

L'articolo ricostruisce il processo di creazione dell'Infermiere di famiglia e di comunità (Ifec) in Italia, adottando un approccio storico e di sociologia delle professioni, a partire dalla definizione Oms del 1998-2000, per giungere, attraverso le esperienze regionali, al d.m. n. 77/2022. L'analisi del ruolo degli attori, condotto mediante analisi documentaria e interviste semi-strutturate, ha evidenziato che esistono opportunità di sviluppo dell'Ifec, ma anche ambiguità relative alla loro giurisdizione professionale rispetto a infermieri territoriali e Adi, da un lato, medici di medicina generale e alcune figure tecniche, dall'altro. Se è vero che l'Ifec si configura come un'opportunità di rafforzamento della professione infermieristica, è altrettanto vero che i potenziali conflitti inter e intra professionali, sommati alle condizioni del mercato del lavoro, possono rallentare la sua affermazione.

1. Introduzione

Il decreto del Ministero della Salute n. 77, approvato, il 23 maggio 2022 (d'ora in poi d.m. 77/2022 o d.m. 77) introduce in via ordinaria l'Infermiere di famiglia e di comunità (Ifec). La normativa impiega la dizione «Infermiere di famiglia o di comunità» (Ifoc), ma preferiamo adottare la prima (Infermiere di famiglia e di comunità, Ifec), in quanto la più comune sia in letteratura sia tra gli stessi addetti ai lavori in ambito sanitario¹. L'Ifec era stato previsto per la prima volta a livello nazionale dal d.l. n. 34/2020 (convertito nella l. n. 77/2020), con funzioni direttamente connesse all'emergenza pandemica e alle cure domiciliari. Nella normativa del 2022, esso appare invece una figura chiave delle nuove cure primarie e dell'assistenza territoriale, con funzioni che, oltre all'assistenza domiciliare, riguardano la presa in carico proattiva e continuativa della popolazione con compiti di prevenzione e di educazione sanitaria, nonché il coordinamento tra i servizi sociali e sanitari a fini di continuità assistenziale. Questa impostazione viene ulteriormente precisata dalle linee guida dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali del 2023 (Agenas, 2023).

La nuova figura è coerente con le trasformazioni in corso nei sistemi sanitari e nelle politiche sanitarie e per la salute, sintetizzate dal cambiamento di paradigma indicato nell'espressione «dalla sanità alla salute». Tale cambiamento prevede uno spostamento graduale delle priorità di policy dalla terapia, e cura alla prevenzione e promozione dei comportamenti e stili di vita orientati alla salute e al benessere psico-fisico. A ciò si accompagna un orientamento teso a rafforzare il ruolo dell'assistenza territoriale e domiciliare rispetto a quella ospedaliera, funzionale al governo delle patologie croniche e reso (forse) più agevole dalle innovazioni tecnologiche.

La riorganizzazione dei servizi indotta da queste trasformazioni include la diffusione progressiva di modelli multi-professionali di assistenza, che valorizzino pienamente le figure non mediche e ne riconoscano la piena professionalizzazione. In tale processo si inserisce l'istituzione dell'Ifec. Essa si configura, per gli infermieri, come la possibilità, da un lato, di conquistare un insieme riconosciuto di competenze e responsabilità autonome in un ambito di attività, quello della prevenzione e della medicina di comunità, in cui il loro ruolo era secondario o non presente, dall'altro, di rafforzare la loro presenza nell'assistenza territoriale e domiciliare.

Anche l'introduzione normativa dell'Ifec in Italia non nasce dal nulla nel 2020, né appare una semplice risposta alla crisi pandemica. Ha invece una storia piuttosto lunga che si dipana tra esperienze regionali, variamente ispirate alla prima elaborazione di «infermiere di famiglia» ad opera dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) nel 1998-2000. Tali esperienze costituiscono la base per la figura nazionale delineata nel 2020-23 in ambito nazionale.

¹ Nel 2022 (e poi nel 2023) la scelta di usare la dizione Ifoc aveva una ragione specifica, che spiegheremo più avanti. Per il futuro, il ministero avrebbe espresso inoltre l'intenzione di adottare la dizione Infermiere di famiglia e di comunità (Ifec) anche nella normativa (intervista n. 1).

2. La ricerca

Questo contributo ricostruisce il processo di creazione dell'Ifec con metodo storico-sociologico, partendo dalla definizione Oms e dalle esperienze regionali, per poi giungere all'analisi del processo di approvazione e implementazione della figura a livello nazionale. Seguendo la prospettiva della *path dependency* (Pierson, 2000), l'ipotesi alla base della ricerca è che per comprendere le caratteristiche dell'Ifec e il ruolo che sta assumendo nel Servizio sanitario nazionale (Ssn) occorre studiare la storia e il processo di definizione di questa figura, identificando il ruolo giocato dagli attori principali, attivi in questa specifica politica pubblica.

In questo senso, le tre domande conoscitive a cui si cercherà di rispondere sono:

1. qual è stata l'evoluzione dell'Ifec dal 2000 ad oggi?
2. in quale misura le caratteristiche di questa figura, le sue potenzialità e problemi, sono già visibili e dipendono da tale processo?
3. quali sono gli attori principali nel processo di elaborazione e attuazione di questa politica e qual è il loro ruolo?

Quale quadro teorico e interpretativo per l'analisi, adottiamo alcuni strumenti concettuali della sociologia delle professioni. Innanzitutto, ci pare utile riprendere la teoria neo-weberiana delle professioni, nella versione rivisitata da Adams e Saks (2019). Ciò consente, in primo luogo, di analizzare il ruolo dell'associazionismo professionale e le sue relazioni con gli attori rilevanti nell'elaborazione e attuazione della politica, quale processo di competizione per il potere (professionale) nella divisione del lavoro sanitario.

Inoltre, riprendendo l'analisi storico-sociologica weberiana, la rivisitazione teorica di Adam e Saks invita a non considerare in modo unitario lo Stato nel suo rapporto con le professioni, ma a disarticolargne le componenti, quali attori capaci di strategie autonome e talvolta anche conflittuali. Applicando questa indicazione al Ssn, ci pare utile, nell'analisi della relazione tra Stato e professioni, prendere in considerazione il livello regionale di governo come distinto e autonomo da quello centrale. A tale proposito, l'ipotesi che vogliamo sottoporre ad una prima verifica è che, in sistemi sanitari a forte decentramento, lo studio delle professioni, non solo in relazione alla loro nascita ma anche alla loro evoluzione, vada affrontato prestando attenzione specifica sia al livello nazionale di governo e di regolazione delle professioni, sia a quelli sub-nazionali (nel nostro caso, soprattutto a quello regionale). Questa prospettiva è utile non solo per l'analisi delle politiche sanitarie e dei modelli organizzativi dei sistemi sanitari (Neri e Vicarelli, 2024), ma anche per quella delle professioni e delle loro trasformazioni nel corso del tempo.

