

L'infermiere di comunità come modello organizzativo: l'esperienza di tre Regioni¹

Irene Gabutti

ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore

Alessio di Pofi

ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore

Lorena Martini

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Roberta Biaggi

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Luigi Apuzzo

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Giulia Menin

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Maria Pia Fantini

Università di Bologna

Riassunto

L'articolo si propone di analizzare lo stato dell'arte della figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) in Italia, con particolare attenzione alle evoluzioni intervenute dopo l'applicazione del decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77. L'obiettivo principale della ricerca è valutare in che modo questa figura professionale sia stata implementata in tre Regioni italiane avanzate nell'ambito dell'assistenza infermieristica comunitaria: Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana. La metodologia di studio si basa sulla raccolta di dati attraverso un'intervista semi-strutturata rivolta a figure apicali, come direttori di dipartimento infermieristico e direttori del settore cure primarie a livello regionale, per raccogliere informazioni riguardanti il profilo professionale, le attività svolte, le interazioni con altri professionisti sanitari, il grado di autonomia, le sfide affrontate e le modifiche intervenute nel ruolo professionale dopo l'entrata in vigore del decreto. I risultati forniscono una panoramica dettagliata delle pratiche virtuose e delle sfide incontrate nell'implementazione dell'IFoC in queste Regioni. L'analisi contribuirà a delineare uno scenario informato sull'attuale stato dell'arte dell'IFoC in Italia, con implicazioni significative per il futuro dell'assistenza sanitaria nel Paese.

Parole chiave: infermieristica, famiglia e comunità, management sanitario, assistenza sanitaria territoriale

Abstract. *Family and Community Nursing as an Organizational Model: the Experience of Three Italian Regions.*

The aim of this article is to analyze the current status of the Family or Community Nurse (IFoC) in Italy, focusing on the developments following the implementation of the Ministry of Health Decree No. 77 on 23 May 2022. The main objective of the research is to evaluate the implementation of this professional figure in three leading Italian regions in community nursing: Piedmont, Emilia-Romagna, and Tuscany. The study methodology involves collecting data through semi-structured interviews with senior figures such as directors of nursing services and directors of primary care at the regional level, aiming to gather information on the professional profile, activities performed, interactions with other health professionals, degree of autonomy, challenges faced, and changes in the professional role since the implementation of the Decree. The results provide a detailed overview of the best practices and challenges encountered in the implementation of the IFoC in these regions. This analysis will contribute to an informed understanding of the current state of the IFoC in Italy, with significant implications for the future of healthcare in the country.

Keywords: nursing, family and social care, healthcare management, territorial healthcare

DOI: 10.32049/RTSA.2024.2.03

¹ Gli autori desiderano esprimere gratitudine verso tutti coloro che hanno contribuito alla generazione dei dati di questa ricerca. In particolare, si ringraziano il dott. Paolo Zoppi, il dott. Alessio Rizzo e la dottoressa Fabia Franchi. Tutti gli autori hanno ideato il lavoro e contribuito alla raccolta dei dati. L'articolo è stato scritto da Irene Gabutti e Alessio di Pofi. Maria Pia Fantini lo ha revisionato. L'autore corrispondente è Irene Gabutti (irene.gabutti@unicatt.it).

1. Introduzione

L'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) rappresenta una figura cruciale nell'evoluzione del panorama sanitario italiano, focalizzando la sua attenzione sull'assistenza territoriale, la promozione della salute e la gestione dei pazienti cronici. Questo studio si propone di esplorare le competenze richieste all'IFoC in Italia, analizzando il contesto normativo, strategico e gli sviluppi territoriali legati a questa figura professionale. Mentre la figura dell'IFoC è stata oggetto di sperimentazione in alcune Regioni italiane, la sua espansione nazionale è stata catalizzata dall'emergenza COVID-19, portando ad un'introduzione formale attraverso il "Decreto Rilancio" nel 2020 e una svolta regolativa significativa con il decreto del Ministero della Salute 17 Luglio 2020, n. 77. Tali mosse normative hanno innescato una serie di sfide e opportunità, rendendo la ricerca sull'IFoC in Italia un campo ancora inesplorato e pionieristico, con limitato ancoraggio alla letteratura accademica.

Quali sono le competenze richieste e le sfide affrontate dagli IFoC in Italia, e in che modo queste si integrano nel contesto più ampio dell'assistenza sanitaria territoriale? Quali sono stati i principali cambiamenti di questo ruolo professionale a partire dall'introduzione del d.m. n. 77/2022?

L'importanza di rispondere a queste domande riguardo il ruolo dell'IFoC nell'ottica di assistenza territoriale è sottolineata da un evidente disallineamento tra la crescente richiesta di cure primarie integrate e la carenza di riferimenti accademici solidi in Italia. Questo studio si propone di colmare tale divario, contribuendo alla definizione delle competenze chiave necessarie all'IFoC e all'analisi degli impatti delle recenti evoluzioni normative e strategiche nel contesto italiano.

La ricerca è stata condotta combinando un'analisi sistematica del quadro normativo con interviste semi-strutturate somministrate a manager e figure di spicco dell'organizzazione sanitaria di Regioni pionieristiche come Emilia-Romagna, Toscana e Piemonte. Seppur non esente da limiti intrinseci, lo studio offre un'analisi dettagliata delle competenze richieste all'IFoC in Italia, evidenziando le sfide emergenti e gli impatti delle recenti iniziative

normative. I risultati contribuiranno a informare la pratica clinica, la formazione e lo sviluppo delle politiche sanitarie, fornendo una base solida per il futuro sviluppo dell'IFoC in Italia.

2. Background

L'avvento dell'IFoC rappresenta una svolta fondamentale nel panorama sanitario contemporaneo, conferendo a questo esperto della salute un ruolo cruciale nei processi di promozione, prevenzione, educazione e formazione sanitaria. La sua missione si estende oltre i confini dell'individuo, abbracciando l'intera comunità (FNOPI, 2020). Operando nel contesto familiare, l'IFoC si impegna con determinazione nelle sfide presentate dalla malattia cronica e dalla disabilità (Obbia, 2014).

L'importanza di questa figura professionale è stata amplificata dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza del 2021, che, attraverso la Missione 6, ne ha sottolineato il ruolo centrale attraverso le parole chiave: territorio, prossimità, presa in carico. Contrariamente a quanto possa sembrare, la fondamentale rilevanza dell'infermiere non è una scoperta recente, ma piuttosto emerge da documenti d'indirizzo risalenti alla fine del secolo scorso (d.m. 14 settembre 1994, n. 739).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), riconoscendo il ruolo essenziale degli infermieri nelle cure primarie, ha promosso il modello di Infermiere di Famiglia attraverso il documento quadro *Health21* del 1998. Due principi target in particolare emergono in modo evidente all'interno di questo quadro:

- Target n. 15: In cui è evidenziato che «alla base delle cure primarie dovrebbe esserci un infermiere di famiglia preparato». Questo sottolinea l'importanza fondamentale dell'infermiere di famiglia come fulcro delle cure primarie, orientate sempre più verso un approccio territoriale.
- Target n. 18: «Sviluppo delle risorse umane per la salute». Questo obiettivo enfatizza il ruolo cruciale degli infermieri nella trasformazione del sistema

sanitario (WHO, 1998).

