SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

LINEE DI INDIRIZZO PER IL MODELLO ORGANIZZATIVO E ASSISTENZIALE DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ (IFEC) NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA, IN ATTUAZIONE DEL DM 77/2022

Responsabile del Settore Assistenza Territoriale: Camplone Ilaria – *Regione Emilia-Romagna*

Coordinamento del gruppo di lavoro: Dionisi Sara–*Azienda USL di Bologna e Regione Emilia-Romagna*

Componenti del gruppo di lavoro

Affanni Paola	*Azienda USL di Parma*
Boschi Federica	*Azienda USL della Romagna*
Cacciapuoti Imma	*Azienda USL di Modena*
Colombi Marika	*Regione Emilia-Romagna*
Dal Rio Stefania	*Azienda USL di Bologna*
Ferraresi Annamaria	*Azienda USL di Modena*
Ferri Valeria	*Azienda USL Reggio Emilia*
Marchini Romano	*Azienda USL di Parma*
Mazza Luigi	*Azienda USL di Imola*
Nempi Monica	*Azienda USL di Piacenza*
Ottilia Fabio	*Azienda USL di Piacenza*
Santini Serena	*Azienda USL Reggio Emilia*
Simonazzi Davide	*Azienda USL Reggio Emilia*
Taglioni Mauro	*Azienda USL di Ferrara*
Toschi Roberta	*Azienda USL di Bologna*

Hanno collaborato alla stesura del documento

Badiali Cinzia	*Regione Emilia-Romagna*
Baldini Ambra	*Regione Emilia-Romagna*
Calanca Violetta	*Regione Emilia-Romagna*
Donatini Andrea	*Regione Emilia-Romagna*
Gelati Luca	*Regione Emilia-Romagna*
Franchi Fabia	*Azienda USL di Modena*
Tedaldi Laura	*Regione Emilia-Romagna*

INDICE

Premessa 1

1. Contesto epidemiologico dell'Emilia - Romagna 1

2. Evoluzione storico normativa della figura dell'IFeC 5

3. Breve disamina sui principali framework concettuali 7

3.1. Population Health Management 7

3.2. Population Health Promotion Model 8

3.3. Expanded Chronic Care Model 8

3.4. Modello di assessment familiare di Calgary 9

3.5. Primary Health Care 10

4. Modello organizzativo assistenziale dell'Infermiere di Famiglia e Comunità nel contesto della Regione Emilia-Romagna in applicazione del DM n. 77/2022 11

4.1. Definizione di Infermiere di Famiglia e Comunità 12

4.2. Popolazione di riferimento e ambiti di intervento 14

4.3. *Le competenze dell'Infermiere di Famiglia e Comunità* 18

4.4. Le principali interfacce organizzative e professionali 20

4.5. Attività e funzioni dell'Infermiere di Famiglia e Comunità 24

4.6. Monitoraggio delle attività, tracciabilità e utilizzo di linguaggio standardizzato 28

5. Contenuti formativi dell'Infermiere di Famiglia e Comunità nel contesto della Regione Emilia-Romagnain applicazione del DM n. 77/2022 32

6. Indicatori di monitoraggio 37

7. Indicazioni finali per l'implementazione e lo sviluppo del modello dell'IFeC 39

7.1 Governance del percorso 39

Bibliografia 43

Tavola delle sigle e degli acronimi

AFT	Aggregazione Funzionale Territoriale
AIFeC	Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità
CCLab	Casa Community Lab
CdC	Case della Comunità
CFAM	Calgary Family Assessment Model
CIA	Coefficiente di Intensità Assistenziale
CoNSENSo	Community Nurse Supporting Elderly in a changing Society
COT	Centrale Operativa Territoriale
DGR	Delibera della Giunta Regionale
DM	Decreto Ministeriale
D. Lgs.	Decreto Legislativo
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
DSP	Dipartimento di Sanità Pubblica
ECCM	Expanded Chronic Care Model
ENhANCE	European curriculum for family and community nurse
FAD	Formazione a distanza
FNOPI	Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche
IFeC	Infermiere di famiglia e di Comunità
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
NEA	Numero Europeo Armonizzato
PAI	Piano Assistenziale Individuale
PHC	Primary Health Care
PHM	Population Health Managemnt
PHPM	Population Health Promotion Model
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PUA	Punto Unico di Accesso
RUAP	Ruolo Unico di Assistenza Primaria

SIAD	Sistema Informativo Assistenza Domiciliare
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie
WHO	World Health Organization

Tavola delle tabelle e delle figure

Figura 1	Distribuzione della popolazione residente nelle otto Aziende USL dell'Emilia-Romagna al 1° gennaio 2026.
Figura 2	Densità della popolazione residente nei distretti dell'Emilia-Romagna
Figura 3	Distribuzione della popolazione residente in Emilia-Romagna per sesso e classe di età al 1° gennaio 2026
Figura 4	Tasso di prevalenza delle principali patologie croniche nella popolazione residente
Tabella 1	Attività e funzione dell'IFeC secondo la stratificazione del bisogno di salute
Tabella 2	Strumenti a supporto dell'attività dell'IFeC e del suo lavoro in equipe multiprofessionale
Tabella 3	Indicazioni regionale per i contenuti formativi dell'IFeC
Tabella 4	Fasi di implementazione del modello

Glossario

Advocacy

Intervento orientato a sostenere la persona assistita nell'accesso ai servizi, ai diritti e ai benefici sanitari, sociali e sociosanitari che potrebbero non essere altrimenti garantiti, con l'obiettivo di promuoverne il benessere complessivo. Tale funzione assume particolare rilievo nei contesti caratterizzati da frammentazione dei servizi, complessità delle procedure di accesso o condizioni di vulnerabilità della persona.

Case Manager

In riferimento alla figura dell'IFeC si intende il ruolo di gestione del percorso di cura e assistenza di un individuo, di un gruppo o di un nucleo familiare, garantendo l'integrazione fra i servizi sanitari, sociali e sociosanitari, promuovendo la continuità assistenziale e ottimizzando le risorse a supporto della persona.

Care Manager

In riferimento alla figura dell'IFeC si intende l'assistenza al paziente e/o la famiglia nella pianificazione, gestione e verifica del piano di cura individualizzato, operando in stretta collaborazione con il team multiprofessionale e facilitando l'accesso ai servizi sociosanitari.

Determinanti sociali di salute

Condizioni nelle quali le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, e più ampie forze e sistemi che modellano le condizioni della vita quotidiana. Ad esempio: educazione, reddito, condizioni abitative, condizioni lavorative, accesso ai servizi sanitari.

Determinanti di salute

Fattori personali, sociali, economici, ambientali e culturali che influenzano, in modo diretto o indiretto, lo stato di salute di un individuo, di una comunità o di una popolazione.

Fragilità sociale

Stato in cui una persona è in condizione di rischio o ha già perso risorse, attività o capacità che sono importanti per soddisfare uno o più bisogni sociali basilari nel corso della vita.

Fragilità sanitaria

Condizione clinica in cui l'individuo presenta una vulnerabilità aumentata ad eventi avversi per la salute (es. ricoveri, disabilità, morte) a causa della riduzione delle riserve fisiologiche e della capacità di risposta agli stressori sanitari.

Fragilità sociosanitaria

Condizione complessa che comporta una combinazione di aspetti sanitari (morbilità, ridotta capacità funzionale) e socioassistenziali (isolamento, povertà, scarsa rete di supporto, difficoltà di accesso ai servizi), la quale richiede interventi integrati tra sistemi sanitari e sociali.

Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria

Il termine indica il professionista medico convenzionato con il SSN responsabile dell'assistenza primariala cui denominazione precedente "medico di medicina generale". Si specifica che il ruolo è in fase di evoluzione in relazione ai processi di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, allo sviluppo delle Case della Comunità e all'integrazione multiprofessionale.

Presa in carico

Approccio integrato e centrato sulla persona attraverso cui il sistema sanitario garantisce servizi di qualità lungo tutto l'arco della vita, progettati in base ai bisogni multidimensionali della popolazione e del singolo individuo. Si realizza attraverso un singolo professionista che assume il ruolo di riferimento continuativo per la persona, oppure attraverso un'équipe multiprofessionale coordinata, in funzione della natura e della complessità del bisogno, assicurando continuità, appropriatezza e uso efficiente delle risorse.

Telemedicina

Erogazione di servizi sanitari a distanza mediante l'uso di tecnologie dell'informazione e della comunicazione, al fine di migliorare la gestione clinica e assistenziale, estendere la copertura dei servizi, garantire la continuità assistenziale e favorire l'integrazione tra cure.

Teleassistenza

Erogazione di interventi assistenziali a distanza attraverso strumenti digitali, che consentono al professionista sanitario di supportare, monitorare ed educare la persona assistita e il caregiver, favorendo la continuità dell'assistenza.

Premessa

Con DGR 2221/2022[1] la Regione Emilia-Romagna ha recepito quanto previsto dal DM n. 77 del 2022 rispetto al percorso di potenziamento dell'assistenza territoriale[2]. La DGR stabilisce che l'IFeC è la figura di riferimento incaricata di garantire l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, collaborando con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Tale figura contribuisce a promuovere l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi, ponendo al centro la persona.

Le presenti linee di indirizzo, redatte con la collaborazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da rappresentati delle otto Aziende Sanitarie Regionali, intendono pertanto offrire un quadro orientativo, utile alla definizione dei modelli organizzativi e assistenziali locali,in grado di assicurare l'effettiva implementazione e valorizzazione del ruolo dell'IFeC, in coerenza con gli standard nazionali previsti dal DM n. 77 del 2022. In questa prospettiva vengono pertanto delineati il ruolo e le funzioni dell'IFeC all'interno di una cornice organizzativa e assistenziale strutturata in chiave interdisciplinare e orientata a rispondere ai nuovi bisogni di salute emergenti.

La prima parte del presente documento è dedicata alla definizione del modello organizzativo assistenziale e di un set di indicatori funzionali al monitoraggio, alla misurazione e alla valutazione, nel tempo e a livello regionale, dell'implementazione della figura dell'IFeC nell'ambito della più ampia riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

La seconda parte si concentra invece sulla progettazione della formazione individuando – attraverso l'analisi della letteratura e degli attuali percorsi di studio – gli obiettivi formativi e i contenuti necessari da applicare in modo trasversale alle diverse realtà regionali.

1. Contesto epidemiologico dell'Emilia-Romagna

Al 1° gennaio 2026 la popolazione residente in Emilia-Romagna ammonta a 4.488.162 persone, con una prevalenza femminile pari al 51%[3]. L'analisi demografica conferma alcune tendenze

[1] Regione Emilia-Romagna. *Primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del DM 77/2022*. Delibera della Giunta Regionale n. 2221 del 12 dicembre 2022. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2022.
[2] Ministero della Salute. *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Decreto ministeriale n. 77 del 2022. Roma: Ministero della Salute; 2022.
[3] Regione Emilia-Romagna –Statistica Self-service - 2026448

ormai consolidate: da un lato diminuiscono i residenti di età inferiore a 14 anni, con un calo di oltre 12.000 unità nell'ultimo anno; dall'altro aumenta la popolazione anziana, evidenziando un progressivo invecchiamento della struttura demografica. Tale dinamica è accentuata dal persistente declino della natalità, che continua a ridisegnare la composizione della popolazione regionale.

Parallelamente cresce il numero dei cittadini stranieri residenti, che contribuiscono in modo significativo all'aumento complessivo dei residenti. A ciò si affianca il dato sul tasso migratorio interno, tra i più elevati in Italia (+2,1 per mille), che conferma la forte attrattività della Regione, sostenuta da fattori economici, sociali e da un'elevata qualità della vita.

Anche la struttura familiare mostra segnali di trasformazione: le famiglie tendono a ridursi nelle dimensioni e aumentano i nuclei monocomponente, fenomeno ormai diffuso in molte realtà urbane.

Nel complesso, l'Emilia-Romagna si conferma tra le poche regioni italiane che registrano un incremento demografico. Il territorio è articolato in otto Aziende USL, e la distribuzione della popolazione residente al 1° gennaio 2026 è riportata nel grafico che segue (Figura 1).

OBJ

Figura 1. Distribuzione della popolazione residente nelle otto Aziende USL dell'Emilia-Romagna al 1° gennaio 2026.

Nelle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna sono presenti 38 Distretti Socio-Sanitari con caratteristiche demografiche eterogenee. Per quanto riguarda la densità di popolazione, il valore medio regionale è di 199,4 ab/km^2 con una variabilità che va dai 29,2 ab/km^2 (Distretto Valli Taro e Ceno) ai 2777,2 ab/km^2 (Distretto Città di Bologna) come mostrato nella figura 2.

La popolazione residente nei vari Distretti varia da 32.321 abitanti (Distretto Castelnuovo ne' Monti) a 391.200 abitanti (Distretto Città di Bologna) con una media regionale di 118.109 abitanti/distretto.

L'età media della popolazione residente è di 47 anni (range 45-51), con un indice di vecchiaia regionale pari a 219,9, con il Distretto Castelfranco Emilia che presenta il valore più basso (170,3 - con popolazione anziana pari al 21,6%) mentre il Distretto Ferrara Sud-Est presenta l'indice di vecchiaia più elevato (331,8 – con popolazione anziana pari al 31,1%)[4].

