



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Dipartimento di Medicina Traslazionale
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE
Presidente: Prof. Fabrizio Faggiano

TESI DI LAUREA

**L'ADERENZA ALL'INTERVENTO DI INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA
E COMUNITÀ NELLA POPOLAZIONE SANTHIATESE.**

Relatrice:

Erica Busca

Candidato: Chiara Sellone

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

Glossario	3
Abstract	4
1. Introduzione	5
2. Materiali e metodi	10
2.1 Obiettivo	10
2.2 Disegno dello studio	10
2.3 Partecipanti allo studio	10
2.4 Arruolamento e modalità di raccolta dati	11
2.5 Dati raccolti	11
2.6 Intervento erogato	13
2.7 Analisi dei dati	14
2.8 Considerazioni etiche	14
3. Risultati	15
3.1 Arruolamento campione	15
3.2 Caratteristiche del campione in studio	15
3.2.1 Caratteristiche socio demografiche di coloro che hanno risposto all'intervista telefonica	16
3.3 Condizioni di salute auto-dichiarate	17
3.3.1 Stato di salute auto-dichiarato	17
3.3.2. Self-care	18
3.3.3 ADL e IADL	18
3.3.4 Stili di vita e fattori di rischio	19
4. Discussione	21
5. Conclusione	24
Bibliografia	25
Allegati	28

GLOSSARIO

Sigla	Descrizione
ADL	Index of Independence in Activities of Daily Living
AIFeC	Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità
CdS	Casa della Salute
ENhANCE	European curriculum for family and Community nurse
FNOPI	Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche
IADL	Instrumental Activities of Daily Living Scale
IFeC	Infermiere di Famiglia e Comunità
MMG	Medico di Medicina Generale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
SC-CII	Self-Care of Chronic Illness Inventory
SF-12	Short-Form 12 items Health Survey

ABSTRACT

Introduzione: La cronicità e la fragilità sono, in tutti i paesi europei, un'area di intervento in crescita. Obiettivo dei sistemi di cura della cronicità è mantenere la persona malata al proprio domicilio e ridurre il rischio di istituzionalizzazione. In questo contesto opera l'infermiere di famiglia e comunità (IFeC), con competenze di natura clinico-assistenziale e comunicativo-relazionale. I suoi obiettivi primari sono la promozione della salute, la prevenzione, l'attivazione e il sostegno alla rete territoriale in cui è inserita.

Obiettivo: descrivere le caratteristiche della popolazione oggetto dell'intervento dell'IFeC nel territorio santhiense ed esplorare se esista un'associazione tra le caratteristiche sociodemografiche e di salute della popolazione tra chi è preso in cura dall'IFeC e chi ha rifiutato l'intervento.

Materiali e metodi: i dati sono stati raccolti tramite intervista telefonica e inseriti su piattaforma REDCap. L'analisi dei dati è avvenuta tramite il software STATA. Il campione era composto da 82 persone over 75 residenti nei comuni afferenti alla Casa della Salute di Santhià. Le variabili indagate sono le seguenti: caratteristiche socio-demografiche (età, genere, stato civile, titolo di studio) e stato di salute auto-dichiarato mediante l'utilizzo di scale (SF-12, SC-CII, ADL, IADL) e la presenza di fattori di rischio.

Risultati: Gli intervistati sono stati 35, di cui 2 caregiver. Le persone che hanno portato a termine l'intervista sono 24: 3 non hanno ottenuto un punteggio sufficiente al test della memoria e 6 non hanno prestato consenso. Dato il campione iniziale pari a 82, emerge un tasso di risposta pari al 57%. Non ci sono state differenze significative al *base-line* rispetto alla distribuzione delle variabili tra chi è stato preso in carico dall'IFeC e chi ha rifiutato l'intervento

Discussione: si è osservato che le caratteristiche socio-demografiche del campione e la sua percezione della salute sono in linea con le tendenze nazionali. Poi, si sono discusse le possibili ragioni del tasso di non risposta: l'accessibilità e la diffidenza, l'aggravarsi del quadro clinico, la *research participant perception*, la *survey fatigue*.

Conclusioni: il contributo mette in luce aspetti cruciali da tenere in considerazione di fronte a un disegno di ricerca come quello proposto; in particolare, si sottolinea la necessità di sinergia sempre maggiore fra ricerca infermieristica, territori e IFeC.

1. INTRODUZIONE

Il tema della cronicità e della fragilità si configura in tutti i Paesi europei come un'area di intervento in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico, alla minimizzazione della sintomatologia e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine. (1)

In Italia, nel 2021, secondo i dati ISTAT, più dell'80% dei cittadini con più di 65 anni è affetta da almeno una patologia cronica. Malattie quali lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza e l'ipertensione colpiscono circa l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo. (1,2)

Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari della politica sanitaria. Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione. Ulteriore scopo è quello di ridurre i costi legati alle ospedalizzazioni inappropriate e all'utilizzo delle cure di secondo livello (1).

Nell'ambito dell'assistenza primaria, il modello tradizionale centrato sul Medico di Medicina Generale (MMG) sembra richiedere un'azione di supporto per rispondere alla complessità dell'attuale contesto sociosanitario. Le Cure Primarie, per garantire una risposta comprensiva e unitaria, necessitano di essere integrate da un sistema più ampio e articolato di professionalità che operino all'interno di un contesto che ne faciliti l'interdipendenza.

- In questo contesto si inserisce la nuova figura dell'infermiere di famiglia e comunità (IFeC), il cui percorso di formazione si è sviluppato per dare risposta

agli obiettivi del Documento Salute 21 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (5).

Caratteristica di questa figura è l'interesse verso l'individuo, la famiglia, la comunità e la casa come ambiente in cui i membri della famiglia possono farsi carico dei problemi di salute. La sua presenza può non solo facilitare le dimissioni precoci dall'ospedale, grazie all'assistenza domiciliare, e renderla perno tra la famiglia e il MMG, ma può anche essere professionista sanitario capace di responsabilizzare la collettività sui temi della salute e della cura, promuovendo risorse e potenzialità delle comunità e dei territori in cui operano. (3,6)

Per quanto concerne l'acquisizione di tale figura infermieristica nel quadro della sanità pubblica italiana, bisogna far riferimento al *Position Statement* "L'infermiere di famiglia e di comunità", presentato in sede di Conferenza delle Regioni il 10 settembre 2020 dalla Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) in collaborazione con l'Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità (AIFeC), che attribuisce all'IFeC la responsabilità dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità di uno specifico ambito territoriale e comunitario. In particolare, nel documento si sottolinea come l'IFeC debba realizzare una gestione proattiva della salute, sostenere una cultura di prevenzione e promozione di corretti stili di vita, garantire una presenza continuativa nella comunità di riferimento, fornire prestazioni dirette alle persone assistite e attivarsi per facilitare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale attivando le risorse delle persone assistite e dei caregiver. Le competenze richieste sono sia di natura clinico-assistenziale sia di tipo comunicativo-relazionale.

Da questa prima presentazione dell'IFeC, in letteratura emergono tre macro-obiettivi professionali: (a) la promozione e la protezione della salute delle persone lungo l'intero arco della vita all'interno e in sinergia con le comunità in cui esse vivono; (b) la riduzione dell'incidenza delle principali malattie e delle lesioni da violenza e incidenti; (c) il sollievo dalle sofferenze causate da malattie e lesioni. (4) Le competenze sottese sono state descritte nel progetto *ENhANCE - European curriculum for family and Community nurses*, in cui emerge come l'IFeC sia un professionista capace di fare ricerca scientifica, documentare e valutare il proprio lavoro; pianificare, implementare e valutare l'assistenza infermieristica in funzione e delle famiglie e della comunità;

agire all'interno della rete socio-assistenziale del territorio, svolgendo qualora necessario ruoli di leadership rispetto a progetti specifici o a situazioni cliniche. (7) L'introduzione dell'IFeC può avere effetti significativi sugli outcome di salute auto-dichiarati; infatti, la dimensione relazionale e dialogica su cui si fonda il lavoro dell'IFeC permette di instaurare un rapporto positivo e di fiducia con gli assistiti. Proprio in e grazie a questo rapporto è possibile per l'IFeC ottenere e sistematizzare una vasta gamma di informazioni non misurabili tramite test clinici (ad esempio, livello di dolore, benessere generale, qualità della vita, quadro clinico personale e familiare). Gli outcome di salute auto-dichiarati sono spesso fondamentali non solo per ricostruire la storia clinica dell'assistito e predisporre il miglior piano terapeutico, ma anche per intervenire su tutte quelle dimensioni del *benessere* rispetto alle quali il piano terapeutico, per sua natura, non può agire (benessere psicologico, relazionale, sociale).

