

L'infermiere di famiglia e di comunità. Un'indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise.

Mariacristina Magnocavallo

Infermiere Coordinatore Azienda Sanitaria Regionale del Molise

Corrispondenza: cmagnocavallo@libero.it

DOI: [10.32549/OPI-NSC-7](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-7)

ABSTRACT

Introduzione. L'infermiere di famiglia e comunità rappresenta un nuovo modello organizzativo sul territorio, coniugando il bisogno di salute tra medico di medicina generale e paziente. L'obiettivo dello studio è valutare le conoscenze dei cittadini e dei medici di famiglia sul ruolo e le attività attribuiti a tale professionista.

Materiali e metodi. L'indagine conoscitiva, multicentrica, è stata realizzata nelle Regioni del Coordinamento Interregionale Basilicata, Campania, Molise da giugno a ottobre 2015. Il campione è costituito da assistiti e medici di medicina generale a cui è stato somministrato un questionario volto ad indagare la conoscenza del ruolo e delle attività dell'infermiere di famiglia e comunità.

Risultati. Sono stati somministrati e ritirati 556 questionari- in Basilicata, 2014 in Campania e 266 nel Molise (100% di adesione) per un totale di 2836 utenti e 368 questionari tra i medici di famiglia. Lo studio evidenzia la diversa e difforme considerazione nelle tre regioni dell'infermiere di famiglia e comunità da parte dell'utenza, che comunque lo percepisce protagonista nel risvolto pratico del concetto "Salute". L'integrazione e la modalità di interazione con il medico di medicina generale, permetterebbe di avvalersi di specifiche competenze di tale figura per perseguire la "mission" curativa.

Conclusioni. L'infermiere di famiglia e comunità aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica fornendo consulenza su stili di vita e fattori di rischio. Necessaria una maggiore conoscenza del ruolo e delle competenze di questa figura nelle regioni dove non è stata ancora implementata: la formazione con specifici master per infermieri di famiglia e di comunità e corsi di formazione per i medici di medicina generale potrebbe migliorare tali conoscenze.

Keywords: Infermiere di famiglia, Infermiere di comunità, conoscenze, utenti

Family and community nurses. A fact-finding survey conducted in the Basilicata, Campania and Molise regions.**ABSTRACT**

Introduction The family and community nurse represents a new organisational model in the area, combining the need for health care between general practitioner and patient. The objective of the study is to evaluate the knowledge of citizens and family doctors on the role and activities attributed to this professional.

Materials and methods. The multi-centre cognitive survey was carried out by the Interregional Coordination for Basilicata, Campania, Molise from June to October 2015. The sample consists of assistants and general practitioners who had been given a questionnaire to investigate the knowledge of the role and activities of the family nurse and community.

Results 556 questionnaires were administered and returned in Basilicata, 2014 in Campania and 266 in Molise (100% adherence) for a total of 2836 users and 368 questionnaires among family doctors. The study highlights the various and different considerations in the three regions of the family nurse and community by the user, who however perceives them as the protagonist in the practical aspect of the "Health" concept. The integration and the modality of interaction with the general practitioner, would allow to make use of specific skills of this figure to pursue the healing "mission".

Conclusions Family and community nurses help individuals adapt to chronic illness and disability by providing advice on lifestyles and risk factors. More knowledge of the role and skills of this figure is needed in the regions where it has not yet been implemented: training with specific Masters for family and community nurses and training courses for general practitioners could improve this knowledge.

Keywords: Family nurses, community nurses, acquaintances, users

INTRODUZIONE

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è un professionista sanitario che progetta, attua e valuta interventi di promozione, prevenzione, educazione e formazione sanitaria; si occupa dell'assistenza infermieristica sia dell'individuo che della comunità¹

Il ruolo dell'infermiere nella comunità è quello di prendersi cura delle persone², seguendole nel contesto familiare, ad affrontare la malattia o la disabilità cronica³.