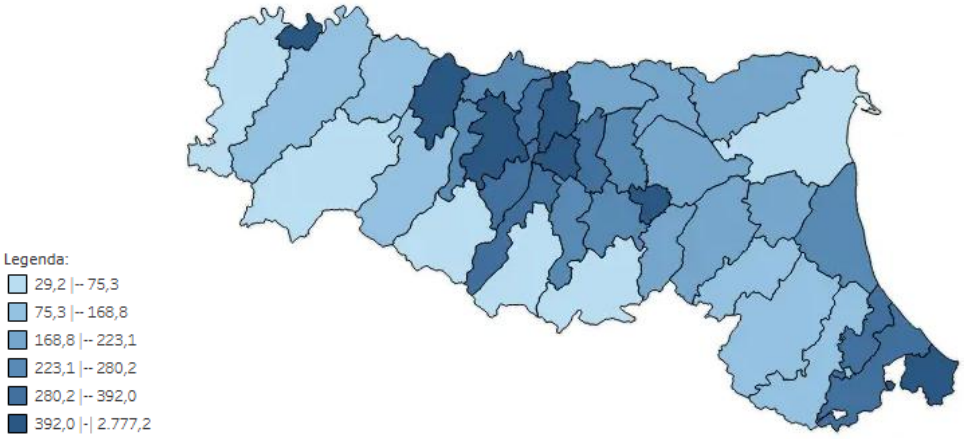


Figura 2. Densità della popolazione residente nei distretti dell'Emilia-Romagna(*Fonte dei dati: Servizio Statistica Regione Emilia-Romagna*)

La distribuzione per età della popolazione regionale (Figura3) mostra un livello elevato di invecchiamento della popolazione in età attiva (presenza di circa 143 residenti di 40-64 anni ogni 100 residenti di 15-39 anni).

Per quanto riguarda la presenza di patologie croniche, nel 2024 il 36,7% della popolazione residente risulta affetto da almeno una condizione cronica, confermando il peso rilevante della cronicità sul profilo epidemiologico regionale.

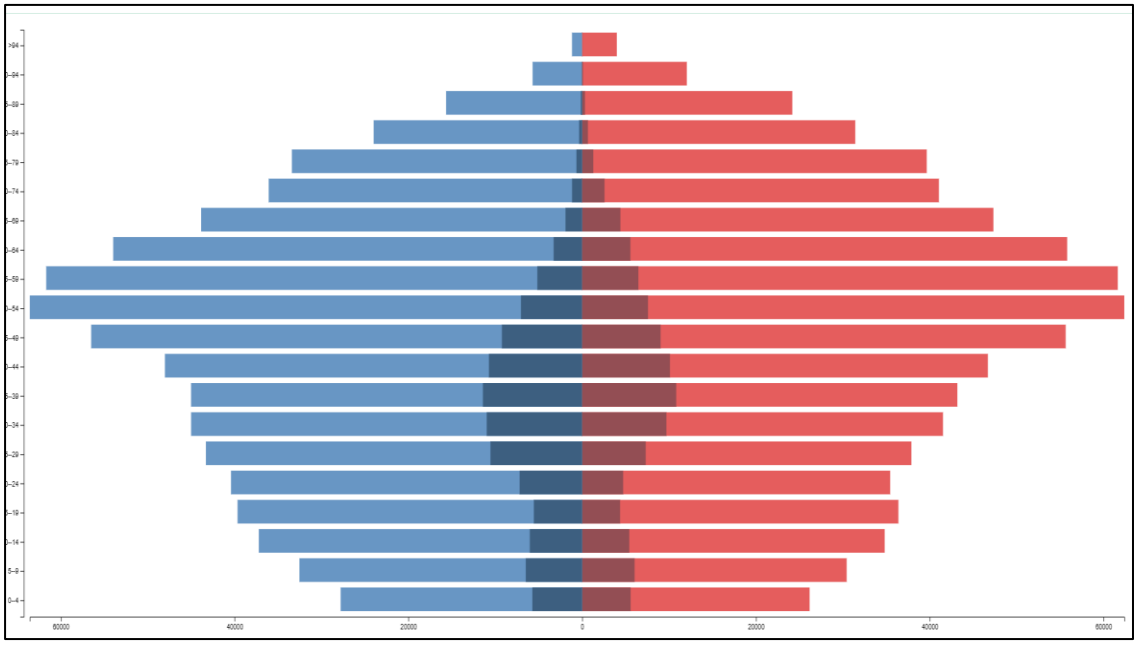


Figura 3 – Distribuzione della popolazione residente in Emilia-Romagna per sesso e classe di etàal 1° gennaio 2026 (*Fonte dei dati: Servizio Statistica Regione Emilia-Romagna*)

L'analisi per tipologia di patologia evidenzia una maggiore prevalenza delle condizioni metaboliche, seguite dalle patologie muscoloscheletriche e dai disturbi psichici. Risultano inoltre rilevanti le patologie neoplastiche e cardiovascolari, che si confermano tra le principali condizioni croniche ad impatto sulla salute della popolazione. Ulteriori quote significative sono attribuibili alle patologie respiratorie, gastro-intestinali, neurologiche e cerebrovascolari. L'insufficienza renale cronica, pur con una minore diffusione, rappresenta una condizione ad elevata complessità clinico-assistenziale (Figura 4).

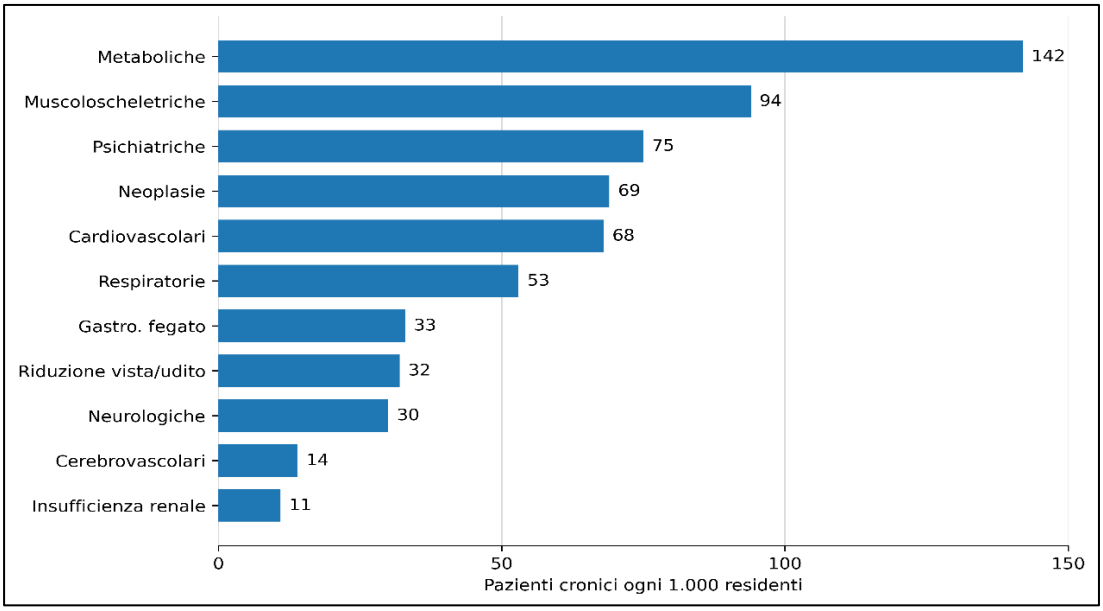


Figura 4. Tasso di prevalenza delle principali patologie croniche nella popolazione residente (*Fonte dei dati: Servizio Statistica Regione Emilia-Romagna*)

La lettura integrata dei dati di cronicità e multimorbilità mostra inoltre come una quota significativa della popolazione presenti due o più patologie croniche, configurando profili di maggiore complessità clinico-assistenziale (figura 5). La distribuzione delle patologie croniche per classi di età mostra un progressivo incremento del carico di malattia con l'avanzare dell'età, con una maggiore concentrazione nelle fasce adulte e anziane. La frequente compresenza di più condizioni croniche configura situazioni di multimorbilità, associate a un aumento della complessità assistenziale e del rischio di eventi avversi, perdita di autonomia e ricorso ai servizi sanitari.

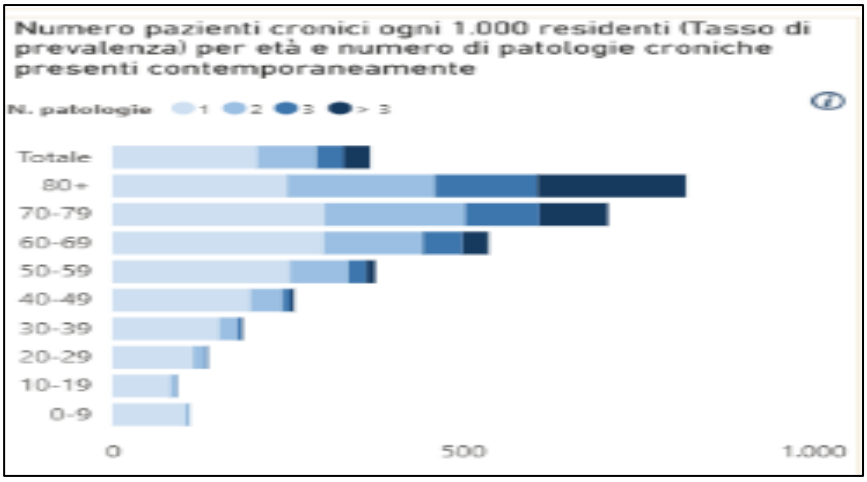


Figura 5 – Tasso di prevalenza per età enumero di patologie croniche (*Fonte dei dati: Servizio Statistica Regione Emilia-Romagna*)

In tale quadro, la cronicità si associa frequentemente a condizioni di fragilità, intesa come combinazione di fattori clinici, funzionali e sociali. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento dei nuclei monocomponente e la riduzione delle reti familiari di supporto concorrono a delineare profili di maggiore vulnerabilità, con un impatto rilevante sulla domanda di assistenza territoriale.

Nel loro insieme, questi elementi descrivono un contesto socio-demografico ed epidemiologico caratterizzato da profondi cambiamenti strutturali, che richiedono un'evoluzione dei modelli organizzativi territoriali verso approcci di presa in carico proattiva, continuità assistenziale e integrazione sociosanitaria, in coerenza con i bisogni emergenti della popolazione regionale.

2. Evoluzione storico normativa della figura dell'IFeC

L'evoluzione della figura IFeC si fonda su un quadro normativo e programmatico articolato, che ha progressivamente valorizzato il ruolo infermieristico nella presa in carico territoriale integrata. Tale figura professionale si inserisce in un contesto di crescente attenzione alle cure primarie e alla salute di comunità, come evidenziato sin dal 1998 dal documento "Health 21"della WHO[4] dove sono delineate le priorità globali per i primi due decenni del ventunesimo secolo e dove il ruolo dell'IFeC viene definito centrale per l'assistenza sanitaria di base, in quanto capace di garantire integrazione ed interazione tra i diversi professionisti e tutte le

[4] World Health Organization. Health21: health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998

strutture della comunità locale[5]. Ciò assume particolare rilievo anche alla luce delle più recenti normative italiane in materia di infermieristica di famiglia o comunità. In particolare, il PNRR e il D.Lgs. n. 34 del 2020, convertito in Legge n.77 del 2022, prevedono l'introduzione e il potenziamento della figura dell'IFeC, con l'obiettivo di rafforzare la presa in carico territoriale delle persone che necessitano di assistenza.

A supporto di tali disposizioni, la FNOPIha elaborato un *Position Statement* che sottolinea l'importanza strategica dell'IFeC quale figura chiave per la realizzazione di modelli assistenziali integrati, centrati sulla persona e orientati alla continuità delle cure[6]. Tale documento evidenzia la necessità di promuovere percorsi formativi specifici e di garantire un adeguato inquadramento organizzativo della figura infermieristica sul territorio. Inoltre, AIFeC ha definito un profilo dettagliato delle competenze che l'IFeC deve possedere, comprendenti non solo le capacità tecnico-professionali nella gestione clinica, ma anche competenze relazionali, educative e organizzative[7]. Questo profilo mette in luce il ruolo proattivo dell'infermiere nell'accompagnamento della persona e della comunità verso l'autonomia e il benessere, valorizzando altresì la collaborazione interdisciplinare e l'integrazione tra servizi sanitari e sociali.Questi importanti contributi a livello nazionale trovano un naturale proseguimento nel progetto europeo ENhANCE[8]che mira a uniformare e potenziare le competenze infermieristiche di base a livello europeo, sviluppando un curriculum standardizzato basato sulle linee guida dell'WHO e sulle politiche europee. Il progetto risponde alle sfide demografiche e assistenziali poste dall'invecchiamento della popolazione, promuovendo modelli innovativi di assistenza territoriale e realizzando corsi pilota, anche in Italia, per favorire l'adozione efficace dell'infermiere di famiglia e di comunità.

Oltre agli sviluppi normativi e ai progetti europei, è fondamentale considerare anche alcune esperienze significative già presenti nel contesto italiano che hanno contribuito a definire e rafforzare la figura dell'IFeC. Tra queste, il progetto delle Microaree di Trieste[9], avviato nel 2005, rappresenta un modello proattivo di medicina di comunità radicata nei luoghi di vita, in cui l'infermiere ha talora ricoperto il ruolo di referente di Microarea, il quale svolge un ruolo chiave

[5] World Health Organization. The family health nurse: context, conceptual framework and curriculum. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000.
[6] FNOPI. *Position Statement IFEC*. Roma: FNOPI; 2020
[7]AIFeC. Profilo IFeC.
[8] World Health Organization. *FCN European curriculum: final review EQF7 level – final draft*.
[9] Di Monaco R, Pilutti S, d'Errico A, Costa G. Promoting health equity through social capital in deprived communities: a natural policy experiment in Trieste, Italy. *SSM Popul Health*. 2020;12:100677.

nel costruire reti di supporto e promuovere salute nei contesti sociali più vulnerabili. Allo stesso modo, il progetto CoNSENSo[10], coordinato dalla Regione Piemonte, si concentra sulla presa in carico degli anziani nelle aree montane e rurali, valorizzando l'IFeC come figura di collegamento tra la persona anziana e i servizi territoriali, con l'obiettivo di favorire un invecchiamento sano e indipendente a domicilio.

Queste esperienze, unitamente al quadro normativo e ai progetti europei, rappresentano una solida base per la valorizzazione e lo sviluppo dell'IFeC, figura fondamentale per la realizzazione di un sistema sanitario territoriale più efficace, integrato e centrato sulla persona.