Il modello di Nurse Coaching, focalizzato sulle transizioni tra fasi di assistenza e stadi di malattia, si concentra sulle cure primarie, mirando a migliorare le risposte ai pazienti cronici. Questo modello promuove una stretta collaborazione tra Infermiere di Famiglia e Medico di Medicina Generale, affrontando le sfide dei pazienti con bisogni complessi e comorbilità (WHO, 1998).

Il documento appena discusso, soprattutto attraverso il Target n. 15, delinea chiaramente la necessità di elevare la collaborazione professionale nelle cure primarie e riconosce l'importanza dello sviluppo delle risorse umane nel settore sanitario. Identifica due figure chiave al centro della rete di cure primarie: il medico di famiglia e l'infermiere di famiglia. Il documento *Health21* propone che l'infermiere di famiglia abbia la responsabilità globale, sia fisica che psico-sociale, per un gruppo predefinito di famiglie, con la possibilità di ampliare le competenze attraverso una formazione post-base.

2.1 L'infermieristica di famiglia in Europa

A livello internazionale, l'entusiasmo generato dalle linee appena citate ha trovato riscontro in un'ampia adozione di infermieri con ruoli avanzati all'interno delle cure primarie (Maier, 2017) in vari paesi europei, di cui si riportano alcuni casi significativi per tracciare una panoramica soddisfacente.

Nel Regno Unito, l'affidamento al *Public Health Nurse*, un professionista impegnato nelle comunità per garantire la cura e il mantenimento della salute, è una pratica consolidata. Questi infermieri seguono un percorso di formazione specialistica post-laurea dopo aver conseguito il titolo di infermiere (Philibin *et al.*, 2010).

In Irlanda, gli infermieri di sanità pubblica vengono assegnati a specifiche aree geografiche, collaborando strettamente con i Medici di Medicina Generale, seguendo uno standard di 1 infermiere ogni 5000 abitanti. La loro formazione post-laurea, della durata di 2 anni, conduce al conseguimento del titolo di Master in Sanità Pubblica (Casey *et al.*, 2022).

In Svezia, gli infermieri di famiglia acquisiscono un'esperienza clinica certificata di 2 anni e completano un master di ulteriori 2 anni. Questi professionisti si occupano di programmi specifici per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie in aree geografiche specifiche (Saveman, 2010).

In Finlandia, i *Public Health Nurses* (PHN) sono infermieri laureati, con un corso di formazione di base della durata di 4 anni che include moduli di Infermieristica di Comunità. Attualmente, questa figura è considerata fondamentale nell'identificazione precoce di problemi sanitari e sociali complessi (Åstedt-Kurki, 2010).

In Spagna, il modello prevede che i cittadini scelgano sia il Medico di Medicina Generale (MMG) che l'IFoC. In genere, ogni IFoC ha in carico tra 1500 e 2000 utenti. La formazione degli infermieri di sanità pubblica prevede 4 anni di formazione di base e ulteriori 2 anni di specializzazione in Infermieristica di Famiglia o Comunità (Zabalegui e Cabrera, 2009).

La varietà di approcci europei all'IFoC evidenzia la diversità nell'implementazione di questa figura professionale, offrendo preziose lezioni per il contesto italiano.

2.2 Albori della sperimentazione italiana dell'infermieristica di comunità – L'esempio di tre regioni virtuose

Solo a partire dal 2012, il Governo italiano ha intrapreso il processo di creazione di una solida base normativa per la definizione e l'implementazione IFoC. Questo processo è stato avviato con il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni con legge 8 novembre 2012, n. 189, che ha segnato una svolta significativa, inserendo gli infermieri in diversi settori dell'assistenza sanitaria primaria.

La sperimentazione internazionale di varie forme della figura dell'IFoC riflette il riconoscimento dell'importante ruolo che questi professionisti svolgono nell'ambito delle cure primarie e nella promozione della salute delle comunità. Tuttavia, ancor prima dell'emanazione di questa normativa, tre regioni italiane si distinguevano per un ruolo pionieristico nell'esplorare e implementare i principi dell'IFoC.

Nella Regione Emilia-Romagna, l'evoluzione delle Case della Salute (CdS) ha rappresentato un passo significativo nell'innovazione dell'assistenza territoriale. Radicato nel Piano Sanitario Regionale 1999/2001, questo sviluppo ha coinvolto la medicina convenzionata, valorizzando le competenze infermieristiche. Gli infermieri *case manager* (Chiari, 2011) all'interno delle CdS gestiscono la cronicità, promuovono l'educazione terapeutica e coinvolgono la comunità nella prevenzione e promozione della salute. Questo modello, anticipatore dei più recenti sviluppi di politica sanitaria, evidenzia la capacità pionieristica della Regione Emilia-Romagna nel favorire la collaborazione multidisciplinare e la continuità nell'assistenza territoriale.

La Regione Toscana ha impresso una svolta nel 2018 con la nota n. 597, delineando gli *Indirizzi per lo Sviluppo del Modello Assistenziale dell'Infermiere di Famiglia e Comunità*. Basandosi sull'*Expanded Chronic Care Model* (Barr *et al.*, 2013), questo atto ha ridefinito le Cure Primarie, affidando la gestione dei pazienti cronici a team multiprofessionali, inclusi Medici di Medicina Generale e Infermieri di Cure Primarie. Questa innovazione sottolinea la capacità pionieristica della Regione Toscana nell'implementare nuovi modelli assistenziali e promuovere la collaborazione interprofessionale.

La Regione Piemonte ha dimostrato una notevole lungimiranza nell'istituire e promuovere la figura dell'IFoC quando questa era ancora relativamente sconosciuta in Italia. L'organizzazione di corsi di formazione e aggiornamento dedicati agli IFoC, in collaborazione con università e Aziende sanitarie locali, evidenzia il ruolo pionieristico della Regione Piemonte nel preparare e inserire con successo gli IFoC nel sistema sanitario. La sinergia tra istituzioni accademiche e Aziende sanitarie locali ha contribuito significativamente al progresso dell'assistenza infermieristica, collocando la Regione Piemonte al centro dell'innovazione nell'ambito della salute comunitaria in Italia.

Appare chiaro come l'audace attività di esplorazione e implementazione delle pratiche IFoC nelle regioni Emilia-Romagna, Toscana e Piemonte non abbia solo rispecchiato un adattamento precoce alle nuove direttive nazionali, ma ha anche sottolineato il ruolo pionieristico di queste regioni nel plasmare l'evoluzione del sistema sanitario italiano. L'anticipazione di nuovi modelli assistenziali e l'adozione di approcci multidisciplinari

indicano una leadership visionaria, che ha posticipato la creazione di linee guida nazionali e ha aperto la strada per la sperimentazione e l'ottimizzazione dei servizi di assistenza territoriale. Questa capacità pionieristica, manifestata attraverso una stretta collaborazione tra istituzioni accademiche, Aziende sanitarie e professionisti dell'assistenza, si configura come un fondamentale contributo alla trasformazione dell'assistenza sanitaria in Italia, anticipando il futuro delle cure primarie e della salute comunitaria nel contesto nazionale.

