

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ
IN ITALIA:
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

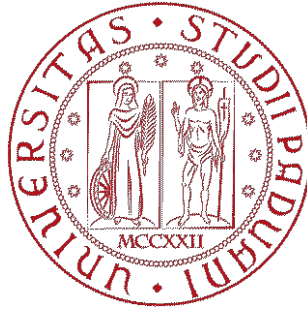
Relatore: Dott.ssa Spigolon Elisabetta

Laureando: Lucchin Roxana

Correlatore: Dott.ssa Bortolami Elena

(Matricola n°1228508)

Anno Accademico 2021-2022



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ
IN ITALIA:
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Dott.ssa Spigolon Elisabetta

Laureando: Lucchin Roxana

Correlatore: Dott.ssa Bortolami Elena

(Matricola n°1228508)

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

Problema. In Italia si sta assistendo ad un importante cambiamento demografico, sanitario e sociale; l'età della popolazione sta aumentando e la frequenza di persone affette da una o più malattie croniche, quali scompenso cardiaco, ipertensione, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) stanno aumentando. L'introduzione della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) nel Servizio Sanitario Nazionale italiano, in modo omogeneo in tutte le Regioni, è in grado di rappresentare un approccio assistenziale concreto per favorire la presa in carico della persona con patologie croniche. L'obiettivo della presente tesi è di approfondire il ruolo e le funzioni dell'IFeC nella presa in carico delle persone con patologie croniche e delle loro famiglie, focalizzando gli esiti positivi dell'implementazione del modello organizzativo.

Materiali e metodi. La ricerca in letteratura è stata condotta tra il mese di aprile 2022 ed il mese di settembre 2022. In una prima fase è stato scelto un approccio di indagine con motori di ricerca liberi e su testi al fine di recuperare ed approfondire i dati epidemiologici di popolazione, le fonti normative e i fondamenti teorico-pratici del ruolo dell'IFeC. In seguito, è stata condotta la revisione mediante la consultazione delle banche dati *PubMed*, *Cinhal* e *Scopus*.

Risultati. Dall'analisi critica della letteratura reperita, considerando i criteri di inclusione ed esclusione definiti, sono state selezionate n. 8 fonti di letteratura che descrivessero come l'IFeC possieda una visione proattiva di presa in carico, basata su interventi educativi e strutturati, finalizzati ad aumentare l'aderenza terapeutica dei pazienti con patologia cronica, in grado di ridurre la richiesta da parte del paziente di utilizzo dei servizi sanitari, aumentandone la capacità del *self-care* e l'*empowerment* della persona stessa e della famiglia.

Discussione e conclusione. L'implementazione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, nell'ambito di promozione della salute e di prevenzione, portano a benefici in termini di salute. Tuttavia, è necessario creare le condizioni in termini di risorse e di tempo in modo che l'IFeC abbia un periodo adeguato per garantire la presa in carico assistenziale della persona e della famiglia, assicurando appropriati livelli di assistenza. Parole chiave: *family nurse, community nurse, self-care, chronic disease, primary care*

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 1
1. PROBLEMA	pag. 3
1. Enunciazione del problema	pag. 3
2. Rilevanza del problema per la professione	pag. 7
2. MATERIALI E METODI	pag. 11
1. Obiettivo di ricerca	pag. 11
2. Quesiti di ricerca	pag. 11
3. Parole chiave e fonti dei dati	pag. 12
4. Criteri di selezione del materiale	pag. 12
3. RISULTATI DELLA RICERCA	pag. 13
1. Strategie di ricerca e fonti selezionate	pag. 13
2. Sintesi dei principali risultati	pag. 16
1. L’Infermiere di Famiglia e di comunità in Italia	pag. 16
2. L’Infermiere di Famiglia e di Comunità in Europa	pag. 22
3. Implementazione dell’Infermiere di Famiglia e di comunità nei contesti territoriali	pag. 24
4. Efficacia dell’implementazione dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità nella presa in carico dell’assistito	pag. 29
4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	pag. 33
1. Discussione	pag. 33
2. Limiti dello studio	pag. 36
3. Conclusione	pag. 36
4. Implicazioni per la pratica	pag. 36

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

INTRODUZIONE

La scelta di trattare l'argomento si è delineata durante l'ultimo anno di frequenza del Corso di Laurea in Infermieristica, in particolar modo durante il percorso di tirocinio del terzo anno, nell'ambito dell'esperienza condotta presso la UOC Cure Primarie Distretto 1 – Azienda ULSS 5 Polesana - Assistenza Domiciliare Integrata di Trecenta e presso UOC dei Presidi Ospedalieri di Rovigo e di Trecenta.

Rispetto al “valore” di ogni esperienza condotta, risulta importante evidenziare non solo l'alto numero di casistica di persone affetta da almeno una patologia cronica con presa in carico da parte dell'Azienda ULSS 5 Polesana, ma anche la percezione della studentessa rispetto all'applicazione di percorsi integrati ospedale-territorio per garantire la continuità assistenziale della persona e della famiglia ottimizzando l'utilizzo delle risorse presenti nei contesti ospedalieri e territoriali. Considerato che in Italia si descrive un aumento di persone con patologie croniche (Passi d'Argento, 2018) la studentessa ha approfondito la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), poiché, come definito nella Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – anno 2021, è grazie a questa significativa figura che si può accogliere il principio di *“casa come primo luogo di cura”*.

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte in quasi tutto il mondo: secondo il rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), circa 17 milioni di persone muoiono prematuramente ogni anno proprio a causa di una epidemia globale di malattie croniche. Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono anche essere particolarmente invalidanti. La presenza di cronicità e di multi-morbilità hanno, come noto, un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività essenziali della vita quotidiana e, più in generale, sulla qualità della vita, in particolare tra i molto anziani. Durante la pandemia da Covid-19 questa specifica fragilità ha esposto la popolazione anziana a un maggiore rischio di morte, di ospedalizzazione e di ricovero in terapia intensiva (Istat, 2021).

Con il D.L. n. 34/2020 *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”*, al fine di rafforzare i servizi infermieristici per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2, viene introdotta la figura dell'IFeC,

professionista di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera.

L'elaborato si propone di:

- approfondire il ruolo e le funzioni dell'IFeC in Italia;
- identificare le esperienze condotte in Italia relative all'implementazione del professionista nei contesti territoriali;
- comprendere gli esiti positivi dell'implementazione dell'IFeC considerando la presa in carico di persone con patologie croniche e le loro famiglie.

CAPITOLO 1 - PROBLEMA

1.1 Enunciazione del problema

Le malattie croniche sono causa di morte, ogni anno, per 41 milioni di persone, pari al 74% di tutti i decessi a livello globale. Ogni anno, 17 milioni di persone muoiono a causa di una malattia non trasmissibile (MNT) prima dei 70 anni. Le malattie cardiovascolari rappresentano la maggior parte dei decessi per MNT, ovvero 17,9 milioni di persone all'anno, seguite dai tumori (9,3 milioni), dalle malattie respiratorie croniche (4,1 milioni) e dal diabete (2 milioni, compresi i decessi per malattie renali causati dal diabete). Questi quattro gruppi di malattie rappresentano oltre l'80% di tutti i decessi prematuri per MNT (World Health Organization, 2022). Le malattie cardiovascolari rappresentano - insieme a neoplasie, patologie respiratorie croniche e diabete - il principale problema mondiale di sanità pubblica: queste malattie croniche non trasmissibili sono, infatti, la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità e il loro impatto provoca danni umani, sociali ed economici elevati. Le malattie cardiovascolari più frequenti sono la cardiopatia ischemica, lo scompenso cardiaco e l'ipertensione arteriosa con le sue conseguenze (Alleanza Italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari, 2021).

Lo scompenso cardiaco, o insufficienza cardiaca, è una sindrome determinata dall'incapacità del cuore di mantenere una gettata cardiaca e, conseguentemente, un apporto di ossigeno tali da soddisfare le esigenze metaboliche tissutali. Lo scompenso cardiaco costituisce l'esito negativo di numerose condizioni patologiche, tra le quali, in particolare, la cardiopatia ischemica, responsabile di oltre la metà dei casi di scompenso cardiaco (Chiaranda, 2016). La prevalenza della patologia è del 1-2%, con circa 80.000 nuovi casi incidenti per anno: si tratta di una condizione cronica la cui prevalenza e incidenza sono strettamente legate all'età (Maggioni & Spandonaro, 2014).

Un'altra patologia cronica molto diffusa, nell'ambito delle malattie cardiovascolari, è l'ipertensione. Nell'adulto si parla, per convenzione, di tale condizione quando i valori della pressione arteriosa superano persistentemente i 140 mmHg per la sistolica ed i 90 mmHg per la diastolica: questi valori rappresentano un fattore di rischio per la comparsa di tutta una serie di fenomeni patologici cardiocircolatori secondari, che incidono negativamente sulla durata della vita. L'ipertensione

arteriosa rappresenta una condizione subdola e molto pericolosa perché, nella maggior parte dei casi, decorre inizialmente senza nessuna sintomatologia che richiami l'attenzione del paziente: la sintomatologia, difatti, è dovuta ai danni da essa lentamente indotti a carico del sistema cardiocircolatorio (Pontieri, 2018). In Italia, nel 2021, i soggetti ultrasettantacinquenni affetti da ipertensione raggiungono il 56% (Tabella I).

L'International Diabetes Federation (IDF), nel 2021, ha calcolato che, nel mondo, 536,6 milioni di persone tra 20 e 79 anni (il 9,2% degli adulti) sono diabetici. Il numero di adulti con diabete è, inoltre, destinato ad aumentare a oltre 642 milioni nel 2030 e 783 milioni nel 2045. Il diabete mellito rappresenta un gruppo di malattie metaboliche caratterizzate da elevati livelli ematici di glucosio (iperglicemia) dovuti a difetti che riguardano la secrezione di insulina, la sua azione o entrambe (Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 1998). Gli effetti a lungo termine dell'iperglicemia contribuiscono a determinare le complicanze macro-vascolari (coronaropatie, patologie cerebrovascolari, vasculopatie periferiche), le complicanze micro-vascolari croniche (patologie renali e oculari) e quelle neuropatiche (malattie a carico dei nervi) (Brunner & Suddarth, 2001). Gli ultrasettantacinquenni affetti da diabete in Italia hanno raggiunto, nel 2021, il 20,8% (Tabella I). La diffusione del diabete è quasi raddoppiata in trent'anni (nel 1980 coinvolgeva il 2,9% della popolazione). Anche rispetto al 2000 i diabetici sono aumentati di 1 milione, fenomeno causato sia dall'invecchiamento della popolazione che da altri fattori, tra cui la precocità della diagnosi (che porta in evidenza casi prima sconosciuti) e l'aumento della sopravvivenza di malati di diabete. Il diabete è una patologia fortemente associata allo svantaggio socioeconomico. Considerando le principali determinanti sociodemografiche che comportano un aumento del rischio di diabete emerge la forte associazione del diabete con lo svantaggio sociale. I gruppi sociali più colpiti dal diabete sono quelli più fragili, con un basso titolo di studio, risorse economiche scarse o insufficienti e spesso con una rete sociale debole o assente. L'insorgenza del diabete, infatti, è favorita da abitudini e stili di vita poco salutari quali sedentarietà e cattiva alimentazione, che possono determinare obesità o scarsa attenzione ai controlli dello stato di salute, tutti elementi che si riscontrano più spesso proprio tra i gruppi più deprivati (Istat, 2017).

