

Uno studio europeo e-Delphi per identificare le competenze fondamentali per la definizione del percorso formativo dell'Infermiere di famiglia e di comunità

Annamaria Bagnasco¹, Milko Zanini², Francesca Pozzi³, Giuseppe Aleo⁴, Gianluca Catania⁵, Loredana Sasso⁶

¹ Professore Associato, PhD, MSN, RN, MEdSc Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova.

² PhD, MSN, MSoc, RN, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

³ PhD, ITD CNR, Genova

⁴ PhD, MA, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

⁵ PhD, MSN, RN, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova; Senior Fellow, Center for Health Outcomes and Policy Research, School of Nursing, University of Pennsylvania, Philadelphia (USA)

⁶ già Professore Ordinario MEdSc, MSN, RN FAAN, FFNMRCSt. Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova; Presidente Alpha Alpha Beta Chapter Sigma International

Collaborative Group:

Clara Rodrigues (Future Balloons, Belgio), Serena Alvino (Si4Life, Italia), Daniele Musian (Si4Life, Italia), Isabella Roba (A.Li.Sa, Italia), Hannele Turunen (University of Eastern Finland, Finlandia), Adriana Popa (European Association of Service Providers for Persons with Disabilities, Belgio), Mariana Vicente (Eurocarers, Belgio), Ioanna V. Papatheanasiou (University of Thessaly, Grecia), Evangelos C. Fradelos (University of Thessaly, Grecia), Sofia Kastanidou (University of Thessaly, Grecia), Christos Kleisiaris (Hellenic Mediterranean University, Creta), Eftychia S. Evangelidou (ENE Hellenic Regulatory Board of Nurses, Grecia), Aristides Daglas (ENE Hellenic Regulatory Board of Nurses, Grecia), Konstantinos Stavropoulos (ENE Hellenic Regulatory Board of Nurses, Grecia).

Corrispondenza: annamaria.bagnasco@unige.it

RIASSUNTO

Introduzione L'invecchiamento della popolazione nell'Unione Europea porrà molte sfide a livello sociale, economico e sanitario. Per fronteggiare queste sfide, diversi rapporti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sottolineano la necessità di implementare nuovi modelli sanitari incentrati sulle cure primarie. Le ricerche esistenti in questo campo sottolineano la necessità di investire nella figura dell'*Infermiere di Famiglia e di Comunità* (IFeC) identificato come il professionista chiave che eroga e coordina l'assistenza centrata sulla famiglia e nella comunità. La sfida attuale è migliorare la gestione delle cronicità legate all'aumento delle persone anziane e delle patologie croniche. Pertanto, l'obiettivo di questo studio era definire le competenze fondamentali dell'IFeC in Europa.

Materiali e metodi Tra marzo-luglio 2018, nell'ambito del programma Erasmus+ è stato condotto uno studio e-Delphi a 4 round denominato European curriculum for family and community nurse (ENhANCE). Lo studio includeva 11 partner di 6 paesi europei, per l'Italia il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova ha svolto, tra le diverse attività previste dal progetto, uno studio e-Delphi con l'obiettivo di identificare le competenze fondamentali dell'IFeC.

Risultati Hanno partecipato n= 23 esperti di 10 paesi europei i quali hanno definito le 27 competenze fondamentali, più una 28esima competenza identificata tra i partner dello studio ENhANCE.

Conclusioni Sulla base delle 28 competenze fondamentali è stato sviluppato il Core Curriculum Europeo dell'IFeC, da cui è nato il primo Master per l'IFeC in Italia.

Parole chiave: Infermiere di famiglia e di comunità, competenze fondamentali, studio Delphi, curriculum europeo, cronicità, prevenzione, promozione della salute.

A European e-Delphi study to identify the core competences for the definition the training pathway for the family and community nurse

ABSTRACT

Introduction The ageing of the population in the European Region will pose many social, economic and health challenges. To address this, several World Health Organization reports stress the need for implementing new healthcare models focused on Primary HealthCare (PHC). Findings in this field highlight the need for defining the Family and Community Nurse (FCN) profile, the key healthcare professional who provide and coordinate family and community-centred care. The challenge is to improve the management of chronic conditions, mostly due to

the ageing of the population. Therefore, an attempt has been made to build Europe-wide agreed core competencies for FCNs.

Methods Between March-July 2018, a 4-round e-Delphi study called EuropeaN curriculum for family and Community nurse (ENhANCE) was conducted as part of the Erasmus + program. The study included 11 partners from 6 European countries, for Italy the Department of Health Sciences of the University of Genoa carried out, among the various activities included in the project, an e-Delphi study with the aim of identifying the fundamental skills of the FCN.

Results A panel of 23 experts from 10 European countries was involved to, at the end of which 27 core competencies were identified. A further competence was identified in a meeting with all ENhANCE partners.

Conclusions On the basis of the 28 core competencies the FCN European Core Curriculum was developed, from which the first Italian postgraduate Master programme for FCN was established.

Key words: Family and community nurse, competencies, Delphi study, Europe, European curriculum, chronic illnesses, prevention, health promotion.

INTRODUZIONE

Nel 2018, secondo le stime del rapporto Eurostat del 2019, nei 28 paesi dell'Unione Europea (UE) gli over 65 erano 101.1 milioni, pari a quasi un quinto (19,7%) dell'intera popolazione, e nei prossimi tre decenni si stima che la popolazione di anziani raggiungerà un picco di 149,2 milioni nel 2050, pari al 28,5% dell'intera popolazione. L'Italia è uno dei paesi con il più elevato tasso di invecchiamento della popolazione, secondo L'ISTAT al 1° gennaio del 2019 gli over 65enni erano 13,8 milioni (il 22,8% della popolazione totale). In Italia, nel 2018, all'età di 65 anni la speranza di vita residua è di 19,3 anni per gli uomini e di 22,4 anni per le donne. Per quanto riguarda la popolazione di super anziani, in Italia gli over 85enni sono 2,2 milioni (3,6% della popolazione totale) e per quanto riguarda gli ultracentenari, insieme alla Francia, l'Italia detiene il record europeo con oltre 14.000 persone (ISTAT, 2019).

Questo aumento dell'aspettativa di vita è dovuto ai progressi tecnologici e della medicina, alle migliori condizioni generali di lavoro e di vita. Se da un lato questo trend può essere considerato un grande successo, dall'altro pone grandi sfide economiche legate alla riduzione della popolazione in età lavorativa (ad esempio, indice di dipendenza degli anziani), famiglie meno numerose e meno in grado di prendersi cura dei familiari anziani e/o con malattie croniche, traducendosi in un aumento di costi sociali e sanitari (Eurostat, 2019).

Queste sfide generate dall'invecchiamento della popolazione, se tempestivamente e adeguatamente studiate e analizzate, possono però trasformarsi in nuove opportunità di crescita economica e benessere, attraverso la creazione di nuovi beni e servizi più a misura di una popolazione di anziani, spesso economicamente più agiata rispetto alle nuove generazioni (Eurostat, 2019). Tutto questo presuppone che la popolazione possa invecchiare in buona salute (WHO, 2015).

Infatti, il rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) intitolato "World Report on Ageing and Health" (2015) ridefinisce il concetto di L'infermiere, 2020;57:5:e75-e93

"invecchiamento" in chiave positiva, basato sulla nozione di mantenimento delle abilità funzionali come risultante della combinazione delle capacità intrinseche dell'individuo e delle rispettive caratteristiche ambientali.

Inoltre, la "Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità" dichiara che qualunque persona affetta da un limite funzionale ha il diritto di vivere e di essere socialmente coinvolta nella propria comunità, in piena sicurezza e autonomia (ONU, 2006).

Per questa ragione, le raccomandazioni dell'Unione Europea (UE) sottolineano l'importanza del ruolo della famiglia e della comunità per il benessere delle persone anziane, ponendo l'accento sulla necessità di investire sulle cure primarie, tese a prevenire le fragilità, promuovere stili di vita salutari e diagnosi precoce (Eurostat, 2019).

