

Online ISSN 3035-5184



NURSE PRACTITIONER

SELF EMPLOYMENT

**RICERCA
INFERMIERISTICA
2025 Volume 1**

WWW.NPSNURSE.IT

Publication frequency: Quarterly

NPS NURSE Editorial Office

Via Giosue Carducci 8, 83100 Avellino, Italy

info@npsnurse.it

Il contributo dell'infermiere di comunità nella gestione della fragilità nell'anziano

A cura di:

Dr.ssa Annamaria Garofalo, *Infermiera presso A.O.R.N. San Giuseppe Moscati e docente del modulo SSD MED/47 - Infermieristica in Ostetricia e Ginecologia presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"*

Dr. Alfonso Marotta, *Amministrativo presso A.S.L. di Avellino, U.O.C. Farmacia Territoriale. Dottore in Scienze Economiche e, Manager del Welfare Territoriale.*

Annamaria Garofalo



<https://orcid.org/0009-0003-4572-0730>

Infermiera presso A.O.R.N. San Giuseppe Moscati

SSDMED/47-Infermieristica in Ostetricia e Ginecologia presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

Alfonso Marotta



<https://orcid.org/0009-0009-6348-1247>

Review article

DOI: [10.63099/nps.v1i3.20](https://doi.org/10.63099/nps.v1i3.20)

Published online: 06.02.2025

This article is licensed under the Creative Commons Attribution – Non Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0) international license.

Abstract: La fragilità geriatrica è un importante problema di sanità pubblica in Europa, in crescita parallelamente all'invecchiamento demografico. Oltre un quinto della popolazione dell'UE ha ≥ 65 anni¹ e circa il 10-15% degli anziani comunitari presenta fragilità conclamata, con percentuali più elevate nelle età avanzate e nel sesso femminile ().

L'**infermiere di comunità** (o di famiglia) sta emergendo come figura chiave per fronteggiare questa sfida, contribuendo alla prevenzione e gestione integrata della fragilità. Scopo di questo studio è analizzare, con focus sull'esperienza europea, il ruolo dell'infermiere di comunità nella gestione della fragilità nell'anziano, includendo dati epidemiologici aggiornati, esempi di modelli assistenziali innovativi e riferimenti a studi recenti (2020-2024). **Metodologia:** È stata condotta una revisione narrativa della letteratura scientifica e dei report epidemiologici dal 2020 in poi, selezionando studi pertinenti sulla fragilità nell'anziano e sull'implementazione di interventi infermieristici territoriali in Europa.

Risultati: La fragilità interessa una quota ampia e crescente di anziani europei (fino al 14% ≥ 65 anni in alcune regioni nel 2021²), ma evidenzia variazioni geografiche legate a fattori socio-economici. In diversi paesi europei sono stati sviluppati modelli innovativi: ad esempio, in Italia l'introduzione diffusa dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (1 ogni ~3000 abitanti) mira a potenziare l'assistenza domiciliare primaria; nel Regno Unito l'inserimento di "frailty nurse" di comunità ha ridotto fino al 50-80% l'uso di cure non programmate; nei Paesi Bassi il modello Buurtzorg di assistenza domiciliare infermieristica autonoma ha ottenuto i più alti tassi di soddisfazione dei pazienti a livello nazionale³. Il ruolo dell'infermiere di comunità si è dimostrato fondamentale nel *screening* proattivo e prevenzione della fragilità, nell'attuazione della Valutazione Geriatrica Multidimensionale in contesto domiciliare, nella continuità assistenziale (riducendo ricoveri evitabili) e nel coordinamento multiprofessionale con medici di base, geriatri e servizi sociali⁴.

¹ Population structure and ageing - Statistics Explained

² Frailty trends in Catalonia 2017-2021: An epidemiological study with 1.5 million people aged ≥ 65 years - PubMed

³ The implementation and outcomes of self-managing teams in elderly care: A scoping review - PMC

⁴ Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar - PMC

Discussione: L'analisi evidenzia che il contributo dell'infermiere di comunità può migliorare gli esiti assistenziali degli anziani fragili, ritardando il declino funzionale e riducendo il carico su ospedali e famiglie. In Europa, dove la maggior parte degli anziani fragili vive al proprio domicilio, investire su approcci territoriali infermieristici consente interventi domiciliari tempestivi (anche tramite telemedicina) e programmi educativi personalizzati, con esiti positivi sulla salute (es. minori cadute, migliore aderenza terapeutica). **Conclusioni:** L'esperienza europea conferma che l'infermiere di comunità è un attore centrale nella gestione della fragilità, agendo in prevenzione, cura continuativa e coordinamento. L'adozione di tali figure professionali, supportata da adeguata formazione specialistica e integrazione nei team di assistenza primaria, rappresenta una *best practice* per rispondere alle crescenti esigenze di una popolazione che invecchia in modo sano e dignitoso.