Tra le cronicità respiratorie la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una patologia che deriva da una interazione complessa tra fattori genetici ed ambientali, con un impatto rilevante sia sulla vita dei pazienti e delle famiglie sia sui servizi sanitari. Nel mondo si stima che circa 328 milioni di persone siano affette da questa malattia che rappresenta la quarta causa di morte (PNRR focus on BPCO, nota 99: come cambia lo scenario - Veneto, 2022). Da diversi anni, nell'ambito della BPCO, sono comprese numerose patologie infiammatorie dell'apparato respiratorio responsabili di una ostruzione delle vie aeree, caratterizzate sintomatologicamente da dispnea, tosse e abbondante espettorazione e destinate ad una evoluzione in enfisema e ad un progressivo aggravamento. La sua incidenza è in continuo aumento a causa di diversi fattori come il fumo e l'inquinamento, oltre al graduale invecchiamento della popolazione. In Italia i dati ISTAT stimano una prevalenza di BPCO del 5,6% (15-50% dei fumatori sviluppa BPCO). Ma la prevalenza è verosimilmente più elevata in quanto essa viene spesso diagnosticata casualmente ed in fase di ricovero per riacutizzazione. Nonostante lo scenario descritto, l'aderenza alla terapia resta assolutamente insoddisfacente e soprattutto bassa nel panorama delle malattie croniche, attestandosi in percentuali non superiori al 20%. Tutto questo porta ad uno scarso controllo e ad un aumento del rischio di riacutizzazioni e ricoveri, generando un prevenibile consumo di risorse (PNRR focus on BPCO, nota 99: come cambia lo scenario - Veneto, 2022).

In Italia i soggetti di età compresa tra 60-64 anni (complessivamente sia maschi che femmine) per il 60,2% è affetta da almeno una patologia cronica; i soggetti con età maggiore di 75 anni, invece, sono l'85,1% (Tabella I).

Tabella 1 Indagine multiscopo sulle famiglie "aspetti della vita quotidiana", elaborazione di dati ISTAT anno 2021

Tipo dato		person e in buona salute	person e con almeno una malatti a cronica	persone con almeno due malattie croniche	persone con malattie cronich e in buona salute	malati cronici affetti da diabete	malati cronici affetti da iperten sione	malati cronici affetti da bronchi te cronica	malati cronici affetti da artrosi, artrite	malati cronici affetti da osteop orosi	malati cronici affetti da malatt ie del cuore	malati cronici affetti da disturbi nervosi	malati cronici affetti da ulcera gastrica o duodenale
Periodo	Classe di età												
2021	45-54 anni	71,9	35,8	13	51,3	3,2	13,4	3,9	9	2,9	1,8	3,3	2,1
	55-59 anni	64,2	51	22,3	48,8	6,8	23,8	5,5	17,4	7,4	3,1	4,2	3
	60-64 anni	59,6	60,2	30	46,2	8,9	31,8	6,4	21,5	11,1	4,7	4,8	3,1
	65-74 anni	47,3	74,6	48,9	38,6	15,7	45,8	9,6	34,4	18,7	9,8	6,1	3,8
	75 anni e più	31	85,1	65,5	26,3	20,8	56	14,3	50,3	30,5	17	15,9	5,2

L'Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane ha elaborato che gli italiani con una patologia cronica nel 2019 erano 24 milioni, per una spesa sanitaria che sfiorava i 67 miliardi di euro.

“Non è un paese per vecchi” ... “dicevano i fratelli Cohen nel 2007. Questo sottotitolo, però, non si addice all'attuale condizione della Sanità italiana, nella quale fragilità, non autosufficienza e cronicità sono divenuti elementi della vita quotidiana di ogni operatore sanitario, a qualsiasi livello” (Ferrario et al. 2017).

Le proiezioni della cronicità indicano che nel 2030 il numero di malati cronici salirà a oltre 26,5 milioni, mentre i multi-cronici saranno circa 14,6 milioni. La patologia cronica più frequente sarà l'ipertensione, con quasi 12,5 milioni di persone affette nel 2030. Inoltre, gli italiani affetti da diabete saranno circa 3,9 milioni, mentre i malati di cuore circa 2,8 milioni. La dinamica demografica del nostro Paese sta provocando un graduale invecchiamento della popolazione dovuto, da un lato, all'aumento della sopravvivenza e alla forte riduzione della mortalità infantile, entrambi effetti positivi dell'efficacia e dell'universalismo delle cure sanitarie pubbliche, dall'altro lato sono il risultato della progressiva riduzione delle nascite, dovuta a mutamenti di natura sociale ed economica che hanno contraddistinto l'Italia negli ultimi 40 anni (Istat, 2019). Gli over 65 in Italia sono 14 milioni e costituiscono il 23% della popolazione; si stima che un terzo di loro utilizzi dieci o più farmaci contemporaneamente, mostra il rapporto *“L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia”* di AIFA.

Le famiglie sono il pilastro dell'assistenza, ma sono sempre più fragili, avendo subito un forte ridimensionamento per le dinamiche demografiche e i mutamenti sociali iniziati dagli anni '60. Gli anziani che vivono soli, circa 670mila (oltre il 40% del collettivo selezionato), compensano l'assenza del sostegno di familiari conviventi con un maggiore ricorso agli aiuti a pagamento (44%) e in particolare alla figura della badante (31%) (Istat, 2021). La solitudine abitativa, quindi, aumenta fortemente via via che l'età e al crescere del numero delle vedovanze: nella fascia d'età 75-79 anni la quota dei soli rappresenta il 35%, per passare al 39% nella fascia 80-84 e raggiungendo ben il 45% per gli over 85 anni. Considerando che la speranza di vita degli italiani alla nascita è oggi di 82,4 anni, possiamo concludere che quasi metà degli italiani che raggiungerà quell'età si troverà ad abitare, volente o nolente, da sola/o (Ranci et al. 2020).

Prima della pandemia da COVID-19 c'erano meno difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Tra gli anziani ultrasettantacinquenni "*forti consumatori*" di prestazioni sanitarie o con problemi di salute o di autonomia aumenta la quota di coloro che hanno difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie. Ad esempio, la rinuncia a esami e cure mediche per motivi economici interessa il 4,9% degli uomini e il 7% delle donne (Istat, 2021).

Considerato quanto descritto, risulta importante approfondire le modalità e le strategie per "prendersi cura" nei contesti territoriali, di persone e famiglie in situazione di cronicità e pluripatologia.

1.2 Rilevanza del problema per la professione

L'infermiere si pone come promotore della salute, basandosi in maniera responsabile sulle proprie conoscenze di esperto ed applicandole nell'interesse della qualità di vita dei pazienti e della società nel suo insieme. L'Agire professionale infermieristico è guidato dal Codice Deontologico che ne detta le regole di condotta e di indirizzo etico, costituendo il fondamento e la natura della sua attività professionale (FNOPI, 2019). Di fatto il Codice Deontologico rappresenta un sostegno, una guida che responsabilizza l'agire verso un bene comune. Tale assunzione di responsabilità implica una maturità professionale che si conquista con lo studio, la ricerca e la riflessione nei vari campi in cui essa è esercitata (Arcadi et al. 2020). L'articolo 7 rubricato "Cultura della salute", del Codice Deontologico, stabilisce che: "*L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività*" (FNOPI, 2019). Secondo la Carta di Ottawa, sottoscritta dagli Stati appartenenti all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la promozione della salute viene definita come "*il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla*". Il concetto di salute viene quindi inteso come "*uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale*" e non semplicemente "*assenza di malattie o infermità*". (World Health Organization, 1946). Il Profilo Professionale (D.M. 14 settembre 1994, n.739 "*Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*") riconosce l'infermiere responsabile dell'assistenza infermieristica,

descrive l'iter formativo, precisa la natura dei suoi interventi, gli ambiti del lavoro, la metodologia del lavoro e le cinque aree della formazione specialistica. *“L'assistenza infermieristica”* enuncia il comma 2 dell'articolo 1, *“preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza ai malati e dei disabili di tutte l'età e l'educazione sanitaria”*. È da qui che si evidenzia il riconoscimento di un approccio assistenziale globale che permette all'infermiere di rispondere a tutti i bisogni della persona, dallo stato di salute (prevenzione), allo stato di fine vita (assistenza palliativa). Questo significa che, oltre alla tecnica, l'infermiere si avvale di un approccio assistenziale caratterizzato da colloqui strutturati e educativi al fine di prendere in carico i bisogni, non solo di malattia, ma anche relazionali del paziente volti al superamento e alla gestione della stessa. L'articolo 3 comma 1 del Profilo Professionale dell'infermiere afferma: *“l'infermiere partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico, garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche, agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto, svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale”*. L'interazione tra diversi operatori sanitari è indispensabile per una corretta identificazione di bisogni di salute della persona e della collettività. All'infermiere, dunque, viene riconosciuta una competenza specifica, che lo rende in grado di identificare questi bisogni. Indipendentemente dal modello concettuale a cui l'infermiere si riferisce per identificare il bisogno, ne consegue la capacità e la responsabilità diretta nel definire gli obiettivi per ottenere la compensazione del bisogno autonomamente identificato. Pertanto, l'infermiere è direttamente responsabile del risultato conseguito.