Per poter affrontare queste sfide, l'OMS ha pubblicato vari rapporti (WHO, 1988; WHO, 2005) che sottolineano la necessità di implementare nuovi modelli sanitari centrati sulle cure primarie (per es. centri assistenziali di primo contatto, facilmente accessibili, continuativi, onnicomprensivi e ben coordinati) creando un ponte tra la comunità e il sistema sanitario. Alcuni progetti europei hanno studiato le carenze di abilità nel settore sanitario di presa in carico nell'ambito comunitario, come il Progetto CONSENSO (www.alpine-space.eu/projects/consenso/en) e il Progetto CARESS (<http://www.project-caress.eu>) fornendo solide evidenze e argomenti a favore dello sviluppo della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) allo scopo di colmare queste carenze. Inoltre, un'analisi dei bisogni basata su ricerche condotte in questo settore, (Chłóń-Domińczak et al., 2014) ha individuato la necessità di investire sulla figura dell'IFeC, indicato come il professionista della salute centrale nell'erogare e coordinare l'assistenza alla persona e alle famiglie nella comunità.

Alla luce di quanto descritto precedentemente e considerata l'assenza a livello europeo di un profilo professionale – inteso come componente

della “qualifica” che descrive i requisiti dell'IFeC in termini di competenze fondamentali – e a seguito delle raccomandazioni dell'UE e dell'OMS, è nato nell'ambito del programma Erasmus+ il progetto “*European Curriculum for Family and Community Nurse*” (ENhANCE), un progetto suddiviso in 8 gruppi di lavoro, della durata di 36 mesi iniziato a gennaio del 2018 e costituito da 11 partner di 6 paesi Europei, il cui scopo generale era sviluppare il profilo delle competenze professionali fondamentali dell'IFeC, e definire lo standard di riferimento europeo per la formazione professionale post-laurea dell'IFeC (Progetto ENhANCE, 2018-2020).

In questo articolo saranno presentati i risultati del gruppo di lavoro 2 del Progetto ENhANCE, il quale ha condotto uno studio e-Delphi con l'obiettivo specifico di identificare le competenze fondamentali dell'IFeC a livello europeo.

MATERIALI E METODI

La metodologia Delphi

Il Delphi è una metodologia di ricerca ampiamente utilizzata per raggiungere il consenso sulle conoscenze effettive da parte di esperti su tematiche per le quali non c'è mai stata una convergenza di parere (Hsu e Sandford, 2007). Dalkey e Helmer (1963) lo descrivono come un metodo di indagine iterativo per ottenere il consenso più affidabile possibile da parte di un gruppo di esperti indipendenti attraverso una serie di domande con un feedback controllato e organizzato in varie fasi o “round”. Il metodo Delphi si fonda sul presupposto che l'opinione di un gruppo ha una validità maggiore rispetto all'opinione di un solo individuo. In ciascun round, i risultati delle opinioni del round precedente sono sintetizzati affinché possano essere valutati poi dal gruppo di esperti, consentendo così “l'emergere sistematico della convergenza di giudizio/opinione” (McKenna, 1994 - p. 1222). Il numero dei round è dettato dalle esigenze dell'argomento trattato e dal tempo disponibile, i più comuni studi utilizzano da un minimo di due a un massimo di quattro round. Nel nostro studio è stata adottata la tecnica dell'e-Delphi, poiché consente di raccogliere e organizzare più rapidamente le risposte su piattaforma telematica e garantisce un tasso di risposta più elevato (Keeney, Hasson, & McKenna, 2010).

Il Delphi non prevede l'uso di un campione randomizzato, ma un gruppo selezionato di esperti, definito come gruppo di “individui informati” (McKenna, 1994).

Selezione e partecipazione degli esperti

Nel presente studio, i membri del Gruppo di Lavoro2

del progetto hanno identificato 34 esperti di infermieristica di famiglia e di comunità (accademici, rappresentanti dei consigli direttivi di enti regolatori, direttori di servizi infermieristici ed esperti di assistenza infermieristica per le famiglie e la comunità), con l'intento di identificare personalità altamente competenti in grado di fornire un contributo costruttivo al progetto.

A ciascuno dei 34 esperti è stato inviato via e-mail, insieme alla breve descrizione dello studio, l'invito a partecipare come membri del panel di esperti del e-Delphi. Dei 34 esperti invitati a partecipare all'e-Delphi su base volontaria, 23 hanno accettato di partecipare a tutti i 4 round dello studio. Per ogni round, gli esperti sono stati contattati tramite e-mail in cui erano contenute le istruzioni sulla modalità di partecipazione, e il link per accedere alla compilazione online dell'e-Delphi.

La preparazione del Round 1 dello studio Delphi

Per preparare il 1° Round, è stata sviluppata una griglia (Appendice 1) che ciascun partner del progetto ha utilizzato per raccogliere dati su:

- possibili esperti europei da invitare a partecipare allo studio e-Delphi;
- documenti europei già esistenti, programmi didattici e articoli scientifici utili per preparare un elenco provvisorio di competenze fondamentali per l'IFeC da sottoporre successivamente al vaglio del panel di esperti durante il Round 1.

Attraverso la griglia sono stati raccolti complessivamente 27 documenti, (vedi Appendice 2) successivamente analizzati sulla base dei documenti dell'OMS sull'Infermiere di Famiglia e di Comunità, definendo così l'elenco preliminare di competenze core dell'IFeC da includere nel Round 1 dello studio e-Delphi.

I round dello studio Delphi

Nel round 1, gli esperti sono stati invitati ad approvare o modificare le competenze fondamentali elencate, e ad aggiungere eventuali altre competenze fondamentali non incluse nell'elenco. Successivamente è stato organizzato il round 1bis per chiedere agli esperti di valutare, e se necessario modificare, le nuove competenze aggiuntive.

È stato deciso di denominare 1 bis questo round in quanto ha permesso di completare l'obiettivo del round 1: produrre un elenco di competenze ritenuto esaustivo dagli esperti.

Nel round 2, gli esperti sono stati invitati a valutare il livello di priorità di ciascuna delle competenze elencate, attribuendo a ciascuna un punteggio da 1 a 10 e a fornire eventuali ulteriori commenti sulle competenze. In linea con le indicazioni di Greatorex e Dexter (2000), sulla base del punteggio ottenuto, le

single competenze sono state ordinate sulla base del punteggio medio ottenuto (Greatorex e Dexter, 2000). Nel 3° round gli esperti sono stati invitati a valutare nuovamente il livello di priorità di ciascuna delle competenze, ma questa volta visualizzando il punteggio medio attribuito dagli altri esperti a ciascuna competenza. Lo studio ha avuto una durata di cinque mesi, nello specifico il periodo tra marzo e luglio 2018.

Conformità con gli standard europei e internazionali

Poiché le competenze fondamentali dovevano servire per costruire un curriculum di riferimento a livello europeo, è stato infine verificato se le competenze identificate attraverso lo studio Delphi riflettevano in maniera coerente le raccomandazioni dell'OMS, la classifica dell'ESCO (European Skills/Competences, Qualifications and Occupations) relativamente alle abilità/competenze delle "professioni infermieristiche" (visto che non era ancora disponibile una classifica specifica per l'IFeC)

e il sistema di accreditamento ECVET (*European Credit System for Vocational Education and Training*). Le competenze fondamentali sono state identificate e successivamente classificate secondo l'ESCO.

Approvazione etica

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Regionale della Liguria.

RISULTATI

Sono 23 gli esperti che hanno accettato di partecipare allo studio. Essi provenivano da 10 paesi europei (Belgio, Croazia, Germania, Grecia, Italia, Regno Unito, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera). Per garantire una valutazione obiettiva, a ciascun esperto non è stata rivelata l'identità degli altri. Le caratteristiche del panel degli esperti sono illustrate nella Tabella 1.

Panel di Esperti IFeC	N= 23
Sesso	Femmine n=14 Maschi n= 9
Età media	Media= 49,7 anni (*ds= 8,75)
Anzianità di servizio	Media= 27 anni (ds= 9,76)
Anni nel ruolo attuale	Media= 10 anni (ds = 8,79)
Paese di provenienza	Belgio (n=1); Croazia (n=2); Germania (n=1); Grecia (n=2); Italia (n=9); Slovenia (n=2); Spagna (n=2); Svezia (n=1); Svizzera (n=1); Regno Unito (n=2)
Ruolo	Accademici (docenti) n=15 Dirigenti di Servizi Infermieristici n=2 Coordinatori infermieristici n=2 Infermieri clinici di infermieristica di famiglia e comunità n=1 Accademico (ricercatore) n=1 Membro dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche n=1
*ds= deviazione standard	

Tabella 1. – Le caratteristiche del panel di esperti che hanno risposto alla survey dell'e-Delphi sulle Competenze Fondamentali dell'IFeC.