3. Breve disamina sui principali framework concettuali

I modelli di seguito descritti vanno a costituire la base concettuale del modello organizzativo assistenziale che si vuole proporre nel presente documento. I modelli scelti hanno in comune un principio di assistenza che si basa sulla lettura dei bisogni di salute e sociali della popolazione nel suo specifico contesto di vita. Ciò diviene fondamentale per la stratificazione del rischio e l'individuazione dei livelli di intensità assistenziale. Inoltre, i modelli sottolineano la centralità delle cure territoriali, il ruolo della persona nel percorso di cura e l'importanza della multiprofessionalità e dell'interdisciplinarietà.

3.1. Population Health Management

Il PHM[11], fornisce un approccio proattivo, incentrato sulle personee basato sui dati, per gestire la salute e il benessere di una popolazione definita. Identificando sottogruppi con caratteristiche e bisogni simili, la gestione della salute della popolazione può consentire agli operatori sanitari di passare da un approccio unico a interventi mirati e personalizzati che tengano conto delle esigenze di gruppi e individui diversi.

1. Il primo passo nella gestione della salute della popolazione è la definizione di una popolazione target, al fine di offrire interventi sanitari (dai servizi di prevenzione a quelli di

[10] Ippoliti R, Falavigna G, Montani F, Rizzi S. The private healthcare market and the sustainability of an innovative community nurses programme based on social entrepreneurship – CoNSENSo project. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):771.

[11] World Health Organization. *Population health management in primary health care: a proactive approach to improve health and well-being: primary health care policy paper series*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

cura) a chi li richiede, ma anche al fine di raggiungere coloro che non si presentano nella pratica;

2. Successivamente, è necessario analizzare a fondo i bisogni di salute e la loro distribuzione nella popolazione identificata. Ciò comprende due processi complementari: la valutazione dei bisogni e la segmentazione della popolazione;

3. La stratificazione del rischio è un processo intenzionale, pianificato e proattivo che prevede la probabilità che si verifichino eventi avversi e assegna a un individuo uno stato o punteggio di rischio;

4. Il passo successivo consiste nel definire gli interventi o i programmi di cura per colmare le lacune assistenziali in modo proattivo, adattandoli a ciascuno dei diversi gruppi o strati di rischio e ai singoli individui;

5. La fase finale consiste nel monitorare e valutare l'intervento attuato, che è una parte fondamentale del processo di gestione della salute della popolazione.

3.2. Population Health Promotion Model

Il PHPM[12] è un quadro concettuale sviluppato in Canada a metà degli anni ’90, con l’obiettivo di integrare i principi della promozione della salute, delineati nellaCarta di Ottawa del 1986[13], con l’approccio orientato alla salute della popolazione.

Il modello intende orientare politiche e pratiche verso il miglioramento dello stato di salute collettivo, riducendo le disuguaglianze e intervenendo sui determinanti di salute a diversi livelli. Al centro del PHPM vi è l’idea che la salute sia il risultato di fattori interconnessi, sia individuali sia sociali, e che un approccio integrato, partecipativo e multilivello sia fondamentale per promuovere equità e benessere nella popolazione.

3.3. Expanded Chronic Care Model

Il ECCM[14] si fonda sul principio che i migliori esiti di salute ottenibili sono dovuti dalla qualità della relazione tra assistito e personale sanitario, attraverso azioni di empowerment della

[12] Andrews T, Crosby G, Carrigan R, Donnelly T. Enhancing Employees’ Health and Wellbeing: Developing a Successful Holistic Wellness Challenge. *Int J Nurs Student Scholarship*. 2019;6:32.

[13] World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: First International Conference on Health Promotion; 1986 Nov 21.

[14] Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003;7(1):73-82. doi:10.12927/hcq.2003.16763. PMID:14674182.

persona con azioni proattive orientate ai bisogni della persona. Il modello individua le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio sistemico alle malattie croniche attivando tutte le leve organizzative ed operative. Si fonda su un approccio proattivo ai problemi e prevede il coinvolgimento attivo della persona che diventa parte integrante del processo assistenziale.

Include 6 componentiche influenzano gli esiti funzionali e clinici associati alla gestione della patologia cronica:

1. Le risorse della comunità**:** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità (gruppi di volontariato, gruppi di auto mutuo aiuto, centri per anziani autogestiti);
2. Coordinamento delle cure: garantire un efficace coordinamento delle cure tra i diversi operatori sanitari, facilitando il follow-up e garantendo che i pazienti ricevano la giusta assistenza;
3. Supporto all'auto cura: fornire supporto continuo e personalizzato per aiutare i pazienti a gestire la propria salute attraverso l'accesso a risorse, il coinvolgimento della famiglia e il sostegno emotivo;
4. Riprogettazione del sistema di cure: ottimizzare i processi organizzativi e clinici per garantire un'assistenza efficiente, tra cui la coordinazione delle cure, la gestione delle informazioni e la comunicazione tra i membri del team;
5. Supporto alla decisione clinica: garantire che il personale sanitario disponga delle risorse e delle competenze necessarie per guidare i pazienti nella gestione delle malattie croniche, facilitando il processo decisionale informato;
6. Informazione attiva: coinvolgere attivamente il paziente nell'autogestione della propria malattia, fornendo informazioni, istruzione e strumenti per migliorare la consapevolezza e la responsabilizzazione.

3.4. Modello di assessment familiare di Calgary

Il CFAM[15] è un modello teorico e pratico utilizzato nell'ambito dell'assistenza infermieristica e nel lavoro sociale per valutare e comprendere la dinamica e il funzionamento delle famiglie.

L'obiettivo del CFAM è aiutare professionisti sanitari (infermieri, medici, assistenti sociali, fisioterapisti etc.) a comprendere la famiglia nel suo contesto, a identificare le sue risorse e a determinare i modi per fornire un supporto appropriato. L'analisi attraverso il CFAM consente di creare piani di assistenza personalizzati, promuovendo il benessere familiare e il miglioramento della salute dei membri della famiglia.

Il CFAM fornisce una guida strutturata per valutare le famiglie in base a tre categorie principali:

1. le strutture della famiglia: comprendono la dimensione, la composizione, i ruoli, i modelli di comunicazione e il sistema sociale della famiglia;

2**.** i processi familiari: includono la gestione dei problemi, le risorse, le schematizzazioni, l'adattamento, la crescita e lo sviluppo;

3. le funzioni familiari: coinvolgono l'assistenza, il sostegno, la socializzazione, l'educazione, la protezione e il controllo.

3.5. Primary Health Care

La PHC rappresenta un approccio globale e integrato alla salute, basato su equità, partecipazione comunitaria, prevenzione, tecnologie appropriate e sostenibilità.

Secondo la definizione della WHO:

La Primary Health Care è l'assistenza sanitaria essenziale, basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile a individui e famiglie nella comunità, attraverso la loro piena partecipazione e a un costo che la comunità e il paese possano sostenere in ogni fase del loro sviluppo[16].

L'approccio PHC include:

- copertura universale e accessibilità,
- partecipazione attiva delle comunità,

[15] Mileski M, McClay R, Heinemann K, Dray G. Efficacy of the use of the Calgary Family Intervention Model in bedside nursing education: a systematic review. *J Multidiscip Healthc*. 2022;15:1323-1347. doi:10.2147/JMDH.S370053. PMID:35734541; PMCID:PMC9208629.
[16] World Health Organization. Primary health care

- prevenzione e promozione della salute, insieme alla cura e alla riabilitazione,
- coordinamento tra settori per affrontare i determinanti sociali della salute.

Nel 2018, la Dichiarazione di Astana[17] ha rinnovato questo impegno, sottolineando la PHC come fondamento per raggiungere la copertura sanitaria universale e gliObiettivi di Sviluppo Sostenibile.

4. Modello organizzativo assistenziale dell'Infermiere di Famiglia e Comunità nel contesto della Regione Emilia-Romagna in applicazione del DM n. 77/2022

La proposta del presente modello organizzativo assistenziale si inserisce in una più ampia rivisitazione dell'offerta territoriale che valorizzi un approccio maggiormente focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona, assicurando una reale *presa in carico* da parte dell'IFeC quale riferimento stabile e continuativo per uno specifico territorio. L'assistenza sanitaria territoriale rappresenta infatti il luogo elettivo per le attività di prevenzione e promozione della salute, dei percorsi di presa in carico della cronicità e della personalizzazione dell'assistenza promuovendo una gestione flessibile e personalizzata del percorso assistenziale nei diversi setting disponibili, tra cui, non solo il domicilio come primo luogo di cura ma anche, l'ambulatorio presso le case della comunità e le varie sedi comunitarie.

In relazione a quanto enunciato nel DM n. 77 del 2022[18], l'obiettivo dell'introduzione e dello sviluppo della figura professionale in oggetto è quello di rafforzare l'assistenza territoriale, garantendone una più omogenea ed equa accessibilità, attraverso una migliore integrazione delle figure professionali e un maggior coinvolgimento delle risorse presenti nei territori e nella comunità di riferimento. In una logica di cooperazione tra i professionisti che operano sul territorio e di raccordo con i percorsi clinico-assistenziali strutturati, lo sviluppo della figura dell'IFeC si pone l'obiettivo di limitare la frammentazione e la ridondanza dei percorsi di presa in carico, garantendo continuità e appropriatezza delle risposte assistenziali. Fermo restando il ruolo delle cure domiciliari, che mantengono la propria specifica configurazione come definito all'interno del DM n. 77 del 2022, l'IFeC costituisce uno dei principali riferimenti infermieristici dell'assistenza territoriale, che può ricomporre progressivamente in un'unica figura di

[17] World Health Organization; United Nations Children's Fund (UNICEF). *Declaration of Astana*. Astana: Global Conference on Primary Health Care; 2018 Oct 25–26.
[18]Ministero della Salute. *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Decreto ministeriale n. 77 del 2022. Roma: Ministero della Salute; 2022.

prossimità le attività oggi distribuite tra molteplici ruoli infermieristici operanti nel territorio. Tale ricomposizione non riguarda i servizi di Cure Domiciliari, che restano distinti nella propria specifica configurazione ai sensi del DM n. 77 del 2022 e con i quali l'IFeC opera in collaborazione e integrazione funzionale.

A tal proposito, si propone di seguito un modello professionale ed organizzativo che mira a delineare sia le caratteristiche professionali della figura dell'IFeC sia le modalità organizzative da implementare.

4.1. Definizione di Infermiere di Famiglia e Comunità

Nell'ambito del nuovo modello di assistenza territoriale delineato dal DM n. 77 del 2022, l'IFeC assume un ruolo centrale nel garantire continuità, prossimità e personalizzazione delle cure. Questa figura professionale si inserisce stabilmente nel contesto di vita delle persone, operando a stretto contatto con tutti i professionisti della salute, con i cittadini, le famiglie e la comunità di riferimento, per rispondere in modo efficace e proattivo ai bisogni di salute, in particolare delle persone fragili, croniche e non autosufficienti.

La sua attività si fonda su una presa in carico globale, orientata ai bisogni della persona, non solo in termini clinici e assistenziali ma anche sociali e relazionali. L'IFeC non è quindi solo un professionista dell'assistenza, ma anche un promotore di salute, un facilitatore dei percorsi assistenziali e professionista che contribuisce insieme agli altri professionisti preposti a sostenere la costruzione di comunità. Tale presa in carico si realizza in modo più efficace quando l'IFeC agisce non come figura isolata, ma come parte di un sistema multiprofessionale integrato, in cui i diversi professionisti condividono obiettivi, informazioni e responsabilità nei confronti della persona assistita e della sua famiglia. In questa prospettiva, l'équipe multiprofessionale non rappresenta una modalità occasionale di collaborazione, ma una condizione abilitante per garantire risposte appropriate, continue e personalizzate ai bisogni di salute della popolazione[19]. La letteratura scientifica evidenzia infatti come i modelli di lavoro interprofessionale nelle cure primarie migliorino la continuità assistenziale, il coordinamento e la centralità della persona, contribuendo a migliori esiti di salute e a una maggiore capacità di risposta ai bisogni complessi della popolazione[20].

[19]Carron et al., An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness.
[20] Dellafiore et al., Interprofessional Collaboration in Primary Healthcare: A Qualitative Study of General Practitioners' and Family and Community Nurses' Perspectives in Italy

In una lettura organizzativa, l'IFeC si configura come un professionista sanitario inserito in una specifica unità organizzativo-assistenziale collocata a livello distrettuale e posta sotto la responsabilità di un Dirigente delle Professioni Sanitarie. Tale assetto organizzativo garantisce il governo unitario dei processi di presa in carico multiprofessionale, la valorizzazione delle competenze infermieristiche proprie della disciplina, l'omogeneità di sviluppo del modello IFeC e la piena integrazione con la programmazione aziendale e distrettuale dei servizi territoriali, basati sulla valutazione del bisogno della popolazione, la stratificazione dell'offerta e l'allocazione delle risorse.

In tale contesto, le UCCP, attualmente in fase di sviluppo nel contesto regionale, rappresentano una cornice organizzativa di riferimento verso cui orientare progressivamente il modello, in quanto contesto privilegiato per l'integrazione multiprofessionale e per la valorizzazione del ruolo dell'IFeC nell'assistenza territoriale. Anche le microéquipe territoriale possono rappresentare uno strumento operativo di collaborazione multiprofessionale favorendo e rafforzando il raccordo stabile tra IFeC, Medico RUAP e, ove presente, assistente sociale nella presa in carico della persona e della comunità, nel rispetto delle specifiche responsabilità professionali.

Nel presente documento, al fine di definire il modello organizzativo assistenziale e i contenuti formativi, sarà utilizzata la definizione presente nel Position Statement della FNOPI[21], di seguito dettagliata.

"L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica. Agisce le competenze nella erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità, operando all'interno del sistema dell'Assistenza Sanitaria Primaria.

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

[21] FNOPI. *Position Statement IFEC*. Roma: FNOPI; 2020

con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale. L'infermiere di Famiglia e Comunità può operare in modelli assistenziali di cure primarie molto diversi per le diverse caratteristiche del contesto territoriale. Infatti, zone urbane ad elevata intensità, periferie cittadine, paesi isolati, zone montane richiedono soluzioni organizzative e di intervento specifiche."