2.3 Evoluzione Normativa e Strategica IFoC in Italia: Una risposta alla pandemia e un passo verso l'integrazione territoriale

La più recente evoluzione dell'IFoC in Italia è stata definita da una serie di cruciali sviluppi normativi e strategie di implementazione. Il Patto per la Salute 2019-2021 è emerso come un catalizzatore fondamentale, sottolineando la necessità di una stretta collaborazione tra l'IFoC e una varietà di professionisti della salute, tra cui MMG, pediatri, specialisti ambulatoriali e farmacisti. Questa collaborazione è stata progettata per garantire ai cittadini un'assistenza completa e integrata, incanalando gli sforzi verso un modello sanitario che ponga al centro il paziente e promuova la cooperazione tra professionisti della salute per raggiungere la massima qualità delle cure.

Tuttavia, il contesto pandemico COVID-19 ha giocato un ruolo centrale in questa evoluzione. Nel 2020, l'Italia ha risposto all'emergenza sanitaria introducendo una forma di IFoC su scala nazionale tramite il "Decreto Rilancio" (decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni con legge 17 luglio 2020, n. 77). Questo decreto ha formalizzato il ruolo dell'IFoC come figura di primaria importanza nell'ambito dell'assistenza infermieristica, operante a vari livelli di complessità. Oltre alla cura diretta dei pazienti, l'IFoC è stato riconosciuto per la sua capacità di collaborare attivamente con l'intera comunità, estendendo il suo ruolo all'interazione con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità stessa. Questa prospettiva *all-encompassing* ha l'obiettivo di affrontare in maniera efficace i nuovi bisogni attuali o potenziali, sottolineando l'importanza

dell'IFoC come figura di riferimento nelle dinamiche di assistenza territoriale.

A partire dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale sono stati autorizzati a procedere al reclutamento di infermieri destinati a ricoprire la funzione di infermieri di famiglia o di comunità. Queste assunzioni possono avvenire a tempo indeterminato, con un limite massimo di otto unità ogni 50.000 abitanti, purché rispettino le disponibilità di risorse finanziarie.

Ma una delle sfide cruciali in questo processo di rapida innovazione è stata la definizione delle competenze necessarie per l'IFoC e l'armonizzazione del curriculum formativo a livello nazionale. Mentre l'assenza di linee guida ministeriali ufficiali ha rappresentato una sfida, la Conferenza delle Regioni ha fornito una guida temporanea con un documento di orientamento approvato il 10 settembre 2020. Benché privo di valore normativo, questo documento è diventato un punto di riferimento essenziale per le Regioni italiane e ha sottolineato la necessità di una standardizzazione delle competenze dell'IFoC. La *Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche* (FNOPI) ha svolto un ruolo significativo in questo processo, offrendo indicazioni e orientamenti chiari (FNOPI, 2020). La questione dell'integrazione degli standard europei nell'ambito sanitario italiano è stata oggetto di analisi approfondite, come evidenziato da Camedda *et al.*, che hanno condotto uno studio mirato, portando a importanti conclusioni riguardo alle competenze richieste (2021).

Le competenze fondamentali da acquisire sono state identificate in base alle indicazioni fornite dal progetto ENhANCE (Sasso *et al.*, 2018), che mira a stabilire un modello di Ordinamento e Sintonizzazione dell'Infermieristica Italiana. Questo approccio, basato su standard europei e sulle migliori pratiche internazionali, ha fornito una base solida per la formazione uniforme degli IFoC in tutte le università italiane. La standardizzazione della formazione è cruciale per garantire che i futuri IFoC acquisiscano le competenze necessarie per fornire assistenza infermieristica di alta qualità e integrata su tutto il territorio nazionale, promuovendo coerenza ed efficacia nelle pratiche professionali.

Una svolta normativa significativa è avvenuta recentemente con il Decreto del Ministero della Salute del 17 Luglio 2020, n. 77, sugli standard per lo sviluppo dell'Assistenza

Territoriale, che ha introdotto la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità all'interno delle Case della Comunità, stabilendo un numero limite (uno ogni 3.000 abitanti) e definendo le attività assegnate a questa figura. L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ha pubblicato nel mese di settembre 2023 un documento tecnico contenente le linee di indirizzo nazionali sull'IFoC stilato in collaborazione del gruppo di lavoro che ha coinvolto 10 regioni, il Ministero della Salute, l'Università di Torino, la Scuola Superiore Sant'Anna - Laboratorio MeS, le Società scientifiche AIFEC e APRIRE oltre che la FNOPI (AGENAS, 2023). Le competenze richieste per questa figura, come appare delineato da questi sforzi istituzionali e normativi, coprono una vasta gamma di ambiti, tra cui competenze cliniche, comunicative e relazionali. Inoltre, l'IFoC deve dimostrare abilità nell'analizzare dati epidemiologici e comprendere appieno il sistema-contesto in cui opera. Questo implica una conoscenza dettagliata della rete dei servizi sanitari e sociali, al fine di promuovere l'integrazione sia orizzontale che verticale tra servizi e professionisti.

Infine, un contributo significativo all'analisi della situazione degli IFoC in Italia è derivato dall'indagine esplorativa condotta AGENAS e sviluppata da Martini *et al.* Lo studio ha fornito una visione iniziale della distribuzione degli Infermieri di Famiglia o Comunità nelle aziende sanitarie, evidenziando una diversità di condizioni lavorative e organizzative nelle diverse regioni italiane (2021).

In sintesi, la più recente evoluzione dell'IFoC in Italia riflette una trasformazione sostanziale, spinta da necessità contingenti come la pandemia di COVID-19 e sottolineata da importanti decisioni normative. L'IFoC si posiziona sempre più come figura centrale nell'assistenza territoriale, richiedendo standard e competenze uniformi per garantire la qualità e l'efficacia delle cure erogate su tutto il territorio nazionale. Questa evoluzione non solo risponde alle sfide sanitarie emergenti, ma incarna anche un passo significativo verso una visione più olistica e integrata della salute e dell'assistenza sanitaria in Italia.

3. Obiettivi della ricerca

La presente ricerca si propone di indagare dettagliatamente il ruolo dell'IFoC in Italia, con uno specifico focus su tre Regioni considerate avanzate nell'ambito dell'assistenza infermieristica territoriale, come si evince dalla Sezione 2.2, ovvero Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana. L'obiettivo primario è offrire una descrizione accurata e approfondita del rapporto tra IFoC, persone assistite e professionisti in servizio, esaminando in particolare le competenze praticate e la situazione lavorativa all'interno delle strutture sanitarie regionali.