Nel 1° round, gli esperti sono stati invitati ad approvare o modificare le competenze fondamentali elencate nella Tabella 2, e ad aggiungere eventuali altre competenze fondamentali non incluse nell'elenco. Oltre alle varie modifiche, gli esperti hanno suggerito 23 nuove competenze fondamentali. Successivamente, è stato avviato il round 1bis, nel quale agli esperti era richiesto il loro accordo con le nuove competenze aggiuntive, e/o se modificarle (Tabella 3).

L'infermiere, 2020;57:5:e75-e93

Dall'elenco rivisto, sono state escluse le competenze che nel round 1bis non avevano raggiunto un consenso di almeno 70%, ed eventuali competenze sovrapponibili. Di conseguenza, 8 delle 23 competenze aggiuntive sono state rimosse, rimanendo così 15 competenze aggiuntive, che sommate alle 27 competenze iniziali hanno permesso di fornire un elenco totale di 42 competenze.

Nel 2° round, è stato chiesto agli esperti di valutare ciascuna competenza da 1 a 10, sulla base del loro

livello di priorità e di fornire ulteriori commenti sul nuovo elenco di 42 competenze (Tabella 4). Nel 2° round, sono stati presi in considerazione i commenti degli esperti, che quasi all'unanimità hanno evidenziato l'eccessiva ripetizione e ridondanza dei contenuti presenti nell'elenco delle

42 competenze. Dopo aver rimosso le competenze ritenute ridondanti dal 70% degli esperti o che hanno ottenuto un punteggio medio inferiore a 8 (sulla scala della priorità da 1 a 10), l'elenco si è ridotto a 27 competenze (Tabella 5).

Tabella 2. – L'elenco delle 27 Competenze Fondamentali identificate per lanciare il 1° Round dello studio e-Delphi.

1. Identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni di salute degli individui e delle famiglie nel contesto della loro cultura e comunità.
2. Assumere decisioni sulla base dei principi etici.
3. Pianificare, avviare e fornire assistenza alle famiglie compatibilmente con i loro impegni.
4. Promuovere la salute negli individui, famiglie e comunità.
5. Applicare la conoscenza di differenti tecniche e strategie di insegnamento ed apprendimento con individui, famiglie e comunità.
6. Utilizzare e valutare differenti metodi di comunicazione.
7. Partecipare alla prevenzione e trattamento delle patologie, promozione della salute.
8. Coordinare e gestire l'assistenza incluse le attività attribuite ad altre persone e/o operatori.
9. Documentare sistematicamente la propria attività.
10. Produrre, gestire e utilizzare informazioni statistiche su base clinica e di ricerca per pianificare l'assistenza e definire le priorità sulle attività correlate alla salute e alla malattia.
11. Sostenere, supportare e promuovere la partecipazione degli individui e della famiglia alle decisioni riguardanti la propria salute.
12. Definire standard e valutare l'efficacia delle attività di assistenza alla famiglia e alla comunità.
13. Lavorare in modo indipendente e come membri di un team.
14. Partecipare alla definizione di priorità correlate alle attività di salute e malattia.
15. Gestire il cambiamento ed essere attori del cambiamento.
16. Mantenere relazioni professionali e un ruolo di supporto di gruppo tra colleghi.
17. Dimostrare attitudine all'apprendimento continuo e allo sviluppo professionale.
18. Fornire educazione al paziente e costruire una relazione terapeutica con il paziente.
19. Gestire e negoziare la fornitura di servizi sanitari.
20. Controllare e garantire la qualità della pratica clinica.
21. Dimostrare capacità di valutazione analitica, competenza culturale, pianificazione e dimensione del contesto di pratica nella comunità.
22. Pianificare e gestire gli aspetti economici.
23. Dimostrare leadership e capacità di sviluppo, attuazione e valutazione delle politiche per la famiglia e la comunità.
24. Dimostrare pensiero sistemico, orientato alle scienze di salute pubblica.
25. Dimostrare competenze cliniche e di case management.
26. Valutazione dei bisogni di salute della comunità e degli interventi in risposta ai bisogni.
27. Gestire la diversità e promuovere l'inclusione.

Tabella 3. – I risultati del Round 1bis dello studio e-Delphi: le 23 Competenze Fondamentali aggiuntive suggerite dal panel degli esperti.

1. Valutazione del contesto sociale ed economico in cui vive il cittadino che l'IFeC ha preso in carico.
2. Responsabilità in termini di condotta professionale responsabile e di scelte basate sulle prove di efficacia, sulle preferenze e i valori della famiglia e della comunità, nel rispetto delle risorse disponibili.
3. Attuare la valutazione infermieristica multidimensionale.
4. Organizzare l'assistenza in linea con il piano nazionale per le cronicità.
5. Descrivere il contesto socio-culturale del territorio.
6. Definire un piano assistenziale infermieristico basato sui bisogni dell'individuo e della famiglia.
7. Sviluppare competenze sulla comunicazione e relazione terapeutica.
8. Garantire la sicurezza del paziente con particolare riferimento ai fattori umani.
9. Erogare assistenza centrata sul paziente e la famiglia.
10. Sviluppare capacità di leadership al fine di garantire risultati clinici efficienti.
11. Sviluppare capacità decisionali di clinica avanzata.
12. Dimostrare capacità di negoziazione, counseling, mediazione, e gestione dei gruppi.
13. Documentare e certificare formalmente l'assistenza infermieristica alle famiglie e nella comunità (es. l'assistenza erogata al domicilio).
14. Coinvolgere potenziali operatori sanitari presenti nel territorio.
15. Monitorare l'andamento delle malattie croniche nella comunità.
16. Fornire cure avanzate alle famiglie e alla comunità nell'arco della loro vita e attraverso tutte le fasi di malattia, in termini di gestione, pianificazione e sviluppo sulla base dei bisogni della popolazione e della domanda di servizi sanitari.
17. Sviluppare competenze di salute pubblica e di comunità relative allo sviluppo di programmi educativi, sorveglianza epidemiologica e ambientale, ed emergenze e catastrofi.
18. Sviluppare competenze di educazione agli individui e alle famiglie, inclusi studenti e altri professionisti.
19. Sviluppare competenze di ricerca, allo scopo di utilizzare le migliori evidenze scientifiche disponibili, generare nuove conoscenze e diffondere quelle già esistenti.
20. Pianificare interventi di prevenzione nell'ambito della medicina dei disastri e ridurre i pericoli di sanità pubblica
21. Partecipare alla pianificazione della prevenzione, gestione e coordinamento delle risorse durante un disastro.
22. Partecipare allo sviluppo dei piani di azione e delle linee guida sulla gestione dei disastri.
23. Lavorare in autonomia per prevenire le malattie e tutelare la salute.

Tabella 4. – L'elenco delle 42 Competenze Fondamentali identificate per lanciare il 2° Round dello studio e-Delphi.

1. Identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni di assistenza infermieristica degli individui e delle famiglie nel contesto della loro cultura e comunità.
2. Assumere decisioni basate su standard di etica professionale.
3. Pianificare, avviare, fornire e valutare l'assistenza infermieristica per soddisfare i bisogni di individui, famiglie e della comunità nell'ambito degli scopi della pratica infermieristica.
4. Promuovere la salute di individui, famiglie e comunità.
5. Applicare strategie educative e di apprendimento a individui, famiglie e comunità per promuovere la salute e la sicurezza del paziente.
6. Utilizzare e valutare differenti strategie comunicative basate sulle evidenze scientifiche in funzione del contesto specifico.
7. Agire competenze comunicative e di relazione terapeutica.
8. Identificare e attuare interventi di prevenzione delle malattie, tutela della salute, riabilitazione e somministrazione dei trattamenti, e sollievo della sofferenza anche nel fine vita.
9. Coordinare ed essere responsabile dell'assistenza infermieristica inclusa quella attribuita a personale di supporto in collaborazione con il team territoriale.
10. Essere personalmente responsabile degli esiti dell'assistenza infermieristica negli individui, nelle famiglie e nella comunità.
11. Documentare e valutare in modo sistematico l'esercizio della propria professione.
12. Generare, gestire e utilizzare dati clinici, di ricerca e di analisi per pianificare l'assistenza e priorizzare le attività correlate allo stato di salute e di malattia e valutare gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica.
13. Tutelare, supportare e promuovere la partecipazione degli individui e della famiglia sulle decisioni che riguardano la loro salute.
14. Definire standard e valutare l'efficacia e l'impatto delle attività dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.
15. Saper lavorare in autonomia e in collaborazione con il team multidisciplinare.
16. Partecipare alla definizione delle priorità al fine di rispondere ai problemi di salute e di malattia.
17. Gestire il cambiamento ed essere agenti del cambiamento per migliorare l'assistenza erogata dall'Infermiere di Famiglia e di Comunità.
18. Mantenere rapporti professionali e interprofessionali e un ruolo di supporto con i colleghi per garantire il raggiungimento degli standard professionali.
19. Dimostrare propensione all'apprendimento continuo e allo sviluppo professionale.
20. Fornire interventi educativi e sviluppare una relazione terapeutica con il paziente e la sua famiglia.
21. Negoziare sistemi di erogazione dell'assistenza infermieristica alle famiglie e alla comunità per migliorare gli esiti dei pazienti e delle loro famiglie.