Adottando una prospettiva secondo cui la professionalizzazione delle occupazioni e l'evoluzione delle professioni avviene in una logica di competizione tra i gruppi professionali, la sociologia processuale di Abbott (1988) fornisce poi uno strumento concettuale molto utile nel nostro caso, quello di giurisdizione professionale. Questa va intesa come la capacità di una professione di affermare e difendere le proprie competenze e responsabilità esclusive, sulle quali fondare il proprio potere e controllo, in concorrenza con le altre professioni. Sullo sfondo, vi è poi l'idea che l'evoluzione di ogni professione vada considerata in un'ottica configurazionale, che tenga conto adeguatamente delle relazioni e interazioni con gli altri gruppi professionali e tutti gli attori coinvolti in tali processi trasformativi (Vicarelli, 2010; Neri, Spina e Vicarelli, 2020).

La ricostruzione storico-sociologica è stata condotta con un'analisi documentale, a partire dalle prime elaborazioni dell'Oms, alla normativa regionale e nazionale, fino ad altri documenti di particolare rilievo per la comprensione della politica oggetto di indagine e delle posizioni degli attori. Ciò è stato accompagnato da 9 interviste qualitative di tipo semi-strutturato effettuate agli attori più rilevanti e ad esperti nel contesto italiano, tra il 2024 e l'inizio del 2025².

² Le interviste condotte sono state in realtà 11, in quanto due interlocutori (la presidenza della Fnopi e la segreteria del Ministro della Salute nel periodo 2019-22) hanno concesso due interviste a testa in due momenti temporali differenti (la seconda a gennaio 2025). Non è stato possibile effettuare alcune interviste programmate, in quanto non è stata ottenuta la disponibilità di alcuni interlocutori.

Tabella 1 - Quadro delle interviste effettuate

Intervista n.	Organizzazione	Area di appartenenza/ruolo dell'intervistato/a nell'organizzazione
1	Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi)	Segreteria nazionale
2	Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi)	Area stampa e comunicazione
3	Associazione degli infermieri di famiglia e di comunità (Aifec)	Presidenza
4	Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg)	Segreteria nazionale
5	Funzione pubblica Cgil	Segreteria nazionale
6	Nursind – Il sindacato delle professioni infermieristiche	Segreteria nazionale
7	Ministero della Salute	Segreteria Ministro della Salute (2019-2022)
8	Consiglio superiore di sanità (Css)	Consigliere del Css
9	Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (Fno Tsrpm-Pstrp)	Coordinamento regionale della Toscana

Nota: le interviste sono state effettuate tra marzo 2024 e gennaio 2025.

Nelle pagine seguenti, l'articolo si svilupperà come segue. Per inquadrare meglio il contesto in cui si inserisce l'Ifec, nel par. 3 saranno forniti alcuni dati quantitativi sugli infermieri in Italia e sugli stessi Ifec. Verrà poi descritta brevemente la figura dell'infermiere di famiglia elaborata dall'Oms, per poi passare alle principali esperienze regionali (par. 4). Seguirà una sezione dedicata all'introduzione dell'Ifec in Italia tra il 2020 e il 2023 e ai problemi attuativi del d.m. 77 (par. 5). Chiuderanno il lavoro brevi conclusioni (par. 6).

3. Gli infermieri: alcuni dati quantitativi

Secondo i dati Fnopi, gli infermieri iscritti agli albi risultano 458.084 nel 2024 (+1,8% rispetto al 2019, ultimo anno pre-pandemia, e +6,4% rispetto al 2015). Tra questi, circa 295.000 sono dipendenti del Ssn (dato del 2022).

La tabella 2 mostra la distribuzione degli infermieri per fasce di età nel 2024. La classe di età più numerosa è quella 51-55, seguita dalla fascia 56-60. Se sommiamo gli infermieri di età eguale o superiore a 51 anni, essi rappresentano circa il 49% del complesso degli iscritti all'albo. I dati degli anni precedenti, da prendere con cautela e qui non riportati per problemi nella raccolta dati in alcune classi, sembrano comunque indicare una tendenza alla riduzione del peso delle classi più anziane, probabilmente per effetto dei pensionamenti e per una minore propensione degli infermieri più anziani a proseguire l'attività (intervista 2).

Tabella 2 - Distribuzione degli infermieri iscritti agli albi professionali - 2024

Fascia di età	2024	% sul totale (2024)
Fino a 25 anni	14.183	3,10%
26-30	42.877	9,36%
31-35	52.998	11,57%
36-40	43.249	9,44%
41-45	37.664	8,22%
46-50	42.898	9,36%
51-55	83.390	18,20%
56-60	73.964	16,15%
61-65	46.174	10,08%

66 o più	20.687	4,52%
Totale	458.084	100,00%

Fonte: elaborazioni da dati forniti all'autore da Fnopi.

A livello internazionale, l'Italia è nota per la forte carenza di infermieri. Secondo i dati Ocse (Oecd, 2024), nel 2022 l'Italia presenta 6,53 infermieri ogni 1.000 abitanti, un dato inferiore a quello dei maggiori paesi europei (tranne la Spagna) e alla media dell'Unione europea (8,4 infermieri per 1.000 abitanti). Tra il 2012 e il 2022 il numero di infermieri per abitanti è cresciuto, ma resta assai lontano da quelli di molti paesi europei con cui di solito ci confrontiamo (tab. 3). Se consideriamo solo la popolazione di età superiore ai 75 anni, in Italia il numero di infermieri per abitanti over 75 è lievemente aumentato, passando da 48,96 nel 2003 a 52,3 nel 2021 (Crea, 2023).

Tabella 3 - Numero di infermieri per 1.000 abitanti in alcuni paesi europei

	2012	2015	2019	2022
Francia	8,29*	8,47	P 8,77	8,84**
Germania	10,02	10,72	11,79	11,98
Italia	5,05	5,49	6,16	6,53
Spagna	5,25	5,29	5,88	6,17
Svezia	10,9	10,98	10,86	10,9**
Regno Unito	7,9	7,91	8,2	8,7

*Dato riferito al 2013; ** Dato riferito al 2021.

Fonte: Oecd (2024).

Tornando al dato generale del numero di infermieri per 1.000 abitanti (inclusendo tutte le fasce di età), i dati ufficiali evidenziano una forte variabilità interregionale, ai cui estremi si trovano alcune regioni (Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Liguria, Toscana, Provincia autonoma di Bolzano) sopra il valore di 6,13 infermieri per 1.000 abitanti e un gruppo di coda (Campania, Lazio, Puglia, Sicilia e al Nord la Lombardia) con valori eguali o inferiori a 4,74 per 1.000 abitanti (Ministero della Salute, 2024).

In una raccomandazione del maggio 2021, la Società italiana per la direzione e il management delle professioni infermieristiche (Sidmi) adotta come rapporto ottimale tra infermieri e pazienti nei reparti ospedalieri di medicina e chirurgia quello di 1:6, basandosi su studi internazionali. Questo rapporto sarebbe di 1:8 nella media europea e di 1:9,5 in Italia, con serie implicazioni sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza dei pazienti (Sidmi, 2021).

