

Valutazione della pertinenza al ruolo delle attività svolte dagli Infermieri di Famiglia e Comunità: un'indagine trasversale nei contesti territoriali di Piemonte e Liguria

Beatrice Albanesi¹, Isabella Santomauro¹, Irene Scolfaro¹, Valerio Dimonte¹, Sara Campagna¹

¹Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino, Italia

Corrispondenza: sara.campagna@unito.it

RIASSUNTO

Introduzione: L'eterogeneità delle attività svolte dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) rende complesso definire con precisione quali siano quelle strettamente pertinenti al ruolo, rischiando di perdere di specificità. Nei contesti attuali, manca un approccio sistematico per la rilevazione delle attività, aspetto essenziale che garantirebbe a questa specialità di essere compresa.

Obiettivi: Rilevare le attività effettuate dall'IFeC e valutare la pertinenza delle stesse rispetto al ruolo.

Materiali e metodi: È stata condotta un'indagine trasversale su un campione di convenienza di IFeC che lavora nelle ASL del Piemonte e della Liguria. Attraverso interviste mirate, sono stati raccolti dati generali e sulle attività degli IFeC, scelte dall'area domiciliare, ambulatoriale e comunitaria della classificazione NIC (*Nursing Interventions Classification*). I partecipanti hanno valutato la pertinenza delle attività rispetto al ruolo utilizzando una scala Likert a 4-punti. Sono state considerate pertinenti le attività ritenute tali da almeno il 70% del campione. Sono state eseguite analisi descrittive.

Risultati: Hanno aderito all'indagine 142 IFeC afferenti a 9 ASL, prevalentemente donne, con età media di 46,6 anni (DS $\pm$ 7,7) e un'anzianità lavorativa media come IFeC di 2,5 anni. Sono state considerate pertinenti al ruolo 268 su 287 attività. Tra le attività considerate non pertinenti, ma che vengono svolte abitualmente da almeno il 30% del campione, 12 attività su 287 sono dell'area ambulatoriale e 7 di area domiciliare.

Discussione e conclusioni: Emerge la necessità urgente di realizzare un core di attività standardizzate che, utilizzate nella pratica, descrivano con precisione i livelli operativi dell'IFeC.

Parole chiave: Infermiere di famiglia e comunità, ruolo, assistenza territoriale, cure primarie.

Prevalence and role relevance of activities performed by Family and Community Nurses: a cross-sectional survey in the Piedmont and Liguria Regions

ABSTRACT

Introduction: The wide range of activities performed by Family and Community Nurses (FCNs) makes their role complex to define, potentially leading to a loss of specificity. In current Italian settings there is a lack of a systematic approach to tracking FCN activities.

Objectives: The aims of the study is to collect the activities performed by the FCN and assess their relevance to the role of FCN.

Materials and methods: A cross-sectional survey was conducted among a convenience sample of FCNs working in primary care settings. Data on FCN activities, selected from the home care, ambulatory, and community areas of the Nursing Interventions Classification (NIC), were collected through interviews. Participants rated the relevance of activities using a 4-point Likert scale. Activities were considered relevant to the role if they were deemed so by at least 70% of the sample. Descriptive analyses were performed.

Results: A total of 142 FCNs from 9 primary care settings participated in the survey. FCNs were mostly women, with an average age of 46.6 years ($SD \pm 7.7$) and an average length of work of 2.5 years. Overall 268 out of 287 nursing activities were considered relevant to the role of FCNs. Among the activities considered not relevant to the role, but routinely performed by at least 30% of the sample, 12 out of 287 originated from the outpatient care area, and 7 were from the home care area.

Discussion and conclusions: There is an urgent need to develop a standardized core set of activities that, when implemented in practice, accurately define the operational scope of FCN.

Key words: Family and community nursing; role; community care; primary care.

INTRODUZIONE

L'attuale assetto epidemiologico, a livello europeo, si sta contraddistinguendo per un progressivo invecchiamento della popolazione, con oltre il 21% dei cittadini (21,3%) di età pari o superiore ai 65 anni, su un totale di 449,2 milioni di abitanti (Eurostat, 2024). A questo si aggiunge l'aumento delle condizioni di multimorbidità, ovvero la presenza simultanea di due o più malattie croniche, insieme all'impatto della recente pandemia di Covid-19. Questi cambiamenti hanno spinto le istituzioni politiche e sanitarie a ridefinire i modelli di erogazione dei servizi, culminando nell'elaborazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) (Governo Italiano, 2021). In particolare, la crescente complessità dei bisogni assistenziali, unita alla pressione demografica, ha reso necessario realizzare il ripensamento strutturale delle attuali modalità di assistenza, orientandosi sempre di più verso un approccio integrato e territoriale (Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS], 2018). Inoltre, la pandemia da Covid-19 ha mostrato l'importanza di dover trattare le patologie croniche in ambito comunitario e di rafforzare i servizi di cure primarie (Hacker et al., 2021).

Le cure primarie, infatti, rappresentano un approccio globale che mira a riorganizzare e rafforzare i servizi sanitari nazionali avvicinando i bisogni di salute e il benessere della comunità (OMS, 2021), offrendo attività di promozione della salute, prevenzione, trattamento e cure palliative al domicilio (OMS, 2021).

Gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC), per rispondere alla crescente complessità dei bisogni assistenziali, operano in modo autonomo o in un gruppo multidisciplinare, assumendosi la responsabilità della presa in carico di individui, famiglie e gruppi, indipendentemente dall'età o dalla situazione clinica (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari [AGENAS], 2023).

A livello internazionale, lo sviluppo del quadro di competenze per questi specialisti attualmente varia da Paese a Paese.

Alcuni Paesi come l'Australia, il Canada, la Nuova Zelanda e il Regno Unito hanno sviluppato competenze e/o standard internazionali per chiarire il ruolo degli specialisti IFeC nella pratica delle cure primarie mentre, in altri Paesi non esiste ancora una qualifica o una formazione specifica per gli infermieri che lavorano nell'assistenza primaria (Barrett et al., 2021). In ambito europeo, per definire sia il profilo professionale degli IFeC sia di identificarne le competenze fondamentali, nel 2018 è stato avviato il progetto ENhANCE (*European Curriculum for Family and Community Nurse*) (European Curriculum for Family and Community Nurse [ENhANCE], 2018). Questo progetto si propone di sviluppare un curriculum europeo dell'IFeC al fine di colmare la distanza esistente tra le attuali e differenti competenze degli infermieri e le competenze effettivamente richieste sia dalle istituzioni pubbliche e sia di chi offre servizi privati centrati sull'assistenza infermieristica territoriale (ENhANCE, 2018).

L'integrazione degli IFeC nelle équipes di cure

primarie è stata associata a una migliore qualità dell'assistenza e il loro potenziale offre una risposta alle mutevoli complessità che il sistema sanitario deve affrontare, come i determinanti socioeconomici della salute e l'invecchiamento della popolazione (Mathews et al., 2020).

In Italia è stato riconosciuto il ruolo centrale dell'IFeC nel riordino delle cure primarie con il Decreto-Legge 34/2020 (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 2020) e successivamente ridefinito dal DM 77/2022 (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 2022).

A supporto dell'implementazione di questo ruolo, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ha elaborato le linee di indirizzo per orientare le Regioni nell'integrazione dell'IFeC nelle Aziende Sanitarie Locali (ASL) specificandone le principali funzioni, i livelli di intervento, la formazione e le competenze necessarie all'esercizio professionale (AGENAS, 2023).

Ad oggi, l'Italia vanta diverse esperienze di implementazione degli IFeC e più in generale dell'infermieristica di famiglia e comunità (Rocco et al., 2017; Taddeucci, Barchielli e Vainieri, 2023), caratterizzata da un approccio proattivo, orientato alla salute, all'empowerment e alla comunità.

Le attività dell'IFeC si configurano come un insieme di azioni estese capaci di rispondere efficacemente alle esigenze di salute della popolazione, che comprendono assistenza diretta, interventi di salute pubblica e comunitaria, l'educazione e il *case management* (Alharbi et al., 2023). Tuttavia, nonostante le numerose esperienze documentate in letteratura sull'implementazione di questo ruolo, manca ancora una sintesi completa che chiarisca le attività proprie dell'IFeC (Scrimaglia et al., 2024). Questa situazione riflette l'eterogeneità delle attività dell'IFeC che, da un lato testimonia la flessibilità di tale ruolo (Dellafiore et al., 2022), ma dall'altro rende difficile definire con precisione quali siano le attività strettamente pertinenti al ruolo, con il rischio di comprometterne la specificità.

Un recente studio (Sánchez-Muñoz et al., 2024), che analizza le esperienze degli IFeC inseriti nei gruppi di cure primarie in Spagna, afferma che essi vivono un mancato riconoscimento del loro lavoro da parte del sistema sanitario. Questa carenza è dovuta non solo alla scarsa conoscenza del ruolo degli IFeC, sia a livello generale sia da parte degli altri operatori sanitari, ma anche al disallineamento del sistema rispetto alle competenze che essi possono esprimere, in particolare rispetto alle attività comunitarie ed al

follow-up dei pazienti cronici.

Le Regioni Piemonte e Liguria, caratterizzate dalla presenza di aree interne, ovvero aree montane o distanti dai centri di offerta dei servizi essenziali e ricche di importanti risorse ambientali e/o culturali, nel 2015 hanno implementato il progetto C.o.N.S.E.N.S.o (2021) (*Community Nurse Supporting Elderly In a changing society*) volto a favorire un invecchiamento attivo della popolazione over 65.

Le sperimentazioni innovative del modello di infermieristica di famiglia e comunità piemontesi, nate dal progetto CoNSENSo o sviluppate in modo parallelo a questo, sono state riconosciute di esempio per il potenziamento dell'offerta territoriale dei servizi e delle cure primarie (Federazione Nazionale degli Ordine delle Professioni Infermieristiche [FNOPI], 2020).

In alcuni territori, quindi, c'è stata la possibilità, ante DM 77/2022, di esprimere il ruolo coerentemente con quanto previsto dai modelli dell'infermieristica di famiglia e di comunità (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 2022).

Un aspetto che non trova ancora realizzazione in questi contesti è la possibilità di comprendere in modo sistematico le attività degli IFeC, aspetto che garantirebbe a questa specialità di essere compresa, studiata e di evolversi.

La registrazione delle attività in ambito domiciliare è documentata nel sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), che è nato per costruire una base dati integrata a livello nazionale, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e sociosanitari erogati in maniera programmata dagli operatori del Sistema Sanitario Nazionale, nell'ambito dell'assistenza domiciliare (Ministero della Salute, 2018).

Il SIAD potenzialmente potrebbe essere una fonte importante di informazioni, seppure con dei limiti strutturali che sono stati evidenziati soprattutto in una logica valutativa (Scolfaro et al., 2023), tuttavia il sistema non include le attività orientate al supporto della famiglia e della comunità, che sono ambiti di intervento dell'IFeC (Iacopini, 2019). L'incompletezza di queste informazioni, quindi, ostacola la comprensione dell'assistenza erogata e, di conseguenza, limita la valutazione dell'impatto sulle persone assistite (D'Agostino et al., 2012). In risposta a tale criticità, è stata condotta una indagine trasversale, che si pone come primo livello conoscitivo, sistematico e allargato, mirato a esplorare l'esercizio professionale dell'IFeC nei diversi contesti a due anni dall'emanazione del DM 77/22 (Gazzetta

Ufficiale della Repubblica Italiana, 2022).