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione europea comporta un aumento significativo del numero di anziani affetti da **fragilità** – una sindrome geriatrica caratterizzata da vulnerabilità intrinseca a stressor minori e ridotta riserva funzionale⁵. La fragilità rappresenta uno stato di rischio preclinico, spesso reversibile, che precede l'instaurarsi della disabilità e della dipendenza funzionale. Gli anziani fragili presentano un rischio elevato di esiti avversi (cadute, ospedalizzazioni, istituzionalizzazione, morte) rispetto ai coetanei robusti. In termini epidemiologici, recenti studi evidenziano la portata del fenomeno in Europa: **oltre il 50%** degli ultra-50enni europei risulta in condizione di pre-fragilità o fragilità⁶, con una prevalenza stimata di fragilità di circa **7-12%** nella popolazione anziana comunitaria (in base ai criteri adottati) (). Questa quota aumenta marcatamente con l'età avanzata (oltre i 75-80 anni) ed è più alta tra le donne rispetto agli uomini⁷. Vi sono inoltre rilevanti **eterogeneità geografiche**: ad esempio, secondo il *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, la prevalenza di fragilità (fenotipo di Fried) variava dal 3% in Svizzera al 15,6% in Portogallo già alla metà degli anni 2010. Evidenze più recenti confermano questa variabilità: un atlante della fragilità in 42 paesi europei (2024)

⁵ Frailty prevalence in 42 European countries by age and gender: development of the SHARE Frailty Atlas for Europe | GeroScience

⁶ Prevalence of frailty status among the European elderly population: Findings from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe - PubMed

⁷ Frailty prevalence in 42 European countries by age and gender: development of the SHARE Frailty Atlas for Europe - PubMed

mostra differenze significative correlate al contesto socio-economico, con tassi di fragilità più elevati nei paesi a minor reddito medio . Ad esempio, in

Catalogna (Spagna) la prevalenza standardizzata di fragilità fra gli over-65 è aumentata dal **10,5%** nel 2017 al **14,3%** nel 2021 , segnalando un trend in crescita accentuato anche dall'impatto della pandemia di COVID-19. Nello stesso periodo in Italia, i dati di sorveglianza PASSI d'Argento (ISS) indicano che il **18%** degli ultrasessantacinquenni intervistati nel 2017-2020 era **fragile**, ossia bisognoso di assistenza nelle attività quotidiane (Quanti sono oggi gli anziani fragili? - Info Data). Tuttavia, la stragrande maggioranza di essi (93%) riceve aiuto esclusivamente da familiari, e solo il 2,7% beneficia di assistenza domiciliare da parte di servizi pubblici (Quanti sono oggi gli anziani fragili? - Info Data) – un dato che evidenzia un gap assistenziale rilevante.

Di fronte a questa “epidemia silente” di fragilità dell’anziano, i sistemi sanitari europei stanno **ripensando i modelli assistenziali** ponendo enfasi sulla prevenzione e la gestione proattiva a livello territoriale (Gruppi d'azione del partenariato europeo sull'invecchiamento attivo ...)⁸. In particolare, sta emergendo il ruolo dell'**infermiere di famiglia e di comunità** (IFeC) quale figura pivot per garantire continuità assistenziale e interventi domiciliari precoci rivolti agli anziani fragili e ai loro caregivers. L'infermieristica di comunità in ambito geriatrico mira a “portare l'ospedale a casa” quando possibile, evitando ricoveri inappropriati e favorendo la permanenza dell’anziano nel proprio domicilio in sicurezza. Diversi paesi europei hanno introdotto programmi specifici: l'Italia ha formalizzato nel 2020 lo standard di **1 infermiere di famiglia/comunità ogni 2.000-3.000 abitanti** per potenziare l'assistenza territoriale⁹; il Regno Unito da oltre un decennio sviluppa ruoli infermieristici avanzati come i *community matrons* o *frailty nurses* in assistenza primaria (The Frailty Matters Project - British Journal of Community Nursing)¹⁰; i Paesi Bassi hanno rivoluzionato l'assistenza domiciliare con il modello Buurtzorg basato su piccoli team autonomi di infermieri di quartiere . In questo contesto, il presente articolo si propone di analizzare – con linguaggio tecnico-scientifico ma divulgativo – *il contributo dell'infermiere di comunità nella gestione della fragilità nell'anziano*, focalizzando sull'esperienza europea recente. Si esploreranno i dati epidemiologici attuali sulla fragilità in

