

I bisogni delle persone con patologia oncologica, la prevenzione dei tumori, la promozione della salute e l'infermieristica di famiglia e comunità: riflessioni

Rosario Caruso

Presidente Associazione Italiana Infermieri di Area Oncologica (AIIAO)

Come noto, il Patto per la salute 2019-2021, strumento centrale per l'indirizzamento delle risorse da utilizzare all'interno del nostro sistema socio-sanitario, ha previsto che accanto ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e agli specialisti ambulatoriali e ai farmacisti ci sia "l'assistenza infermieristica di famiglia e comunità". Questo approccio è teso a garantire la completa presa in carico integrata delle persone, dove la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, è necessaria per raggiungere la copertura dell'incremento dei bisogni di continuità assistenziale e aderenza terapeutica, soprattutto in considerazione della crescente natura epidemiologica di soggetti fragili e affetti da multi-morbilità. Dal Patto della salute 2019-2021 in avanti (DL19 maggio 2020, n. 34; Conferenza delle Regioni e delle PP.AA del 10 settembre 2020 e diversi D.G.R. nei contesti regionali), tutta la comunità infermieristica nazionale sta seguendo con molto interesse il percorso in essere che sta portando alla messa a sistema dell'**infermiere di famiglia e comunità (IfeC)**.

L'introduzione dell'IfeC non sarà un mero riconoscimento della professionalità di una specifica funzione infermieristica (l'assistenza infermieristica di famiglia e comunità), ma la risposta più corretta possibile ad una reale necessità per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, al fine di continuare a garantire servizi allineati con i valori fondanti del nostro sistema, ossia universalità, uguaglianza ed equità. L'assistenza infermieristica di famiglia e comunità è, dunque, una necessità per **cogliere, documentare e gestire i bisogni di salute delle persone nelle loro comunità**. Questo consentirà dunque una **fattiva stratificazione per profili di rischio della popolazione** e, conseguentemente, **un'assistenza proattiva** basata su *prevenzione, educazione e promozione* della salute. L'assistenza proattiva dovrebbe quindi basarsi su interventi mirati alle persone sane e alla popolazione di malati (soprattutto cronici) in ogni fase della malattia. Questa azione proattiva, descritta anche come "*medicina di iniziativa*" nella quale la disciplina infermieristica è immersa sin dagli albori (la salutogenesi è nel DNA dell'infermieristica dalla sua

"nascita"), consentirebbe di **ottimizzare la gamma di prestazioni di tipo "reattivo"** (esempio l'assistenza domiciliare integrata o le cure ospedaliere), ossia di gestione classica dei problemi conclamati, ma anche di **ottimizzare i decorsi clinici delle persone con cronicità e ottimizzare lo stato di salute dei sani**. Inoltre, la professione infermieristica ha nel suo DNA anche altri aspetti fondamentali affinché i meccanismi del sistema possano muoversi armonicamente: un forte orientamento alla multi-professionalità e multidisciplinarietà, capacità di coordinamento di processi complessi e una visione di salute che sposa in modo naturale il moderno concetto di "One health" (salute globale), ossia una salute risultante dalle interazioni di salute umana, animale e ambientale. In sintesi, date le premesse, la comunità e noi tutti abbiamo l'aspettativa che l'assistenza infermieristica di famiglia e comunità sia un vero volano di *welfare equo* e che gli IfeC siano messi in condizioni organizzative (ma anche formative) di poter essere davvero un perno del sistema di cure primarie.

In questo percorso, sul piano culturale e del libero associazionismo, l'Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità (AI-FeC) rappresenta un po' il segna passo dello stato dei dibattiti e delle consultazioni con gli enti regolatori (Ordini) e istituzioni in senso ampio. Tuttavia, il punto di osservazione delle associazioni professionali e società scientifiche infermieristiche può essere considerato un valido carburante per far innescare il motore della co-costruzione di idee, progetti e iniziative o, per lo meno, serve ad arricchire di punti di vista specifici l'inquadramento del percorso di implementazione sistematica dell'assistenza infermieristica di famiglia e comunità nel nostro Paese. Per tale motivo, **all'interno della Associazione Italiana Infermieri di Area Oncologica (AIIAO) abbiamo iniziato a riflettere su come e quanto l'assistenza infermieristica di famiglia e comunità possa impattare sui bisogni delle persone con cancro**.