L'indagine si colloca in un contesto in cui la letteratura scientifica sull'IFoC è ancora limitata e le conoscenze attuali derivano principalmente da studi preliminari condotti da AGENAS e sviluppati da Martini *et al.* (2021), già menzionati nel paragrafo precedente. Questi hanno fornito una panoramica iniziale della figura dell'IFoC in Italia, mettendo in luce la diversità nei numeri, nelle funzioni e nelle condizioni lavorative. Emergono dalla letteratura segni di dipendenza gerarchica dalla direzione infermieristica, insieme a una percezione di autonomia prevalente in molte aziende sanitarie locali. Tuttavia, la profondità delle informazioni è ancora limitata, rendendo il presente lavoro un contributo pionieristico al campo.

Proponendosi di colmare questa lacuna conoscitiva, si esplorerà ulteriormente l'implementazione dell'IFoC nelle regioni selezionate dopo l'entrata in vigore del d.m. Salute n. 77/2022. La scelta di Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana è guidata dalla loro riconosciuta esperienza e dalle buone pratiche sviluppate nel campo dell'assistenza infermieristica comunitaria, come precedentemente discusso. Attraverso un'analisi dettagliata, la ricerca intende evidenziare progressi e sfide specifiche di queste Regioni nel contesto dell'IFoC, contribuendo così a una comprensione più approfondita delle dinamiche evolutive di questa figura professionale.

I risultati ottenuti non solo arricchiranno la comprensione accademica dell'IFoC, ma forniranno anche informazioni pratiche rilevanti. Una valutazione critica e dettagliata del ruolo dell'IFoC in queste Regioni consentirà di identificare *best practices*, evidenziare

eventuali criticità e fornire linee guida per un'implementazione più efficace e adattabile dell'IFoC nell'ambito sanitario italiano. In tal modo, la ricerca contribuirà significativamente allo sviluppo futuro dell'assistenza sanitaria ed infermieristica territoriale nel paese.

4. Metodologia di ricerca

La presente indagine si fonda su una serie di interviste semi-strutturate, condotte da AGENAS e dall'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (ALTEMS), che mirano a fornire una panoramica approfondita sulla pratica dell'IFoC in Italia, con particolare attenzione alle esperienze delle tre specifiche regioni oggetto di studio.

Per garantire il massimo rigore scientifico nella conduzione e nell'analisi delle interviste semi-strutturate, l'intera procedura è stata guidata da principi metodologici consolidati. L'iniziativa di ricerca è stata preceduta da una fase di pianificazione accurata, durante la quale è stata definita una lista di criteri di inclusione per la selezione degli intervistati. Tale processo ha assicurato che gli intervistati fossero figure chiave con competenze e responsabilità significative nell'ambito dell'Infermieristica di Famiglia e di Comunità.

L'intervista, quindi, è stata progettata come di seguito presentato:

- Domanda 1: La prima sezione dell'intervista raccoglie informazioni demografiche e organizzative, quali la regione di appartenenza, la provincia, il comune, il nome e il cognome dell'intervistato, nonché il ruolo professionale, l'ASL di appartenenza e la tipologia aziendale. Ulteriori dettagli comprendono il numero di distretti sanitari, case della salute, presidi ospedalieri, ospedali di comunità, dipendenti e prestazioni aziendali annuali. La sezione si conclude con una domanda mirata a quantificare il numero di IFoC attualmente incaricati e gli standard utilizzati per definirne la distribuzione.
- Domanda 2: La seconda sezione approfondisce le principali attività svolte dall'IFoC nel contesto del proprio incarico. Questa sezione richiede una descrizione dettagliata delle attività quotidiane, tra cui la valutazione dei bisogni di salute, la prevenzione primaria,

secondaria e terziaria, la relazione d'aiuto, l'educazione terapeutica, il monitoraggio dell'aderenza terapeutica e altre procedure infermieristiche. L'obiettivo è ottenere una comprensione approfondita delle responsabilità dell'IFoC nell'ambito della salute della comunità.

- Domanda 3: La terza sezione esplora le interazioni dell'IFoC con altri professionisti, la frequenza di tali interazioni e la natura delle collaborazioni. Si richiede una lista completa dei professionisti con cui l'IFoC interagisce regolarmente, comprendendo medici di medicina generale, fisioterapisti, psicologi, logopedisti, dietisti/nutrizionisti, educatori, terapisti occupazionali, medici specialisti, assistenti sociali e assistenti sanitari.
- Domanda 4: La quarta sezione si concentra sull'autonomia dell'IFoC nell'espletare le sue principali funzioni, analizzando il livello di autonomia rispetto ad altre figure professionali e la dipendenza gerarchica all'interno delle strutture sanitarie.
- Domanda 5: La quinta sezione chiede una valutazione critica sulle principali criticità nell'espletamento del ruolo dell'IFoC, sia in relazione agli obiettivi assegnati sia in considerazione dei bisogni dei pazienti.
- Domanda 6: La sesta sezione esplora i cambiamenti avvenuti nel ruolo dell'IFoC a partire dall'introduzione del d.m. Salute n.77/2022, concentrandosi su come il ruolo si è evoluto rispetto al periodo della pandemia e all'applicazione del decreto ministeriale. Si cerca di ottenere una prospettiva temporale sulla trasformazione della pratica dell'IFoC.

La somministrazione delle interviste è avvenuta tra luglio e settembre 2023 e, come precedentemente sottolineato, è stata effettuata in modalità semi-strutturata, adottando un protocollo standardizzato. Le domande, precedentemente validate da esperti del settore degli enti promotori dello studio, sono state progettate per coprire in maniera esaustiva gli aspetti cruciali dell'IFoC, garantendo al contempo la flessibilità necessaria per esplorare in profondità le risposte degli intervistati. L'utilizzo di strumenti di videoconferenza ha non solo consentito la continuità della ricerca durante il periodo pandemico ma ha anche agevolato la registrazione delle interviste, contribuendo così a minimizzare il rischio di perdita di informazioni o interpretazioni errate. Ciascuna sessione di somministrazione

dell'intervista è durata attorno ai quaranta minuti.

La fase successiva ha visto la trascrizione puntuale di ciascuna intervista, adottando metodologie di trascrizione standard per garantire precisione e coerenza. Il processo di analisi qualitativa è stato condotto seguendo approcci consolidati, come l'analisi del contenuto, al fine di individuare temi ricorrenti, differenze significative e dettagli peculiari emersi dalle risposte degli intervistati, tenuti anonimi nella presentazione dei risultati. La validità e la coerenza delle conclusioni sono state ulteriormente rafforzate mediante la verifica incrociata delle informazioni ottenute da diverse interviste e la consultazione delle seppur scarse fonti di letteratura scientifica pertinenti.

In definitiva, la combinazione di una selezione accurata dei partecipanti, l'adozione di protocolli rigorosi per la somministrazione e la registrazione delle interviste, insieme a un'analisi qualitativa approfondita e la verifica incrociata dei risultati, ha garantito un approccio metodologico solido e affidabile, sottolineando il rigore scientifico della presente indagine sulle dinamiche dell'IFoC.