⁸ [PDF] Sunfrail: un Modello per la prevenzione della Fragilità - Epicentro.Iss.it

⁹ La carenza infermieristica nella sanità territoriale - Fnopi L'infermiere

¹⁰ NHS England » Introducing a 'practice frailty nurse' into the community setting

Europa, esempi di modelli assistenziali innovativi o *best practice* nei vari paesi, e si delinearanno le attività e competenze chiave degli infermieri di comunità in ambito preventivo, clinico e organizzativo per la cura degli anziani fragili.

Metodologia

Si è adottato un disegno di **review narrativa** della letteratura e dei documenti di sanità pubblica. Tra gennaio e marzo 2025 sono state svolte ricerche bibliografiche in database scientifici (PubMed, Scopus) e fonti istituzionali (Eurostat, OMS Europa, Ministeri della Salute europei) per identificare: 1) dati epidemiologici aggiornati (2020-2024) sulla fragilità nella popolazione anziana in Europa; 2) studi empirici o *reviews* sul ruolo dell'infermiere di comunità/famiglia nella gestione di pazienti anziani fragili; 3) descrizioni di modelli assistenziali innovativi, progetti o interventi territoriali rivolti alla fragilità in diversi paesi europei. Come criteri di inclusione sono state considerate pubblicazioni scientifiche (trial clinici, studi osservazionali, studi qualitativi e di implementazione, *scoping review*) in lingua inglese o italiana, pubblicate dal 2020 in avanti, e report ufficiali dal 2020 ad oggi. Sono stati privilegiati studi con campioni europei o confronti internazionali, per attinenza al focus geografico richiesto. I termini chiave utilizzati nelle ricerche sono stati, tra gli altri: "*frailty in older adults*", "*community nurse*", "*primary care*", "*integrated care for frail elderly*", sia singolarmente sia in combinazione, anche nelle rispettive traduzioni ("*fragilità anziani*", "*infermiere di comunità/famiglia*" ecc.). Dopo uno *screening* per titoli e abstract, le fonti rilevanti sono state analizzate integralmente e le informazioni estratte sono state organizzate secondo le tematiche chiave oggetto del presente lavoro: (a) epidemiologia della fragilità in Europa; (b) modelli e interventi assistenziali a livello comunitario; (c) ruolo e competenze dell'infermiere di comunità nella fragilità (prevenzione, continuità, valutazione multidimensionale, coordinamento). Per garantire l'aggiornamento dei dati statistici, si è fatto riferimento ove possibile a sorveglianze epidemiologiche recenti (es. PASSI d'Argento ISS per l'Italia, studi di coorte regionali, iniziative EU come il progetto *SHARE Frailty Atlas 2024*). I risultati sono riportati in forma descrittiva, con l'ausilio di una tabella riassuntiva dei dati di prevalenza più significativi.

Risultati

Epidemiologia della fragilità nell'anziano in Europa

L'analisi delle fonti recenti conferma che la fragilità colpisce una quota considerevole di anziani europei e tende ad aumentare col tempo. La **Tabella 1** riassume alcuni indicatori epidemiologici chiave emersi da studi dal 2018 in poi.

Tabella 1 – Prevalenza della fragilità negli anziani in Europa (studi recenti)

Contesto/Studio (anno)	Definizione di fragilità	Popolazione esaminata	Prevalenza fragilità (frail)	Prevalenza pre-fragilità
Meta-analisi 22 paesi EU (ADVANTAGE) () (2018)	Varie (Fenotipo di Fried, FI, ecc.)	≥65 anni, comunità	~ 12% (stima pooled Europa)(IC 95% 10-15%)	- (41% circa se ≥70 anni)
Studio SHARE 6^a wave (2019)	Fenotipo di Fried (5 criteri)	≥50 anni, comunità (Europa)	7,7% (range 3% CH – 15,6% PT)	42,9% (34% AT – 52,8% EE)
Catalogna, Spagna (2017→2021)	<i>Electronic Frailty Index (eFI)</i>	≥65 anni, utenti sanitari	10,5% (2017) → 14,3% (2021)	-
Italia (PASSI d'Argento) (Quanti sono oggi gli anziani fragili? - Info Data)(2017-2020)	Fragilità percepita (bisogno assist.)	≥65 anni, campione pop.	18% (fragili che necessitano aiuto)	-
Italia (studio longitudinale) (Analisi epidemiologica della fragilità nella coorte di anziani ILSA ...)(2011→2021)	Fragilità severa (indicatori clin.)	≥65 anni, comunità (Longeva)	1,4% (2011) → 3,7% (2021) (<i>severa</i>)	-