OBIETTIVI

L'obiettivo dello studio è la rilevazione delle attività effettuate dall'IFeC e una valutazione di pertinenza delle stesse rispetto al ruolo.

MATERIALI E METODI

Disegno e setting dello studio

È stata condotta, da febbraio a marzo 2022, un'indagine trasversale su un campione di convenienza di IFeC che lavora nelle Aziende Sanitarie Locali (ASL) del Piemonte e della Liguria.

La regione Piemonte è la seconda regione d'Italia con una popolazione di oltre quattro milioni di abitanti su una superficie di 25.400 km² (Regione Piemonte, 2024) e suddivisa in 12 ASL, disposte in modo da rispondere in maniera efficace alle esigenze della popolazione nelle diverse aree provinciali (Regione Piemonte, 2024). Queste ASL collaborano con strutture territoriali come le Case della Salute e gli ambulatori specialistici, garantendo una presa in carico continuativa, con l'obiettivo di migliorare l'accessibilità ai servizi anche nelle zone più periferiche e rurali.

La regione Liguria, si estende su una superficie di 5.416 km² ed è composta da 235 Comuni situati prevalentemente in zona montana (56%) e collinare (23%) (Regione Liguria, agg. 2024). L'assistenza territoriale ligure è organizzata attraverso 5 ASL, ciascuna responsabile della gestione dei servizi di assistenza primaria, della continuità assistenziale e delle cure domiciliari (Regione Liguria, 2024).

Campionamento

La partecipazione allo studio è stata proposta a tutte le ASL che accolgono in tirocinio gli studenti iscritti al Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche ad indirizzo cure primarie partito nell'anno accademico 2023-2024 presso l'Università degli Studi di Torino.

Attraverso le Direzioni delle Professioni Sanitarie, sono stati invitati gli IFeC, delle ASL sede di tirocinio: Alessandria, Asti, Città di Torino, Cuneo (CN1 e CN2), Torino (TO3, TO4 e TO5) e Savona (ASL 2). I criteri di inclusione degli IFeC sono stati: lavorare come IFeC e aver ricevuto una formazione specifica al ruolo (Corso Regionale e/o Master IFeC).

Raccolta dati

Sono stati raccolti dati generali sugli IFeC: (a) caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, anzianità di servizio complessiva e come IFeC, formazione post-base - aggregata in master trasversali, master interprofessionali e master

specialistici) (FNOPI, 2024); (b) contesto lavorativo (ASL di appartenenza, servizio di lavoro e livelli di intervento - individuale, familiare e comunitario); (c) collaborazioni con altri professionisti (Medico di Medicina Generale - MMG, Pediatra di Libera Scelta - PLS, altri infermieri, medici specialisti, assistenti sociali, operatore socio sanitario - OSS, volontari); (d) documentazione utilizzata per la raccolta dati delle attività (Flusso SIAD (Ministero della Salute, 2018) cartella cartacea, cartella informatizzata).

Le attività dell'IFeC sono state scelte tra le attività dell'area domiciliare, ambulatoriale e comunitaria della *Nursing Interventions Classification* (NIC) (Butcher et al., 2020) incluse nella tassonomia di linguaggio standardizzato NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association International*) (Herdman e Kamitsuru, 2021).

Sono stati identificati 26 interventi principali (Tabella 1) caratterizzati da 287 attività infermieristiche.

Modalità di raccolta e analisi dei dati

I dati sono stati raccolti dagli studenti del 1° anno di corso durante il primo tirocinio nei contesti territoriali, attraverso un'intervista all'IFeC, della durata di 30-50 minuti.

Ai partecipanti è stato chiesto di valutare l'elenco delle attività infermieristiche indicando se nella loro pratica fossero abituali e se le ritenessero pertinenti al ruolo dell'IFeC utilizzando una scala Likert a 4-punti. Con il termine 'abituale' è stata considerata un'attività svolta frequentemente e abitualmente nella pratica quotidiana, mentre con il termine 'pertinente' si è considerata un'attività che appartenesse o si collegasse in modo specifico al ruolo, riflettendone competenze e responsabilità (Altermatt-von Arb et al., 2023).

Le attività dell'IFeC sono state aggregate in *pertinenti* (punteggi Likert 1-2: abituale e pertinente e non abituale ma pertinente) e in *non pertinenti* (punteggi Likert 3-4: abituale ma non pertinente e non abituale e non pertinente). Sono state considerate complessivamente pertinenti tutte le attività ritenute tali da almeno il 70% del campione (Hoffmann et al., 2014). Sono state eseguite le comuni analisi descrittive (frequenza, media, deviazione standard) con il software statistico SPSS (IBM Corp., 2023).

Aspetti etici

La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria. Per garantire l'anonimato è stato creato un codice alfanumerico ID noto solo al rilevatore. I dati sensibili sono stati conservati in forma anonima e protetti su supporti digitali, in conformità con le normative

italiane sulla protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2004 e 101/2018). Prima di procedere con la raccolta dati, le Direzioni delle Professioni Sanitarie hanno chiesto il parere ai

responsabili locali della protezione dei dati (DPO).

Tabella 1 – Aree e interventi della classificazione NIC.

Intervento (codice NIC)	Descrizione breve dell'intervento
AREA AMBULATORIALE	
Gestione dei farmaci (2380)	Promuovere un uso sicuro ed efficace dei farmaci prescritti e da banco.
Educazione alla salute (5510)	Promuovere l'apprendimento e il cambiamento verso comportamenti salutari.
Screening (6520)	Identificare rischi e problemi di salute tramite anamnesi, esame fisico e diagnosi.
Gestione delle vaccinazioni (6530)	Gestire lo stato immunitario e promuovere le vaccinazioni.
Monitoraggio dei parametri vitali (6680)	Monitorare e analizzare dati per prevenire complicanze.
Guida al sistema sanitario (7400)	Favorire l'accesso della persona assistita ai servizi sanitari adeguati.
Riferimento ad altri provider o servizi (8100)	Coordinare i servizi con altri provider o organizzazioni.
Follow up telefonico (8190)	Valutare e identificare problemi post-trattamento.
AREA COMUNITARIA	
Gestione dell'ambiente: comunità (6484)	Monitorare e gestire i fattori che influenzano la salute di gruppi e comunità.
Sorveglianza: comunità (6652)	Raccogliere e analizzare dati comunitari per supportare il processo decisionale.
Gestione dell'ambiente: organizzazione casa (6485)	Organizzare l'ambiente domestico per erogare un'assistenza sicura ed efficace.
Sostegno nel mantenimento della casa (7180)	Aiutare cliente/famiglia a mantenere l'abitazione pulita, sicura e accogliente.
Case Management (7320)	Coordinare l'assistenza per ottimizzare risorse, costi e qualità dell'assistenza.
AREA DOMICILIARE	
Assistenza nel self-care (1800)	Assistere una persona nello svolgimento delle ADL.
Assistenza nel self-care: IADL (1805)	Supportare ed educare nelle attività quotidiane per favorire l'autonomia.
Assistenza alla persona morente (5260)	Promuovere il benessere fisico e psicologico della persona nella fase terminale.
Sostegno nella gestione intestinale/stomia (0430)	Stabilire e mantenere un regolare modello di eliminazione intestinale.
Somministrazione dei farmaci (2300)	Preparare, somministrare e valutare l'efficacia di farmaci prescritti e da banco.
Gestione del dolore (1415)	Alleviare o ridurre il dolore persistente.
Cateterismo vescicale (0580)	Posizionare un catetere vescicale estemporaneo o permanente.
Monitoraggio degli arti inferiori (3480)	Identificare i fattori di rischio e prevenire le lesioni agli arti inferiori.
Cura della ferita: prevenzione e guarigione (3664)	Medicare e prevenire le complicanze di una ferita cronica o maligna.
Prevenzione delle cadute (6490)	Adottare specifiche precauzioni per la persona a rischio di caduta.
Sorveglianza: teleassistenza (6658)	Valutare la persona da remoto tramite strumenti elettronici.
Sostegno al caregiver e alla famiglia (7040)	Fornire informazioni, supporto e protezione.
Sostegno in relazione alle risorse economiche (7380)	Aiutare a procurarsi e gestire le risorse economiche necessarie.
Nota: Tra le parentesi è riportato il codice di classificazione delle attività secondo la NIC	

RISULTATI

Hanno aderito all'indagine 142 IFeC. Il campione (Tabella 2) era composto prevalentemente da donne (n = 124, 87%) con età media di 46,6 anni (DS $\pm$ 7,7; [range 28-61]) e un'anzianità media come IFeC di 2,5 anni (DS $\pm$ 2; [range 0-8]). Tra i partecipanti, 70 (49%) avevano il Corso Regionale, 67 (47%) avevano il Master specifico; 55 (38,5%) avevano una

formazione post-base.

Gli IFeC lavorano prevalentemente nelle cure domiciliari/palliative (n = 89, 63%) e meno nella Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) (n = 4, 3%). Il livello di intervento dell'IFeC più frequente è quello individuale (n = 142, 100%) e familiare (n = 96, 68%).

Tabella 2 – Caratteristiche dei 142 IFeC delle 9 ASL.

Variabili	n (%)
Sesso	
Femmine	124 (87,3)
Formazione IFeC	
Corso Regionale	70 (49,3)
Master I livello	67 (47,2)
Entrambi i titoli	5 (3,5)
Formazione Post-Base*	
Master trasversali	36 (25,3)
Master specialistici	12 (8,5)
Master interprofessionali	4 (2,8)
Laurea Magistrale	3 (2,1)
Contesto lavorativo (possibili più risposte)	
Cure domiciliari/palliative	89 (62,7)
Ambulatorio distrettuale	38 (26,7)
Casa della Comunità	35 (24,6)
Centrale Operativa Territoriale	24 (16,9)
Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria	4 (2,8)
Livelli di intervento (possibili più risposte)	
Individuale	142 (100)
Familiare	96 (67,7)
Comunitario	27 (19)
*Missing: 4(3).	
Legenda: IFeC= Infermiere di Famiglia e Comunità; Master trasversali: Coordinamento, Bioetica, Medicina Legale, Diritto del Lavoro, Management e innovazione delle aziende sanitarie, Metodologie tutoriali. Master Interprofessionali: Cure palliative e Salute Mentale. Master specialistici: Accessi venosi, Area Critica ed Emergenza, Cure Primarie e Sanità Pubblica, Wound Care, Stomatoterapia, Nefrologia e Dialisi.	