La carenza di personale infermieristico è dovuta ad una pluralità di cause, tra cui spiccano alcune criticità nella programmazione del reclutamento e la scarsa attrattività della professione, per ragioni quali la bassa retribuzione, la difficoltà dei percorsi di carriera, l'intensificazione dei ritmi di lavoro, la svalutazione delle professioni di cura e la crescente aggressività dei pazienti e familiari (si rimanda a Neri e Spina, 2025). È indubbio che si tratta di una condizione del mercato del lavoro che influenza pesantemente l'introduzione dell'Ifec e non è esagerato pensare che sia alla base della lentezza nella diffusione di questa nuova figura, testimoniata dai pochi dati disponibili.

Secondo i dati del Ministero della Salute (2024), al 31-12-2022 gli Ifec reclutati sulla base del d.l. n. 34/2020 sarebbero solo 1.464, in maggioranza in Lombardia (1.054) e quasi tutti al Nord e Centro-Italia. Questi dati potrebbero essere il frutto, almeno in parte, di processi di riclassificazione di personale infermieristico già in servizio; inoltre, non tengono ovviamente conto degli Ifec in servizio prima del 2020 in alcune regioni in cui erano già state avviate esperienze in merito (vedi par. 4.2) e scontano probabilmente difficoltà nel computo specifico degli Ifec. Se però si considera che il d.l. n. 34/2020 aveva programmato l'assunzione di 9.600 Ifec (senza contare gli obiettivi fissati dal d.m. n. 77/2022), si comprende quali siano la lentezza e la difficoltà incontrate nella diffusione della nuova figura.

4. Nascita e prima evoluzione dell'Infermiere di famiglia e di comunità

4.1 L'infermiere di famiglia secondo l'Oms (1998-2000)

La Regione europea dell'Oms definisce per la prima volta la figura di «infermiere di famiglia» (di fatto, nelle funzioni, equivalente all'Ifec) nel documento «Salute21: la politica programmatica di Salute per Tutti» (Who, 1999). Nel testo, l'infermiere di famiglia «aiuterà gli individui e le famiglie ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del loro tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie. Tali infermieri consigliano riguardo agli stili di vita e i fattori comportamentali di rischio, così come assisteranno le famiglie con problemi riguardanti la salute. Attraverso la diagnosi precoce, essi possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati in uno stadio precoce». Grazie alle loro conoscenze, possono inoltre «identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia e indirizzare quest'ultima alle strutture più adatte... facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia ed il medico di base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico» (1999, p. 139, trad. it da Cnai, 2002, p. 84).

Come si vede, si tratta quindi, già nella sua prima comparsa, di una «figura poliedrica», come la definisce lo stesso documento. Nel 2000, la Dichiarazione di Monaco sulle cure primarie è accompagnata da un documento specificatamente dedicato all'infermiere di famiglia, nel quale l'Oms articola le competenze di questa figura, inserendo la sua attività in un contesto di collaborazione multi-professionale (Who, 2000). Entrambi i documenti promuovono un modello assistenziale basato sulla comunità, di tipo partecipativo con gli utenti, con l'obiettivo di ridurre la pressione sugli ospedali e favorire un'assistenza più capillare e personalizzata, nonché più sostenibile. L'infermiere di famiglia emerge come una professione essenziale per il rafforzamento dell'assistenza primaria. Questo indirizzo è rafforzato dai risultati di un progetto pilota condotto dall'Oms nel 2006 (Who, 2006) e da alcuni progetti europei svolti nel 2011 (Martin e al., 2013) e nel 2018 (Sasso e al., 2018), quest'ultimo con la partecipazione dell'Università di Genova.

Nel complesso, dalla letteratura internazionale emergono tre tipi di compiti e funzioni fondamentali:

- 1) consulenza e supporto continuativo alle famiglie su stili di vita e comportamenti da adottare, prima di tutto nella promozione e salvaguardia della salute fisica e mentale. L'infermiere di famiglia segue gruppi di individui e famiglie nel corso del tempo, consigliando le azioni più opportune nella vita quotidiana, in un'ottica di prevenzione e di assistenza sociale prima ancora che sanitaria;

- 2) assistenza domiciliare per un numero più ristretto di pazienti, in particolare cronici;

- 3) partecipazione all'elaborazione di progetti di promozione della salute e di prevenzione per la comunità.

Le prime due funzioni delineano un ambito di attività individuale e familiare, la terza invece un ambito collettivo e comunitario. In tutti e tre i casi «non si tratta di un professionista prestazionale: non è da confondere con l'infermiere delle cure domiciliari e non interviene a seguito di una prescrizione medica. È, invece, un professionista, autonomo, che prende in carico un certo numero di cittadini, sani o malati, e lavora in modo proattivo, incentrando la propria azione sulla prevenzione, sulla promozione della salute e sullo sviluppo delle competenze del singolo e della comunità attraverso azioni di empowerment» (Menarello, 2020).

Queste tre funzioni sono mantenute nelle esperienze regionali e nella normativa nazionale. Tuttavia non sono mancate ambiguità, che permangono nella legislazione e nella pratica attuale.

4.2 Le esperienze regionali (2000-2019)

Tra il 2000 e il 2019 sono sorte diverse esperienze regionali ispirate o affini all'infermiere di famiglia delineato dall'Oms. Per quanto tali esperienze siano sperimentazioni locali, esse hanno contribuito alla legittimazione dell'Ifec all'interno del sistema delle professioni sanitarie operanti nell'assistenza territoriale (intervista n. 3). Inoltre, alcune di tali esperienze hanno costituito una base di partenza fondamentale per la normativa nazionale (interviste nn. 1 e 3).

Due sono in particolare i casi più rilevanti, anche secondo quanto emerso dalle interviste (in particolare nn. 1, 3, 8). La prima è quella delle Micro-aree di Trieste, avviata una prima volta nel 1998 e poi ripresa nel 2005, che ha costituito un modello altamente innovativo di assistenza socio-sanitaria territoriale. Il programma, ancora oggi attivo, si sviluppa all'interno di Micro-aree della città, ciascuna con una popolazione compresa tra 500 e 2.500 abitanti. L'intervento si basa sulla creazione di una rete di operatori

sanitari e sociali presenti in modo continuo negli edifici popolari e di edilizia residenziale pubblica, con elevata presenza di nuclei familiari in condizioni di indigenza (Bifulco, Bricocoli e Monteleone, 2008). L'Infermiere di famiglia e di comunità, tendenzialmente uno per ogni Micro-area, segue i nuclei familiari con continuità nel corso del tempo, favorendo comportamenti di prevenzione e di appropriatezza nell'uso dei farmaci e delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, nonché la permanenza delle persone non autosufficienti nel proprio domicilio. Inoltre, promuove il coordinamento tra servizi sanitari e sociali, attivando progetti comunitari di auto-aiuto e collaborazione tra enti pubblici, associazionismo e altri soggetti presenti sul territorio per elevare il benessere della popolazione di riferimento e a tutela dei cittadini con maggiori fragilità.