22. Monitorare e garantire assistenza infermieristica di alta qualità.
23. Dimostrare capacità di valutazione analitica, competenza culturale, pianificazione dei programmi assistenziali, e analisi delle caratteristiche della comunità al fine di perseguire gli obiettivi di promozione della salute della comunità in collaborazione con il team multidisciplinare.
24. Collaborare alla pianificazione e gestione economica in collaborazione con il team multidisciplinare al fine di promuovere la salute della comunità.
25. Dimostrare capacità di leadership e sviluppo, implementazione e valutazione di politiche per la famiglia e la comunità con lo scopo di promuovere la salute.
26. Conoscere il pensiero sistemico nell'ambito delle Scienze di Sanità Pubblica per promuovere la salute e la prevenzione in collaborazione con la comunità.
27. Dimostrare competenze di assistenza alla famiglia e alla comunità, cliniche e gestione dei casi
28. Dimostrare capacità di valutazione dei bisogni di salute della comunità per implementare appropriati interventi clinici e di mobilitazione.
29. Gestire la diversità e incoraggiare l'inclusività.
30. Dimostrare capacità di valutazione del contesto sociale, culturale ed economico in cui vive il cittadino che l'IFeC ha preso in carico.
31. Attuare la valutazione infermieristica multidimensionale.
32. Dimostrare competenze di organizzazione dell'assistenza.
33. Definire un piano assistenziali individuale sulla base dei bisogni della persona e della sua famiglia
34. Dimostrare competenze per garantire la sicurezza del paziente.
35. Sviluppare capacità di leadership infermieristica per garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinico-assistenziale.
36. Dimostrare capacità decisionali clinico-assistenziali.
37. Dimostrare capacità di negoziare l'assistenza con il paziente e la famiglia, con il team multidisciplinare e le aziende sanitarie.
38. Facilitare i contatti tra individui e famiglie e le reti di sostegno sociale presenti nella stessa comunità.
39. Monitorare le persone affette da malattie croniche e rare nella stessa comunità in collaborazione con altri membri del team multidisciplinare.
40. Dimostrare competenze per educare i membri di una stessa comunità e supervisionare studenti e professionisti di altre discipline al fine di promuovere la salute e il benessere della comunità.
41. Discutere le migliori evidenze scientifiche disponibili.
42. Lavorare in modo integrato con il team multidisciplinare alla prevenzione delle malattie e alla promozione e tutela della salute.

Tabella 5. – Risultati del Round 2. N= 27 competenze fondamentali con punteggio medio superiore a 8.

Competenze Fondamentali	Media (ds*)
1. Identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni d'assistenza degli individui e delle famiglie nel contesto della loro cultura e della loro comunità.	9,80 ($\pm 0,52$)
2. Assumere decisioni basate su standard di etica professionale.	9,50 ($\pm 1,15$)
3. Pianificare, attuare e valutare l'assistenza infermieristica per soddisfare i bisogni di individui, famiglie e comunità nell'ambito delle proprie competenze.	9,65 ($\pm 0,99$)
4. Promuove la salute di individui, famiglie e comunità.	9,75 ($\pm 0,64$)
5. Applicare strategie educative per promuovere la salute e la sicurezza degli individui e delle famiglie.	9,80 ($\pm 0,41$)
6. Dimostrare competenze comunicative basate sulle evidenze scientifiche in funzione del contesto specifico.	9,20 ($\pm 1,61$)
7. Alleviare la sofferenza del paziente nelle cure di fine vita.	9,40 ($\pm 0,99$)
<i>La competenza n. 8 del Round precedente è stata eliminata</i>	
9. Coordinare ed essere responsabile dell'attribuzione delle attività al personale di supporto per gli interventi assistenziali rivolti alla comunità.	9,10 ($\pm 1,41$)
10. Essere responsabile degli esiti dell'assistenza infermieristica negli individui, nelle famiglie e nella comunità.	9,45 ($\pm 0,94$)
11. Documentare e valutare in modo sistematico l'esercizio della propria professione.	9,65 ($\pm 0,81$)
<i>La competenza n. 12 del Round precedente è stata eliminata</i>	
13. Coinvolgere individui e famiglie nelle decisioni che riguardano la loro salute e benessere.	9,15 ($\pm 1,27$)
14. Definire standard e valutare gli esiti correlati all' infermieristica in ambito domiciliare e di comunità.	8,95 ($\pm 1,54$)
<i>La competenza n. 15 del Round precedente è stata eliminata</i>	
16. Partecipare alla definizione delle priorità delle attività del team multidisciplinare al fine di rispondere ai problemi di salute e di malattia.	9,10 ($\pm 1,12$)
17. Gestire il cambiamento ed essere agenti del cambiamento per migliorare l'assistenza erogata dall'Infermiere di Famiglia e di Comunità.	9,10 ($\pm 0,85$)
18. Mantenere rapporti professionali e interprofessionali e un ruolo di supporto con i colleghi per garantire il raggiungimento degli standard professionali.	9,05 ($\pm 2,06$)
<i>La competenza n. 19 del Round precedente è stata eliminata</i>	
20. Educare il paziente e costruire una relazione terapeutica con il paziente e la sua famiglia.	9,25 ($\pm 2,10$)
<i>Le competenze n. 21 e 22 del Round precedente sono state eliminate</i>	
23. Dimostrare capacità di valutazione analitica, competenza culturale, pianificazione dei programmi assistenziali, e analisi delle caratteristiche della comunità al fine di perseguire gli obiettivi di promozione della salute della comunità in collaborazione con il team multidisciplinare.	9,15 ($\pm 1,35$)
<i>La competenza n. 24 del Round precedente è stata eliminata</i>	
25. Dimostrare capacità di leadership e sviluppo, implementazione e valutazione di politiche per la famiglia e la comunità allo scopo di promuovere la salute.	9,05 ($\pm 1,19$)
<i>Le competenze n. 26 e 27 del Round precedente sono state eliminate</i>	
28. Dimostrare capacità di valutazione multidimensionale dei bisogni di salute della comunità per implementare appropriati interventi clinici e di organizzazione dell'assistenza.	9,15 ($\pm 1,18$)
29. Gestire la diversità e incoraggiare l'inclusività.	8,95 ($\pm 1,54$)
30. Valutazione del contesto sociale, culturale ed economico in cui vive il cittadino preso in carico dall'IFeC.	9,15 ($\pm 1,50$)

<i>Le competenze n. 31, 32, 33 e 34 del Round precedente sono state eliminate</i>	
35. Sviluppare capacità di leadership e capacità decisionali per garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinico-assistenziale.	9,11 ($\pm 1,13$)
<i>La competenza n. 36 del Round precedente è stata eliminata</i>	
37. Capacità di negoziare l'assistenza con il paziente e la famiglia, con il team multidisciplinare e le aziende sanitarie.	8,55 ($\pm 2,33$)
<i>La competenza n. 38 del Round precedente è stata eliminata</i>	
39. Monitorare le persone affette da malattie croniche e rare nella stessa comunità in collaborazione con altri membri del team multidisciplinare.	9,30 ($\pm 0,86$)
40. Supervisionare studenti ai fini di promuovere la salute e il benessere della comunità.	9,30 ($\pm 1,03$)
41. Utilizzare le migliori evidenze scientifiche disponibili	9,60 ($\pm 0,94$)
42. Lavorare in maniera integrata con il team multidisciplinare alla prevenzione delle malattie e alla promozione e tutela della salute.	9,15 ($\pm 2,01$)

*ds= deviazione standard

Nel 3° Round, gli esperti, sono stati invitati a valutare nuovamente il livello di priorità di ciascuna delle 27 competenze, conoscendone il punteggio medio attribuito dagli altri esperti a ciascuna competenza. Le 27 competenze finali del 3° Round sono illustrate nella Tabella 6. Successivamente, le competenze sono state condivise ed analizzate con tutti i partner del progetto ENhANCE, i quali all'unanimità individuavano l'e-health una competenza fondamentale.