5. Risultati dettagliati dell'indagine nelle regioni selezionate

La sezione seguente propone una disamina più approfondita dei dati emersi attraverso gli studi di caso condotti nelle regioni italiane focali: Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana. Attraverso l'analisi delle informazioni derivanti dalle interviste semi-strutturate, ci proponiamo di delineare un quadro più ricco e complesso dello stato attuale dell'IFoC in queste specifiche realtà regionali.

5.1 Regione Toscana: impegno istituzionale e ampie competenze professionali

Nel corso dell'intervista condotta con un eminente rappresentante di un'azienda sanitaria toscana, si è potuta acquisire una visione approfondita dell'organizzazione sanitaria in loco.

L'IFoC è emerso come protagonista chiave, con oltre la metà dei dipendenti dell'azienda dedicati al Dipartimento infermieristico ostetrico. Questo impegno significativo è riflesso nella presenza predominante di infermieri specializzati nell'assistenza territoriale, il cui ruolo assume un'importanza cruciale nel contesto delle cure primarie, contribuendo in modo sostanziale alla promozione della salute della popolazione.

L'azienda ha adottato uno standard di 1 IFoC ogni 3500 residenti, con l'aspirazione di ridurre ulteriormente questa proporzione a 1 ogni 3000, in conformità con il d.m. Salute n.77/2022. Le responsabilità degli IFoC nella regione sono estremamente variegate, adattandosi alle esigenze specifiche dei pazienti. Questi professionisti giocano un ruolo cruciale nella valutazione dei bisogni di salute, nella prevenzione (primaria, secondaria e terziaria), nell'educazione terapeutica e nella formazione dei caregiver.

La stretta collaborazione con specialisti medici, soprattutto geriatri, costituisce un elemento chiave nell'affrontare la gestione dei pazienti complessi. La sinergia con consulenti specialisti infermieri è imperativa per garantire un'assistenza completa e integrata, allo stesso tempo riducendo la pressione sugli ospedali. L'implementazione di esperienze innovative, come il Gruppo Intervento Rapido Ospedale Territorio (GIROT) e l'assistenza diretta degli IFoC nelle residenze sanitarie assistite (RSA), denota un orientamento deciso verso percorsi di cura efficienti e centrati sul paziente.

L'intervista ha altresì evidenziato la necessità di potenziare i sistemi informativi e informatici per sostenere gli specialisti, con un'attenzione particolare all'implementazione di sistemi unificati e di cartelle informatizzate multiprofessionali al fine di favorire la teleassistenza e la telemedicina.

5.2 Regione Piemonte: formazione accademica e sfide operative dell'IFoC

L'intervista con un manager chiave della Regione Piemonte ha offerto approfondite riflessioni sull'attuale applicazione dell'IFoC.

Un aspetto saliente riguarda la definizione degli standard di personale IFoC nelle diverse

aziende sanitarie. In Piemonte non esiste un uniforme standard regionale, ma si mira a raggiungere la quota stabilita dal d.m., che prevede un IFoC ogni 3000 abitanti. La carenza di risorse infermieristiche e la mancanza di adeguate strutture, come le case della comunità, rendono complessa l'integrazione degli IFoC, generando difficoltà nell'assegnazione del personale tra diverse realtà territoriali, anche all'interno dello stesso territorio.

L'intervistato riporta come i dati aggregati a marzo 2023 indichino che tutte le aziende sanitarie della Regione Piemonte abbiano formato e assegnato specifici incarichi a 232 professionisti IFoC. Nel corso dell'anno in corso, nuovi professionisti hanno completato la formazione attraverso un corso regionale di circa tre mesi, caratterizzato dalla partecipazione di docenti universitari e attori del servizio sanitario regionale, e con tirocinio preferibilmente presso l'azienda di provenienza.

Una peculiarità della sperimentazione piemontese è la stretta collaborazione tra università e aziende sanitarie per la realizzazione di piani formativi e master universitari ad hoc. Emergono iniziative come la seconda edizione del corso regionale, progettata per preparare in modo più mirato i professionisti per il master IFoC. Questo accordo prevede il riconoscimento di un terzo dei crediti formativi universitari richiesti per il master, oltre a una riduzione economica di un terzo della quota di partecipazione.

Per quanto riguarda l'adeguatezza della formazione degli IFoC, come riportato dall'intervistato, un'indagine dell'Università di Torino ha rivelato che la maggior parte dei partecipanti alla prima edizione del corso regionale l'ha valutata come "completa". Tuttavia, sia la Regione che il comitato scientifico sottolineano la necessità di comunicare costantemente l'importanza della formazione continua ai partecipanti, poiché il corso regionale, pur progettato con gli standard richiesti, non copre tutte le competenze necessarie per il ruolo IFoC.

Le attività principali dell'IFoC nel Piemonte si concentrano sulla valutazione dei bisogni di salute, la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, e l'educazione terapeutica. Alcuni IFoC offrono formazione ai caregiver, operano in ambulatori di libero accesso e partecipano attivamente nei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA). L'interazione con altri professionisti, soprattutto medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali,

definisce il ruolo dell'IFoC come un *care manager* (Taylor *et al.*, 2013), facilitando l'accesso alle risorse sanitarie e fungendo da punto di riferimento.

Tuttavia, emergono criticità legate alla scarsa conoscenza dell'IFoC, sia tra la popolazione generale che tra gli altri operatori sanitari, generando aspettative distorte e occasionali sovrapposizioni con figure sanitarie dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Una risposta a questa sfida è identificata nella necessità di un forte sostegno comunicativo a livello nazionale per aumentare la consapevolezza pubblica sulla figura dell'IFoC.

5.3 Regione Emilia-Romagna: sfide e prospettive dell'IFoC nell'Assistenza Domiciliare Integrata

Le riflessioni espresse da figure apicali nell'organizzazione sanitaria della Regione Emilia-Romagna forniscono un quadro approfondito sull'attuazione dell'IFoC nella Regione, come introdotto dal d.m. Salute n. 77/2022.

L'Emilia-Romagna, con notevoli esperienze pregresse nel campo dell'infermieristica di famiglia, costituisce una solida base su cui il d.m. può costruire, estendendo ulteriormente il ruolo degli infermieri all'interno delle comunità locali. Tuttavia, emergono sfide critiche che richiedono attenzione. La discussione sottolinea l'importanza di riconoscere le esigenze specifiche e le risorse già allocate nell'assistenza domiciliare, evitando duplicazioni di competenze e garantendo una distribuzione equa delle risorse.

Un aspetto cruciale riguarda la definizione degli standard di assistenza domiciliare per gli anziani, superando l'approccio tradizionale basato sulle prestazioni e abbracciando una visione multidimensionale e integrata. Il coordinamento a livello nazionale è fondamentale per affrontare sinergicamente queste sfide, in particolare per comprendere come l'IFoC possa interagire con l'assistenza domiciliare infermieristica e la gestione dei pazienti cronici, ambiti in cui l'Emilia-Romagna ha già compiuto progressi significativi.

