



Dipartimento di Medicina Traslazionale
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE
Presidente: Prof. Fabrizio Faggiano

TESI DI LAUREA

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA' IN ITALIA: UNO STUDIO
QUALITATIVO
(QUAL-I-FeC)


THE FAMILY AND COMMUNITY NURSE IN ITALY: A QUALITATIVE STUDY
(QUAL- FNC)

Relatore:

Prof. Alberto Dal Molin

Alberto Dal Molin

Primo correlatore:


Dott.ssa Angela Durante

Secondo correlatore:

Dott.ssa Isabella Santomauro

Candidato:

Dott.ssa Beatrice Varisco

Matr. 20032150

Anno accademico 2022-2023

“io sì, che avrò cura di te”

F. Battiato

INDICE

Riassunto	1
Abstract	2
1. INTRODUZIONE	4
2. MATERIALI E METODI	10
2.1 Obiettivo	10
2.2 Disegno dello studio	10
2.3 Criteri di inclusione ed esclusione	11
2.4 Raccolta dei dati	11
2.5 Analisi dei dati	11
2.6 Codifica dei dati	12
2.7 Considerazioni etiche	14
2.8 Criteri di validità della ricerca qualitativa	15

3. RISULTATI	17
4. DISCUSSIONE	32
5. CONCLUSIONI	39
Bibliografia	41
Allegati	48
1. Tabella quotations	
Ringraziamenti	62

Riassunto

Introduzione

L'aumento di anziani soli o con patologie croniche in Italia richiede un potenziamento dell'assistenza territoriale, ruolo che l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) può efficacemente svolgere, promuovendo la salute, l'educazione, l'empowerment e il welfare comunitario.

Obiettivo

Esplorare il ruolo dell'IFeC delineando competenze, aspetti distintivi, barriere e facilitatori dell'implementazione, tramite la narrazione di tali professionisti.

Materiali e metodi

Adottando un approccio qualitativo descrittivo la ricerca è stata realizzata tramite interviste semi-strutturate. Sono stati adottati il metodo di Mayring per l'analisi e il metodo di Saldaña per la codifica e la categorizzazione. Lo studio garantisce l'anonimato, l'eticità e la validità interna attraverso triangolazione e bracketing.

Risultati

L'indagine ha coinvolto ventitré IFeC prevalentemente donne con un'età media di 47 anni e 24 anni di esperienza lavorativa nel nord Italia. La maggior parte di essi ha conseguito un master universitario in infermieristica di famiglia e comunità (78%). L'analisi ha evidenziato l'importanza della prevenzione, promozione della salute, e educazione sanitaria come aree chiave di intervento, riflettendo l'approccio proattivo e autonomo degli IFeC. Nonostante la resistenza iniziale e la carenza di professionisti, sono stati identificati facilitatori quali collaborazione interprofessionale e supporto organizzativo, che contribuiscono positivamente all'implementazione del ruolo degli IFeC. Le competenze relazionali, comunicative, e cliniche avanzate sono state sottolineate come essenziali per soddisfare le esigenze della comunità. L'indagine sottolinea l'importanza di un approccio assistenziale olistico per affrontare le sfide sociodemografiche attuali, promuovendo un futuro resiliente per l'assistenza sanitaria.

Discussione e conclusione

I risultati dello studio evidenziano, discrepanze nell'autonomia, particolarmente nella prescrizione, rispetto ai modelli esteri, anticipando una futura evoluzione verso più autonomia e riconoscimento. Nonostante le sfide, come le resistenze professionali e la carenza di personale, le prospettive per l'implementazione degli IFeC nel sistema sanitario sono positive. Lo studio evidenzia l'importanza di valorizzare e integrare gli IFeC attraverso una formazione avanzata e la collaborazione interprofessionale, puntando verso un'assistenza sanitaria più inclusiva, equa e centrata sul paziente a livello nazionale e internazionale. La ricerca futura si concentrerà sull'analisi dell'impatto e il potenziamento del ruolo degli IFeC, delineando un percorso promettente per il miglioramento del benessere comunitario e la resilienza del sistema sanitario.

Abstract

Introduction

The increase in elderly individuals living alone or with chronic diseases in Italy necessitates the strengthening of community-based care, a role that Family and Community Nurses (FCNs) can effectively fulfill by promoting health, education, empowerment, and community welfare.

Objective

To explore the role of FCNs by outlining skills, distinctive aspects, barriers, and facilitators of implementation, through the narration of professionals.

Materials and Methods

Employing a descriptive qualitative approach, the research was conducted through semi-structured interviews. Mayring's method for analysis and Saldaña's method for coding and categorization were adopted. The study ensures anonymity, ethics, and deep understanding through triangulation and bracketing.

Results

The survey involved twenty-three FCNs, predominantly women, with an average age of 47 years and 24 years of professional experience. Most have earned a university master's degree in family and community nursing (78%). The analysis highlighted the importance of prevention, health promotion, and health education as key areas of intervention, reflecting the proactive and autonomous approach of FCNs. Despite initial resistance and a shortage of professionals, facilitators such as interdisciplinary collaboration and organizational support were identified, positively contributing to the implementation of the FCN role. Relational, communicative, and advanced clinical skills were emphasized as essential to meet community needs. The investigation underscores the importance of a holistic care approach in addressing current socio-demographic challenges, promoting a resilient future for healthcare.

Discussion and Conclusion

Our results highlights discrepancies in autonomy, particularly in prescribing, compared to foreign models, anticipating a future evolution towards more autonomy and recognition. Despite challenges, such as professional resistance and staff shortages, the prospects for the implementation of FNCs in the healthcare system are positive. The study underscores the importance of valuing and integrating FNCs through advanced training and interprofessional collaboration, aiming for a more inclusive, equitable, and patient-centered healthcare at both national and international levels. Future research will focus on analyzing the impact and enhancing the role of FNCs, outlining a promising path for the improvement of community well-being and the resilience of the healthcare system.

1. INTRODUZIONE

Questo capitolo introduttivo mira ad approfondire il ruolo cruciale dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) nel contesto sociale e sanitario italiano. Sebbene esista una vasta letteratura sull'argomento, questa tende ad essere frammentata e manca di una prospettiva olistica, una lacuna particolarmente critica in un'Italia caratterizzata da rapidi cambiamenti economici, culturali, sociali e demografici. Questi ultimi, insieme all'aumento delle patologie croniche e all'invecchiamento della popolazione, stanno mettendo a dura prova i sistemi sanitari globali, evidenziando l'importanza di promuovere stili di vita salutari e di migliorare la diagnosi precoce e l'intervento tempestivo nelle malattie croniche (Dellafiore et al., 2022).

Negli anni, l'Italia ha affrontato sfide sociodemografiche che hanno messo in luce la necessità di formare e aggiornare i modelli di welfare, spingendo verso un'integrazione tra aspetti sanitari, economici e sociali (AGENAS, 2023). Questa necessità è emersa in risposta all'aumento dell'età media e alla diminuzione della natalità, contribuendo a un notevole squilibrio demografico. Previsioni indicano che entro il 2050, la popolazione oltre i 65 anni rappresenterà il 34,5% del totale, (ISTAT, 2023a), mentre il tasso di natalità ha visto una diminuzione del 31,8% rispetto al 2008 (ISTAT, 2023b). Questi cambiamenti hanno avuto un impatto significativo sulla struttura delle famiglie italiane, portando a un aumento delle famiglie monogenitoriali e delle persone che vivono da sole, il 60% delle quali potrebbe superare i 65 anni nei prossimi vent'anni (ISTAT, 2023a). Questo cambiamento demografico impatta sul sistema di protezione sociale italiano, tradizionalmente incentrato sul concetto di "familism by default," dove la famiglia è vista come la principale responsabile della cura dei pazienti (Vicarelli et al., 2009). La crescente pressione sulle famiglie per fornire assistenza, unita alla scarsità di alternative, ha portato a un maggiore ricorso ai caregiver informali, spesso donne immigrate dall'Europa orientale. Gli operatori dell'assistenza domiciliare giocano un ruolo fondamentale nell'offrire assistenza personale e nel gestire attività per cui l'assistito ha perso autonomia. Sono anche coinvolti in compiti di natura medica, come la gestione e la somministrazione di terapie e il fornire sostegno quotidiano, nonostante non abbiano qualifiche professionali o formazione formale specifica (Simeone et al.,

2022). Parallelamente, l'aumento delle patologie croniche ha evidenziato la necessità di orientare il modello assistenziale verso l'offerta territoriale, mettendo l'assistenza sanitaria al centro della prevenzione e della personalizzazione delle cure. La pandemia da SARS-COV-2 ha evidenziato ulteriori gravi carenze nell'offerta di servizi sanitari, specialmente per i pazienti cronici. Nonostante gli anziani e le persone malate mostrassero un rischio più elevato di gravi conseguenze da COVID-19, i servizi per le persone con malattie croniche hanno subito una drastica riduzione e talvolta una completa interruzione. Strategie di successo sono state identificate per la gestione delle malattie croniche, compreso il potenziamento dell'assistenza sanitaria primaria e la ri-orientazione dei sistemi sanitari, riducendo l'accentramento ospedaliero e la frammentazione dei servizi della sanità pubblica (Gasperini et al., 2023). In questo contesto, gli IFeC svolgono un ruolo centrale, rivitalizzando l'assistenza primaria e diventando sempre più leader in tali servizi (Gasperini et al., 2023). Essi emergono come pilastro fondamentale per garantire un soccorso integrato e personalizzato, rispondendo strategicamente alla crescente domanda di bisogni sociosanitari e all'esigenza di un sistema più resiliente (AGENAS, 2023).

L'evoluzione dell'IFeC in Italia ha radici storiche che risalgono alle scuole delle assistenti sanitarie visitatrici nel 1924, evolvendosi attraverso l'Accordo di Strasburgo del 1967 e il Decreto Legislativo (D. Lgs.) 205/92, fino al 2012 con il Decreto Legge (D. L.) 158 (Legge Balduzzi), che sottolinea la necessità di assistenza sanitaria territoriale. Successivamente il ruolo dell'IFeC si concretizza con il coinvolgimento ufficiale tramite il D. L. 34/2020 (Decreto di Rilancio), confermando il suo ruolo nel coordinare l'assistenza territoriale ai soggetti affetti da COVID-19. Infine, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2021) evidenzia l'importanza dell'integrazione dei servizi sociosanitari e della telemedicina (Camedda et al., 2021). Il PNRR pone l'accento sull'implementazione dell'assistenza territoriale, promuovendo lo sviluppo di strutture e presidi territoriali, e rafforzando l'integrazione dei servizi sociosanitari (AGENAS, 2023). In questo contesto storico e normativo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto l'importanza dell'infermiere di famiglia fin dal 1998, quando il suo ufficio Regionale per l'Europa ha sviluppato il documento "HEALTH21" promuovendo percorsi formativi in linea con gli obiettivi

di salute pubblica e consolidando il ruolo degli infermieri nell'assistenza primaria e nella sanità pubblica, rafforzando la posizione dell'IFeC come riferimento essenziale per i bisogni sanitari a livello locale (Conti, 2021). La professione dell'IFeC ha subito una trasformazione notevole negli ultimi venticinque anni, evolvendosi ben oltre il ruolo di semplice assistenza domiciliare. L'OMS (2000) ha definito questa figura come un professionista che assiste individui e famiglie nell'adattarsi a malattie croniche o periodi di stress, operando prevalentemente a domicilio. Secondo l'Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFeC) (2018) e le linee guida del 2020 della Conferenza delle Regioni e Province Autonome, l'IFeC è *“un professionista con titolo universitario post base, specializzato nella promozione della salute e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali e comunitari”* (Conferenza delle Regioni e Province, 2020). Il Decreto Ministeriale (D. M.) 77/2022 definisce normativamente il ruolo degli IFeC, fissando un rapporto di 1 infermiere ogni 3000 abitanti e incentivando un'assistenza infermieristica territoriale che collabora con diversi professionisti sanitari (Gazzetta Ufficiale, 2022). Diversamente dall'approccio tradizionalmente prestazionale, l'IFeC adotta una prospettiva proattiva, concentrata sulla prevenzione e sullo sviluppo delle competenze individuali e comunitarie tramite l'empowerment, in linea con la visione dell'OMS che persegue la promozione della salute come mezzo per consentire alle persone di esercitare un maggiore controllo sul proprio benessere e ridurre le disuguaglianze sociali (AIFeC, 2018).

L'autonomia professionale dell'IFeC, enfatizzata dal Position Statement della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), ne sancisce il ruolo non solo di erogatore di cure, ma anche di attivatore dei potenziali di cura presenti nella comunità (FNOPI, 2020a). Questi professionisti della salute hanno la capacità e l'autorizzazione a iniziare interventi infermieristici basati sulle loro valutazioni cliniche e sulle necessità individuate direttamente nella popolazione assistita. La loro pratica non è limitata o condizionata dalla necessità di ricevere una prescrizione medica preliminare; piuttosto, si basa su un modello di assistenza sanitaria preventiva, mirata e personalizzata, che valorizza l'autonomia professionale e la capacità di rispondere tempestivamente ed efficacemente alle esigenze di salute del singolo e della collettività (Smith et al., 2021). Essi si integrano in una rete di

protezione sanitaria e sociale, mobilitando risorse di pazienti, caregiver e comunità per un'assistenza primaria più vicina all'ambiente quotidiano delle persone (AGENAS, 2023). La loro azione si estende dalla visita domiciliare alla gestione delle malattie croniche, favorendo la continuità delle cure e il self-care del paziente; dal riconoscimento dei bisogni inespresi dell'individuo e della famiglia all'educazione sanitaria e prevenzione primaria, secondaria e terziaria; dal counseling infermieristico alla promozione di comportamenti salutari; dal favorire un welfare comunitario alla creazione, attivazione e coordinamento di una rete formale e informale con tutte le figure presenti sul territorio come medici di medicina generale, pediatri, fisioterapisti, infermieri domiciliari, enti gestori, sindaci, assistenti sociali e associazioni di volontariato. Questa sinergia è essenziale per rispondere in modo completo ai bisogni della popolazione, garantendo una presa in carico globale e integrata (Menarello, 2020). La definizione chiara dei ruoli e delle responsabilità all'interno delle reti territoriali è essenziale per evitare sovrapposizioni e garantire una gestione ottimale delle risorse (Busca et al., 2021). La presenza dell'IFeC contribuisce a enfatizzare l'approccio olistico dell'individuo valorizzando la sua specifica expertise nella gestione delle cronicità e nella promozione della salute. Questo stimola l'empowerment dei pazienti, incoraggiando una partecipazione attiva nel proprio percorso di cura, il che si traduce in una maggiore adesione alle terapie e una gestione efficace delle patologie croniche. Inoltre, l'IFeC garantisce la continuità delle cure e un coordinamento efficace dell'assistenza, evitando frammentazioni e assicurando un percorso di cura coerente e personalizzato. Un altro aspetto cruciale dell'azione dell'IFeC è la riduzione delle ineguaglianze sanitarie, grazie alla sua capacità di intervenire sui determinanti sociali della salute e di collaborare con i servizi sociali per garantire un'assistenza equa e la salute come diritto universale (Vidal, 2021). Questo professionista si distingue anche come agente di innovazione nell'assistenza territoriale, introducendo nuove prospettive e pratiche avanzate che rispondono alle evoluzioni del settore sanitario (McCance et al, 2020). Nonostante il potenziale impatto positivo sulla salute pubblica, evidenziato dalla significativa riduzione dei ricoveri non necessari, un calo del 10% nei ricorsi al pronto soccorso e un incremento del 15% nella tempestività degli interventi domiciliari (FNOPI, 2022),

la distribuzione degli IFeC sul territorio nazionale rimane inferiore alle aspettative (FNOPI, 2023).

