

# L'infermieristica di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale

Alessandra Falco<sup>1</sup>, Maurilio Palassini<sup>2</sup>, Giovanni Beccattini<sup>3</sup>, Ludovico Calattini<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Infermiera, Medicina Interna e della Complessità, Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese

<sup>2</sup>Infermiere, Responsabile Didattica Professionale CdLM in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università di Siena

<sup>3</sup>Direzione Infermieristica-Amministrazione, PO Alta Val D'Elsa, Azienda USL Toscana Sud Est

<sup>4</sup>Dottore Magistrale in Scienze Statistiche, specialista Team Modelli PD – MPS

Corrispondenza: alessandrafalco1995@gmail.com

## RIASSUNTO

**Introduzione** L'Infermiere di Famiglia e Comunità rappresenta, secondo Health21, la figura responsabile dell'assistenza di pazienti nel loro ambiente familiare, portando ad importanti benefici sia per il paziente sia per il sistema sanitario. Seppur questo approccio venga spesso confuso con le cure domiciliari, rappresenta una metodologia proattiva, attraverso la quale si estende l'assistenza dal singolo alla comunità.

**Obiettivo** L'obiettivo dello studio è quello di misurare i livelli di salute e di qualità di vita percepita in un gruppo di pazienti assistiti dalle cure domiciliari e un gruppo di assistiti dall'infermiere di famiglia e comunità, al fine di stimare una possibile condizione di benessere superiore in un gruppo rispetto ad un altro.

**Metodi** È stato condotto uno studio osservazionale che ha coinvolto soggetti affetti da patologie croniche assistiti dall'Infermiere delle Cure Domiciliari oppure dall'Infermiere di Famiglia e Comunità. Il confronto dei livelli di salute e qualità di vita percepita tra i due gruppi è avvenuto con il Short Form-36 (SF-36).

**Risultati** Il confronto dei domini di salute di entrambi i gruppi dimostra medie con valori tendenzialmente migliori negli assistiti tramite l'infermieristica di Famiglia e Comunità, in particolare le classi appartenenti a "Dolore Fisico", "Limitazioni di Ruolo dovute alla Salute Fisica" e "Indice di Stato Fisico" mostrano una significatività inferiore allo 0.01.

**Conclusioni** Lo studio, se pur con alcuni limiti, sembra evidenziare che i domini di salute appartenenti alla sfera fisica e psicosociale sono risultati migliori nel campione assistito dall'Infermiere di Famiglia e Comunità. Per confermare questi dati sono necessari ulteriori studi.

**Parole chiave:** Infermiere di famiglia e comunità, assistenza domiciliare, cure primarie, studio descrittivo trasversale.

## Family and Community Nursing: an observational study

### ABSTRACT

**Introduction** . The Family and Community Nurse represents, according to Health21, the healthcare provider who takes care people in their living environment with important benefits for the patient and the health care system. Although this approach is often confused with Home Care, it represents a proactive methodology, through which assistance is extended from the individual to the community. The objective of the research is to measure the levels of health and quality of life perceived in the two care modalities, in order to estimate a possible higher condition of well-being in one group than another.

**Objective** The aim of this study is to analyze the health levels and quality of life between these two different healthcare models, in order to evaluate a possible condition of well-being in a specific group.

**Methods** For this study it was conducted an observational study where patients with chronic conditions assisted by home or family and community nurses, were enrolled. The health levels and quality of life of these two groups were compared through the Short Form-36 (SF-36).

**Results** Comparison of health domains between two groups often shows better averages in the Family and Community nurse-assisted group, in particular in the domains "Pain", "Role Limitation – Physical" and "Pshysical Component Summary" with significance less than 0.01.

**Conclusions** The study, although with several limitations, shows that the health domains belonging to the physical and psychosocial spheres were better in the sample assisted by the Family and Community Nurse. Further studies are needed in order to confirm these results.