4.2. Popolazione di riferimento e ambiti di intervento

L'IFeC si rivolge all'intera popolazione di un territorio definito, con un approccio orientato all'equità e al contesto di vita delle persone e della comunità. In coerenza con quanto previsto dal DM n. 77 del 2022, lo standard di riferimento per l'allocazione della figura è pari a 1 IFeC ogni 3.000 abitanti, modulabile in funzione delle caratteristiche demografiche, geografiche e di accessibilità del territorio. La capillarità sottesa a tale standard consente all'IFeC di configurarsi progressivamente come riferimento infermieristico per la popolazione di un determinato territorio, favorendo la convergenza di funzioni oggi distribuite tra ruoli infermieristici territoriali differenti, con esclusione delle Cure Domiciliari, che mantengono la propria specifica configurazione ai sensi del DM n. 77 del 2022. Tale prospettiva di ricomposizione risponde soprattutto all'esigenza di offrire al cittadino un punto di riferimento riconoscibile e stabile nel tempo.

L' analisi sistematica dei bisogni sanitari, sociali e sociosanitari del territorio di riferimento, supportata da strumenti di stratificazione del rischio consente di identificare i diversi livelli di bisogno assistenziale e di orientare gli interventi su tutte le fasce della popolazione, con particolare attenzione alle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, in collaborazione con i diversi professionisti presenti nel territorio.

In quest'ottica, la popolazione di riferimento può essere articolata in tre categorie principali, ciascuna con specifiche esigenze assistenziali e priorità di intervento:

- **Popolazione in salute**: costituita da persone che non hanno espresso o per cui non sono manifesti bisogni di tipo sanitario, sociale o sociosanitario e possono beneficiare di interventi di prevenzione, promozione della salute e monitoraggio dei fattori di rischio;
- **Popolazione fragile**: comprende persone che presentano fragilità di tipo sanitario, sociale o sociosanitario. Possono rientrare in questa categoria, ad esempio, famiglie che necessitano di supporto per ritrovare un equilibrio, persone sole, nuclei familiari in

condizioni di disagio o popolazioni immigrate. In generale, si tratta di individui che possono beneficiare di un accompagnamento per prevenire o ridurre condizioni di vulnerabilità. In questi casi, l'IFeC interviene in modo proattivo attraverso una presa in carico precoce e azioni di sostegno.

- **Popolazione con patologie cronico-degenerative**: persone affette da condizioni croniche che necessitano di continuità assistenziale, personalizzazione dei percorsi e mantenimento del benessere complessivo.

La stratificazione del rischio, condotta a livello aziendale e distrettuale e integrata dalla conoscenza diretta del contesto territoriale da parte dell'IFeC, rappresenta il presupposto operativo per la costruzione di percorsi assistenziali differenziati e proattivi, orientati alla prevenzione, alla presa in carico precoce e alla continuità delle cure. In questo quadro, l'IFeC si rivolge all'intera popolazione, sia sana che malata, con un approccio equo, personalizzato e sensibile al contesto di vita delle persone e della comunità.

A partire da questa lettura, l'attività dell'IFeC si sviluppa su due ambiti di intervento complementari.

Sul piano individuale e familiare, l'intervento è rivolto alla persona, alla sua famiglia e alla rete sociale di supporto, attraverso percorsi assistenziali personalizzati e orientati al contesto di vita, finalizzati a promuovere l'autonomia, l'empowerment e il mantenimento della salute e a intercettare precocemente i bisogni — sia latenti che manifesti — garantendo una risposta tempestiva, integrata e multiprofessionale.

Sul piano comunitario, l'intervento è rivolto alla collettività e valorizza le risorse formali e informali del territorio (associazioni, scuole, volontariato, parrocchie, reti di vicinato), in collaborazione con il Distretto e nella cornice della programmazione integrata con gli Enti Locali , attraverso interventi di gruppo rivolti a cittadini con problematiche di salute comuni o fattori di rischio condivisi e iniziative orientate alla promozione della salute e alla costruzione di reti capaci di rispondere in modo coordinato e proattivo ai bisogni della popolazione.

Questi due ambiti si traducono operativamente in tre setting di intervento — ambulatoriale, domiciliare e comunitario — che ne rappresentano i luoghi fisici e organizzativi e si collocano all'interno della cornice della Casa della Comunità (hub e spoke), intesa come snodo dell'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio. In questa stessa

prospettiva, le UCCP, attualmente in fase di sviluppo nel contesto regionale, rappresentano un ulteriore contesto di riferimento per il lavoro multiprofessionale integrato e per la presa in carico proattiva e continuativa della popolazione.

Si descrivono di seguito i setting di intervento:

- **Ambulatoriale**

  L'ambulatorio rappresenta un punto di accesso diretto e programmato ai servizi infermieristici territoriali e costituisce, secondo quanto indicato nei documenti regionali[22], il luogo privilegiato per la presa in carico della cronicità secondo il paradigma della medicina di iniziativa, nonché per garantire la continuità dell'assistenza. In tale setting, l'IFeC svolge un ruolo centrale nell'organizzazione degli interventi assistenziali, nella gestione integrata, nell'intercettare precocemente condizioni di fragilità, attivando interventi domiciliari o comunitari secondo una logica di rete assistenziale integrata con i Medici di Assistenza Primaria, i PLS e i professionisti sanitari e sociali coinvolti.

- **Domiciliare**

  L'IFeC interviene al domicilio della persona come luogo privilegiato di cura e di promozione della salute, in coerenza con il principio di prossimità. In questo setting, partecipa alla valutazione delle diverse dimensioni dei bisogni della persona, alla pianificazione, gestione e applicazione degli interventi assistenziali personalizzati, alla promozione dell'autonomia della persona e sostiene i caregiver attraverso attività educative e di empowerment. L'IFeC opera in stretta sinergia con i servizi di Cure Domiciliari, in particolare relativamente alle cure domiciliari di livello base[23] (CIA <0,14)[24]integrandosi nei percorsi di assistenza domiciliare e contribuendo a garantire la continuità delle cure, la tempestività degli interventi e l'appropriatezza delle risposte assistenziali, con particolare riferimento alle caratteristiche logistiche del territorio. In tale contesto, l'IFeC, nel suo ruolo di riferimento per la popolazione del territorio in cui

[22] Regione Emilia-Romagna. Case della salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa. Delibera della giunta regionale n. 2128 del 2016.
[23] Regione Emilia-Romagna. *Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari*. Delibera della Giunta Regionale n. 124/1999.
[24] Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) è definito come rapporto tra giornate di effettiva assistenza erogata e giornate complessive di presa in carico. Valori inferiori a 0,14 identificano cure domiciliari di livello base, caratterizzate da meno di un accesso settimanale, prevalentemente orientate al monitoraggio e all'educazione terapeutica; valori superiori corrispondono a livelli progressivi di intensità assistenziale, fino alle cure domiciliari ad alta complessità.

opera, collabora continuativamente con le Cure Domiciliari al fine di garantire coerenza e continuità nel percorso di cura. Inoltre, si avvale di strumenti digitali di telemedicina e teleassistenza, per rafforzare il legame tra la persona assistita, i professionisti sanitari e la rete dei servizi territoriali.

- **Comunitario**

  L'IFeC si inserisce nei luoghi di aggregazione della comunità come scuole, centri sociali, spazi pubblici, per sensibilizzare sui temi della salute e favorire la costruzione di reti di supporto, anche attraverso la promozione di attività gruppali. Promuove la salute collettiva attraverso iniziative educative e preventive, valorizza e attiva le risorse formali e informali presenti sul territorio, e contribuisce a sviluppare un welfare di comunità capace di sostenere le persone più vulnerabili, attraverso una stretta collaborazione con il Distretto, i DSP e i DSM, le associazioni e il Terzo Settore.

Nell'ambito domiciliare, la risposta delle diverse figure infermieristiche che operano sul territorio viene modulata in base alla complessità del bisogno della persona e alle competenze specifiche di ciascun professionista. Le attività svolte a domicilio sono coerenti con quanto definito nel PAI ove presente e come previsto dai LEA del 2017[25], che ne indicano la centralità nella presa in carico integrata e multidimensionale delle persone con bisogni assistenziali complessi. In questo contesto, l'intervento dell'IFeC e degli infermieri delle Cure Domiciliari si articola coerentemente con la stratificazione del rischio e la classificazione dei bisogni prevista dal DM n. 77 del 2022, assicurando una presa in carico adeguata e personalizzata. Inoltre, è fondamentale che le attività svolte dall'IFeC al domicilio siano contestualizzate e integrate con quelle dell'infermiere delle Cure Domiciliari, e che entrambe alimentino il flusso informativo regionale SIAD, garantendo al contempo, nell'ambito del medesimo flusso, la tracciabilità specifica dell'attività dell'IFeC, al fine di garantire il monitoraggio e la continuità del percorso assistenziale.

Inoltre, in linea con le indicazioni nazionali, è importante sottolineare il ruolo dell'IFeC nell'ambito delle attività delle Case della Comunità (hub, spoke), considerate come il luogo nel quale si organizza e ricompone l'insieme dei servizi e delle attività dei diversi professionisti nei

[25] Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 65 del 18 marzo 2017 (Supp. Ord. n. 15).

confronti delle persone e della comunità del territorio di riferimento. In questa stessa prospettiva, le UCCP, attualmente in fase di sviluppo nel contesto regionale, rappresentano un ulteriore contesto organizzativo di riferimento per l'IFeC, in quanto sede privilegiata per il lavoro multiprofessionale integrato e per la presa in carico proattiva e continuativa della popolazione.In entrambi i contesti l'IFeC opera all'interno delle microéquipe multiprofessionali, dove costituisce la componente infermieristica di riferimento per la popolazione presa in carico. La riconduzione a un interlocutore infermieristico stabile rappresenta una condizione di funzionamento della microéquipe stessa in quanto consente all'équipe di disporre di una lettura longitudinale dei bisogni.

4.3. *Le competenze dell'Infermiere di Famiglia e Comunità*

Per la definizione delle competenze dell'IFeC, sono stati presi in esami i principali documenti presenti a livello nazionale ed internazionale[26] al fine di affrontare in modo ampio quali siano le principali competenze e funzioni, declinate tenendo conto dell'area di intervento individuale, familiare e comunitaria.

Il DMn. 77 del 2022, definisce due macroaree di competenze richieste, la prima con un orientamento clinico-assistenziale e la seconda con un orientamento rivolto alle competenze comunicative e relazionali. L'insieme delle competenze che vanno a definirsi, devono poi inserirsi ed integrarsi con la specifica organizzazione aziendale e territoriale.Tenendo conto di tutti gli elementi citati, le competenze *core* previste per la figura dell'IFeC sono:

- **Valutazione multidimensionale dei bisogni di salute**

  L'IFeC è in grado di condurre una valutazione globale e integrata dei bisogni di salute del singolo, della famiglia e della comunità in relazione al contesto di vita, sociale e culturale.A tal fine, l'IFeC analizza i principali determinanti di salute e sociali, identificando i fattori di

[26] AIFeC. Profilo IFeC
FNOPI. Position Statement – Infermiere di Famiglia e Comunità
ENhANCE Project. FCN European Curriculum – Final Review EQF7 Level – Final Draft.
AGENAS. Linee di indirizzo sull'Infermiere di Famiglia e Comunità
Camedda et al.,. The Family and Community Nurse core competencies: integrating European standards into the Italian context.
Azimirad et al.,. Examining family and community nurses' core competencies in continuing education programs offered in primary health care settings: an integrative literature review.

rischio comportamentali, ambientali e domestici che risultano prevalenti nel proprio territorio di riferimento.

- **Progettazione e monitoraggio di interventi di rete**

  L'IFeC collabora alla pianificazione, implementazione e monitoraggio degli interventi finalizzati alla promozione e al mantenimento dello stato di salute della popolazione. Ciò richiede l'attuazione di strategie di leadership sia per prendere decisioni, considerando gli aspetti etici, normativi e culturali sia per incoraggiare la partecipazione attiva della persona e della famiglia ai processi decisionali relativi alla loro salute.

- **Identificazione precoce di situazioni di rischio e fragilità**

  Riconosce tempestivamente, attraverso l'utilizzo di strumenti di stratificazione del rischio, condizioni di fragilità. Intercetta il bisogno di orientamento ele necessità di informazioni degli individui rispetto ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari esistenti. Conosce le risorse territoriali formali e informali e utilizza strumenti di valutazione appropriati per facilitare l'accesso e l'attivazione di percorsi sanitari, sociali e sociosanitari, in sinergia con altri professionisti.

- **Promozione ed educazione alla salute**

  In stretta sinergia con il DSP, l'IFeC in linea con lo standard territoriale di 1 IFeC ogni 3000 abitanti, collabora alla realizzazione di interventi educativi rivolti al singolo, alla famiglia e alla comunità, adattando contenuti e modalità comunicative al contesto culturale e ai bisogni specifici. Fa riferimento a modelli concettuali consolidati, come il *Population Health Promotion Model*, l'*Expanded Chronic Care Model* e il *Population Health Management*, per proporre iniziative di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

- **Educazione terapeutica e supporto all'autogestione**

  Supporta il singolo, la famiglia e la comunità nella gestione consapevole della propria condizione di salute promuovendo empowerment, aderenza ai trattamenti e capacità di autogestione soprattutto nelle condizioni di cronicità. Interviene con strategie personalizzate per favorire l'adozione di comportamenti salutari e la gestione efficace delle patologie.

- **Gestione dei percorsi assistenziali (care manager e case manager)**

L'IFeC contribuisce attivamente alla gestione e applicazione dei percorsi e delle attività assistenziali, collaborando in modo sinergico con i diversi professionisti della rete per assicurare risposte integrate, continue e personalizzate ai bisogni delle persone assistite. Attraverso il proprio intervento, favorisce il raccordo tra i vari setting assistenziali e promuove l'appropriatezza degli interventi, con particolare attenzione alle situazioni di cronicità e fragilità. La sua azione contribuisce a ridurre la frammentazione delle cure, sostenendo processi decisionali condivisi e orientati alla presa in carico globale della persona.