Con una preparazione specifica, universitaria, post laurea, è in grado di agire sul territorio, di conoscere la mappa dei servizi sociali, di avere competenza per instaurare un rapporto diretto con il malato ma anche con la persona sana, occupandosi delle sue necessità⁴. L'ambito d'intervento è quello di fornire assistenza infermieristica a domicilio e di agire da tramite tra famiglia e Medico di Medicina Generale (MMG)⁵.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare la conoscenza degli utenti e MMG sul ruolo e attività dell'IFeC^{6,7}.

MATERIALI E METODI

L'indagine conoscitiva, multicentrica, è stata realizzata nelle province delle Regioni del Coordinamento Interregionale di Avellino, Benevento, Campobasso-Isernia, Caserta, Matera, Napoli, Potenza, Salerno.

Per un corretto dimensionamento del campione si è preso in considerazione il numero di abitanti residenti nelle province per ogni singola Regione (tabella 1, 2, 3), in funzione dell'incertezza (5%) e del livello di confidenza (95%) per una popolazione tra centomila ed un milione di abitanti. Successivamente è stata stimata la numerosità del campione per quanto riguarda gli assistiti (tabella 4) e i MMG di ogni singola provincia.

Tabella 1. Le caratteristiche demografiche della Basilicata

	Provincia/Città Metropolitana	Popolazione <i>residenti</i>	Superficie <i>km²</i>	Densità <i>abitanti/km²</i>	Numero <u>Comuni</u>
1.	MT Matera	201.305	3.478,89	58	31
2.	PZ Potenza	375.314	6.594,44	57	100
	Totale	576.619	10.073,32	57	131

Tabella 2. Le caratteristiche demografiche della Campania

	Provincia/Città Metropolitana	Popolazione <i>residenti</i>	Superficie <i>km²</i>	Densità <i>abitanti/km²</i>	Numero Comuni
1.	NA Città Metropolitana di NAPOLI	3.118.149	1.178,93	2.645	92
2.	SA Salerno	1.108.509	4.954,16	224	158
3.	CE Caserta	924.614	2.651,35	349	104
4.	AV Avellino	427.936	2.806,07	153	118
5.	BN Benevento	282.321	2.080,44	136	78
Totale		5.861.529	13.670,95	429	55

Tabella 3. Le caratteristiche demografiche del Molise

	Provincia/Città Metropolitana	Popolazione <i>residenti</i>	Superficie <i>km²</i>	Densità <i>abitanti/km²</i>	Numero Comuni
1.	CB Campobasso	226.520	2.925,41	77	84
2.	IS Isernia	86.828	1.535,24	57	52
Totale		313.348	4.460,65	70	

Tabella 4. La numerosità del campione “assistiti”

	Campione
Molise	266
Basilicata	556
Campania	2014

L'indagine è stata effettuata nella settimana da Giugno e Ottobre 2015 ed ha coinvolto assistiti e MMG, i risultati di quest'ultimi saranno presentati nel prossimo numero della rivista.

Per il reclutamento sono stati contattati i MMG, a cui è stata chiesta l'autorizzazione a somministrare dei questionari ai propri assistiti nelle sale d'attesa degli ambulatori.

A seguito dell'autorizzazione dello studio da parte della Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, alcuni infermieri, iscritti ai collegi delle rispettive regioni e adeguatamente formati al protocollo dello studio, hanno consegnato agli assistiti il questionario, spiegandone la finalità e la modalità di compilazione, assicurando l'anonimato ed il rispetto della privacy. Vista la tipologia dei dati da rilevare, i questionari sono stati ritirati presso un unico punto di raccolta della sala d'attesa, dagli stessi infermieri coinvolti nello studio.

L'adesione del campione allo studio è stata totale. Il questionario, utilizzato per l'indagine, è stato strutturato "ad hoc" da alcuni componenti del coordinamento interregionale ed è stato somministrato preventivamente su di un campione di n° 20 assistiti e n° 5 MMG per ciascuna realtà territoriale, allo scopo di verificarne la comprensione: successivamente solo l'item n. 7 (l'IFeC garante di assistenza) è stato modificato.

Lo strumento è stato strutturato in una prima parte, volto a rilevare le caratteristiche socio anagrafiche (sesso, età, titolo di studio ed altro) ed una seconda parte costituita da 5 item a risposta chiusa, volta a valutare le conoscenze relative al ruolo e alle attività dell'IFeC (ambiti di attività e tipologia di interventi infermieristici, etc).