**Key words:** Family and community nurse, home care, primary health care, cross-sectional study.

### IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

- Implementazione di un modello costituito da un IFeC può migliorare lo stato di salute dei pazienti rispetto al modello tradizionale dell'assistenza domiciliare.
- L'IFeC potrebbe svolgere un importante ruolo educativo nei confronti di pazienti e familiari per migliorare il livello di conoscenze inerenti alla gestione delle cronicità.

### INTRODUZIONE

Le Cure Domiciliari e l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) costituiscono due modelli assistenziali con caratteristiche comuni, ma diversi tra loro con proprie particolarità. Le Cure Domiciliari si ispirano, da tempo, alla domiciliarizzazione delle prestazioni (D.G.R. 606/2001, Buracchio, 2009), rappresentando attualmente lo standard assistenziale a livello distrettuale per il perseguimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Erogano prettamente assistenza a persone non autosufficienti in condizioni di fragilità con patologie in atto o esisti delle stesse in modo tale da limitarne il declino funzionale e migliorarne la qualità di vita quotidiana (Banchemo, Trabucchi, 2011), attraverso la cooperazione con il Medico di Medicina Generale (MMG) il Medico specialista e l'assistente sociale (Sannella et al., 2015). Diversamente, l'IFeC rappresenta un Case Manager che si prende completamente carico degli aspetti assistenziali della persona e della sua famiglia, identificandone i bisogni e conseguentemente pianificando, attuando e valutando l'assistenza erogata (D.G.R. n. 597 del 4 giugno 2018). È in grado di promuovere l'empowerment per migliorare la compliance e l'adesione ai programmi di promozione della salute attraverso l'educazione terapeutica (Pandiani et al., 2016). Le sue funzioni hanno fondamenta su competenze specifiche di tipo avanzato, focalizzate alla gestione della cronicità in pazienti che necessitano di periodici monitoraggi. Inoltre, svolgono il ruolo di sostegno e di educatore non solo per il paziente ma anche per la famiglia, fornendo loro informazioni inerenti a comportamenti che potrebbero rendere a rischio la salute del paziente (IPASVI, 2013). Dunque, le Cure Domiciliari si delineano principalmente come un modello dalle caratteristiche prestazionali, in grado di erogare servizi sanitari e sociali a casa del paziente (Ciampi et al., 2016), mentre IFeC si prospetta, secondo Health21 (OMS Europe, 1998), come la figura integrante l'assistenza sanitaria di primo livello attraverso modalità assistenziali di tipo olistico, occupandosi delle persone nel loro ambiente di vita (Dickinson et al., 2004), con importanti benefici sia per il paziente sia per il sistema sanitario. Le funzioni svolte dal nuovo *nurse* sono infatti una naturale evoluzione delle prestazioni attualmente esercitate

in ambito delle Cure Domiciliari, applicando metodologie proattive ed estendendo l'assistenza dal singolo alla famiglia e alla comunità (FNOPI, 2020), operando a livello territoriale e instaurando una relazione di fiducia con tutti gli individui che la compongono. Pertanto secondo questo modello assistenziale, l'IFeC si prende cura dello stato di benessere degli assistiti collaborando all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione ed educazione sulla gestione della salute (Masotto et al., 2018). Inoltre, avvalendosi delle risorse della comunità e la conoscenza della rete dei servizi presenti nel distretto di appartenenza, è in grado di orientare e facilitare l'accesso appropriato e tempestivo dell'utente a ciò di cui ha necessariamente bisogno. Per questi motivi egli agisce nell'ambito della *Sanità d'Iniziativa*, intesa come l'attenzione proattiva sia al riconoscimento di una condizione di rischio elevato di malattia, sia alla gestione della malattia stessa e all'osservazione continua per la prevenzione delle complicanze (Marcadelli et al., 2018).