Gli IFeC collaborano con MMG (n = 122, 86%), altri infermieri (n = 108, 76%), medici specialisti (n = 98, 69%), assistenti sociali (n = 79, 56%), PLS (n = 79, 53,5%), OSS (n = 65, 46%), volontari (n = 13, 9%), infermieri del Nucleo Ospedaliero per la Continuità delle Cure (NOCC) (n = 8, 6%), educatori (n = 8, 6%), fisioterapisti (n = 7, 5%), dietisti (n = 8, 6%), ostetrici (n = 3, 2%), psicologi (n = 2, 1%), logopedisti (n = 1, 1%), sindaci (n = 1, 1%),

forze dell'ordine (n = 1, 1%), stomaterapisti (n = 1, 1%), *Peripherally Inserted Central Catheter* (PICC) team e insegnanti (n = 1, 1%).

La documentazione utilizzata per la registrazione delle attività è il flusso informativo SIAD (n = 95, 67%), la cartella cartacea (n = 75, 52%) o informatizzata (n = 57, 40%).

Attività dell'IFeC

Sono state considerate pertinenti al ruolo 268

su 287 attività (Allegato 1). Tra queste, in Tabella 3, si riportano le attività, per ogni

categoria di intervento, che vengono svolte abitualmente da almeno l'80% dei partecipanti.

Tabella 3 – Frequenza delle attività pertinenti, per ogni area ed intervento, riportate come abituali da almeno l'80% dei 142 IFeC intervistati.

Interventi (codice NIC)	Area ambulatoriale	Area comunitaria	Area domiciliare
	n/N (%)	n/N (%)	n/N (%)
Educazione alla salute (5510)	25/25 (100)		
Monitoraggio dei parametri vitali (6680)	5/5 (100)		
Guida al sistema sanitario (7400)	13/13 (100)		
Screening (6520)	10/11 (91)		
Riferimento ad altri provider o servizi (8100)	10/11 (90)		
Gestione dei farmaci (2380)	19/26 (73)		
Follow up telefonico (8190)	4/7 (57)		
Gestione delle vaccinazioni (6530)	2/11 (18)		
Gestione dell'ambiente: organizzazione della casa (6484)		8/8 (100)	
Case Management (7320)		15/16 (94)	
Sostegno nel mantenimento della casa (7180)		7/8 (87,5)	
Gestione dell'ambiente: comunità (6652)		4/5 (80)	
Sorveglianza: comunità (6652)		4/5 (80)	
Sostegno al caregiver e alla famiglia (7040)			22/22 (100)
Assistenza nel self-care (1800)			8/8 (100)
Assistenza alla persona morente (5260)			11/11 (100)
Gestione del dolore (1415)			8/8 (100)
Monitoraggio degli arti inferiori (3480)			10/10 (100)
Cateterismo vescicale (0580)			1/1 (100)
Prevenzione delle cadute (6490)			11/12 (92)
Sorveglianza: teleassistenza (6658)			9/10 (90)
Somministrazione dei farmaci (2300)			5/6 (83)
Assistenza nel self-care: attività strumentali di vita quotidiana (1805)			9/11 (82)
Sostegno nella gestione della funzione intestinale/ stomia (0430)			7/9 (78)
Cura della ferita: guarigione e prevenzione delle lesioni (3664)			12/21 (57)
Sostegno in relazione alle risorse economiche (7380)			3/7 (43)
Nota: Tra le parentesi è riportato il codice di classificazione delle attività secondo la NIC.			

Tra le attività considerate non pertinenti, ma che vengono svolte abitualmente da almeno il 30% del campione, 12 attività su 287 sono dell'area

ambulatoriale e 7 di quella domiciliare (Tabella 4).

Tabella 4 – Frequenza delle attività non pertinenti, per ogni area ed intervento, riportate da almeno il 30% dei 142 IFeC intervistati.

Intervento (codice NIC)	Descrizione delle attività infermieristiche associate all'intervento	n (%)
AREA AMBULATORIALE		
Gestione dei farmaci (2380)	Stabilire una procedura per la conservazione, il rifornimento e il monitoraggio dei farmaci che vengono gestiti dalla persona assistita per l'auto somministrazione, se previsto dalla normativa vigente e dalle politiche aziendali	84 (59,1)
	Ottenere la prescrizione del medico per l'auto somministrazione dei farmaci da parte della persona	57 (40,1)
	Monitorare i livelli sierici, per esempio, di elettroliti, protrombina e farmaci	48 (33,8)
	Fornire alla persona assistita e/o ai componenti della famiglia informazioni scritte e corredate da illustrazioni per stimolare o consolidare l'auto somministrazione	48 (33,8)
Gestione delle vaccinazioni (6530)	Sostenere i programmi e le politiche che prevedono vaccinazioni gratuite o alla portata di tutta la popolazione	63 (44,3)
	Programmare le vaccinazioni a intervalli temporali appropriati	62 (43,6)
	Osservare la persona per il periodo di somministrazione del vaccino	61 (43)
	Informare i genitori sulle misure che favoriscono il benessere del bambino dopo la somministrazione di un vaccino	58 (40,8)
	Identificare le controindicazioni assolute alla somministrazione dei vaccini (reazione anafilattica a precedenti vaccini e indisposizione moderata o grave con o senza febbre)	50 (35,2)
Riferimento ad altri provider (8100)	Discutere il piano di assistenza con il professionista della salute che si prenderà cura della persona	49 (34,5)
Follow-up telefonico (8190)	Registrare il permesso per richiamare telefonicamente e identificare le persone che devono ricevere la chiamata	66 (46,5)
	Determinare come un assistito o un familiare può essere contattato per una telefonata con risposta a carico, se appropriato	53 (37,3)
AREA DOMICILIARE		
Cura della ferita: difficoltà di guarigione e prevenzione delle lesioni (3664)	Educare i familiari/caregiver rispetto ai segni di lesioni da pressione, se appropriato	46 (32,4)
	Assicurare un adeguato apporto dietetico, specialmente di proteine, vitamine B e C, ferro e di calorie mediante l'uso di integratori alimentari, se appropriato	45 (31,7)
	Applicare sistemi di protezione ai gomiti e alle caviglie, se appropriato	43 (30,3)
Sorveglianza: teleassistenza (6658)	Documentare gli accertamenti, i consigli, le indicazioni o altre informazioni fornite alla persona assistita in accordo con le linee guida specifiche	64 (45,1)
Sostegno in relazione alle risorse economiche (7380)	Rappresentare i bisogni economici delle persone negli incontri multidisciplinari, se necessario	59 (41,5)
	Collaborare con le strutture di cure primarie/comunità per assicurare alla persona i servizi necessari	59 (41,5)
	Se la persona lo desidera, coinvolgere i familiari nella gestione delle sue risorse economiche	46 (32,4)
Nota: Tra le parentesi è riportato il codice di classificazione delle attività secondo la NIC.		

DISCUSSIONE

Obiettivo dello studio era la rilevazione delle attività effettuate dall'IFeC e una valutazione di pertinenza delle stesse rispetto al ruolo.

Il campione di IFeC intervistato può essere considerato al livello esperto (Benner, 1982) seppure con anzianità di lavoro limitata, per la formazione specifica in Infermieristica di Famiglia e Comunità di almeno 20 Crediti Formativi Universitari (CFU) (D.G.R n.6 – 3472 del 2 Luglio, Regione Piemonte, 2021) ricevuta e, di conseguenza, consapevole del ruolo dell'IFeC.

La pertinenza delle attività può quindi essere considerata complessivamente credibile, soprattutto rispetto agli interventi individuali e familiari. Inoltre, il campione di IFeC intervistato opera prevalentemente nell'ambito delle cure domiciliari e palliative, difficile quindi generalizzare questi risultati agli ambiti ambulatoriali e comunitari.

Queste caratteristiche riflettono, da un lato che le scelte locali hanno dato la priorità agli over 65 e ai malati cronici, in una situazione di carenza di risorse e di iniziale implementazione, e che le attuali case della comunità e gli ospedali di

comunità sono in corso di definizione e realizzazione e non consentono di esercitare ancora pienamente le funzioni dell'IFeC (AGENAS, 2023). Questi ambiti meriterebbero ulteriori approfondimenti ripetendo l'indagine a lavori ultimati.

Dalla letteratura si evidenzia che gli IFeC prendono in carico principalmente la fascia di popolazione over 65 (Ranzani et al., 2021; Scrimaglia et al., 2024), ma è essenziale non trascurare il loro ruolo nell'assistenza ad altre fasce di popolazione come quella pediatrica. A tal proposito, la Società Italiana di Pediatria (SIP) (Società Italiana di Pediatria [SIP], 2017) sottolinea l'importanza di garantire risposte adeguate sul territorio non solo agli adulti, ma anche ai bambini con malattie acute o croniche caratterizzati da bisogni assistenziali complessi (SIP, 2017). Pertanto, sarebbe utile che l'IFeC sviluppasse competenze specialistiche in ambito pediatrico, per fornire un'assistenza adeguata alla complessità dei bisogni del bambino e, al contempo, supportare il suo nucleo familiare in modo efficace e integrato con altri professionisti della salute.

Le circa trecento attività proposte sono risultate per almeno il 90% frequentemente svolte e pertinenti al ruolo e tra le attività considerate non pertinenti, alcune vengono svolte abitualmente da almeno il 30% del campione, in particolare nelle aree ambulatoriale e domiciliare. Le attività ritenute non pertinenti potrebbero evidenziare una percezione non ancora consolidata del ruolo dell'IFeC. Questo potrebbe riflettere una definizione del ruolo ancora in evoluzione, che a volte entra in conflitto con le aspettative su ciò che dovrebbero fare gli IFeC, gli infermieri di cure domiciliari o altri professionisti sanitari (Scrimaglia et al., 2024). In particolare, la gestione di interventi prevalentemente prestazionali può risultare distante da chi svolge il ruolo dell'IFeC orientandosi a un'azione proattiva e comunitaria. Non va dimenticato che molti infermieri che ora ricoprono il ruolo di IFeC precedentemente operavano nei servizi di assistenza domiciliare e quindi potrebbero fare riferimento a quel tipo di attività e inoltre, a livello internazionale la formazione dei *Community Nurse*, in quanto specialità, è di livello magistrale (Conti et al., 2021). Anche nel documento AGENAS (2023) la formazione minima richiesta è il Master di I livello, ma la professione (FNOPI, 2023) si augura al più presto una formazione magistrale con riconoscimento della funzione di specialista. L'implementazione nei prossimi anni di questo ruolo necessariamente richiederà uno sviluppo inevitabile sia dei modelli organizzativi che dei contenuti della formazione, anche nella logica

dello sviluppo di approcci di salutogenesi (Dellafiore et al., 2022).

Le attività del NIC, sviluppate negli Stati Uniti, rappresentano le attività degli IFeC nei contesti italiani e quindi abbiamo esplorato la fattibilità del loro utilizzo ai fini della standardizzazione del linguaggio. Purtroppo, la numerosità delle attività tipiche dei sistemi assicurativi, alla base della classificazione NIC, rende difficile ipotizzare un utilizzo pratico e sistematico nella clinica quotidiana delle attività, ma i 26 interventi individuati possono ben rappresentare le funzioni agite, così come le aree di esercizio.