- **Conoscenza e utilizzo di strumenti di eHealth**

  Utilizza strumenti digitali specifici della telemedicina e della teleassistenza, integrandoli nei percorsi domiciliari e territoriali. Attraverso l'uso consapevole delle tecnologie, l'IFeC garantisce un monitoraggio e una assistenza efficace anche da remoto dell'utente collaborando con altri professionisti, organizzazioni ed enti del terzo settore per implementare soluzioni innovative orientate alla prossimità. Complessivamente supporta le Aziende Sanitarie nello sviluppo delle competenze digitali delle comunità, sempre in riferimento ai 3000 abitanti del territorio in cui è inserito.

- **Costruzione e valorizzazione delle risorse comunitarie (community building)**

  L'IFeC contribuisce ad attivare e rafforzare le risorse formali e informali presenti nella comunità, promuovendo reti di supporto solidali e sostenibili. Supporta le strutturee i professionisti preposti negli EELL e/o nelle AUSL al coinvolgimento attivo delle associazioni, dei caregiver, del volontariato e degli altri attori sociali, stimolando processi partecipativi e il cosiddetto *welfare generativo*.Questo aspetto è cruciale per trasformare la comunità in una risorsa attiva per la salute, ridurre l'isolamento sociale e potenziare l'autonomia delle persone fragili.

4.4. Le principali interfacce organizzative e professionali

Nel modello organizzativo assistenziale che si vuole delineare, l'IFeC opera in una logica di sistema, collocandosi all'interno di una rete di relazioni professionali e organizzative strutturate, che coinvolgono i diversi attori della rete territoriale sanitaria, sociosanitaria e sociale. In questa prospettiva, si suggerisce di adottare un modello a composizione flessibile, in cui un nucleo stabile di riferimento — orientativamente composto dall'IFeC, dal Medico

RUAP e, ove presente, dall'assistente sociale — garantisce alla persona e alla sua famiglia un punto di riferimento riconoscibile e continuativo nel tempo. Attorno a questo nucleo, altri professionisti e servizi — specialisti, psicologi, infermieri con competenze specialistiche o avanzate[27], fisioterapisti, servizi sociali, risorse comunitarie — si attivano e si integrano in modo dinamico, in funzione della complessità e dell'evoluzione dei bisogni della persona. Questo approccio, consolidato in diversi sistemi di cure primarie a livello europeo e internazionale, consente di coniugare stabilità relazionale e flessibilità organizzativa, a vantaggio della continuità e della personalizzazione dell'assistenza[28].

La chiarezza delle interfacce rappresenta quindi un elemento essenziale per garantire continuità assistenziale, appropriatezza degli interventi e integrazione multiprofessionale, in coerenza con quanto previsto dal DM n. 77 del 2022. Le interfacce dell'IFeC si configurano sia come luoghi organizzativi (setting e strutture) sia come nodi funzionali in relazione alle diverse figure professionali, dove si realizza il raccordo tra bisogni della popolazione e risposte del sistema.

- **Interfaccia con il Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria e il Pediatra di Libera Scelta**

  La collaborazione con il Medico RUAP e il PLS costituisce uno degli elementi qualificanti dell'assistenza primaria. In questa prospettiva, si suggerisce che l' IFeC e il Medico RUAP o PLS insieme, ove presente, all'assistente sociale, possano configurarsi come il nucleo stabile di riferimento per la persona e la sua famiglia, garantendo una presa in carico congiunta, continuativa e riconoscibile nel tempo. In tale ambito, l'IFeC: collabora alla valutazione dei bisogni assistenziali della popolazione di riferimento; contribuisce alla presa in carico delle persone con cronicità e fragilità; supporta le attività di educazione terapeutica e monitoraggio dell'aderenza; condivide informazioni assistenziali utili alla gestione integrata della persona. La relazione si fonda su una chiara distinzione di responsabilità professionali dove il Medico RUAP e il PLS mantengono la responsabilità clinica, mentre l'IFeC è responsabile dei processi assistenziali infermieristici, in una logica di lavoro integrato, basata

[27] Legge 1° febbraio 2006, n. 43. *Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali*.
[28] Bagnasco et al., Core competencies for family and community nurses: A European e-Delphi study

su obiettivi condivisi, comunicazione strutturata e decisioni concordate nell'interesse della persona assistita.

- **Interfaccia con la Centrale Operativa Territoriale**

  La COT rappresenta lo snodo funzionale per la gestione delle transizioni assistenziali e per il coordinamento dei percorsi tra ospedale e territorio. In relazione a tale interfaccia, l'IFeC: riceve e trasmette segnalazioni relative a dimissioni protette e attivazioni di percorsi domiciliari; collabora nella definizione delle priorità di intervento in base alla stratificazione del rischio; contribuisce alla continuità assistenziale nelle fasi di transizione. L'interazione strutturata con la COT consente di ridurre la frammentazione dei percorsi e di garantire tempestività e continuità della presa in carico.

- **Interfaccia con il Punto Unico di Accesso**

  Il PUA rappresenta il canale di orientamento e accesso ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali. L'IFeC, collabora nell'attività di orientamento per gli abitanti del territorio di riferimento, contribuisce ove necessario alla raccolta di informazioni utili alla valutazione del bisogno e facilita l'attivazione dei percorsi più appropriati, in coerenza con i criteri condivisi a livello aziendale e distrettuale.

- **Interfaccia con i servizi di Cure Domiciliari**

  Nel setting domiciliare, l'IFeC opera in integrazione con gli infermieri delle Cure Domiciliari, modulando l'intervento in base al livello di complessità assistenziale e alla classificazione del bisogno prevista dal DM n. 77/2022. In questo assetto, l'IFeC si distingue funzionalmente dalle Cure Domiciliari, con la quali collabora in modo attivo e integrato. Le Cure Domiciliari intervengono prevalentemente su bisogni assistenziali già espressi e su quadri clinico-assistenziali complessi che richiedono interventi domiciliari programmati, mentre l'IFeC opera con un approccio di iniziativa, orientato alla promozione della salute, alla prevenzione, all'intercettazione precoce della fragilità e al raccordo tra servizi sanitari, sociali e comunitari. La complementarità tra le due funzioni rafforza l'efficacia complessiva della rete territoriale, evitando sovrapposizioni e garantendo continuità assistenziale lungo tutto il percorso di cura.

- **Interfaccia con il Dipartimento di Sanità Pubblica e con il Dipartimento di Salute Mentale**
  Nell'ambito della prevenzione e promozione della salute, l'IFeC opera in raccordo con il DSP

per la realizzazione di interventi di promozione e prevenzione della salute per la popolazione. Analogamente, collabora con il DSM e il DSP nei percorsi integrati rivolti a persone con disagio psichico, favorendo la continuità tra presa in carico clinica e supporto territoriale.

- **Interfaccia con il Terzo Settore e le reti informali di comunità**
  L'IFeC partecipa con gli altri attori della rete sociale e sanitaria ad attuare il raccordo con associazioni di volontariato, caregiver, reti di prossimità e altri attori comunitari, nell'ambito della programmazione integrata tra il Distretto e l'Ente locale, con l'obiettivo di favorire il community building e la capacità del territorio di sostenere le persone fragili e di ridurre l'isolamento sociale.

In sintesi, l'IFeC non si configura come un semplice riferimento di contatto e di attivazione temporanea, ma come una interfaccia strutturata nel territorio di riferimento, di collaborazione professionale e organizzativa, che garantisce integrazione, continuità e appropriatezza dell'assistenza territoriale, in coerenza con la programmazione distrettuale. Coerentemente con tale assetto, anche l'attivazione dell'IFeC avviene secondo modalità predefinite e strutturate, tali da consentirne la misurazione in termini di flusso informativo. L'attivazione può avvenire per autopresentazione del cittadino oppure su iniziativa dei diversi attori della rete territoriale: professionisti sanitari (Medico RUAP, PLS, specialisti, infermieri delle Cure Domiciliari), servizi sociosanitari, Servizi Sociali comunali, strutture territoriali quali Casa della Comunità, COT e PUA, nonché soggetti del Terzo Settore formalmente integrati nel sistema locale. In coerenza con il principio di prossimità e con l'orientamento alla comunità previsto dal DM n. 77 del 2022, anche il cittadino, la famiglia o il caregiver possono rappresentare un punto di avvio dell'intervento, attraverso i canali organizzativi previsti a livello aziendale e distrettuale.

In questa cornice, il valore aggiunto del modello proposto risiede nella capacità di offrire alla persona e alla sua famiglia un riferimento stabile e riconoscibile, che insieme al Medico RUAP e ai professionisti del sociale, configura un nucleo multiprofessionale di base, attorno al quale si attivano, in modo flessibile e proporzionato ai bisogni, gli altri professionisti e le risorse della rete territoriale. Lo standard di 1 IFeC ogni 3.000 abitanti costituisce il presupposto organizzativo di tale stabilità. A tendere, con la progressiva implementazione del modello, questo assetto delinea una prospettiva di ricomposizione: le funzioni infermieristiche oggi distribuite tra ruoli differenti, possono convergere gradualmente nella figura dell'IFeC, che

viene così a rappresentare per il cittadino l'interlocutore infermieristico riconoscibile all'interno dell'equipe multiprofessionale di base. È questa continuità relazionale, prima ancora che organizzativa, a rappresentare un fattore determinante per la qualità percepita dell'assistenza e per la costruzione di un rapporto di fiducia tra la persona e il sistema delle cure primarie.

4.5. Attività e funzioni dell'Infermiere di Famiglia e Comunità

L'IFeC opera per rispondere in modo flessibile, appropriato e proattivo ai bisogni di salute della popolazione, adattando le proprie attività alla complessità e alla natura dei bisogni stessi. Per comprendere appieno il ruolo e le responsabilità dell'IFeC è fondamentale inquadrare le sue attività e funzioni in relazione ai livelli di complessità e stratificazione del rischio definiti dal DM n. 77 del 2022 che rappresentano la base metodologica e operativa della riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Questi livelli consentono di individuare, in maniera sistematica, le aree di intervento, le priorità clinico-assistenziali e il grado di integrazione richiesto con altri professionisti e servizi del territorio.

Le attività dell'IFeC si declinano in macroambiti che, pur nella loro adattabilità, costituiscono un riferimento flessibile per la definizione dei modelli organizzativi aziendali:

- **Attività digestione integrata della cronicità e delle patologie ad alta prevalenza**: comprendono interventi di monitoraggio clinico, assistenziale, di educazione terapeutica, counselling infermieristico e verifica dell'aderenza ai piani di cura. L'IFeC agisce in collaborazione con il Medico RUAP e/o PLS, gli specialisti territoriali, i servizi sociali e sociosanitari per garantire continuità e personalizzazione dell'assistenza.
- **Attività orientate al sostegno della persona fragile, del caregiver e della rete di supporto sociale e familiare**: in tale ambito, l'IFeC collabora e integra la propria attività con gli infermieri delle Cure Domiciliari, soprattutto nelle situazioni ad alta-media complessità assistenziale, ~~e~~ con altri attori delle cure domiciliari e dei servizi della rete territoriale ed ospedaliera per garantire appropriatezza, tempestività e continuità dell'assistenza. Tali attività includono anche l'utilizzo della telemedicina e della teleassistenza per il monitoraggio e il supporto.
- **Attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione e alla coesione sociale**: attraverso interventi nei luoghi di vita delle persone: scuole, centri di aggregazione, spazi pubblici, enti locali, reti informali. In questi contesti, l'IFeC, in collaborazione con tutte le

risorse formali e informali del territorio di riferimento, partecipa al rafforzamento della comunità competente e nella riduzione delle disuguaglianze.

- **Attività di valutazione, orientamento e prioritizzazione**: essenziali per l'intercettazione precoce del bisogno, la definizione del livello assistenziale più appropriato e l'attivazione di percorsi personalizzati. Tali attività prevedono l'utilizzo di strumenti e criteri condivisi, nonché la collaborazione con i PUA, con le COT, e con le UCCP e gli altri snodi della rete territoriale.
- **Attività di integrazione e case management**: che si esplicitano nella gestione condivisa dei casi, nel raccordo tra servizi sanitari, sociali e sociosanitari e nella partecipazione a équipe multiprofessionali. In questo ambito l'IFeC, insieme al Medico RUAP e, ove presente, all'assistente sociale, contribuisce a costruire e mantenere quel nucleo stabile di riferimento che consente alla persona e alla sua famiglia di orientarsi nel sistema delle cure e di essere accompagnata in modo continuo e riconoscibile lungo tutto il percorso assistenziale. Attorno a questo nucleo si attivano, in modo flessibile e proporzionato ai bisogni, gli altri professionisti e le risorse della rete territoriale.

In coerenza con questa articolazione, nella sezione seguente è riportata una tabella che mette in relazione ilivelli di stratificazione del rischio e la classificazione del bisogno con le attività dell'IFeC, i contesti operativi e le possibili forme di collaborazione con altri professionisti e servizi del territorio. Questa rappresentazione vuole fornire uno strumento utile per definire in modo chiaro ruoli, responsabilità e sinergie operative nell'assistenza territoriale.