L'intervento degli IFeC si articola su più livelli, dal supporto individuale e familiare fino al coinvolgimento comunitario, operando in contesti diversi come le Case della Salute, le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali (COT), ospedali e strutture private o convenzionate, garantendo un'assistenza sanitaria capillare e personalizzata (Menarello, 2020). Questo professionista si distingue per le sue competenze avanzate in ambiti clinici, manageriali, etici e di ricerca, acquisite attraverso un percorso formativo che si allinea ai decreti ministeriali del 1994 (D.M. 739/94) e del 2022 (D.M. 77/2022), definito da un master di primo livello iniziato a Torino nel 2003 (AIFeC, 2018). La formazione, che combina tirocinio pratico e didattica teorica, è progettata per preparare gli IFeC a rispondere efficacemente alle esigenze di salute delle comunità servite, utilizzando tecnologie digitali e telemedicina, e partecipando alla governance clinica e alla ricerca (AGENAS, 2023). La formazione degli IFeC, quindi, non si limita al raggiungimento di competenze tecniche, ma promuove anche lo sviluppo di capacità decisionali, di leadership e di ricerca, essenziali per contribuire attivamente all'innovazione e al miglioramento continuo delle pratiche assistenziali (Alvino et al., 2021). La sua conoscenza del territorio, tramite la mappatura dei servizi, e la relazione di fiducia instaurata con la comunità sono risorse preziose durante situazioni critiche come epidemie, pandemie o eventi calamitosi (Khatri et al., 2023). Lo sviluppo professionale continuo è un elemento chiave per mantenere elevati standard di qualità nell'assistenza. L'implementazione di programmi di aggiornamento periodici, la partecipazione a conferenze e la promozione della ricerca sono strategie efficaci per garantire che l'IFeC rimanga al passo con le evoluzioni del settore e possa contribuire in modo significativo alla salute della comunità (FNOPI, 2020b). Il modello formativo degli IFeC, ispirato anche dal progetto europeo European curriculum for family and Community nurses (ENhANCE), integra trenta competenze chiave che riflettono la necessità di un approccio olistico alla salute, abbracciando aspetti clinico-assistenziali, comunicativo-relazionali e la capacità di navigare il complesso panorama epidemiologico attuale (Camedda et al., 2021). L'identificazione delle competenze chiave per gli IFeC attraverso lo studio e-Delphi del progetto ENhANCE

rappresenta un passo importante verso la standardizzazione della formazione in tutta Europa, portando alla redazione di un Curriculum europeo dell'infermiere di famiglia e comunità. Questo progetto riconosce in particolare l'e-health come competenza fondamentale. Questo aspetto sottolinea l'importanza delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nella promozione della salute e nella gestione delle cure (Alvino et al., 2021). In questo panorama, il "Progetto Infermiere di Comunità" avviato in Friuli-Venezia Giulia (FVG) nel 1999 si distingue come una delle iniziative più innovative, ponendosi all'avanguardia nel campo del welfare comunitario in Italia (AGENAS, 2023). L'approccio adottato da questo progetto evidenzia il ruolo cruciale degli infermieri di comunità nel collegare le risorse sanitarie territoriali con le esigenze della popolazione, attraverso un lavoro sinergico con professionisti multidisciplinari. Tale modello non solo rafforza il concetto di assistenza prossimale, ma promuove anche un'attenzione particolare verso l'empowerment dei cittadini e l'autogestione della salute, aspetti sempre più riconosciuti come determinanti chiave nel miglioramento della qualità di vita e della salute pubblica (Pellizzari, 2013). Parallelamente, l'attenzione a livello europeo per l'armonizzazione delle competenze e delle definizioni nell'ambito dell'infermieristica familiare è testimoniata da progetti come "The European Family Health Nursing Project" (FamNrsE), che mira a consolidare la figura dell'infermiere di famiglia come "specialista generalista" nelle cure primarie (Martin et al., 2013). In questo contesto, anche l'iniziativa "Co.N.S.E.N.So." - Community Nurse Supporting Elderly in a changing Society" nell'ambito del Programma transnazionale di Cooperazione Territoriale Europea, emerge come esemplare, puntando a supportare l'invecchiamento attivo e sano attraverso l'intervento degli IFeC (European Regional, 2018). Queste iniziative sottolineano l'importanza dell'innovazione e dell'adattamento dei servizi assistenziali per rispondere efficacemente alle sfide demografiche attuali, come l'invecchiamento della popolazione, e per garantire la sostenibilità dei sistemi di welfare. Questi non sono solo esempi di buone pratiche, ma anche come ispirazione per future strategie di salute pubblica che valorizzano il ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità nel contesto di un sistema sanitario che si evolve per essere sempre più vicino alle necessità dei cittadini, sostenibile e orientato alla prevenzione (AGENAS, 2023).

L'introduzione degli IFeC è essenziale per una riforma sanitaria che mira a un'assistenza proattiva e personalizzata, in linea con gli obiettivi sanitari nazionali e internazionali, e può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza riducendo i costi legati alle malattie croniche (Busca et al., 2021). Nonostante le potenzialità, l'integrazione degli IFeC nel sistema sanitario affronta diverse sfide, tra cui la resistenza al cambiamento e la necessità di un coordinamento efficace. La ricerca propone soluzioni come la chiarificazione dei ruoli e una comunicazione efficace, sottolineando l'importanza dell'engagement comunitario e della flessibilità nel modello IFeC per superare queste barriere (Gasperini et al., 2023). Attraverso l'esplorazione del vissuto esperienziale degli IFeC, lo studio dà "voce" a questi professionisti, mettendo in evidenza il loro ruolo chiave nel promuovere un'assistenza sanitaria che sia al contempo accessibile, sostenibile e di alta qualità, rilevando il loro contributo nel rispondere alle esigenze di una popolazione in evoluzione.

2. MATERIALE E METODI

2.1 Obiettivo

L'obiettivo è esplorare il ruolo dell'IFeC delineando competenze, aspetti distintivi, barriere e facilitatori dell'implementazione, tramite la narrazione di tali professionisti.

2.2 Disegno dello studio

Il disegno di studio adottato è di tipo qualitativo descrittivo, poiché si presta alla descrizione di fenomeni ed esperienze in ambiti di ricerca ancora poco esplorati. Questo approccio è particolarmente adeguato a riconoscere la natura soggettiva del problema in questione (Doyle et al., 2020). Grazie a questa metodologia, è stato possibile esaminare con attenzione il contesto specifico dell'infermieristica di famiglia e comunità nel nord Italia. La ricerca è stata realizzata mediante interviste semi-strutturate, attraverso le quali sono state raccolte le testimonianze di alcuni IFeC. Questi ultimi sono stati selezionati mediante un campionamento per

convenienza procedendo al contatto dei responsabili dei servizi e garantendo la partecipazione di almeno due infermieri per ciascun ente coinvolto.

2.3 Criteri di inclusione ed esclusione

Inclusione: Sono stati inclusi nell'indagine gli IFeC che esercitano nel contesto comunitario del nord Italia, disponibili a partecipare volontariamente allo studio e che sono in possesso di un sistema di Voice over Internet Protocol (VoIP).

Esclusione: Sono stati esclusi gli infermieri che operano in contesto territoriale in altri ruoli professionali.

2.4 Raccolta dei dati

Dopo aver ottenuto il consenso informato attraverso l'uso di un programma di VoIP, ventitré IFeC sono stati intervistati individualmente. Le interviste sono state effettuate e registrate da un ricercatore esperto in ricerca qualitativa dell'Università del Piemonte Orientale. Questo approccio alla raccolta dati è frequente nella ricerca qualitativa descrittiva e offre vantaggi quali maggiore flessibilità, riduzione dei costi per i ricercatori e facilitazione dell'accesso ai partecipanti, in quanto non intralcia le loro attività lavorative e si adegua meglio alle loro disponibilità personali (Doyle et al., 2020). Al termine delle interviste, è stato richiesto ai partecipanti di compilare un questionario sociodemografico. Successivamente, le trascrizioni sono state pulite da riferimenti a luoghi o persone che avrebbero potuto compromettere l'anonimato degli intervistati. Il processo di raccolta dei dati ha avuto inizio a dicembre 2023 ed è ancora in corso.

2.5 Analisi dei dati

Nell'ambito della ricerca qualitativa, l'approccio metodologico all'analisi del contenuto delineato da Mayring (2014) rappresenta una strategia equilibrata che combina aspetti qualitativi e quantitativi nell'analisi di materiali testuali, come trascrizioni di interviste e documenti. Questa tecnica è la più comunemente utilizzata nella ricerca qualitativa descrittiva e adotta un approccio induttivo (Doyle et al., 2020). Tale metodo inizia con una fase di indagine qualitativa finalizzata a categorizzare i contenuti, per poi, quando necessario, procedere con un'analisi

quantitativa, ad esempio attraverso il conteggio delle frequenze, per identificare schemi o tendenze. Ciò non si limita al semplice calcolo delle occorrenze, ma assegna ai codici risultanti un significato in relazione alla domanda di ricerca (Kuckartz, 2014). La metodologia enfatizza fortemente l'obiettività, assicurata dalla coerenza tra i codificatori. Questo obiettivo è stato perseguito nel presente studio coinvolgendo altri ricercatori nel processo di codifica, facilitando così l'organizzazione dei significati emergenti in categorie predefinite, garantendo un'analisi accurata e dettagliata. Riconosciuta come il "gold standard" della ricerca qualitativa, l'analisi del contenuto si distingue per la sua struttura metodologica ben definita (Mayring, 2022). Questa struttura include dalla precisa definizione degli obiettivi di analisi alla raccolta e preparazione dei materiali, fino allo sviluppo e applicazione di categorie analitiche attraverso un processo di codifica accurato. Questo approccio facilita la segmentazione del testo in unità analizzabili, assegnando etichette che riflettono fedelmente il contenuto e permettendo un'organizzazione efficace dei dati e l'identificazione di temi ricorrenti (Mayring, 2014). Il processo inizia con una selezione accurata del materiale, strettamente correlata al quesito di ricerca, e prosegue con un'analisi approfondita del contesto di produzione, utilizzo e ricezione dei testi. Le unità di analisi, quali parole, frasi o temi, sono identificate per guidare efficacemente l'organizzazione e l'interpretazione dei dati (Mayring, 2014). In conclusione, questo metodo di analisi del contenuto offre un approccio flessibile e rigoroso all'analisi qualitativa, che sottolinea la profonda comprensione dei testi e l'importanza della teoria nell'interpretazione dei dati. Attraverso il bilanciamento tra metodi qualitativi e quantitativi, questa metodologia si rivela uno strumento solido per l'analisi testuale, permettendo ai ricercatori di esplorare e comprendere in modo complesso i materiali studiati (Mayring, 2014).

2.6 Codifica dei dati

La codifica nella ricerca qualitativa descrittiva può essere sia induttiva che emergente dai dati. I codici "in vivo" si riferiscono all'uso diretto, da parte del ricercatore, delle parole o dei concetti espressi dai partecipanti, oppure possono essere definiti dal ricercatore e aggregati per formare temi emergenti o categorie attraverso un processo sistematico e iterativo fino all'identificazione dei temi finali (Doyle et al., 2020). In

questo studio qualitativo sugli IFeC, è stato seguito un approccio metodologico incentrato sulla codifica descrittiva, conformemente alle linee guida proposte da Saldaña (2016).

Il processo iterativo di codifica nella ricerca qualitativa è una metodologia sistematica che si sviluppa in più fasi, consentendo ai ricercatori di organizzare e interpretare i dati testuali in modo approfondito e significativo. Questo processo prevede la trasformazione dei dati grezzi, come le trascrizioni delle interviste agli IFeC, in informazioni comprensibili che possono essere analizzate per scoprire modelli, temi e connessioni. La prima fase, il “coding iniziale”, è cruciale per suddividere i dati in unità significative attraverso un’analisi dettagliata, linea per linea o parola per parola. Questa fase iniziale è essenziale per iniziare a familiarizzare con i dati raccolti, permettendo un’esplorazione aperta e flessibile. Dopo il coding iniziale, segue la “coding focale”, durante la quale l’attenzione si concentra su specifici codici o categorie che appaiono particolarmente significativi o promettenti per lo sviluppo dell’analisi. Questa fase comporta una selezione e un’esplorazione più mirata dei dati, dove il ricercatore inizia a raffinare e concentrarsi su ciò che è più rilevante per i quesiti di ricerca o per la teoria emergente. Man mano che l’analisi procede, i codici iniziali vengono aggregati in categorie più ampie o temi, rappresentanti concetti o fenomeni più generali riscontrati nei dati. Questo passaggio, di categorizzazione e tematizzazione, facilita l’organizzazione dei codici in modo che relazioni, pattern e strutture possano essere più facilmente identificati e analizzati. Le categorie o i temi identificati vengono poi ulteriormente sviluppati e rifiniti attraverso un esame iterativo, ciclico e comparativo dei dati. In questa fase, il ricercatore può ritornare ai dati originali per verificare l’adeguatezza delle categorie e assicurarsi che riflettano fedelmente il materiale di studio (Saldaña, 2016). In questo studio, tale approccio è stato sviluppato da più ricercatori per garantire la coerenza dei codici trovati, potendo portare alla fusione di categorie simili, alla divisione di categorie troppo ampie, o alla scoperta di nuove categorie.

Saldaña (2016) identifica diverse tecniche di codifica, ciascuna adatta a specifici tipi di dati, sottolineando l’importanza della flessibilità e dell’apertura nel modificare la strategia di codifica all’evolversi della comprensione dei dati. Queste tecniche includono il “coding tematico”, per l’identificazione di pattern ricorrenti o temi; il

“coding attributivo”, focalizzato sull’identificazione di etichette descrittive; il “coding grammaticale”, che utilizza parti del discorso come codici; e il “coding descrittivo”, che impiega termini semplici per aggregare temi o categorie emergenti. La scelta del metodo di codifica è influenzata da vari fattori, inclusi il livello di astrazione dei dati, la creatività e la sistematicità richieste, nonché tempo e risorse disponibili. In questo studio, è stato adottato un approccio di codifica sia descrittivo che tematico, data l’alta astrazione e la ricchezza dei dati, riferendosi a concetti complessi come “autonomia” e “responsabilità”, arricchiti dai dettagliati racconti degli IFeC.