Sono stati inclusi nello studio gli assistiti che hanno raggiunto la maggiore età; sono stati esclusi dall'indagine coloro che non comprendevano la lingua italiana e quelli che presentavano disturbi cognitivi, valutati dai collaboratori dello studio.

Analisi statistica

I dati raccolti dal campione sono stati inseriti in un file *Microsoft® Excel*, del pacchetto *Office* ed analizzati con calcolo di medie, percentuali, deviazioni standard, intervallo di confidenza al 95%. Ogni questionario è stato numerato e, accanto ad ogni numero, è stata posta una sigla corrispondente all'ambulatorio di appartenenza. I dati raccolti sono stati inseriti in un file *Microsoft® Excel*, del pacchetto *Office*, mediante cui si è costruito un foglio di lavoro (data base), dove sono state inserite le singole variabili del questionario.

RISULTATI

Sono stati somministrati e ritirati 2836 questionari con un'adesione del 100% degli utenti: 556 unità per la Basilicata, 2014 unità per la Campania e 266 unità per il Molise.

L'età media degli assistiti del Molise è di 43.97 anni (DS 17), quella della Basilicata 54.04 anni (DS 16,5) e quella della Campania ~53.21 anni (DS 14), maggiormente di sesso femminile in tutte le tre regioni (53.2% nella Basilicata, 59.3% in Campania e 57.5% nel Molise) ed in possesso di un diploma di scuola superiore: 53% per la Basilicata, 59% per la Campania e il 57% per il Molise. La Basilicata ha il 23.4% dei laureati mentre, nel Molise, il campione intervistato presenta il 7.9% di scolarità elementare, la licenza di scuola media inferiore per il 5.6% ed il 29% sono laureati.

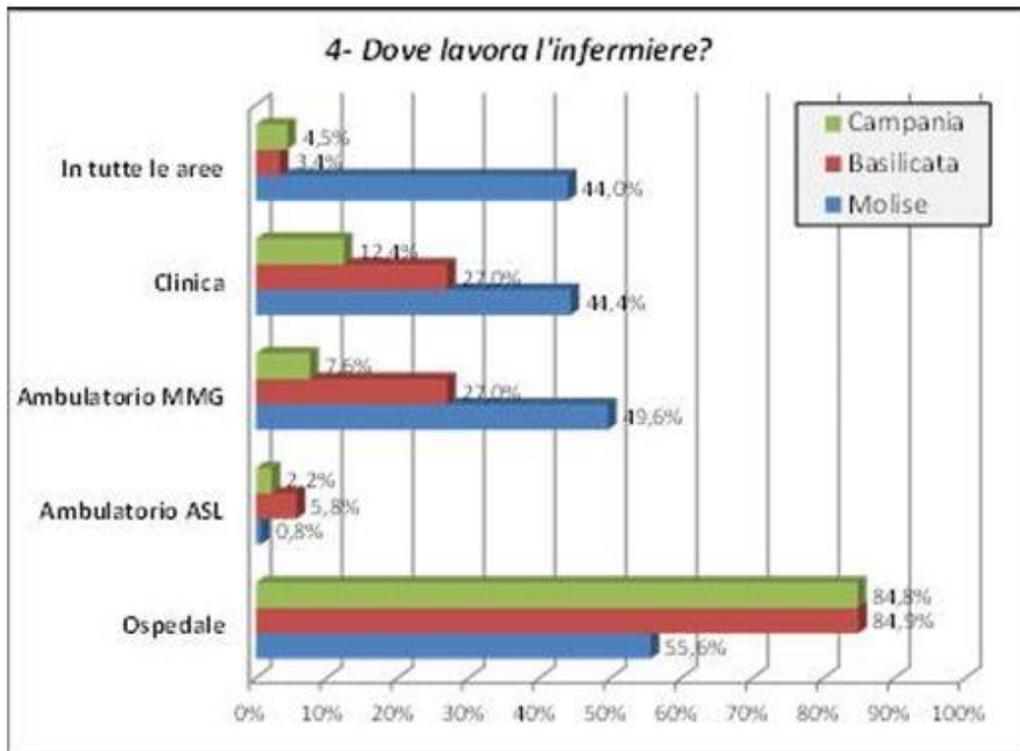
La Campania presenta un 23.2% con solo titolo di scuola elementare.