In Italia, dopo la pubblicazione del documento *Salute 21*, nonostante mancasse una cornice di riferimento normativo nazionale, l'infermieristica di famiglia e di comunità ha iniziato a essere inserita nei piani didattici universitari e si è cominciato a formulare ipotesi applicative. Alcune sperimentazioni che prevedevano l'implementazione dell'IFeC nei contesti locali si sono avuti in Friuli-Venezia-Giulia, in Piemonte e Liguria, in Toscana e in Emilia-Romagna (3).

Dal punto di vista normativo l'articolo 1 della Legge Balduzzi insiste sul coinvolgimento del personale infermieristico nelle diverse articolazioni dell'assistenza primaria territoriale, mentre il Patto per la Salute 2019-2021 (9) prevede che, accanto al MMG, al PLS, agli specialisti ambulatoriali e ai farmacisti, sia presente l'IFeC per garantire la presa in carico integrata delle persone.

Come conseguenza della pandemia da COVID-19, è stato emanato il Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34 con il quale si introduce l'infermiere di famiglia o di comunità per rafforzare i servizi infermieristici e potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti con infezione da SARS-CoV-2.

Secondo un recente articolo, che esplora numeri, funzioni e situazioni lavorative dell'IFeC in Italia, l'investimento su questa figura professionale è disomogenea nel territorio italiano, tanto che alcune regioni non si sono ancora attivate per il suo inserimento nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale. Ciò che appare

significativo, tuttavia, è il fatto che, quando sperimentata, la figura dell'IFeC presenti funzioni e modalità operative conformi ai bisogni del territorio; infatti, la difformità di dati rilevati da Martini e colleghi può essere interpretata in diverso modo: «come il massimo dell'anarchia o, forse più realisticamente, come il massimo dell'adattamento, pur con tutti i limiti, a sistemi, caratteristiche territoriali, bisogni ed utenze che richiedono interventi ed organizzazioni differenti» (29). Dallo studio si evince la poliedricità della figura dell'IFeC sia per quanto concerne le funzioni sia per quanto concerne le relazioni all'interno della rete dei distretti sanitari, delle Case della Comunità o delle Case della Salute. Il loro inserimento in questi contesti organizzativi diventa risorsa fondamentale per progettare l'assistenza sanitaria locale, nell'ottica dei tre principi cardine del PNRR: territorio, prossimità, presa in carico.

Alcune aziende sanitarie locali hanno deciso di dotare le Case della Salute in corso di implementazione della figura dell'IFeC; questo è quanto ha fatto, ad esempio, l'ASL di Vercelli - contesto di ricerca di questa indagine - con la Delibera del Direttore Generale n. 1034 dell'8 Novembre 2017 (10). Come evidenziato precedentemente, le funzioni e l'incidenza della figura dell'IFeC sono fortemente legati al territorio, quindi alle caratteristiche della sua popolazione. Parlare di territorio significa sempre parlare di esperienze diversificate per ragioni che variano dalla morfologia del territorio, alla mentalità, alla rete di trasporti, alla capillarità dei sistemi sanitari, per citare alcuni esempi. Ogni territorio, infatti, si caratterizza per essere un costruito complesso, che necessita di essere conosciuto e studiato per inserirsi, anche (e, forse, soprattutto) come ricercatori. Longhini e colleghi, infatti, sottolineano l'importanza di un approccio *patient and public involvement based*, cioè basato sul coinvolgimento della cittadinanza e dei pazienti nei trial, progettando quindi esperienze di ricerca non *con* la popolazione ma *per* la popolazione. Il *patient and public involvement in research* ha un altro grado di complessità, poiché richiede non solo una partecipazione passiva ma attiva e consapevole alla ricerca. Questi aspetti possono essere critici in persone che presentano caratteristiche altamente significative per la ricerca sull'IFeC e una difficoltà, a volte oggettiva, di coinvolgimento e partecipazione attiva ai trial. L'obiettivo, in termini di partecipazione, dovrebbe essere quello più alta della *participation ladder* di Arnstein: il *citizen control*, cittadini e cittadine progettano, partecipano, valutano la ricerca, gli effetti prodotti dalla ricerca e co-organizzano i

servizi territoriali (12, 13). Per quanto auspicabile, tale livello di partecipazione – soprattutto a causa di modelli culturali che agiscono sia sulle pubbliche amministrazioni sia sulla cittadinanza – è raramente dimostrabile. Lo studio qui condotto, dedicato alla descrizione delle caratteristiche della popolazione oggetto dell'intervento dell'IFeC nel territorio santhiense, vuole anche riflettere, soprattutto quando ci si interroga sulla figura dell'IFeC, sull'importanza di raccogliere dati riferiti dai pazienti e/o dai caregiver.

2. MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo

Obiettivo primario della ricerca è descrivere le caratteristiche della popolazione oggetto dell'intervento dell'IFeC nel territorio santhiense. Da questo, discende l'obiettivo secondario: esplorare se esista un'associazione tra le caratteristiche sociodemografiche e di salute della popolazione anziana e l'accettazione e aderenza all'intervento proposto dall'IFeC.

2.2 Disegno dello studio

Lo studio si è inserito in un più ampio progetto sperimentale con gruppo di controllo condotto nel Distretto dell'ASL di Vercelli, che ha individuato come area di sperimentazione la popolazione afferente a due Case della Salute (Santhià e Gattinara) del Distretto. Presso la Casa della Salute di Santhià (CdS) è stato implementato il servizio di Infermieristica di Famiglia e Comunità, mentre alla popolazione afferente alla CdS di Gattinara, identificata come unità di confronto, sono stati erogati i servizi attualmente previsti (*usual care*).

Il progetto di tesi nasceva originariamente come una raccolta dati alla popolazione arruolata nello studio, in cui confrontare i dati auto-dichiarati dai partecipanti nei due gruppi in studio al baseline e dopo un anno dall'inserimento dell'IFeC. A seguito del numero esiguo di utenti che hanno partecipato all'indagine e che hanno aderito all'intervento proposto dall'IFeC, i dati raccolti sono stati utilizzati per descrivere la popolazione a cui è stato offerto l'intervento, pertanto, le informazioni presentate di seguito sono inerenti al solo campione afferente alla CdS di Santhià.

2.3 Partecipanti allo studio

I partecipanti (a fini dell'indagine della tesi) erano soggetti anziani: a) con età ≥ 75 anni, b) candidati a ricevere l'intervento dell'IFeC, e c) residenti presso i comuni afferenti alla Casa della Salute di Santhià: Santhià, Balocco, Buronzo, Carisio, Crova, Salasco, San Germano e Tronzano. Ulteriori criteri per poter partecipare all'intervista

sono stati la comprensione della lingua italiana e un test della memoria negativo, tale da non compromettere la raccolta delle informazioni. Sono state escluse le persone istituzionalizzate inserite in residenze sanitarie assistenziali per anziani e hospice.

2.4 Arruolamento e modalità di raccolta dati

L'arruolamento è avvenuto a seguito della ricezione da parte degli IFeC dell'elenco delle persone contattate, destinate a ricevere l'intervento. Successivamente, agli utenti è stata inoltrata una lettera da parte dell'ASL in cui era indicato lo scopo dell'intervista telefonica (Allegato 1). A seguito dell'invio della lettera, agli utenti in elenco è stato proposto di partecipare ad un'intervista telefonica, previa acquisizione del consenso. Per ciascun utente in elenco sono stati effettuati tre tentativi di contatto telefonico. Nell'eventualità in cui il partecipante non fosse nelle condizioni di rispondere per se stesso, è stato chiesto al caregiver la disponibilità a partecipare.

Le interviste al *base-line* sono state effettuate in un periodo di tempo compreso tra Ottobre 2022 e Marzo 2023.