Limiti dello studio

Questo studio presenta alcuni limiti. In primo luogo, l'indagine è stata condotta su un campione ristretto di IFeC con un'anzianità di servizio limitata. Ciò potrebbe comprometterne la rappresentatività rispetto alla popolazione generale riducendo la generalizzabilità dei risultati. Tuttavia, la specifica formazione fornita ai partecipanti ha contribuito a garantire l'affidabilità delle risposte raccolte. Un ulteriore limite riguarda i risultati ottenuti che riflettono le peculiarità di un contesto locale, caratterizzato da specifiche normative e organizzative. Questa specificità potrebbe limitarne l'applicabilità e la trasferibilità ad altri contesti. Infine, la numerosità delle attività identificate rappresenta una criticità, in quanto molte di esse risultano difficilmente applicabili nella pratica clinica quotidiana. Per superare questo limite, intendiamo lavorare alla sintesi delle attività individuate, raggruppandole in macro-attività e ricercando un consenso ampio e strutturato (Hasson et al., 2000; Okoli et al., 2004; Hsu et al., 2007). Questo processo iterativo consentirebbe di arrivare a un elenco condiviso e consolidato delle attività proprie dell'IFeC.

CONCLUSIONI

Il DM 77/2022 prevede, con un rapporto di 1 IFeC ogni 3.000 abitanti, l'implementazione del ruolo entro il 2026, nei diversi setting di cure primarie da attivare. È necessario in tempi brevi definirne con precisione caratteristiche, ambiti di espressione e responsabilità operative e di sviluppo. È necessaria un'azione congiunta tra accademia e direzione dei servizi per delineare le funzioni specialistiche e i livelli di pratica avanzata per la presa in carico di situazioni ad elevata complessità.

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e l'assenza di sponsor economici.

Contributi degli autori

Tutti gli autori hanno contribuito all'ideazione e alla conduzione dello studio, alla stesura dell'articolo, alla sua revisione critica e alla conseguente approvazione della versione finale dello stesso.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la raccolta dati i Colleghi delle Direzioni delle Professioni Sanitarie: Anna Maddalena Basso, Clara Occhiena, Claudio Maliziola, Enrica Freggiaro, Fabiano Zanchi, Franco Cirio, Gerardina Tartaglia, Giovanni Di Fine, Katia Moffa, Luisella Audisio, Luisella Canta, Maria Elisena Focati, Monica Cirone, Monica Pero, Roberta Rapetti, Sabrina Contini, Tiziana Lacchio, e gli studenti del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche: Amasio Sabrina, Bigli Matteo, Borelli Ludovica, Borgogno Ivana, Borranò Taide, Brignone Valeria, Calcari Stefania, Ceravolo Francesco, Cimorelli Angela, Di Turi Claudia, Dozaki Yoko, Druhus Iuliana, Gibin Silvia, Giroso Elena, Gonella Elena, Grimaldi Mario, Lika Rudina, Maznovska Sandra, Sansalvadore Rebecca, Sciancalepore Daniela, Seghesio Francesca, Serra Elena, Taffarello Laura, Torchio Federica, Zanirato Gilda.

BIBLIOGRAFIA

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2023) Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità. Disponibile a: https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/infermieri/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_IFoC_-_def.pdf (Accesso: 15 ottobre 2024).

Alharbi, H.F., Alzahrani, N.S., Almarwani, A.M., Asiri, S.A., and Alhowaymel, F.M. (2023) 'Patients' satisfaction with nursing care quality and associated factors: A cross-section study', *Nursing Open*, 10, pp. 3253–3262. doi: 10.1002/nop2.1577.

Altermatt-von Arb, R., Stoll, H., Kindlimann, A., et al. (2023) 'Daily practices of advanced practice nurses within a multi-professional primary care practice in Switzerland: a qualitative analysis', *BMC Primary Care*, 24, p. 26. doi: 10.1186/s12875-023-01977-y.

Barrett, C., Mathews, M., Poitras, M.-E., Norful, A.A., Martin-Misener, R., Tranmer, J., Ryan, D. and Lukewich, J. (2021) 'Job titles and education requirements of registered nurses in primary care: An international document analysis', *International*

Journal of Nursing Studies Advances, 3, 100044. doi: 10.1016/j.ijnsa.2021.100044.

Benner, P. (1982) 'From novice to expert', *American Journal of Nursing*, 82, pp. 402–407.

Butcher, H., Bulechek, G., McCloskey Dochterman, J., and Wagner, C. (2020) *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*, 3a ed. it., a cura di Rigon, L.A. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

CO.N.S.E.N.SO. (2021) *Community Nurse Supporting Elderly in a Changing Society*. Disponibile online: <https://www.alpine-space.eu/project/co-n-s-e-n-so/> (Accesso: 13 Giugno 2024).

Conti, A., Albanesi, B., Busca, E., Martini, L., Costa, C., and Campagna, S. (2021) 'L'infermiere di famiglia e comunità: Panoramica sull'esercizio della professione in Europa', *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 40, pp. 131–136. doi: 10.1702/3746.37680.

D'Agostino, F., Vellone, E., Tontini, F., Zega, M., and Alvaro, R. (2012) 'Sviluppo di un sistema informativo utilizzando un linguaggio infermieristico standard per la realizzazione di un Nursing Minimum Data Set', *Professioni Infermieristiche*, 65, pp. 103–109.

Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101. Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale n. 205 del 4 settembre 2018. Disponibile a: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/09/04/18G00129/sg> (Accesso: 26 Ottobre 2024).

Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196. Codice in materia di protezione dei dati personali. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale n. 174 del 29 luglio 2003. Disponibile a: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2003-07-29&atto.codiceRedazionale=003G0218 (Accesso: 26 Ottobre 2024).

Dellafiore, F., Caruso, R., Cossu, M., Russo, S., Baroni, I., Barelli, S., Marzorati, C., Pittella, F., Gualandi, R., Marventano, S., Palese, A., & Arrigoni, C. (2022) 'The state of the evidence about the family and community nurse: a systematic review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), p. 4382. doi: 10.3390/ijerph19074382.

ENhANCE (2018-2020) *European Curriculum for Family and Community Nurse*. Disponibile online: <https://www.enhance-fcn.eu> (Accesso: 13 Gennaio 2025).

Eurostat (2024) *Demography of Europe – 2024 interactive edition: Ageing population*. Disponibile online: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive->

- publications/demography-2024#ageing-population (Accesso: 13 Gennaio 2025).
- Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (2020, September 30) Position statement: L'infermiere di famiglia e di comunità. FNOPI. Disponibile a: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf> (Accesso: 13 Giugno 2024).
- Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) (2023) Consensus 2023. Disponibile a: https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2023/02/FNOPI_Consensus-2023.pdf (Accesso: 9 Dicembre 2024).
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (2024) Master I livello e II livello. Disponibile a: <https://www.fnopi.it/come-diventare-infermieri/master-i-livello-e-ii-livello/> (Accesso: 26 Ottobre 2024).
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (2020) Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34. Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00052) (GU Serie Generale n.128 del 19-05-2020 - Suppl. Ordinario n. 21). Disponibile: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/19/20G00052/sg> (Accesso: 5 Novembre 2024).
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (2022) Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, 22 giugno, n. 144 Disponibile: <https://www.gazzettaufficiale.it> (Accesso: 5 Novembre 2024).
- Governo Italiano (2021) PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Disponibile a: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf> (Accesso: 31 Ottobre 2024).
- Hacker, K.A., Briss, P.A., Richardson, L., Wright, J., and Petersen, R. (2021) COVID-19 and Chronic Disease: The Impact Now and in the Future. Preventing Chronic Disease, 18, 210086. doi: 10.5888/pcd18.210086.
- Hasson, F., Keeney, S., and McKenna, H. (2000) 'Research guidelines for the Delphi survey technique', Journal of Advanced Nursing, 32, pp. 1008–1015. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x.
- Herdman, T.H. and Kamitsuru, S. (2021) Diagnosi infermieristiche 2021-2023. 12a ed. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Hoffmann, T.C., Glasziou, P.P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., ... and Michie, S. (2014) 'Better reporting of interventions: Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) checklist and guide', BMJ, 348, g1687. doi: 10.1136/bmj.g1687.
- Iacopini, A. (2019) 'I Flussi Informativi relativi ai servizi territoriali per anziani: prime analisi a dieci anni dalla loro introduzione', I luoghi della cura, 2. Disponibile a: <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2019/03/i-flussi-informativi-relativi-ai-servizi-territoriali-per-anziani-prime-analisi-a-dieci-anni-dalla-loro-introduzione/> (Accesso: 5 Novembre 2024).
- IBM Corp. (2023) IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0 [Computer software]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Keeney, S., Hasson, F., and McKenna, H. (2006) 'Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research', Journal of Advanced Nursing, 53, pp. 205–212. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x.
- Mathews, M., Ryan, D., Buote, R., Parsons, S. and Lukewich, J. (2020) 'A qualitative study exploring the influence of clinic funding on the integration of family practice nurses in Newfoundland and Labrador', Nursing Open, 7, pp. 1067–1073. doi: 10.1002/nop2.477.
- Ministero della Salute (2018) Monitoraggio Assistenza Domiciliare: Specifiche Funzionali dei tracciati SIAD. Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare. Disponibile a: https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAre_e_2989_13_file.pdf (Accesso: 31 Ottobre 2024).
- Ministero della Salute (2018) Monitoraggio Assistenza Domiciliare: Specifiche Funzionali dei tracciati SIAD. Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare. Disponibile a: https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAre_e_2989_13_file.pdf (Accesso: 31 Ottobre 2024).
- Okoli, C. and Pawlowski, S.D. (2004) 'The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications', Information & Management, 42, pp. 15–29. doi: 10.1016/j.im.2003.11.002.
- Ranzani, S., Dalmasso, M., Gioia, P., Buttera, L., Audisio, L., Fasano, P., Venuti, S. and Mamo, C. (2021) 'La gestione proattiva dei pazienti BPCO a cura degli infermieri di famiglia e comunità: l'esperienza di un Distretto del Piemonte', Assistenza Infermieristica e Ricerca, 40(3), pp. 149–157. doi: 10.1702/3694.36824.
- Regione Liguria (2024) Cure domiciliari. Disponibile a: <https://poliss.regione.liguria.it/cittadini/servizi-sociosanitari/servizi-sociosanitari-per-tipologia-di->