La formazione dell'IFoC nella Regione presenta una varietà di programmi universitari,

ma è essenziale sviluppare percorsi formativi armonizzati che enfatizzino l'integrazione sociosanitaria e la presa in carico multidimensionale. Questo approccio consentirà agli infermieri di acquisire le competenze necessarie per svolgere in modo efficace il loro ruolo nell'assistenza domiciliare integrata.

Le sfide e le opportunità discusse evidenziano la necessità di un approccio flessibile e coordinato, mirato a garantire un'elevata qualità dell'assistenza sanitaria, conforme agli obiettivi delineati nel d.m. La gestione efficace di queste sfide viene sottolineata come una componente cruciale per il futuro del sistema sanitario italiano.

5.4 Confronto tra le regioni: similarità e differenze nell'implementazione dell'IFoC

Analizzando le testimonianze fornite dai rappresentanti delle Regioni Toscana, Piemonte ed Emilia-Romagna, emergono similitudini e differenze chiave nell'attuazione dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) nel contesto italiano.

In tutte le regioni analizzate, l'importanza assegnata all'IFoC come figura cruciale nel sistema sanitario è evidente. L'obiettivo comune di garantire un approccio olistico alla cura dei pazienti, come sancito dal d.m. Salute n. 77/2022, si riflette nelle strategie adottate per implementare questa figura professionale.

Tuttavia, le differenze regionali emergono chiaramente. Nella Regione Toscana si sottolinea un impegno considerevole nel rafforzare la categoria professionale degli IFoC, con una specifica attenzione alla densità di personale in relazione alla popolazione residente. La collaborazione stretta con specialisti medici e le sperimentazioni innovative, come il GIROT, evidenziano un approccio dinamico alla salute della comunità.

In Piemonte, la mancanza di uno standard uniforme su base regionale per il personale IFoC genera sfide nell'inserimento di questi professionisti, evidenziando la necessità di risorse e strutture adeguate. La collaborazione intensa tra università e aziende sanitarie locali nella definizione di percorsi formativi specifici per gli IFoC rappresenta un'innovazione che mira a colmare le lacune formative.

In Emilia-Romagna, l'esperienza pregressa nell'infermieristica di famiglia fornisce una solida base per l'implementazione dell'IFoC. Tuttavia, la necessità di gestire attentamente l'interazione con le figure già presenti nell'assistenza domiciliare e la definizione di standard integrati per l'assistenza agli anziani rappresentano sfide uniche che richiedono coordinamento a livello nazionale.

In sintesi, mentre l'obiettivo generale di potenziare il ruolo dell'IFoC è condiviso, le differenze regionali rispecchiano le specificità organizzative e le risorse disponibili, sottolineando l'importanza di strategie flessibili e adattabili per implementare con successo questa innovativa figura professionale nell'intero sistema sanitario italiano.

6. Discussione

Procederemo quindi all'esame critico dei dati e delle testimonianze derivanti dai casi studio condotti nelle Regioni Piemonte, Toscana ed Emilia-Romagna concernenti l'implementazione dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC). Tale scrutinio si rivela di fondamentale importanza per delineare un quadro esaustivo e informato circa lo stato attuale dell'IFoC in queste Regioni specifiche, per intercettare trend e spunti salienti per lo sviluppo futuro della figura in oggetto.

L'analisi condotta si baserà su un modello SWOT sistematico, al fine di identificare e valutare in modo rigoroso le principali *Forze*, *Debolezze*, *Opportunità* e *Minacce* associate all'introduzione e all'operato dell'IFoC. Confluendo sinotticamente nella Fig.1, tale approccio analitico consentirà di affrontare in maniera strutturata e con spirito manageriale le implicazioni emerse dall'implementazione dell'IFoC, consentendo di cogliere i punti di forza su cui fare leva, nonché di individuare le criticità e le opportunità da considerare nel percorso di sviluppo futuro di questa figura professionale.

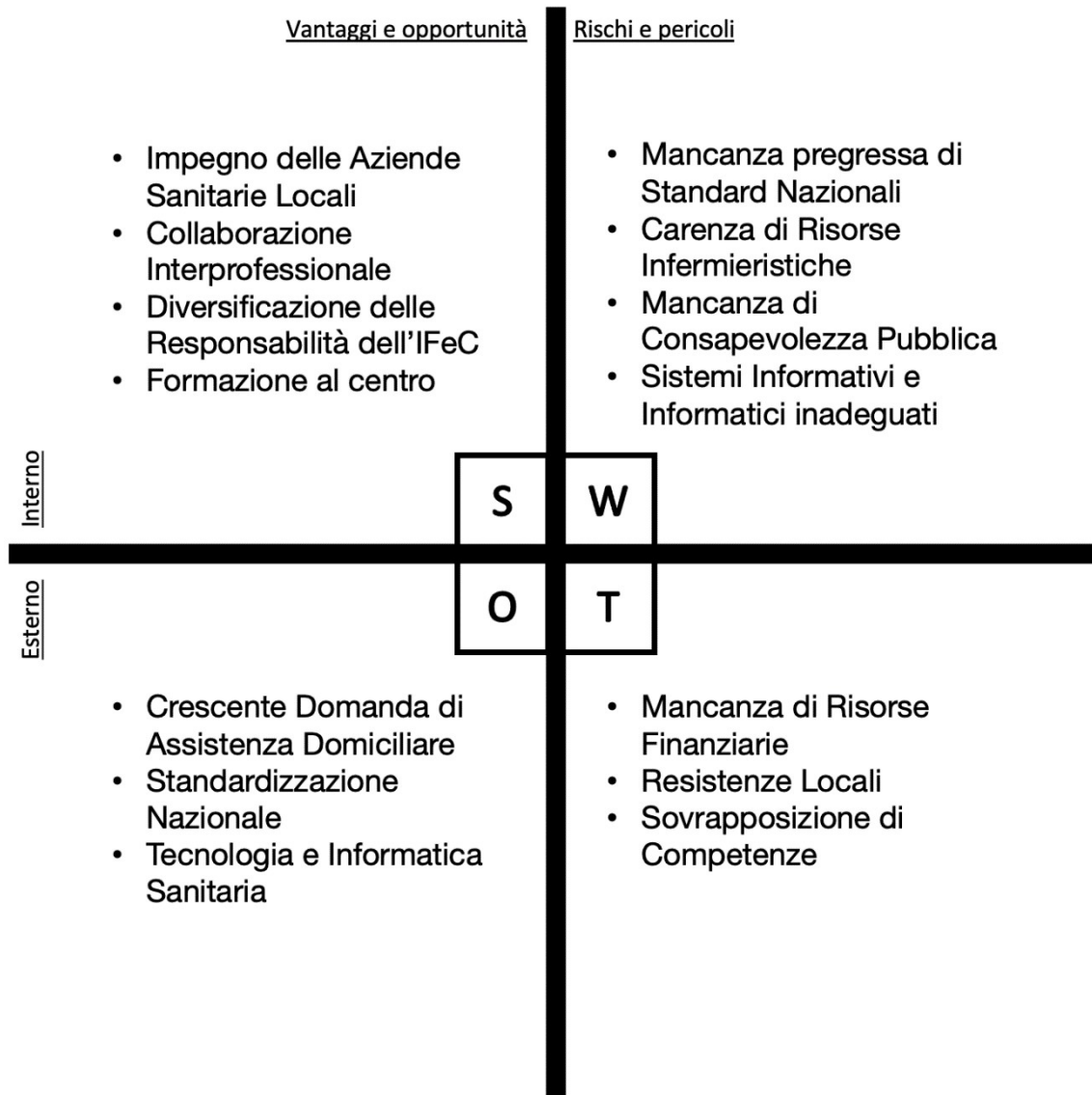


Fig.1 – Matrice SWOT

Forze:

- Impegno delle Aziende Sanitarie Locali: in tutte e tre le regioni si osserva un notevole impegno da parte delle ASL nell'implementare la figura dell'IFoC, con un chiaro focus sulla promozione della salute, la prevenzione e il benessere della popolazione.
- Collaborazione interprofessionale: l'IFoC collabora attivamente con altri professionisti della salute, inclusi medici di medicina generale e specialisti, per

garantire un'assistenza completa e integrata. Questa sinergia tra professionisti contribuisce a migliorare l'efficacia dei percorsi di cura.

- Diversificazione delle responsabilità dell'IFoC: le responsabilità dell'IFoC sono estremamente diverse e flessibili, adattandosi alle esigenze specifiche dei pazienti. Questi professionisti svolgono un ruolo chiave nella valutazione dei bisogni di salute, nella prevenzione, nell'educazione terapeutica e nel monitoraggio dell'aderenza terapeutica.
- Formazione al centro: in tutte e tre le regioni vi è un impegno tangibile nella formazione degli IFoC attraverso corsi regionali e collaborazioni con le università. Questo contribuisce a garantire che i professionisti siano adeguatamente preparati per svolgere le loro complesse attività.

Debolezze:

- Mancanza pregressa di standard nazionali: l'assenza di standard uniformi a livello nazionale per il personale IFoC crea disomogeneità nell'implementazione tra le diverse regioni, minando la coerenza dell'assistenza fornita.
- Carenza di risorse infermieristiche: la carenza generale di personale infermieristico limita la piena implementazione degli IFoC e ostacola il raggiungimento degli standard raccomandati.
- Mancanza di consapevolezza pubblica: la mancanza di conoscenza dell'IFoC tra la popolazione generale e tra gli altri operatori sanitari può portare a fraintendimenti e sovrapposizioni inefficienti con altre figure professionali.
- Sistemi informativi e informatici inadeguati: la necessità di migliorare i sistemi informativi e informatici rappresenta una sfida importante e cruciale per supportare gli specialisti e la condivisione dei dati tra di essi.

Opportunità:

- Crescente domanda di presa in carico territoriale: l'assistenza di prossimità sta diventando sempre più importante, specialmente per la gestione dei pazienti anziani e cronici. Alla luce di quanto finora discusso, gli IFoC appaiono ben posizionati per svolgere un ruolo chiave in questo contesto.

- Standardizzazione nazionale: l'opportunità di sviluppare standard nazionali per il personale IFoC potrebbe migliorare la coerenza nell'implementazione e garantire la qualità dell'assistenza in tutto il paese.
- Tecnologia e informatica sanitaria: l'implementazione di sistemi informatici unificati e la telemedicina possono migliorare la comunicazione tra i professionisti della salute e supportare l'assistenza a distanza.

Minacce:

- Mancanza di risorse finanziarie: la riduzione delle risorse finanziarie può influire sulla capacità di formare e assegnare IFoC in numero sufficiente per raggiungere gli standard raccomandati e garantire un'assistenza di qualità.
- Resistenze locali: le resistenze delle aziende sanitarie locali a spostare il personale tra diverse realtà territoriali possono ostacolare la mobilità degli IFoC e la loro assegnazione in base al fabbisogno.
- Sovrapposizione di competenze: la sovrapposizione di competenze con altre figure sanitarie può creare tensioni e confusione nei ruoli, richiedendo una definizione chiara delle competenze dell'IFoC.

In definitiva, l'implementazione dell'IFoC offre notevoli opportunità per migliorare l'assistenza sanitaria, con un'enfasi particolare sull'assistenza territoriale e un modello di prevenzione proattiva. Tuttavia, la mancanza di standard nazionali pregressi e la carenza di risorse rappresentano sfide importanti da affrontare. La promozione della collaborazione interregionale e l'adozione delle tecnologie sanitarie emergono come strategie chiave per mitigare tali sfide e favorire una maggiore valorizzazione del ruolo dell'IFoC nell'ambito dell'assistenza sanitaria in Italia.

7. Conclusioni e implicazioni manageriali

Il presente studio si inserisce nel contesto della letteratura sulla gestione sanitaria, concentrandosi sulla progettazione e l'attuazione di nuove figure professionali nell'ambito

infermieristico. L'originalità di questo lavoro risiede nella sua analisi approfondita dell'IFoC in tre diverse Regioni italiane, offrendo un quadro dettagliato delle strategie adottate, delle sfide affrontate e delle opportunità create. In particolare, la comparazione tra Toscana, Piemonte ed Emilia-Romagna fornisce un'ampia prospettiva sia sulle dinamiche territoriali e sui tentativi di risposta alle sfide nazionali, arricchendo il dibattito accademico sulla gestione dell'innovazione nel settore sanitario.

L'originalità di questo lavoro emerge anche dall'analisi delle iniziative di formazione e collaborazione tra università e aziende sanitarie locali, evidenziando un approccio sinergico alla preparazione degli IFoC. Questo contributo specifico può informare futuri sviluppi in termini di partnership accademiche nell'ambito della formazione infermieristica specializzata.

Tuttavia, è importante riconoscere i limiti di questa ricerca. La natura limitata delle interviste e la focalizzazione su tre regioni potrebbero non riflettere completamente la complessità del contesto nazionale. Inoltre, l'evoluzione dinamica del sistema sanitario potrebbe rendere necessario un monitoraggio continuo delle dinamiche esplorate.

Per i futuri sviluppi della ricerca, si suggerisce di esplorare ulteriormente l'impatto dell'IFoC sulla qualità dell'assistenza sanitaria, coinvolgendo un campione più ampio di regioni e integrando dati quantitativi. Inoltre, l'analisi delle prospettive degli utenti finali e la valutazione dell'efficacia a lungo termine dell'IFoC potrebbero arricchire ulteriormente la comprensione di come questa figura professionale contribuisca all'evoluzione del sistema sanitario italiano.

In conclusione, appare opportuno evidenziare come l'implementazione dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) in Italia rappresenti un passo significativo verso un approccio più olistico e integrato dell'assistenza sanitaria, con un'enfasi sulla stratificazione dei bisogni di salute e sociali, individuazione precoce degli stessi in un'ottica di presa in carico proattiva e di prossimità. Tuttavia, affrontare le sfide chiave, tra cui l'applicazione di standard nazionali e la pianificazione adeguata delle risorse umane (Gabutti, 2022), richiede un impegno continuo.