2.5 Dati raccolti

La modalità di raccolta dei dati è stata l'intervista telefonica tramite compilazione di questionario (allegato 2) rivolto al partecipante, con il supporto di un membro della famiglia o un caregiver ove necessario. I dati raccolti tramite l'intervista sono stati registrati su piattaforma REDCap. (11)

I dati raccolti hanno riguardato le caratteristiche socio-demografiche e le condizioni di salute auto-dichiarate.

Per quanto concerne le prime, sono state acquisite informazioni in merito ai seguenti aspetti: età, genere, stato civile, cittadinanza, conviventi, titolo di studio, tipo di pensione ricevuta.

Per quanto concerne le seconde, si sono presi in considerazione lo stato di salute auto-dichiarato, il *self-care*, la disabilità fisica e gli stili di vita, ivi compresi i fattori di rischio e le cadute.

Lo stato di salute auto-dichiarato è stato misurato attraverso lo *Short-Form 12 items Health Survey* (SF-12). Si tratta di una versione breve del questionario SF-36 che

raccoglie informazioni provenienti da 8 domini (attività fisica, limitazioni dovute a problemi fisici di salute, dolore, stato generale di salute, vitalità, attività sociali, limitazioni dovute a problemi emotivi e salute mentale) sintetizzabili in 2 indici sintetici, uno pertinente al dominio fisico della salute (PCS) e uno a quello mentale (MCS). (14)

Un punteggio di 50 indica una situazione in media con la popolazione generale, un punteggio superiore a 50 indica una salute migliore della media, mentre un punteggio inferiore a 50 indica una salute peggiore della media.

Il *self-care* è stato misurato attraverso il *Self-Care of Chronic Illness Inventory* (SC-CII). Si tratta di uno strumento costituito da tre scale, di seguito descritte. (15)

- *Self-Care Maintenance*: indaga i comuni comportamenti di cura personale che le persone con malattie croniche possono attuare quali seguire una dieta specifica, assicurarsi di dormire abbastanza, prendere tutti i farmaci prescritti, fare attività fisica, evitare il fumo di sigaretta e vedere il suo medico per l'assistenza abituale.
- *Self-Care Monitoring*: indaga le cose comuni che le persone con malattie croniche possono controllare come la comparsa degli effetti collaterali dei farmaci assunti, prestare attenzione ai cambiamenti di come si sente, controllare se si stanca più del solito nello svolgere le normali attività, e la comparsa di nuovi sintomi legati alla malattia.
- *Self-Care Management*: indaga i comportamenti che le persone con malattie croniche agiscono per mantenere sotto controllo la patologia (modificare l'alimentazione, il livello di attività, assumere farmaci, confrontarsi con il medico e aderire ai follow up previsti).

Il punteggio totale è dato dalla somma delle tre sezioni della scala. Un punteggio >75 indica un'elevata capacità di self-care, un punteggio compreso tra 60 e 75 indica una buona capacità di self-care, un punteggio compreso tra 45 e 60 indica una capacità di self-care discreta e un punteggio <45 indica una bassa capacità di self-care.

La disabilità fisica è stata misurata attraverso due scale (16,17):

- l'ADL (*Index of Independence in Activities of Daily Living*), che valuta la capacità di espletare funzioni di base della vita quotidiana quali fare il bagno, vestirsi, uso dei servizi, spostarsi, continenza, alimentarsi.

Per ogni attività viene assegnato punteggio 1 in caso di indipendenza o richiesta di minimo aiuto e punteggio 0 in caso di dipendenza.

- l'IADL (*Instrumental Activities of Daily Living Scale*), che valuta la capacità di espletare attività funzionali complesse quali usare il telefono, fare la spesa, cucinare, provvedere alle faccende domestiche, autonomia di trasporto, gestione indipendente della terapia farmacologica e autonomia nella gestione delle questioni economiche.

Per ogni attività viene assegnato punteggio 1 in caso di indipendenza o richiesta di minimo aiuto e 0 in caso di dipendenza.

Per entrambe le scale, un punteggio maggiore indica un maggior grado di indipendenza da parte della persona.

Gli stili di vita, i fattori di rischio e le cadute sono stati analizzati a partire dalle domande presenti nel sistema di sorveglianza «Passi d'Argento» rivolto a tutta la popolazione con più di 64 anni.

Infine, per quanto riguarda l'accettazione e aderenza all'intervento, il dato utilizzato è stata l'effettiva presa in carico da parte dell'IFeC.

2.7 Intervento erogato

L'intervento in studio è l'inserimento dell'infermieristica di famiglia e comunità nel contesto della Casa della Salute come servizio ulteriore offerto alla popolazione dei comuni afferenti. Nella figura dell'IFeC coesistono due livelli di intervento: uno agito sul singolo assistito ed uno agito sulla comunità. Il servizio, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 15.30, prevede interventi a supporto dell'aderenza terapeutica e all'aderenza al percorso di cura programmato, counselling informativo in supporto al cambiamento di stili di vita, sorveglianza delle condizioni generali e supporto al caregiver. In base alla "fragilità" del soggetto, l'IFeC ha erogato il suo intervento con cadenze differenti a partire da 1-2 volte alla settimana o più di una volta al mese per arrivare all'intervento al bisogno o solo tramite contatto telefonico.

Indipendentemente da queste distinzioni, gli infermieri di famiglia hanno svolto attività di prevenzione terziaria per tutti i propri assistiti e un lavoro di rete con tutte le figure professionali inserite nel percorso di cura.

2.8 Analisi dati

I dati raccolti sono stati analizzati mediante software STATA al fine di mettere in evidenza le caratteristiche della popolazione disponibile a prendere parte allo studio. Nello specifico sono stati utilizzati il test esatto di Fischer o il test del chi quadrato in caso di più variabili da analizzare, con lo scopo di capire se la relazione osservata sia dovuta al caso o ad una vera associazione.

2.9 Considerazioni etiche

Il protocollo dello studio originario ha ricevuto parere favorevole da parte del Comitato Etico Interaziendale di Alessandria.

I dati sono stati raccolti, conservati e trattati nel rispetto delle disposizioni del codice della privacy, in forma anonima, e i risultati sono stati presentati unicamente in forma aggregata.

I soggetti eleggibili all'intervento sono stati informati dell'introduzione dell'infermieristica di famiglia e comunità e dell'attivazione dello studio mediante lettera informativa, inoltrata dall'ASL di Vercelli mezzo posta. Il consenso all'intervista telefonica è stato raccolto in forma verbale (registrata).

3. RISULTATI

3.1 Arruolamento campione

I soggetti afferenti al territorio della Casa della Salute di Santhià presi in oggetto sono stati 82. Di questi hanno partecipato alla prima intervista 35 soggetti di cui 2 caregiver e 3 che non hanno ottenuto un punteggio sufficiente al test della memoria; 6 soggetti hanno risposto alla chiamata, ma non hanno prestato il consenso all'intervista.

Tra quelli che non hanno risposto (47), 7 sono deceduti e 29 non hanno risposto ai tre tentativi di contatto effettuati. Inoltre, 2 soggetti nel corso dell'intervista non hanno risposto a tutte le parti del questionario precludendo, pertanto, alcuni dati.

I soggetti - 10 che hanno partecipato attivamente all'intervista e 17 che non hanno risposto - hanno usufruito dell'intervento degli IFeC.

Ciascuna intervista ha avuto una durata media di 40 minuti, fatta eccezione per quelle svolte con i caregiver che hanno avuto una durata media di 20 minuti.

Tabella 1: sintesi arruolamento campione

	Aderenti all'intervento IFeC	Non aderenti all'intervento IFeC
Intervistati	9	15*
Non intervistati	17	30
Esclusi (test memoria, mancato consenso,)	1	8
Caregiver		2
*Nei 15 sono considerati anche coloro che hanno parzialmente risposto al questionario (2).		

3.2 Caratteristiche del campione in studio

Le principali caratteristiche socio-demografiche, quali età, genere e condizioni di salute espressa con il numero di esenzioni concomitanti, sono state raccolte per il campione nella sua interezza, ovvero per tutti e 82 i soggetti, di cui solo 27 sono quelli che hanno ricevuto l'intervento dell'IFeC. La tabella riporta frequenze e percentuali dei soggetti con le caratteristiche in studio. Non ci sono differenze statisticamente significative tra chi ha aderito al servizio offerto dall'IFeC e da chi ha rifiutato il contatto dell'infermiere.