La seconda esperienza che qui si può ricordare è quella della Regione Piemonte, poi estesa alla Regione Liguria. A partire dall'inizio degli anni 2000, la Regione Piemonte ha sviluppato diversi progetti per introdurre la figura dell'Ifec, concentrandone l'attività sull'assistenza agli anziani. Tra questi progetti, sviluppati con il contributo fondamentale e spesso per iniziativa dell'Università di Torino, il più rilevante è stato il Progetto Consenso («Community nurse supporting elderly in a changing society»), condotto con fondi di ricerca europei tra il 2016 e il 2019, che ha coinvolto quattro paesi europei (Italia con Piemonte e Liguria, Francia, Austria e Slovenia). Obiettivo fondamentale del progetto era di sviluppare un modello organizzativo incentrato sull'Ifec per la promozione di stili di vita sani e la gestione delle cronicità, consentendo agli anziani, specialmente nelle aree rurali e montane, di vivere a casa ritardando il più possibile l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione. Nel caso italiano una delle aree principali di sperimentazione è stata quella delle Valli Cuneesi, nella quale sono stati creati servizi innovativi di integrazione socio-sanitaria³. All'Ifec è stata fornita una preparazione specifica, con percorsi formativi *ad hoc* istituiti presso l'Università di Torino e l'Università del Piemonte orientale.

Proprio a Torino erano nati i primi corsi specialistici per Ifec, nel 2002, per merito del Centro studi professioni infermieristiche, legato all'ateneo torinese. Sempre presso l'Università di Torino è attivo dal 2005 un master in Infermieristica di famiglia e di comunità, il primo in Italia. Nei due decenni precedenti la pandemia in Italia sono sorti diversi master per infermieri di famiglia o di famiglia e di comunità. Questi master scontano una certa eterogeneità dei contenuti e della formazione impartita (intervista 8), come spesso accade nella fase iniziale di formazione di «scuole specializzate» per una nuova professione o sub-professione (Tousijn, 2000).

Nelle esperienze piemontesi e liguri emerge anche il ruolo dell'Associazione degli infermieri di famiglia e di comunità (Aifec), nata nel 2009 e che vede tra i suoi centri principali sempre Torino. Per promuovere l'Infermiere di famiglia e di comunità, l'Aifec opera solitamente in coordinamento con la Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi), sorta al posto dei Collegi Ipasvi dopo che l'approvazione della legge n. 3 del 2018 ha trasformato l'infermiere in una vera e propria professione ordinistica.

Sia il progetto triestino sia quello piemontese e ligure sono attenti a proporre una figura incentrata sulla prevenzione individuale e familiare e sulla salute di comunità. Quest'ultima appare in entrambi differente dalla semplice popolazione locale, essendo rappresentata nel primo caso principalmente da famiglie in stato di indigenza e privazione sociale e nel secondo dagli anziani. Nel caso piemontese, ciò porta ad una focalizzazione molto marcata sulle patologie croniche.

Esiste su quest'ultimo punto un'ambiguità che è presente fin dalle definizioni Oms, ma in Italia finisce con l'accentuarsi con il passare degli anni, ritrovandosi nella genericità di alcune delibere regionali emanate soprattutto nel decennio 2010-20. Una decina di Regioni italiane, soprattutto al Nord e al Centro, introducono infatti previsioni normative volte, direttamente o indirettamente, all'introduzione dell'Ifec. Tali previsioni, che trovano solitamente applicazione limitata e prettamente locale, spesso non distinguono chiaramente tra la nuova figura e quella dell'infermiere che opera sul territorio e a domicilio. Secondo l'Aifec, le funzioni dell'Infermiere di famiglia e di comunità nell'assistenza domiciliare ai pazienti cronici sono chiaramente distinte da quelle dell'infermiere Adi, in quanto il primo non deve mettere in pratica e controllare l'esecuzione delle prescrizioni del medico di famiglia e degli specialisti, quanto piuttosto aiutare i pazienti e le loro famiglie a definire le strategie migliori per mantenere una buona qualità della vita e per conservare il più possibile la propria autonomia e indipendenza (Menarello, 2020).

³ Per approfondimenti si veda: <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/consenso>.

Queste affermazioni sono di per sé condivisibili. Tuttavia, va rilevato che nella pratica quotidiana i compiti delle due figure possono tendere, almeno in parte, a sovrapporsi, oppure sono svolti dalle stesse persone per la difficoltà di avere due tipi di infermieri che si occupano dello stesso paziente cronico, nelle attuali condizioni di carenza di personale infermieristico. Sono poi da considerare i problemi di coordinamento che possono nascere tra le due figure di infermiere nella gestione della cronicità.

Per quanto si cerchi di mantenere la specificità e i caratteri distintivi dell'Ifec, l'esigenza di incrementare l'assistenza domiciliare ai pazienti cronici porta inevitabilmente ad avvicinare la nuova figura all'infermiere Adi. Lo stesso accade peraltro con l'infermiere operante nel distretto sanitario con compiti più tradizionali centrati sulla cura, anche se la questione pare meno sentita (interviste nn. 1, 2, 6, 7).

5. L'istituzione nazionale dell'Ifec

5.1 Prima della pandemia

Assieme alla diffusione di esperienze regionali, negli anni precedenti alla pandemia si assiste ad un lento processo di elaborazione nazionale della nuova figura, che giungerà a maturazione durante la pandemia. Durante la legislatura 2013-2018, vengono presentati due disegni di legge per l'istituzione dell'Ifec, che rimangono senza esito; nel frattempo, nel 2015, il Ministero della Salute promuove un progetto di ricerca sull'Ifec, con il coinvolgimento di diverse sedi universitarie (Rocco e al., 2017).

Nel 2018, sulla base del lavoro svolto da alcune rappresentanze regionali, l'Aifec pubblica una proposta di «Profilo dell'Infermiere di famiglia e di comunità». Questo è definito come «il professionista in possesso di titolo universitario post base (master/laurea magistrale clinica) competente nella promozione della salute e in tutti i livelli della prevenzione, nonché nella presa in carico, dal punto di vista infermieristico, delle persone nel loro ambiente familiare e di vita e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali e della comunità, al fine di mettere le persone in grado di raggiungere il miglior risultato di salute possibile» (Aifec, 2018, p. 2). Le funzioni fondamentali riprendono quelle dell'Oms, con una priorità attribuita alla prevenzione e promozione della salute. Gli ambiti di attività sono quello individuale, familiare, comunitario e di gruppo con uno specifico bisogno di salute.

In un contesto in evoluzione, il Patto per la salute 2019-2021 prevede poi «la valorizzazione e lo sviluppo delle relative competenze professionali delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché del servizio sociale» (scheda 3, p. 7), nonché «il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità» (scheda 8, p. 11) (Conferenza permanente Stato-Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, 2019).