- servizio/299-cure-domiciliari (Accesso: 26 Ottobre 2024).
- Regione Piemonte (2021) D.G.R. 2 Luglio 2021, n. 6-3472. Art. 1, co. 5, del D.L. n. 34/2020, convertito nella L. n. 77/2020 – Approvazione del documento "Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità", per il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale. Bollettino Ufficiale n. 28 del 15 luglio 2021 (Accesso: 26 Ottobre 2024).
- Regione Piemonte (2024) Aziende sanitarie locali (ASL). Disponibile a: <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/org-anizzazione-strutture-sanitarie/aziende-sanitarie-locali-asl-0> (Accesso: 26 Ottobre 2024).
- Rocco, G., Mercadelli, S., Stievano, A. and Cipolla, C. (2017) Infermiere di famiglia e di comunità: proposte di policy per un nuovo welfare: ricerca svolta in collaborazione tra Ministero della Salute e Collegio IPASVI di Roma. Milano: Franco Angeli.
- Sánchez-Muñoz, F., Fernández-Medina, I.M., Ventura-Miranda, M.I., Ortega-Galán, Á.M., Jiménez-Lasserrotte, M.D.M., and Ruiz-Fernández, M.D. (2024) 'An Overview of Family and Community Nurse Specialists' Employment Situation in Spain: A Qualitative Study', *Healthcare* (Basel), 12(22), p. 2268. doi: 10.3390/healthcare12222268.
- Scolfaro, I., Albanesi, B., and Campagna, S. (2023) 'L'uso dei sistemi informativi sanitari come strumento di pianificazione territoriale', *Assist Inferm Ric*, 42(2), pp. 111–118. doi: 10.1702/4050.40317.
- Scrimaglia, S., Ricci, M., Masini, A., Montalti, M., Conti, A., Camedda, C., Panella, M., Dallolio, L., and Longobucco, Y. (2024) 'The Role of Family or Community Nurse in Dealing with Frail and Chronic Patients in Italy: A Scoping Review', *Geriatrics* (Basel, Switzerland), 9(3), p. 81. doi: 10.3390/geriatrics9030081.
- Società Italiana di Pediatria (2017). Complessità assistenziale: documento congiunto SIP-AOPI. Disponibile a: <https://sip.it/2017/08/28/complessita-assistenziale-documento-congiunto-sip-aopi/> (Accesso: 13 Gennaio 2025).
- Taddeucci, L., Barchielli, C., and Vainieri, M. (2023) 'The challenge of community care: evidence from the Family and Community Nurse model in Tuscany', *European Journal of Public Health*, 33. doi: 10.1093/eurpub/ckad160.1377.
- WHO (Regional Office for Europe) (1999) HEALTH21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Disponibile a: <https://www.who.int> (Accesso: 21 Ottobre 2024).
- World Health Organisation (2018) Integrated care for older people: Realigning primary health care to respond to population ageing. Geneva: World Health Organisation. Disponibile a: <https://www.who.int> (Accesso: 31 Ottobre 2024).
- World Health Organisation (WHO) (2021) Primary Health Care. Disponibile a: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> (Accesso: 31 Ottobre 2024).

Allegato 1 – Frequenza delle attività valutate da 142 IFeC* come pertinenti (cut-off di risposta $\geq 70\%$) e non pertinenti (cut-off di risposta $\leq 70\%$) ordinate per frequenza di pertinenza.

Area	Intervento (codice intervento NIC)	Descrizione delle attività infermieristiche associate all'intervento	Pertinente n(%)	Non Pertinente n(%)
Ambulatoriale	Gestione dei farmaci (2380)	Determinare i fattori che possono impedire alla persona di prendere i farmaci secondo prescrizione	141(99,3)	0(0)
		Determinare quanto la persona conosce i farmaci	140(98,6)	1(0,7)
		Monitorare la persona per rilevare gli effetti terapeutici dei farmaci	140(98,6)	1(0,7)
		Monitorare l'aderenza della persona al regime farmacologico	140(98,6)	1(0,7)
		Insegnare alla persona assistita e/o ai componenti della famiglia i metodi di somministrazione dei farmaci	140(98,6)	1(0,7)
		Insegnare alla persona assistita e/o ai componenti della famiglia l'azione attesa e gli effetti collaterali dei farmaci	140(98,6)	1(0,7)
		Aiutare la persona e i componenti della famiglia ad apportare allo stile di vita gli adattamenti resi necessari dall'assunzione di certi farmaci	140(98,6)	1(0,7)
		Determinare la capacità della persona assistita di somministrarsi i farmaci	139(97,9)	2(1,4)
		Determinare l'impatto dell'uso dei farmaci sullo stile di vita della persona	139(97,9)	2(1,4)
		Monitorare l'efficacia delle modalità di somministrazione dei farmaci	139(97,9)	2(1,4)
		Sviluppare strategie insieme alla persona assistita per migliorare la sua adesione al regime farmacologico prescritto	138(97,2)	3(2,1)
		Insegnare alla persona quando è il momento di rivolgersi al medico	137(96,5)	4(2,8)
		Indagare sulle possibili risorse economiche per l'acquisto dei farmaci prescritti	134(87,3)	17(12)
		Rivedere periodicamente con la persona assistita e/o i familiari i tipi e le dosi dei farmaci che sono stati assunti	134(94,4)	7(4,9)
		Monitorare la risposta ai cambiamenti al regime farmacologico	129(90,8)	12(8,4)
		Monitorare per eventuali effetti avversi dei farmaci	128(90,2)	13(9,1)
		Identificare il tipo e la quantità di farmaci da banco che vengono usati dalla persona assistita	120(84,5)	21(14,8)
		Determinare quali sono i farmaci necessari e gestirli in base al protocollo o alle indicazioni del medico prescrittore	117(82,4)	24(16,9)
		Incoraggiare la persona a sottoporsi a screening per determinare gli effetti dei farmaci	117(82,4)	24(16,9)
		Facilitare i cambiamenti di farmaci in accordo con il medico	112(78,9)	29(20,4)
		Eliminare i farmaci scaduti, quelli che non vengono più prodotti	106(74,6)	35(24,7)
		Fornire alla persona un elenco di professionisti sanitari o strutture che può contattare per avere ulteriori informazioni sul regime farmacologico	103(72,5)	38(26,7)
		Monitorare i livelli sierici, per esempio, di elettroliti, protrombina e farmaci	93(65,5)	48(33,8)
		Fornire alla persona assistita e/o ai componenti della famiglia informazioni scritte e corredate da illustrazioni per stimolare o consolidare l'autosomministrazione	93(65,5)	48(33,8)
		Ottenere la prescrizione del medico per l'autosomministrazione dei farmaci da parte della persona	84(59,1)	57(40,1)
		Stabilire una procedura per la conservazione, il rifornimento e il monitoraggio dei farmaci che vengono gestiti dalla persona assistita per l'autosomministrazione, se previsto dalla normativa vigente e dalle politiche aziendali	57(40,2)	84(59,1)
	Educazione alla salute (5510)	Scegliere come destinatari gruppi ad alto rischio e le fasce di età che possono trarre il maggior beneficio dall'educazione alla salute	141(99,3)	0(0)
		Nella scelta dei destinatari tenere conto delle norme e degli orientamenti nazionali, regionali e locali	139(97,9)	2(1,4)
		Determinare il contesto personale e la storia socio-culturale del comportamento della persona, della famiglia e della comunità nei confronti della salute	139(97,9)	2(1,4)

		Determinare l'attuale livello di conoscenze relative alla salute e i comportamenti che caratterizzano lo stile di vita della persona, della famiglia o del gruppo scelto come destinatario	139(97,9)	2(1,4)
		Determinare qual è il sostegno che può venire dalla famiglia, da amici e coetanei e dalla comunità a comportamenti che contribuiscono alla salute	139(97,9)	2(1,4)
		Identificare le caratteristiche della popolazione scelta come destinatario che possono influire sulla scelta delle strategie di apprendimento	139(97,9)	2(1,4)
		Identificare le risorse (per esempio, personale, spazi, attrezzature, fondi) necessarie per svolgere il programma	138(97,2)	2(1,4)
		Identificare i fattori interni o esterni che possono aumentare o ridurre la motivazione per comportamenti sani	137(96,5)	4(2,8)
		Aiutare le persone, le famiglie e le comunità a chiarire convinzioni e valori relativi alla salute	137(96,5)	4(2,8)
		Dare la precedenza ai bisogni rilevati nei discenti che si basano sulle loro preferenze, sulle abilità degli infermieri, sulle risorse disponibili e sulla probabilità di raggiungere gli obiettivi	137(96,5)	4(2,8)
		Formulare gli obiettivi del programma di educazione alla salute	137(96,5)	4(2,8)
		Pianificare dei controlli a lungo termine per rinforzare i comportamenti positivi per la salute o gli aggiustamenti dello stile di vita	137(96,5)	4(2,8)
		Progettare e attuare strategie volte a misurare i risultati dei discenti a intervalli regolari durante e dopo la realizzazione del programma	136(95,8)	5(3,5)
		Progettare e attuare strategie a misurare il programma e il rapporto costo-efficacia dell'educazione, servendosi di questi dati per migliorare l'efficacia dei programmi successivi	135(95,1)	6(4,2)
		Evitare di usare le tecniche della paura o dell'allarme come strategie per motivare le persone a cambiare i propri comportamenti relativi alla salute o allo stile di vita	132(93)	9(6,3)
		Inserire nel programma strategie atte a migliorare l'autostima della popolazione target	131(92,2)	10(7)
		Insegnare strategie che possano essere usate in contrapposizione a comportamenti malsani o rischiosi piuttosto che consigliare di evitare o cambiare un dato comportamento	130(91,6)	11(7,7)
		Usare presentazioni di gruppo per dare sostegno e diminuire la paura dei discenti che si trovano a fronteggiare problemi o preoccupazioni simili	130(91,5)	11(7,7)
		Usare dei coetanei come leader, insegnati e gruppi di sostegno per lo svolgimento dei programmi delle categorie (per esempio, gli adolescenti) che più difficilmente presterebbero attenzione a professionisti sanitari o agli adulti	129(90,9)	12(8,5)
		Utilizzare la lezione per trasmettere la massima quantità di informazioni	128(90,1)	13(9,1)
		Utilizzare la discussione in gruppo e il role playing per influenzare le convinzioni, gli atteggiamenti e i valori relativi alla salute	128(90,1)	13(9,1)
		Utilizzare la dimostrazione/la dimostrazione di ritorno, la partecipazione dei discenti e la manipolazione di materiali per insegnare abilità psicomotorie	127(89,5)	14(9,9)
		Porre l'accento sui benefici in termini di salute che possono derivare nel breve periodo da comportamenti positivi nello stile di vita, piuttosto che sui benefici nel lungo periodo e sugli effetti negativi dell'inosservanza del programma	127(89,5)	14(9,9)
		Coinvolgere persone, famiglie e gruppi nella pianificazione e attuazione di piani di modifica dei comportamenti relativi alla salute e allo stile di vita	127(89,4)	14(9,9)
		Servirsi dei sistemi di supporto sociali e familiari per aumentare l'efficacia di modifiche comportamentali che interessano la salute e lo stile di vita	124(88,7)	15(10,6)
	Screening (6520)	Determinare il livello di comprensione e di diversità culturale della persona assistita prima di iniziare lo screening	138(97,2)	3(2,1)
		Utilizzare strumenti di screening sanitario validi per quella specifica condizione (per esempio, malattie cardiovascolari, vaccinazioni)	138(97,1)	3(2,1)
		Educare sulle ragioni e sullo scopo dello screening e dell'automonitoraggio	130(91,5)	11(7,7)
		Raccogliere l'anamnesi, compresa la descrizione delle abitudini relative alla salute, dei fattori di rischio e dell'assunzione di farmaci	127(89,4)	14(9,9)
		Provvedere all'effettuazione (o a far effettuare) Pap-test, mammografia, esame prostatico, ECG, esame del testicolo e controllo della vista	122(85,9)	19(13,4)
		Informare la persona sui limiti e i margini di errore di specifici esami durante lo screening	121(85,3)	20(14,1)