Tabella 2: Caratteristiche socio-demografiche del campione

	Aderenti (N=27)	Non aderenti (N=55)	p value*
Età (N,%)			
75-79	16 (59.26)	29 (52.73)	0.655
80-84	9 (33.33)	18 (32.73)	
>= 85	2 (7.41)	8 (14.54)	
Genere (N,%)			
Maschio	9 (33.33)	32 (58.19)	0.0591
Femmina	18 (66.67)	23 (41.82)	
Esenzioni (N,%)			
0	2 (7.41)	17 (30.91)	0.078
1	6 (22.22)	13 (23.64)	
2	8 (29.63)	11 (20.00)	
3	5 (18.52)	9 (16.36)	
4	2 (7.41)	4 (7.27)	
5	3 (11.11)	1 (1.82)	
6	1 (3.70)	0 (0.00)	

*Test esatto di Fisher

3.2.1 Caratteristiche socio demografiche di coloro che hanno risposto all'intervista telefonica

L'intervista telefonica prevedeva la raccolta di ulteriori informazioni socio-demografiche utili a descrivere il campione. Dei 24 soggetti che hanno completato l'intervista telefonica, 9 hanno effettivamente ricevuto l'intervento dell'IFeC. I dati presentati in tabella fanno riferimento alle variabili: stato civile, convivenza e titolo di studio raccolte su un totale di 24 soggetti.

Tabella 3: Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti all'intervista

	Aderenti (N=9)	Non aderenti (N=15)	P value*
Stato civile (N,%)			
Coniugato/a	6 (66.67)	13 (86.66)	0.269

Vedovo/a	3 (33.33)	1 (6.67)	
Separato/a o Divorziato/a	0 (0.00)	1 (6.67)	
Convivenza (N,%)			
Solo/a	3 (33.33)	2 (13.33)	0.630
Coniuge e/o compagno/a	6 (66.67)	13 (86.67)	
Titolo di studio (N,%)			
Elementare	3 (33.33)	2 (13.33)	0.655
Media	3 (33.33)	4 (26.67)	
Superiori	2 (22.22)	5 (33.33)	
Laurea	1 (11.11)	3 (20)	

*Test esatto di Fisher

3.3 Condizioni di salute auto-dichiarate

3.3.1 Stato di salute auto-dichiarato

I 24 soggetti intervistati hanno dichiarato uno stato di salute fisico inferiore alla media con riferimento alla scala SF; tra i soggetti aderenti solo una persona riferisce uno stato di salute superiore al *cut-off*. Se ci si riferisce, invece, allo stato di salute mentale la situazione si modifica leggermente; infatti, il 44.44% degli aderenti presenta un livello di salute mentale superiore al *cut-off*, mentre tra i non aderenti la percentuale è del 47.06%. Una lettura comparata dei due valori della SF-12 fa emergere un quadro in cui la percezione del proprio stato di salute è fortemente caratterizzata dalla dimensione fisica più che da quella mentale.

Tabella 4: Stato di salute autodichiarato dai soggetti intervistati

	Aderenti (N=9)	Non aderenti (N=15)	P=value*
SF-12_PCS (N,%)			
>50	1 (11.11)	4 (23.53)	0.6146
<50	8 (88.89)	11 (64.70)	
SF-12_MCS (N,%)			
>50	4 (44.44)	7 (41.18)	1.000
<50	5 (55.56)	8 (47.06)	

*Test esatto di Fisher

3.3.2 Self-Care

La maggior parte dei soggetti, in entrambi i gruppi, risulta avere una discreta capacità di autogestirsi al domicilio; infatti, il 77.78% degli aderenti all'intervento dell'IFeC e il 69,23% dei non aderenti hanno uno stato di *self-care* "buono" o "discreto".

Tabella 5: Stato di self-care dei soggetti intervistati

	Aderenti (N=9)	Non aderenti (N=13)	P value*
SC-CII (N,%)			
>75	0 (0.00)	1 (7.69)	0.986
60-75	2 (22.22)	2 (15.38)	
45-60	5 (55.56)	7 (53.85)	
<45	2 (22.22)	3 (23.08)	

*Test esatto di Fisher

3.3.3 ADL e IADL

Per quanto concerne le attività base (vd. par. 2.5), i gruppi raggiungono un punteggio tale da definire ogni partecipante all'intervista autosufficiente; i non aderenti presentano un'alta percentuale di soggetti completamente indipendenti (86.66%), mentre i non aderenti presentano una percentuale inferiore (66.67%).

Per quanto concerne le attività strumentali (vd. par. 2.5), i gruppi presentano risultati sensibilmente differenti: i soggetti aderenti all'intervento dell'IFeC si distribuiscono quasi omogeneamente tra i valori 4 e 8, dimostrando la partecipazione all'intervista di soggetti con un grado di autonomia nelle attività strumentali non sempre pieno; invece, più della metà dei soggetti non aderenti presenta completa autonomia nelle attività strumentali con un valore pari a 8 nella scala IADL. La differenza osservata tra i gruppi non è però statisticamente significativa.

Tabella 6: ADL e IADL dei soggetti intervistati

	Aderenti (N=9)	Non aderenti (N=15)	P value*
Score ADL (N,%)			
<6	3 (33.33)	2 (13.34)	0.3256
6	6 (66.67)	13 (86.66)	
Score IADL (N,%)			

<8	7 (77.78)	7 (46.68)	0.2099
8	2 (22.22)	8 (53.32)	

*Test esatto di Fisher

3.3.4 Stili di vita e fattori di rischio

Gli ultimi dati riportano informazioni relative agli stili di vita, ai fattori di rischio e alle cadute, così come individuati nel sistema di sorveglianza «Passi d'Argento». In particolare, in relazione al presente studio, si è scelto di soffermarsi sui seguenti: cadute, uso di alcol, fumo di sigaretta, in quanto oggetto di attività di counseling da parte degli IFeC.

Tabella 7: Stili di vita e fattori di rischio dei soggetti intervistati

	Aderenti (N=9)	Non aderenti (N=15)	P value*
Cadute (N,%)			
Sì	1 (11.11)	0 (0.00)	0.346
No	8 (88.89)	15 (100)	
Consumo alcolici (N,%)			
Sì	4 (44.44)	3 (20.00)	0.202
No	5 (55.56)	12 (80.00)	
Fumo di sigaretta (N,%)			
Sì	0 (0.00)	1 (6.67)	0.654
No	9 (100)	14 (93.33)	

*Test esatto di Fisher

La domanda inerente alle cadute era riferita ad una caduta recente (negli ultimi 30 giorni). Alcuni soggetti hanno inoltre dichiarato di essere stati ricoverati per più di un giorno in seguito ad una caduta; nello specifico 4 soggetti che hanno preso parte all'intervento IFeC e 6 soggetti che non vi hanno preso parte.

Riguardo l'attività fisica, sono stati raccolti dati circa il tempo dedicato all'attività fisica leggera (come le passeggiate) e il tempo trascorso in casa davanti alla tv. Non tutti i soggetti intervistati hanno quantificato il tempo dedicato a ciascuna attività. Per quanto riguarda il tempo trascorso in casa a guardare la tv (e/o a leggere) hanno fornito risposta 16 soggetti (7 aderenti all'intervento, 9 non aderenti) indicando un tempo medio complessivo di circa 130 minuti al giorno, per quanto riguarda i soggetti aderenti un tempo medio di circa 115 minuti giornalieri. In merito al tempo dedicato

all'attività fisica leggera, invece, la risposta è stata fornita da 9 soggetti (2 aderenti all'intervento, 7 non aderenti): i soggetti aderenti hanno dichiarato un tempo medio di 90 minuti al giorno per 5 giorni alla settimana, i soggetti non aderenti un tempo medio di 56 minuti per 3.8 giorni alla settimana.