Secondo la Fnopi, in questo modo l'infermiere di famiglia/comunità entra ufficialmente a far parte dei pilastri dell'assistenza territoriale in tutto il paese: «la professione fa un altro passo avanti nel suo cammino, entra nelle case delle persone, contrasta le disuguaglianze soprattutto nelle aree interne e garantisce un'assistenza territoriale accessibile soprattutto a una popolazione che invecchia e presenta sempre più cronicità e disabilità»⁴. È evidente l'importanza che l'organismo di rappresentanza e autogoverno della categoria attribuisca all'Ifec per la piena professionalizzazione e affermazione del ruolo degli infermieri nel sistema delle occupazioni sanitarie; si tratta infatti di una figura che permette un inserimento a pieno titolo nell'organizzazione dell'assistenza territoriale, con conseguente ampliamento della giurisdizione professionale.

Prima della firma del Patto per la salute, nel dicembre 2019, alcune Regioni avevano già intenzione di procedere ad un'introduzione in via ordinaria della nuova figura. In particolare, Emilia-Romagna e Toscana si erano orientate in questo senso nel 2018-19, supportate dalle rappresentanze regionali della Fnopi e, ove presenti, dell'Aifec. Più in generale, la maggioranza delle Regioni è favorevole all'introduzione della nuova figura, nel contesto di un rafforzamento complessivo dell'assistenza infermieristica territoriale e domiciliare.

5.2 La pandemia e l'istituzione dell'Ifec/Ifoc

⁴ Cfr. <https://www.fnopi.it/arce-tematiche/patto-per-la-salute-2019-2021/>.

Si arriva così alla pandemia e alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale che questa mette in moto, prima con il d.l. n. 34/2020 (il «decreto rilancio», convertito nella l. n. 77/2020) e poi con il Pnrr e il d.m. n. 77/2022.

L'art. 1, c. 5, del d.l. n. 34, approvato a maggio 2020 (quindi subito dopo la fine della prima ondata del Covid) dispone che, «al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da Sars-Cov-2 identificati Covid-19», le Regioni possano impiegare infermieri con forme di lavoro autonomo o parasubordinato fino al 31 dicembre 2020 e dal 2021 con contratti a tempo indeterminato, «in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti» (quindi al massimo 9.600 infermieri).

Dal testo non è chiaro se tutti questi infermieri debbano essere qualificati come Ifec. Essi agiscono a supporto dei soggetti operanti nelle cure primarie, incluse le Usca di cui si dispone contestualmente la costituzione (vedi Vicarelli e Neri, 2021). L'Ifec viene quindi introdotto per operare prevalentemente in ambito domiciliare con pazienti Covid, in particolare con quelli bisognosi dell'Adi. È orientato alla cura e alla riabilitazione, più che alla promozione della salute e alla prevenzione, con un approccio inevitabilmente reattivo e non proattivo. La definizione delle sue interazioni con i Mmg e i distretti sanitari è indefinita e lasciata alle Regioni. Si tratta di disposizioni ancora provvisorie e orientate all'emergenza, ma creano pratiche e procedure che lasciano un'eredità per il futuro.

Dal punto di vista organizzativo, l'Ifec sembra fare riferimento al distretto delle Aziende sanitarie. Questa opzione non è del tutto chiara, ma emerge anche dalle interviste. Va notato che il d.l. n. 34/2020, così come poi il d.m. n. 77/2022 e la normativa successiva parlano sempre di «Infermiere di famiglia o di comunità» (Ifoc). La scelta della «o» invece che della «e», come si usa comunemente in letteratura, e quindi dell'acronimo «Ifoc» invece che «Ifec», è dovuta ad una scelta ministeriale: Ifoc viene ritenuta una dizione in grado di tutelare meglio l'affiliazione strutturale dei nuovi infermieri ai distretti e alle strutture territoriali del Ssn. Vi era il timore che usare nella legge la «e» potesse aprire la strada alla creazione, da parte di alcune Regioni, di Infermieri «solo» di famiglia, che potessero afferire a cooperative o altre forme di organizzazione privata delle cure primarie (intervista 1). Altre interpretazioni avanzano invece l'ipotesi che la «o» di Ifoc consenta di dare maggiore enfasi alle funzioni afferenti all'ambito domiciliare e familiare o, alternativamente, a quelle di salute comunitaria, a seconda delle esigenze contingenti delle Regioni e Aziende sanitarie.

Tra luglio e l'inizio di settembre 2020 viene poi pubblicato lo *statement paper* della Fnopi sull'Infermiere di famiglia e di comunità (Fnopi, 2020), elaborato da un gruppo di lavoro in cui ha un ruolo centrale il gruppo di Torino (Università e Aifec). In questo documento, l'Ifec (dizione più comune che continuiamo quindi ad usare) viene valorizzato in tutte le sue diverse funzioni e ambiti di attività, identificando le sue competenze in modo distinto da altri tipi di infermiere, sottolineandone il ruolo di attivazione verso i soggetti presenti sul territorio e operanti negli interventi di carattere sociale, oltretutto sanitario. Il 10 settembre 2020 la Conferenza delle Regioni approva un documento di orientamento per le Regioni relativo alle Linee di indirizzo sull'Ifec. Il documento riprende in larga misura quello della Fnopi, ma rappresenta un punto di riferimento importante per le Regioni sino al d.m. n. 77/2022 e alle linee guida Agenas del 2023.

Il d.m. 77, «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale», inserisce in via ordinaria l'Ifec nell'assistenza territoriale, quale figura chiave delle nuove cure primarie. Vale la pena di riportare pressoché per intero la definizione di Ifec/Ifoc contenuta nel decreto. Secondo la sezione 6 di tale decreto, «l'Infermiere di famiglia o comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'Infermiere di famiglia o comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali... non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità». È quindi un professionista con un forte orientamento proattivo, «coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute

individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi *setting* assistenziali in cui essa si articola» (d.m. n. 77/2022, punto 6). Questa figura si pone all'interno della Medicina di popolazione, che ha come obiettivo «la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione e identificazione dei |bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati» e adotta l'approccio della «Sanità di iniziativa», vale a dire «un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione e educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa» (d.m. n. 77/2022, punto 3). In tale ottica, la stratificazione della popolazione per profili di rischio consente di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico |degli assistiti.

L'Ifec/Ifoc è inserito nelle strutture e servizi del distretto sanitario e, al suo interno, sicuramente nelle Case della comunità, collaborando con Medici di medicina generale (Mmg), Pediatri di libera scelta (Pls) e altri professionisti sanitari e sociali. Può operare anche nei luoghi di vita e socialità locale ove sia possibile agire interventi educativi, di prevenzione, cura ed assistenza.