Poiché l'e-health (eHealth Network Multiannual Work Programme 2018-2021) è ampiamente riconosciuto come priorità per la salute nel prossimo futuro, tutti i partner convenivano sulla necessità di integrare le competenze con la seguente: "Dimostrare capacità di gestire promozione della salute, educazione, trattamento e monitoraggio con il supporto delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (e-Health)". Al termine dello studio e-Delphi, il Profilo per le competenze dell'IFeC comprendeva un totale di 28 competenze fondamentali. Nella Tabella 7, è stato illustrato come queste 28 competenze coincidano con le competenze ESCO per l'infermiere di cure avanzate (*Advanced Nurse Practitioner*).

DISCUSSIONE

Nella maggior parte dei paesi europei, l'aspettativa di vita supera ampiamente l'età di 80 anni, traducendosi in una popolazione sempre più anziana e affetta da cronicità, come le malattie cardiovascolari, oncologiche e mentali (Eurostat, 2019; ISTAT, 2019). Pertanto, le criticità prioritarie della sanità comprendono gli stili di vita e della sanità comprendono gli stili di vita e comportamenti malsani, le disuguaglianze socioeconomiche determinate dalle

condizioni di vita e di lavoro e il loro impatto sullo stato di salute, come anche le differenze culturali e comportamentali tra le classi socioeconomiche (WHO, 2015).

Di conseguenza sarà necessario intervenire sulla fascia più giovane della popolazione, che richiede un numero maggiore di interventi di prevenzione mirati, come ad esempio, la promozione dell'attività fisica e di una sana alimentazione, la prevenzione dell'obesità, del consumo di tabacco, dell'abuso di alcool, e degli incidenti stradali (Palmer et al., 2018; Salam et al., 2016). Un'altra priorità è quella di migliorare l'accesso ai servizi sanitari e all'assistenza domiciliare, soprattutto per le persone anziane affette da malattie croniche, che richiedono servizi clinico-assistenziali di lungo termine e spesso anche la presenza di caregiver 24 ore al giorno.

È stato stimato che i pazienti cronici in media rappresentano meno del 10% della popolazione totale, ma possono assorbire fino al 65% della totalità delle risorse sanitarie (Miguélez-Chamorro and Ferrer-Arnedo, 2014; Blumenthal & Abrams, 2016).

A causa dell'ulteriore invecchiamento della popolazione, questa situazione è destinata a peggiorare e la figura professionale che meglio di chiunque altra possa essere in grado di fornire una risposta efficace ed efficiente a questa emergenza è l'IFeC, per esempio attraverso interventi educativi finalizzati a promuovere la salute, l'autonomia e la sicurezza della persona e il self-management, a livello dei singoli individui, delle famiglie e territoriale, ottimizzando l'accesso e l'uso appropriato dei servizi sanitari presenti sul territorio (McMurray & Cooper, 2017;).

Tabella 6. – Risultati Round 3 - elenco definitivo delle 27 Competenze Fondamentali organizzate sulla base della valutazione della loro priorità

Competenze Fondamentali	Media (ds*)
1. Utilizzare le migliori evidenze scientifiche disponibili.	9,62 (±1,12)
2. Documentare e valutare in modo sistematico l'esercizio della propria professione.	9,29 (±1,79)
3. Pianificare, attuare e valutare l'assistenza infermieristica per soddisfare i bisogni di individui, famiglie e della comunità nell'ambito delle proprie competenze.	9,24 (±2,19)
4. Identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni d'assistenza degli individui e delle famiglie nel contesto della loro cultura e della loro comunità.	9,14 (±2,03)
5. Lavorare in maniera integrata con il team multidisciplinare alla prevenzione delle malattie e alla promozione e tutela della salute.	9,14 (±1,35)
6. Educare il paziente e costruire una relazione terapeutica con il paziente e la sua famiglia.	9,14 (±1,59)
7. Monitorare le persone affette da malattie croniche e rare nella stessa comunità in collaborazione con altri membri del team multidisciplinare.	8,95 (±1,66)
8. Applicare le strategie educative per promuovere la salute e la sicurezza degli individui e delle famiglie.	8,95 (±1,91)
9. Coinvolgere individui e famiglie nelle decisioni che riguardano la propria salute e benessere.	8,95 (±1,99)
10. Competenze comunicative basate sulle evidenze scientifiche in funzione del contesto specifico.	8,90 (±2,10)
11. Supervisionare studenti ai fini di promuovere la salute e il benessere della comunità.	8,86 (±1,53)
12. Promuove la salute di individui, famiglie e della comunità.	8,86 (±1,96)
13. Assumere decisioni basate su standard di etica professionale.	8,76 (±1,89)
14. Mantenere rapporti professionali e interprofessionali e un ruolo di supporto con i colleghi per garantire il raggiungimento degli standard professionali.	8,71 (±1,74)
15. Valutazione multidimensionale dei bisogni di salute della comunità per implementare appropriati interventi clinici e di care management.	8,71 (±2,03)
16. Capacità di negoziare l'assistenza con il paziente e la famiglia, con il team multidisciplinare e le aziende sanitarie.	8,67 (±1,77)
17. Valutazione del contesto sociale, culturale ed economico in cui vive il cittadino che l'IFeC ha preso in carico.	8,62 (±2,16)
18. Coordinare ed essere responsabile dell'attribuzione delle attività al personale di supporto per l'assistenza sanitaria alla comunità.	8,57 (±1,36)
19. Essere responsabile degli esiti dell'assistenza infermieristica negli individui, nelle famiglie e nella comunità.	8,57 (±2,09)
20. Sviluppare capacità di leadership e capacità decisionali per garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinico-assistenziale.	8,52 (±2,14)
21. Alleviare la sofferenza del paziente.	8,48 (±1,44)
22. Partecipare alla definizione delle priorità delle attività del team multidisciplinare per affrontare problemi correlati allo stato di salute e di malattia.	8,48 (±2,29)
23. Stabilire gli standard e valutare gli esiti correlati all'attività infermieristica in ambito domiciliare e di comunità.	8,38 (±1,75)
24. Gestire la diversità e incoraggiare l'inclusività.	8,33 (±1,91)
25. Dimostrare capacità di valutazione analitica, competenza culturale, pianificazione dei programmi assistenziali, e analisi delle caratteristiche della comunità al fine di perseguire gli obiettivi di promozione della salute della comunità in collaborazione con il team multidisciplinare.	8,19 (±2,44)
26. Dimostrare capacità di leadership e sviluppo, implementazione e valutazione di politiche per la famiglia e la comunità allo scopo di promuovere la salute.	8,10 (±2,12)
27. Gestire il cambiamento e agire come agenti di cambiamento per migliorare l'assistenza erogata dall'Infermiere di Famiglia e di Comunità.	8,10 (±2,17)
*ds= deviazione standard	

Oltre agli interventi di educazione, prevenzione e promozione della salute, di assistenza infermieristica, l'IFeC avrà anche il ruolo di facilitare l'interazione tra il paziente, i servizi sociosanitari e gli ospedali presenti nella comunità e facendosi anche portavoce delle esigenze delle persone e delle famiglie (WHO, 2000; WHO, 2010a; Van Hecke, et al., 2017; Vanner & Keet, 2019; Cook, et al., 2019).

Le priorità sanitarie di oggi sono anche la conseguenza dei tagli nella sanità e dell'aumento della disoccupazione dovuta alla crisi economica, del numero crescente di senzatetto nelle città, del fenomeno crescente dei flussi di immigrati di culture ed etnicità diverse, generando nuove esigenze di salute e nuove priorità (WHO, 2010b).