È stato indagato, poi, il consumo di alcol giornaliero e settimanale. Ai soggetti che hanno affermato di consumare alcolici è stato infatti chiesto di specificare quante unità alcoliche di vino, birra e/o amari consumassero in una giornata e successivamente nell'arco della settimana. Nello specifico hanno risposto a questa sezione del questionario 7 soggetti (4 tra gli aderenti e 3 tra i non aderenti all'intervento IFeC).

Tra gli aderenti, chi beve meno di un bicchiere al giorno ha affermato di bere in media 1,38 bicchieri alla settimana; due soggetti hanno affermato di bere almeno un bicchiere al giorno. Il consumo di birra e amari alla settimana si attesta con una media di circa uno alla settimana. Tra i soggetti non aderenti tutti consumano almeno un bicchiere di vino al giorno, mentre, anche in questo caso, il consumo di birra e amari si attesta intorno alla media di uno a settimana. Un solo intervistato, non seguito dall'IFeC, ha affermato di aver ricevuto consigli da parte del proprio MMG per ridurre il consumo di alcolici. Infine, è stata analizzata l'abitudine al fumo di sigaretta. Oltre alla domanda relativa al fumo attivo al momento dell'intervista che è riportata in tabella, è stato chiesto ai soggetti se avessero mai fumato nell'arco della propria vita almeno 100 sigarette. Soltanto 2 soggetti, non aderenti al programma di intervento IFeC, hanno affermato di fumare; nello specifico un soggetto ha affermato di fumare circa 10 sigarette al giorno e l'altro 20. Entrambi hanno altresì affermato di aver ricevuto da parte del MMG consigli su come smettere di fumare.

4. DISCUSSIONE

Prima di riflettere sul tasso di non-risposta e discutere in merito alla significatività dei dati da un punto di vista statistico, è importante leggere i risultati delle interviste rapportando i dati raccolti con indagini nazionali e/o internazionali. In particolare, ci si soffermerà sullo stato civile, sulle ADL e IADL e sugli stili di vita.

Lo stato civile dichiarato dagli intervistati è in linea con i dati offerti dall'ISTAT (2); infatti, dal rapporto "Aspetti di vita degli over 75" del 2020, si legge che la percentuale di uomini ultrasessantacinquenni che vive in coppia è di poco inferiore al 70%, con un aumento significativo anche dei punti percentuali per le donne. I dati raccolti nel presente studio sono molto vicini a queste percentuali: circa il 66% degli aderenti all'intervento dell'IFeC vive in coppia, mentre è in questa condizione circa l'86% dei non aderenti. Quando si parla di popolazione anziana, come è notabile anche dai dati ricercati, la percezione della salute è un aspetto che non può essere trascurato. Come riportato dall'Istituto Superiore di Sanità (18), la popolazione ultrasessantacinquenne dichiara di essere mediamente soddisfatto del proprio stato di salute: tale dato è in conformità con quanto rilevato nel presente studio. In particolar modo, gli elementi raccolti dai soggetti intervistati riportano una percezione della propria salute buona soprattutto da un punto di vista mentale, meno, soprattutto se affetti da patologie, dal punto di vista fisico.

Il numero di utenti contattati è stato 82. Trentacinque persone hanno risposto all'intervista; tuttavia, sono stati prese in considerazione soltanto 24 interviste; non si sono infatti prese in considerazione le situazioni di mancato consenso, le risposte parziali ottenute dai caregiver e coloro che non hanno ottenuto un punteggio sufficiente nel test della memoria. Soltanto 24 hanno effettivamente risposto alla chiamata e portato a termine l'intervista. Considerando comunque la partecipazione di 35 persone, il tasso di non-risposta, dunque, è corrispondente al 43%. Per quanto la comunicazione sia stata capillare e continua, possono aver influito diversi aspetti, tra i quali i seguenti: l'accessibilità e la diffidenza, l'aggravarsi del quadro clinico, la *research participant perception*, la *survey fatigue* (25, 26).

La dimensione dell'accessibilità è analizzabile sotto tre profili: le modalità dell'intervista, il soggetto intervistatore, la comunicazione della ricerca (25, 26). Per

quanto concerne il primo aspetto, il questionario è stato compilato telefonicamente dal ricercatore durante un colloquio semi-strutturato; l'uso stesso del mezzo telefonico potrebbe essere stato un fatto di disincentivo alla risposta, poiché può far percepire il ricercatore come distante dal soggetto intervistato, aspetto, quello della relazione, fondamentale in età anziana e anche in rapporto alle caratteristiche professionali dell'IFeC. Per quanto riguarda il soggetto intervistatore, si può riflettere sulla difficoltà a fidarsi di un estraneo in relazione alle proprie condizioni cliniche e al proprio *management* socio-assistenziale, che non sempre rappresentano aspetti di tranquillità nella vita delle persone.

L'aggravarsi o il mutarsi del quadro clinico possono aver compromesso la partecipazione al questionario sotto diversi aspetti che non hanno permesso la risposta telefonica, tra i quali, ad esempio, ricoveri ospedalieri o allettamenti domestici. Allo stesso modo, la percezione del proprio contributo rispetto alla ricerca può essere stato un fattore che ha insistito sul tasso di non-risposta; Longhini e colleghi, come riportato anche in precedenza, sottolineano l'importanza cruciale della dimensione partecipativa e motivazionale ai fini di una buona ricerca basata sui dati offerti dai pazienti. In ultimo, è da segnalare quello che in ricerca sociale si chiama *survey fatigue*, cioè l'affaticabilità del soggetto intervistato rispetto alle modalità e alle caratteristiche del questionario o intervista (25, 26); in questo caso, il mezzo telefonico, il rapporto non confidenziale con l'intervistatore e la lunghezza stessa del questionario, somministrato sotto forma di intervista-dialogo, possono aver inciso non solo sulla quantità di risposte bensì anche sulla qualità.

Sembra, quindi, evidente come alcune caratteristiche socio-demografiche e di salute, in particolare l'età e la variabilità del quadro clinico, abbiano rappresentato elementi capaci di compromettere la partecipazione allo studio. La criticità riscontrata trova riscontro nella letteratura, anche in quegli studi che hanno dato un supporto teorico significativo alle interviste via telefono. Block e Erskine, nel loro articolo, affermano che la natura impersonale dell'intervista telefonica rende più difficile valutare la credibilità dell'intervistatore, tanto che il soggetto potrebbe diffidare della volontà del ricercatore di mantenere le risposte confidenziali. Questa potrebbe essere la ragione per cui le interviste telefoniche hanno spesso tassi di risposta molto bassi, numerose interruzioni a metà intervista, difficoltà nel reperire informazioni in merito a temi

sensibili e rifiuto a rilasciare determinate risposte. (27, 28). Un aspetto da considerare e fortemente legato alle modalità dell'intervista è, inoltre, la comunicazione della ricerca al campione individuato, avvenuta per mezzo di lettera, che potrebbe non essere stata effettivamente recapitata a tutti i soggetti intervistati. Un miglioramento di questo aspetto potrebbe prevedere una comunicazione diretta da parte dell'IFeC o di altre figure professionali operanti nei distretti, nelle Case delle Comunità o, come in questo caso, nelle Case della Salute.

Oltre al tasso di non-risposta, come si evince dall'analisi, nessun dato si è rivelato significativo ai fini di individuare una correlazione statistica tra le differenti variabili. Pertanto, non è possibile identificare un'associazione tra le caratteristiche sociodemografiche e di salute della popolazione anziana e l'accettazione e aderenza all'intervento proposto dall'IFeC.

Inoltre, un dato importante che emerge dallo studio è la scarsa aderenza all'intervento dell'IFeC, su un totale di 82 soggetti solo 35 hanno accettato l'intervento proposto. La scarsa aderenza può risiedere in diversi fattori compresi quelli relativi al livello di competenza socio-relazionale dell'IFeC. Un altro fattore è rappresentato dal mancato raggiungimento degli standard previsti nel rapporto tra popolazione e numero di IFeC. Martini e colleghi hanno effettuato un'indagine esplorativa sulla figura dell'IFeC e sulla sua presenza in Italia, sottolineando positivamente l'interesse da parte delle aziende sanitarie di adottare gli standard fissati dalla legge DL 34/2020 (8 ogni 50.000 abitanti), ma evidenziando anche due necessità primarie: da una parte la costruzione di una maggiore consapevolezza sulle potenzialità dell'IFeC sul territorio (e non solo sul singolo) e dall'altra il perseguire, anche con scelte economiche e strategiche, il raggiungimento degli standard di legge (29). Infatti, la gestione di un numero di assistiti minore, oltre alle funzioni più trasversali al territorio, può incidere significativamente sull'accettazione agli interventi proposti.