### OBIETTIVO

L'obiettivo principale dello studio è di misurare i livelli di salute e di qualità di vita percepita in una popolazione assistita dall'infermiere delle Cure Domiciliari rispetto ad una popolazione assistita dall'IFeC, al fine di stimare una possibile condizione di benessere superiore in un gruppo rispetto ad un altro.

### METODI

#### *Disegno dello studio*

Si tratta di uno studio osservazionale, in cui sono state confrontate due coorti di soggetti affetti da patologie croniche, un gruppo assistito dall'Infermiere di Famiglia e Comunità e l'altro dall'Infermiere delle Cure Domiciliari.

#### *Campione*

Il campione era costituito da pazienti affetti da patologie croniche che erano stati presi in carico dall'assistenza domiciliare (soggetti domiciliati nel

comune di Colle di Val d'Elsa) o dal servizio di infermieristica di famiglia e comunità (soggetti domiciliati nel comune di Castelfiorentino).

Per essere coinvolti i pazienti dovevano soddisfare i seguenti *criteri di inclusione*:

- Pazienti maschi e femmine di età  $\geq 65$  anni;
- Pazienti affetti da patologie ad andamento cronico da almeno 5 anni, con presenza o assenza di comorbidità;
- Pazienti domiciliati nel comune di Colle di Val d'Elsa (assistiti secondo modalità assistenziale Cure Domiciliari) o di Castelfiorentino (assistiti secondo modalità assistenziale IFeC);
- Pazienti con buone capacità cognitive.

#### *Criteri di esclusione*

- Pazienti che non accettano di partecipare allo studio e rifiutano il loro consenso;
- Pazienti che non comprendono o non parlano la lingua italiana;
- Pazienti in condizioni di terminalità.

#### *Raccolta dati*

Per lo studio è stato utilizzato il questionario Short Form-36 (SF-36), di tipo multidimensionale che indaga 9 dimensioni concernenti la percezione della propria salute, articolato in 36 domande (Lins, Carvalho, 2016; Ware, Sherbourne, 1992; Apolone, Mosconi, 1998), le quali sono:

- Attività Fisica – PF (10 domande);
- Attività Sociali – SC (2 domande);
- Salute Mentale – MH (5 domande);
- Dolore Fisico – P (2 domande);
- Cambiamento dello Stato di Salute – CiH (1 domanda);
- Limitazioni di Ruolo dovute alla Salute Fisica – RLP (4 domande);
- Limitazioni di Ruolo dovute allo Stato Emotivo – RLM (3 domande);
- Energia/Vitalità – EV (4 domande);
- Percezione dello Stato di Salute generale – HP (5 domande).

Tale suddivisione a sua volta è sintetizzata in due scale generali:

- Indice di Stato Fisico – Componente Fisica (che include le scale PF, RLP, P, HP);
- Indice di Stato Psicologico – Componente Mentale (che include le scale EV, SC, RLM, MH).

Oltre alle informazioni riguardanti la salute percepita previste dal questionario in esame, sono stati rilevati dati anagrafici (età, genere, zona di residenza) e dati riguardanti lo stato di salute (patologia prevalente, presenza/assenza di comorbidità, tempi di insorgenza).

Il questionario, ai soggetti assistiti con la modalità

*L'infermiere*, 2022;59:5:e90-e95

“cure domiciliari”, è stato somministrato da studenti di infermieristica del terzo anno durante il periodo di tirocinio clinico presso l'Azienda USL Toscana Sud Est, nella Zona Alta Val d'Elsa in particolare nell'area comunale di Colle di Val D'Elsa. Al secondo gruppo di soggetti, assistiti in modalità “IFeC”, presso l'Azienda USL Toscana Centro, nella Zona Empolese Valdarno Inferiore, nello specifico nell'area comunale di Castelfiorentino, è stato necessario avvicinare i partecipanti tramite il personale sanitario, informato e aggiornato sulla natura della ricerca. Complessivamente la raccolta dati ha avuto compimento da marzo a settembre 2019.