		Programmare gli appuntamenti in modo da migliorare l'efficacia e la personalizzazione	120(84,5)	21(14,8)
		Predisporre contatti per i controlli successivi in caso di risultati anormali	120(84,5)	21(14,8)
		Pubblicizzare i servizi di screening allo scopo di aumentare la consapevolezza della popolazione	138(97,2)	3(2,1)
		Educare i genitori su quali sono le vaccinazioni obbligatorie e quali quelle raccomandate per i bambini, le loro vie di somministrazione, le motivazioni e i benefici della loro effettuazione, le reazioni avverse e i possibili effetti collaterali	138(97,2)	3(2,1)
		Informare la persona assistita sulle vaccinazioni (protettive per alcune malattie) che non sono obbligatorie per legge (quali, influenza, pneumococco)	130(91,5)	11(7,7)
	Gestione delle vaccinazioni (6530)	Insegnare alle persone assistite/famiglie quali sono le vaccinazioni disponibili in caso di eventi o di esposizioni particolari (per esempio, colera, influenza, peste, rabbia, febbre tifoide, febbre gialla, tubercolosi)	119(83,8)	22(15,5)
		Preparare e tenere aggiornata un'agenda con la data e il tipo di ciascuna vaccinazione	119(83,8)	22(15,5)
		Identificare le tecniche appropriate per la somministrazione, compresa la somministrazione simultanea	119(83,8)	22(15,5)
		Raccogliere la storia clinica della persona con particolare attenzione alle allergie	119(83,8)	22(15,5)
		Documentare le informazioni relative alle vaccinazioni secondo la procedura aziendale (per esempio, produttore, numero del lotto, data di scadenza)	108(76,1)	33(23,2)
		Verificare su base annuale la completezza dei dati nelle scuole rispetto alle vaccinazioni	100(70,4)	41(28,9)
		Identificare le controindicazioni assolute alla somministrazione dei vaccini (reazione anafilattica a precedenti vaccini e indisposizione moderata o grave con o senza febbre)	91(64,1)	50(35,2)
		Informare i genitori sulle misure che favoriscono il benessere del bambino dopo la somministrazione di un vaccino	83(58,4)	58(40,8)
		Osservare la persona per il periodo di somministrazione del vaccino	80(56,3)	61(43)
		Programmare le vaccinazioni a intervalli temporali appropriati	79(55,6)	62(43,6)
		Sostenere i programmi e le politiche che prevedono vaccinazioni gratuite o alla portata di tutta la popolazione	78(55)	63(44,3)
	Monitoraggio dei parametri vitali (6680)	Monitorare la pressione arteriosa, il polso, la temperatura corporea e le caratteristiche del respiro	135(95,1)	6(4,2)
		Riportare nella documentazione sanitaria l'andamento e le variazioni significative della pressione arteriosa	134(94,4)	7(4,9)
		Monitorare il colorito, la temperatura e l'umidità della cute	133(93,6)	8(5,6)
		Identificare le possibili cause di variazione dei parametri vitali	130(91,5)	11(7,7)
		Controllare periodicamente l'accuratezza degli strumenti usati per acquisire i dati della persona	130(91,6)	11(7,7)
	Guida al sistema sanitario (7400)	Identificare e facilitare la comunicazione tra i professionisti della salute e la persona assistita/i suoi familiari	141(99,3)	0(0)
		Suggerire la consulenza di altri professionisti della salute, se appropriato	141(99,3)	0(0)
		Rinforzare le informazioni fornite da altri professionisti della salute	140(98,6)	1(0,7)
		Richiedere servizi per la persona assistita da parte di altri professionisti della salute	139(97,9)	2(1,4)
		Educare la persona assistita su quale tipo di servizi si deve aspettare dai vari professionisti della salute (per esempio, infermiere, dietista, fisioterapista, cardiologo, internista e psicologo)	139(97,9)	2(1,4)
		Informare la persona assistita sui vari tipi di servizi sanitari (per esempio, ambulatorio distrettuale, servizio infermieristico distrettuale)	139(97,9)	2(1,4)
		Informare la persona assistita sull'appropriatezza delle risorse all'interno della comunità, come per esempio il servizio sociale, e su come entrare in contatto con esse	138(97,3)	3(2,1)
		Informare la persona assistita sul suo diritto di cambiare professionista della salute, se appropriato	137(96,9)	4(2,8)
		Informare la persona su come accedere ai servizi di emergenza per telefono e con un mezzo di trasporto	136(95,8)	4(2,8)

		Fornire opuscoli informativi rispetto ai servizi con le loro ubicazioni, recapiti, orari e attività di cui la persona assistita potrà usufruire dopo la dimissione ospedaliera o a livello ambulatoriale	136(95,8)	5(3,5)
		Identificare la necessità che ha la persona assistita di essere trasportata per ricevere servizi sanitari e provvedere al riguardo	134(94,3)	7(4,9)
		Prendere contatti con la persona assistita per i controlli periodici	132(92,9)	9(6,3)
		Esortare la persona assistita a rivolgersi al pronto soccorso, quando è il caso	132(92,9)	9(6,3)
	Riferimento ad altri provider o servizi (8100)	Identificare l'assistenza infermieristica/sanitaria necessaria	140(98,6)	1(0,7)
		Stabilire la disponibilità di un'appropriata assistenza di supporto a domicilio o nella comunità	138(97,2)	3(2,1)
		Determinare le risorse economiche della persona nel caso debba pagare interamente o in parte i servizi degli altri professionisti della salute	137(96,4)	4(2,8)
		Determinare la disponibilità di servizi di riabilitazione a domicilio	137(96,5)	4(2,8)
		Valutare l'accessibilità del contesto ambientale, sia domiciliare sia di comunità	136(95,8)	5(3,5)
		Valutare i punti di forza e di debolezza dei familiari o di altre persone significative in rapporto alla responsabilità dell'assistenza	135(95)	6(4,2)
		Effettuare un monitoraggio continuo per determinare se è necessario il ricorso ad altri professionisti della salute	134(94,3)	7(4,9)
		Prendere accordi per appropriati servizi di assistenza domiciliare	131(92,2)	10(7)
		Fornire alla persona assistita o ai suoi familiari una copia del piano di cura	130(91,6)	11(7,7)
		Prendere accordi per l'eventuale trasferimento della persona	129(90,9)	12(8,4)
		Discutere il piano di assistenza con il professionista della salute che si prenderà cura della persona	92(64,7)	49(34,5)
	Follow up telefonico (8190)	Abbinare alle telefonate mezzi di tecnologia avanzata, per esempio sistemi messi a punto per le persone con problemi di udito e di parola, display, reti informatiche, ecc., se disponibili	139(97,9)	2(1,4)
		Comunicare alla persona i risultati dei test, se indicato (risultati positivi con significative implicazioni per la salute, come i risultati di biopsie, non devono essere comunicati per telefono dall'infermiere)	132(93)	9(6,3)
		Dare informazioni relative al regime di trattamento e alle conseguenti responsabilità di cura di sé, se necessario, nell'ambito delle proprie competenze e delle linee guida stabilite	120(84,5)	16(14,8)
		Fissare la data e l'ora per assistenza durante il follow-up o per appuntamenti con altri professionisti	115(81)	26(18,3)
		Fornire informazioni sulle risorse della comunità, su programmi educativi, gruppi di sostegno e gruppi di auto-aiuto, se indicato	107(75,4)	34(24)
		Determinare come un assistito o un familiare può essere contattato per una telefonata con risposta a carico, se appropriato	88(62)	53(37,3)
		Registrare il permesso per richiamare telefonicamente e identificare le persone che devono ricevere la chiamata	75(52,8)	66(46,5)
Comunitaria	Gestione dell'ambiente: comunità (6484)	Introdurre uno screening dei rischi per la salute derivanti dall'ambiente	136(95,7)	5(3,5)
		Partecipare a gruppi interdisciplinari per identificare i pericoli per la sicurezza della comunità	136(95,7)	5(3,5)
		Prendere parte ai programmi della comunità che si occupano dei rischi conosciuti	136(95,8)	5(3,5)
		Collaborare allo sviluppo di programmi di azione della comunità in relazione ai rischi	131(92,2)	10(7)
		Svolgere programmi di educazione rivolti alle diverse tipologie di popolazioni a rischio	113(79,5)	28(19,7)
	Sorveglianza: comunità (6652)	Identificare gli scopi e le procedure di registrazione dei sistemi di raccolta dei dati volontari e obbligatori	125(88)	16(11,3)
		Raccogliere i dati relativi agli eventi collegati alla salute, come malattie o lesioni che devono essere registrate	122(86)	19(13,4)
		Collaborare con altre agenzie nella raccolta, analisi e registrazione dei dati	116(81,7)	25(17,6)
		Educare persone, famiglie e agenzie sull'importanza dei controlli periodici nel trattamento delle malattie contagiose	116(81,7)	25(17,6)