Dallo studio si rileva che l'85% degli utenti della Basilicata e Campania ritiene che il luogo di lavoro principale dell'infermiere sia l'ospedale, mentre il 56% del Molise non individua la sola attività in ambito ospedaliero.

Le persone, nel Molise, sanno della presenza dell'infermiere nell'ambulatorio del MMG (circa 50%) al pari quasi della sua presenza nelle altre realtà territoriali (cliniche, ecc. ...).

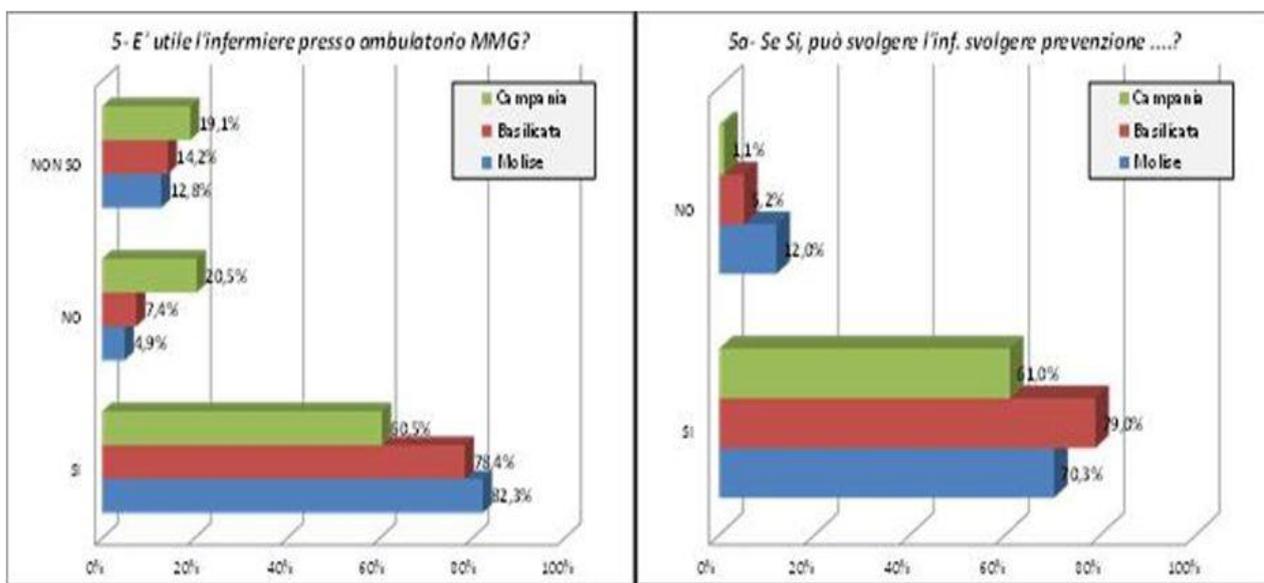
Meno conosciuta nella regione Campania la presenza dell'infermiere nell'ambulatorio medico (fig. 1).