#### *Analisi dei dati*

Tutti i dati sono stati inseriti nei fogli di calcolo Excel e successivamente per l'elaborazione degli stessi è stato utilizzato il software statistico SPSS 25.0 per Windows. Per analizzare le caratteristiche sociodemografiche delle due sottopopolazioni sono state eseguite statistiche descrittive, quali media, percentuali, deviazione standard. Mentre per valutare le differenze statistiche fra le due sottopopolazioni, è stato utilizzato il Test T, impostando un valore di significatività minore allo 0.05.

#### *Considerazioni etiche*

È stato garantito l'anonimato e la riservatezza a tutti i partecipanti dello studio, i cui dati sono stati raccolti e catalogati in un database il cui accesso è stato garantito ai soli ricercatori, inoltre ogni partecipante ha espresso il proprio consenso informato previa presentazione orale dell'indagine e consegna dei documenti: “*Informativa e manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali*” e “*Consenso informato alla partecipazione allo studio*”. Lo studio condotto è stato approvato dal Comitato Etico Locale (CEL) dell'Area Vasta Toscana Centro. L'indagine rispetta i parametri previsti per la riservatezza delle informazioni secondo l'art. 13 del D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196.

## **RISULTATI**

Ottantanove soggetti sono stati arruolati nello studio (52 appartenevano al gruppo “Cure Domiciliari” e 37 al gruppo “IFeC”). I partecipanti appartenenti al gruppo “Cure Domiciliari” erano maggiormente femmine con un'età media maggiore rispetto al gruppo “IFeC” (Tabella 1).

La valutazione delle percezioni di salute secondo il questionario SF-36, che ha permesso il calcolo di nove indicatori di salute, mostra valori tendenzialmente migliori nei soggetti assistiti secondo il modello “IFeC”, per tutte le dimensioni, tranne quella relativa alle limitazioni di ruolo legata a limitazioni di tipo mentale. Appare simile la percezione dei cambiamenti della salute intervenuti

nell'ultimo anno.

	Cure Domiciliari (n=52)	IFeC (n=37)
<b>Età (media, DS)</b>	80,85 (9,35)	78,57 (7,83)
<b>Genere</b>		
Femmine, n (%)	33 (63,4)	19 (51,3)
Maschi, n (%)	19 (36,6)	18 (48,7)

**Tabella 1.** – Caratteristiche socio-demografiche e cliniche.

Differenze importanti sono rilevate, attraverso l'analisi del Test T, tra le due sottopopolazioni osservando differenze significative nelle dimensioni

al dolore e alle limitazioni di ruolo dovute a cause fisiche (Tabella 2).

	Assistenza	Media (Dev. Standard)	p- value
<b>AF</b>	IFeC	38,38 (31,070)	0,592
	Cure Domiciliari	35,19 (24,792)	
<b>AS</b>	IFeC	52,57 (29,898)	0,056
	Cure Domiciliari	40,42 (28,684)	
<b>SM</b>	IFeC	60,00 (19,956)	0,627
	Cure Domiciliari	57,85 (20,979)	
<b>Dolore</b>	IFeC	73,32 (27,595)	0,005
	Cure Domiciliari	54,69 (31,819)	
<b>CSS</b>	IFeC	36,49 (19,180)	0,935
	Cure Domiciliari	36,06 (27,303)	
<b>LF</b>	IFeC	56,76 (37,104)	0,001
	Cure Domiciliari	32,21 (22,868)	
<b>LM</b>	IFeC	64,00 (43,321)	0,794
	Cure Domiciliari	66,12 (32,716)	
<b>EV</b>	IFeC	45,68 (21,958)	0,121
	Cure Domiciliari	39,90 (12,699)	
<b>SP</b>	IFeC	40,00 (16,997)	0,345
	Cure Domiciliari	36,54 (16,906)	
<b>Note</b>			
IFeC= Infermiere Famiglia e di Comunità; AF= attività fisica; AS=attività sociale; SM= Salute Mentale; CSS= Cambiamento Stato di salute; LF= Limitazione di ruolo dovuto alla salute fisica; LM= Limitazione di ruolo dovuto alla salute mentale; EV= Energia vitale; SP= salute percepita			

**Tabella 2** –Confronto domini di salute del questionario SF-36.

I risultati delle scale concernenti lo stato fisico e psicologico mostrano risultati migliori nel gruppo

IFeC, evidenziando una significatività statistica nella componente "indice di stato fisico". (Tabella 3).