Innanzitutto, la carenza di personale infermieristico rappresenta una sfida significativa

per il SSN. La formazione e l'allocazione di un numero sufficiente di IFoC nei territori, assumono caratteristiche di complessità, soprattutto considerando la crescente domanda di assistenza domiciliare e la necessità di affrontare le esigenze dei pazienti anziani e cronici. È essenziale porre l'attenzione alla corretta pianificazione dei fabbisogni del personale nel settore sanitario, con particolare attenzione alle nuove figure professionali emergenti, come l'IFoC.

Inoltre, la standardizzazione delle competenze e della formazione dell'IFoC a livello nazionale è fondamentale come è stato evidenziato nelle linee di indirizzo nazionale pubblicate da AGENAS il 20 settembre 2023 al fine di garantire un'assistenza di alta qualità.

Per massimizzare il contributo di questa figura nel sistema sanitario, questa deve essere posta al centro delle strategie delle aziende sanitarie. La sua importanza nel contesto di un'assistenza di prossimità di alta qualità è evidente, e ciò richiede un'attenzione speciale nella gestione di queste peculiari risorse e nella pianificazione dei servizi. Per sostenere con successo l'implementazione della figura, è infine necessario un massiccio sforzo di informazione, formazione e potenziamento professionale rivolto sia ai professionisti coinvolti nell'assistenza sanitaria che alla popolazione di riferimento. La creazione di un registro di competenze e di un albo professionale per l'IFoC dovrebbe essere basata su una visione globale e collaborativa orientata a promuovere una sanità di prossimità di alta qualità che, come ampiamente sottolineato, risponda alle esigenze attuali e future della società.

In sintesi, pianificare correttamente l'offerta di salute, superare l'attuale carenza di personale, standardizzare le competenze e promuovere l'importanza dell'IFoC nelle Aziende sanitarie richiede un impegno concertato a livello di governance e professionale. Solo attraverso un approccio opportunamente pianificato, integrato e coordinato sarà possibile realizzare pienamente il potenziale di questa figura chiave nell'evoluzione del sistema sanitario italiano.

Bibliografia

- AGENAS (2023). *Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità*. Roma: AGENAS. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.agenas.gov.it/images/2023/primopiano/infermieri/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_IFoC_-_def.pdf (03/06/2024).
- Åstedt-Kurki P. (2010). Family nursing research for practice: The Finnish perspective. *Journal of Family Nursing*, 16, 3: 256. DOI: 10.1177/1074840710377204.
- Barr V.J., Robinson S., Marin-Link B., Underhill L., Dotts A., Ravensdale D., Salivaras S. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*, 7, 1: 73. DOI: 10.12927/hcq.2003.16763.
- Camedda C., Scalorbi S., Longobucco Y. (2021). The Family and Community Nurse Core Competencies: Integrating European Standards into the Italian Context. *Acta Biomedica*, 92, 2: 2. DOI: 10.23750/abm.v92iS2.11898.
- Casey M., O'Connor L., Rohde D., Twomey L., Cullen W., Carroll Á. (2022). Role dimensions of practice nurses and interest in introducing advanced nurse practitioners in general practice in Ireland. *Health Science Reports*, 5, 2: e555. DOI: 10.1002/hsr2.555.
- Chiari P. (2011). *L'infermiere case manager dalla teoria alla prassi*. Milano: McGraw-Hill.
- FNOPI (2020). *Position Statement. L'Infermiere di famiglia e di comunità*. Revisione luglio 2020. Roma: FNOPI. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position-Statement-FNOP-I-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunit%C3%A0.pdf> (03/06/2024).
- Taylor E.F., Machta R.M., Meyers D.S., Genevro J., Peikes D.N. (2013). Enhancing the Primary Care Team to Provide Redesigned Care: The Roles of Practice Facilitators and Care Managers. *The Annals of Family Medicine*, 11, 1: 80. DOI: 10.1370/afm.1462.
- Gabutti I. (2022). Designing the role of middle managers: An empirical perspective in the hospital sector. *International Journal of Healthcare Management*, 16, 4: 524. DOI: 10.1080/20479700.2022.2125021.
- Martini L., Adesso D., Di Falco A., Costa C., Mantoan D. (2021). Gli infermieri di

famiglia in Italia: indagine esplorativa. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 40, 3: 137. DOI: 10.1702/3694.36822.

Maier C., Aiken L., Busse R. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation*. OECD Health Working Papers, n. 98. Parigi: OECD. DOI: 10.1787/a8756593-en.

Obbia P., Menarello G., Maddalena C. (2014). L'infermiere di Famiglia e di Comunità: una proposta per lo sviluppo delle cure primarie. *Tempo Di Nursing*, 66: 16. Testo disponibile all'indirizzo web: https://brescia.ipasvibs.it/images/Tempo_di_Nursing_/2014/66/ipasvi_66-2014_a_colori_completo.pdf (15/06/2024).

Philibin C.A.N., Griffiths C., Byrne G., Horan P., Brady A., Begley C. (2010). The role of the public health nurse in a changing society. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 4: 743. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05226.x.

Regione Emilia-Romagna (2002). *Piano Sanitario Regionale 1999/2001*. Deliberazione della Giunta Regionale 22 luglio 2002, n. 1267. Testo disponibile all'indirizzo web: https://bur.regione.emilia-romagna.it/archivio/inserzione?anno=2002&prog_documento=1&num_boll=119 (03/06/2024).

Governo italiano (2021). *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf> (03/06/2024).

Sasso L., Bagnasco A., Aleo G., Zanini M., Catania G., Pozzi F., Rodrigues C., Alvino S., Musian D., Roba I., Turunen H., Popa A., Vicente M., Papathanasiou I.V., Fradelos E.C., Kastanidou S., Kleisiaris C., Evangelidou E.S., Daglas A., Stavropoulos K. (2018). *Report on the Definition of a Professional Profile for the Family and Community Nurse (FCN)*. ENhANCE Project Deliverable D2.2. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.researchgate.net/profile/Ioanna-Papathanasiou-2/publication/328876225_Report_on_the_Definition_of_a_Professional_Profile_for_the_Family_and_Community_Nurse_FCN/links/5be8999a4585150b2bb03d11/Report-on-the-Definition-of-a-Professional-Profile-for-the-Family-and-Community-Nurse-FCN.pdf (03/06/2024).

Saveman B.-I. (2010). Family nursing research for practice: The Swedish perspective. *Journal of Family Nursing*, 16, 1: 26. DOI: 10.1177/1074840709360314.

- WHO (1998). *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272657/9789289013499-eng.pdf> (15/06/2024).
- Zabalegui A., Cabrera E. (2009). New nursing education structure in Spain. *Nurse Education Today*, 29, 5: 500. DOI: 10.1016/j.nedt.2008.11.008.