Figura 1. Luogo di attività dell'infermiere

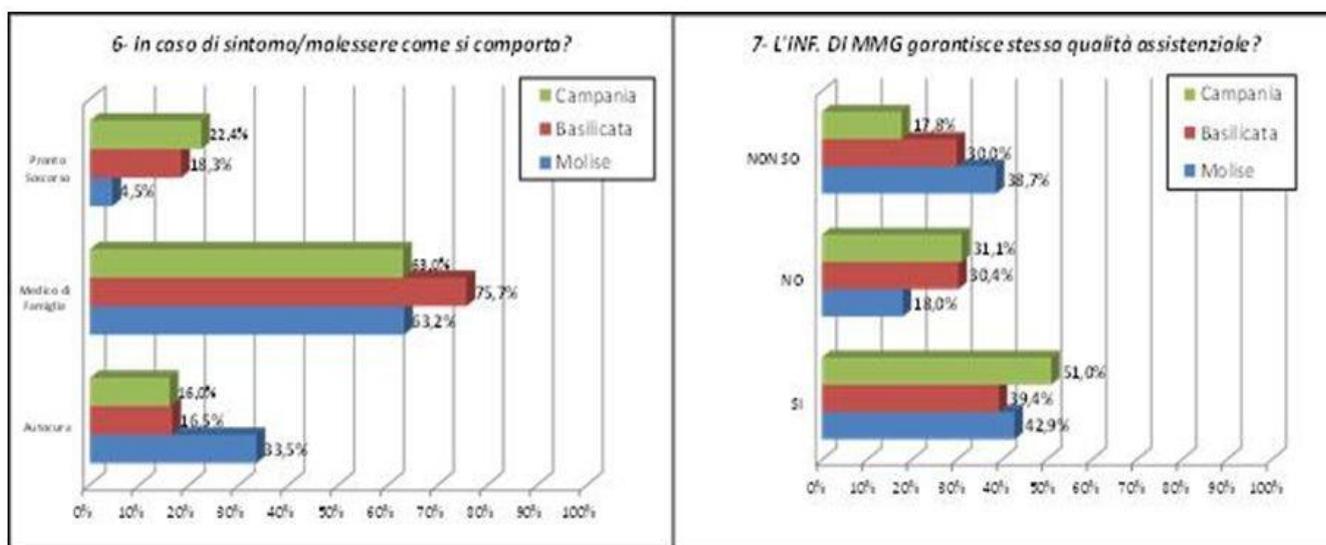


Entrando nello specifico dell'item relativo "all'opportunità" della presenza dell'infermiere nell'ambulatorio del MMG, nel Molise l'82.3% ha risposto di sì, la Basilicata risponde in maniera analoga; bassa invece la percentuale della regione Campania dove solo il 60.5% ne vede l'utilità.

All'item che chiedeva se l'IFeC potesse svolgere il compito di promozione, prevenzione, educazione alla salute (si è quindi ripreso l'articolo 2 del profilo dell'infermiere, in merito alle sue funzioni) il Molise con il 70.3 % ha confermato questa possibilità, mentre la restante percentuale non conosce tale ambito. In Basilicata il 78,4% ha risposto affermativamente, mentre la Campania con una bassa percentuale, di poco più il 60% (fig. 2).

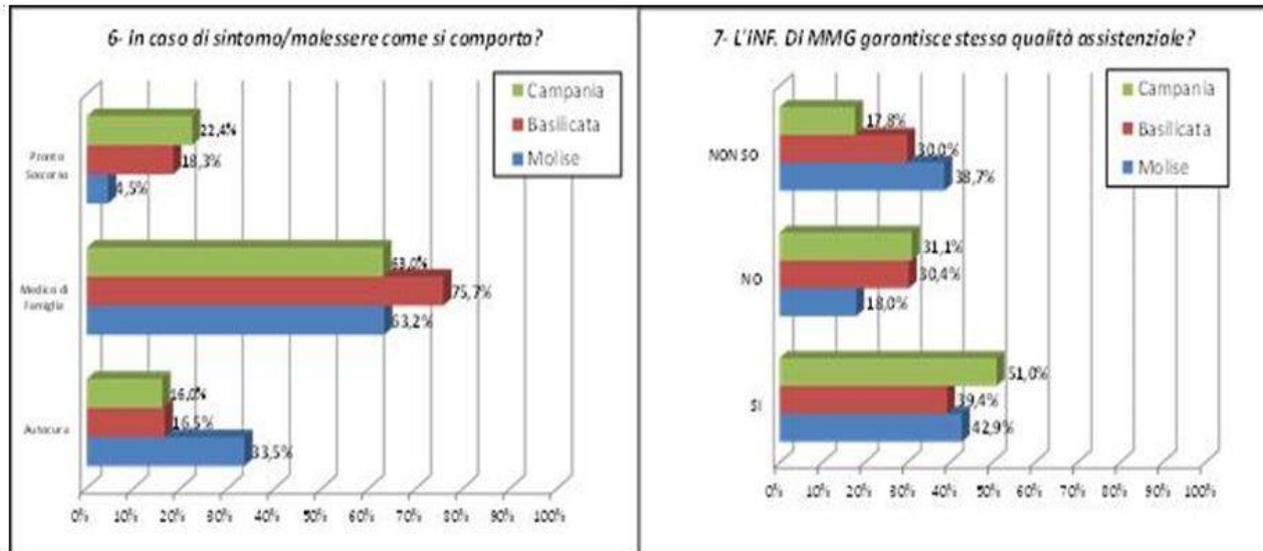
Figura 2. L'infermiere nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale


Si è chiesto all'assistito del suo comportamento in caso di malessere ed i risultati hanno evidenziato il Molise come regione più virtuosa, rispetto alla Basilicata e Campania: il cittadino del Molise ricorre soprattutto al MMG (63.2%) e a seguire, seppur per una percentuale nettamente più bassa di risposta (33.5%), all'autocura; minimo il ricorso al Pronto Soccorso (PS). Mentre i cittadini della Basilicata e Campania tendono a far ricorso, molto spesso, al PS con percentuali rispettivamente del 18 e 22% rispetto ad appena il 4.5% del Molise (fig. 3).

Figura 3. Il comportamento dell'assistito in caso di malessere


In Campania il 51% degli assistiti ritiene l'infermiere il professionista che può garantire la stessa qualità assistenziale in una visita di controllo dal MMG, a seguire il Molise con il 42.9 % e il 39.4% della Basilicata; una percentuale non trascurabile è incerta nella risposta: 30% per la Basilicata, 17.8% per la Campania e il 38.7% per il Molise (fig. 4).

Figura 4. La qualità assistenziale



DISCUSSIONE

Il Molise risulta mediamente una regione più giovane rispetto le altre di circa dieci anni, forse dovuto ad una “migrazione” di giovani di queste ultime due regioni (Campania e Basilicata) verso altre regioni o in Europa. La motivazione potrebbe essere dettata da una scelta lavorativa che il territorio attuale non offre.

Colpisce abbastanza una percentuale del ben 23.2% con solo titolo elementare della Campania (ben tre volte il Molise, anche se la bassa numerazione del campione di quest'ultimo porta con sé una maggiore indeterminazione sul valore della popolazione) e con 18% di laureati (10% in meno del Molise). Queste percentuali del Molise rispecchiano abbastanza bene la popolazione: la percentuale con diploma è il segno di una popolazione prevalentemente adulta e ormai consolidata, si potrebbe dire con una propria stabilità di vita familiare e professionale.

Al di là delle aspettative, infatti, risulta che le persone, almeno nel Molise, sanno della presenza dell'infermiere nell'ambulatorio del MMG, al pari quasi della sua presenza nelle altre realtà territoriali (cliniche, etc...). Meno conosciuta la presenza dell'infermiere nell'ambulatorio medico nella Campania.

Semberebbe, quindi, che l'infermiere sia rivalutato nella sua professionalità e qualificazione come professionista della salute laddove si conosce il suo ruolo definito e marcato; meritevole di rispetto e di attenzione.

Colpisce invece la percentuale veramente bassa di più del 20% della Campania, dove solo il 60.5% ne vede l'utilità, questa evidenza non dovrebbe meravigliare più di tanto vista la disinformazione ed il livello di scolarizzazione della popolazione la quale, evidentemente, considera il medico figura insostituibile ed inaffiancabile, tanto meno da un infermiere, nel percorso assistenziale del paziente all'interno dell'ambulatorio.

Se si associano le persone con più basso livello di istruzione e l'età, si evince che sono tali utenti i maggiormente “papabili” ad un intervento a domicilio dell'infermiere: evidentemente, appunto, sono gli anziani, in autonomia o

tramite *caregiver*, a richiedere tale assistenza. Il tutto con le dovute eccezioni. Non mancheranno casi di giovani e adulti malati, costretti a cure e assistenza domiciliare. L'anziano resta l'utente principale come, si ribadisce, si evince dall'anzianità della popolazione di riferimento.