	Assistenza	Media (Dev. Standard)	p- value
Indice di Stato Fisico	IFeC	52,24 (21,700)	0,002
	Cure Domiciliari	39,77 (15,969)	
Indice di Stato Psicologico	IFeC	55,70 (23,720)	0,306
	Cure Domiciliari	51,23 (17,323)	

Tabella 3 – Confronto componenti di salute del questionario SF-36.

## DISCUSSIONE

Questo studio nasce con l'obiettivo principale di descrivere lo stato di benessere percepito in due coorti di pazienti, una assistita dall'infermiere delle Cure Domiciliari e l'altra dall'IFeC, al fine di stimare in quale delle due modalità assistenziali tale percezione fosse migliore. I dati rilevati mostrano importanti differenze nella percezione di salute nei due gruppi. Il gruppo di pazienti assistiti dall'IFeC mostra risultati tendenzialmente migliori in tutte le dimensioni rispetto al gruppo assistito dall'Infermiere delle Cure Domiciliari, esclusa quella relativa alle Limitazioni di Ruolo Mentale che potrebbe essere forse ascrivibile al maggiore tempo di insorgenza delle patologie che hanno provocato la situazione di cronicità nel gruppo Cure Domiciliari rispetto al gruppo IFeC, con un adattamento alla nuova situazione non ancora adeguato e con sentimenti di insoddisfazione per le performance di ruolo del gruppo IFeC. Il dato pare corroborato anche dall'andamento delle altre dimensioni correlate, come quelle riferite a Energia/Vitalità, Dolore e Salute Mentale, che mostrano andamenti inversi.

Questo lavoro ha portato dunque in rilievo le differenze che sussistono tra le due modalità assistenziali in esame, sottolineando come l'IFeC si designa come la figura gestionale degli aspetti assistenziali e quindi il principale responsabile della presa in carico della persona, della famiglia e della comunità in cui è inserito (Bagnasco et al., 2020), mentre le Cure Domiciliari rappresentano un insieme di interventi di assistenza primaria che consentono di assicurare al domicilio del paziente servizi e/o prestazioni (Damiani et al., 2016).

Il documento redatto dal Comitato regionale per l'Europa dell'OMS – Health21 – sottolinea che godere di un buono stato di salute costituisce una condizione imprescindibile di ogni essere umano, perciò assicurare il raggiungimento per tutti del massimo potenziale di benessere diventa un diritto inalienabile che lo Stato ha il dovere di garantire (Martini et al., 2018) e proprio in tale contesto viene marcata l'esigenza di formare un nuovo tipo di infermiere, l'IFeC, il quale sarà in grado di contribuire

a modificare stili di vita scorretti che, inevitabilmente, portano allo sviluppo di malattie cronicodegenerative e a un'intensificazione delle cure, con grandi benefici per la popolazione e per le spese sanitarie, assicurando un trattamento precoce ed efficace (Muttillio, 2016).

La principale limitazione evidenziata per lo studio è relativa alla somministrazione dei questionari da parte dei ricercatori, in quanto la presenza fisica degli stessi, nel momento della rilevazione, può condizionare l'esito causando un potenziale *response bias*, in particolare nel gruppo "IFeC".

Vista la natura osservazionale dello studio, l'assenza di follow – up e il numero esiguo di soggetti coinvolti, i risultati devono essere interpretati con cautela. Studi futuri longitudinali per analizzare l'eventuale correlazione tra causa (modalità assistenziale) – effetto (miglioramento dello stato di salute), anche di natura sperimentale, dovrebbero essere condotti su campioni di soggetti più ampi.