Abbreviazioni: FI = *Frailty Index* (indice di accumulo deficit). CH = Svizzera; PT = Portogallo; AT = Austria; EE = Estonia.

Dai dati emerge che **circa 1 anziano su 10 in Europa è fragile**, secondo criteri clinici standard, mentre una quota molto più ampia – nell'ordine di 1 su 3 – risulta in condizioni di *pre-frailty* o fragilità incipiente . L'Italia si colloca in linea con la media europea, con stime di prevalenza della fragilità intorno al 15-20% negli over-65 (inclusi stadi iniziali) e ~3% per la fragilità grave o avanzata (Quanti sono oggi gli anziani fragili? - Info Data) (Indagine Italia Longeva. Tra il 2011 e il 2021 aumentati dal 26 al 40 ...). È importante sottolineare che la fragilità **aumenta rapidamente con l'età**: ad esempio, negli ultra 80enni la prevalenza può superare il 25-30% secondo alcune indagini locali. Inoltre, gli studi evidenziano costantemente un gradiente di genere (femminile > maschile) e socioeconomico. I paesi dell'Europa meridionale (es. Italia, Spagna, Portogallo) tendono a riportare tassi più elevati di fragilità negli anziani rispetto ai paesi del Nord, anche a parità di metodologia, in parte per differenze nello stato di salute generale e nelle condizioni socioeconomiche della popolazione anziana . Fattori come basso livello di istruzione, reddito minore e isolamento sociale sono associati a maggior rischio di diventare fragili . Al contrario, una migliore condizione economica nazionale (ad es. maggiore PIL pro capite) correla con minori tassi di fragilità in età 65-79 . Queste evidenze indicano che la fragilità non è distribuita uniformemente e richiede interventi adattati al contesto demografico e sociale di ciascun paese.

Oltre alla prevalenza, va considerato il **carico assistenziale** correlato. Gli anziani fragili utilizzano in misura maggiore servizi sanitari: ad esempio, uno studio multinazionale ha riscontrato che fra gli ultra65enni che afferiscono al Pronto Soccorso europeo circa **40% è in condizione di fragilità** (range 26-66% a seconda del paese) (Service provision for Frailty in European Emergency Departments ...). La fragilità incrementa di circa 2-3 volte la probabilità di ospedalizzazione e di ingresso in strutture residenziali . Tali impatti sono però in parte evitabili poiché la fragilità, se identificata precocemente, **può essere contrastata o stabilizzata** tramite interventi multidisciplinari (nutrizionali, fisici, terapeutici) . In quest'ottica, l'attenzione si è spostata sul territorio: la **medicina di famiglia e la sanità territoriale** sono indicate come il setting ideale per individuare e seguire nel tempo la fragilità . Strumenti di *screening* relativamente semplici (es. test FRAIL, *gait speed*, *Comprehensive Geriatric*

Assessment in versione breve) permettono al team di assistenza primaria di stratificare la popolazione anziana e attivare percorsi proattivi dedicati ai soggetti fragili prima che sviluppino disabilità conclamata.

Modelli assistenziali innovativi e *best practice* in Europa

Nei diversi sistemi sanitari europei sono stati sperimentati modelli organizzativi volti a migliorare la presa in carico degli anziani fragili sul territorio. Una caratteristica comune di queste esperienze di successo è la presenza di un **ruolo infermieristico avanzato** dedicato, spesso integrato in un team multidisciplinare di cure primarie. Di seguito si descrivono alcuni esempi rappresentativi in ambito europeo:

- **Infermiere di Famiglia e Comunità in Italia:** a partire dal 2020 l'Italia ha istituito formalmente l'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFeC) quale figura cardine per l'assistenza territoriale, prevedendo almeno *1 infermiere ogni 2.000-3.000 abitanti* in base agli standard nazionali . L'IFeC opera all'interno delle Case della Comunità o dei servizi distrettuali, svolgendo visite domiciliari programmate agli anziani fragili, coordinandosi con i Medici di Medicina Generale (MMG) e attivando all'occorrenza servizi sociali e specialisti. Le prime evidenze indicano che l'introduzione degli IFeC è associata a una maggiore appropriatezza nell'uso dei servizi: ad esempio, uno **studio pilota italiano** ha riportato che un intervento educativo domiciliare condotto da infermieri di famiglia su anziani cronici complessi ha ridotto significativamente i ricoveri ospedalieri e gli accessi al pronto soccorso rispetto al gruppo di controllo¹¹ . Gli IFeC svolgono inoltre un ruolo di collegamento durante le transizioni di cura (dimissione protetta dall'ospedale, accesso all'ADI – Assistenza Domiciliare Integrata), assicurando che il paziente fragile non resti senza supporto nel passaggio tra ospedale e domicilio. Questo modello, sebbene implementato di recente, è considerato una *best practice* da estendere per far fronte al crescente numero di anziani fragili nelle comunità italiane.
- **“Practice Frailty Nurse” nel Regno Unito:** il NHS britannico da tempo investe su figure infermieristiche specializzate per la gestione dei pazienti anziani complessi nel territorio. Un esempio emblematico viene da **Newcastle (Inghilterra)**, dove è stato

¹¹ The Role of Family or Community Nurse in Dealing with Frail and Chronic Patients in Italy: A Scoping Review - PMC

introdotto un *Practice Frailty Nurse* all'interno di uno studio di medicina generale per seguire proattivamente gli anziani fragili a domicilio . Questo infermiere con competenze geriatrico-comunitarie, in collaborazione con il medico di base, ha il compito di identificare precocemente i pazienti con segnali di fragilità (tramite il registro degli assistiti e strumenti di stratificazione del rischio), effettuare valutazioni multidimensionali a casa (comprensive di CGA) e formulare piani assistenziali personalizzati in accordo col paziente e la famiglia . I risultati documentati dopo il primo anno di implementazione sono notevoli: per gli anziani seguiti dal *frailty nurse* si è osservata una riduzione **sostenuta** delle chiamate al medico a domicilio dell'**80%**, degli accessi in pronto soccorso del **56%** e delle ospedalizzazioni del **54%** rispetto all'anno precedente . Inoltre, non si è registrato alcun aumento dei nuovi ingressi in RSA, segno che i pazienti sono rimasti più a lungo al proprio domicilio grazie al supporto ricevuto . Oltre agli esiti clinici, l'esperienza ha migliorato la soddisfazione sia dei pazienti (che riferiscono maggior sicurezza e qualità di vita) sia degli operatori coinvolti, ed è stata quindi estesa ad altri quartieri . Questo esempio dimostra come un ruolo infermieristico dedicato alla fragilità possa colmare le lacune tra cure primarie e domiciliari, con impatto tangibile sulla riduzione degli eventi acuti e dei costi associati.

- **Modello Buurtzorg nei Paesi Bassi:** uno dei modelli più innovativi emersi in Europa è Buurtzorg (“cura di quartiere”), avviato nei Paesi Bassi nel 2007. Si tratta di un'organizzazione di assistenza **infermieristica domiciliare autogestita**, basata su piccoli team di 10-12 infermieri di comunità che gestiscono in autonomia l'assistenza agli anziani di un quartiere, senza una gerarchia burocratica tradizionale . Gli obiettivi dichiarati del modello Buurtzorg sono migliorare gli esiti di salute dei clienti, contenere i costi dell'assistenza domiciliare e aumentare la soddisfazione sia dei pazienti che degli infermieri stessi . Il team fornisce cure integrate centrando l'intervento sulla persona nel contesto della sua rete familiare e sociale, e si raccorda direttamente con medici e altri servizi all'occorrenza . Questo approccio ha avuto **ampio successo nei Paesi Bassi:** già nel 2008 Buurtzorg registrava i più alti tassi di soddisfazione degli assistiti di tutto il sistema sanitario olandese, e nel 2013 otteneva valutazioni eccellenti in indicatori come coinvolgimento del paziente nel piano di cura e qualità del personale . Studi successivi hanno riportato che Buurtzorg ha permesso una riduzione significativa delle ore di

assistenza per paziente grazie a una maggiore efficienza e ad interventi focalizzati sull'autonomia residua, con costi complessivi inferiori rispetto ai servizi tradizionali ([PDF] The Buurtzorg Nederland (home care provider) model). Il modello è stato esportato (in forma adattata) in altri paesi, tra cui Regno Unito e alcuni paesi scandinavi, incontrando generalmente un buon gradimento da parte di utenti e operatori, sebbene la trasferibilità dipenda dal contesto sanitario locale .