CONCLUSIONI

L'IFeC è il soggetto di una rivalutazione del sistema sanitario perché ne ha le giuste competenze: la popolazione lo considera e lo vede tale nel quotidiano e nel risvolto pratico del concetto "SALUTE". Uno sforzo maggiore andrebbe fatto nelle regioni dove questa figura non è ancora implementata, tramite appositi master universitari per infermieri e corsi di formazione per i MMG, per sancire ufficialmente questo prezioso aiuto e valido riconoscimento perché nei contenuti, andando al cuore dell'assistenza, l'infermiere si conferma autorevole, un intreccio perfetto tra sapere, saper essere e, appunto, saper fare e saper dare. Nuovi scenari, quindi, per l'assistenza infermieristica per una fitta rete con il ruolo medico.

Si è consapevoli, infine, che si necessita anche di costruire una maggiore visibilità dell'IFeC al fine di accrescere le conoscenze della popolazione e le potenzialità connesse al ruolo. Gli infermieri e i MMG sono gli operatori "in prima linea" che debbono intraprendere e stimolare specifiche azioni promotrici per l'implementazione di una continuità assistenziale, in un momento in cui la riorganizzazione del sistema di erogazione di cure primarie rappresenta la sfida più difficile e il contributo infermieristico appare decisivo e irrinunciabile.

LIMITI DELLO STUDIO

Il campione selezionato per l'indagine non è indicativo di tutte le realtà territoriali regionali e quindi non ha permesso di evidenziare meglio alcune criticità emerse nello studio.

Altro limite è rappresentato dallo strumento di indagine strutturato "ad hoc", non essendo stato sottoposto all'analisi statistica di affidabilità, validità, fattoriale e proprietà degli item, per ciò che si intende realmente misurare. Tuttavia l'ampio campionamento arruolato consentirebbe una successiva analisi statistica sullo strumento; sarebbe, comunque, auspicabile estendere questo tipo di indagine in tutte le realtà territoriali delle regioni, al fine di ottenere un quadro più completo della situazione attuale, riguardo la figura dell'IFeC.

Working group

I presidenti dei collegi IPASVI della Basilicata – Campania – Molise

IPASVI Avellino: Mariconda Pellegrino, Maurizio Roca

IPASVI Benevento: Giovanna Anese, Patrizia Callaro, Antonella Mottola, Loredana Napoletano

IPASVI Campobasso: Cinzia Berchicci, Valeria Bernardo, Olimpia Lubrano

IPASVI Caserta: Giacinto Basilicata, Mario Falco, Concetta Galasso

IPASVI Matera: Nunziata Cotugno, Carmine Frangione, Vita Spagnuolo

IPASVI Napoli: Margherita Ascione, Concetta Pane, Chiara Sepe

IPASVI Potenza: Carmelina Bruno, Pierangelo Galasso, Vito Milione

IPASVI Salerno: Cosimo Cicia, Annamaria Del Corvo

L'ingegnere Donato Carbone per l'analisi statistica

BIBLIOGRAFIA

1. Scalorbi, S. Infermieristica di famiglia. In: Scalorbi, S. Infermieristica preventiva e di comunità. Milano: McGraw-Hill; 2012; 151-201.
2. Gant, A. Il modello Chronic Care nel territorio fiorentino. Lavoro presentato al IV Congresso Europeo "Home Care", Milano, 8 Giugno 2012.
3. Obbia, P., Menarello, G. e Maddalena, C. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità: una proposta per lo sviluppo delle cure primarie. *Tempo di Nursing*, 66, 2014.
4. Obbia, P., Tamburini, L., Giovannetti, G., Ongaro, M. e Calamassi, D. Infermieristica di famiglia e di comunità: una survey tra infermieri e medici di medicina generale. *L'Infermiere*, 1, 2015; 19-23.
5. Petean, M. e Cerne, D. L'infermiere di famiglia: indagine conoscitiva sulle opinioni dei medici e dei loro assistiti. *Agorà*, 57, 2015; 16-20.
6. Menarello, G. L'evoluzione del ruolo dell'infermiere di famiglia. Esperienze europee. Lavoro presentato al Convegno "Gli infermieri di famiglia e di comunità verso l'eccellenza nei percorsi di cura. Tutela della salute della persona e della comunità", Torino, 12 giugno 2015.