Durante tutto il processo di codifica, Saldaña (2016) enfatizza l’importanza del “memoing”, la pratica di scrivere note riflessive che accompagnano il processo di codifica. Queste note possono includere riflessioni sui codici, sulle categorie, sulle relazioni tra categorie, su domande emergenti, su intuizioni o su direzioni per ulteriori analisi, contribuendo a una comprensione più profonda dei pattern riguardanti il ruolo dell’IFeC. Infine, il processo di codifica secondo Saldaña è caratterizzato da forte iteratività e riflessività, permettendo al ricercatore di ritornare ciclicamente a fasi precedenti del processo di codifica, per rivedere e modificare codici o categorie alla luce di nuove intuizioni o dati. Questo approccio non lineare consente una comprensione più profonda e una teorizzazione più solida dei dati raccolti, evidenziando l’importanza della codifica come elemento centrale della ricerca qualitativa, cruciale per decifrare i fenomeni studiati e arricchire la teoria sottostante.

2.7 Considerazioni etiche

Nell’ambito della ricerca qualitativa, il rispetto delle norme etiche è cruciale per tutelare dignità, privacy e diritti dei soggetti coinvolti. Il presente studio ha assicurato il consenso informato dei partecipanti, aderendo scrupolosamente alle linee guida etiche specifiche per la ricerca qualitativa.

Il consenso informato, elemento cardine delle prassi etiche in ricerca, ha ricevuto attenzione primaria in questo lavoro. Si è prestata particolare cura nel garantire che i partecipanti fossero pienamente consapevoli degli obiettivi delle interviste, introducendo ogni intervista con un preambolo che sottolineasse l’importanza delle

loro esperienze e percezioni personali. Questo momento introduttivo mirava a promuovere un'espressione libera e autentica, sottolineando che ogni contributo, a prescindere dalla sua percezione di importanza, era di grande valore per la ricerca. Tale pratica ha promosso un dialogo aperto e rispettoso, essenziale per la raccolta di dati autentici e ha rafforzato l'etica dello studio assicurando una partecipazione consapevole e volontaria.

La tutela della privacy e della confidenzialità dei dati raccolti è stata una priorità assoluta, specialmente nel trattamento di informazioni sensibili. L'accesso ai dati è stato limitato ai membri del team di ricerca direttamente coinvolti, e sono state adottate misure di sicurezza avanzate, come la cifratura dei dati, per proteggere le informazioni raccolte. Nel divulgare i risultati, si è prestata attenzione a garantire l'anonimato dei partecipanti, evitando qualsiasi riferimento che potesse portare all'identificazione personale.

In sintesi, l'impegno verso l'etica della ricerca qualitativa manifestato attraverso il consenso informato, la protezione della privacy e la confidenzialità, nonché l'osservanza delle linee guida etiche, ha non solo rafforzato l'integrità e la credibilità dello studio, ma ha anche dimostrato un profondo rispetto per i diritti e il benessere dei partecipanti. Questo approccio etico ha contribuito significativamente al valore della ricerca, arricchendo la conoscenza nel campo di studio con dati significativi e autentici, rispettando al contempo l'integrità dei soggetti coinvolti.

Lo studio ha ottenuto l'approvazione del Comitato Etico Territoriale.

2.8 Criteri di validità della ricerca qualitativa

Nell'ambito di questa ricerca qualitativa, l'impegno verso l'adozione di criteri rigorosi di validità emerge come fondamentale per garantire non solo l'integrità ma anche la rilevanza dei risultati ottenuti. La validità si ancora a principi di credibilità, trasferibilità, affidabilità e confermabilità, elementi chiave che sostengono la robustezza della ricerca qualitativa (Korstjens et al., 2018).

L'impiego della triangolazione metodologica serve a rafforzare ulteriormente questi pilastri, offrendo una strada per una comprensione più profonda e articolata del fenomeno in esame. Attraverso l'utilizzo congiunto di diverse fonti, metodi, teorie e

ricercatori, questa strategia metodologica si pone l'obiettivo di identificare le convergenze tra i dati, fornendo così una visione olistica e multiforme che contribuisce significativamente alla riduzione del rischio di bias (Denzin, 2017). Il processo di triangolazione si è dimostrato particolarmente prezioso in questo studio, permettendo di esplorare il fenomeno da molteplici angolazioni. La raccolta di dati da svariati gruppi di individui, ciascuno portatore di esperienze pregresse distinte, da reparti ospedalieri a servizi di assistenza domiciliare integrata e residenze sanitarie assistenziali, ha arricchito la ricerca di prospettive diverse. Inoltre, l'inclusione di professionisti con vari ruoli, quali infermieri e coordinatori infermieristici, ha permesso di ottenere una rappresentazione più ricca e sfaccettata del fenomeno di interesse. L'analisi congiunta dei dati raccolti da queste fonti eterogenee ha svelato una complessità e una ricchezza di dettagli che difficilmente sarebbero stati catturati con un approccio meno articolato. Parallelamente, la triangolazione dei ricercatori ha introdotto una dimensione ulteriore di obiettività e profondità analitica. La collaborazione tra due ricercatori nell'analisi preliminare delle interviste audio mediante il metodo Rapid Identification of Themes from Audio Recordings (RITA) e l'impiego di un terzo ricercatore per una codifica focale dei dati hanno incarnato un modello di lavoro cooperativo e riflessivo. Questa sinergia tra professionisti di diversi background ha non solo mitigato il rischio di bias personale ma ha anche arricchito l'analisi e l'interpretazione dei risultati (Korstjens, 2018). Analogamente, l'esplorazione di diversi contesti lavorativi quali ambulatori, COT o Case della Comunità, nonché di ambienti con caratteristiche orografiche molto variegata come il territorio montano, collinare o urbano, in cui operano gli IFeC, ha fornito spunti preziosi riguardo l'influenza del contesto sul ruolo di questi professionisti. Ciò ha evidenziato come le variazioni territoriali possano influenzare significativamente il fenomeno studiato. La triangolazione, che esplora la complessità del fenomeno attraverso un approccio multidimensionale, ha offerto un'analisi dettagliata e accurata. Questo ha arricchito significativamente il corpus di letteratura esistente, aprendo nuove vie per future ricerche. Inoltre, un altro elemento fondamentale che ha contribuito alla validità di questo studio è stato il "bracketing". Questo processo ha visto i ricercatori mettere da parte i propri pregiudizi, aspettative e concetti preconfezionati per approcciare le esperienze dei partecipanti in modo non filtrato.

Tale pratica di auto-riflessione critica si è dimostrata cruciale per ridurre l'influenza delle soggettività dei ricercatori sull'analisi dei dati. L'impiego del "bracketing" ha facilitato un approccio ai racconti dei partecipanti con una mente aperta, permettendo una comprensione genuina delle loro esperienze e rafforzando la credibilità dello studio. In conclusione, l'integrazione di queste metodologie e tecniche ha notevolmente migliorato la qualità della ricerca, elevando sia l'affidabilità che l'applicabilità dei risultati.

3. RISULTATI

I risultati preliminari presentati riguardano un campione di ventitrè infermieri di famiglia e comunità. L'età media è di 47 ± 8 anni, il 96% sono donne ($n = 22$), con un'esperienza lavorativa di 24 ± 8 anni. Il 47% ha un titolo universitario ($n = 3$ diploma universitario; $n = 7$ laurea triennale; $n = 1$ laurea magistrale) e il 78% ($n = 18$) ha un master di infermieristica di famiglia e comunità (Tabella 1). Nell'ambito del presente studio, durante il primo round di codifica, sono stati identificati undici codici principali che riflettono le varie dimensioni dell'esperienza lavorativa degli IFeC, rappresentati nella figura 1. Questi codici spaziano dalle esperienze quotidiane alle percezioni del proprio ruolo professionale, evidenziando sia le sfide che le opportunità incontrate.

Tabella 1 dati demografici e caratteristiche IFeC

<u>Caratteristiche demografiche</u>	<u>N= 23</u>
Età (anni), media (DS)	47 (± 8)
Donne, (n%)	22 (96%)
Livello d'istruzione	
Titolo universitario, n (%)	12 (52%)
Diploma universitario, n (%)	3 (13%)
Diploma di laurea, n (%)	7 (30%)
Laurea magistrale, n (%)	1 (4%)
Master IFeC, n (%)	18 (78%)
Corso di perfezionamento regionale, n (%)	3 (13%)
Esperienza lavorativa (anni), media (DS)	24 ± 8

1° ROUND CODING

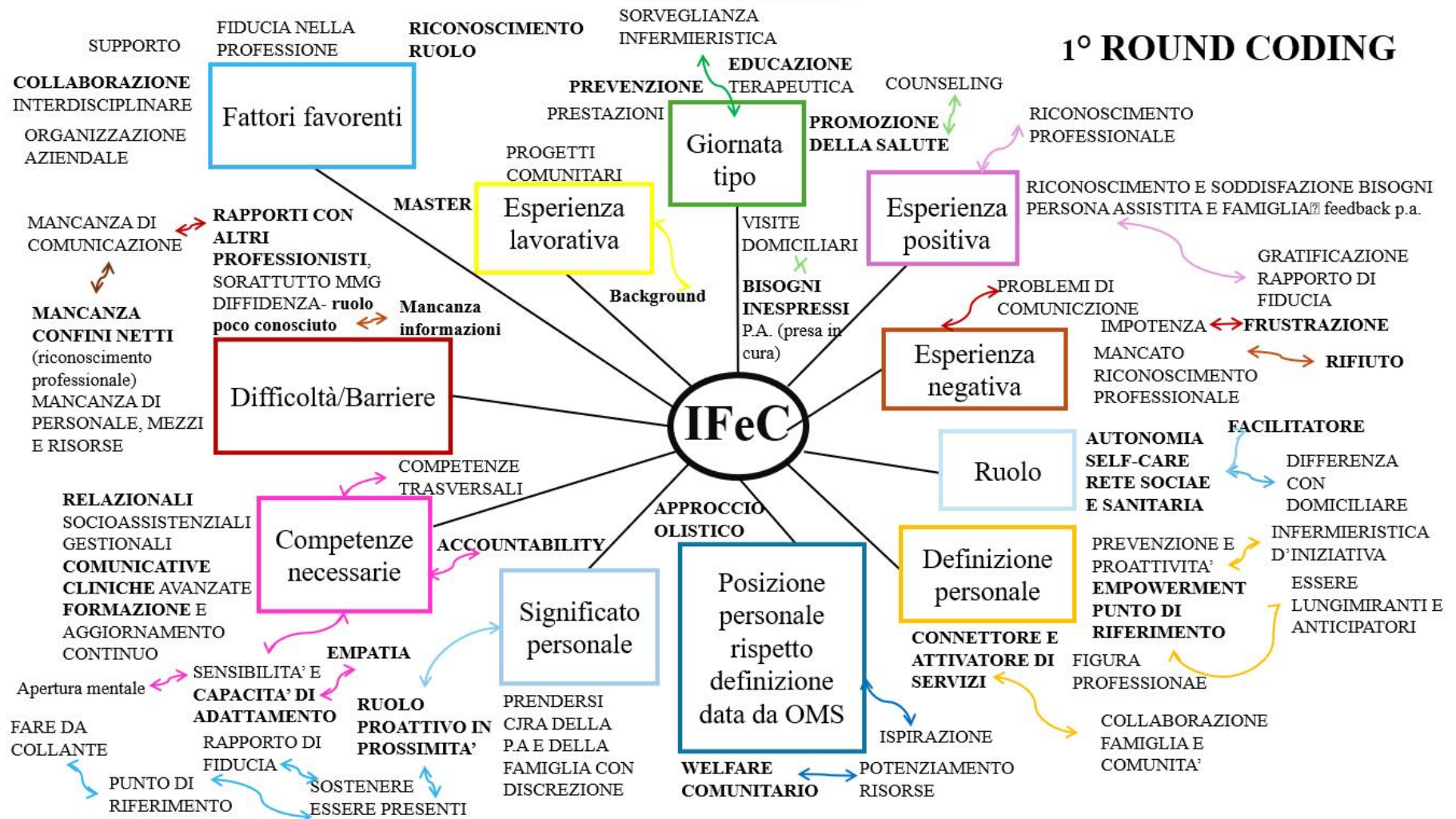


Figura 1 Codici del primo round di codifica

Dopo una revisione, i codici sono stati categorizzati per sottolineare le peculiarità dell'infermieristica familiare e comunitaria, rivelando quattro temi chiave: ruolo, competenze, barriere e facilitatori (nella figura 2).