- **Iniziative in Spagna e altri paesi:** in Spagna, la sanità primaria ha sviluppato programmi specifici per la fragilità nell'anziano, spesso guidati da infermieri di *atención comunitaria*. Ad esempio, nella regione della Rioja è stato recentemente implementato uno *screening* sistematico della fragilità nei pazienti ≥ 65 anni tramite la *FRAIL scale* e interventi mirati di esercizio fisico, nutrizione e revisione farmacologica per i positivi ([PDF] PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD EN LA PERSONA MAYOR (2024)). In Catalogna, oltre al citato monitoraggio epidemiologico, vi sono **unità di valutazione geriatrica territoriale** composte da geriatra, infermiere e fisioterapista, che effettuano valutazioni multidimensionali domiciliari per i soggetti segnalati dai medici di base (modello "Consulta di fragilità"). In Francia, il progetto PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) ha sperimentato la figura dell'**infirmier référent** per coordinare il percorso dell'anziano fragile sul territorio, fungendo da case-manager infermieristico in sinergia con il *médecin traitant* (medico di famiglia). Sebbene i risultati varino, un filo conduttore di queste esperienze è l'evidenza che **un approccio proattivo e multiprofessionale** all'interno delle cure primarie può *posticipare gli esiti negativi della fragilità*. In sintesi, le *best practice* europee mostrano che l'integrazione di infermieri dedicati e l'adozione di modelli organizzativi innovativi portano a un miglioramento della presa in carico, con anziani più autonomi più a lungo e un uso più efficiente delle risorse sanitarie.

Ruolo dell'infermiere di comunità nella gestione della fragilità

Dai modelli sopra descritti e dalla letteratura recente emergono chiaramente i **molteplici contributi** che l'infermiere di comunità offre nella gestione della fragilità dell'anziano. In particolare, si possono delineare quattro macro-aree di intervento infermieristico territoriale:

- **Prevenzione e identificazione precoce:** l'infermiere di comunità svolge un ruolo proattivo nel **riconoscimento tempestivo** dei segni di fragilità. Ciò avviene tramite *screening* strutturati (ad es. somministrazione periodica di questionari come FRAIL, VES-13, valutazione della velocità di cammino) ma anche attraverso la conoscenza diretta della popolazione assistita. Effettuando **visite domiciliari** regolari agli anziani a rischio, l'infermiere è in grado di cogliere cambiamenti sottili nello stato funzionale o nutrizionale del paziente, segnalandoli precocemente al medico e attivando interventi preventivi. Interventi di prevenzione tipici includono l'educazione a stili di vita attivi e sicuri (attività fisica adeguata, alimentazione ricca di proteine per prevenire sarcopenia, supplementazione di vitamina D quando indicata), la verifica dell'aderenza terapeutica e la semplificazione del regime farmacologico per ridurre il rischio di *polypharmacy*. In letteratura è sottolineato il *"promettente ruolo"* dell'infermiere di comunità nella prevenzione della fragilità e della sarcopenia, attraverso programmi educativi e di esercizio domiciliare (NUTRICION). L'infermiere può organizzare, ad esempio, **interventi di gruppo** nel quartiere (come *"classi di cammino"* o incontri sull'alimentazione) coinvolgendo gli anziani pre-fragili, spesso in collaborazione con associazioni di volontariato locali. Queste azioni di sanità d'iniziativa mirano a mantenere l'anziano robusto il più a lungo possibile e a *"compressione della fragilità"* verso le età più avanzate.
- **Valutazione multidimensionale e pianificazione personalizzata:** quando un anziano viene identificato come potenzialmente fragile, l'infermiere di comunità contribuisce alla **Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM)** direttamente a domicilio. La VGM è considerata il gold standard nella presa in carico della fragilità, comprendendo una valutazione olistica degli aspetti clinici, funzionali, cognitivi, nutrizionali e socio-familiari dell'anziano. L'infermiere porta nel team multiprofessionale una prospettiva unica, grazie alla conoscenza approfondita del contesto domestico e sociale del