Promuovere la salute e l'autonomia è il mandato sociale dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità. È un infermiere che si apre alla collettività in linea con il documento *HEALTH21*, prodotto nel 1999 dall'OMS, che promuove questa figura con funzioni

di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, d'assistenza diretta e personalizzata e d'urgenza e che ha come finalità il raggiungimento del pieno potenziale di salute per tutti, quale valore universale all'interno di una crescita economica sostenibile (Mislej & Paoletti, 2008). La funzione dell'IFeC si ispira a una professionalità e a una concezione della salute che fa della sanità un indicatore di accessibilità concreta ai principi costituzionali (art. 32 della Costituzione Italiana "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti [...]*"), in quanto diritti umani inviolabili che devono essere riconosciuti e attribuiti a chiunque nella diversità dei bisogni e della dignità umana.

CAPITOLO 2 - MATERIALI E METODI

La ricerca in letteratura è stata condotta tra il mese di aprile 2022 ed il mese di settembre 2022. In una prima fase è stato scelto un approccio di indagine su motori di ricerca liberi e su testi al fine di recuperare ed approfondire i dati epidemiologici per comprendere l'entità del problema, le fonti normative e i fondamenti teorico-pratici del ruolo dell'Infermiere di Famiglia. In seguito, è stata condotta la revisione mediante la consultazione delle banche dati *PubMed*, *Cinhal* e *Scopus*.

2.1 Obiettivo di ricerca

L'elaborato si propone di:

- approfondire il ruolo e le funzioni dell'IFeC in Italia;
- identificare le esperienze condotte in Italia relative all'implementazione del professionista nei contesti territoriali;
- comprendere gli esiti positivi dell'implementazione dell'IFeC considerando la presa in carico di persone con patologie croniche e le loro famiglie.

2.2 Quesiti di ricerca

“Nel contesto sanitario internazionale, quali sono i modelli di presa in carico della persona e della famiglia nell'ambito della cronicità?”

P	Paziente o famiglia in situazioni di cronicità
I	Modelli di presa in carico
O	Presa in carico efficace

“Nel contesto italiano, il modello dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, garantisce una efficace presa in carico della persona e della famiglia?”

P	Paziente o famiglia con cronicità
I	Infermiere di Famiglia e di Comunità
O	Presa in carico efficace

2.3 Parole chiave e fonti dei dati

Le parole chiave inserite nei motori di ricerca, ricavate dal modello PIO (*Problem/Patient/population, Intervention, Outcome*), sono state:

- “*chronic diseases AND family health nurse OR family AND community nurse AND Italy*”
- “*family health nurse OR family AND community nurse AND Italy*”
- “*chronic diseases AND family health nurse OR family nurse practitioner AND nursing AND model OR caring*”
- “*chronic diseases AND family OR patient AND caring NOT cancer*”
- “*chronic diseases AND nursing model NOT cancer NOT infant NOT child*”
- “*chronic diseases OR chronic illnesses AND nursing models AND home care*”
- “*chronic diseases AND family health nurse OR family nurse practitioner AND nursing model OR caring*”

2.4 Criteri di selezione del materiale

Nella ricerca sono stati utilizzati i seguenti criteri di selezione:

- limite di età: soggetti con più di 45 anni;
- esclusi articoli inerenti a patologie oncologiche, a insufficienza renale cronica (IRC), a malattie mentali, neurologiche e artrosi;
- anno di pubblicazione: entro 5 anni dalla pubblicazione;
- articoli “*full-text*” ad accesso sia gratuito sia a pagamento. Alcuni articoli sono stati raggiunti accedendo con le credenziali di Ateneo o sono stati recuperati tramite *Galileo Discovery* (strumento del Sistema Bibliotecario di Ateneo “Biblioteca Medica Centrale V. Pinali” dell’Università degli Studi di Padova);
- articoli pertinenti con l’obiettivo della revisione.

CAPITOLO 3 - RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 Strategie di ricerca e fonti selezionate

La ricerca in letteratura ha condotto all'identificazione ed alla consultazione di n. 277 fonti di letteratura, delle quali ne sono state selezionate n. 8, in quanto rispondenti ai criteri di selezione indicati nel capitolo 2 "Materiali e Metodi". Le fonti di riferimento sono visibili nella Tabella II: "Strategie di Ricerca e fonti di letteratura selezionate".

Banca Dati	Strategie di ricerca	N. fonti consultate	Fonti selezionate
PubMed	<i>chronic diseases AND family OR patient AND caring NOT cancer</i>	88	Rezamand, F., Shahnazi, H., & Hassanzadeh, A. (2019). <i>Effectiveness of continuous-care model on self-care in patients with heart failure: application of line follow-up</i> . Scandinavian journal of caring sciences, 33(4), 940–948. https://doi.org/10.1111/scs.12692
PubMed	<i>chronic diseases AND nursing model AND europe NOT cancer NOT infant NOT child</i>	57	Klemenc-Ketis, Z., Benkovič, R., & Poplas-Susič, A. (2019). <i>A Slovenian Model of Comprehensive Care for Patients with Difficulties Accessing Healthcare: A Step Towards Health Equity</i> . Journal of community health nursing, 36(3), 139–146 https://doi.org/10.1080/07370016.2019.1630996
Cinhal	<i>chronic diseases OR chronic illnesses AND nursing models AND home care</i>	4	Karasu, F. and Aylaz, R. (2020). <i>Assessing the meaning of life and self-care agency in nursing care provided to patients with chronic obstructive pulmonary disease using the health promotion model</i> . Applied Nursing Research, 51, https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151208

Scopus	<i>chronic diseases AND family health nurse OR family nurse practitioner AND nursing model OR caring</i>	31	Longhini et al. (2022). <i>The TeMP_cardio Model for the district management of heart failure patients : a feasibility study for the implementation of the family nurse Il modello TeMP_Cardio per la gestione del paziente con scompenso cardiaco sul territorio: uno studio di fattibilità con l'introduzione dell'infermiere di famiglia e comunità.</i> Assistenza Infermieristica e Ricerca: AIR., 41(2), 74–86. https://doi.org/10.1702/3854.38376
PubMed	<i>chronic diseases AND family health nurse OR family AND community nurse AND Italy</i>	57	Marcadelli, S., Stievano, A., & Rocco, G. (2019). <i>Proposte politiche per un nuovo welfare: lo sviluppo dell'infermiere di famiglia e di comunità in Italia come chiave per promuovere il capitale sociale e l'innovazione sociale.</i> Primary health care research & development, 20, e109. https://doi.org/10.1017/S146342361800083X
Cinhal	<i>family health nurse OR family AND community nurse AND Italy</i>	11	Simonetti, V., Comparcini, D., Tomietto, M., Pavone, D., Flacco, M. E., & Cicolini, G. (2021). <i>Effectiveness of a family nurse-led program on the accuracy of self-measurement of blood pressure: A randomized controlled trial.</i> Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 30(15/16), 2409-2419. https://doi.org/10.1111/jocn.15784

Scopus	<i>chronic diseases AND family health nurse OR family AND community nurse AND Italy</i>	29	<p>- Savini, Iovino, P., Monaco, D., Marchini, R., Di Giovanni, T., Donato, G., Pulimeno, A., Matera, C., & Quintavalle, C. (2021). <i>A family nurse-led intervention for reducing health services' utilization in individuals with chronic diseases: The ADVICE pilot study</i>. <i>International Journal of Nursing Sciences.</i>, 8(3),264–270. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.05.001</p> <p>- Ranzani et al. (2021). <i>The family and community nurse-led proactive management of copd patients: Experience of an italian health district La gestione proattiva dei pazienti bpco a cura degli infermieri di famiglia e comunità: L'esperienza di un distretto del piemonte</i>. <i>Assistenza Infermieristica e Ricerca: AIR.</i>, 40(3), 149–157. https://doi.org/10.1702/3694.36824</p>
--------	---	----	---

Tabella II: “Strategie di Ricerca e fonti di letteratura selezionate”

3.2 Sintesi dei principali risultati

3.2.1 L'infermiere di Famiglia e di Comunità in Italia

Il progressivo aumento della necessità “di presa in carico” da parte delle cure primarie non solo a livello Nazionale, ma anche Europeo, ha reso necessaria una modernizzazione dei servizi sanitari sul territorio. In risposta a tali bisogni, nel quadro generale di politica sanitaria *HEALTH21*, sviluppato dall'ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS nel 1998, è stato promosso il modello del *Family Health Nurse* (FHN o Infermiere di Famiglia) come figura predisposta a contribuire maggiormente all'assistenza comunitaria (Conti, et al., 2021). Come stabilito nel 1998 nella Dichiarazione della Sanità Mondiale, documento redatto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, godere di un buono stato di salute costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano. La buona salute è la preconditione per il benessere e la qualità della vita. È il riferimento per misurare la riduzione della povertà, la promozione della coesione sociale e l'eliminazione della discriminazione. La buona salute è fondamentale per una crescita economica sostenibile. L'investimento in salute attraverso un approccio intersettoriale non solo offre nuove risorse per la salute, ma anche ulteriori tipi di benefici importanti, contribuendo nel lungo periodo allo sviluppo sociale ed economico complessivo. Investire in assistenza sanitaria orientata ai risultati, migliora la salute ed individua le risorse che possono essere liberate per dare risposta alla domanda crescente che caratterizza il settore sanitario (World Health Organization, 1998). Il documento redatto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità “*The family health nurse - Context, conceptual framework and curriculum*” è focalizzato sulla formazione di un nuovo tipo di infermiere, l'Infermiere di Famiglia. È importante tenere in mente che ciò è attuato nel contesto della politica *HEALTH21*, dove “*l'unico scopo costante*” è quello di “raggiungere il pieno potenziale di Salute per tutti”, attraverso la realizzazione di due scopi principali. Essi sono: “*promuovere e proteggere la salute delle persone lungo tutto l'arco della loro vita e ridurre l'incidenza e la sofferenza causate dalle principali malattie e lesioni*”. La definizione del ruolo dell'Infermiere di Famiglia viene così enunciata: l'Infermiere di Famiglia “*aiuterà gli individui e le famiglie a 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 gli stili di vita ed 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 tempestivamente. Con la loro conoscenza sulla salute pubblica, sulle tematiche sociali e su altri servizi sociali, possono identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia ed indirizzare quest'ultima alle strutture più adatte. Possono facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia ed il medico di base” (World Health Organization, 2000). HEALTH21 puntualizza che “le famiglie sono le unità di base della società dove chi si occupa dell’assistenza sarà in grado non solo di occuparsi professionalmente delle sofferenze fisiche ma anche di tenere conto degli aspetti psicologici e sociali delle loro condizioni”. Per chi fornisce assistenza primaria è importante conoscere la situazione in cui vivono i pazienti: il loro ambiente domestico e familiare, il lavoro, l’ambiente sociale o fisico possono tutti avere un peso considerevole sulle loro malattie. Se i fornitori di assistenza non sono consapevoli di questi fattori, alcuni sintomi insorgenti possono essere male interpretati ed i problemi non riconosciuti non vengono curati (World Health Organization, 2000). Per comprendere il ruolo dell’Infermiere di Famiglia, gli approcci utilizzati dagli autori sono stati relativi alla teoria dei sistemi, la teoria dell’interazione e la teoria dello sviluppo. La teoria dei sistemi fornisce un utile modo di rappresentare ed analizzare la complessità di una situazione - e l’assistenza è una questione davvero complessa. La teoria dell’interazione incoraggia le considerazioni riguardanti l’infermiere/paziente e l’infermiere/famiglia ed i concetti di collaborazione e lavoro d’equipe, fondamentali nella filosofia dell’assistenza primaria. La teoria dello sviluppo è importante per aiutare non solo la comprensione dell’essere umano ma anche dello sviluppo della famiglia, nel contesto dei principali eventi della vita che tutte le persone devono affrontare con varia intensità ed impatto, a seconda di diversi fattori complessi (World Health Organization, 2000).