5. CONCLUSIONI

Lo studio ha messo in luce l'importanza della dimensione soggettiva e della presenza nella conduzione di progetti di ricerca legati all'IFeC, al suo rapporto con il territorio e con i pazienti, soprattutto se il campione scelto è direttamente coinvolto e caratterizzato dai pazienti stessi e/o dai loro caregiver. Azioni di ricerca a distanza, per quanto sostenute da parte del territorio, sono risultate poco efficaci sia nella raccolta dei dati sia nella loro significatività in termini di analisi statistica. Gli elementi che più hanno inficiato sulla bontà dello studio sono stati soprattutto la scarsa aderenza all'intervento dell'IFeC e all'intervista telefonica. L'obiettivo di ricerca, cioè l'analisi delle caratteristiche socio-demografiche e sanitarie in relazione alla presenza della figura dell'IFeC, rimane valido e importante al fine di mettere sempre più in luce il suo ruolo e le modalità con cui essa interagisce con il territorio di competenza. In ottica di miglioramento, pertanto, sarebbe auspicabile una sempre più maggior sinergia tra la ricerca accademica e le esperienze territoriali, che, per la loro singolarità e unicità, presentano un alto grado di complessità.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità. 2016.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
2. ISTAT. Aspetti di vita degli over 75. Condizioni di salute, vicinanza ai figli, disponibilità di spazi esterni all'abitazione, cani in casa. 2020.
https://www.istat.it/it/files/2020/04/statisticatoday_ANZIANI.pdf
3. Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI). Position Statement. Roma: luglio 2020.
4. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Health 21: La salute per tutti nel 21° secolo. Maggio 1998.
5. World Health Organization. HEALTH21 – health for all in the 21st century. Eur Heal All. 1998;(5).
6. World Health Organization Europe. The family health nurse-context, conceptual framework and curriculum. 2000;(January 2000):54
7. Family Community Nursing Curriculum.. A 250-hour Lifelong Learning specialization (40 ETCS) in Family Community Nursing provided by the University of Thessaly. 2020. (https://www.enhance-fcn.eu/wp-content/uploads/2021/05/UTH-FCN-Curriculum_updated_compressed.pdf)
8. Brambilla A, Maciocco G. Dalle Case della Salute alla Case della Comunità. Roma: Carocci editore; 2022.
9. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021.
10. Decreto 23 Maggio 2022, n77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
11. La piattaforma è disponibile per gli utenti registrati al seguente indirizzo:
<https://redcap.med.unipmn.it/redcap/index.php?action=myprojects>.
12. Longhini J, Saiani L, Palese A. La complessità della ricerca infermieristica nelle cure primarie: appunti di metodo. Assist Inferm Ric 2021; 40: 175-182.

13. Arnstein S. A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association* 1969; 35(4): 216-224.
14. Apolone G, Mosconi P, Quattrocioni L, Gianicolo E, Groth N, E. Ware Jr. J. Questionario sullo stato di salute SF-12. Versione italiana. Milano: Guerini e Associati; 2005.
15. Scala del contributo del caregiver al self-care nelle malattie croniche v.2 (https://self-care-measures.com/wp-content/uploads/2023/01/CC-SCCI_Italian-v.2.pdf)
16. Katz TF. A.D.L. Activities of Daily Living. *JAMA* 1963; 185: 914.
17. Lawton M.P., Brody E.M. Instrumental activities daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-186.
18. La qualità di vita vista dalle persone con 65 e più anni, disponibile all'indirizzo <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>, ultima consultazione 29 marzo 2023.
19. De Maria M, Matarese M, Strömberg A, Ausili D, Vellone E, Jaarsma T, Osokpo O.H, Daus M.M, Riegel B, Barbaranelli C. Cross-cultural assessment of the Self-Care of Chronich Illness Inventory: A psychometric evaluation. *International Journal of Nursing Studies* 2021; 116: 103422.
20. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle – range theory of self – carer of chronich illness. *ANS Advances in Nursing Science* 2012; 35(3): 194 – 204.
21. Brambilla A, Maciocco G. Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. Roma: Carocci editore; 2022.
22. Shajani Z, Snell D. *Infermieristica di famiglia. Una guida per prendersi cura del sistema famiglia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2021.
23. Scalorbi S, Longobucco Y, Trentin A. *Infermieristica preventive, di famiglia e di comunità*. Milano: McGraw-Hill Education; 2022.
24. Lantieri P, Cavatassi G. *L'infermiere di famiglia. Confronto con il Regno Unito e analisi del grado di fiducia di un gruppo di pazienti nella realtà italiana*. Roma: Aracne editrice; 2016.
25. Corbetta P. *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: il Mulino; 2014.

26. Polit F. D., Beck C. T. Fondamenti di ricerca infermieristica. Milano: McGraw-Hill Education; 2018.
27. Block, E. S., & Erskine, L. (2012). Interviewing by Telephone: Specific Considerations, Opportunities, and Challenges. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(4), 428-445
28. Glass, D., Kelsall, H., Slegers, C. et al. A telephone survey of factors affecting willingness to participate in health research surveys. *BMC Public Health* 15, 1017 (2015).
29. Martini L., Adesso D., Di Falco A., Costa C., Mantoan D.. Gli infermieri di famiglia in Italia: indagine esplorativa, *Assist Inferm Ric* 2021; 40: 137-142.

ALLEGATI

Allegato 1: Lettera ASL



Allegato 4 "Lettera ai pazienti per indagine telefonica" Versione 01 del'11/07/2019

Sig. «NOME» «COGNOME»
«INDIRIZZO»
«CAP» «COMUNE»
Vercelli,

Gentile Signora/e,

L'Università del Piemonte Orientale e l'Azienda Sanitaria Locale di Vercelli stanno conducendo uno studio sull'impatto dell'Infermieristica di Famiglia e Comunità sulla salute della popolazione. Tale servizio è stato avviato nella Casa della Salute di Santhià. Al fine di poter collezionare dati volti a valutarne l'efficacia, si rende necessario coinvolgere un campione della popolazione residente nei comuni afferenti alle Case della Salute di Gattinara e Santhià.

Le scriviamo per informarLa che il Suo nominativo è stato selezionato e che, per questo, nelle prossime settimane verrà contattata/o da un ricercatore del Dipartimento di Medicina dell'Università del Piemonte Orientale, il quale le proporrà un'intervista telefonica che durerà circa 20/30 minuti, per meglio conoscere il suo stato di salute. Al momento della telefonata potrà, se lo vuole, concordare con il ricercatore un altro momento che Le sarà più comodo per rispondere alle domande o indicare un familiare o una persona di fiducia a Lei prossima per completare l'intervista.

Se vorrà, potrà interrompere l'intervista in qualunque momento e/o non rispondere a specifiche domande.

La riservatezza dei dati raccolti è rigorosamente garantita dal rispetto della normativa vigente sulla privacy (D. Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 679/2016). Tutte le informazioni saranno elaborate e presentate in modo da garantire l'anonimato degli intervistati, e usate per soli scopi di ricerca. I dati raccolti non saranno ceduti a terzi o usati per decisioni riguardanti l'intervistato. Il responsabile della protezione dei dati è il Prof. Fabrizio Faggiano dell'Università del Piemonte Orientale e del Servizio Osservatorio Epidemiologico dell'ASL di Vercelli.