paziente. Egli rileva dati su ADL e IADL (attività di vita quotidiana), rischio di cadute, stato della cute, gestione dei farmaci e bisogni assistenziali quotidiani. Tali informazioni, integrate con la valutazione medica e sociale, consentono di stratificare la severità della fragilità e di formulare un **piano di cura personalizzato**. Studi indicano che l'infermiere di comunità possiede competenze chiave nel "*identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni*" del paziente fragile, monitorandone nel tempo l'evoluzione e adattando di conseguenza il piano assistenziale. Ad esempio, se dalla VGM emerge un declino cognitivo iniziale, l'infermiere potrà coinvolgere i familiari per implementare strategie di orientamento e sorveglianza, oppure attivare servizi di stimolazione cognitiva in comunità. Se si evidenziano difficoltà motorie e rischio cadute, potrà allertare il fisioterapista per un training di equilibrio o suggerire ausili domestici. In sintesi, l'infermiere di comunità agisce come **case manager infermieristico**, garantendo che ogni anziano fragile abbia un percorso di cura integrato e centrato sui propri bisogni specifici.

- **Continuità assistenziale e interventi di cura domiciliari:** una volta instaurato il piano assistenziale, l'infermiere di comunità è responsabile di **implementare e seguire nel tempo** gli interventi previsti, assicurando la continuità delle cure. Ciò include attività clinico-assistenziali dirette (monitoraggio di parametri vitali, gestione delle terapie, medicazioni di lesioni croniche, supporto nell'igiene personale se necessario) nonché la **presa in carico prolungata** del caso. Numerose evidenze attestano che le **visite domiciliari periodiche infermieristiche** producono benefici tangibili per gli anziani fragili: migliorano la gestione delle attività quotidiane e l'autonomia residua, aumentano l'aderenza ai piani terapeutici e riducono il ricorso a ricoveri o accessi d'emergenza. Un'*umbrella review* recente ha confermato che i programmi di visite domiciliari infermieristiche sono associati a una **riduzione delle ospedalizzazioni** negli anziani fragili rispetto alla cura usuale. Questo è attribuibile al fatto che l'infermiere, intercettando precocemente i segnali di scompenso (es. edemi in peggioramento in un cardiopatico, inappetenza in un paziente a rischio malnutrizione) può intervenire o avvisare il medico per un aggiustamento terapeutico prima che la situazione evolva in urgenza. Inoltre l'infermiere di comunità educa e **coinvolge i caregiver familiari**, istruendoli sulle corrette tecniche assistenziali (mobilizzazione, gestione catetere,

dieta...) e fornendo sostegno emotivo. Ciò rafforza la capacità della famiglia di assistere l'anziano e previene il burnout del caregiver. Durante eventuali ricoveri ospedalieri, l'infermiere di comunità rimane in contatto con il reparto per pianificare la dimissione e predisporre il rientro a casa in sicurezza (con ausili, adattamenti ambientali, etc.), fungendo da **trait d'union** tra ospedale e territorio. In sintesi, grazie a questa presa in carico continuativa, l'anziano fragile sperimenta un percorso assistenziale senza soluzioni di continuità ("seamless care"), con minor rischio di cadere in vuoti di assistenza post-dimissione.

- **Coordinamento interdisciplinare e integrazione socio-sanitaria:** la fragilità è una condizione complessa che richiede l'apporto di molteplici professionalità. L'infermiere di comunità, per la sua posizione "di frontiera" tra l'ospedale e la casa, assume spesso il ruolo di **coordinatore pratico** dell'équipe territoriale. Egli mantiene un **collegamento costante con il medico di base**, riferendo gli aggiornamenti sullo stato del paziente e concordando gli adeguamenti terapeutici. Allo stesso tempo, interagisce con altri professionisti: fisioterapisti per programmi riabilitativi domiciliari, dietisti per piani alimentari in caso di sarcopenia o malnutrizione, assistenti sociali per attivare servizi di supporto (es. pasti a domicilio, telesoccorso) o percorsi di sostegno economico all'anziano fragile. In molti modelli europei (es. Cure Complesse di Comunità in UK, PAERPA in Francia) l'infermiere partecipa a **riunioni multidisciplinari periodiche** dove insieme a medici, terapisti ed eventuali specialisti discute i piani di cura dei pazienti fragili più complessi, assicurando una visione olistica. La letteratura sottolinea come il lavoro in **team interprofessionale** migliori gli esiti e la soddisfazione lavorativa degli operatori; l'infermiere di comunità è un attore chiave nel *team* territoriale proprio per la sua capacità di collegare i diversi ambiti. Anche la componente sociale è cruciale: l'infermiere collabora con i servizi sociali comunali e con il volontariato locale per creare una **rete di supporto** attorno all'anziano (ad esempio inserendolo in centri diurni, gruppi di socializzazione, servizi di trasporto). Secondo un articolo spagnolo recente, la gestione ottimale della fragilità richiede una "intervención multidimensional y coordinada de diferentes profesionales sanitarios y sociales, con la implicación del paciente y su familia". Ciò sintetizza il ruolo integratore dell'infermiere di comunità: egli

lavora affinché tutti gli attori – sanitario, sociale, familiare – agiscano in sinergia verso gli obiettivi assistenziali concordati con l’anziano stesso.