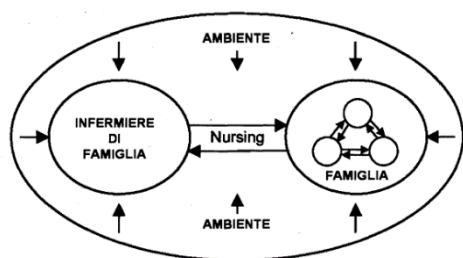


Figura 1. La Famiglia e l'Infermiere di Famiglia come un sistema in un ambiente. Tratto da "L'infermiere di Famiglia – Contesto, struttura concettuale e curriculum" di World Health Association, 2000.

La figura 1 illustra come l'Infermiere di famiglia, e le famiglie con le quali lavora, possano essere considerati come sistemi operanti all'interno di un contesto o di un ambiente. Molti elementi dell'ambiente (*stressors*) influiscono sia positivamente che negativamente su questi sistemi, rafforzandone o indebolendone l'esistenza e l'integrità. La salute è vista come l'equilibrio dinamico che si mantiene tra uno dei sistemi (es. la famiglia o l'individuo) e l'ambiente. Questi sistemi cambiano e si sviluppano nel tempo, non sono mai statici. Il lavoro dell'infermiere di famiglia è un'attività interattiva, in cui infermiere e famiglia sono partners. Obiettivo dell'attività infermieristica è di mantenere e, se possibile nel tempo, migliorare l'equilibrio o lo stato di salute della famiglia, aiutandola ad evitare o a adattarsi agli *stressors* o alle minacce per la salute (World Health Organization, 2000).

In Italia, nel 2001, i programmi di formazione per infermieri qualificati sono cambiati radicalmente con il percorso universitario, anche se l'evoluzione culturale professionale e le riforme degli studi infermieristici italiani erano iniziate nel 1992 (Palese, 2010). Attualmente la formazione infermieristica si svolge a livello universitario (ciclo triennale) e comprende corsi accademici e tirocini pratici, al termine dei quali i candidati devono conseguire l'abilitazione nazionale. In Italia non c'è una formazione universale universitaria specifica per diventare Infermiere di Famiglia e di Comunità. In uno studio conoscitivo multicentrico è emerso che 21 aziende italiane (84%) hanno allocato infermieri che hanno partecipato a corsi di formazione specifica: aziendale 7 (28%), regionale 10 (40%) e con master 7. (Martini et al., 2021). In Italia, l'Infermiere di Famiglia e di Comunità è stato implementato, negli ultimi decenni, solo da alcune regioni quali la Toscana, il Friuli-Venezia Giulia, il Piemonte e la Liguria. Nel 2009 in **Toscana** fu attivato un progetto di riorganizzazione del Sistema di Cure Primarie denominato "Sanità di Iniziativa", che aveva come punto di forza gli elementi costitutivi dell'*Expanded Chronic Care*

Model (CCM), il quale, in parte, rappresentava un'anticipazione del ruolo dell'Infermiere di Famiglia all'interno del team assistenziale per la gestione delle cronicità. Successivamente, il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, ha previsto espressamente la necessità di sperimentare proposte progettuali innovative per lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali, anche attraverso la diffusione di esperienze come l'infermiere di famiglia o di comunità (Dr. Paolo Zoppi Direttore dip. Assistenza Infermieristica Area Vasta centro Toscana). Il **Piemonte** e **Liguria** hanno aderito al Progetto CoNSENSo (*COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing Society*), nell'ambito del Programma transnazionale di Cooperazione Territoriale Europea Interreg Spazio Alpino 2014-2020. Il progetto si proponeva di favorire l'invecchiamento sano ed attivo della popolazione, permettendo agli anziani di vivere a casa il più a lungo possibile, attraverso il sostegno di interventi innovativi e proattivi centrati sulla figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC). I principi cardine del modello sono il mantenimento o miglioramento delle capacità residue funzionali, dei processi di "self-care" e di favorire la creazione di un'unica rete sociale (FNOPI, 2020). Nelle **Microaree Triestine**, l'Infermiere di Famiglia e di Comunità è stato inserito nel contesto locale e circoscritto della microarea erogando interventi di tipo sociosanitario e svolgendo un ruolo di attivatore di risorse contribuendo a costruire la rete del welfare di comunità (FNOPI, 2020). Nel 1999 viene sperimentato in **Friuli – Venezia Giulia** il progetto "Infermiere di Comunità" i cui principi fondanti sono mutuati da diversi saperi disciplinari: la teoria "relazionale della società", la teoria dello "Human Caring", i concetti di "Community Care", che attengono alle più ampie politiche di Welfare Comunitario (FNOPI, 2020). A seguito dell'intesa sancita nella Conferenza Stato Regioni, è stato emanato in data 18 dicembre 2019 il Patto per la Salute per il triennio 2019-2021. Il documento prevede, tra i numerosi punti, la valorizzazione della professione infermieristica nell'ambito dell'assistenza territoriale, finalizzata alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare in soggetti fragili e/o affetti da multi-morbilità, in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali (Regioni Italiane e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2019). Con il D.L. n. 34/2020 art. 1 c. 5 ("Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia,

nonché' di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"), convertito in legge n. 77 il 17 luglio 2020, viene introdotta la figura dell'IFeC, al fine di rafforzare i servizi infermieristici, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, in relazione ai modelli organizzativi regionali. Nel 2020, in linea con il curriculum proposto dal progetto ENhANCE (*European curriculum for family and community nurses*), la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI), ha prodotto il documento "*Position Statement - l'Infermiere di Famiglia e di Comunità*" in modo da definire la propria visione sul ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), per ridurre gli elementi di diversificazione interpretativa e giungere a una definizione univoca del modello, riconoscibile sia all'interno che all'esterno della professione infermieristica. L'IFeC viene descritto come il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica. Eroga cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità, operando all'interno del sistema dell'Assistenza Sanitaria Primaria. (FNOPI, 2020). La Formazione dell'IFeC è individuata a livello accademico in percorsi post-laurea (Laurea Magistrale, Dottorato, Master I e II Livello).

Tali competenze avanzate acquisite consentono all'IFeC:

- La lettura e l'analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto.
- La rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici.
- L'identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano.

- Interventi di promozione di stili di vita e comportamenti salutari dell'individuo e della famiglia anche in relazione alla cura di eventuali patologie già in atto.
- Il coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale.
- La valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi sociosanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili.
- Il sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.
- La facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con il MMG, il PLS e gli altri specialisti.
- Il monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale e valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con i Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.
- Il monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale.
- Le attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure.
- L'adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.

Il 13 luglio 2021 viene approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR; *National Recovery and Resilience Plan*, abbreviato in *Recovery Plan* o NRRP), piano proposto dall'Italia per rilanciare l'economia dopo la pandemia di COVID-19, al fine di permettere lo sviluppo verde e digitale del Paese. La Mission 6 del PNRR prevede la Riforma dell'assistenza territoriale, definendo un nuovo modello di assistenza sul territorio, muovendosi su quattro principi cardine: medicina di popolazione, che ha come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati

sull'utilizzo di dati; la Sanità di Iniziativa, modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva dell'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa; la stratificazione della popolazione per profili di rischio; e il progetto di salute, uno strumento di programmazione, gestione e verifica che associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Il 23 maggio 2022 viene pubblicato nella Gazzetta Ufficiale il D.M. n.77 "regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", dove viene riorganizzata la medicina territoriale secondo quanto previsto dal PNRR.

3.2.2 L'Infermiere di famiglia e di comunità in Europa

L'attivazione del FHN (*Family Health Nurse*) ha visto importanti differenze in termini di formazione e ruolo degli infermieri nei contesti nazionali, dovute principalmente a ragioni politiche ed economiche. Ogni paese ha quindi attivato i FHN in coerenza con i modelli formativi, organizzativi e culturali del proprio contesto (Conti, et al., 2021). Nel **Regno Unito** si sono storicamente evolute diverse specializzazioni infermieristiche. Una di essi è lo *Specialist Community Public Health Nurse* (PHN), che è stato iscritto dal 2004 nel *Nursing and Midwifery Register*. Successivamente c'è la possibilità di scegliere diversi indirizzi di specializzazione nel settore pubblico. Nel Regno Unito, attualmente, i PHN sono tenuti a completare un corso di formazione specialistica comune per tutti, dopo il conseguimento del titolo di infermiere, con un tirocinio focalizzato sul ruolo specifico nella salute pubblica. L'indirizzo che si è sviluppato maggiormente è quello dell'*Health Visitor*, prevalentemente impegnato nella prevenzione primaria e nell'educazione sanitaria delle famiglie, in particolare dei bambini al di sotto dei cinque anni (Conti, et al., 2021). L'infermieristica di famiglia e di comunità in **Scozia** ha subito una profonda modernizzazione nell'ultimo ventennio. La Scozia ha attivato subito il nuovo modello di assistenza territoriale a favore della famiglia, essendo stato scelto come paese pilota per la campagna OMS per lo sviluppo dell'infermieristica di famiglia e di comunità, e per risolvere i problemi derivanti