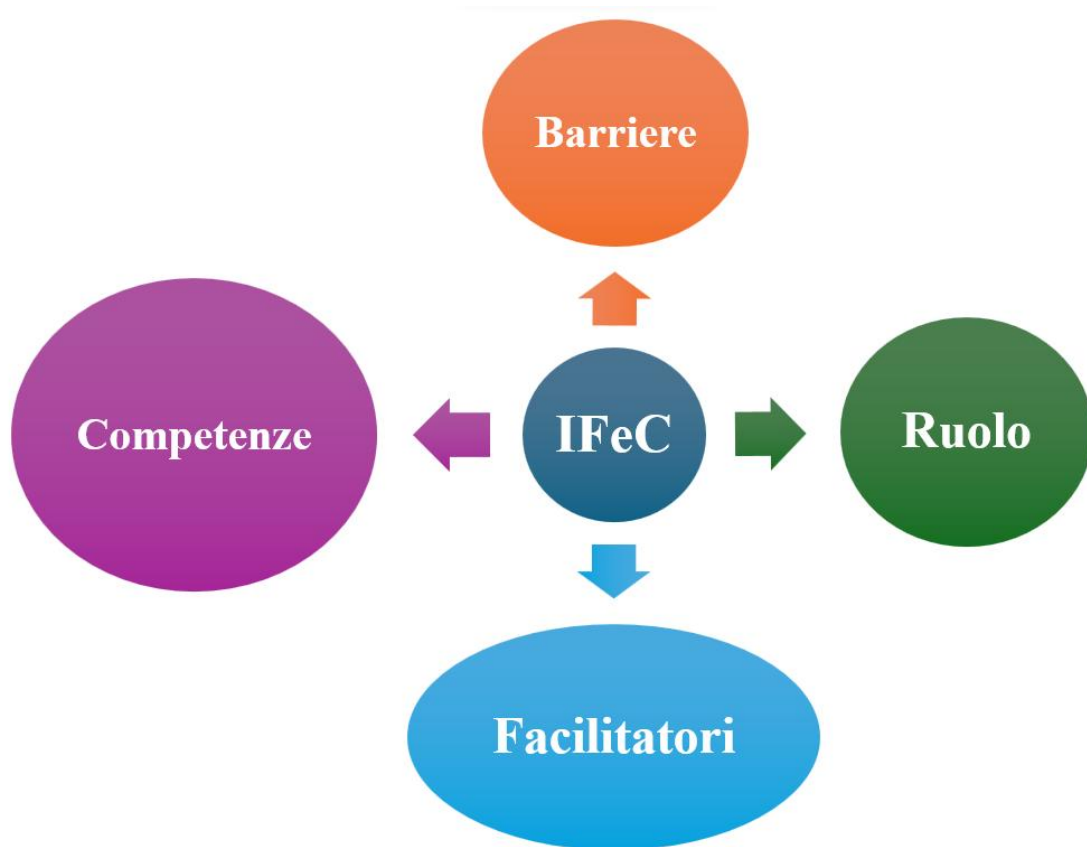


Fig 2 Temi principali

L'analisi del ruolo infermieristico ha rivelato un'immagine complessa delle sue molteplici funzioni e responsabilità nel sistema sanitario, concentrando l'attenzione su tre aree chiave: le caratteristiche distintive della professione, le competenze sviluppate nei vari ambiti di intervento, e i confini professionali. In questo studio, un'attenzione particolare è stata rivolta alle competenze attese dagli infermieri, le quali hanno costituito un tema specifico. Questa focalizzazione sulle competenze ha permesso di identificare con chiarezza gli obiettivi formativi e le aspettative professionali, delineando i requisiti necessari per rispondere efficacemente alle esigenze del contesto sanitario e dei pazienti. Parallelamente, sono state identificate le barriere che gli infermieri incontrano nel loro percorso professionale. Queste sono state raggruppate in quattro categorie principali: le problematiche legate al sistema

informativo e comunicativo, la diffidenza da parte di alcune categorie professionali, la diffidenza dell'utenza e la difficoltà di bilanciare le risorse disponibili con le esigenze reali. Infine, è stato dato spazio ai facilitatori che possono sostenere l'implementazione dell'infermieristica di famiglia e comunità, suddividendoli in tre categorie chiave: la collaborazione interdisciplinare, il supporto organizzativo all'implementazione di pratiche efficaci, e la gratificazione personale derivante dal lavoro svolto. In figura 3 vengono rappresentati i quattro temi identificati con le relative categorie.

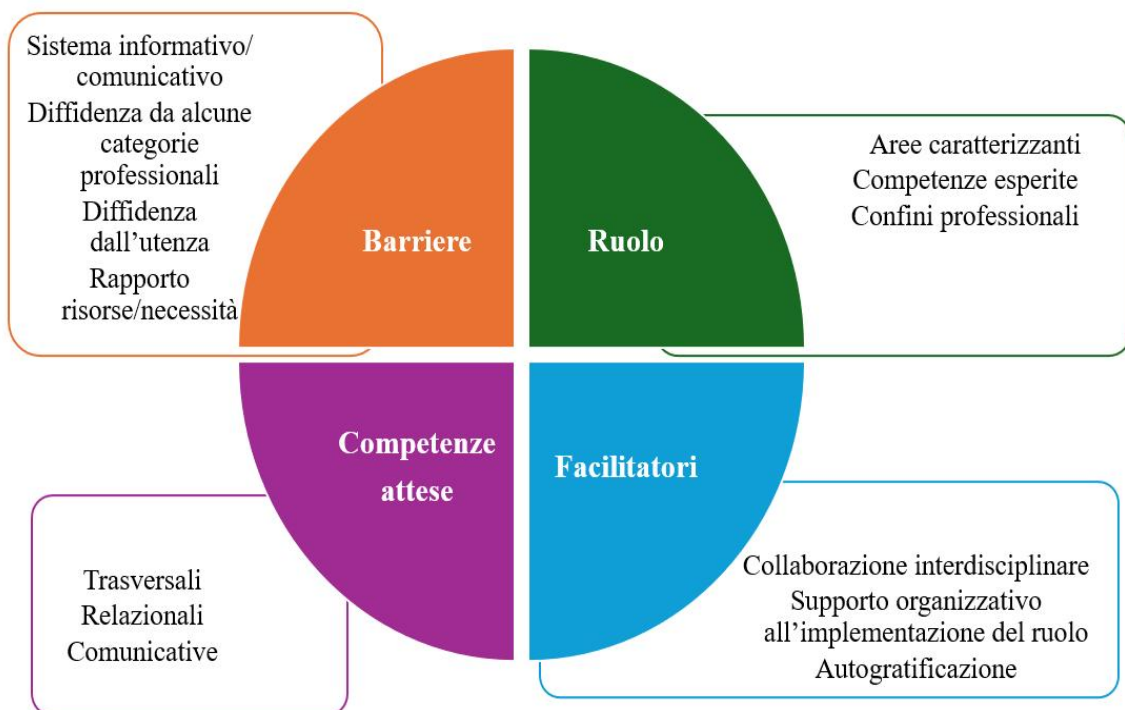


Figura 3 Temi e categorie

Ruolo dell'IFeC

Dalla trascrizione delle interviste emerge che tra i codici più frequenti (22 su 23 partecipanti, [96%]) figurano *prevenzione e promozione*, aspetti che, insieme all'educazione sanitaria e alla presa in carico, definiscono le principali aree di intervento professionale.

Secondo l'OMS (1986), la promozione della salute è il processo che aumenta il controllo delle persone sulla propria salute per migliorarla, enfatizzando uno stile di vita sano, una dieta equilibrata, l'astensione da alcol e tabacco, e l'esercizio fisico regolare. Queste azioni, valorizzate durante le interviste, sono cruciali non solo per la salute individuale ma anche collettiva, contribuendo all'invecchiamento attivo e alla riduzione dei ricoveri ospedalieri non necessari. A tal proposito alcuni intervistati dichiarano:

“Viene promossa anche, un'alimentazione sana, l'astensione dal fumo dall'alcol”
(Intervista 5)

“L'infermiere è proprio quello che promuove il benessere per quanto possibile. [...] promuovere il benessere quindi cerchiamo la partecipazione con l'altra persona, creando un'alleanza per riuscire ad attivare vari stili di vita” (Intervista 10)

La prevenzione è un aspetto cruciale del ruolo dell'IFeC, suddivisa in primaria, secondaria e terziaria. Questo approccio proattivo permette agli IFeC di intervenire precocemente, prevenendo che le problematiche di salute diventino più gravi. La prevenzione agisce quindi come strategia fondamentale per anticipare e ridurre i rischi per la salute, come affermato in queste interviste:

“Molte volte ai miei pazienti quindi faccio prevenzione secondaria che hanno già la malattia diciamo in atto ma dico sempre ricordatevi anche i figli quindi come faccio prevenzione primaria ai figli chiedo di fare uno screening.” (Intervista 3)

“Secondo me la parte di prevenzione è importantissima, fondamentale e in tanti credo che ancora non abbiano capito quello che vuol dire seriamente e veramente, perché prevenire un qualcosa è molto meglio che curarlo” (Intervista 9)

L'educazione sanitaria è un pilastro dell'IFeC, mirata a far crescere consapevolezza e proattività nella gestione della salute individuale e comunitaria, promuovendo autonomia e cura personale attraverso iniziative formative che coinvolgono tutti i livelli della comunità, dall'istruzione di base all'educazione degli adulti (AGENAS, 2023), come riportato in questa intervista:

“Abbiamo la formazione scolastica perché c'è stata viene richiesta da parte delle scuole la formazione agli insegnanti per permettere ai bambini di frequentare regolarmente la scuola nonostante abbiano delle patologie.

Ci siamo formati per la gestione dei seminari per l'autogestione delle malattie croniche [...], il partecipante fa e arriva a essere più autodeterminato al cambiamento” (Intervista 8)

La *presa in carico* e la *centralità del paziente* sono al centro dell'attività dell'IFeC, come sottolineato nel 96% delle interviste (22 su 23). Questi concetti sono supportati dal Position Statement che promuove un approccio olistico all'assistenza, esteso al paziente e alla sua famiglia per migliorare il benessere complessivo con azioni proattive e personalizzate (FNOPI, 2020a). Alcuni infermieri hanno così riportato: *“seguo il paziente a 360 gradi non solo il paziente ma si prende in carico anche la famiglia e soprattutto il caregiver.”* (Intervista 3)

“prende in carico un pochetto a 360 gradi quelle che possono essere le problematiche della persona e crea una relazione diversa da quella che può essere la semplice presa in carico infermieristica” (intervista 17)

Le aree di intervento dell'IFeC, comprendenti promozione della salute, prevenzione, educazione sanitaria e presa in cura, rappresentano un approccio assistenziale olistico che risponde alle esigenze sia individuali sia comunitarie, conformemente alla definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questa visione, che include delle competenze chiave, enfatizza l'importanza di un approccio olistico per migliorare la salute, ridurre le disuguaglianze e rispettare le esigenze diverse delle comunità (Camedda et al., 2021). Tali competenze esperite vengono così raccontate:

“devi essere in grado di prendere e di osservare, fare una valutazione di tutta la famiglia. E rivolgendosi alla comunità la stessa cosa, cioè rilevare i bisogni assistenziali e non, della famiglia e anche quelli della comunità e dove possibile dare una risposta che può essere l'attivazione di altri servizi” (Intervista 21)

“E quindi una capacità non so sia di individuare il problema sia una capacità predittiva, sia la capacità di innescare delle risorse, di individuare le risorse e saperle attivare” (Intervista 22)

L'IFeC emerge come una figura con confini professionali flessibili, distinta dall'infermiere di assistenza domiciliare per la sua autonomia e capacità di iniziativa, non limitandosi alla sola erogazione di cure ma fungendo anche da promotore attivo di servizi sanitari. Alcuni intervistati hanno dichiarato:

“abbiamo sempre cercato di sottolineare la differenza che c'è fra questa nuova figura e quelle che erano presenti sul territorio come ad esempio i colleghi delle cure domiciliari [...] noi abbiamo sempre puntato sulla differenza tra modello reazionale e prestazionale” (Intervista 10)

“le cure domiciliari devono essere attivate con la richiesta del medico; quindi deve essere un medico che attiva la richiesta che la manda al distretto; il direttore del distretto la valida e si attiva l'infermiere con un'attività prestazionale perché è legata all'impegnativa del medico. L'infermiere di famiglia e comunità invece fuori dalla prescrizione prescritta, cioè non ha bisogno di un medico per essere attivato ma può essere attivato da qualsiasi figura professionale oppure dal vicino di casa, dal parroco, dal sindaco, dagli assistenti sociali, eccetera.

Essere fuori dalla prescrizione prescritta [...] è comunque il nostro cavallo di battaglia perché noi arriviamo fuori dalla prescrizione prescritta [...] se il sindaco, che è il primo responsabile della salute del cittadino, va dall'ifec, si attiva. Quindi perdi meno tempo, non c'è la burocrazia. Questo vuol dire essere fuori dalla prescrizione prescritta.

noi possiamo attivare noi il caso, ci attiviamo noi, non abbiamo dell'attivazione del medico” (Intervista 11).

Oltre all'autonomia d'azione, un'altra caratteristica distintiva dell'IFeC rispetto agli infermieri dell'ADI è la sua natura d'iniziativa. *Proattività e iniziativa* emergono come codici presenti nel 100% delle interviste analizzate (n = 23). Gli IFeC sono

professionisti proattivi, impegnati a servire la comunità in prossimità, fungendo da collegamento e promotori nella rete di servizi. Ecco un estratto esemplificativo:

“Proprio perché per la prima volta si parla di sanità di iniziativa e non di sanità di attesa [...] noi dobbiamo essere attivatori e facilitatori della rete a 360 gradi

Perché i bisogni. È vero che ci sono quelli espressi ma se parliamo di Sanità di iniziativa andiamo a lavorare proprio sull'inespresso, sul non percepito dall'amministrazione ma anche a volte dall'utente stesso” (Intervista 11)

L'associazione degli infermieri di famiglia e comunità evidenzia il ruolo chiave dell'IFeC nell'orientare la medicina verso un approccio proattivo, individuale, e nella facilitazione dell'empowerment comunitario attraverso la collaborazione (AIFeC, 2018). L'IFeC, valorizzato per il suo approccio proattivo e autonomo, è riconosciuto come un punto di riferimento essenziale per assistenza personalizzata, riscuotendo apprezzamenti significativi nella comunità con il 91% (n = 22) degli intervistati che si individuano come tale, come in questa intervista:

“Secondo me quando le persone e la famiglia ti riconoscono un punto di riferimento, ma non perché hanno bisogno di noi per andare avanti o perché necessitano di noi per le loro scelte o le loro supervisioni, ma perché capiscono l'importanza del ruolo che hai e di quello che stai facendo per loro per aiutarli, per migliorare la loro condizione e ti riconoscono come punto di riferimento” (Intervista 10)

La formazione dell'IFeC, essenziale per il suo ruolo, proviene principalmente dal master universitario, posseduto dal 78% (n = 18) degli intervistati, o da corsi regionali, attivi in Piemonte, seguiti dal 17% (n = 3). La dottoressa Mangiacavalli, Presidente della FNOPI, sottolinea che l'IFeC è un professionista qualificato, essenziale per assistere pazienti fragili e le loro famiglie, enfatizzando l'importanza della formazione specifica per la loro efficienza nel lavoro (La Redazione, 2020). Tale indispensabilità emerge anche in queste interviste:

“Serve tanta formazione mi permetto di dire perché comunque l'ifec si costruisce molto sul campo” (Intervista 4)

“tanta formazione perché non ci si può comunque arrabattare in una figura del genere [...] Se non sei formato non riesci a dare una linea guida, cosa che devi fare e non puoi non sapere, devi essere aggiornato sempre” (Intervista 9)

Competenze

Le competenze relazionali, come l'empatia e l'ascolto attivo, sono centrali per l'IFeC, apprezzate dal 96% dei partecipanti e considerate fondamentali per *"entrare in punta di piedi"* e *"capire i bisogni"* dei pazienti. Queste, insieme ad abilità trasversali, sono meno frequenti nelle competenze organizzative (52%) e cliniche (30%). Alcuni infermieri hanno riferito:

“le competenze relazionali sono importanti per entrare in relazione con la persona e a creare un rapporto tale da essere un rapporto di fiducia, che poi permetta di far partire tutto quello che c'è, come un progetto di salute con la persona” (Intervista 10)

“Una predisposizione, intanto, all'ascolto. Una predisposizione proprio, un atteggiamento empatico [...] cerco di capire non solo i bisogni espressi ma soprattutto quelli inespressi [...] di un potenziale bisogno e di una potenziale necessità. Quindi l'empatia, l'ascolto e la disponibilità” (Intervista 2)

Le competenze comunicative, strettamente connesse all'empatia, e l'importanza dell'adattabilità e della flessibilità nelle relazioni sono state sottolineate come essenziali per lo sviluppo di buone capacità relazionali. Alcuni intervistati hanno così dichiarato:

“E' necessaria la comunicazione perché, se sei già uno che non sa comunicare. Devi entrare proprio con rispetto, empatia. Deve entrare nella casa del paziente proprio così, in punta di piedi per acquistare la fiducia che non è semplice quindi se riesci a conquistare la fiducia riesci ad attivare qualunque progetto educativo” (Intervista 18)

“E la capacità di adattamento incredibile. Io dico sempre questo la verità sta a casa, sta al domicilio [...] Quando tu ci vai a casa loro poco per volta la conosci e quindi

conoscendola riesci anche a trovare quella chiave per poter, diciamo, realizzare comunque i loro bisogni” (Intervista 16)

Le competenze cliniche avanzate, insieme alla conoscenza del territorio e dei servizi disponibili, sono essenziali per attivare le risorse necessarie a soddisfare le esigenze delle persone assistite. Questo implica che, oltre alla padronanza di competenze tecniche specifiche, è fondamentale per i professionisti comprendere il contesto in cui operano e saper gestire efficacemente le risorse a disposizione, come risulta da questa intervista:

“anche competenze a livello conoscitivo perché se tu, perlomeno, non sei pratica in quello che vedi, ad esempio un paziente praticamente oncologico. E’ possibile magari non avere le competenze ma si deve saper indirizzare, quindi sapere di tutti i servizi possibili che esistono per saper indirizzarlo, quindi avere una rete” (Intervista 18)

Le competenze essenziali per l'IFeC comprendono, quindi, abilità nel comunicare e relazionarsi, capacità organizzative, empatia e ascolto attivo, oltre alla competenza nel conoscere e utilizzare le risorse territoriali e di rete per rispondere efficacemente ai bisogni degli assistiti.