La ringraziamo fin da ora per il tempo e la preziosa collaborazione che ci offrirà e Le ricordiamo che, se lo ritenesse necessario, può contattare la Dott.ssa Erica Busca, responsabile della ricerca a livello locale al numero 0321-660559 (dalle ore 10.00 alle ore 12.00, esclusi i festivi) o scrivendo alla seguente email: erica.busca@uniupo.it

Cordialmente

Il Direttore Generale ASL Vercelli
Dott.ssa Chiara Serpieri

Il coordinatore del progetto
Prof. Fabrizio Faggiano

STRUTTURA: Dipartimento di Prevenzione, Servizio Osservatorio Epidemiologico

RESPONSABILE: Prof. Fabrizio FAGGIANO

Indirizzo: Largo Giusti, 13 - 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 593395

Fax. +39 0161 593228

E-mail: epidemiologia@aslvc.piemonte.it

Allegato 2:

Questionario sottoposto agli utenti

Intervista

Record ID _____

Buongiorno, sono (nome dell'intervistatore) la chiamo dall'Azienda sanitaria di Vercelli per un'intervista telefonica in merito allo studio che coinvolge le case della salute della provincia di Vercelli. Di questa intervista è stato informato anche il suo medico di medicina generale

Ha ricevuto per posta la lettera del direttore generale dell'ASL di vercelli che le preannunciava un'intervista telefonica? Yes No

Nella lettera si descrive lo studio che L'ASL di Vercelli, in collaborazione con l'Università del Piemonte Orientale sta sviluppando mediante interviste a persone residenti nella provincia di Vercelli e in particolare nei comuni afferenti alle case della salute di Santhià, Gattinara.

L'obiettivo è valutare l'impatto dell'assistenza erogata dall'infermiere di famiglia e di comunità se presente sul suo territorio. Per la valutazione è necessario raccogliere anche il punto di vista dei cittadini. Le persone sono scelte a caso tra gli assistiti dell'infermiere di famiglia e di comunità residenti nel comune di Santia e limitrofi e tra le persone residenti nei comuni di Gattinara e limitrofi. Lo scopo dell'intervista è conoscere il suo stato di salute e le abitudini di vita.

Lei è una delle persone selezionate dagli elenchi dell'ASL di Vercelli. L'intervista richiede circa 40 minuti del suo tempo. La partecipazione è libera e volontaria, non è previsto nessun tipo di compenso e può deciderne in ogni momento l'interruzione o di non rispondere a specifiche domande. La sua partecipazione è preziosa per raggiungere gli obiettivi dello studio.

È disponibile a partecipare allo studio? no non in questo momento si

c'è un familiare o una persona di fiducia a lei prossima che è disponibile a rispondere ad alcune domande e che è a conoscenza del suo stato di salute e delle sue abitudini di vita? no non in questo momento si

La ringrazio per l'attenzione che mi ha dedicato, buona giornata

La persona che risponde all'intervista è il soggetto campionato il caregiver

SEZIONE 1- QUALITA' DELLA VITA E STATO DI SALUTE

In generale, direbbe che la sua salute è: Eccellente Molto buona Buona Passabile Scadente Non so NR

Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. La sua salute la limita attualmente nello svolgimento di tali attività?

Si, mi limita parecchio	Si, mi limita parzialmente	No, non mi limita per nulla	Non so	NR
-------------------------	----------------------------	-----------------------------	--------	----

Attività di moderato impegno fisico (spostare un tavolo, usare un'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta)	<input type="radio"/>				
Salire qualche piano di scale	<input type="radio"/>				

Adesso le farò un breve test che riguarda la memoria. Le dirò 3 parole. Quando le avrò dette tutte e 3, le ripeterà lei. Le tenga a mente, perché tra qualche minuto le chiederò di ripeterle. Le tre parole sono: casa, verde, pane. Può ripeterle? (ripeterle al soggetto per un massimo di sei volte)

L'anziano è riuscito a ripetere le 3 parole? Yes
 No

Senza dire all'interessato se la risposta è corretta o errata

	Corretto	Errato
Può dirmi in che anno siamo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In che mese dell'anno siamo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quale giorno della settimana è oggi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grazie, mi può per favore ripetere le parole che le ho detto prima? CASA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VERDE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PANE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Punteggio memoria _____

A questo punto se lei è d'accordo avremo bisogno di un suo familiare o di una persona che le sta vicino per rivolgergli alcune domande sulla sua salute no
 non in questo momento
 si

Nelle ultime quattro settimane ha riscontrato i seguenti problemi nelle altre attività quotidiane a causa della sua salute fisica?

	Si	No	Non so	NR
Ha reso meno di quanto avrebbe voluto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o attività	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nelle ultime quattro settimane ha riscontrato i seguenti problemi nelle altre attività quotidiane a causa del suo stato emotivo?

	Si	No	Non so	NR
Ha reso meno di quanto avrebbe voluto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in
altra attività?

	Per nulla	Molto poco	Un po'	Molto	Moltissimo	Non so	NR
Nelle ultime quattro settimane in che misura il dolore l'ha ostacolato nel lavoro che svolge abitualmente sia in casa che fuori casa?	<input type="radio"/>						

Nelle ultime quattro settimane quante volte si è sentito:

	Sempre	Quasi sempre	Molto tempo	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai	Non so	NR
Calmο e sereno	<input type="radio"/>							
Pieno di energia	<input type="radio"/>							
Scoraggiato e triste	<input type="radio"/>							

	Sempre	Quasi sempre	Molto tempo	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai	Non so	NR
Nelle ultime quattro settimane per quanto tempo la sua salute fisica e il suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia o con gli amici?	<input type="radio"/>							

Un medico ha/le ha mai diagnosticato o confermato una o più delle seguenti malattie (al soggetto campionato)

	Si	No	Non so	NR
Insufficienza renale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ictus o ischemia cerebrale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ipertensione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altre malattie cardiache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malattie croniche del fegato, cirrosi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SEZIONE 2: SELFCARE E ASSISTENZA

Per rispondere alle seguenti domande ripensi all'ultimo mese. In una scala da 1 a 5 (dove 1 è mai e 5 è sempre) quanto spesso o abitualmente mette in pratica i seguenti comportamenti?

	Mai	Quasi mai	A volte	Quasi sempre	Sempre
Assicurarsi di dormire abbastanza	<input type="radio"/>				
Cercare di evitare di ammalarsi (es: vaccinarsi per l'influenza, lavarsi le mani)	<input type="radio"/>				
Seguire una dieta specifica	<input type="radio"/>				
Vedere il suo medico per l'assistenza abituale	<input type="radio"/>				
Prendere i farmaci prescritti senza saltare una dose	<input type="radio"/>				
Evitare sigarette e fumo di tabacco	<input type="radio"/>				
Evitare o gestire lo stress	<input type="radio"/>				
Monitorare le sue condizioni	<input type="radio"/>				
Prestare attenzione ai cambiamenti di come si sente	<input type="radio"/>				
Controllare se ha effetti collaterale dei farmaci	<input type="radio"/>				
Controllare se si stanca più del solito nel fare le normali attività	<input type="radio"/>				
Controllare se ha dei sintomi	<input type="radio"/>				
	Si	No	Non so	NR	
Nel mese passato ha avuto sintomi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Quanto velocemente lo ha riconosciuto come un sintomo della sua malattia in una scala da 0 a 5 (dove 0 "non l'ho riconosciuto" e 5 "l'ho riconosciuto molto velocemente")?

0
 1
 2
 3
 4
 5

Di seguito sono elencati i comportamenti che le persone con malattie croniche usano per controllare i loro sintomi. Quando ha sintomi, quanto è probabile, in una scala da 1 a 5 (dove 1 "non è probabile" e 5 "sicuramente") che metta in atto uno dei seguenti comportamenti?

	Non è probabile	Poco probabile	Abbastanza probabile	Molto probabile	Sicuramente
Cambiare ciò che mangia o beve per far diminuire o scomparire i sintomi	<input type="radio"/>				
Modificare il suo livello di attività (ridurlo o riposarsi)	<input type="radio"/>				

Prendere una medicina per far diminuire o scomparire i sintomi	<input type="radio"/>				
Parlare al suo medico del sintomo al prossimo controllo	<input type="radio"/>				
Chiamare il suo medico per avere dei consigli	<input type="radio"/>				

Pensi ad un comportamento che ha attuato l'ultima volta che ha avuto dei sintomi. Quanto è sicuro che il rimedio che ha usato l'ha fatta sentire meglio in una scala da 0 a 5 (dove 0 non ho fatto nulla e 5 sono molto sicuro)?