Pertanto, le competenze dell'IFeC definite a livello europeo devono sostanzialmente mirare a migliorare la personalizzazione dell'assistenza e la qualità di vita, la prevenzione delle malattie, e ridurre il flusso degli accessi e riaccessi al pronto soccorso e agli ambulatori e ai centri sanitari presenti sul territorio (Van Hecke, et al., 2017). Questo significa che l'IFeC deve avere le competenze necessarie per prendere decisioni che tengano conto delle preferenze e dei valori non solo di singoli individui, ma anche delle loro famiglie e compatibilmente con il contesto della comunità in cui vivono e delle rispettive risorse economiche a disposizione.

Ne consegue che l'IFeC deve anche essere in grado di analizzare il contesto sociale, culturale e economico in cui opera, per favorire l'accesso dei propri pazienti ai servizi sociali e sanitari locali (Pálsdóttir, et al., 2016). Infatti, l'IFeC assume un ruolo chiave nel garantire la continuità assistenziale tra il sistema sanitario e i servizi sociali di supporto presenti sul territorio, garantendo l'interazione con le varie istituzioni e centri interessati, migliorando anche la collaborazione all'interno del team interprofessionale.

Attraverso il *teamwork* efficace, l'IFeC potrà anche garantire la gestione integrata delle patologie croniche, con la potenzialità di svolgere un ruolo chiave per il controllo epidemiologico all'interno di un determinato territorio (Van Hecke, et al., 2017; Cook et al., 2019). Inoltre, il rapido cambiamento dei contesti sociodemografici di oggi richiedono un monitoraggio efficace della comunità, sia per i rischi legati alle malattie infettive, sia per gestire le malattie croniche (*non-communicable diseases*).

Limiti dello studio

La metodologia degli studi Delphi ha alcune limitazioni intrinseche, come ad esempio l'uso di un campione non randomizzato o di pregiudizi in merito alla composizione del gruppo di esperti (Keeney et al. 2001).

Infatti, il gruppo degli esperti è stato selezionato per

uno scopo specifico con campionamento non probabilistico, pertanto la rappresentatività del campione potrebbe non essere garantita.

Tuttavia, nel nostro caso, il numero di esperti che ha partecipato a questo studio e-Delphi era superiore a 20, e questo riduce al minimo l'impatto dell'opinione del singolo (Keeney et al. 2001), anche se esiste sempre il rischio che alcuni degli esperti si conoscessero tra loro e di conseguenza avrebbero potuto consultarsi influenzandosi a vicenda. Infine, il concetto stesso di "esperto" non è ancora stato chiaramente definito in letteratura; chi sono questi esperti e il modo in cui sono identificati rimane a discrezione del ricercatore.

Di conseguenza, qualcuno con conoscenze specialistiche nel settore potrebbe essere stato escluso per mancanza di tempo o disponibilità sufficienti per partecipare.

CONCLUSIONI

Considerato il livello di complessità dell'assistenza alla famiglia e alla comunità, insieme al livello di autonomia professionale e di leadership richiesto dall'IFeC, la loro formazione deve necessariamente essere erogata post-laurea, che secondo il quadro di riferimento europeo corrisponde al livello EQF 7, (Master) per garantire outcome positivi per singole persone, famiglie e per la comunità.

Nell'ambito del progetto europeo ENhANCE, lo studio e-Delphi ha adottato un approccio partecipativo e deduttivo per essere sicuri che le competenze fondamentali dell'IFeC riflettessero i requisiti di conoscenza, abilità e competenza, che saranno poi sviluppati in maniera dettagliata nei mesi successivi durante la fase successiva del progetto ENhANCE (Progetto ENhANCE, 2018-2020).

Il punto di forza di questo studio e-Delphi è che gli esperti coinvolti, oltre a provenire da 10 diversi paesi europei, provenivano da diverse aree della professione con un diverso background culturale ed esperienziale, docenti universitari di infermieristica, membri dei consigli direttivi di ordini delle professioni infermieristiche, direttori di servizi infermieristici e esperti di nursing di famiglia e di comunità, consentendo così di identificare un elenco esaustivo di competenze fondamentali.

Chiaramente, ciascuna "competenza fondamentale" include una serie di attività e comportamenti che l'IFeC dovrà essere in grado di eseguire con efficienza. Tuttavia, se da una parte la diversità tra i contesti sanitari e socioeconomici ha permesso di avere a disposizione un'ampia gamma di esperienze e soluzioni diversificati, è anche doveroso sottolineare come la grande disomogeneità dei contesti in Europa e le grandi differenze, non solo tra i vari paesi ma anche

all'interno degli stessi paesi nel modo in cui l'assistenza infermieristica di famiglia e di comunità viene erogata, ha reso più complesso raggiungere un accordo condiviso che potesse essere applicabile in tutti i contesti. Attraverso l'identificazione delle competenze fondamentali, il progetto ENhANCE ha consentito di compiere il primo passo importante verso la definizione del Core Curriculum Europeo per l'IFeC, equivalente al livello 7 del Quadro Europeo delle Qualifiche (EQF, Comunità Europee 2009). Inoltre, le competenze EQF 7 sono state attribuite alla figura del "Specialist Nurse" (Dury et al., 2014) e anche se la strada è lunga ai fini del riconoscimento e la regolamentazione di questo titolo a livello europeo, questo studio ha sicuramente consentito di compiere un passo importante verso questa direzione.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Questo studio è stato co-finanziato dal Programma Erasmus+ dell'Unione Europea Settore "Skills Alliances" - Grant Agreement: 2017- 2976 / 001-001 591946-EPP-1-2017-1-IT-EPPKA2-SSA.

Gli autori dichiarano di aver tutti contribuito alla stesura dell'articolo e alla conduzione della revisione. Si dichiara altresì che il presente manoscritto è stato inviato solo alla presente rivista ed è originale.

Ringraziamenti

Ringraziamo i membri dal panel di esperti internazionali:

Peter Van BOGAERT (Belgio), Cecilija ROTIM; Enida Sièaja (Croazia), Peter PESCHEL (Germania), Athena KALOKERINO-ANAGNOSTOPOULOU (Grecia), Theodoros PESIRIDIS (Grecia); Paola OBBIA (Italia); Ginetto MENARELLO (Italia); Davide AUSILI (Italia); Ercole VELLONE (Italia); Maria Adele SCHIRRU (Italia); Laura RASERO (Italia); Giancarlo CICOLINI (Italia); Gianluca BUGNOLI (Italia); Anne DESTREBECQ (Italia), Tamara Stemberger Kolnik; Andreja Ljubic (Slovenia), Alberto Bernardo Martín; Virtudes Niño Martín (Spagna), Elizabeth HANSON (Svezia), Cesarina PRANDI (Svizzera), Carol HALL (UK), Clair GRAHAM (UK).

BIBLIOGRAFIA

- Blumenthal, D., Abrams, M.K. (2016). *Tailoring complex care management for high-need, high-cost patients*. JAMA, 316(16), 1657-1658. doi:10.1001/jama.2016.12388.
- Cook, O., McIntyre, M., Rechoche, K., Lee, S. (2019). "Our nurse is the glue for our team"-Multidisciplinary team members' experiences and perceptions of the

gynaecological oncology specialist nurse role. Eur J Oncol Nurs, 41, 7-15.

- Chłoń-Domińczak, A., Kotowska, I. E., Kurkiewicz, J., Abramowska-Kmon, A., Stonawski, M. (2014). *Population ageing in Europe: facts, implications and policies*. Brussels: European Commission.
- Dalkey, N., & Helmer, O. (1963). *An experimental application of the Delphi method to the use of experts*. Manage Sci, 9(3), 458-467.
- Dury, C., Hall, C., Danan, J. L., Mondoux, J., Aguiar Barbieri-Figueiredo, M.C., Costa, M.A.M., Debout, C. (2014). *Specialist nurse in Europe: education, regulation and role*. Int Nurs Rev, 61(4), 454-462. Doi:10.1111/inr.12123.
- Eurostat. Ageing Europe – Looking at the Lives of Older People in the EU 2019. PDF: ISBN978-92-76-09815-7. doi:10.2785/811048 Cat. No: KS-02-19-681-EN-N.
- eHealth Network Multiannual Work Programme 2018-2021 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/doc/s/ev_20171128_co01_en.pdf.
- ESCO. *Una classifica europea di abilità/competenze, qualifiche e occupazioni*. Infermiere di pratica avanzata. <http://data.europa.eu/esco/occupation/36494988-69d2-4420-9db4-eb56605ac983>.
- Greatorex, J., Dexter, T. (2000). *An accessible analytical approach for investigating what happens between the rounds of a Delphi study*. J Adv Nurs, 32: 1016-1024.
- ISTAT- Stime per l'anno 2018. Indicatori Demografici (7 febbraio 2019): <https://www.istat.it/it/files/2019/02/Report-Stime-indicatori-demografici.pdf> (accesso Novembre 2019).
- Hsu, C-C., Sandford, B.A. (2007). *The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus Practical Assessment, Research&Evaluation*. <http://pareonline.net/pdf/v12n10.pdf>.
- Keeney S., Hasson F. & McKenna H.P. (2001) *A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing*. Int J Nurs Stud, 38, 195–200.
- Keeney, S., Hasson, F., McKenna, H. (2010). *The Delphi technique in nursing and health research* Wiley, Oxford.
- McKenna, H.P. (1994) *The Delphi technique: a worthwhile approach for nursing?* J Adv Nurs, 19, 1221–1225.
- McMurray, A., & Cooper, H. (2017). *The nurse navigator: An evolving model of care*. Collegian, 24(2), 205-212.
- Miguélez-Chamorro, A., Ferrer-Arnedo, C. (2014). *The family and community nurse: Health agent and model for the chronic patient within the community*. Enfermeria Clinica, 24(1), 5-11.
- ONU. *Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol*. New York: United Nations; 2006 (<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>, (accesso dicembre 2019).
- Palmer, M., Sutherland, J., Barnard, S., Wynne, A., Rezel, E., Doel, A., & Perel, P. (2018). The effectiveness of smoking cessation, physical activity/diet and alcohol reduction interventions delivered by mobile phones for the prevention of non-communicable diseases: a

- systematic review of randomised controlled trials. *PLoS One*, 13(1). doi: 10.1371/journal.pone.0189801.
- Pálsdóttir, B., Barry, J., Bruno, A., Barr, H., Clithero, A., Cobb, N., De Maeseneer, J., Kiguli-Malwadde, E., Neusy, A-J., Reeves, S., Strasser, R., & Worley P. (2016). *Training for impact: the socio-economic impact of a fit for purpose health workforce on communities*. *Hum Resour Health*, 14(1), 49.
- Progetto CARESS (<http://www.project-caress.eu>).
- Progetto CONSENSO (www.alpine-space.eu/projects/consenso/en).
- Progetto ENhANCE, *European Curriculum for Family and Community Nurse*, 2018-2020. <https://www.enhance-fcn.eu> (accessed in March 2020).
- Quadro Europeo delle Qualifiche. Comunità europee, Bruxelles 2009 https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/broch_it.pdf.
- Salam, R. A., Das, J. K., Lassi, Z. S., Bhutta, Z.A. (2016). Adolescent health interventions: Conclusions, evidence gaps, and research priorities. *J Adolesc Health*, 59(4), S88-S92. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.05.006.
- Van Hecke, A., Heinen, M., Fernández-Ortega, P., Graue, M., Hendriks, J. M., Høy, B., Köpke, S., Lithner, M., Van Gaal, B.G. (2017). *Systematic literature review on effectiveness of self-management support interventions in patients with chronic conditions and low socio-economic status*. *J Adv Nurs*, 73(4), 775-793.
- Vanner, S., Keet, R. (2019). *The Role of Nursing in Community Mental Health*. *Am J Nurs Stud*, 1(1), 1002.
- World Health Organization. (1988). *Learning together to work together for health: report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the Team Approach* [meeting held in Geneva from 12 to 16 October 1987]. (accesso dicembre 2019).
- World Health Organization. (2000). *The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum*.
- World Health Organization. (2005). *Fourth workshop on WHO family health nurse multinational study: intercountry evaluation: report*, Glasgow, Scotland 20-21 January 2005. (accesso dicembre 2019).
- World Health Organization. (2010). *A framework for community health nursing education*.
- World Health Organization. Centre for Health Development, & World Health Organization. (2010). *Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. World Health Organization. Switzerland.
- World Health Organization. (2015). *World report on Ageing and health*. World Health Organization. Geneva. (accesso Novembre 2019).

APPENDICE 1- Template utilizzato per raccogliere i dati necessari per preparare il lancio dello studio e-Delphi europeo sulle competenze fondamentali dell'IFeC.

Work Package 2:
Definition of a Professional Profile for the Family and Community Nurse (FCN)

Task	2.2.	Define	the	FCN	Professional	Profile
- D2.2. Define FCN professional profile (M7) <u>Deadline 30th July 2018</u>						

Task 2.2. Partners

A.Li.Sa (Italy),
AWV(Germany)
ENE(Greece)
European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (EASPD-Belgium)
Future Balloons (Portugal)
SI4LIFE(Italy)
TEI-The(Greece)
UEF (Finland)

TASK 2.2. OBJECTIVES

Define the core competencies to meet patients' needs, which will enable to design the Professional Profile for the Family and Community Nurse (FCN), which could become the European benchmark for the Vocational Education and Training (VET) of FCNs.

For this purpose, a **European e-DELPHI Study** shall be conducted to define a list of FCN core competencies. In addition, partners will identify the presence of current curricula at the EU level.

DELPHI STUDY STEPS:

1. Identify a panel of experts.
2. In addition to the WHO document "The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum (2000)", identify and provide any other official EU documents on FCN core competencies.

TEMPLATE TO PREPARE THE LAUNCH OF THE E-DELPHI STUDY ON 1ST MARCH 2018

Your details:	Name: Email: Organization:
----------------------	---

PART 1 - CANDIDATES TO PROPOSE FOR THE DELPHI EXPERT PANEL

Candidate 1	Full name: Titles: Institution (with full address): Phone: E-mail:
--------------------	--

Candidate 2	Full name: Titles: Institution (with full address): Phone: E-mail:
--------------------	--

Please copy and paste here the above boxes if you wish to add more candidates.

PART 2 - EU DOCUMENTS AND SCIENTIFIC PAPERS WHICH COULD BE HELPFUL TO PREPARE A PROVISIONAL LIST OF FAMILY AND COMMUNITY NURSING CORE COMPETENCIES TO BE EVALUTED AND AMENDED BY THE PANEL OF EXPERTS – PLEASE PROVIDE ALSO THE PDF FILES (OR URL TO DOWNLOAD) OF THE DOCUMENTS.

DOCUMENT 1	Title: Reference: Core competencies suggested: Link:
-------------------	---

DOCUMENT 2	Title: Reference: Core competencies suggested: Link:
-------------------	---

Please copy and paste here the above boxes if you wish to add more documents.

APPENDICE 2 – I 27 documenti e articoli scientifici sulle core competence dell'IFeC raccolti mediante il template in Appendice 1.

Documents	Competencies draw from each document to build the list of 27 competencies in Round 1
<p>1. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System (the IMI Regulation')</p>	
<p>2. International Family Nursing Association (IFNA) – Position statement on generalist for family nursing practice, February 2015</p>	1, 4, 11, 22, 24
<p>3. Nurse Practitioner Primary Care Competencies in Specialty Areas: Adult, Family, Gerontological, Pediatric, and Women's Health Crabtree, M. Katherine; Stanley, Joan; Werner, Kathryn E.; Schmid, Emily. (2002). Health Resources and Services Administration (DHHS/PHS), Rockville, MD. Bureau of Health Professions. Link: https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED471273.pdf</p>	1, 3, 4, 18, 20, 21, 22
<p>4. Excellence in School Nursing Practice: Developing a National Perspective on School Nurse Competencies (Competence n. 17) Nichole Bobo, Virginia W. Adams, Leslie Cooper, (2002) <i>The Journal of School Nursing</i>, Vol 18, Issue 5, pp. 277 – 285 Link: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10598405020180050701#articleCitationDownloadContainer</p>	17
<p>5. Gerontological Nursing: Competencies for Care (Competencies n. 4, 22, 23) Kristen L (2010) <i>Gerontological Nursing: Competencies for Care</i>, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers (book) Core competencies suggested: Gerontological Nurse Competencies Link: https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=8IUdasfPWSYC&oi=fnd&pg=PP2&dq=family+nurse+competencies&ots=PINijalsFv&sig=cvDO9vuxFsk-kJ1aEar2FieUpsM&redir_esc=y#v=onepage&q=family%20nurse%20competencies&f=false</p>	4, 22, 23
<p>6. Nurses' competencies in home healthcare: an interview study (There are no formal requirements for home healthcare nurses) Andersson H, Lindholm M, Petterson M, Jonasson L-L. <i>Nurses' competencies</i></p>	(Generic) Nurses'