		Partecipare allo sviluppo di programmi (per esempio, insegnamento, politiche decisionali, creazioni di gruppi) quando collegati alla raccolta e registrazione dei dati della comunità	102(71,8)	39(27,5)
Gestione dell'ambiente: organizzazione della casa (6485)		Consultare l'assistito e i caregiver sulla predisposizione della casa per l'assistenza domiciliare	141(99,3)	0(0)
		Controllare l'ambiente domestico per l'accoglienza della persona assistita	140(98,6)	1(0,7)
		Ordinare e controllare il funzionamento di tutti gli strumenti necessari	137(96,5)	4(2,8)
		Ordinare e confermare l'avvenuta consegna di tutti i farmaci e presidi necessari	136(95,7)	5(3,5)
		Stilare programmi di educazione terapeutica a domicilio che siano coerenti con le informazioni apprese	135(95,1)	5(3,5)
		Confermare il giorno e l'ora del trasferimento a casa	124(87,4)	17(12)
		Provvedere a un follow-up che garantisca la fattibilità dei piani stabiliti e ne verifichi l'attuazione	123(86,6)	18(12,7)
		Fornire del materiale scritto relativo a farmaci, ai presidi sanitari e agli ausili che serva da guida ai caregiver, se necessario	122(85,9)	19(13,4)
Sostegno nel mantenimento della casa (7180)		Determinare le esigenze della persona assistita riguardo al mantenimento della casa	139(97,9)	2(1,4)
		Coinvolgere la persona assistita/la famiglia nelle decisioni relative alle esigenze di mantenimento della casa	134(94,3)	7(4,9)
		Suggerire le modifiche strutturali necessarie per rendere accessibile la casa	133(93,7)	8(5,6)
		Fornire informazioni sul modo di mantenere l'ambiente domestico sicuro e pulito	131(92,2)	10(7)
		Offrire soluzioni per le difficoltà economiche per quanto necessario e possibile	130(91,5)	11(7,7)
		Richiedere servizi di assistenza domiciliare	127(89,4)	14(9,9)
		Aiutare la famiglia a fare uso della propria rete di sostegno sociale	125(88,1)	16(11,2)
		Informare sulla possibilità di sostituzione temporanea del caregiver	112(78,9)	29(20,4)
Case Management (7320)		Spiegare il ruolo del case manager alla persona assistita e ai suoi familiari	141(99,3)	0(0)
		Sviluppare le relazioni con la persona assistita, i suoi familiari e con altri professionisti sanitari per quanto necessario	141(99,3)	0(0)
		Accertare lo stato di salute fisica e mentale della persona, delle sue capacità funzionali, i sistemi di sostegno formali e informali di cui si avvale, le condizioni economiche e ambientali in cui si trova	141(99,3)	0(0)
		Spiegare alla persona e ai suoi familiari il percorso assistenziale	141(99,3)	0(0)
		Personalizzare il percorso assistenziale	141(99,3)	0(0)
		Determinare con la partecipazione della persona e/o dei suoi familiari i risultati da perseguire	140(98,6)	1(0,7)
		Discutere con il medico della persona assistita il piano di assistenza e i risultati che ci si propone di ottenere	140(98,6)	1(0,7)
		Integrare le informazioni sulla gestione dell'assistenza e le revisioni degli interventi (processi) negli scambi di consegne e rapporti al cambio turno e negli incontri di gruppo, se necessario	140(98,6)	1(0,7)
		Rivedere gli interventi e gli obiettivi allo scopo di soddisfare i bisogni delle persone assistite	140(98,6)	1(0,7)
		Prestare personalmente assistenza diretta	140(98,6)	1(0,7)
		Educare la persona assistita e/o i suoi familiari all'importanza del self care	137(96,5)	4(2,8)
		Incoraggiare la presa di decisioni da parte della persona assistita e/o dei suoi familiari	132(93)	9(6,3)
		Documentare tutte le attività di case management	131(92,3)	10(7)
		Monitorare il piano allo scopo di rilevare la qualità, la quantità, la tempestività e l'efficacia dei servizi	130(91,6)	11(7,7)
		Facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali necessari	127(89,5)	14(9,9)
		Aiutare la persona e/o i suoi familiari nell'accesso al sistema sanitario	108(76,1)	33(23,3)
Assistenza nel self-care (1800)		Monitorare la capacità della persona di provvedere al self-care in maniera autonoma	141(99,3)	0(0)
		Monitorare il bisogno da parte della persona assistita di ausili per l'igiene personale, l'attività di vestirsi/spogliarsi, la cura dell'aspetto, l'uso del gabinetto e l'alimentazione	140(98,6)	1(0,7)

Domiciliare		Fornire un ambiente terapeutico adatto al fine di assicurare un'esperienza calorosa, rassicurante, rilassata, riservata e personalizzata	139(97,9)	2(1,4)
		Assicurare l'assistenza necessaria finché la persona non è in grado di provvedere interamente al self-care	137(96,5)	4(2,8)
		Aiutare la persona ad accettare i bisogni legati alla dipendenza	137(96,5)	4(2,8)
		Incoraggiare la persona a effettuare le attività della vita quotidiana in base al proprio livello di capacità	136(95,7)	5(3,5)
		Insegnare ai genitori/familiari a incoraggiare l'autonomia e a intervenire solo quando la persona non è in grado di effettuare una determinata attività	134(94,3)	7(4,9)
		Fissare una routine per le attività finalizzate al self-care	126(88,7)	15(10,6)
	Assistenza nel self-care: attività strumentali di vita quotidiana (1805)	Determinare il bisogno della persona di essere aiutata nella attività strumentali di vita quotidiana (per esempio, fare la spesa, cucinare, tenere in ordine la casa, lavare, usare mezzi di trasporto, maneggiare il denaro, usare farmaci, usare mezzi di comunicazione, usare il tempo)	141(99,3)	0(0)
		Determinare la necessità di cambiamenti in casa correlati alla sicurezza (per esempio, porte più larghe per l'accesso della carrozzina al bagno, rimozione di tappeti non fissati al pavimento)	140(98,6)	1(0,7)
		Determinare la necessità di migliorare l'ambiente domestico per compensare le disabilità (per esempio, numeri grandi del telefono, volume più alto della suoneria telefonica, lavanderia e altri servizi collocati al piano principale, ringhiere nei corridoi, maniglie di sostegno nei bagni)	140(98,6)	1(0,7)
		Concordare un metodo per contattare facilmente il personale di supporto e di assistenza (per esempio, elenco di numeri telefonici di polizia, vigili del fuoco, centro antiveleni e aiuto domestico)	139(97,8)	2(1,4)
		Informare la persona assistita sui mezzi di trasporto alternativi (per esempio, taxi, mezzi di trasporto per disabili gestiti dal comune)	137(96,5)	4(2,8)
		Adottare tecniche per migliorare le funzioni cognitive (per esempio, calendario aggiornato elenchi facilmente leggibili come l'orario delle medicine, orologi facili da leggere)	137(96,5)	4(2,8)
		Determinare le risorse economiche, gli aiuti che è possibile ottenere e le preferenze personali per le modifiche da portare alla casa o all'automobile	136(95,7)	5(3,5)
		Educare la persona e il caregiver su cosa fare nel caso in cui la persona cada o comunque si faccia male (per esempio, come accedere ai servizi di emergenza, come prevenire ulteriori lesioni)	136(95,8)	5(3,5)
		Determinare se le capacità fisiche o cognitive sono stabili o in declino ed essere pronti a rispondere ai cambiamenti nei due casi	127(89,4)	14(9,8)
		Addestrare la persona sull'uso appropriato di strumenti per il monitoraggio (per esempio, pungi dito per l'automonitoraggio glicemico)	107(75,4)	34(23,9)
		Segnalare la persona a parenti o a servizi della comunità	103(72,5)	38(26,7)
	Assistenza alla persona morente (5260)	Identificare le priorità assistenziali della persona	134(94,4)	7(4,9)
		Incoraggiare la persona e i suoi familiari a condividere i sentimenti riguardanti la morte, quando è il caso	134(94,4)	7(4,9)
		Monitorare la persona per verificare se è in uno stato ansioso	132(93)	9(6,3)
		Monitorare il deterioramento della capacità fisiche e/o mentali	130(91,6)	11(7,7)
		Monitorare il dolore	126(88,7)	15(10,5)
		Includere i familiari nelle decisioni e nelle attività riguardanti l'assistenza, se lo desiderano	123(86,6)	18(12,6)
		Sostenere la persona e i suoi familiari lungo le fasi del lutto	122(85,9)	19(13,3)
		Modificare l'ambiente in base ai bisogni e ai desideri della persona	121(85,3)	20(14,1)
		Facilitare il sostegno spirituale per la persona e la sua famiglia	120(84,5)	21(14,8)
		Facilitare l'assistenza da parte di altre persone, se appropriato	119(83,8)	22(15,5)
		Facilitare il ricorso all'hospice	117(82,4)	24(16,9)
	Sostegno nella gestione della funzione intestinale e gestione della stomia (0430)	Educare la persona assistita/le altre persone significative sull'uso degli strumenti e sulla cura della stomia	133(93,7)	8(5,6)
		Educare la persona assistita/le altre persone significative sulla dieta opportuna e sui cambiamenti attesi nella funzione di eliminazione	130(91,6)	11(7,7)

		Insegnare alla persona a monitorare le complicanze (per esempio, lesioni meccaniche, lesioni chimiche, rash, perdite, disidratazione, infezione)	124(87,4)	17(12)
		Ottenere dalla persona assistita/dalle altre persone significative una dimostrazione di ritorno sull'uso degli strumenti	122(85,9)	19(13,4)
		Monitorare segni/sintomi di complicanze postoperatorie, come ostruzione intestinale, ileo paralitico, perdite anastomotiche, separazione muco-cutanea	121(85,2)	20(14,1)
		Monitorare la guarigione della stomia/del tessuto circostante e l'adattamento degli strumenti per la stomia	117(82,4)	24(16,9)
		Incoraggiare la persona assistita/le altre persone significative a esprimere sentimenti e preoccupazioni correlati al cambiamento dell'immagine corporea	116(81,7)	25(17,6)
		Assistere la persona a pianificare il momento per la routine di cura della stomia	110(77,5)	30(21,1)
		Incoraggiare le visite di persone nelle stesse condizioni che appartengono a gruppi di sostegno	103(72,6)	38(26,8)
	Somministra zione dei farmaci (2300)	Garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche secondo le indicazioni dell'AIFA	124(87,3)	17(11,9)
		Prendere nota delle allergie della persona prima di somministrare qualsiasi farmaco, se appropriato	122(85,9)	19(13,3)
		Monitorare i parametri vitali e i valori di laboratorio prima della somministrazione del farmaco, se appropriato	121(85,2)	20(14,1)
		Monitorare la persona per determinare quando è necessario somministrare i farmaci "al bisogno", se appropriato	120(84,5)	21(14,8)
		Monitorare la persona per rilevare l'effetto terapeutico di tutti i farmaci	117(82,4)	24(16,9)
		Monitorare la persona per rilevare gli effetti avversi e la tossicità dei farmaci e le loro interazioni	110(77,5)	31(21,8)
	Gestione del dolore (1415)	Effettuare una valutazione complessiva del dolore che comprenda la sede, l'inizio e la durata, la frequenza, la qualità, l'intensità, i fattori che alleviano il dolore e quelli scatenanti	137(96,5)	4(2,8)
		Monitorare il dolore utilizzando uno strumento di valutazione valido e affidabile appropriato all'età e alla capacità di comunicare	137(96,5)	4(2,8)
		Determinare l'impatto dell'esperienza del dolore sulla qualità di vita (per esempio, sonno, appetito, attività, capacità cognitive, umore, relazioni, rendimento sul lavoro e responsabilità di ruolo)	133(93,7)	8(5,6)
		Assicurarsi che la persona riceva un sollecito trattamento analgesico prima che il dolore si aggravi o prima delle procedure dolorose	131(92,2)	10(7)
		Avvisare il medico se le misure adottate per il controllo del dolore non hanno successo	126(88,8)	15(10,6)
		Analizzare le conoscenze e le convinzioni della persona relativamente al dolore, incluse influenze culturali	125(88,1)	16(11,3)
		Incoraggiare la persona assistita a monitorare il proprio dolore e ad attuare gli interventi di autogestione	124(87,3)	17(12)
		Coinvolgere la famiglia nelle modalità di riduzione /sollievo del dolore	122(85,9)	19(13,3)
	Cateterismo vescicale (0580)	Posizionare un catetere vescicale per il drenaggio estemporaneo o permanente dell'urina	133(93,7)	8(5,6)
	Monitoraggio degli arti inferiori (3480)	Esaminare le unghie dei piedi per rilevare eventuali cambiamenti (per esempio, zone ispessite e indurimento cutaneo, infezione da funghi, unghie incarnite, evidenza di unghie tagliate non correttamente)	132(93)	9(6,3)
		Esaminare la cute per rilevare il colorito, la temperatura, l'idratazione, la crescita dei peli, la struttura e la presenza di lesioni o fissurazioni	130(91,6)	11(7,7)
		Informarsi se i piedi hanno subito dei cambiamenti e se c'è una storia recente o passata di ulcere o amputazioni	130(91,6)	11(7,7)
		Determinare il grado di mobilità (per esempio, la persona cammina senza assistenza, cammina con l'aiuto di un ausilio oppure non cammina/usa la sedia a rotelle)	129(90,9)	12(8,4)
		Informarsi sulla eventuale presenza di parestesie (per esempio, intorpidimento, formicolio o bruciore)	129(90,8)	12(8,4)
		Informarsi sulla presenza di claudicatio intermittens, dolore a riposo o dolore notturno	125(88)	16(11,2)