I suoi compiti sono quelli più volte già ricordati, ma con una tendenza all'estensione degli ambiti di attività. Essi vanno dall'assistenza domiciliare, centrata sul mantenimento della qualità della vita (e quindi includendo attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione), all'educazione sanitaria, prevenzione e monitoraggio, con identificazione precoce dei bisogni di salute e prevenzione delle patologie croniche, fino al coordinamento dei servizi sanitari e sociali, centrato sui bisogni del paziente.

Il d.m. stabilisce che deve essere garantita la presenza di almeno un Ifec «ogni 2.000-3.000 abitanti», in base alle caratteristiche demografiche e ai bisogni specifici della popolazione. «Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di famiglia o comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola». Viene indicato anche uno standard di personale specifico per le Case della comunità *Hub* (7-11 infermieri), ma non per quelle *Spoke*. In base allo standard generale, e agli obiettivi del Pnrr, le necessità di reclutamento degli Ifec sono quantificate in almeno 20.000 unità (Fnopi) o in cifre comprese tra i 20.000 e i 30.000 (Agenas) entro il 2026; si tratta di obiettivi molto ambiziosi e assai difficili da raggiungere.

Lo standard generale sembra un miglioramento rispetto al d.l. n. 34/2020. Tuttavia, secondo Pesaresi (2022), non lo è perché lo standard riguarda genericamente gli infermieri che devono coprire tutti i servizi assistenziali territoriali e domiciliari. Il numero di Ifec effettivi rischia quindi di essere molto inferiore, forse intorno a 1 ogni 5.000 abitanti.

5.3 L'Ifec e le altre figure professionali: alcuni nodi critici

Il d.m. 77/2022 rappresenta un punto di svolta fondamentale per l'Ifec perché lo introduce in via stabile e ordinaria nell'assistenza territoriale e nelle cure primarie. Esso solleva però una serie di problemi e rende più esplicite le ambiguità già presenti nel modo in cui questa figura sembra essere entrata nel contesto italiano.

Da un lato, il d.m. 77 rinnova il rischio di sovrapposizione con gli infermieri Adi: peraltro, non esistono due profili autonomi per questi due tipi di infermieri né tanto meno un riconoscimento delle specializzazioni sotto il profilo dell'inquadramento e dei contratti di lavoro (intervista 8). Questo consente una forte flessibilità di gestione ma, in un contesto di domanda crescente e insoddisfatta di assistenza domiciliare, costituisce un freno alla diffusione di infermieri che si occupino principalmente di prevenzione e promozione della salute.

Dall'altro lato, il problema dei confini di competenze tra l'Ifec e gli altri infermieri si potrebbe porre in modo assai diverso, se si tiene a mente che il d.m. 77 indica solo uno standard generale per tutti gli infermieri territoriali o distrettuali. Se questa indicazione generale, non ulteriormente specificata, si legge assieme alla disposizione, già ricordata, secondo cui vanno considerati Ifec tutti gli infermieri impiegati nei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali) e livelli di complessità, l'Ifec si qualifica come «un infermiere distrettuale che ha però una forte caratterizzazione delle competenze sul fronte dell'intercettazione dei bisogni di salute, dell'educazione sanitaria individuale, familiare e di comunità, del coinvolgimento attivo della comunità e con una forte propensione verso le attività di prevenzione» (Pesaresi, 2022, p. 177). Facendo così, tuttavia, si corre il rischio di «espropriare»

gli Ifec della specificità del proprio ruolo, date le urgenze esistenti e le carenze di personale infermieristico presenti negli altri settori di attività. In questa interpretazione, l'Ifec si identificherebbe di fatto con l'infermiere territoriale in senso generale, qualcosa di molto lontano dagli scopi per cui era stata concepita questa figura.

Alcuni attori vedono in senso molto negativo le ambiguità contenute nel d.m. 77 (Aifec), o pensano che sia irrealistico ritenere che le aziende sanitarie affidino agli infermieri le funzioni più innovative previste per l'Aifec nell'attuale condizione di sofferenza del personale infermieristico (ad es. il sindacato Nursind). Pur condividendo alcune di queste perplessità, la Fnopi tende a valorizzare il riconoscimento del ruolo di primo piano assunto dagli infermieri nella nuova assistenza territoriale. I sindacati confederali da un lato apprezzano la promozione di modelli multi-professionali di assistenza, dall'altro temono che ciò vada a scapito delle professioni sanitarie non infermieristiche.

In ogni caso, vi è un consenso diffuso sul fatto che tali ambiguità stiano condizionando il processo di introduzione dell'Ifec, agendo di fatto da freno per la sua diffusione. Queste incertezze si inseriscono infatti in un contesto, già ricordato, che non appare favorevole alla promozione di una figura specializzata sia nella prevenzione e promozione della salute, sia nel mercato del lavoro in quanto caratterizzato dalla carenza complessiva di infermieri e dalla necessità di rispondere alla domanda crescente di assistenza ai pazienti cronici.

Nel settembre 2023 l'Agenas pubblica le linee di indirizzo per gli Ifec/Ifoc, realizzate da un gruppo di lavoro coordinato dall'Agenas, con la partecipazione, tra gli altri, di 10 Regioni, di Aifec, Fnopi e di alcune istituzioni universitarie tra cui quella di Torino (Agenas, 2023). Con questo documento Agenas si afferma come un attore rilevante nel processo di attuazione degli Ifec, confermando il ruolo di primo piano assunto negli ultimi anni nell'elaborazione e implementazione di molte politiche nazionali, come confermato da tutti gli intervistati.

Le linee di indirizzo o linee guida si pongono in forte continuità con lo *statement paper* della Fnopi e con il d.m. 77, traducendo sul piano operativo le indicazioni normative. Ampio spazio è dedicato alla formazione degli Ifec. Il titolo preferenziale richiesto è il master universitario di primo livello in Infermieristica di famiglia e di comunità. Tuttavia, data l'urgenza di avere professionisti presto disponibili, si propone di istituire percorsi formativi regionali dedicati a coloro che non hanno ancora conseguito il titolo di master, da sviluppare assieme al mondo universitario. Nel ruolo di Ifec dovrebbero accedere prima di tutto gli infermieri in possesso del master di I livello, ma anche, attraverso i percorsi formativi regionali, coloro che operano già in ambito territoriale e vi abbiano maturato almeno un'esperienza biennale.

Dopo l'approvazione delle linee guida, alcune Regioni hanno cominciato lentamente ad organizzare questi corsi di formazione. Tali iniziative hanno espresso in modo visibile e concreto quali potrebbero essere le competenze dei nuovi Ifec, facendo però emergere le ambiguità e i problemi di interpretazione del ruolo e degli ambiti di attività delle nuove figure. Questi problemi non riguardano solo le diverse specializzazioni infermieristiche, ma anche il rapporto con le altre professioni.