Barriere o fattori ostacolanti rispetto all’implementazione dell’IFeC

L'autonomia e la proattività dell'IFeC, spesso percepite come sovrapposizioni con i ruoli dei medici, hanno inizialmente causato fraintendimenti e resistenze, specialmente da parte dei medici di medicina generale (MMG), che hanno visto questa figura come un potenziale aumento del carico di lavoro o come un controllo sulle proprie pratiche. Tuttavia, con il tempo, la consapevolezza e l'apprezzamento delle competenze uniche dell'IFeC sono migliorati, portando a una maggiore chiarezza nei ruoli professionali e facilitando la collaborazione. Circa il 70% degli IFeC ha incontrato resistenza all'inizio, come si evidenzia in queste interviste:

“all’inizio non è stato così semplice perché siamo stati un po' visti come figure invadenti e che potevano usurpare la professionalità del medico di medicina generale” (Intervista 20)

“ci vedono un po' come quelli che gli creano più burocrazia, perché chiediamo magari la loro collaborazione in alcune cose e perché loro magari non vedono gli stessi bisogni che possiamo invece valutare noi facendo accesso a domicilio. Al medico, magari, non interessa valutare il rischio caduta della persona in casa, per cui non vede la necessità di attivare l’infermieristica di famiglia al domicilio della persona. Fondamentalmente perché, magari, neanche la conosce quella realtà” (Intervista 4)

Non solo i medici di medicina generale, ma anche gli infermieri operanti sul territorio hanno mostrato iniziale diffidenza nel riconoscere il ruolo dell'IFeC, incontrando difficoltà simili, come evidenziato da alcuni esempi:

“spesso all’inizio, anche con i colleghi infermieri delle cure domiciliari. Cioè noi lavoravamo all’interno dello stesso gruppo e diciamo che purtroppo ci sono, ancora oggi, anche se adesso è un po' meglio rispetto all’inizio, tanti dubbi, tante cose che faticano ancora un po' a capire del nostro ruolo.” (intervista 17)

“alcune volte siamo poco riconosciute dai nostri colleghi infermieri, nel senso che l’attività infermieristica per alcuni è tanto prestazionale e tutto il resto può essere considerato una perdita di tempo” (Intervista 20)

La resistenza all'IFeC deriva principalmente dalla mancanza di familiarità con questa figura, con il 70% (n = 16) degli intervistati che dichiara che *non lo conoscono*. Diffidenze emergono anche a causa della difficoltà di allontanarsi dal tradizionale modello medico-centrico e dall'assenza di una presentazione adeguata dell'IFeC alla comunità, complicando il suo riconoscimento e amplificando le resistenze da parte degli utenti e delle loro famiglie, come in queste interviste:

“Allora attualmente il fatto che siamo poco conosciuti. Quindi, ad esempio, ci capita, ogni tanto spesso, che qualcuno quando cerchiamo di andare al domicilio per iniziare a farci conoscere pensa che siamo dei truffatori” (Intervista 4)

“no no assolutamente dal balcone no no no no io sto bene. Se c'è qualcosa vado dal medico. Questa è la frase di rito” (Intervista 11)

La carenza di IFeC, significativamente inferiore al fabbisogno indicato dal D.M. 77/2022, limita l'assistenza sanitaria a specifici gruppi di popolazione e rallenta l'evoluzione dei servizi assistenziali in Italia. Con solo 1380 IFeC disponibili rispetto ai 9552 necessari (FNOPI, 2023), si evidenzia un gap considerevole che ostacola l'implementazione efficace dell'assistenza per i 24 milioni di cittadini con esigenze croniche o di non autosufficienza, richiedendo idealmente circa 30mila infermieri (FNOPI, 2022). Questa situazione porta gli IFeC a coprire aree estese da soli o a svolgere attività tipiche degli infermieri domiciliari, nonostante le aspettative per un loro ruolo più definito e riconosciuto, come narrato in queste interviste:

“Sicuramente io al momento su questa ASL sono da sola come infermiera di famiglia, in questo distretto, e quindi magari la possibilità di essere almeno in due garantirebbe una presa in carico più ampia e quindi, insomma, si potrebbe fare di più, si potrebbe lavorare meglio e garantire soprattutto più servizi” (Intervista 2)

“molte volte mi occupo anche del servizio ADI, quindi dell'assistenza domiciliare integrata, se c'è, non so, qualche collega che è in ferie o in malattia. Vado a sostituirlo e quindi questo, magari, mette un po' in difficoltà poi la mia organizzazione con i miei pazienti” (Intervista 3)

Le barriere all'implementazione della figura dell'IFeC includono, anche, difficoltà comunicative tra territorio, ospedale e altri servizi, la mancanza di un sistema informativo condiviso che rallenta lo scambio di informazioni sui pazienti, e l'assenza di documentazione uniforme sulle attività svolte, come testimonia questa infermiera:

“Perché la ricerca che l'ifec fa su ogni servizio è una ricerca di peso enorme che non riesce a quantificare perché, è vero che c'è la progettazione però facciamo telefonate su telefonate. Devo chiedere quasi scusa, il permesso, ad esempio al servizio psichiatrico della stessa azienda in caso di necessità. Il braccio sinistro non sa cosa fa il braccio destro: ad esempio, se questi utenti hanno l'UVG [unità di valutazione geriatrica] in corso, noi dobbiamo fare una ricerca, se invece fossimo in una piattaforma e avessimo le password, entreremmo nella piattaforma e questa ci mostrerebbe se questo utente ha fatto l'accesso in pronto soccorso, se ha fatto già la domanda di UVG, se ha l'invalidità, che sono tutti determinanti” (Intervista 11)

“sarebbe bellissimo se l'ospedale parlasse con il territorio se il territorio parlasse con i servizi sociali. Invece sono pezzi, siamo solo pezzi e questo non è bello perché comunque poi vedi le difficoltà delle famiglie, le difficoltà degli operatori che vengono a contatto con queste famiglie e secondo me quello che manca è la comunicazione tra territorio e ospedale” (Intervista 15)

Questi ostacoli sono aggravati dalla mancanza di un modello infermieristico di assistenza familiare e comunitaria riconosciuto a livello nazionale, come dichiara questo professionista:

“Ma qui, anche a livello di Regioni, e aziende nella stessa regione, ci sono aziende che hanno delle delibere aziendali che hanno già dei modelli di ifec diversi” (Intervista 11)

Diffidenza di alcune categorie professionali, difficoltà informative-comunicative e carenza di risorse sono fattori ostacolanti all'implementazione della figura dell'IFeC, superabili con maggiore collaborazione interprofessionale e miglior comunicazione. L'istituzione di reti informative e il potenziamento dell'assistenza territoriale, sostenuti dal PNRR, sono essenziali per affrontare queste sfide (FNOPI, 2023).

Fattori favorevoli all'implementazione della figura dell'IFeC

I facilitatori per l'IFeC includono collaborazione interdisciplinare, supporto organizzativo e autogrificazione. L'IFeC collabora con vari professionisti della

comunità, inclusi medici, infermieri, terapisti e assistenti sociali, per integrare servizi sanitari e sociali secondo la normativa (D.M 77/22), estendendo la cooperazione a familiari, caregiver, e il terzo settore per una gestione efficace dell'assistenza. Alcuni IFeC hanno riportato:

“chiedo aiuto ai colleghi dell’ADI (assistenza domiciliare integrata) o ai colleghi dell’ambulatorio infermieristico [...] Allora a volte, in alcuni casi, se c’è la necessità, chiedo aiuto anche all’assistente sociale, dipende da caso a caso e a volte anche al fisioterapista. Se c’è un paziente che ha bisogno di aiuto con la mobilità, anche al fisioterapista e poi ovviamente ai medici di base” (Intervista 3)

“Perché è un progetto multidisciplinare: l’ifec da solo non fa niente come, da solo, non fa niente l’oss, non fa niente l’assistente sociale” (Intervista 11)

L'implementazione dell'IFeC è stata supportata da sindaci e amministrazioni locali attraverso progetti nazionali ed europei, evidenziando l'importanza del riconoscimento e del supporto non solo a livello comunale ma anche organizzativo. Questo include il sostegno dei coordinatori e della Direzione delle Professioni Sanitarie (DIPSA), sottolineando la necessità di un impegno condiviso tra diverse entità per il successo dell'integrazione dell'IFeC nel sistema sanitario, come afferma un intervistato:

“Grazie all’aiuto fondamentale delle amministrazioni comunali e dei sindaci. [...]. In alcuni comuni è stato il sindaco che ci ha accompagnato a casa delle persone per farci accettare, per farci capire. [...] Quella è stata davvero un bell’ apri-porta perché all’epoca i sindaci mandavano una lettera d’invito a partecipare a questo progetto, quindi anche loro hanno lottato tanto.

Io devo dire nella nostra azienda hanno sempre creduto molto in questa nostra figura, hanno sempre investito tanto in formazione [...] solitamente è l’azienda che ci manda a presentare tutta l’attività che che c’è. Comunque vedi che c’è davvero un riconoscimento e un coinvolgimento anche da parte della direzione.

Essere all'interno di un'istituzione di un'azienda [...] secondo me ha una certa importanza avere alle spalle un'istituzione” (Intervista 17)

La soddisfazione personale, ulteriore fattore favorente, generata dal riconoscimento professionale degli assistiti e dall'appagamento dei bisogni sociali, motiva quotidianamente l'IFeC nel suo lavoro, come dichiarano queste infermiere:

“I pazienti sono veramente molto contenti di quello che facciamo e anche i medici. Questo è già una gratifica” (Intervista 3)

“Io ci credo, mi piace. Ho ritrovato uno stimolo a lavorare che avevo perso perché, dopo vent'anni di prestazioni, prestazioni, prestazioni... ripeto, ho ritrovato la voglia di lavorare” (Intervista 4)

I facilitatori come la collaborazione interdisciplinare, il supporto organizzativo e l'autogratificazione, derivanti da feedback positivi esterni e dalla soddisfazione dei bisogni non espressi, sono cruciali per l'infermieristica di famiglia e comunità nel rispondere alle sfide sociodemografiche future, quali l'invecchiamento della popolazione e l'aumento degli anziani con patologie croniche. Questi elementi nutrono la speranza di un futuro promettente per questa professione infermieristica e pone le basi per un sistema di assistenza più resiliente e capillare, come ha dichiarato un'intervistata:

“E se fosse che in futuro venisse potenziato ulteriormente proprio il nostro ruolo, sarebbe l'ideale perché si potrebbe fare la differenza proprio in previsione di questo aumento di anziani, di questo aumento di popolazione che invecchia [...] Essendocene di più, si potrebbero prendere in carico anche altre patologie” (Intervista 2)

Per ulteriori quotations si può consultare la tabella presente in allegato.

4. DISCUSSIONI

I risultati preliminari dello studio evidenziano che la maggior parte degli IFeC (96%) attribuisce grande importanza alla promozione della salute e alla prevenzione, sottolineando la necessità di un approccio alla cura che sia personalizzato e innovativo. Questa visione si basa solidamente sulla letteratura internazionale e riflette i principi espressi nella Carta di Ottawa del 1986 dall'OMS, che enfatizza l'importanza di adottare uno stile di vita salutare, un'alimentazione corretta, la riduzione dell'uso di sostanze nocive e l'incoraggiamento all'attività fisica (Camedda et al., 2021).

Il focus sul paziente e l'approccio olistico alla cura sono centrali nelle attività degli IFeC, come confermato dalla maggioranza dei partecipanti (96%) a questo studio. Tale campo d'azione è ulteriormente rinfrancato dalla letteratura, in particolar modo dallo studio di Dellafiore et al. (2022), che evidenzia come l'assistenza sanitaria primaria rappresenti il principale ambito di intervento per gli IFeC. Essi adottano una visione globale mirata a rispondere ai bisogni di salute dell'individuo per tutta la vita, in accordo con le linee guida dell'OMS. Inoltre, lo studio di Mercadelli et al. (2019) illustra la capacità di questi professionisti di identificare i bisogni sociali e sanitari, guidando pazienti, famiglie e comunità verso i servizi più adeguati o sollecitando interventi professionali specifici. Quest'abilità si allinea al D. M. 77/2022, che regola l'IFeC definendo le sue capacità nel riconoscere i bisogni di salute, promuovere la prevenzione, gestire la salute per tutte le età e migliorare l'accessibilità e l'orientamento ai servizi per assicurare una presa in carico efficace dei pazienti (Gazzetta Ufficiale, 2022).

Il 91% dei partecipanti apprezza l'approccio proattivo e l'autonomia nel proprio ruolo professionale, evidenziando una differenza significativa rispetto alla natura prestazionale e prescrittiva dell'ADI. L'autonomia di azione degli IFeC in Italia è più ristretta rispetto ai loro colleghi internazionali. Infatti, in nazioni quali Australia, Botswana, Canada, Finlandia, Irlanda, Nuova Zelanda, Norvegia, Sudafrica, Spagna, Svezia, Paesi Bassi, Regno Unito, Stati Uniti e Zimbabwe, agli infermieri è concessa la possibilità di prescrivere farmaci. (Gielen et al., 2014; Weeks et al., 2016; Nuttal, 2017; Romero-Collado et al., 2017). Al contrario, in Italia questa pratica è limitata ai

medici, escludendo la prescrizione non medica di farmaci, ausili e dispositivi finanziati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Tuttavia, uno scenario realistico proposto da Mercadelli et al. (2019) potrebbe vedere l'introduzione dell'infermiere prescrittore, abilitato a prescrivere ausili e dispositivi usati abitualmente nelle cure infermieristiche quotidiane.

L'importanza degli IFeC nel sistema sanitario viene enfatizzata da studi che ne evidenziano il ruolo nel miglioramento della continuità assistenziale per pazienti con malattie croniche e nella promozione dell'empowerment comunitario tramite collaborazioni interdisciplinari (Gasperini et al., 2023; AIFeC, 2018). Questi aspetti sottolineano la funzione degli IFeC non solo nell'ambito dell'assistenza sanitaria ma anche nel promuovere il benessere sociale, evidenziando la necessità di politiche che rafforzino il loro ruolo nel sistema di welfare (Mercadelli et al., 2019). È emerso, infatti, che l'azione degli IFeC ha avuto un impatto notevole sull'aumento della sopravvivenza dei pazienti, sul miglioramento della qualità della vita e sugli esiti clinici, oltre a determinare una riduzione dei tassi di riammissione ospedaliera (Dellafiore et al., 2022). Studi aggiuntivi hanno evidenziato il ruolo cruciale dell'infermieristica di famiglia e comunità nell'ottimizzazione dell'uso delle risorse sanitarie, riducendo gli accessi non necessari al dipartimento di emergenza e accettazione (DEA), le ammissioni ospedaliere complessive e le riammissioni, il che si traduce in una significativa riduzione dei costi per il SSN (Mercadelli et al., 2019).

Questa evidenza sottolinea l'efficacia dell'IFeC nel dedicare ai pazienti le cure più appropriate, prevenendo situazioni di sovraccarico delle strutture d'emergenza e promuovendo una gestione sanitaria più sostenibile. In questo contesto, l'introduzione formale dell'infermieristica di famiglia e comunità in Italia, ispirata dagli esempi positivi di Slovenia e Scozia, dove la professione ha già ricevuto un riconoscimento ufficiale, diventa un'azione strategica fondamentale (Hennessy et al., 2006; Murray, 2010; Martin et al., 2013). Questo riconoscimento, per essere efficace, richiede l'implementazione di specifiche forme contrattuali, che non solo formalizzano il ruolo degli IFeC ma anche valorizzano il loro contributo essenziale nel contenimento dei costi sanitari e nell'ottimizzazione dell'assistenza, dimostrando così l'interconnessione diretta tra la valorizzazione professionale degli IFeC e gli impatti positivi sulla gestione delle risorse sanitarie (Mercadelli et al., 2019).

Questa strategia non solo potrebbe valorizzare il ruolo degli IFeC ma anche enfatizzare le competenze essenziali che agiscono nel sistema sanitario. Quelle emergenti in questo studio sono relazionali, comunicative e organizzative e sono fondamentali per superare l'approccio tradizionalmente medico-centrico, consentendo risposte autentiche ed efficaci alle complesse esigenze dei pazienti e delle loro famiglie (Dellafiore et al., 2022). Inoltre, l'importanza attribuita all'educazione sanitaria rispecchia il consenso nella letteratura sull'essenzialità di tale competenza, vitale sia per il benessere individuale che per la promozione della salute a livello familiare e comunitario. (Dellafiore et al., 2022). Le interviste hanno mostrato che queste competenze sono soft skills. Esso sono abilità avanzate in quanto accrescono la capacità di gestire carichi di lavoro complessi con maggiore autonomia, giudizio e responsabilità (Conti et al., 2021). Queste abilità richieste per un esercizio professionale efficace vengono acquisite tramite una formazione specifica essenziale, includendo master universitario in infermieristica di famiglia e comunità o corsi regionali, al momento attivi solo nella regione Piemonte (FNOPI, 2020a). Tale connessione tra soft skills avanzate e formazione specializzata è ulteriormente sostenuta dalla letteratura, che identifica i programmi formativi come essenziali per sviluppare le competenze necessarie per un approccio infermieristico di successo (Dellafiore et al., 2022). La formazione degli IFeC è molto variegata in base ai diversi contesti geografici, evidenziando un panorama internazionale in cui ogni paese si adatta alle proprie necessità sanitarie e ai propri standard educativi. Al di fuori dell'Europa, come in Africa e Cina, esistono programmi annuali post-laurea specifici, mentre negli Stati Uniti alcuni corsi sono parte integrante della formazione di base. Nel Regno Unito, lo sviluppo di competenze specifiche per gli IFeC avviene attraverso programmi di formazione, della durata di dieci giorni, post-esperienza semestrale sul campo (Dellafiore et al., 2021). Tuttavia, la mancanza di uniformità nella formazione e nel ruolo degli IFeC, riflette una sfida più ampia nell'implementazione efficace di questa figura professionale all'interno dei sistemi sanitari europei. Ad esempio, in Scozia, l'IFeC si forma tramite un percorso formativo di 45 settimane che integra teoria e pratica. In Svezia e in Irlanda, sono richiesti una formazione avanzata, che prevede un master biennale, e due anni di pratica clinica, mentre in Slovenia sono necessari corsi post-laurea specifici e in

Spagna è richiesta una specializzazione biennale in infermieristica di famiglia e comunità (Conti et al., 2021).

In Italia, questa sfida è accentuata da ostacoli quali resistenze professionali e una carenza di personale qualificato, come indicato da FNOPI (2023) e Busca et al. (2021), suggerendo che, oltre alle necessità formative, esistono barriere strutturali e culturali significative che devono essere superate per integrare pienamente il ruolo dell'IFeC nel tessuto sanitario nazionale. Questa situazione sollecita un dialogo aperto e costruttivo tra gli stakeholder sanitari per promuovere una maggiore armonizzazione nella formazione degli IFeC e superare le resistenze esistenti, puntando verso una valorizzazione concreta di questa professione essenziale per l'assistenza primaria e comunitaria. Si osserva in particolare una certa riluttanza da parte dei medici a instaurare una collaborazione piena e una condivisione di responsabilità con gli infermieri, dovuta a una storica gerarchia professionale (Vegesna et al., 2016). Inoltre, si evidenzia che la resistenza all'implementazione degli IFeC deriva principalmente dalla scarsa familiarità con questa figura professionale, con il 70% degli intervistati che segnala una mancanza di conoscenza di questo ruolo tra gli utenti. Busca et al. (2021) identificano la mancanza di consapevolezza e comprensione del ruolo infermieristico come uno dei fattori principali che ostacolano l'accettazione di questa figura professionale, aggiungendo che la carenza di risorse rappresenta un significativo impedimento all'implementazione dell'IFeC.

Ad oggi il numero di IFeC è notevolmente inferiore rispetto al fabbisogno indicato dal D.M. 77/2022, che prevede 1 IFeC ogni 3000 abitanti, limitando così l'assistenza sanitaria per certi gruppi di popolazione e frenando lo sviluppo dei servizi di assistenza. Il rapporto IFeC - popolazione varia a seconda del contesto geografico, come dimostrato da Conti et al. (2021) con esempi dall'Irlanda, 1 IFeC ogni 4000 abitanti; e dalla Spagna, 1: 1500-2000 utenti. L'assenza in Italia di un sistema strutturato per valutare la qualità dell'assistenza primaria complica ulteriormente la definizione di un numero adeguato di pazienti per ciascun infermiere (Manzoli et al., 2014).

Per agevolare l'implementazione dell'IFeC nel sistema sanitario italiano è cruciale riconoscerne formalmente il ruolo attraverso contratti specifici, inserire l'IFeC nella rete dei servizi sanitari, affrontare il conflitto interprofessionale, e superare le barriere legislative relative alla prescrizione. È inoltre necessario stabilire un rapporto diretto e personalizzato tra IFeC e pazienti, richiedendo un impegno organizzativo, decisioni politiche mirate e una riflessione approfondita sulle potenzialità dell'assistenza infermieristica di famiglia e comunitaria per potenziare l'assistenza sanitaria e rafforzare il ruolo degli infermieri nella comunità. Questo approccio si lega strettamente ai facilitatori per l'implementazione di questo ruolo, che emergono da questo studio e includono la collaborazione interdisciplinare, il supporto organizzativo e l'autogratificazione professionale, elementi chiave per una pratica efficace e per il raggiungimento di un sistema di assistenza sanitaria più coeso e centrato sul paziente. Gli IFeC collaborano con una varietà di professionisti nel contesto comunitario, inclusi medici, infermieri territoriali e ospedalieri, fisioterapisti, nutrizionisti e assistenti sociali, per integrare i servizi sanitari e sociali in conformità alle normative, specificatamente il D.M 77/2022. Questa cooperazione si estende anche ai familiari, ai caregiver e al terzo settore, facilitando una gestione efficace dell'assistenza. Come dimostrato dalle interviste condotte e dalla letteratura pertinente, l'infermiere non opera in isolamento ma svolge le proprie funzioni autonomamente o in collaborazione, essendo parte di un team multidisciplinare (Dellafiore et al., 2022). Il sostegno all'implementazione dell'IFeC proviene anche da sindaci e amministrazioni locali attraverso iniziative nazionali ed europee, sottolineando l'importanza del riconoscimento e del supporto a livello sia comunale che organizzativo. Questo include l'appoggio di coordinatori e della Direzione delle Professioni Sanitarie (DIPSA), evidenziando l'essenzialità di un impegno collettivo per il successo dell'integrazione dell'IFeC nel sistema sanitario, come si evince da questo studio. Infine, la soddisfazione personale emerge come un ulteriore elemento favorevole, stimolata dal riconoscimento professionale ricevuto dai pazienti e dalla soddisfazione dei loro bisogni sociali, fattori che motivano quotidianamente gli IFeC nel loro lavoro. Studi hanno documentato un elevato grado di soddisfazione dei pazienti riguardo alle cure ricevute dagli IFeC (Savini et al., 2021) e gli stessi IFeC hanno espresso un alto grado di soddisfazione lavorativa, favorito dalla continuità

delle cure olistiche e dalla partecipazione attiva di pazienti e famiglie ai programmi educativi (Dellafiore et al., 2022).

Prospettive future

Le prospettive future evidenziano l'importanza di un riconoscimento formale del ruolo degli IFeC attraverso un approccio olistico all'assistenza sanitaria, che valorizza le competenze avanzate richieste per affrontare le sfide sanitarie contemporanee. La formazione mirata, l'integrazione degli IFeC nei team di cura, e il sostegno politico e organizzativo sono cruciali per sviluppare un sistema di assistenza resiliente, centrato sulle esigenze dei pazienti e incentrato sul benessere collettivo (Dellafiore et al., 2022). Gli IFeC si rivelano una risorsa fondamentale per migliorare l'accessibilità e la qualità dell'assistenza sanitaria, richiedendo una sinergia tra professionisti sanitari, enti di formazione, e policymaker per superare le sfide attuali e future, orientandosi verso un sistema sanitario equo, inclusivo e centrato sul paziente (FNOPI, 2020a). Questo sistema dovrebbe rispondere efficacemente alle tendenze sociodemografiche italiane, quali l'invecchiamento della popolazione e l'incremento degli anziani soli o degli over 65 affetti da almeno una patologia cronica.

L'attuazione del PNNR offre un'opportunità unica per accelerare l'integrazione e l'espansione del ruolo degli IFeC nel sistema sanitario italiano, sfruttando l'investimento in risorse per l'innovazione e il miglioramento dei servizi sanitari e assistenziali, come previsto nella Missione 6 (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2021). Si prevede che la figura dell'IFeC acquisirà una maggiore centralità, grazie all'impulso dato dal PNNR verso un'assistenza sanitaria più accessibile, equa e incentrata sul paziente (FNOPI, 2023). Tuttavia, è necessario superare le barriere strutturali e culturali che attualmente ostacolano la piena realizzazione del potenziale degli IFeC, tra cui resistenze professionali, mancanza di personale qualificato, e carenze nei sistemi informatici e comunicativi (Busca et al., 2021).

Le politiche future dovrebbero concentrarsi sul riconoscimento formale del ruolo degli IFeC attraverso l'istituzione di contratti specifici e l'inclusione sistematica di questi professionisti nei team di cura, come suggerito da Mercadelli et al. (2019). Promuovere una formazione specializzata e continua, rispondente alle esigenze

emergenti in campo sanitario e alla crescente complessità dei casi assistenziali è essenziale (Caruso et al., 2016; Bidone et al., 2021). Parallelamente, si dovrebbero implementare sistemi informatici avanzati per facilitare la comunicazione e lo scambio di informazioni tra gli IFeC e gli altri professionisti della salute, potenziando così la gestione integrata del paziente (Manzoli et al., 2014). Stimolare la partecipazione attiva di pazienti e famiglie nei programmi educativi e nelle decisioni relative alla cura aumenterà la soddisfazione e l'efficacia degli interventi (Dellafiore et al., 2022).

La ricerca futura dovrà concentrarsi sulla valutazione dell'impatto delle politiche del PNRR sull'effettiva integrazione degli IFeC, monitorando gli esiti sulla qualità dell'assistenza, sulla riduzione dei costi per il sistema sanitario nazionale e sul benessere dei pazienti. Sarà inoltre cruciale esplorare come la formazione e il supporto agli IFeC possano essere ulteriormente migliorati, tenendo conto delle specificità regionali e dei contesti internazionali (Dellafiore et al., 2022).

Limiti dello studio

Questo studio presenta diverse limitazioni intrinseche che meritano di essere riconosciute e discusse. Tra i limiti potenziali si include in primo luogo il metodo di campionamento per convenienza adottato. Sebbene questo metodo sia pragmatico per ragioni di accessibilità e praticità, può compromettere la generalizzabilità dei risultati. La selezione dei partecipanti basata sulla loro disponibilità, piuttosto che su un campionamento casuale, potrebbe introdurre un bias di selezione, rendendo i risultati meno rappresentativi dell'intera popolazione degli IFeC. Di conseguenza, estendere le conclusioni a tutti gli IFeC operanti in contesti diversi o in altre regioni al di fuori del nord Italia potrebbe risultare problematico.