<p>in home healthcare: an interview study. <i>BMC Nursing</i>. 2017;16:65 Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5693583/</p> <p>7. Evolving Public Health Nursing Roles: Focus on Community Participatory Health Promotion and Prevention Kulbok, P.A., Thatcher, E., Park, E., Meszaros, P.S. (May 31, 2012) OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 17, No. 2, Manuscript 1. Link: http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No2-May-2012/Evolving-Public-Health-Nursing-Roles.html</p> <p>8. Managerial nursing competencies in the expansion of the Family Health Strategy. Lowen, Ingrid Margareth Voth, Peres, Aida Maris, Crozeta, Karla, Bernardino, Elizabeth, & Beck, Carmem Lúcia Colomé. (2015). <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>, 49(6), 964-970. Link: https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000600013</p> <p>9. Motivational interviewing competencies among UK family nurse partnership nurses: a process evaluation component of the building blocks trial. Channon, S., Bekkers, M.-J., Sanders, J., Cannings-John, R., Robertson, L., Bennert, K., ... Robling, M. (2016). <i>BMC Nursing</i>, 15, 55. Link: http://doi.org/10.1186/s12912-016-0176-0</p> <p>10. A Delphi approach to developing a core competency framework for family practice registered nurses in Ontario. Moaveni A, Gallinaro A, Conn LG, Callahan S, Hammond M, Oandasan I. <i>Nurs Leadersh (Tor Ont)</i>. 2010 Dec;23(4):45-60. Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5693583/</p> <p>11. Public Health Nursing Education Programme – Standards and Requirements Published by the Nursing and Midwifery Board of Ireland concerning PHNs competencies.</p> <p>12. Family Health Nursing in European Communities (FamNrsE) November 2013 Reference: Final Report Public Part Core competencies suggested: Work package 7: Gap Analysis - Consistent with the outcomes of previous work packages, it was found that current education and training programmes delivered at both undergraduate and postgraduate level cover many of the core elements of the FHN curricula (based on the WHO (Europe) concept). (Education/Training)</p> <p>Elements of the FHN curricula that are not currently provided within existing undergraduate and postgraduate programmes were recommended to be developed by this project. The analysis identified four gaps that the WP3 module development should focus. These include: 1) The Public Health Agenda 2) Working with families 3) Information management, research and evidence-based practice. 4) Case management</p> <p>Link: http://eacea.ec.europa.eu/LLp/project_reports/documents/erasmus/CD/ECDC/E/era_eacdce_518233_fr.pdf</p> <p>13. Assessing the clinical skills training needs of community healthcare staff. Chappell M., Ford K.(2014). <i>Journal of community nursing</i>, 28 (2). Link: https://www.jcn.co.uk/files/downloads/articles/04-2014-assessing-the-clinical-skills-training-needs.pdf</p> <p>14. Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage. WHO Regional Office for South-East Asia, 2010</p>	<p>Competencies in home healthcare</p> <p>1, 4, 25</p> <p>2, 15, 20</p> <p>15, 22</p> <p>17, 21, 22</p> <p>All competencies</p> <p>1, 2, 3, 4, 10, 26</p>
--	---

<p>Link:http://www.searo.who.int/entity/nursing_midwifery/documents/SEA-NUR-467/en/</p>	<p>2, 5, 6, 10, 18, 25</p>
<p>15. A framework for community health nursing education WHO Regional Office for South-East Asia, 2010 Core competencies suggested: Clinical care, health care, support for healthy activity Link: http://www.searo.who.int/entity/nursing_midwifery/documents/SEA-NUR-467/en/</p>	<p>18, 27</p>
<p>16. The family health nurse context, conceptual framework and curriculum World Health Organization, 2000 Core competencies suggested: care provider, decision-maker, communicator, community leader, manager. Link: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/53860/E92341.pdf</p>	<p>Used as main framework</p>
<p>17. Exploring the community nurse role in family-centred care for patients with dementia Harisson Dening K., Hibberd P. (2016). <i>British journal of community nursing</i> Link: https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.4.198 (Abstract)</p>	<p></p>
<p>18. Nursing and midwifery actions at the three levels of public health practice - Improving health and wellbeing at individual, community and population levels. Department of health and social care, Public Health England (2013). Link: https://www.gov.uk/government/publications/nursing-and-midwifery-actions-at-the-three-levels-of-public-health-practice</p>	<p>Used as main framework</p>
<p>19. Education Committee of the Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. A core curriculum for the continuing professional development of nurses: Developed by the Education Committee on behalf of the Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions of the ESC. Astin F, Carroll DL, Ruppert T, Uchmanowicz I, Hinterbuchner L, Kleisiou E, Serafin A, Ketchell A; <i>Eur J Cardiovasc Nurs.</i> 2015 Jun;14(3):190-7. doi: 10.1177/1474515115572048 Core competencies suggested: competences on Elderly care Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25711215</p>	<p>1, 2, 4, 10, 11, 20, 26 1, 4, 5, 10, 19, 25, 27</p>
<p>20. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? Matthys E, Remmen, R Van Bogaert P. <i>BMC Fam Pract.</i> 2017; 18: 110. doi: 10.1186/s12875-017-0698-x Core competencies suggested: communication competences Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5741858/</p>	<p>4, 22, 23</p>
<p>21. The Changing Role of Health Care Professionals in Nursing Homes: A Systematic Literature Review of a Decade of Change Van Stenis AR, van Wingerden J, Kolkhuis Tanke I. <i>Frontiers in Psychology.</i> 2017;8: 2008. doi:10.3389/fpsyg.2017.02008. Core competencies suggested: Caregiver skills and competences Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5694658/</p>	<p></p>
<p>22. Leadership and Cultural Competence of Healthcare Professionals Dauvrin M, Lorant V. <i>Nursing Research.</i> 2015;64(3):200-210. doi:10.1097/NNR.0000000000000092. Core competencies suggested: Cultural Competence Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418777/</p>	<p>8, 16, 26</p>
<p>23. Suggested components of the curriculum for nurses and midwives to enable them to develop essential knowledge and skills in genetics. Skirton H, Barnoy S, Erdem Y, et al. <i>Journal of Community Genetics.</i> 2012;3(4):323-329. doi:10.1007/s12687-012-0098-9. Core competencies suggested: Competencies of Nurses in Primary Care Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3461229/</p>	<p>1, 3, 14, 15, 25</p>

<p>24. Validation of a New Instrument for Self-Assessment of Nurses' Core Competencies in Palliative Care Slåtten K, Hatlevik O, Fagerström L. Nursing Research and Practice. 2014;2014:615498. doi:10.1155/2014/615498. Core competencies suggested: Competencies in Homecare Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4124716/</p> <p>25. What establishes an excellent nurse? A focus group and Delphi panel approach Paans W, Robbe P, Wijkamp I, Wolfensberger MVC. BMC Nursing. 2017;16:45. doi:10.1186/s12912-017-0239-x. Core competencies suggested: Primary Care Competencies Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5553753/</p> <p>26. Primary care for the Roma in Europe: Position paper of the European forum for primary care. De Graaf P, Rotar Pavlič D, Zelko E, Vintges M, Willems S, Hanssens L. Slovenian Journal of Public Health. 2016;55(3):218-224. doi:10.1515/sjph-2016-0030. Core competencies suggested: Primary Care Competencies Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5031074/</p> <p>27. A survey of engagement and competence levels in interventions and activities in a community mental health workforce in England. Competencies n. 17) Lang L, Orton S, Sallah D, et al. BMC Health Services Research. 2011;11:352. doi:10.1186/1472-6963-11-352. Core competencies suggested: Competencies for Community Nurses Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3315436/</p>	<p>1, 24, 25, 26, 27</p> <p>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 14, 22</p> <p>1, 2, 3, 14,17, 21, 26</p> <p>1, 2, 3, 14, 22, 26</p> <p>1, 2, 3, 14, 22, 26</p> <p>17</p>
--	--