In Toscana, l'organizzazione, da parte della Regione, di un programma di formazione da attivare in attuazione delle linee guida Agenas (d.g.r. 1573, 23-12-2024) ha provocato una forte reazione del coordinamento regionale toscano della Federazione nazionale degli ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (Fno Tsrmp-Ptrp). In una lettera del 21-1-2025 al coordinamento nazionale della propria federazione, inviata per conoscenza anche al Ministro della Salute e ad Agenas, si afferma che, recependo le linee guida Agenas, «la Regione Toscana ha pertanto attivato un percorso formativo per gli infermieri che consentirebbe loro di poter acquisire competenze professionali che sono già, per legge, in capo ad altre professioni sanitarie afferenti agli Ordini Tsrmp Ptrp (assistenti sanitari, educatori professionali e terapisti occupazionali) e ciò senza che la normativa professionale degli infermieri consenta loro di svolgere tali prestazioni. Tale recepimento potrebbe pertanto essere fatto in analogia da altre Regioni, mettendo di fatto a rischio le competenze professionali proprie di assistenti sanitari, educatori professionali e terapisti occupazionali». In tal modo, si prosegue, «si aggira l'aspetto dell'esercizio abusivo della professione attraverso un corso di formazione che legittimerebbe la categoria degli infermieri ad appropriarsi di competenze che non sono proprie del loro profilo professionale». Questa lettera esprime in modo chiaro il forte disagio dei rappresentanti delle

«altre» professioni sanitarie (18 più i fisioterapisti) che hanno acquisito regolazione ordinistica con la legge 3/2018 e che ora ritengono che le proprie competenze (esclusive?) siano messe a rischio dall'introduzione dell'Ifec. La preoccupazione è tanto più forte perché avviene in una fase di discussione, a livello ministeriale, sulla revisione dei profili di tali professioni (intervista 9).

Sul versante medico, l'introduzione progressiva dell'Ifec potrebbe provocare la reazione dei Mmg e dei Pls. In tutto il processo descritto nelle pagine precedenti, le associazioni e i sindacati di Mmg e Pls non sono parsi ostili all'introduzione dell'Ifec, concentrando la loro attenzione sui nuovi modelli organizzativi delle cure primarie (in particolare le Case della comunità): come è noto, centrale è in questo senso la difesa dello status di professionisti indipendenti convenzionati con il Ssn. Nell'analisi delle esperienze regionali, non si segnalano casi di conflitti aspri tra Mmg e infermieri e così pure nella prima fase di definizione nazionale dell'Ifec.

Dopo il d.m. 77, tuttavia, sono emersi alcuni timori in merito al ruolo effettivo che assumeranno gli Ifec, in particolare nella gestione del paziente cronico. Non sono mancati casi di conflitto aperto, come quello di Ferrara, dove gli Ifec sono attivi dalla fine del 2021. Nel luglio 2023 la Fimmg locale (supportata da una lettera all'Ausl di Ferrara sottoscritta da 200 Mmg della zona) ha manifestato apertamente preoccupazioni riguardo a possibili «ingerenze indebite» e di «interferenza professionale» da parte degli Ifec nelle scelte relative ai pazienti: «anche il solo consiglio, ovvero il minimo suggerimento di eseguire una visita, modificare una terapia cronica, sottoporsi ad una prestazione di pertinenza medica o interferire nelle attività previste dalla Convenzione nazionale dei medici di medicina generale ostacolando il rapporto fiduciario, contribuiscono a configurare il reato di esercizio abusivo della professione»⁵.

I nodi critici presenti nel d.m. 77 vanno inquadrati all'interno del processo di riforma della formazione infermieristica, in pieno svolgimento. È infatti in discussione (gennaio 2025), sostenuta dalla Fnopi, una riforma che vedrebbe l'istituzione di due lauree magistrali ad indirizzo clinico, che si accompagnerebbero alla magistrale già esistente di natura gestionale. Una delle due nuove lauree magistrali dovrebbe essere mirata alla formazione di un infermiere specializzato nell'assistenza territoriale, inclusa quella relativa all'Ifec (l'altra sarebbe quella per l'infermiere specializzato in pediatria e neonatologia). Se queste proposte si tradurranno in norme effettive, si determinerà una situazione in cui vi saranno Ifec dotati della laurea triennale in infermieristica, più (forse) un master o un percorso formativo regionale, e una minoranza dotata di laurea magistrale specializzata (intervista 1). Tale possibile mutamento va inserito nel contesto di una ridefinizione complessiva della professione infermieristica, che vedrebbe il nuovo ruolo di «assistente infermieristico» (introdotto tra agosto e settembre 2024 quale figura ponte tra Oss e infermiere), l'infermiere professionale dotato di laurea triennale, più gli infermieri specializzati con laurea magistrale.

6. Considerazioni conclusive

Nelle pagine precedenti abbiamo ricostruito, con metodo storico-sociologico, il processo di introduzione dell'Infermiere di famiglia e di comunità, a partire dalle prime elaborazioni internazionali, fino alle esperienze regionali e all'implementazione a livello nazionale. Abbiamo ricostruito le caratteristiche della nuova figura, così come si sono delineate fino ad oggi, mostrando gli elementi di continuità e quelli di evoluzione rispetto ai documenti internazionali e alle sperimentazioni regionali. Nel fare questo, è stato evidenziato il ruolo svolto dagli attori nella nuova politica, in ambito nazionale e sub-nazionale (nello specifico: regionale).

Adottando l'approccio della sociologia delle professioni, si può affermare che l'Ifec si inserisca a pieno titolo nell'evoluzione in corso della professione infermieristica in Italia. Dopo l'assunzione del modello regolativo basato sugli ordini professionali nel 2018, essa appare proiettata ad una ridefinizione delle proprie competenze e attività, che rafforzi il proprio ruolo nella divisione del lavoro sanitario e il proprio

⁵ Da «Gazzetta di Modena», 7-7-2023, <https://www.gazzettadimodena.it/ferrara/cronaca/2023/07/07/news/infermieri-di-comunita-nel-mirino-quei-pareri-spettano-al-medico-1.100340415>

status di professione. Ciò avviene ampliando la propria giurisdizione professionale ad un nuovo ambito di attività, quello della prevenzione individuale e collettiva, e consolidando la propria presenza in un *setting* assistenziale, quello del territorio e delle cure primarie, che potrebbe essere d'ora in poi presidiato con forza dalla professione. Facendo questo, la categoria accetta di affidare una parte delle proprie funzioni assistenziali di minore complessità alla nuova figura dell'assistente infermieristico.

Il tentativo di affermare una nuova giurisdizione sembra produrre, prevedibilmente, nuovi conflitti con le professioni tradizionalmente considerate di rango superiore, i medici e in particolare i Mmg, e con quelle di rango inferiore, specializzate nella prevenzione o nella riabilitazione, a loro volta impegnate nel consolidamento del nuovo status di professione acquisito nel 2018. Tali conflitti cominciano ad essere visibili, soprattutto a livello regionale prima ancora che nazionale, ma sono ancora in buona misura potenziali. Ciò appare dovuto alle ambiguità e alle incertezze che circondano tuttora la figura dell'Ifec, e alla lentezza della diffusione del nuovo tipo di infermiere, legata alle condizioni del mercato del lavoro infermieristico e alla carenza di risorse finanziarie a disposizione delle Regioni.