Tabella 1.Attività e funzione dell'IFeC secondo la stratificazione del bisogno di salute **(**Ripreso da DM 77/2022**)**

Classificazione del bisogno di salute	***Condizione clinica/sociale***	***Macro attività dell'IFeC***	***Principali Collaborazioni e integrazioni***	***Contesti operativi***
Livello 1 *Persona in salute*	Nessuna condizione patologica	• Organizzazione di incontri di educazione sanitaria di gruppo e individuali • Campagne di promozione di stili di vita sani (alimentazione, attività fisica, prevenzione fumo/alcol) • Interventi di prevenzione primaria (vaccinazioni,informazione) • Coinvolgimento attivo della comunità in progetti di salute	Collabora con il DSP al fine di promuovere le attività descritte e gli enti del terzo settore	CdC e spazi pubblici
Livello 2 *Complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo*	Assenza di cronicità/fragilità	• Intercettazione precoce dei bisogni attraverso colloqui, screening e contatti di prossimità • Azioni proattive di stratificazione del rischio (uso di strumenti di valutazione e stratificazione) • Counseling opportunistico su corretti stili di vita • Orientamento ai servizi sanitari e ai punti di accesso alla rete sociale	Collabora ed integra le proprie attività con la Direzione del Distretto, ilDSP, Medici RUAP, PLS, PUA, DSM, Servizi sociali e sociosanitari ed enti del terzo settore	CdC, domicilio, spazi pubblici
Livello3 *Complessità clinico assistenziale media*	Cronicità e/o fragilità lieve e/o disabilità inziale, monopatologica, con buona tenuta dei determinanti sociali	• Valutazione multidimensionale dei bisogni della persona e definizione del PAI ove previsto • Attivazione della presa in carico e raccordo con Medico RUAP, COT e servizi specialistici • Educazione terapeutica mirata (autogestione della patologia) • Monitoraggio periodico di parametri clinici e aderenza terapeutica	Collabora gestisce ed integra le proprie attività con Medici RUAP, PLS, PUA, COT, Cure Domiciliari, DSM, Servizi di specialistica ambulatoriale, Servizi sociali e sociosanitari ed enti del terzo settore, nell'ambito delle strategie previste a livello aziendale e/o Distrettuale	CdC, domicilio, ambulatori infermieristici, teleassistenza
Livello 4 *Complessità clinico assistenziale medio alta con o senza fragilità sociale*	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple con o senza tenuta dei determinanti sociali	• Follow-up clinico-assistenziale • Educazione terapeutica al paziente e al caregiver • Monitoraggio e revisione del PAI • Orientamento ai servizi • Raccordo tra specialisti e servizi territoriali • Supporto attivo ed orientamento alla persona e al caregiver	Collabora gestisce ed integra le proprie attività con Medici RUAP, PLS, PUA, COT, SID, DSM,DSP, Servizi di specialistica ambulatoriale, DSM, Servizi sociali e sociosanitari ed enti del terzo settore nell'ambito delle strategie previste a livello aziendale e/o Distrettuale	CdC, domicilio, ambulatori infermieristici, teleassistenza
Livello 5	Patologie multiple con fragilità	• Raccordo e gestione delle situazioni complesse in stretta collaborazione con le cure domiciliari	Collabora ove necessario Medici RUAP, PLS, PUA, COT, SID, DSM,Servizi di	CdC,domicilio,

Classificazione del bisogno di salute	***Condizione clinica/sociale***	***Macro attività dell'IFeC***	***Principali Collaborazioni e integrazioni***	***Contesti operativi***
Complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	sanitaria e determinanti sociali deficitari	• Attivazione della rete di supporto formale e informale	specialistica ambulatoriale, rete cure palliative, Servizi sociali e sociosanitari ed enti del terzo settore, avvalendosi di strumenti di teleassistenza nell'ambito delle strategie previste a livello aziendale e/o Distrettuale	
Livello 6 *Fase terminale*	Patologie evolutive avanzate; prevalenza di bisogni palliativi	• Raccordo con le cure palliative per possibilità di sostegno psicologico ed emotivo al nucleo familiare • Attivazione di volontariato e reti comunitarie di supporto	Collabora ove necessario Medici RUAP, PLS, PUA, COT, SID, Servizi di specialistica ambulatoriale, rete cure palliative, Servizi sociali e sociosanitari ed enti del terzo settore avvalendosi di strumenti di teleassistenza nell'ambito delle strategie previste a livello aziendale e/o Distrettuale	Domicilio,

L'insieme delle attività illustrate nella tabella 1, articolate per livelli di bisogno e contesti operativi, delinea il contesto professionale e organizzativo di riferimento dell'IFeC all'interno del sistema dell'assistenza territoriale. Tali attività non devono essere intese come rigide o prestabilite, ma come macrofunzioni di riferimento, flessibili e adattabili ai diversi assetti organizzativi aziendali, nel rispetto delle specificità territoriali e del bisogno di salute espresso dalla popolazione.È fondamentale che la programmazione delle attività dell'IFeC sia coerente con la logica della presa in carico personalizzata e proattiva, fondata su una valutazione multidimensionale, condivisa e integrata, con il coinvolgimento attivo della persona assistita e della rete dei servizi. La microéquipe costituisce la sede operativa in cui tale valutazione viene condivisa e le macrofunzioni sopra richiamate trovano modulazione concreta in rapporto al singolo percorso.

In tale prospettiva, il contributo dell'IFeC assume un ruolo centrale nello sviluppo di reti di prossimità e di comunità competenti, orientate all'equità, alla continuità assistenziale e alla valorizzazione delle risorse locali, in un'ottica di appropriatezza e sostenibilità complessiva.

In questa prospettiva, si suggerisce che le Aziende Sanitarie promuovano fin dalle prime fasi di implementazione la costruzione di équipe multiprofessionali stabili nel nucleo di riferimento — composte almeno da IFeC, Medico RUAP e assistente sociale — come condizione abilitante per garantire alla persona e alla sua famiglia un'assistenza continua, riconoscibile e centrata sui suoi bisogni. La flessibilità nella composizione allargata dell'équipe, modulata in base alla complessità del bisogno, non deve infatti tradursi in frammentazione del riferimento, ma rappresentare al contrario una risorsa organizzativa orientata alla personalizzazione e alla continuità delle cure.

A supporto di questo processo, si suggerisce che le Aziende Sanitarie favoriscano la nascita di comunità di pratica tra gli IFeC, intese come spazi strutturati di confronto e apprendimento condiviso tra professionisti. Tali comunità rappresentano uno strumento prezioso per consolidare l'identità professionale dell'IFeC, condividere esperienze dal campo e contribuire allo sviluppo omogeneo del modello assistenziale nei diversi contesti territoriali.

4.6. Monitoraggio delle attività, tracciabilità e utilizzo di linguaggio standardizzato

Nel modello organizzativo assistenziale dell'IFeC, la registrazione sistematica, la codifica e il monitoraggio delle attività svolte rappresentano elementi essenziali non solo per garantire trasparenza, valutabilità e governo dell'assistenza territoriale, ma anche per contribuire alla progressiva definizione dei contorni professionali della figura stessa.

La tracciabilità strutturata delle attività consente infatti di rendere esplicito il contesto professionale e organizzativo di riferimento dell'IFeC, di chiarire gli ambiti di collaborazione e complementarità con le altre professioni sanitarie e sociali e di delineare in modo oggettivabile il contributo specifico dell'assistenza infermieristica di famiglia e comunità nel sistema territoriale.

Attraverso la documentazione codificata e sistematica delle prestazioni erogate, diventa possibile confrontare quanto delineato a livello normativo e documentale con quanto effettivamente applicato nei diversi contesti aziendali e distrettuali. Questo processo consente di verificare l'aderenza tra modello teorico e implementazione operativa, favorendo una progressiva caratterizzazione della figura professionale sulla base di dati osservabili e analizzabili.

In tale prospettiva, la raccolta strutturata delle attività non assume un valore meramente amministrativo, ma diventa uno strumento di sviluppo professionale, di chiarificazione dei ruoli e di consolidamento dell'identità dell'IFeC nel sistema regionale.

L'adozione di un linguaggio infermieristico standardizzato costituisce un elemento qualificante per la piena valorizzazione del ruolo dell'IFeC.

L'utilizzo di terminologie strutturate consente infatti di:

- descrivere in modo univoco bisogni, interventi e risultati assistenziali;
- ridurre ambiguità interpretative nella documentazione clinico-assistenziale;
- facilitare l'integrazione multiprofessionale;
- supportare analisi epidemiologiche e valutazioni di outcome;
- rendere confrontabili le attività tra diversi contesti territoriali.

I linguaggi standardizzati in ambito infermieristico si basano su classificazioni e sistemi terminologici codificati, sviluppati per descrivere diagnosi, interventi e risultati assistenziali in modo sistematico e condiviso. Il loro utilizzo nei sistemi informativi territoriali consente di trasformare l'attività professionale da dato descrittivo a dato misurabile e analizzabile.

Nel contesto dell'assistenza territoriale e di prossimità, caratterizzata da elevata complessità relazionale e multidimensionale, la standardizzazione terminologica assume un valore strategico: rende visibile l'agire infermieristico, ne consente la valutazione nel tempo e supporta il governo clinico e organizzativo. Presupposto operativo del monitoraggio e dell'attività proattiva dell'IFeC è l'accesso ai dati anagrafici e sanitari della popolazione del territorio di competenza, attraverso i

sistemi informativi regionali — quali il Fascicolo Sanitario Elettronico, i sistemi aziendali di cartella clinica elettronica e i flussi territoriali — e nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Tale accesso consente di identificare proattivamente la popolazione di riferimento, di supportare i processi di stratificazione del rischio e di garantire la continuità informativa dell'intero processo assistenziale, dall'assessment iniziale alle fasi di pianificazione, attuazione, valutazione e rivalutazione.

L'integrazione tra accesso ai sistemi informativi, strumenti di stratificazione del rischio, documentazione strutturata e linguaggio standardizzato rappresenta quindi una condizione fondamentale per garantire qualità, appropriatezza e sostenibilità del modello organizzativo dell'IFeC, in coerenza con l'assetto delineato dal Decreto Ministeriale 77/2022.

4.7. Strumenti per la valutazione e la presa in carico dell'IFeC

Nell'ambito del modello organizzativo e assistenziale delineato nelle presenti linee di indirizzo, l'utilizzo di strumenti di valutazione strutturati, rappresenta un elemento fondamentale per garantire appropriatezza, omogeneità e tracciabilità dell'attività dell'IFeC nei processi di presa in carico. L'IFeC, utilizza strumenti validati e condivisi per sostenere la lettura multidimensionale dei bisogni della persona, della famiglia e della comunità, favorendo l'identificazione precoce delle condizioni di rischio e fragilità e la definizione di interventi personalizzati e proattivi. Tali strumenti non supportano solo il lavoro individuale dell'IFeC, ma costituiscono anche una base comune per il lavoro dell'équipe multiprofessionale, favorendo un linguaggio condiviso, una valutazione integrata e decisioni concordate tra i diversi professionisti coinvolti nel percorso di cura.

L'impiego sistematico di tali strumenti consente di:

- supportare i processi di stratificazione del rischio della popolazione;
- orientare la valutazione multidimensionale, integrando le dimensioni cliniche, funzionali, sociali e ambientali;
- facilitare la costruzione e il monitoraggio del Piano Assistenziale Individuale (PAI);
- migliorare la comunicazione e l'integrazione tra i professionisti della rete territoriale;
- garantire la tracciabilità delle attività e la misurabilità degli esiti assistenziali.

Gli strumenti di valutazione non si configurano quindi come meri supporti operativi, ma come elementi abilitanti del modello di presa in carico proattiva, in grado di rendere sistematica e

documentabile l'attività dell'IFeC nei diversi setting assistenziali (ambulatoriale, domiciliare e comunitario).

In coerenza con il processo di nursing, inteso come processo sistematico e continuo articolato nelle fasi di accertamento, pianificazione, attuazione e valutazione, e in integrazione con il modello descritto nel presente documento, si riportano di seguito alcuni strumenti di riferimento utilizzabili dall'IFeC (Tabella 2). Tali strumenti sono articolati in relazione alle principali fasi del percorso assistenziale e alle dimensioni oggetto di valutazione, al fine di supportare una lettura multidimensionale dei bisogni e una presa in carico appropriata e personalizzata.

Tabella 2. Strumenti a supporto dell'attività dell'IFeC e del suo lavoro in equipe multiprofessionale

Fase del processo assistenziale		Tipologia di strumenti	Finalità
Accertamento	Identificazione del bisogno e stratificazione del rischio	Scale di valutazione per la fragilità, per rischio familiare e strumenti di valutazione socio-economica (es. scala di Segovia, indice di Graffar)	Identificazione precoce delle condizioni di fragilità e supporto alla stratificazione della popolazione
	Valutazione multidimensionale (VMD)	Strumenti di rappresentazione familiare (es. genogramma, ecomappa)	Analisi del contesto di vita e delle risorse disponibili
		Scale di valutazione del funzionamento familiare (es. APGAR familiare, FACES, FES)	Individuazione di bisogni relazionali e di supporto
		Strumenti per la valutazione dei determinanti sociali di salute (es. PRAPARE, AHC)	Identificazione dei bisogni sociali e orientamento ai servizi
Pianificazione	Definizione del PAI	Integrazione delle informazioni derivanti dalla valutazione multidimensionale	Costruzione condivisa del Piano Assistenziale Individuale
Attuazione	Attivazione e coordinamento degli interventi	Strumenti di analisi e rappresentazione della rete (es. ecomappa aggiornata)	Attivazione, integrazione e coordinamento degli interventi
Valutazione	Valutazione – Monitoraggio e follow-up	Strumenti per la valutazione del benessere e della qualità di vita (es. WHOQOL, scale di supporto sociale, resilienza familiare)	Valutazione degli esiti e dell'efficacia degli interventi
	Valutazione – Rivalutazione e revisione del PAI	Riutilizzo degli strumenti di valutazione precedentemente impiegati	Aggiornamento del percorso assistenziale e ridefinizione degli obiettivi

5. Contenuti formativi dell'Infermiere di Famiglia e Comunità nel contesto della Regione Emilia-Romagnain applicazione del DM n. 77/2022

La presente proposta di contenuti formativi che segue vuole rappresentare un orientamento per le aziende sanitarie, con l'obiettivo di accompagnare lo sviluppo e il consolidamento del ruolo dell'IFeC nella regione Emilia-Romagna. La sua strutturazione non può non tenere conto dell'attuale inquadramento formativo, che vede, a livello nazionale, i documenti di Agenas[29] e il DM n. 77 del 2022[30]che indicano come percorso di riferimento il Master universitario di primo livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità, al quale progressivamente dovranno accedere tutti gli infermieri destinati a ricoprire questo ruolo. Parallelamente, nella realtà regionale sono stati attivati anche percorsi di formazione aziendale o congiunti, sviluppati per rispondere in tempi rapidi al fabbisogno crescente di professionisti e alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Alla luce di questo scenario, le presenti linee di indirizzo intendono favorire un progressivo avvicinamento verso una formazione omogenea nei contenuti, capace di sostenere la crescita di una cultura professionale condivisa, pur riconoscendo e valorizzando i diversi percorsi attualmente attivi. I contenuti formativi proposti sono coerenti con le indicazioni emerse dal progetto ENHANCE[31], dal curriculum formativo per gli IFeC della WHO[32], dai documenti elaborati dalla FNOPI[33], dalla normativa vigente a livello nazionale e regionale, nonché dalle evidenze presenti nella letteraturascientifica[34-35]. L'obiettivo è fornire agli infermieri conoscenze, competenze e strumenti operativi per agire efficacemente nei contesti territoriali, con particolare attenzione a elementi cardine come la promozione della salute, la prevenzione, la gestione delle cronicità e della fragilità, l'accompagnamento nei percorsi di transizione, la collaborazione interprofessionale e il lavoro di rete.