Il 6% della popolazione vivente italiana (3,6 milioni di persone) ha avuto una diagnosi di tumore e le persone con diagnosi di tumore vivono all'interno della comunità! Riflettere su "come e quanto" l'assistenza infermieristica di famiglia e comunità possa

sa impattare sui bisogni delle persone con cancro, significa porsi almeno due domande iniziali:

a. *Quali sono i bisogni di salute delle persone con diagnosi di tumore all'interno della loro comunità?*

Oggi abbiamo contezza di molti bisogni che vengono intercettati, in modo più o meno sistematico, sia dagli infermieri di oncologia nei contesti di cure secondarie (ambulatoriali) e terziarie in specifiche popolazioni oncologiche di malati (al netto quindi di malattia e stadio), sia dagli infermieri di ricerca in specifiche condizioni di trattamento. Ma importanti aspetti che potrebbero fornire una fattiva stratificazione per profili di rischio della popolazione oncologica finalizzata ad un'assistenza proattiva (basata su *prevenzione, educazione e promozione* della salute) non sono *"epidemiologicamente disponibili"*, come ad esempio la rilevazione sistematica dei livelli di competenza delle persone e delle comunità nell'ottenere, gestire, comprendere, valutare le informazioni e trarne conseguenze per l'azione necessaria ad assicurare beneficio alla comunità con decisioni di sanità pubblica (**health literacy**). In tal senso, l'introduzione dell'IfeC potrebbe rappresentare l'infrastruttura necessaria per avere informazioni di natura epidemiologica rispetto a caratteristiche (come l'health literacy, ad esempio) ad oggi poco descritte. Le informazioni epidemiologiche di queste caratteristiche sono necessarie per "disegnare" piani di *prevenzione, educazione e promozione* della salute personalizzati per specifici cluster di popolazione.

b. *Quali sono gli interventi di prevenzione, educazione e promozione della salute maggiormente "urgenti" ed efficaci per la popolazione con diagnosi di tumore all'interno della loro comunità?*

In questo caso, ci siamo posti una duplice domanda, poiché un conto è "l'urgenza", altro conto è l'efficacia. In merito all'urgenza di interventi di prevenzione, educazione e promozione della salute, quello che oggi sappiamo è che le persone invitate agli screening oncologici nel 2019 sono state oltre 13 milioni, mentre i test di screening effettuati sono stati meno di sei milioni (dati AIOM, 2021). Nel 2020, causa COVID, in modo non omogeneo tra le Regioni, gli screening sono stati ridotti ulteriormente e nei mesi di marzo e aprile sospesi. Si stima una riduzione degli screening oncologici (quindi della prevenzione secondaria) nel 2020 di oltre il 30%. Per cui, le azioni volte alla prevenzione secondaria sembra evidente siano molto urgenti. In questo contesto, non è da sottovalutare neanche la necessità di una buona prevenzione primaria che a livello di sistema è la grande

assente di sempre. La prevenzione primaria cerca di evitare l'insorgenza del cancro, per esempio attraverso interventi sugli stili di vita (salutogenesi) o sull'ambiente, e l'IfeC, in tal senso, potrebbe avere una funzione chiave. Oltre alla prevenzione (primaria, secondaria, ma anche terziaria), il miglioramento del benessere della persona con diagnosi di tumore è un obiettivo perseguibile e da perseguire (promozione della salute).

In merito all'efficacia dell'assistenza infermieristica di famiglia e comunità su esiti di popolazione (popolazione generale e quindi anche oncologica), ci affidiamo alla letteratura. Recentissimamente (novembre 2021), è stata pubblicata una revisione sistematica di 13 studi randomizzati e controllati¹, con l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'introduzione di modelli che prevedono l'IFeC (adeguatamente formati come specialisti delle cure primarie) rispetto alle cure primarie erogate esclusivamente da parte dei medici. Sono stati dimostrati effetti positivi per l'impatto degli IFeC rispetto all'assistenza abituale (erogata e gestita solo da medici) sui seguenti outcome: 1. percezione generale dello stato di salute; 2. livelli di soddisfazione verso il sistema sanitario; 3. capacità funzionale (funzione fisica); 4. gestione corretta nella pressione arteriosa nei pazienti ipertesi; 5. riduzione dei tempi di attesa per ricevere servizi sanitari; 6. riduzione costi.

In conclusione, ultime riflessioni. AIIAO, membro della Associazione Europea degli Infermieri in Oncologia (EONS), mira ad essere una realtà associativa unitaria, centro di vita professionale, luogo di riflessione, studio e approfondimento su tematiche di interesse per il *nursing* oncologico. In tal senso, proporre e ricevere riflessioni sull'assistenza infermieristica di famiglia e di comunità è utile allo sviluppo del *nursing oncologico* considerando il nostro specifico interesse associativo, oltre ad essere utile in senso ampio di sistema-paese, e **auspichiamo che la "messa a sistema" dell'IFeC sia fattiva e dia ai colleghi che svolgeranno questa funzione le possibilità di esprimere al meglio il pieno potenziale dell'Essere infermieri all'interno della rete di cure primarie**. Concludo, richiamando il titolo di un articolo pubblicato su *Quotidiano Sanità*² dal collega e amico presidente CNAI, Walter De Caro, **"Valorizzare la professione infermieristica, non perdiamo l'occasione: se non ora quando?"**.

1 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666142X21000163>

2 https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=99472