Il processo di definizione dell'Ifec ha messo in luce il protagonismo di alcuni attori collettivi, a partire dalla Fnopi e dalle associazioni infermieristiche, in particolare l'Aifec. Le ambiguità presenti nei confini professionali tra Ifec e gli altri infermieri territoriali, soprattutto quelli dedicati all'Adi, possono portare a conflitti inter-professionali in cui la posizione della Fnopi e quella dell'Aifec, oggi non del tutto coincidenti, potrebbero divergere. Altri protagonisti della nuova politica sembrano essere alcune università, quali attori distinti, e un gruppo di Regioni, che trovano come interlocutori nazionali Agenas e, seppure con attenzione non sempre costante, il Ministero della Salute. Pare quindi utile analizzare il processo di costruzione della nuova professione disarticolando l'attore statale e non considerandolo in modo unitario, di fronte alle professioni.

L'articolo ha messo poi in evidenza l'importanza di portare l'analisi a livello sub-nazionale. In particolare, in un sistema politico-amministrativo a forte decentramento quale quello della sanità italiana, il rapporto tra Stato e professioni, così come si esprime nell'elaborazione e attuazione di una nuova professione o sub-professione, va studiato non solo in ambito nazionale ma anche in quello regionale. Solo così possono essere colti sia i processi di innovazione che costituiscono le premesse per la definizione nazionale delle nuove figure, sia i conflitti generati dal cambiamento, come mostra anche l'implementazione del d.m. 77. Non solo lo Stato non deve essere assunto come attore unitario per la comprensione dei processi di professionalizzazione, ma anche il ruolo delle rappresentanze regionali (e a volte anche locali) delle professioni deve essere oggetto di attenzione specifica. È questa, forse, la pista di ricerca più promettente da sottoporre a più ampia verifica in futuro.

Riferimenti bibliografici

Abbott A., 1988, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, The University of Chicago Press, Chicago.

Adams T. e Saks M., 2019, *Neo-Weberianism, Professional Formation and the State: Inside the Black Box*, «Professions and Professionalism», vol. 9, n. 2, pp. 61-77.

Agenas, 2023, *Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità*, Roma, https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/infermieri/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_Ifoc_-_def.pdf.

Aifec, 2018, *Il profilo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità*, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.aifec.it/wp-content/uploads/2019/11/Profilo-IFeC-per-congresso-231018.pdf> Bifulco L., Bricocoli M. e Monteleone R., 2008, *Welfare locale e istituzioni riflessive. Processi di attivazione in Friuli-Venezia Giulia*, «da Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 367-385.

Cnai, 2002, *L'infermiere di famiglia. Contesto, struttura concettuale e curriculum*, «Professioni infermieristiche», vol. 55, n. 2 (inserto), pp. 81-112.

Conferenza permanente Stato-Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, 2019, *Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e*

Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021, 18 dicembre, <https://www.camera.it/temiap/2020/01/09/OCD177-4262.pdf>.

Crea, 2023, *19° Rapporto Sanità. Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione*, Roma, https://www.creasanita.it/wp-content/uploads/2024/01/19%C2%B0-Rapporto-sanita_def.pdf.

Fnopi, 2020, *Position statement. L'infermiere di famiglia e di comunità*, luglio-settembre, <https://www.Fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf>.

Martin P., Duffy T., Johnston B., Banks P., Harkess-Murphy E. e Martin C.R., 2013, *Family health nursing: a response to the global health challenges*, «Journal of family nursing», vol. 19, n. 1, pp. 99-118.

Menarello G., 2020, *La figura dell'infermiere di famiglia e di comunità*, «Welforum.it», 24 marzo, <https://www.welforum.it/la-figura-dellinfermiere-di-famiglia-e-di-comunita/>.

Ministero della Salute, 2024, *Il personale del Sistema Sanitario Italiano*, Roma, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3504_allegato.pdf.

Neri S. e Spina E., 2025, *Il lavoro in sanità tra crisi e necessità di rilancio. Medici e professionisti sanitari tra mutamenti generazionali e di genere, svalutazione economica e la sfida delle nuove tecnologie*, in Eurispes-Enpam, *Terzo rapporto sulla salute il sistema sanitario*, Rubbettino, Soveria Mannelli, pp. 27-66.

Neri S. e Vicarelli, 2024, *The first pandemic year: Continuity or change in two Italian Regional Healthcare Systems?*, «Stato e Mercato», n. 3, pp. 503-530.

Neri S., Spina E. e Vicarelli G., 2020, *Le configurazioni mutevoli delle professioni sanitarie*, in Cardano M., Giarelli G. e Vicarelli G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna, pp. 273-94.

Oecd, 2024, *Oecd Health Statistics*, database, <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html>.

Pesaresi F., 2022, *L'infermiere di famiglia o comunità. Come sarà*, «I luoghi della cura online», 4, https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/09/2022_4_Pesaresi_Infermiere-di-famiglia-e-comunita.pdf.

Pierson P., 2020, *Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics*, «American Political Science Review», vol. 94, n. 2, pp. 251-267.

Rocco G., Marcadelli S., Stievano A. e Cipolla C. (a cura di), 2017, *Infermiere di Famiglia e di Comunità: Proposte di policy per un nuovo welfare*, Franco Angeli, Milano.

Sasso L., Bagnasco A., Aleo G., Zanini M., Catania G., Pozzi F., Rodrigues C. eal., 2018, *Report on the definition of a Professional Profile for the Family and Community Nurse (FCN)*, Erasmus Plus project, Project Ref. Number: 591946-EPP-1-2017-1-IT-EPPKA2-SSA, https://enhance-fcn.eu/pdf/ENhANCE_D2.2.pdf.

Sidmi, 2021, *Raccomandazioni per la determinazione dello "staff" per l'assistenza infermieristica*, chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjcgiclfndmkaj/https://www.nurse24.it/images/allegati/raccomandazioni_sidmi_staff_infermieri2021.pdf

Tousijn W., 2000, *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, il Mulino, Bologna.

Vicarelli G., 2010, *Per una analisi storico-comparata della professione medica*, «Stato e Mercato», n. 3, pp. 395-424.

Vicarelli G. e Neri S., 2021, *Una catastrofe vitale? Le scelte di politica sanitaria per far fronte al Covid-19*, «Politiche Sociali, Social Policies», n. 2, pp. 233-254.

Who, 1999, *Health21: the Health for All Policy Framework for the WHO European Region*, European Health for All Series, 6, Who-Regional Office for Europe, Copenhagen, <https://iris.who.int/handle/10665/272657>

Who, 2000, *The family health nurse: context, conceptual framework and curriculum*, Who-Regional Office for Europe, Copenhagen, <https://iris.who.int/handle/10665/107930>, trad. it: Cnai, 2002.

Who, 2006, *Report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study*, by Hennessy D., Gladin L., Who-Regional Office for Europe Copenhagen, <https://iris.who.int/handle/10665/107761>.