## CONCLUSIONI

Se pur con alcuni limiti, lo studio evidenzia che lo stato di benessere e la qualità di vita percepita è maggiore nel gruppo di pazienti assistiti dall'IFeC, in particolare nei domini inerenti alla sfera fisica e psicosociale.

## Conflitto di interessi

Tutti gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi. Tutti gli autori dichiarano di aver contribuito alla realizzazione del manoscritto e ne approvano la pubblicazione.

## Finanziamenti

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

## BIBLIOGRAFIA

Apolone G., Mosconi P. (1998) The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming. J Clin Epidemiol, 51 (11), 1025-36.

- Bagnasco A., Zanini M., Pozzi F., Aleo G., Catania G., Sasso L. (2020) Uno studio europeo e- Delphi per identificare le competenze fondamentali per la definizione del percorso formativo dell'Infermiere di famiglia e di comunità. *L'infermiere*, 57 (5), 75-93.
- Banchero A., Trabucchi M. (2011) Le cure domiciliari: caratteristiche e condizioni di successo. *Tendenze nuove*, 4, 339-354.
- Buracchio D. (2009) Scenari e competenze per il manager sociale. 1th ed. Milano: FrancoAngeli.
- Ciampi M., Russo V., Sicuranza M., Marra I. (2016) Modellazione di un processo di Assistenza Domiciliare Integrata in BPMN. Istituto di Calcolo e Reti ad Alte Prestazioni del Consiglio Nazionale delle Ricerche (ICAR-CNR).
- Damiani G., Silvestrini G., Visca M., Bellentani M. D. (2016) Governare l'assistenza primaria: Manuale per operatori di Sanità Pubblica. Pearson Italia, 3-23.
- Dickinson H., Harris N., Thorpe R., Rorison F., Barrett C., Williams C. (2004) Hospital and after: experience of patients and carers in rural and remote north Queensland, Australia. *Rural Remote Health*, 4 (2), 246.
- D.G.R. 9 aprile 2001, n. 606, in materia di "Linee guida regionali per le cure domiciliari".
- D.G.R. 4 giugno 2018, n. 597, in materia di "Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale infermiere di famiglia e di comunità. Approvazione e destinazione delle risorse".
- FNOPI. (2020) Position Statement: L'infermiere di famiglia e di comunità. 1th ed. Roma: Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI).
- IPASVI. (2013) L'infermiere di Famiglia in Lombardia. Il progetto del Coordinamento dei Collegi IPASVI. Como: Agorà.
- Lins L., Carvalho F. (2016) SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: scoping review. *SAGE Open Med*, 4.
- Marcadelli S., Obbia P., Prandi C. (2018) Assistenza domiciliare e cure primarie: il nuovo orizzonte della professione infermieristica. *Edra*, 2.
- Martini S.R., Corsi G. (2018) La costituzionalizzazione del diritto alla salute. *Curitiba*, 50 (1): 62-75.
- Masotto M., Colognesi S., Obbia P., Patelli M. (2018) Proposta di un modello per la sperimentazione dell'infermiere di famiglia e di comunità in Lombardia. *IJN*, 27, 23-26.
- Muttillio G. (2016) Allineare la sanità alla salute: occasione di crescita per la professione infermieristica? *IJN*, 16, 10-12.
- OMS Europe. (1998) Health21: Health for all in the 21st century.
- Pandiani S., Zagari A., Ester Villa C. (2016) L'infermiere di famiglia: una nuova prospettiva professionale (indagine descrittiva). *IJN*, 16, 10-12.
- Sannella A., Toniolo F. (2015) Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation. 1th ed. Venezia: Ca' Foscari.
- Ware J., Sherbourne C.D., (1992) The MOS 36-item short form health survey, SF-36. 1. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 47.