dalla presenza di diversi ruoli e qualifiche degli infermieri. Il FHN è il primo punto di contatto per gli utenti e funge da cardine tra territorio e servizi sanitari, effettuando attività di screening, prendendo in carico la cronicità e promuovendo cambiamenti nello stile di vita, occupandosi della salute dei bambini e dei genitori; inoltre molti FHN e *Health Visitors* contribuiscono allo sviluppo di programmi di screening e di educazione nelle scuole (Conti, et al., 2021). I PHN in **Irlanda** sono affiancati dai *Community Health Nurse* (CHN): queste figure fanno parte di un team di comunità insieme a terapisti occupazionali, fisioterapisti, logopedisti, dietisti/nutrizionisti e sono in contatto con operatori sanitari negli ospedali e con i servizi sociali della comunità (Conti, et al., 2021). In **Svezia**, gli infermieri di sanità pubblica, *District Nurse* (DN) devono essere laureati in infermieristica ed avere un'esperienza clinica certificata di due anni e completare un Master di due anni. I DN possono lavorare nelle comunità, con i bambini di età inferiore a sei anni insieme alle loro famiglie, nelle scuole e con adulti o anziani (Conti, et al., 2021). In **Finlandia** i FHN hanno un ruolo fondamentale negli HC (*Health Centres*, Centri della Salute: unità funzionali che forniscono cure primarie, di prevenzione e assicurano la salute della popolazione). Tra essi vi sono professionisti che, oltre a coadiuvare le attività dei medici, lavorano autonomamente in regime ambulatoriale fornendo prestazioni assistenziali (Conti, et al., 2021). In **Slovenia** i servizi di infermieristica di famiglia e di comunità (FeC) sono diventati obbligatori per legge nel 1974, quando è nata la necessità di riunire ostetriche, assistenti sociali e infermieri in un unico servizio rivolto alla comunità. Il ruolo dei professionisti in questi servizi si è concentrato sulla famiglia e tutto l'arco della vita dei suoi membri, fornendo assistenza, promozione della salute e prevenzione (Conti, et al., 2021). In **Spagna**, nel 1984, la riforma sanitaria ha introdotto l'assistenza in sanità pubblica attraverso la costituzione dei Centri della Salute, nei quali un team multiprofessionale eroga i servizi di prevenzione, cura e riabilitazione ai cittadini di un territorio. Il ruolo degli infermieri è prevalentemente nell'ambito della promozione della salute, della prevenzione e della gestione della cronicità attraverso attività ambulatoriali, su appuntamento o a domicilio, gestite autonomamente, destinate a singoli, gruppi di pazienti o a scuole (Conti, et al., 2021).

3.2.3 Implementazione dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità nei contesti territoriali

Lo studio di Rezamand F. et al., “*Effectiveness of continuous-care model on self-care in patients with heart failure: application of line follow-up*” del 2019, condotto presso il contesto cardiologico *Shahid Chamran* di Isfahan, aveva come obiettivo di determinare l’efficacia del modello di assistenza continua sulla cura di sé. I soggetti selezionati sono stati assegnati, in modo randomizzato, a due gruppi: uno sperimentale e uno di controllo (36 soggetti in ciascun gruppo). Per un periodo di tre mesi, è stato eseguito un modello di assistenza continua. Lo studio si è composto in quattro fasi: orientamento, sensibilizzazione, controllo e valutazione. L’implementazione del modello di assistenza continua è stata attuata sui soggetti del gruppo sperimentale, seguiti telefonicamente per tre mesi e settimanalmente. I contenuti delle conversazioni telefoniche comprendevano le materie insegnate durante le sessioni di formazione e nel libretto didattico e risposte alle domande dei pazienti e dei loro accompagnatori in base alle loro specifiche esigenze. Tre mesi dopo l’intervento, è stato compilato un questionario per entrambi i gruppi. I risultati di questo studio hanno mostrato che il follow-up telefonico strutturato ha aumentato significativamente il punteggio medio di cura di sé tra i gruppi studiati. L’utilizzo, quindi, di un modello di assistenza continua in altri contesti clinici, così come per i pazienti con insufficienza cardiaca, può avere esiti positivi e questo può essere utilizzato per migliorare i comportamenti di cura di sé nei pazienti affetti da malattie croniche.

Nel 2019 a Lubiana, in Slovenia, è stato condotto lo studio di Klemenc-Ketis, Z. et al. “*A Slovenian Model of Comprehensive Care for Patients with Difficulties Accessing Healthcare: A Step Towards Health Equity*” (realizzato nell’ambito di un progetto intitolato *Upgraded Comprehensive Patient Care CPC+* finanziato dal *Norwegian Financial Mechanism Program*) con l’obiettivo di presentare un nuovo modello di assistenza globale per i pazienti con difficoltà di accesso all’assistenza sanitaria. Questo percorso clinico descrive l’assistenza nei confronti di un gruppo di pazienti con difficoltà ad accedere allo studio medico di famiglia selezionato. Ogni studio ha generato un elenco di pazienti senza fattori di rischio, con fattori di rischio e pazienti con le malattie croniche più comuni. Un infermiere di comunità ha

identificato i pazienti che non hanno partecipato a screening preventivi nei cinque anni precedenti da questi elenchi. Ha successivamente effettuato una visita a domicilio e determinato una delle quattro condizioni: 1) il paziente non ha ricevuto l'invito a presentarsi per uno screening; 2) il paziente non è motivato a collaborare; 3) il paziente non può recarsi in studio; 4) il paziente si rifiuta di collaborare. Se il paziente non ha ricevuto un invito, l'infermiere di comunità lo indirizza alla pratica per uno screening preventivo; se il paziente non è motivato a collaborare, l'infermiere cerca di motivarlo; e se il paziente non può recarsi in studio, l'infermiere di comunità effettua lo screening sul campo (cioè presso il domicilio del paziente). Lo screening include domande sulla storia del paziente (storia familiare, determinanti sociali della salute e partecipazione ai programmi nazionali di screening della Slovenia); domande sull'alimentazione, abitudini generali, attività fisica, consumo di alcol, gestione dello stress, depressione, segnali d'allarme per il cancro; una valutazione clinica (indice di massa corporea, pressione sanguigna, ecc.) e test ematici di laboratorio. Il paziente viene quindi classificato in uno dei tre gruppi: 1) quelli senza alcun fattore di rischio; 2) quelli con fattori di rischio; 3) pazienti con una malattia cronica. I pazienti senza fattori di rischio, che hanno difficoltà ad accedere allo studio del medico di famiglia, vengono nuovamente sottoposti a screening dall'infermiere di comunità dopo cinque anni. I pazienti con fattori di rischio sono seguiti regolarmente dall'infermiere di comunità e, in caso di qualsiasi cambiamento del loro stato di salute, l'infermiere di comunità informa un medico. I protocolli utilizzati sono diversi per ciascuna malattia cronica. Al fine di garantire che gli infermieri di comunità acquisiscano le competenze appropriate, sono stati preparati e realizzati diversi moduli educativi: 1) screening domiciliare per pazienti con malattie croniche non trasmissibili; 2) gestione domiciliare di pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); 3) gestione domiciliare dei pazienti diabetici; 4) gestione domiciliare dei pazienti con ipertensione; e 5) gestione domiciliare dei pazienti con obesità. Gli Infermieri di Famiglia hanno effettuato uno screening preventivo per le malattie cardiovascolari, organizzato la gestione dei pazienti con asma/BPCO, diabete, ipertensione e obesità e valutato il loro ambiente familiare e sociale. I risultati hanno mostrato che il 50% dei pazienti presentava fattori di rischio, il 45% dei pazienti presentava almeno una delle malattie croniche

(diabete, ipertensione, asma, BPCO, depressione, osteoporosi, iperplasia prostatica benigna e obesità) e solo il 5% dei pazienti i pazienti non presentavano fattori di rischio o malattie croniche. Hanno determinato, inoltre, che il 13% dei pazienti non era soddisfatto della propria situazione familiare, il 33% si sentiva solo e il 26% aveva un rischio maggiore di cadute.

Lo studio di Karasu F. & Aylaz R. del 2020, “*Assessing the meaning of life and self-care agency in nursing care provided to patients with chronic obstructive pulmonary disease using the health promotion model*”, effettuato nell’Ospedale di Stato di Kilis e nell’Ospedale di Formazione e Ricerca Dr. Ersin Aslan di Gaziantep, in Turchia, aveva lo scopo di valutare, all’interno dell’assistenza infermieristica fornita ai pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), il significato della vita e la capacità di *self-care* secondo il modello di promozione della salute. La popolazione dello studio era composta da pazienti adulti con diagnosi di BPCO presso l’ambulatorio di malattie del torace di questi due ospedali pubblici. Il totale dei pazienti era di 6021 e sono stati divisi in maniera randomizzata in quattro gruppi: due gruppi sperimentali e due di controllo. Per la raccolta dei dati sono stati utilizzati il modulo informativo descrittivo (che comprendeva informazioni sulle caratteristiche descrittive e sulla storia della malattia dei pazienti con BPCO), il profilo dell’atteggiamento nei confronti della vita e la scala del *self-care agency*. I dati sono stati raccolti tra il 1° giugno 2018 e il 14 febbraio 2019. L’infermiere ricercatore ha visitato a domicilio i pazienti del gruppo sperimentale, utilizzando le linee guida di assistenza preparate secondo il Modello di Promozione della Salute. Queste linee guida includono: la definizione, le cause, i sintomi, il trattamento e la cura della BPCO, la cessazione del fumo, l’uso corretto e regolare dei farmaci per la BPCO, l’esecuzione di esercizi per la tosse e per la respirazione profonda, la partecipazione a programmi di riabilitazione polmonare, una corretta alimentazione ed un’adeguata idratazione, la prevenzione delle infezioni delle vie respiratorie, l’evitamento dello stress, l’uso dell’ossigenoterapia, il controllo degli attacchi, l’esecuzione di controlli sanitari regolari e la regolazione dell’attività/mobilità quotidiana. Ogni diagnosi infermieristica identificata e ogni intervento sono stati applicati secondo il NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*). Durante la prima visita domiciliare sono state determinate le diagnosi

infermieristiche per i pazienti dei gruppi sperimentali 1 e 2 e sono stati applicati gli interventi infermieristici relativi alle diagnosi determinate. I pazienti sono stati informati su come adattarsi ai cambiamenti fisici e psicologici dovuti alla BPCO e su come adattarsi ai problemi che dovranno affrontare. Al termine dell'assistenza infermieristica, è stata consegnata ai pazienti una guida all'assistenza, preparata dal ricercatore, secondo il modello di promozione della salute. Sono state effettuate altre visite domiciliari nelle successive settimane, per un totale di quattro visite. In tutte le visite domiciliari effettuate, durate circa dai 25 ai 45 minuti, l'assistenza infermieristica è stata applicata in base alle esigenze dei pazienti. Nei gruppi di controllo dei pazienti affetti da BPCO l'assistenza infermieristica, secondo il modello di promozione della salute, non è stata applicata. Tuttavia, i pazienti hanno continuato a ricevere l'assistenza sanitaria di routine. In conclusione, è stato determinato che l'assistenza infermieristica, secondo il modello di promozione della salute, fornita ai pazienti affetti da BPCO ha contribuito alla gestione dei sintomi, all'autocura e alla qualità della vita. Questo tipo di assistenza infermieristica ha aiutato i pazienti affetti da BPCO a gestire i sintomi, a massimizzare la funzionalità del paziente, a concentrarsi sull'insegnamento delle abilità per migliorare la cura personale e a mantenere un'assistenza di qualità, mentre la capacità di autocura e di qualità della vita nei pazienti del gruppo di controllo (che quindi non hanno ricevuto questo tipo di assistenza infermieristica) sono diminuiti.