Un secondo limite concerne la dimensione del campione che, seppur considerata adeguata a studi qualitativi, potrebbe non assicurare la saturazione dei dati in tutte le aree tematiche esplorate. Per quanto riguarda gli strumenti utilizzati, il ricorso al Voice over Internet Protocol (VoIP) per condurre le interviste, nonostante offra vantaggi di flessibilità e riduzione dei costi, potrebbe aver influenzato la qualità della comunicazione. Problemi tecnici quali ritardi o interruzioni della connessione, presenti nelle trascrizioni delle interviste, potrebbero aver limitato l'efficacia

dell'interazione tra il ricercatore e i partecipanti, influenzando negativamente la raccolta dei dati. In aggiunta, l'analisi del contenuto secondo Mayring rappresenta una metodologia solida per l'elaborazione dei dati qualitativi, tuttavia, l'interpretazione dei risultati resta influenzata dalla soggettività dei ricercatori. Nonostante gli sforzi volti a garantire l'obiettività attraverso pratiche quali il bracketing e la triangolazione, che include il coinvolgimento di più analisti per ridurre il rischio di bias, le percezioni personali e i preconcetti dei ricercatori possono ancora influenzare l'analisi e l'interpretazione dei dati. Questo rischio di bias interpretativo si lega anche alla riflessività del ricercatore, ovvero alla sua consapevolezza di come esperienze personali, valori e pregiudizi possano influenzare il processo di ricerca. Nonostante gli sforzi per mantenere un elevato standard etico e obiettivo, il background e le aspettative dei ricercatori potrebbero avere influenzato la selezione dei temi, la formulazione delle domande e l'interpretazione dei dati. Infine, la specificità del contesto e delle esperienze individuali degli IFeC intervistati, limita la generalizzabilità dei risultati ad altri contesti o popolazioni.

In conclusione, sebbene lo studio offra spunti preziosi sul ruolo dell'IFeC, è essenziale tenere in considerazione queste limitazioni nell'interpretazione e nell'applicazione dei risultati.

5. CONCLUSIONI

Questo studio enfatizza con vigore la necessità di valorizzare la figura dell'IFeC attraverso un'azione sinergica che coinvolga professionisti sanitari, istituzioni educative e decisori politici. È essenziale sviluppare percorsi di formazione avanzati e facilitare l'integrazione degli IFeC nel sistema sanitario, promuovendo al contempo una collaborazione interprofessionale. Questa strategia ambisce a concretizzare una concezione di assistenza sanitaria che sia profondamente accessibile, inclusiva e centrata sulle esigenze dei pazienti. Un impegno comune verso questi principi si prefigge di migliorare significativamente il benessere della comunità, orientando il sistema di assistenza verso una maggiore resilienza, equità e attenzione alle necessità dei pazienti. Questa direzione non rappresenta solo un traguardo desiderabile per

l'Italia ma emerge come un paradigma aspirazionale per i sistemi sanitari a livello internazionale, posizionando l'IFeC come fulcro per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria, impegnato attivamente nella prevenzione, nella promozione della salute e nell'educazione continua.

Gli IFeC, infine, rappresentano un avanzamento nel modello di assistenza sanitaria, ponendo l'accento su prevenzione, educazione e cura personalizzata. Questo approccio indica una rotta promettente verso un sistema sanitario che sia più inclusivo, resiliente e centrato sulle esigenze dei cittadini. Realizzare tale potenziale necessita di una cooperazione intensa tra responsabili delle politiche, professionisti del settore e la comunità, mirando all'innovazione nelle pratiche di assistenza e consolidando il ruolo degli IFeC come colonne portanti dell'assistenza primaria e comunitaria.

Bibliografia

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. (2023). Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità. www.agenas.gov.it

Alvino S., Mazzarino B., Piccione Y., Papathanasiou, I. v., Fradelos, E. C., Kastanidou, S., Garani, G., Tsaras, K., Papagiannis, D., Diab, M., Oertel, L., Pozzi, F., Dagnino, F., Manganello, F. (2018). FCN EUROPEAN CURRICULUM- FINAL REVIEW. EQF7 LEVEL- FINAL DRAFT. ENhANCE project (2976; 001-001).

Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità. (2018). Il profilo dell'infermiere di famiglia e di comunità. www.aifec.it

Asvall, J. E. (2000). Health for all in the 21st century a policy framework for the WHO European Region. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 13(1).

Bidone, S., Pagano, B., Garlasco, J. (2021). Evaluation of self-perceived competence among Family and Community Nurses who attained the Master's Degree at the University of Eastern Piedmont (2013-2019): An exploratory survey. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 40(1). <https://doi.org/10.1702/3599.35804>

Busca, E., Savatteri, A., Calafato, T. L., Mazzoleni, B., Barisone, M., Dal Molin, A. (2021). Barriers and facilitators to the implementation of nurse's role in primary care settings: an integrative review. *BMC Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00696-y>.

Camedda, C., Scalorbi, S., Longobucco, Y. (2021). The Family and Community Nurse Core Competencies: integration of European standards into the Italian context. *Acta Biomedica*, 92. <https://doi.org/10.23750/ABM.V92IS2.11898>.

Caruso, R., Fida, R., Sili, A., Arrigoni, C. (2016). Towards an integrated model of nursing competence: an overview of the literature reviews and concept analysis. In *Professioni infermieristiche* (Vol. 69, Issue 1). <https://doi.org/10.7429/pi.2016.691035>

Consiglio d'Europa. (1967). Accordo europeo sull'istruzione e formazione degli infermieri.

Conti, A., Albanesi, B., Busca, E., Martini, L., Costa, C., Campagna, S. (2021). L'infermiere di famiglia e comunità: panoramica sull'esercizio della professione in Europa. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 40(3).

Decreto Legge 19 maggio 2020, n.34. Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19., *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* (2020).

Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158. Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute., *Pub. L. No. 158/2012, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* (2012).

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421, *Pub. L. No. 502/1992, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* (1992).

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085), *Pub. L. No. 77/2022, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* (2022).

Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994 n 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* (1994).

Dellafiore, F., Caruso, R., Cossu, M., Russo, S., Baroni, I., Barello, S., Vangone, I., Acampora, M., Conte, G., Magon, A., Stievano, A., Arrigoni, C. (2022). The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review. *In International*.

Denzin, N. K. (2017). The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods. *In The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. <https://doi.org/10.4324/9781315134543>

Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A., McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing*, 25(5). <https://doi.org/10.1177/1744987119880234ENhANCE>. (2021).

European Regional. (2018). CoNSENSo Nuovo modello sociosanitario di assistenza alle persone anziane.

Federazione Nazionale degli Ordini e delle Professioni Infermieristiche. (2020a). Position Statment. Infermiere di famiglia e di comunità.

Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. (2020b). Memoria della Federazione Nazionale delle Professioni Infermieristiche sull'Atto Senato 1346 "Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare."

Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. (2022). Dossier infermieri. Numeri, carenza, retribuzioni e formazione. *Quotidiano Sanità-Lavoro e Professioni*.

Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. (2023). Infermiere di famiglia: sarà un dipendente del Ssr e lavorerà sia negli ambulatori che al domicilio dei pazienti. Arrivano le linee d'indirizzo di Agenas. *Quotidiano Sanità-Lavoro e Professioni*.

Gasperini, G., Renzi, E., Longobucco, Y., Cianciulli, A., Rosso, A., Marzuillo, C., de Vito, C., Villari, P., Massimi, A. (2023). State of the Art on Family and Community Health Nursing

Gielen, S. C., Dekker, J., Francke, A. L., Mistiaen, P., Kroezen, M. (2014). The effects of nurse prescribing: A systematic review. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 51, Issue 7). <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003>.

Hennessy D. and Gladin L. (2006) Report on the evaluation of the WHO multicountry Family Health Nurse pilot study. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Istituto Nazionale di Statistica. (2023a). Natalità e fecondità della popolazione residente.

Istituto Nazionale di Statistica. (2023b). Previsioni della popolazione residente e delle famiglie.

Khatri, R. B., Endalamaw, A., Erku, D., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., Assefa, Y. (2023). Preparedness, impacts, and responses of public health emergencies towards health security: qualitative synthesis of evidence. *Archives of Public Health*, 81(1), 208. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01223-y>

Korstjens, I. and Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1). <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>

Kuckartz, U. (2014). Qualitative Text Analysis: A Guide to Methods, Practice & Using Software. In *Qualitative Text Analysis: A Guide to Methods, Practice & Using Software*. <https://doi.org/10.4135/9781446288719>

La Redazione (2020). Infermiere di famiglia e comunità, l'identikit delle Regioni. Nurse24. <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/infermiere-di-famiglia-e-comunita-position-statement-fnopi-regioni.html>

Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità. Ex Legge 17 luglio 2020 n. 77, Pub. L. No. N. 3909, Regioni.it (2020).

Mayring, P. (2014). Qualitative content analysis: Theoretical foundation, basic procedures and software solution (free download via Social Science Open Access Repository SSOAR). *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 10.

Mayring, P. A. E. (2022). Qualitative content analysis. In *International Encyclopedia of Education: Fourth Edition*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818630-5.11031-0>.

Manzoli, L., Flacco, M. E., de Vito, C., Arcà, S., Carle, F., Capasso, L., Marzuillo, C., Muraglia, A., Samani, F., Villari, P. (2013). AHRQ prevention quality indicators to assess the quality of primary care of local providers: A pilot study from Italy. *European Journal of Public Health*, 24(5). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt20>

Marcadelli, S., Stievano, A., Rocco, G. (2019). Policy proposals for a new welfare: the development of the family and community nurse in Italy as the key to promote

social capital and social innovation. *Primary Health Care Research & Development*, 20. <https://doi.org/10.1017/S146342361800083X>

Martin, P., Duffy, T., Johnston, B., Banks, P., Harkess-Murphy, E., Martin, C. R. (2013). Family Health Nursing: A Response to the Global Health Challenges. *Journal of Family Nursing*, 19(1). <https://doi.org/10.1177/1074840712471810>

McCance, T., Dickson, C. A. W., Daly, L., Boomer, C. A., Brown, D., Lynch, B., MacArthur, J., Mountain, K., McCormack, B. (2020). Implementing person-centred key performance indicators to strengthen leadership in community nursing: A feasibility study. *Journal of Nursing Management*, 28(6). <https://doi.org/10.1111/jonm.13107>

Menarello, G. (2020, March 24). La figura dell'infermiere di famiglia e di comunità. *Welforum.It*.

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2021). PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA #NEXTGENERATIONITALIA

Murray, R., Caulier-grice, J., Mulgan, G. (2010). The open book of social innovations. *Social Innovator Series: Ways to Design, Develop and Grow Social Innovation*. In *The Young Foundation* (Vol. 30, Issue 8).

Nuttall, D. (2018). Nurse prescribing in primary care: A metasynthesis of the literature. *Primary Health Care Research and Development*, 19(1). <https://doi.org/10.1017/S1463423617000500>

Organizzazione Mondiale della Sanità (1986). La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute. *The Ottawa Charter for Health Promotion 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute*.

Organizzazione Mondiale della Sanità (1998). HEALTH 21- Dichiarazione della Sanità Mondiale.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2000). L'INFERMIERE DI FAMIGLIA. Contesto, struttura concettuale e curriculum.

- Pellizzari, M. (2013). *L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi* (McGraw-Hill Education, Ed.).
- Phillips, A. (2016). Supporting smoking cessation in older patients: A continuing challenge for community nurses. *British Journal of Community Nursing*, 21(9). <https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.9.457>
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2019). Patto per la Salute per gli anni 2019-2021, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.
- Regioni e Province Autonome. (2020, September 17). Infermiere di famiglia e di comunità linee di indirizzo ex L. 17 luglio 2020 n. 77. *Regioni.It* n. 3909.
- Roden, J., Jarvis, L., Campbell-Crofts, S., Whitehead, D. (2016). Australian rural, remote and urban community nurses' health promotion role and function. In *Health Promotion International* (Vol. 31, Issue 3). <https://doi.org/10.1093/heapro/dav018>
- Romero-Collado, A., Raurell-Torreda, M., Zabaleta-Del-Olmo, E., Rascon-Hernan, C., Homs-Romero, E. (2017). Nurse prescribing in Spain: The law and the curriculum. *Nursing and Health Sciences*, 19(3). <https://doi.org/10.1111/nhs.12355>
- Saldaña, J. (2016). *The Coding Manual for Qualitative Researchers* (No. 14). Sage.
- Savini, S., Iovino, P., Monaco, D., Marchini, R., di Giovanni, T., Donato, G., Pulimeno, A., Matera, C., Quintavalle, G., Turci, C. (2021). A family nurse-led intervention for reducing health services' utilization in individuals with chronic diseases: The ADVICE pilot study. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(3). <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.05.001>
- Simeone, S., Vellone, E., Virgolesi, M., Sterling, M. R., Alvaro, R., Pucciarelli, G. (2022). "I found myself alone" – A phenomenological study of the home care workers' experience during the COVID-19 pandemic. *Nursing and Health Sciences*, 24(2). <https://doi.org/10.1111/nhs.12935>
- Skingley, A. (2013). Older people, isolation and loneliness: Implications for community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 18(2). <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.2.84>

Smith, M. C., Chinn, P. L., Nicoll, L. H. (2021). Knowledge for Nursing Practice: Beyond Evidence Alone. *Research and Theory for Nursing Practice*, 35(1). <https://doi.org/10.1891/RTNP-D-20-00095>

Vegesna A, Coschignano C, Hegarty SE, Karagiannis T, Polenzani L, Messina E, Zoli R., Maio V. (2016) Attitudes towards physician–nurse collaboration in a primary care team-based setting: survey-based research conducted in the chronic care units of the Tuscany region of Italy. *Journal of Interprofessional Care* 30, 65–70.

Vicarelli, G. M. and Bronzini, M. (2009). From the “expert patient” to “expert family”: A feasibility study on family learning for people with long-term conditions in Italy. *Health Sociology Review*, 18(2), 182–193. <https://doi.org/10.5172/hesr.18.2.182>

Vidal Cabrera, R. Y. (2021). Infermiere di famiglia e di comunità: rilevanza nella società e le competenze sviluppate in alcuni paesi della Comunità Europea. *Revisione della letteratura*.