[29] Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). *Linee di indirizzo sull'Infermiere di Famiglia e Comunità*

[30] Ministero della Salute. *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Decreto ministeriale n. 77/2022. Roma: Ministero della Salute; 2022.

[31] Alvino S, Dagnino F, Mazzarino B, et al. *FCN European Curriculum – Final Review EQF7 Level – Final Draft*. ENhANCE Project; 2017. Contract No.: 2017-2976/001-001.

[32] World Health Organization. *The family health nurse: context, conceptual framework and curriculum*. EUR/00/5019309/13–27.

[33] FNOPI. *Position Statement – Infermiere di Famiglia e Comunità*

[34] Azimirad M, Paloniitty R, Papathanasiou IV, Aleo G, Catania G, Pozzi F, Bagnasco A, Turunen H. Examining family and community nurses' core competencies in continuing education programs offered in primary health care settings: an integrative literature review. *Nurse Educ Pract*. 2023;67:103561. doi:10.1016/j.nepr.2023.103561. PMID:36738528.

[35] Camedda C, Scalorbi S, Longobucco Y. The Family and Community Nurse core competencies: integrating European standards into the Italian context. *Acta Biomed*. 2021;92(S2):e2021329. doi:10.23750/abm.v92iS2.11898. PMID:35037647.

Le indicazioni regionali per la strutturazione della formazione dell'IFeC sono articolate in una componente teorica e in una pratica, per garantire sia l'acquisizione di conoscenze sia lo sviluppo di competenze esperienziali.

- La parte teorica deve prevedere circa 120 ore di lezione, suddivise in moduli tematici che affrontano i diversi ambiti di intervento dell'IFeC; alcuni di questi moduli possono essere erogati anche in modalità FAD per favorire l'accessibilità.
- La parte pratica consiste in un tirocinio della durata complessiva di circa 80 ore, da svolgersi in setting appropriati che permettano l'apprendimento sul campo e la sperimentazione diretta delle competenze. Una parte del tirocinio può essere riconosciuta come attività "*on the job*", purché effettuata in contesti idonei e coerenti con gli obiettivi formativi previsti (ad esempio, i servizi di cure primarie, della salute mentale e della sanità pubblica).

Per gli infermieri già in possesso del Master, la formazione teorica – articolata in moduli – potrà essere avviata partendo da un'autovalutazione rispetto ai contenuti proposti e alle competenze già acquisite, così da individuare eventuali aree di approfondimento e personalizzare il percorso. Il Master universitario in Infermieristica di Famiglia e Comunità costituisce infatti il percorso formativo di riferimento dove l'impegno, superiore per durata e articolazione a quello dei percorsi aziendali, ne rende di norma non necessaria la ripetizione dei contenuti. Per questi professionisti la formazione si concentra pertanto sulle specificità organizzative dell'Azienda e del territorio di assegnazione fermo restando la possibilità di un'autovalutazione rispetto ai contenuti proposti, finalizzata a individuare eventuali e circoscritte aree di aggiornamento e a personalizzare il percorso.

Per la parte pratica, si invitano le aziende a favorire condizioni di apprendimento sul campo e di inserimento graduale nell'ambiente di lavoro, prevedendo un periodo indicativo di circa un mese di affiancamento. Questo periodo, svolto nel territorio di futura assegnazione, consentirà di consolidare le competenze operative e relazionali, valorizzando l'esperienza già maturata in ambito territoriale e riconoscendone la coerenza e il valore formativo.

Inoltre, in un contesto nazionale in evoluzione, caratterizzato da una progressiva riorganizzazione dell'offerta formativa universitaria con lo sviluppo di lauree magistrali a indirizzi specifici – tra cui percorsi orientati alle cure primarie e all'assistenza territoriale – risulta opportuno adottare una

prospettiva di medio-lungo periodo. In tale ottica, è importante che la programmazione formativa aziendale e regionale si mantenga coerente e adattiva rispetto a questi cambiamenti, favorendo integrazione e riconoscimento dei diversi percorsi. In questa direzione, la Regione Emilia-Romagna monitora lo sviluppo dei percorsi universitari di formazione clinica avanzata e favorisce, con la progressiva attivazione delle Lauree Magistrali ad orientamento clinico nell'area dell'Infermieristica di Famiglia e Comunità, la loro valorizzazione nell'ambito dello sviluppo delle competenze avanzate dell'IFeC e della successiva evoluzione del modello organizzativo e formativo regionale.

Accanto ai percorsi formativi strutturati, si suggerisce inoltre che le Aziende sanitarie promuovano le comunità di pratica tra gli IFeC come modalità complementare di apprendimento continuo. Questi spazi di confronto tra pari — radicati nella pratica quotidiana e nei contesti territoriali specifici — favoriscono la condivisione di esperienze, la riflessione critica sull'agire professionale e lo sviluppo di un linguaggio e di una cultura professionale comuni[36]. Le comunità di pratica non sostituiscono la formazione formale, ma la integrano e la rendono viva nel tempo, contribuendo a consolidare le competenze acquisite e adattarle alle specificità dei diversi contesti organizzativi e territoriali.

Alla luce di quanto esposto, i contenuti formativi sono stati declinati secondo le competenze definite nel presente documento ed organizzati in aree macro-tematiche nella tabella 2. Infine, è importante precisare che la presente proposta formativa potrà essere integrata con ulteriori moduli di approfondimento su tematiche specifiche dell'infermieristica di famiglia e di comunità, individuate in base alle caratteristiche del territorio e ai bisogni dei professionisti, in collaborazione anche con le università.

[36] Andrew et al., Building on Wenger: communities of practice in nursing

Tabella 3. Indicazioni regionale per i contenuti formativi dell'IFeC

Area Macro-Tematica	DESCRIZIONE	CONTENUTI FORMATIVI
Inquadramento storico e normativo della figura dell'IFeC	Acquisire conoscenze sul quadro normativo, organizzativo e strategico di riferimento a livello regionale, nazionale e internazionale, orientando l'attività infermieristica in funzione delle politiche sanitarie e dei diritti della persona.	• Conoscere la normativa vigente nazionale e regionale sui servizi territoriali • Approfondire le norme relative alla tutela dei diritti e sicurezza del paziente
Epidemiologia e analisi della popolazione	Fornire strumenti per analizzare la salute della popolazione nei contesti territoriali e applicare metodi di stratificazione del rischio per pianificare interventi assistenziali mirati.	• Principi di epidemiologia applicata e fattori di rischio •Applicare processi e metodi di stratificazione della popolazione • Interpretare dati socio-demografici per individuare bisogni di salute
Processi e strumenti per l'assistenza territoriale	Approfondire i modelli organizzativi assistenziali e gli strumenti per analizzare e gestire i bisogni di salute nei setting territoriali.	•Conoscere modelli e processi assistenziali infermieristici territoriali • Applicare principi di infermieristica transculturale e mediazione culturale • Utilizzare modelli per l'empowerment e l'engagement di comunità, famiglie e individui • Strumenti per la valutazione dei bisogni del singolo, della famiglia e della comunità
Promozione della salute e prevenzione	Saper progettare e realizzare interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria in un'ottica multiprofessionale, di prossimità e comunitaria.	•Svolgere educazione sanitaria individuale e di gruppo • Promuovere empowerment e self-care •Partecipare a campagne di salute pubblica • Favorire l'adesione agli screening
Riconoscimento del ruolo del caregiver	Sviluppare competenze per il riconoscimento, il supporto e la presa in carico dei caregiver familiari, con attenzione alle specificità dei giovani caregiver. Si focalizza sull'educazione alla cura, sul counseling di base e sull'orientamento ai servizi, al fine di favorire il benessere del caregiver e la continuità assistenziale sul territorio.	• Definizione del ruolo del caregiver e dei giovani caregiver: aspetti psicologici, educativi e sociali • Tecniche di educazione sanitaria e addestramento alle attività assistenziali di base • Counseling di base e comunicazione efficace con il caregiver • Mappatura delle risorse territoriali e procedure per l'accesso ai servizi sanitari, sociali e di sollievo • Costruzione del progetto personalizzato di sostegno e networking con la comunità
Gestione delle cronicità e della fragilità	Acquisire competenze clinico-assistenziali e relazionali per la presa in carico di persone con patologie croniche, fragilità e	•Effettuare valutazione multidimensionale dei bisogni • Gestire in modo integrato le cronicità •Effettuare follow-up e monitoraggio clinico-assistenziale

Area Macro-Tematica	DESCRIZIONE	CONTENUTI FORMATIVI
	disabilità, garantendo il raccordo tra i diversi setting assistenziali e la continuità delle cure.	• Utilizzare strumenti di teleassistenza
Sociologia della salute e analisi dei gruppi	Acquisire conoscenze di base sulla sociologia della salute e sui meccanismi sociali che influenzano i comportamenti sanitari, le disuguaglianze e le dinamiche di gruppo.	• Fondamenti di sociologia della salute e delle malattie e dei determinanti sociali •Comprendere dinamiche di gruppi sociali, leadership e processi decisionali • Riconoscere e valutare gruppi formali e informali nella comunità
Innovazione digitale e tecnologica in sanità	Sviluppare competenze per l'uso appropriato di tecnologie digitali e strumenti innovativi a supporto dell'assistenza territoriale, del monitoraggio a distanza e della continuità delle cure.	• Comprendere principi di sanità digitale ed eHealth • Utilizzare strumenti e piattaforme digitali per presa in carico, monitoraggio e comunicazione • Applicare modelli di telemedicina e conoscerne le implicazioni etico-legali • Gestire la protezione dei dati sanitari (privacy e sicurezza) • Sfruttare innovazioni tecnologiche per l'empowerment del paziente e della famiglia
Comunicazione e relazione nei processi di cura territoriali	Potenziare le capacità comunicative e relazionali per il lavoro in équipe multidisciplinari e l'interazione efficace con individui, famiglie e comunità, tenendo conto delle differenze culturali, sociali e del livello di health literacy.	•Utilizzare strumenti e tecniche di comunicazione efficace • Adattare il linguaggio alle caratteristiche e al livello di comprensione dell'utente • Applicare strategie per il lavoro in équipe interprofessionale (collaborazione, gestione conflitti, leadership condivisa) •Utilizzare ascolto attivo, empatia e relazione di aiuto• Facilitare processi partecipativi con gruppi e comunità
Aggiornamento professionale e ricerca	Promuovere la crescita professionale continua e la pratica basata sulle evidenze.	• Applicare principi di Evidence Based Nursing (EBN) • Condurre audit clinici • Partecipare a progetti di ricerca

6. Indicatori di monitoraggio

Per monitorare l'efficacia e l'impatto delle attività svolte dall'IFeC è stato definito un set preliminare di indicatori, finalizzato a valutare l'implementazione della figura, la qualità e le caratteristiche delle attività erogate, i livelli di collaborazione multiprofessionale e gli esiti in termini di salute e di utilizzo dei servizi da parte della popolazione.

Gli indicatori proposti rappresentano una base iniziale di riferimento, soprattutto in considerazione della complessità del processo in atto, il presente set di indicatori deve essere considerato progressivo e suscettibile di sviluppo ulteriore, in coerenza con le fasi di implementazione del modello e con l'evoluzione della riorganizzazione delle cure territoriali. L'introduzione della figura dell'IFeC si colloca infatti all'interno della più ampia riorganizzazione territoriale dell'assistenza, che prevede una progressiva evoluzione dei modelli assistenziali, delle modalità di presa in carico e delle forme di integrazione multiprofessionale.