In un distretto della Provincia Autonoma di Trento, lo studio di Longhini et al., del 2022, "*The TeMP_cardio Model for the district management of heart failure patients: a feasibility study for the implementation of the family nurse*" aveva come oggetto l'implementazione di un modello complesso di intervento: il TeMP_Cardio, erogato come presa in carico continuativa. I soggetti dello studio erano adulti: a) con diagnosi di insufficienza cardiaca in condizioni stabili (assenza di riacutizzazioni o modifiche farmacologiche frequenti, classe New York Heart Association - NYHA-stabile) sulla base del giudizio del cardiologo o del MMG, b) assistiti dal MMG nel territorio di riferimento; c) in follow-up cardiologico presso l'ospedale di zona, d) in grado di accedere alle prestazioni sanitarie ambulatoriali in modo autonomo o accompagnati. Sono stati inclusi anche i caregiver se contribuivano alla gestione della patologia: ad esempio aiutando nella gestione dei farmaci, nelle attività della

vita quotidiana, nel monitoraggio e gestione dei sintomi. Tra le varie figure professionali, facenti parte della rete multidisciplinare sviluppata per questo studio, gli IFeC gestivano: la gestione proattiva, l'educazione e il monitoraggio. Due IFeC sono stati inseriti in un ambulatorio dedicato, presso una Casa della Comunità, per due giorni la settimana. Durante il primo appuntamento, l'IFeC svolgeva un colloquio strutturato per esplorare le esigenze di monitoraggio clinico assistenziale e le esigenze educative del paziente e caregiver volte a sviluppare le abilità di autocura, integrando più approcci e metodologie quali:

- ***Sharing Evidence Routine for a Person-centred plan for Action (SHERPA model)***. Questo modello consiste in tre fasi principali. Nella fase 1 (share - condividi) il professionista identifica insieme alla persona problemi, incluse diagnosi, sintomi, emozioni, preoccupazioni, comportamenti, problemi sociali, isolamento, povertà e difficoltà di gestione della patologia. L'obiettivo è sviluppare una comprensione del quadro centrata sulla persona e non sulle difficoltà di gestione della patologia. Nella fase 2 (Link - Collegamento), si discute per collegare i problemi, riportandoli in un foglio all'interno di cerchi disegnati, la cui grandezza è proporzionale alla sua importanza. I collegamenti fisiopatologici aiutano la persona a comprendere meglio la propria situazione, mentre i collegamenti fatti dalla persona aiutano il professionista a comprendere ragioni non cliniche, valori credenze e aspettative. Nella fase 3 (Plan - Pianificazione) professionista e persona esplicitano le priorità identificando insieme su cosa lavorare, definendo obiettivi specifici, ad esempio la riduzione dei farmaci, la gestione dei sintomi, il cambiamento dei comportamenti non salutari o obiettivi sociali.
- **Educazione terapeutica con definizione degli obiettivi e piano d'azione.** Processo sistematico basato su fasi quali: analisi dei bisogni, individuazione dei bisogni educativi, definizione degli obiettivi con criteri SMART (specifici, misurabili, realizzabili, realistici, limitati nel tempo) specificando i comportamenti e i risultati attesi, la pianificazione delle azioni e delle strategie di coping, la selezione delle metodologie educative e degli strumenti appropriati (ad esempio il colloquio individuale, educazione tra pari, video, opuscoli con immagini, adesivi colorati, piano d'azione scritto, schemi

terapeutici, promemoria tramite telefonate, messaggi di testo e notifiche tramite app), pianificazione del percorso educativo, monitoraggio e valutazione degli obiettivi.

- **Teach - back.** Stile di comunicazione che consente di verificare l'acquisizione e la comprensione di nuove informazioni. Questo consente di coinvolgere attivamente la persona e far sì che il professionista si assuma la responsabilità della comunicazione, dando poche informazioni per volta e verificando di aver trasmesso adeguatamente l'informazione e la comprensione della persona.
- **Il colloquio motivazionale.** Stile di comunicazione collaborativo in un clima di aiuto e di accettazione, che consente di far emergere le ragioni e le risorse della persona, rafforzando l'impegno e la motivazione per attuare un cambiamento verso un obiettivo.
- **I modelli di accertamento e intervento di Calgary per la famiglia.** Attraverso un approccio sistematico vengono indagate le dimensioni strutturali, di sviluppo e funzionali della famiglia. Utilizzando il genogramma familiare e l'eco mappa è possibile identificare e rappresentare graficamente la qualità e la forza dei legami, i ruoli, le risorse e i punti di forza di quella famiglia e della sua rete di supporto. Gli interventi possono consistere nell'offrire informazioni e suggerimenti, promuovere un cambiamento nel funzionamento familiare nelle dimensioni affettiva, comportamentale e cognitiva.

Veniva poi consegnato al paziente un "quaderno della salute" cartaceo, con lo schema terapeutico, i successivi *follow-up*, i contatti di riferimento, gli obiettivi di *self-care* concordati con il piano d'azione e il diario di automonitoraggio. In conclusione, le abilità di *self-care* sono migliorate nei pazienti maggiormente per l'auto-monitoraggio.

3.2.4 Efficacia dell'implementazione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità nella presa in carico dell'assistito

Lo studio italiano di Marcadelli et al., del 2019, "*Proposte politiche per un nuovo welfare: lo sviluppo dell'infermiere di famiglia e di comunità in Italia come chiave*

per promuovere il capitale sociale e l'innovazione sociale” aveva come obiettivo l'identificazione di modelli organizzativi per l'Infermiere di Famiglia e di Comunità. È stata, quindi, condotta un'indagine web sul sito della Federazione Nazionale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (l'ente regolatore italiano per l'assistenza infermieristica), finalizzata a raccogliere le opinioni degli infermieri che già lavorano nel sistema sanitario primario o che hanno frequentato una formazione post-base in sanità pubblica. I ricercatori hanno intervistato direttamente i principali *stakeholder* (leader politici regionali, medici di base, infermieri, dirigenti infermieristici, caregiver informali) utilizzando un questionario semi-strutturato per ottenere una comprensione più approfondita dei modelli organizzativi, delle attività e dei servizi forniti, nonché per misurare il livello di soddisfazione dei pazienti e delle famiglie rispetto all'assistenza infermieristica familiare. Al sondaggio web hanno risposto 2204 persone. Il questionario consisteva in 33 domande suddivise in 5 sezioni: (1) formazione; (2) contesto professionale e lavorativo; (3) attività ed esperienza professionale; (4) ruolo dell'infermiere di famiglia; (5) dati sociodemografici. L'IFeC è stato considerato abbastanza rilevante dal 43,3% e molto rilevante dal 47,3% degli intervistati per quanto riguarda la riduzione del numero di incidenti inappropriati e di ricoveri ospedalieri d'emergenza. Allo stesso modo, l'IFeC è stato considerato abbastanza rilevante dal 44% e molto rilevante dal 44,2% degli intervistati per quanto riguarda la riduzione dei ricoveri ospedalieri complessivi, e abbastanza rilevante dal 46,1% e molto rilevante dal 45,8% per quanto riguarda la riduzione delle riammissioni ospedaliere. Inoltre, l'IFeC è stato considerato decisivo per la riduzione dei costi del Servizio Sanitario Italiano (36,6% abbastanza rilevante, 53,6% molto rilevante). L'IFeC consente di migliorare il sistema delle cure primarie attraverso i collegamenti tra i medici di medicina generale e le persone/famiglie, e tra le famiglie e l'assistenza sanitaria locale: in particolare grazie al miglioramento della continuità ospedale-comunità per quanto riguarda le dimissioni precoci e/o complesse (abbastanza rilevante per il 31,4% e molto rilevante per il 64,4% degli intervistati).

Lo studio multicentrico randomizzato e controllato del 2021, di Simonetti et al., *“Effectiveness of a family nurse-led program on the accuracy of self-measurement of blood pressure: A randomized controlled trial”*, aveva l'obiettivo di valutare

l'efficacia di un programma guidato da un IFeC sul grado di adesione alle attuali raccomandazioni sull'auto misurazione della pressione arteriosa a domicilio rispetto all'assistenza e alla gestione di routine. 170 pazienti sono stati assegnati in modo randomizzato al gruppo di intervento (n = 83) e a quello di cura abituale (n = 87). Tutti i partecipanti hanno ricevuto l'assistenza abituale (informazioni scritte e verbali sulle raccomandazioni dell'auto misurazione della pressione arteriosa); i soggetti del gruppo di intervento hanno anche ricevuto una sessione di formazione di un'ora su come auto-misurare correttamente la PA (pressione arteriosa). Come risultato, il livello di aderenza alla raccomandazione era simile nei due gruppi. Dopo 1 mese, però, l'aderenza è aumentata significativamente nel gruppo di intervento dove i pazienti avevano maggiori probabilità di misurare la PA alla stessa ora e nello stesso braccio, in un ambiente tranquillo, con la schiena appoggiata, il braccio scoperto e le gambe non incrociate; di registrare la PA più di una volta in ogni sessione di misurazione; di tenere un diario delle misurazioni della pressione arteriosa; di usare il bracciale appropriato e di posizionarlo correttamente; di riposare per >5 minuti prima di eseguire la misurazione.