		Basarsi sul livello di lesione per determinare se è appropriato indirizzare la persona a un servizio appropriato	124(87,4)	17(11,9)
		Consultare il medico per l'eventuale raccomandazione di ulteriori esami e terapie (per esempio, radiografie), se necessario	122(85,9)	19(13,4)
		Fornire alla persona, ai familiari o altre persone significative le informazioni relative a servizi specializzati nella cura dei piedi	120(84,5)	21(14,8)
		Completare la documentazione richiesta per l'invio a tali servizi, se appropriato	133(93,7)	8(5,6)
	Cura della ferita: difficoltà di guarigione e prevenzione delle lesioni (3664)	Educare la persona e i suoi familiari sui segni di infezione	137(96,5)	4(2,8)
		Aiutare la persona assistita e i suoi familiari a procurarsi il materiale necessario per la medicazione	137(96,5)	4(2,8)
		Informare la persona assistita e i suoi familiari su come smaltire la medicazione utilizzata	135(95,1)	6(4,2)
		Illustrare i metodi di protezione della ferita da colpi, pressione e frizione (per esempio cuscini, imbottiture, tamponi)	134(94,4)	7(4,9)
		Incoraggiare la persona assistita e i suoi familiari ad assumere un ruolo attivo nel trattamento, se appropriato	134(94,3)	7(4,9)
		Usare uno strumento validato per la valutazione del rischio e per monitorare i fattori di rischio della persona (per esempio, scala di Braden)	130(91,6)	11(7,7)
		Esortare la persona a non fumare e a evitare il consumo di alcool	130(91,6)	11(7,7)
		Documentare le pregresse lesioni da pressione	130(91,6)	11(7,7)
		Documentare la condizione della cute al momento della presa in carico	130(91,5)	11(7,7)
		Monitorare attentamente ogni area cutanea arrossata	121(85,2)	20(14,1)
		Monitorare la mobilità e l'attività fisica della persona	119(83,8)	22(15,5)
		Rimuovere dalla cute l'eccesso di umidità causato dalla sudorazione, dall'incontinenza fecale o urinaria o dalla presenza di essudato	119(83,8)	22(15,5)
		Applicare barriere protettive per rimuovere l'eccesso di umidità, quali pomate o sistemi per l'assorbimento dell'umidità, se appropriato	113(79,6)	28(19,7)
		Definire il programma di riposizionamento della persona apponendo un foglio con le raccomandazioni sulla testata del letto, se appropriato	108(76,1)	33(23,3)
		Ispezionare la cute in corrispondenza delle prominenze ossee e degli altri punti in cui viene esercitata una pressione, ogni volta che si riposiziona la persona e comunque almeno una volta al giorno	103(72,6)	38(26,8)
		Utilizzare letti e materassi speciali, se appropriato	103(72,6)	38(26,7)
		Idratare la cute non lesionata	103(72,6)	228(26,7)
		Valutare la presenza di fonti di pressione e di frizione	100(70,4)	41(28,9)
		Applicare sistemi di protezione ai gomiti e alle caviglie, se appropriato	98(69)	43(30,3)
		Assicurare un adeguato apporto dietetico, specialmente di proteine, vitamine B e C, ferro e di calorie mediante l'uso di integratori alimentari, se appropriato	96(67,6)	45(31,7)
		Educare i familiari/caregiver rispetto ai segni di lesioni da pressione, se appropriato	95(66,9)	46(32,4)
	Prevenzione delle cadute (6490)	Identificare i comportamenti e i fattori che contribuiscono al rischio di cadute	139(97,9)	2(1,4)
		Identificare le caratteristiche dell'ambiente che possono aumentare il potenziale di cadute (per esempio, pavimenti scivolosi e scale senza protezione)	139(97,9)	2(1,4)
		Rivedere la storia delle cadute insieme alla persona assistita e ai suoi familiari	135(95,1)	6(4,2)
		Monitorare l'andatura, l'equilibrio e il livello di fatigue con la deambulazione	135(95,1)	6(4,2)
		Fornire alla persona ausili idonei a renderne sicura l'andatura (per esempio, bastone, deambulatore)	133(93,6)	8(5,6)
		Educare l'assistito sull'uso del bastone o il deambulatore	132(93)	9(6,3)
		Educare i familiari sui fattori di rischio che contribuiscono alle cadute e sul modo in cui essi li possono ridurre	132(92,9)	9(6,3)
		Insegnare all'assistito il modo di cadere allo scopo di ridurre al minimo le lesioni	127(89,5)	14(9,8)

		Provvedere affinché la seduta del gabinetto sia abbastanza alta da facilitare i trasferimenti	126(88,7)	15(10,6)
		Orientare la persona alla sistemazione fisica della stanza	117(82,4)	24(16,9)
		Assicurarsi che la persona abbia scarpe che calzino correttamente, si allaccino in modo sicuro e che siano dotate di suole antiscivolo	116(81,6)	25(17,6)
		Suggerire le modifiche da fare in casa per aumentare la sicurezza nell'ambiente domestico	108(76)	33(23,2)
	Sorveglianza: teleassistenza (6658)	Interpretare i risultati di indicatori diagnostici quali parametri vitali, le letture della glicemia, l'elettrocardiogramma	135(95)	6(4,2)
		Collaborare con/consultare le risorse mediche, se necessario	135(95,2)	6(4,2)
		Spiegare i risultati degli esami e gli interventi alla persona assistita e alla sua famiglia	133(93,7)	8(5,6)
		Valutare sistematicamente i problemi potenziali in relazione alle condizioni reali della persona assistita (per esempio, infezioni, equilibrio idroelettrolitico, perfusione tissutale, alimentazione ed eliminazione)	133(93,7)	8(5,6)
		Effettuare la ricerca di guasti nelle apparecchiature e negli strumenti per migliorare l'affidabilità dei dati acquisiti dalla persona assistita	130(91,5)	11(7,7)
		Avviare o cambiare il trattamento medico per mantenere i parametri della persona assistita entro i valori specificati applicando i protocolli appropriati	129(90,9)	12(8,4)
		Analizzare le prescrizioni mediche sulla base delle condizioni della persona assistita per garantire la sicurezza	123(86,6)	18(12,6)
		Chiedere un consulto con il professionista della salute appropriato per avviare un nuovo trattamento o variare quello esistente	122(86)	19(13,3)
		Determinare come la persona assistita o i suoi familiari possono essere raggiunti per futuri interventi di sorveglianza, come appropriato	115(80,9)	26(18,3)
		Documentare gli accertamenti, i consigli, le indicazioni o altre informazioni fornite alla persona assistita in accordo con le linee guida specifiche	77(54,2)	64(45,1)
	Sostegno al caregiver e alla famiglia (7040)	Determinare il livello di conoscenze del caregiver	140(98,6)	1(0,7)
		Determinare le risorse fisiche, emozionali ed educative del caregiver principale	139(97,9)	2(1,4)
		Determinare il livello di dipendenza della persona dai familiari appropriato all'età e alla malattia	139(97,9)	2(1,4)
		Analizzare insieme al caregiver i suoi punti di forza e debolezza	138(97,2)	3(2,1)
		Riconoscere l'eventuale dipendenza della persona assistita dal caregiver	138(97,2)	3(2,1)
		Assicurare sostegno alle decisioni prese dal caregiver	138(97,2)	3(2,1)
		Monitorare i problemi di interazione nella famiglia correlati all'assistenza alla persona assistita	137(96,5)	4(2,8)
		Assicurare al caregiver un follow-up assistenziale mediante telefonate e/o coinvolgimento degli infermieri del territorio	137(96,5)	4(2,8)
		Monitorare eventuali indicatori di stress	137(96,5)	4(2,8)
		Identificare i desideri dei familiari in merito al loro coinvolgimento con la persona assistita	137(96,5)	4(2,8)
		Insegnare al caregiver le tecniche di gestione dello stress	137(96,5)	4(2,8)
		Educare il caregiver sul processo di elaborazione del lutto	136(95,8)	5(3,5)
		Identificare la capacità dei familiari di partecipare all'assistenza del congiunto	136(95,8)	5(3,5)
		Insegnare al caregiver le strategie per il mantenimento dell'assistenza sanitaria al fine di sostenere la sua salute fisica e mentale	136(95,8)	5(3,5)
		Identificare le possibilità di sostituzione temporanea per garantire al caregiver periodi di riposo	135(95,1)	6(4,2)
		Insegnare al caregiver le strategie per accedere e ottenere il massimo dell'assistenza sanitaria e dalle risorse della comunità	135(95,1)	6(4,2)
		Prevedere e identificare le necessità della famiglia	135(95,1)	6(4,2)
		Incoraggiare i familiari e la persona assistita a partecipare alla stesura di un piano di assistenza, compresi i risultati attesi, e alla sua attuazione	135(95,1)	6(4,2)
		Monitorare il coinvolgimento dei familiari nell'assistenza del congiunto	135(95,1)	6(4,2)

		Facilitare ai familiari la comprensione degli aspetti medici della condizione della persona assistita	132(93)	9(6,3)
		Fornire il supporto necessario alla famiglia per prendere decisioni informate	118(83,1)	23(16,2)
		Discutere delle opzioni relative all'assistenza post-dimissione, quali un'assistenza domiciliare che prevede periodiche pause con sostituzione del caregiver, la casa di riposo e così via	117(82,4)	23(16,2)
	Sostegno in relazione alle risorse economiche (7380)	Indirizzare la persona a istituzioni pubbliche che possano fornirgli qualche forma di assistenza economica	135(95,1)	6(4,2)
		Aiutare la persona a determinare le sue attuali spese giornaliere e, eventualmente, a stabilire quali sono prioritarie	133(93,7)	8(5,6)
		Aiutare la persona a raccogliere informazioni sul costo degli interventi sanitari di cui ha bisogno, se appropriato	133(93,7)	8(5,6)
		Aiutare la persona a provvedere per tempo alla richiesta di assistenza sanitaria e sociale a lungo termine	107(75,4)	34(23,9)
		Se la persona lo desidera, coinvolgere i familiari nella gestione delle sue risorse economiche	95(66,9)	46(32,4)
		Rappresentare i bisogni economici delle persone negli incontri multidisciplinari, se necessario	82(57,7)	59(41,5)
		Collaborare con le strutture di cure primarie/comunità per assicurare alla persona i servizi necessari	82(57,7)	59(41,5)
	*Missing: 1 (0,7)			
	Nota: Tra parentesi è riportato il codice di classificazione delle attività secondo la NIC.			