Sarà pertanto fondamentale, una volta avviata l'applicazione delle presenti Linee di indirizzo, procedere a un'analisi sistematica dei modelli organizzativi adottati dalle Aziende USL e a un confronto strutturato dei risultati ottenuti. Questo processoconsentirà di identificare e condividere indicatori comuni, maggiormente standardizzati e aderenti all'evoluzione dei servizi e alle evidenze maturate nella pratica operativa.

a. Dati di monitoraggio per la valutazione dell'implementazione della figura

1. Numero di IFeC presenti:standard di riferimento pari a 1 IFeC ogni 3.000 abitanti (o quota equivalente), come previsto dagli standard nazionali per l'assistenza territoriale e recepito dalla programmazione regionale. La declinazione operativa del rapporto (ambito territoriale, sede prevalente di attività e criteri di flessibilità) è definita a livello aziendale/distrettuale in coerenza con il DM n. 77 del 2022 e gli atti regionali di recepimento. Ogni Azienda Sanitaria definisce il fabbisogno di IFeC a regime, in applicazione dello standard del DM n. 77 del 2022, e la pianificazione temporale e le azioni di riorganizzazione necessarie per raggiungerlo (anche attraverso i Piani Triennali dei Fabbisogni del Personale);
2. Percentuale dei distretti sanitari che hanno implementato la figura all'interno delle Case della Comunità: rapporto tra il numero di distretti con IFeC attivi in CdC (hub e

spoke) e il totale dei distretti e delle CdC dell'Azienda di riferimento, al primo anno di implementazione ≥ 30%.

b. Dati di monitoraggio per la valutazione delle attività della figura

1. Progetti di collaborazione con il DSP sui programmi del PRP collegati al macro-obiettivo cronicità: almeno 1 progetto attivato in un anno per ciascun bacino di riferimento (3.000 abitanti per IFeC);
2. Iniziative rivolte alla comunità nelle CdC (Hub e Spoke) sul totale delle attività svolte dall'IFeC: almeno 2 iniziative attivate in un anno per ciascun bacino di riferimento (3.000 abitanti per IFeC);
3. Percentuale di persone con una presa in carico dall'IFeC con almeno un contatto documentato nel periodo di riferimento (trimestre/semestre), sul totale delle persone in carico, stratificate per classe di rischio ≥ 30%;

c. Indicatori di valutazione qualitativa

1. Descrizione delle attività identificate per la figura dell'IFeC: relazione descrittiva annuale;
2. Attivazione del nucleo multiprofessionale stabile (IFeC, Medico RUAP, Assistente Sociale) nei casi a media-alta complessità: relazione descrittiva sulle modalità organizzative adottate, sui criteri di attivazione e sull'andamento del lavoro integrato.
3. Iniziative di collaborazione con enti del terzo settore: relazione e documentazione delle iniziative attivate;
4. Programmazione della formazione secondo le indicazioni regionali:relazione e documentazione relativa alla formazione erogata e ai professionisti coinvolti.
5. Somministrazione del questionario PREMs

   La somministrazione dei PREMs non costituisce un indicatore in sé, ma rappresenta uno strumento di raccolta dati attraverso cui è possibile derivare veri e propri indicatori sulla qualità percepita. I risultati del questionario (es. punteggi medi, percentuali di soddisfazione, variazioni nel tempo) potranno essere trasformati in indicatori strutturati e confrontabili a livello aziendale e regionale.

Il set di indicatori sopra descritto rappresenta una base comune di partenza. In coerenza con il percorso di implementazione previsto nella parte delle indicazioni finali del presente documento, il sistema di monitoraggio sarà progressivamente sviluppato in due direzioni: l'introduzione di indicatori di esito sulla popolazione (utilizzo appropriato dei servizi territoriali, riduzione degli accessi non urgenti al Pronto Soccorso, controllo delle condizioni cronicizzate nelle persone in carico, aderenza terapeutica), e l'evoluzione verso un sistema di rilevazione standardizzato basato sull'utilizzo di linguaggi infermieristici codificati e sui flussi informativi regionali, in coerenza con quanto delineato al paragrafo del monitoraggio.

7. Indicazioni finali per l'implementazione e lo sviluppo del modello dell'IFeC

A seguito dell'adozione delle presenti linee di indirizzo, si prevede l'avvio di un percorso progressivo di implementazione e sviluppo del modello dell'IFeC, realizzato in collaborazione con le Aziende Sanitarie Regionali. Tale percorso è finalizzato a favorire una progressiva omogeneizzazione dei modelli organizzativi e assistenziali, attraverso la co-costruzione di strumenti, indicatori e modalità operative condivise, nel rispetto delle specificità territoriali.In particolare, il percorso sarà orientato alla definizione di un sistema di monitoraggio specifico, alla mappatura delle attività effettivamente svolte volto all'adattamento delle stesse a linguaggi infermieristici standardizzati già esistenti e riconosciuti a livello internazionale, alla progressiva valorizzazione e misurazione dell'attività dell'IFeC e al rafforzamento dei percorsi formativi. Tali elementi verranno monitorati periodicamente a cura del responsabile dell'area Cure Primarie, Case della Comunità e Presa in Carico.

7.1 Governance del percorso

Il coordinamento del percorso è affidato a una Cabina di regia regionale, istituita presso la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna. La Cabina di regia è composta da rappresentanti regionali, dai referenti delle diverse aziende sanitarie regionali, da rappresentanti dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche e da referenti universitari per la formazione.

A livello aziendale, ciascuna Azienda Sanitaria individua uno o più Referenti IFeC, che assicurano il collegamento con la Cabina di regia regionale, coordinano l'implementazione a livello locale, supportano la rilevazione delle attività e il monitoraggio degli indicatori e promuovono le comunità di pratica aziendali e interaziendali. Il percorso si articola nelle fasi descritte nella Tabella

4, con tempistiche modulabili in funzione dello stato di partenza delle singole Aziende Sanitarie Regionali.

1.1. Strumenti di accompagnamento del percorso

Tra le azioni di accompagnamento al percorso, le presenti linee di indirizzo individuano due strumenti distinti e complementari: la promozione delle **équipe multiprofessionali** stabili come condizione organizzativa della presa in carico, e la promozione delle **comunità di pratica** come strumento di sviluppo professionale e di costruzione di cultura condivisa.

La costituzione di équipe multiprofessionali stabili, articolate sul nucleo IFeC, Medico RUAP e Assistente Sociale e allargate ai diversi professionisti della rete territoriale in funzione della complessità del bisogno, rappresenta la condizione organizzativa abilitante per la piena implementazione del modello. La progressiva strutturazione di queste équipe a livello aziendale e distrettuale è oggetto di accompagnamento da parte della Cabina di regia, attraverso la condivisione di modalità organizzative, criteri di attivazione e strumenti operativi.

Le comunità di pratica rappresentano uno degli strumenti più efficaci per sostenere lo sviluppo dell'identità professionale dell'IFeC e per favorire la progressiva omogeneizzazione del modello a livello regionale. Le comunità di pratica sono gruppi di professionisti che condividono un dominio di competenza, un repertorio di pratiche e un impegno reciproco, e che attraverso lo scambio sistematico di esperienze, riflessioni critiche e apprendimenti dal campo contribuiscono a costruire conoscenza condivisa e cultura professionale comune[37]. La letteratura scientifica evidenzia il valore delle comunità di pratica come strumento di sviluppo professionale e di traduzione della conoscenza nei sistemi sanitari[38], particolarmente nei contesti caratterizzati da figure professionali in evoluzione, da modelli organizzativi in fase di implementazione e dalla necessità di costruire integrazione interprofessionale. Nel contesto del modello IFeC, le comunità di pratica si configurano su due livelli complementari: comunità tra IFeC, dedicate allo sviluppo dell'identità professionale, alla condivisione di strumenti e protocolli e all'analisi di casi e situazioni; comunità a composizione multiprofessionale, che coinvolgono Medici RUAP, Assistenti Sociali e altri professionisti della rete territoriale, dedicate alla costruzione di linguaggio condiviso,

[37] Wenger E. *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge University Press; 1998.
[38] Li LC, Grimshaw JM, Nielsen C, Judd M, Coyte PC, Graham ID. Use of communities of practice in business and health care sectors: a systematic review. *Implementation Science*. 2009;4:27.

all'integrazione operativa e alla progressiva armonizzazione dei modelli assistenziali tra le Aziende.

Tabella 4. Fasi di implementazione del modello

Fase	Azione	0–3 mesi	3–6 mesi	6–9 mesi	9–12 mesi	12–18 mesi	18–24 mesi
1. Diffusione e avvio del percorso	Condivisione delle linee di indirizzo e attivazione del confronto con le Aziende						
2. Analisi e mappatura delle pratiche	Ricognizione delle attività IFeC nei diversi contesti territoriali						
3. Sviluppo del sistema di monitoraggio	Definizione condivisa di indicatori di processo ed esito						
4. Sviluppo e adattamento degli strumenti di valutazione	Confronto e integrazione degli strumenti di valutazione						
5. Adozione e adattamento ai linguaggi infermieristici standardizzati	Integrazione delle attività ad un linguaggio infermieristico standardizzato						
6. Valorizzazione e misurazione dell'attività IFeC	Definizione di criteri per la pesatura e l'analisi delle attività						
7. Sviluppo e rafforzamento della formazione	Analisi dei bisogni formativi e attivazione percorsi						
8. Sviluppo e promozione delle comunità di pratica	Promozione e accompagnamento alla costituzione di comunità di pratica						
9. Monitoraggio e revisione del modello	Valutazione esiti e aggiornamento delle linee di indirizzo						

Bibliografia

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). *Linee di indirizzo sull'Infermiere di Famiglia e Comunità* [Internet]. Roma: AGENAS; [cited 2025 Nov 20]. Available from: https://iusetsalus.it/images/documenti/AGENAS_Linee_di_Indirizzo_IFoC.pdf
- AIFeC. *Profilo IFeC* [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: https://www.aifec.it/approfondimenti/profilo-ifec/
- AIFeC. *Profilo IFeC per congresso* [Internet]. 2018 Oct 23 [cited 2025 Nov 20]. Available from: https://www.aifec.it/wp-content/uploads/2019/11/Profilo-IFeC-per-congresso-231018.pdf
- Alvino S, Dagnino F, Mazzarino B, et al. *FCN European Curriculum – Final Review EQF7 Level – Final Draft*. ENhANCE Project; 2017. Contract No.: 2017-2976/001-001.
- Andrew N, Tolson D, Ferguson D. Building on Wenger: communities of practice in nursing. Nurse Educ Today. 2008 Feb;28(2):246-52. doi: 10.1016/j.nedt.2007.05.002. Epub 2007 Jun 27. PMID: 17599697.
- Azimirad M, Paloniitty R, Papathanasiou IV, Aleo G, Catania G, Pozzi F, Bagnasco A, Turunen H. Examining family and community nurses' core competencies in continuing education programs offered in primary health care settings: an integrative literature review. *Nurse Educ Pract*. 2023;67:103561. doi:10.1016/j.nepr.2023.103561. PMID:36738528.
- Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Pozzi F, Aleo G, Watson R, Hayter M, Sasso L; ENHANCE WP2 Collaborative Group. Core competencies for family and community nurses: A European e-Delphi study. Nurse Educ Pract. 2022 Mar;60:103296. doi: 10.1016/j.nepr.2022.103296. Epub 2022 Jan 19. PMID: 35176643.
- Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003;7(1):73–82. doi:10.12927/hcq.2003.16763. PMID:14674182.

- Camedda C, Scalorbi S, Longobucco Y. The Family and Community Nurse core competencies: integrating European standards into the Italian context. *Acta Biomed*. 2021;92(S2):e2021329. doi:10.23750/abm.v92iS2.11898. PMID:35037647.
- Carron, T., Rawlinson, C., Arditi, C., Cohidon, C., Hong, Q. N., Pluye, P., Gilles, I., & Peytremann-Bridevaux, I. (2021). An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness. *International journal of integrated care*, *21*(2), 31.
- Dellafiore, F., Guardamagna, L., Haoufadi, S., Cicognani, A., De Mola, A., Mazzone, B., Occhini, G., Brusini, A., & Artioli, G. (2025). Interprofessional Collaboration in Primary Healthcare: A Qualitative Study of General Practitioners' and Family and Community Nurses' Perspectives in Italy. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *13*(21), 2794. https://doi.org/10.3390/healthcare13212794
- Di Monaco R, Pilutti S, d'Errico A, Costa G. Promoting health equity through social capital in deprived communities: a natural policy experiment in Trieste, Italy. *SSM Popul Health*. 2020;12:100677.
- FNOPI. *Position Statement – Infermiere di Famiglia e Comunità* [Internet]. Roma: FNOPI; 2020 Sep 30 [cited 2025 Nov 20]. Available from: https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf
- Ippoliti R, Falavigna G, Montani F, Rizzi S. The private healthcare market and the sustainability of an innovative community nurses programme based on social entrepreneurship – CoNSENSo project. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):771.
- Legge 1° febbraio 2006, n. 43. *Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali*. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 40 del 17 febbraio 2006.
- Li LC, Grimshaw JM, Nielsen C, Judd M, Coyte PC, Graham ID. Use of communities of practice in business and health care sectors: a systematic review. *Implementation Science*. 2009;4:27.

- Mileski M, McClay R, Heinemann K, Dray G. Efficacy of the use of the Calgary Family Intervention Model in bedside nursing education: a systematic review. *J Multidiscip Healthc*. 2022;15:1323-1347. doi:10.2147/JMDH.S370053. PMID:35734541; PMCID:PMC9208629.
- Ministero della Salute. *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Decreto ministeriale n. 77/2022. Roma: Ministero della Salute; 2022.
- Regione Emilia-Romagna. *Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari*. Delibera della Giunta Regionale n. 124/1999. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 1999.
- Regione Emilia-Romagna. *Primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del DM 77/2022*. Delibera della Giunta Regionale n. 2221/2022. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2022.
- Regione Emilia-Romagna. *Case della salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa*. Delibera della Giunta Regionale n. 2128/2016. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2016.
- Regione Emilia-Romagna. Assegnazione contributo ai centri di servizio per il volontariato per il sostegno al progetto "progettazione case della comunità e partecipazione: proposta finalizzata alla definizione ed alla realizzazione di specifici progetti formativi/di accompagnamento per lo sviluppo e qualificazione delle case di comunità, in armonia con le linee dettate dal documento "#casa community lab leve formative e partecipative nelle case della comunità". Delibera della Giunta Regionale n. 2263 del 2023.
- Regione Emilia-Romagna. Percorso Formativo di sperimentazione Casa Community Lab. Assegnazione e concessione finanziamento all'Ausl di Parma – Codice unico di progetto (C.U.P.) D43C23003800002. Delibera della Giunta Regionale n. 2324 del 2023.
- ReportER-Stats. *Dati demografici Regione Emilia-Romagna 2024* [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: https://www.regione.emilia-romagna.it *(o URL specifico del report)*
- Programma Habitat Microaree di Trieste. *Il programma Habitat Microaree di Trieste: precursori delle Case della Comunità?*[Internet]. Milano: Welforum; 2024 Sep 3 [cited 2025

Nov 20]. Available from: https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/il-programma-habitat-microaree-di-trieste-precursori-delle-case-della-comunita/

- Wenger E. *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge University Press; 1998.
- World Health Organization. *Health21: health for all in the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
- World Health Organization. *The family health nurse: context, conceptual framework and curriculum*. EUR/00/5019309/13–27. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000.
- World Health Organization. Primary health care [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care
- World Health Organization; UNICEF. *Declaration of Astana*. Astana: Global Conference on Primary Health Care; 2018 Oct 25–26. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf