevenzione delle malattie e promozione della salute.

Inoltre, dall'analisi degli articoli possiamo notare come le varie nazioni prevedano l'assegnazione di un numero limitato di utenti che l'infermiere dovrà prendere in carico. In Portogallo si parla di 300/400 famiglie, la Polonia prevede non più di 2750 pazienti per infermiere, in Spagna varia a seconda della demografia di un determinato territorio (in media 1547 pazienti), l'Italia prevede un'assegnazione di otto infermieri ogni 50mila abitanti (circa 1 infermiere ogni 6250 abitanti).

Per quanto riguarda la rilevanza all'interno della società, attualmente, l'esperienza spagnola fa da capofila e possiamo affermare che tre sono gli elementi caratterizzanti: il libero accesso all'assistenza infermieristica, l'attribuzione dell'infermiere di riferimento a tutti i cittadini e il riconoscimento delle competenze avanzate degli infermieri. In Slovenia, l'infermiere di famiglia ha acquisito un forte status riconosciuto e sentito dalla popolazione e dagli appartenenti alla professione, infatti, vengono considerati come "consulenti privilegiati" a cui rivolgersi. Nel contesto italiano, la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità era ancora sottovalutata fino all'anno scorso, nonostante diverse regioni l'avessero inserita all'interno del proprio territorio e diversi corsi di formazioni post-base si fossero avviati. La pandemia Covid-19 ha evidenziato il bisogno non più trascurabile di rafforzare l'assistenza territoriale e rilanciare e dare il giusto valore all'infermiere di famiglia e di comunità.

Per concludere possiamo dire che l'infermiere di famiglia e di comunità rappresenta una realtà affermata in alcune nazioni, in altre il suo ruolo e le sue competenze devono essere ancora delineati. Per poter comprendere meglio lo sviluppo di questa figura gli infermieri dovrebbero fare più ricerca e collaborare più attivamente non solo a livello nazionale ma anche a livello europeo.

## BIBLIOGRAFIA

Astedt-Kurki P. (2010), "Family nursing research for practice: the Finnish perspective", *Journal of family nursing*, 16(3): pp. 256–268.

Barbieri Figueiredo M., Vilar A., Andrade L., Araújo C. e Rocha da Silva M., (2017), "Family Health Nursing – Development and and Implementation in Primary Health Care in Portugal", *Pflege & Gesellschaft*, pp. 51-66.

Cipolla C., Marcadelli S., Rocco G. e Stievano A. (2017), *Infermiere di Famiglia e di Comunità*, Milano: FrancoAngeli, pp. 11-97.

Duffy M. E., Vehvilainen-Julkunen K., Huber D. e Varjoranta P. (1998), "Family nursing practice in public health: Finland and Utah", *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 15(4): pp. 281–287.

García Olcina J.E., Gil Medica F.A, Munsuri Rosado J., Olmedo Salas A., Saus Ortega C., Mármol López M.I (2020), "Evolución histórica de la Enfermería y la especialidad Familiar y Comunitaria en Espana", *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 13(2): pp.71-81.

Ljubič A., Clark D. J. e Štemberger Kolnik T. (2017), "Comparison of family nursing in Slovenia and Scotland: integrative review", *International nursing review*, 64(2): pp.276–285.

- Luttik ML., Paans W. (2018), "New kid on the block: family nursing initiatives in the Netherlands", *Journal of Family Nursing*, 24(3): pp.303-306.
- Marcadelli S., Obbia P., Prandi C. (2018), Assistenza domiciliare e cure primarie Il nuovo orizzonte della professione infermieristica, Milano: Edra S.p.A, pp. 19-31, 51-63.
- Marcinowicz L. e Chlabicz S. (2004), "Functioning of family nursing in transition: an example of a small town in Poland. Are there any benefits for patients?", *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 7(3): pp.203–208.
- Marcinowicz L., Chlabicz S., Konstantynowicz J. e Gugnowski Z. (2009), "Involvement of family nurses in home visits during an 8-year period encompassing primary healthcare reforms in Poland", *Health & social care in the community*, 17(4): pp.327–334.
- Mislej M., Paoletti F. (2008), Infermiere di famiglia e di comunità e il diritto di vivere a casa anche quando sembra impossibile, Rimini: Maggioli Editore.
- Oltra Rodríguez E., Martínez Riera J.R. (2015), "OPINIÓN - Oferta formativa de Enfermería Familiar y Comunitaria. Evolución de cinco años de trayectoria", *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 8 (1): pp.66-70.
- OMS (1998), "Health for all in the 21st century. Programma Salute 21- Salute per tutti nel XXI secolo", Copenaghen.

- Østergaard B. e Wagner L. (2014), "The development of family nursing in Denmark: current status and future perspectives", *Journal of family nursing*, 20(4): pp.487–500.
- Saiani L. e Brugnolli A. (2013), *Trattato di cure infermieristiche*, seconda edizione, Napoli Idelson Gnocchi, pp.4-34.
- Smeltzer SC., Bare B., Hinkle J., Cheever K. (2010), *Brunner Suddarth-Infermieristica medico-chirurgica*, quarta edizione, Milano: CEA.
- Sasso L., Gambero I L., Ferraresi A., Tibaldi L. (2005), L'infermiere di famiglia Scenari assistenziali e orientamenti futuri, Milano: Mc Graw-Hill, pp. 43-106.
- Saveman B. I. (2010), "Family nursing research for practice: the Swedish perspective", *Journal of family nursing*, 16(1): pp.26–44.
- Voltelen B., Konradsen H., Østergaard B. (2016), "Family Nursing Therapeutic Conversations in Heart Failure Outpatient Clinics in Denmark: Nurses' Experiences", *Journal of family nursing*, 22(2): pp.172–198.

## SITOGRAFIA

Conferenze delle Regioni e delle Province autonome (2020), “Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex I. 17 luglio 2020 n. 77”, (10/09/2020) [disponibile in:

<http://www.regioni.it/newsletter/n-3909/del-17-09-2020/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-linee-di-indirizzo-21653/>].

Decreto Rilancio del Cdm del 13 maggio 2020, (13/05/2020) [disponibile in:

[https://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/DL\\_20200520.pdf](https://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/DL_20200520.pdf)].

Codice Deontologico infermieri (2019), (14/01/2020) [disponibile in:

[https://www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/2629/II%20testo%20definitivo%20Codice%20Deontologico%20degli%20Ordini%20delle%20Professioni%20Infermieristiche%202019.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2629/II%20testo%20definitivo%20Codice%20Deontologico%20degli%20Ordini%20delle%20Professioni%20Infermieristiche%202019.pdf)].

FNOPI, (2020), “Position Statement: l’infermiere di famiglia e di comunità”, (19/09/2020) [disponibile in:

<https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf>].

Ministerio de Sanidad y Política Social, (2010), “Programa oficial de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria”, (29/07/2010) [disponibile in:

<https://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10364.pdf>].