A Roma, nel giugno 2019, lo studio di Savini et al. "*A family nurse-led intervention for reducing health services' utilization in individuals with chronic diseases: The ADVICE pilot study*" ha valutato se un intervento educativo strutturato, guidato da un Infermiere di Famiglia e di Comunità, fosse efficace nel ridurre l'utilizzo dei servizi sanitari (riammissioni e/o accessi ai servizi di emergenza) tra gli anziani affetti da patologie croniche. Si tratta di uno studio pilota non randomizzato prima (T0) e dopo (T1). Un campione di 78 pazienti è stato reclutato da due ambulatori generali in Italia e 70 di loro sono stati seguiti per 8 mesi. L'intervento oggetto dello studio è basato sul metodo *teach-back*, ed è consistito in sessioni a domicilio di 60 minuti a settimana, incentrate su aspetti della malattia e del suo trattamento, sulle potenziali complicanze, sull'aderenza ai farmaci e sui comportamenti sanitari. Durante il primo periodo di studio, quattro infermieri hanno regolarmente fornito visite di assistenza domiciliare settimanali standard, che generalmente includevano attività quotidiane quali medicazioni, controllo dei parametri vitali, somministrazione di farmaci per via endovenosa e prelievi ematici. Nel secondo periodo di studio quattro IFeC hanno fornito l'intervento educativo, basato sui principi

dell'insegnamento e della comunicazione di ritorno (*teach-back*). L'IFeC ha iniziato con una valutazione generale dei bisogni educativi del paziente, durante la quale sono state formulate una o più diagnosi infermieristiche. Le diagnosi si basavano sul CCC - *Clinical Care Classification System*. Prima dell'inizio dello studio, gli IFeC hanno seguito un corso certificato organizzato in tre sessioni, per una durata totale di 12 ore. Le sessioni hanno affrontato la metodologia del *teach-back*, tra cui l'implementazione, la pianificazione, la gestione e la valutazione. L'esito primario dello studio era la differenza nei tassi di utilizzo dei servizi sanitari prima (T0) e dopo l'intervento (T1). Non è stata contata più di una riammissione per lo stesso paziente in ciascun periodo di studio. In conclusione, un intervento di apprendimento guidato da un infermiere di famiglia ha il potenziale per ridurre l'uso dei servizi sanitari nei pazienti anziani con malattie croniche.

Nel 2021, lo studio italiano di Ranzani et al., "*The family and community nurse-led proactive management of copd patients: Experience of an italian health district*", ha valutato gli esiti di una gestione proattiva, guidata da Infermieri di Famiglia e di Comunità, in pazienti con BPCO. La popolazione target comprendeva uomini e donne >60 anni, residenti nei comuni torinesi di Collegno e Grugliasco. Gli Infermieri di Famiglia e di Comunità erano responsabili dell'anamnesi, della spirometria, della valutazione dell'aderenza alla terapia, del counselling e dell'educazione a stili di vita sani. I medici di base erano responsabili della stadiazione clinica e della revisione della terapia. I pazienti sono stati seguiti fino a 12 mesi. Sono stati osservati miglioramenti nella cessazione del fumo (la prevalenza dei fumatori è passata dal 23,9% al 20%), nella normalizzazione del BMI, nell'esecuzione di attività fisica (dal 32,5% al 64,5% dei pazienti) e nelle vaccinazioni pneumococciche (dal 14,9% al 58%). Gli ultimi due risultati sono stati statisticamente significativi. I pazienti, inoltre, hanno mostrato alti livelli di soddisfazione e la compliance a 12 mesi è stata del 62,1%. In conclusione, la gestione proattiva dei pazienti con BPCO nell'ambito delle cure primarie da parte di Infermieri di Famiglia e di Comunità è fattibile ed efficace.

CAPITOLO 4 - DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

4.1 Discussione

In Italia si sta assistendo ad un importante cambiamento demografico, sanitario e sociale. L'età della popolazione sta aumentando e le persone con almeno una malattia cronica e con condizioni di multi-morbilità stanno accrescendo. Le famiglie stanno vivendo un forte ridimensionamento: le famiglie di persone sole sono in costante aumento e gli anziani che vivono soli sono circa 670 mila (Istat, 2020). Nel 2019 erano 24 milioni gli italiani con almeno una patologia cronica, per una spesa sanitaria che sfiorava i 67 miliardi di euro (Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2019). Il problema della cronicità rappresenta una sfida molto importante per il futuro di tutte le popolazioni mondiali poiché, come dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le malattie croniche sono problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni e richiederanno l'impegno di circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione della persona, considerando anche la famiglia, e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari. La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali, ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, dando talvolta origine a soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria e rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura (Ministero della salute, 2016). L'introduzione della figura dell'Infermiere di Famiglia nel Servizio Sanitario nazionale, in modo omogeneo in tutte le Regioni, rappresenta la risposta concreta al contesto precedentemente descritto. Dalla revisione svolta emergono diversi modelli di assistenza utilizzati, i cui obiettivi riassumono i campi in cui l'IFeC svolge le

proprie attività: la prevenzione, la promozione della salute e la crescita del *self-care* (la capacità di autocura). *“Secondo Dorothea Orem (1914 – 2007) l’autocura è definita come produzione di “azioni sistematiche e deliberate” che, attuate in modo continuo ed efficace, regolano l’integrità strutturale, lo sviluppo e il funzionamento umano e sono necessarie per la continuità della vita. Orem considera la capacità di curare sé stessi “un complesso di particolari capacità dell’individuo”. La capacità può essere valutata in relazione allo sviluppo, all’operabilità e all’adeguatezza di questa a tutelare e mantenere la salute del soggetto”* (Zanotti, 2010). Gli studi nel centro cardiaco di Shahid Chamran e nella Provincia Autonoma di Trento hanno implementato il Modello di Assistenza Continua. Tramite questo modello, che coinvolge sia il paziente che i suoi familiari, l’IFeC fa in modo che i soggetti prendano familiarità con il processo di malattia, istruisce all’utilizzo appropriato della terapia, rende consapevole il paziente delle complicanze e dell’importanza dell’attività fisica, della dieta del controllo dei sintomi, ecc. Il monitoraggio telefonico, da parte di un professionista sanitario, permette al paziente di avere una risposta quasi immediata su eventuali domande, problemi riscontrati o dubbi; inoltre, tali conversazioni fungono da controllo e da riscontro nei confronti del programma educativo del paziente stesso. Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) parla della “prevenzione” come obiettivo fondamentale del Sistema Sanitario, ovvero quello di mettere in atto azioni mirate alla prevenzione primaria su persone individuate come “a rischio” di patologia cronica, ma anche in soggetti non ancora malati. Ed è proprio sulla prevenzione che ha puntato lo studio svolto nel 2019 a Lubiana. Gli IFeC che hanno eseguito gli screening sulle famiglie incluse nello studio, hanno riportato che il 50% dei pazienti presentava fattori di rischio ed il 45% dei pazienti presentava almeno una delle malattie croniche come diabete, ipertensione, asma, BPCO, osteoporosi, iperplasia prostatica benigna ed obesità. Questo studio, come obiettivo, si proponeva di presentare un nuovo modello di assistenza globale per i pazienti con difficoltà di accesso all’assistenza sanitaria. *“I Governi sono responsabili della salute dei propri cittadini: essa può essere raggiunta solo mettendo a disposizione adeguate misure sanitarie e sociali”* è affermato nella Dichiarazione di Alma Ata. Ed è in queste situazioni che l’IFeC si connette con il paziente, o con la famiglia, diventando il primo punto d’incontro tra individuo e Sistema Sanitario,

trasformandosi in un indicatore di accessibilità concreta ai principi costituzionali (art. 32 della Costituzione Italiana “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti [...]*”), in quanto diritti umani inviolabili che devono essere riconosciuti e attribuiti a chiunque nella diversità dei bisogni e della dignità umana.

Secondo la definizione dell’OMS «*la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. (...)La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche*». Lo studio condotto nell’Ospedale di Stato di Kilis e nell’Ospedale di Formazione e Ricerca Dr. Ersin Aslan di Gaziantep, ha implementato il Modello di Promozione della Salute su pazienti affetti da BPCO. Anche questo modello vede come partenza il far conoscere ai pazienti, e ai loro familiari, la malattia, le cause, la sintomatologia ed il trattamento in modo da prendere familiarità con essa e, in tal modo, da esserne più consapevoli e la consapevolezza è parte del processo di *self-care*. I risultati descrivono che il Modello di Promozione della Salute ha contribuito alla gestione dei sintomi, all’autocura e alla qualità della vita. Questo tipo di assistenza infermieristica aiuta i pazienti affetti da cronicità a gestire i sintomi, a massimizzare la funzionalità del paziente, a concentrarsi sul potenziamento delle abilità per migliorare la cura personale e a mantenere un’assistenza di qualità. Negli studi reperiti in letteratura, l’IFeC interviene con una gestione proattiva nei confronti dei soggetti portatori di cronicità all’interno del contesto familiare e di comunità. I pazienti stessi e le loro famiglie, quindi, diventano parte integrante nel processo assistenziale. In base alla patologia, ai fattori di rischio, al paziente e alla famiglia viene utilizzato un approccio individuale e non standardizzato, basato sui bisogni e sulle necessità che l’IFeC individua. Data la situazione demografica, sanitaria ed economica che stiamo vivendo non è più possibile indirizzare le nostre risorse alla cura della malattia cronica bensì, come riporta l’OMS, gli interventi devono essere finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. L’obiettivo è quello di raggiungere l’*empowerment* del paziente, ovvero un processo educativo finalizzato ad aiutare il paziente a sviluppare le conoscenze, le capacità, le attitudini e

il grado di consapevolezza necessari ad assumere responsabilità nelle decisioni che riguardano la sua salute (Feste & Anderson, 1995). Julien Rappaport, psicologo di comunità, ha prodotto una coinvolgente e centrata definizione di *empowerment*, descrivendola come “*il processo attraverso il quale le persone raggiungono la padronanza delle loro vite*”.

4.2 Limiti dello studio

Il principale problema riscontrato riguarda la difficoltà di reperire materiale su questo argomento. L’Infermiere di Famiglia e di Comunità è una figura nuova e da poco implementata nel territorio italiano, in particolare a seguito dell’approvazione del D.L. 34/2020 “Decreto Rilancio”. Lo scenario internazionale ci aiuta in questo, ma i contributi riportati in letteratura non sempre sono coerenti con il ruolo e le funzioni dell’IFeC in Italia, considerati i diversi welfare, politiche, sistema sanitario e formazione universitaria.