0 non ho fatto nulla
 1 non sono sicuro
 2 poco sicuro
 3 abbastanza sicuro
 4 sicuro
 5 molto sicuro

SEZIONE 3: CADUTE

Le farò alcune domande sulle cadute. Pensi agli ultimi 30 giorni e mi dica se:

	Si	No	Non so	NR
E' caduto a terra negli ultimi 30 giorni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dove è avvenuta l'ultima caduta?

Cucina
 Bagno
 Camera da letto
 Ingresso
 Scale
 Giardino
 Strada
 Mezzo di trasporto
 Altro
 Non so
 NR

	Si	No	Non so	NR
A causa di quest'ultima caduta è stato ricoverato più di 1 giorno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attualmente ha paura di cadere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negli ultimi 12 mesi un medico o un'altro operatore le ha dato consigli su come evitare di cadere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Per la vasca da bagno o per la doccia usa:

	Si	No	Non so	NR
Tappetini antiscivolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maniglioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seggiolini	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SEZIONE 4: ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA

Ora le chiedo se abitualmente ha bisogno di aiuto o può fare da solo/a le attività che le dico. E' in grado di:

	Da solo / anche se con problemi	Se aiutato/a	No, non riesco a farlo	Non so	NR
Usare il telefono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fare la spesa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cucinare o riscaldare i cibi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendersi cura della casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fare il bucato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendere i farmaci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagare conti o bollette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spostarsi fuori casa con i mezzi pubblici o la propria auto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fare il bagno o la doccia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestirsi e spogliarsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andare in bagno per fare i propri bisogni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spostarsi da una stanza all'altra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentarsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

È in grado di trattenere urine e feci

- Si senza problemi
 Ho occasionali episodi di incontinenza
 Ho problemi continui di incontinenza e/o uso il catetere
 Non so
 NR

Per le attività che non è in grado di fare da solo riceve aiuto da parte di:

	Si	No	Non so	NR
Famigliari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conoscenti/amici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Associazioni di volontariato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persone individuate pagate in proprio (es: badante)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistenza a domicilio di operatori pagati dal servizio pubblico (es: ASL, comune)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistenza presso centro diurno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contributi economici (es: assegni di cura, accompagnamento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SEZIONE 5: ATTIVITÀ SOCIALI E STILI DI VITA

Ora consideri gli ultimi 12 mesi:

	Spesso	Ogni tanto	Quasi mai	Mai	Non so	NR
Il soggetto campionato ha accudito e aiutato persone che NON VIVONO con lei come figli fratelli/sorelle, amici o genitori?	<input type="radio"/>					
Il soggetto campionato ha accudito e aiutato persone che VIVONO con lei come coniuge, figli, genitori?	<input type="radio"/>					

Negli ultimi 7 giorni, quali di queste attività di svago ha svolto?

Leggere, guardare la tv, fare lavoretti manuali, giocare a carte

- Si
 No
 Non so
 NR

Quanti giorni la settimana?

- 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7

In media per quanto tempo in ciascuno di questi giorni?

Passeggiare, portare il cane a spasso, andare in bicicletta

- Si
 No
 Non so
 NR

Quanti giorni la settimana?

- 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7

In media per quanto tempo in ciascuno di questi giorni?

Praticare attività fisica leggera (es: ginnastica dolce, bocce, etc.)

- Si
 No
 Non so
 NR

Quanti giorni la settimana?

- 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7

In media per quanto tempo in ciascuno di questi giorni? _____

Praticare attività fisica moderata (es: ballo)

- Si
 No
 Non so
 NR

Quanti giorni la settimana?

- 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7

In media per quanto tempo in ciascuno di questi giorni? _____

Praticare attività fisica pesante (es. nuoto, corsa, ciclismo)

- Si
 No
 Non so
 NR

Quanti giorni la settimana?

- 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7

In media per quanto tempo in ciascuno di questi giorni? _____

Praticare ginnastica con attrezzi, flessioni...

- Si
 No
 Non so
 NR

Quanti giorni la settimana?

- 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7

In media per quanto tempo in ciascuno di questi giorni? _____

Per le attività domestiche negli ultimi 7 giorni si è dedicato a:

	Si	No	Non so	NR
Praticare attività domestiche leggere come spolverare, lavare i piatti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praticare attività domestiche pesanti come lavare i pavimenti, spostare i mobili	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eeguire piccole riparazioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eeguire lavori nell'orto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fare giardinaggio, curare i fiori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendersi cura di una persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Negli ultimi 12 mesi un medico o un'altro operatore le ha consigliato di fare attività fisica?

Si
 No
 Non so
 NR

Attualmente (al soggetto campionato) le capita di bere, anche se ogni tanto, vino, birra, amari, aperitivi alcolici o altri liquori?

Si
 No
 Non so
 NR

Quanti bicchieri di vino beve in una giornata normale?

Meno di uno
 Uno
 Più di uno

Quanti ne beve in una settimana normale?

Quante lattine di birra beve in una giornata normale?

Meno di uno
 Uno
 Più di uno

Quanti ne beve in una settimana normale?

Quanti bicchierini di amaro, altri liquori beve in una giornata normale?

Meno di uno
 Uno
 Più di uno

Quanti ne beve in una settimana normale?

Negli ultimi 12 mesi un medico o un altro operatore le ha consigliato di bere meno bevande alcoliche?

Si
 No
 Non so
 NR

In tutta la sua vita (il soggetto campionato) ha fumato in tutto almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20)?

Si
 No
 Non so
 NR

Attualmente fuma sigarette? Sì
 no
 Ho smesso da almeno un'anno
 Ho smesso da oltre un'anno
 Non so
 NR

Quante sigarette fuma in una giornata normale? _____

Negli ultimi 12 mesi un medico o un'altro operatore le ha consigliato di smettere di fumare? Sì
 No
 Non so
 NR

Pensi agli ultimi 30 giorni: di solito in una giornata in totale quante porzioni di frutta o verdura assume? (1 porzione equivale a un quantitativo crudo che può essere contenuto sul palmo di una mano oppure a mezzo piatto cotto) Nessuna
 Una o due
 Tre o quattro
 Cinque o più
 Non so
 NR

Ha perso peso negli ultimi 12 mesi? Sì
 No
 Non so
 NR

Quanto peso ha perso in kg? _____

Qual'è il suo peso attuale? (non so e NR viene considerato come 0 Kg) _____

Quanto è alto in cm? _____

SEZIONE 7: DATI SOCIO-ANAGRAFICI

Lei/Il/la signor (nome del soggetto campionato) è? Coniugato/a
 Celibe/Nubile
 Vedovo/a
 Separato/a o Divorziato/a
 Non so
 NR

Attualmente, il soggetto campionato, con chi vive? Da solo/a
 Coniuge e/o compagno/a
 Figli
 Fratelli/sorelle
 Nipoti
 Nuora o genero
 Badante
 Altri
 Non so
 NR

Qual'è la cittadinanza del soggetto campionato?

- Italiana
 Straniera
 Doppia
 Non so
 NR

Cittadinanza straniera:

Da quanti anni vive in Italia?

	Si	No	Non so	NR
Riceve una pensione? (tutti i tipi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Che titolo di studio ha il soggetto campionato?

- Nessuno
 Elementare
 Media
 Superiori
 Laurea
 Non so
 NR

Abbiamo quasi finito. Ora vorrei chiederle.

Quanto tempo impiega per raggiungere il/la signor/a (nome e cognome dell'accudito)?

- Viviamo nella stessa abitazione
 Almeno cinque minuti
 Tra i dieci e i quindici minuti
 Più di quindici minuti
 Non so
 NR

Qual'è il grado di parentela o relazione con il/la signor/a (nome dell'accudito)?

- Coniuge/Convivente
 Sorella/Fratello/Cognata/Cognato
 Figlia/o o Nipote
 Amico/Conoscente
 Nuora/Genero
 Volontario
 Badante
 Non so
 NR

Mi può dire la sua età?

Qual'è la sua cittadinanza?

- Italiana
 Straniera
 Doppia
 Non so
 NR

Da quanti anni vive in Italia?

Qual'è il suo titolo di studio?

- Nessuno
- Elementare
- Media
- Superiori
- Laurea
- Non so
- NR

L'intervista è finita. La ringrazio per la collaborazione!