Weeks, G., George, J., Maclure, K., Stewart, D. (2016). Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2016, Issue 11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011227.pub>

Allegati

1. Tabella quotations

TEMI	CATEGORIE	SOTTOCATEGORIE	QUOTATIONS IFeC
Ruolo	AREE CARATTERIZZANTI	Prevenzione	<p><i>“facciamo bene la prevenzione di quelli che sono dei piccoli incidenti domestici che evitano una frattura [...] Ma sappiamo che, se noi lavoriamo sulla prevenzione di corretti stili di vita dei giovani, i bambini di oggi, i giovani di oggi saranno l’adulto di domani”</i> intervista 11</p>
		Promozione della salute	<p><i>“abbiamo aperto un servizio di medicina proattiva”</i> intervista 7</p> <p><i>“noi lavoriamo molto sulla prevenzione, la promozione della salute, dei sani stili di vita, lavorando su una temporale va da 0 ai 100 anni”</i> intervista 10</p> <p><i>“attività fisica adeguata gestita dai servizi di promozione [...] e poi noi abbiamo proprio implementato i Gruppi di Cammino sul territorio per persone che abitualmente non</i></p>

			<p><i>camminavano</i></p> <p><i>Una mission comune con l'IFeC per promuovere un invecchiamento sano e attivo al proprio domicilio. Quindi questa cultura aiuta un invecchiare bene, perchè è vero che si invecchia ma, si può invecchiare bene e senza essere istituzionalizzato-ospedalizzato”</i> intervista 11</p>
		<p>Educazione sanitaria</p>	<p><i>“Dove vediamo e troviamo dei gap iniziamo ad intervenire con l'educazione terapeutica”</i> intervista 4</p> <p><i>“fare interventi educativi, pillole di salute come le abbiamo chiamate noi con più argomenti che rinnoviamo”</i> intervista 11</p> <p><i>“svolgiamo anche degli incontri di gruppo per portarli a conoscere la loro patologia: diamo indicazioni su che cos'è la patologia, ad esempio la BPCO, sul corretto utilizzo delle terapie o un modo adeguato di alimentazione.</i></p> <p><i>Nelle scuole viene proprio svolto, dove i familiari lo richiedono, l'intervento di un sanitario per poter</i></p>

		<p><i>spiegare l'importanza dell'utilizzo di determinati farmaci salvavita all'interno dell'ambito scolastico”</i> intervista 20</p> <p><i>“ facciamo una formazione ai docenti che hanno dei bambini con bisogni sanitari specifici”</i> intervista 21</p>
	Presa in carico	<p><i>“andiamo a fare una presa in carico il più possibile olistica, sulla persona ma anche e soprattutto, fondamentale sulla famiglia perché non ci focalizziamo solo sulla persona, non solo sul bisogno sanitario ma anche sul bisogno sociale. Non solo sulla singola persona ma su tutto il nucleo familiare “</i>intervista 10</p>
	Punto di riferimento	<p><i>“essere il riferimento, essere il punto fermo a cui fare una domanda, a cui porre un dubbio, un problema”</i> intervista 2</p> <p><i>“punto di riferimento alla fine per ogni bisogno perché riusciamo comunque ad attivare la rete corretta per ogni tipo di bisogno”</i> intervista 4</p> <p><i>“il riferimento per una popolazione o</i></p>

			<p><i>comunque per un percorso rispetto cui magari, non si deve fare nulla ma si deve indirizzare a un servizio o comunque rendere abile la persona assistita o ad aggiustarsi da solo o a essere in grado di presentarsi dove gli viene offerto il servizio”</i> intervista 8</p> <p><i>“quella persona che è veramente importante per quella comunità. Un punto di riferimento per la comunità, sia dal punto di vista sociale che dal punto di vista sanitario. Cioè una persona presente, su cui puoi contare, che sa aiutarti a trovare delle risposte”</i> intervista 12</p>
Ruolo	COMPETENZE ESPERITE	Prevenzione, promozione alla salute ed educazione terapeutica	<p><i>“se vengono insegnate delle strategie anche per svolgere il monitoraggio di parametri vitali poi a domicilio in autonomia e insomma viene promossa proprio un'alimentazione sana, l'astensione dal fumo e dall'alcol”</i> intervista 5</p> <p><i>“lo sviluppo della capacità personale perché in tanti pazienti mi sono trovata di fronte alla situazione, il paziente mi dice “non sapevo di”,</i></p>

			<p><i>questa frase tante volte”</i> intervista 9</p> <p><i>“cercare di promuovere il benessere quindi cerchiamo la partecipazione con l’altra persona, creando un’alleanza per riuscire ad attivare vari stili di vita”</i> intervista 10</p>
		<p>Presa in cura</p>	<p><i>“questo è un lavoro che svolgiamo: è proprio la presa in cura del paziente a livello globale”</i> intervista 4</p> <p><i>“noi stiamo facendo delle progettazioni anche a livello europeo importanti dove poter fare una presa in carico anche della comunità dei giovani con sani e corretti stili di vita con circuiti delle salute, palestre a cielo aperto”</i> intervista 11</p>
	<p>CONFINI PROFESSIONALI</p>	<p>DIFFERENZA CON ADI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomia • Natura non prestazionale 	<p><i>“l’infermiera ADI va e fa la prestazione e poi prosegue con la sua attività più prestazionale; in questo caso invece c’è proprio la presa in carico totale e una visione proprio più a 360 gradi: si entra proprio in casa si ascoltano i pazienti non solo dal punto di vista sanitario ma anche proprio dal punto di vista emotivo,</i></p>

			<p><i>emozionale” intervista 2</i></p> <p><i>“dividere le due le due cose perché sono completamente diverse. Ecco come tipo di lavoro” intervista 3</i></p> <p><i>Tante volte noi veniamo paragonati alle colleghe delle cure domiciliari. Noi non abbiamo una prestazione da fare” intervista 9</i></p> <p><i>“ la nostra attività era anche altro, non come l’infermiera che andava a domicilio e i medici attivavano come quelle delle cure domiciliari come potesse essere ADI [assistenza domiciliare integrata] o SID [servizio infermieristico domiciliare].Ma era altro e quell’altro era vedere l’assistito in tutta la sua complessità: la famiglia, l’assistito, la possibilità di rete che ci poteva essere intorno. Noi che potevamo essere come collante tra le varie figure professionali” intervista 20</i></p>
		<p>Proattività e Prossimità</p>	<p><i>“E’ un facilitatore della rete, a volte la devi costruire e a volte la spolveri solo perché c’è.</i></p>

			<p><i>Le cure domiciliare si occupano di un'altra parte della piramide della salute, che è la parte più alta, il bisogno fortemente espresso. Sanità di attesa mentre noi siamo sanità d'iniziativa con le pre-fragilità e le fragilità</i></p> <p><i>Un professionista che ha un ruolo proattivo e che lavora nella prossimità perché la vera svolta è lavorare tra la gente”</i> intervista 11</p>
	FORMAZIONE	<p>Master universitario</p> <p>Corso regionale</p>	<p><i>Allora, rispetto al titolo universitario è chiaro che purtroppo c'è stata un'inflazione forse di master senza nessun giudizio, comunque online o comunque ma anche il master universitario vero ci sta. Però mi sto accorgendo man mano che le competenze richieste rispetto a quello che è la mia idea di infermiere famiglia e comunità [...] eccetera richiedono un background molto sostanzioso che forse il master dà un'infarinatura ma non penso che sia così che basti”</i> intervista 8</p> <p><i>“il fatto che è in possesso di specifico titolo universitario cioè non ci</i></p>

			<p><i>inventiamo niente di diverso da quello che è stabilito, c'è un percorso specifico da seguire [...] quindi devi avere una preparazione specifica”</i> intervista 10</p> <p><i>“è un professionista in possesso di specifico titolo post-base perché queste competenze sono competenze avanzate. Perché l’infermieristica di famiglia e comunità è complessa”</i> intervista 11</p>
Competenze attese	RELAZIONALI	Empatia	<i>“le competenze relazionali sono importanti per entrare in relazione con la persona e a creare un rapporto tale da essere un rapporto di fiducia”</i> intervista 10
		Ascolto attivo	<i>“Prima di tutto saper ascoltare, non giudicare mai nessuno e niente [...] un ascolto attivo”</i> intervista 6

	<p>COMUNICATIVE</p>		<p><i>“E anche usare un linguaggio verbale sì, per carità, ma anche non verbale. Saper sia percepire il linguaggio non verbale e sia saper dire le cose con un linguaggio non verbale”</i> intervista 6</p> <p><i>“grossissima capacità di comunicazione che dobbiamo avere con il nostro primo utente, cioè l’assistito e poi con chiunque noi entriamo in contatto: la famiglia, il caregiver, la badante, con i colleghi. Dobbiamo avere grandi capacità comunicative”</i> intervista 20</p>
	<p>TRASVERSALI</p>		<p><i>“devi essere in grado di individuare i bisogni espressi ma anche quelli inespressi per questo ti viene chiesta un’esperienza”</i> intervista 10</p> <p><i>“fai una mappatura della rete formale e informale perché poi è quello che aiuta a lavorare sul territorio”</i> intervista 11</p>

	CONOSCENZE	<ul style="list-style-type: none"> ● Cliniche ● Territorio e rete dei servizi 	<p><i>“conoscere un po’ le patologie che si vanno poi a trattare, a gestire. Bisogna informarsi un po’ su quello che può offrire il territorio. [...] Quindi conoscere un po’ il territorio, quello che offre il territorio”</i> intervista 3</p> <p><i>“conoscenza del territorio, della realtà territoriale prima e dei servizi. Occorre assolutamente conoscere anche quali sono i fattori di fragilità che noi riusciamo a riscontrare per poi poter pianificare gli interventi”</i> intervista 5</p>
Barriere	SISTEMA INFORMATIVO/COMUNICATIVO	<p>Mancanza di comunicazione informazioni nel territorio</p> <p>Mancanza di documentazione lavoro IFeC</p>	<p><i>“Per quanto riguarda l’infermiere di famiglia noi la stiamo creando e quindi non c’è ancora proprio una vera e propria documentazione”</i> intervista 7</p> <p><i>“E poi c’è tanto tanto inserimento dati. Non era stata riconosciuta la nostra attività che fino adesso si è svolta; era tutto su un foglio Excell su una cartella informatizzata ma interna nostra. Ora è presente sulla piattaforma regionale e questo fa sì che, finalmente, l’attività dell’IFeC ci sia e venga riconosciuta”</i> intervista 11</p>

	<p>DIFFIDENZA DA ALCUNE CATEGORIE PROFESSIONALI</p>		<p><i>“è ancora un ruolo nuovissimo e quindi per tanto che se ne parli tanto, non abbiamo le idee chiare neanche noi infermieri “intervista 1</i></p> <p><i>“non è proprio conosciuto sia dai colleghi che dai medici e quindi ancora non si capisce bene cosa si deve fare” intervista 7</i></p> <p><i>“un medico di medicina generale mi ha telefonato inveendo contro di me, ma non così personalmente a me. Comunque, dicendomi che i pazienti erano suoi” intervista 8</i></p> <p><i>“siamo stati un po' visti come figure invadenti e che potevano usurpare la professionalità del medico di medicina generale” intervista 20</i></p>
	<p>DIFFIDENZA DALL'UTENZA</p>		<p><i>“loro hanno detto che loro non credevano assolutamente che esistesse quel tipo di servizio e che comunque non avevano bisogno di niente quando in realtà la signora era allettata “intervista 11</i></p> <p><i>“tanti mi dicevano che non avevano bisogno e che nel caso avrebbero sentito il medico “intervista 12</i></p>

	RAPPORTO RISORSE/NECESSITA'		<p><i>“Io vedo magari la mancanza di personale. Perché ovviamente se c'è poco personale, quello che va un po' più in sofferenza è la parte dell'infermieristica di famiglia”</i> intervista 3</p> <p><i>“allora siamo troppo poche, troppo poche, poche, pochissime e facciamo una fatica incredibile a fare quello che facciamo”</i> intervista 20</p>
Facilitatori	COLLABORAZIONE INTERDISCIPLINARE	Collaborazione con i professionisti e con l'utenza	<p><i>“Abbiamo il collegamento in realtà, è proprio un collegamento molto stretto che riusciamo ad instaurare con la famiglia quindi con il caregiver. E' molto importante. Dove vediamo che ci sono delle fragilità anche assistenziali o socioassistenziali riusciamo in qualche modo a fare rete anche con figure di assistenza degli assistenti sociali [...] oppure, se necessario, creiamo il collegamento con il servizio dietetico”</i> intervista 5</p> <p><i>“si collabora molto con il medico palliativista ma si collabora anche molto con il medico di famiglia [...] perché collaboriamo anche tanto con</i></p>

			<p><i>i servizi sociali”</i> intervista 6</p> <p><i>“c’è una forte collaborazione con il terzo settore”</i> intervista 10</p>
	<p>SUPPORTO ORGANIZZATIVO all’IMPLEMENTAZIONE del RUOLO</p>	<p>Amministrazioni comunali e sindaci</p> <p>Aziendale (DIPSA, coordinatori)</p>	<p><i>“abbiamo avuto anche l’appoggio del distretto e della nostra coordinatrice”</i> intervista 10</p> <p><i>“con grande supporto dalla direzione generale, dal direttore di distretto e del coordinatore infermieristico”</i> intervista 11</p> <p><i>“l’organizzazione aziendale c’è. Qualcuno che creda in te e in quello che, come dire, proponi perché, poi, le proposte ci sono e quindi devono essere accettate e condivise. E su questo io ho sempre trovato appunto assolutamente un terreno fertile sia da parte della direzione appunto delle professioni sanitarie che come dicevo anche da parte dei coordinatori gestionali infermieristici e dei distretti all’interno della nostra azienda”</i> intervista 16</p>

Ringraziamenti

Ringrazio innanzitutto il mio relatore, il professor Alberto Dal Molin, e successivamente le mie correlatrici, la dott.ssa Angela Durante e la dott.ssa Isabella Santomauro, per la guida e il supporto forniti nella stesura di questo elaborato e per avermi introdotto al mondo dell'infermieristica di famiglia e comunità. Un ringraziamento speciale va a tutti i miei docenti, in particolare alla professoressa Montani, per avermi accompagnato e incoraggiato lungo il mio percorso universitario. Desidero inoltre esprimere la mia gratitudine ai miei compagni di viaggio, che negli anni hanno contribuito, ciascuno a suo modo, ad arricchire il mio percorso non solo accademico ma di vita. Un ringraziamento particolare va alle coordinatrici delle diverse unità operative in cui ho avuto l'onore di lavorare, Concetta, Assunta, Patrizia, Ines ed Elena, che hanno dimostrato una sensibilità unica nel sostenermi e incoraggiarmi a non arrendermi, a ricominciare e infine a completare questo percorso di studi. Estendo i miei ringraziamenti a tutti i colleghi e i medici con cui ho collaborato e continuo a lavorare. Un caloroso grazie ai miei cari amici, sia quelli di lunga data, Giulia e Antonio, sia i più recenti, Silvana e Roberto, per avermi supportato e incoraggiato non solo in questa esperienza ma ogni giorno della mia vita. La mia famiglia merita un ringraziamento speciale per il sostegno nei momenti difficili e per la condivisione costante di gioie, paure e dolori. Un affettuoso grazie è dedicato ai miei nonni, a Claudio, a Paola e a tutti coloro che rimarranno per sempre nel mio cuore. Spero di avervi reso orgogliosi. Infine, il mio più grande ringraziamento va ai miei genitori, Lorella e Mario, senza i quali questo traguardo non sarebbe stato possibile.