4.3 Conclusione

Dallo studio condotto in questo elaborato, emerge che l’IFeC, in Italia possiede una gestione proattiva che si basa su interventi educativi, strutturati e mirati aumentando l’aderenza terapeutica dei pazienti, riducendo l’uso dei servizi sanitari in pazienti affetti da cronicità, aumentando la capacità del *self-care* e *l’empowerment* del paziente. Un aspetto che emerge indirettamente da questa tesi è la necessità del tempo da dedicare alla persona ed alla famiglia. Ogni incontro con un paziente e la sua famiglia, ogni progetto, ogni identificazione di bisogno, di un obiettivo e ogni relativa verifica o *follow-up* richiede un investimento di tempo. Ciascun soggetto è unico, ed è portatore di una patologia diversa; pertanto un intervento di educazione o monitoraggio non può essere standardizzato, bensì deve diventare un singolo percorso originale.

4.4 Implicazioni per la pratica

La letteratura è concorde nell’affermare che la figura dell’IFeC sia in grado di apportare benefici in termini di salute in soggetti affetti da cronicità ma, per poterlo fare, è necessario prendere in carico il paziente e la sua famiglia in maniera adeguata e continuativa. L’identificazione dei bisogni, il riconoscimento degli obiettivi a cui

può arrivare il paziente, l'insegnamento e la valutazione delle competenze, sono percorsi che richiedono il tempo appropriato. L'implementazione della figura dell'IFeC a livello regionale in tutto il territorio nazionale è senz'altro la risposta alla gestione integrata della cronicità, ma è necessario accrescere le risorse, in termini di personale adeguatamente formato, in modo che ciascun IFeC abbia il tempo necessario per prendere in carico le famiglie assicurando un'assistenza all'altezza del proprio mandato. Investire nella formazione e nell'assunzione di più IFeC porterà indubbiamente ad un attuale aumento della spesa, ma i risultati espressi in miglioramento di qualità di vita dei pazienti e di riduzione dei costi sanitari, si potrebbero evidenziare, a seguito di indagine sul campo, nei prossimi anni.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Agenzia Italiana del Farmaco. (2021). *L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia Rapporto Nazionale*. Istituto Superiore di Sanità; Roma: Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali.
- Alleanza italiana per le malattie cardio - cerebrovascolari. (2021). *Prevenzione delle malattie cardiovascolari lungo il corso della vita*. Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 8.
- Antonelli, D. (2017). *L'infermiere di famiglia e cure primarie aspetti gestionali e competenze cliniche*. Padova: Piccin Nuova Libreria S.p.a.
- Arcadi, P., Contro, M., De Marinis, M. G., & Lattarulo, P. (2020). *Commentario al nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*. Roma: FNOPI.
- Bodenheimer, T., Wagner, E., & Grumbach, K. (2002, October 8). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA Network*(288), 1775-1779. doi:10.1001/jama.288.14.1775
- Brunner, & Suddarth . (2001). *Nursing medico-chirurgico* (Brossura ed., Vol. 1). CEA.
- Chiaranda, M. (2016). *Urgenze ed emergenze Istituzioni* (Quarta ed.). Padova: Piccin Nuova Libreria s.p.a. .
- Consiglio dei Ministri. (2022, settembre 29). *DM71*. Tratto da Fnopi: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2022/04/DM-71-approvato-in-CDM.pdf>
- Conti, A., Albanesi, B., Busca, E., Martini, L., Costa, C., & Campagna, S. (2021, Luglio - Settembre). L'Infermiere di Famiglia e di Comunità: panoramica sull'esercizio della professione in Europa. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 40, 131 - 136.
- EACEA and European Commission. (2018, January 1). *FCN european curriculum*. Tratto da www.enhance-fcn.eu: https://www.enhance-fcn.eu/wp-content/uploads/2021/05/Curriculum_final-draft-v4.pdf
- Ferrario, L., Foglia, E., Garagiola, E., & Porazzi, E. (2017). *L'infermiere di Famiglia e cure primarie: Aspetti gestionali e competenze cliniche*. (D. Antonelli, A cura di) Padova: Piccin Nuova Libreria S.p.a.
- FNOPI. (2019). *Codice Deontologico delle professioni infermieristiche*.
- FNOPI. (2020). Position Statement l'Infermiere di Famiglia e di Comunità. Tratto da <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1552634.pdf>

- FNOPI. (2022, 04 22). *DM71, Consiglio dei ministri: nuovo modello di assistenza territoriale*. Tratto da FNOPI: <https://www.fnopi.it/2022/04/22/dm71-cdm-territorio/>
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas 10th Edition*.
- Istat. (2020, dicembre). *Popolazione e famiglie*. Tratto da www.istat.it: <https://www.istat.it/it/files/2020/12/C03.pdf>
- Istat. (2021, luglio 14). *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia ANNO 2019*. Tratto da [istat: www.istat.it](http://www.istat.it)
- Istituto Nazionale di Statistica. (2019). *Aspetti di vita degli over settantacinque*. Tratto da Istat: ASPETTI DI VITA DEGLI OVER 75
- Karasu, F., & Aylaz, R. (2020). Assessing the meaning of life and self - care agency in nursing care provided to patients with chronic obstructive pulmonary disease using the health promotion model. *Applied Nursing Research*, 51.
- Klemenc - Ketis, Z., Benkovic, R., & Poplas - Susic, A. (2019). A Slovenian Model of Comprehensive Care for Patients with Difficulties Accessing Healthcare: A Step Towards Health Equity. *Journal of Community Health Nursing*, 36(3), 139-146 . Tratto da <https://doi.org/10.1080/07370016.2019.1630996>
- Longhini, Canzan, F., Zambiasi, P., Toccoli, S., Gios, L., Del Greco, M., . . . Ambrosi, A. (2022). The TeMP_cardio Model for the district management of hearth failure patients: a feasibility study for the implementation of the family nurse. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 41(2), 74 - 86.
- Longmore, M., Wilkinson, I. B., Baldwin, A., & Wallin, W. (2017). *Oxford manuale di medicina clinica* (Nona ed.). (C. Cuoghi, M. Marcacci, N. De Ruvo, F. Piacentini, P. Ventura, & E. Ventura, A cura di) Roma: Edizioni Mediche Scientifiche Internazionali.
- Maggioni, A. P., & Spandonaro, F. (2014, Febbraio). Lo scompenso cardiaco acuto in Italia. *Giornale Italiano di Cardiologia*, 15(2), 3. doi:10.1714/1465.16179
- Marcadelli, S., Stievano, A., & Rocco, G. (2019). Proposte politiche per un nuovo welfare: lo sviluppo dell'infermiere di famiglia e di comunità in talia come chiave per promuovere il capitale sociale e l'innovazione sociale. *Primary health care research & development*.
- Martini, L., Adesso, D., Di Falco, A., Costa, C., & Mantoan, D. (2021, Luglio - Settembre). Gli Infermieri di Famiglia in Italia: indagine esplorativa. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 40(3), 137 - 142. Tratto il giorno Settembre 29, 2022
- Ministero della salute. (2016). *Piano Nazionale della Cronicità*. Tratto da www.salute.gov.it: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

- Ministero della Salute. (2022). *DECRETO 23 maggio 2022, n. 77*. Tratto da Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
- Ministero della Salute. (2022, Maggio 04). *Missione 6 Salute*. Tratto da AGENAS: <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute>
- Ministero della Salute. (2022, Maggio 04). *PNRR - Missione 6 Salute*. Tratto da AGENAS: <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute>
- Mislej, M., & Paoletti, F. (2008). *L'infermiere di famiglia e di comunità e il diritto di vivere a casa anche quando sembra impossibile...* (M. D, A cura di) Rimini: Maggioli Editore.
- Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane. (2019, febbraio). *Focus osserva salute - le cronicità in Italia*. Tratto da www.osservatoriosullasalute.it: <https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2019/02/Focus-1-Osservasalute-La-cronicita%C3%A0-in-Italia-feb-2019.pdf>
- Palese, A. (2010, Dicembre 29). Ten years after the Bologna Declaration: reflections for the third reform of nursing education in Italy. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 162 - 165. doi:21409808
- Passi d'Argento. (2018). *Patologie Croniche riferite nella popolazione residente in ITALIA*.
- Pontieri, G. M. (2018). *Elementi di patologia generale e fisiopatologia generale*. Padova: Piccin Nuova Libreria S.p.a.
- Ranci, C., Arlotti, M., Bernardi, L., & Melchiorre, M. G. (2020). La solitudine dei numeri primi. (C. Ranci, A cura di) *Abitare e Anziani*, 1.
- Ranzani, S., Dalmaso, M., Gioia, P., Buttera, L., Audisio, L., Fasano, P., . . . Mamo, C. (2021). The family and community nurse - led proactive management of copd patients: Experience of an italian health district. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 149 - 157.
- Redazione di Assistenza Infermieristica e Ricerca. (2021, Luglio - Settembre). Per guardare avanti, dopo la pandemia. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, p. 122-123.
- Regioni Italiane e le Province Autonome di Trento e Bolzano. (2019). *Documento della Conferenza delle Regioni del 18 dicembre*. Tratto da www.regioni.it: <http://www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616/>
- Rezamand, F., Shahnazi, H., & Hassanzadeh, A. (2019). Effectiveness of continuous-care model on self-care in patients with heart failure: application of line follow-up. *Scandinavian journal of caring sciences*, 940–948.

- Rezamand, F., Shahnazi, H., & Hassanzadeh, A. (2019). Effectiveness of continuous-care model on self-care inpatients with heart failure: application of line follow - up. *Scandinavian journal of caring sciences*, 940 - 948.
- Savini, Iovino, P., Monaco, D., Marchini, R., Di Giovanni, T., Donato, G., . . . Quintavalle, C. (2021). A family nurse - led ntervention for reducing health services' utilization in individuals with chronic disease: The ADVICE pilot study. *International Journal of Nursing Sciences*, 264 - 270.
- Simonetti, V., Comparcini, D., Tomietto, M., Pavone, D., Flacco, M. E., & Cicolini, G. (2021). Effectiveness of a family nurse - led programm on the accuracy of self - measurement of blood pressure: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 2409 - 2419.
- The Expert Committee On The Diagnosis And Classification Of Diabetes Mellitus. (1998, January 1). Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Cares*, 21(1), S5.
- World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health Organization. *International Health Conference*, (p. 1). New York.
- World Health Organization. (1998). *Health21: Health for all in the 21st century*.
- World Health Organization. (2000). *L'Infermiere di Famiglia - Contesto, struttura concettuale e curriculum*. (M. Giustini, V. Romeo, & J. Sansoni, Trad.) Copenhagen, Danimarca: Ufficio Regionale OMS per l'Europa.
- Zanotti, R. (2010). *Filosofia e teoria nella moderna concettualità del nursing professionale*. Padova: Piccin Nuova Libreria S.p.a.