Va infine menzionato che, nell’espletare tali funzioni, l’infermiere di comunità europeo oggi si avvale anche di **strumenti innovativi**. La **telemedicina** è sempre più integrata nell’assistenza territoriale: telemonitoraggio di parametri clinici (pressione arteriosa, saturazione) con dispositivi domiciliari connessi, consulenze specialistiche in remoto, follow-up telefonici strutturati sono stati adottati in diversi programmi per pazienti fragili, soprattutto post-pandemia . In Italia ad esempio l’IRCCS INRCA ha sperimentato sistemi di intelligenza artificiale e *machine learning* per predire il rischio di instabilizzazione clinica negli anziani fragili seguiti a domicilio, avvisando proattivamente l’infermiere di comunità (*alert* per decadimento delle condizioni) (Telemedicina e IA al servizio dei pazienti anziani fragili: l’esperienza ...). Tali strumenti, se ben integrati, potenziano l’efficacia dell’infermiere permettendo di raggiungere più pazienti e di intervenire tempestivamente a distanza. L’**educazione continua** è un altro aspetto: riconoscendo la centralità delle competenze avanzate, progetti europei come *ENhANCE* hanno definito un curriculum standard per l’Infermiere di Famiglia e Comunità, delineando competenze core che includono la promozione della salute, la valutazione funzionale geriatrica e la gestione di *care* coordinato . Questo contribuisce ad uniformare il profilo professionale e assicurare che gli infermieri siano formati per affrontare la fragilità in modo evidence-based.

Discussione

I risultati di questa analisi evidenziano come l’infermiere di comunità apporti un contributo sostanziale nella gestione integrata della fragilità dell’anziano, confermando esperienze precedenti e fornendo indicazioni utili per le politiche sanitarie. In particolare, emergono alcuni *insight* principali.

In primo luogo, la **fragilità geriatrica in Europa è diffusa e in aumento**, ponendo una sfida crescente ai sistemi socio-sanitari. Il fatto che in certe regioni (es. Catalogna) la prevalenza nei ≥ 65 anni abbia raggiunto il 14% suggerisce che un numero sempre maggiore di anziani necessita di interventi mirati. Tradizionalmente, la risposta al declino dell’anziano era tardiva e frammentata – spesso limitata all’ospedalizzazione in fase avanzata. L’approccio attuale mira invece a spostare l’asse verso la prevenzione e l’intercettazione precoce sul territorio, dove

l'infermiere di comunità funge da sentinella attiva. Questa **trasformazione paradigmatica** è in linea con le raccomandazioni internazionali (OMS, UE) sull'invecchiamento attivo e in buona salute, che sottolineano il potenziamento dell'assistenza primaria quale cardine per affrontare condizioni croniche complesse come la fragilità (Gruppi d'azione del partenariato europeo sull'invecchiamento attivo ...) (Soluzioni digitali e continuità assistenziale. Dall'Europa le ...).

I modelli innovativi descritti – dall'IFeC italiano al *frailty nurse* inglese al Buurtzorg olandese – benché diversi, condividono l'intuizione che un **forte investimento in assistenza infermieristica territoriale** produca benefici multipli. Ridurre i ricoveri evitabili e le visite d'emergenza non significa solo **risparmio di risorse**, ma anche evitare agli anziani fragili gli effetti iatrogeni dell'ospedalizzazione (allettamento prolungato, delirium, infezioni) e preservare la loro qualità di vita nell'ambiente domestico. In letteratura è ben documentato che l'ospedalizzazione può rappresentare un evento "*spartiacque*" verso il declino irreversibile per il paziente fragile ; prevenirla mantenendo il paziente in sicurezza a domicilio è dunque un obiettivo primario. Gli esempi britannici mostrano riduzioni impressionanti (>50%) delle ospedalizzazioni grazie a interventi infermieristici proattivi , dimostrando *in vivo* ciò che studi controllati e *review* hanno suggerito da tempo . Analogamente, mantenere l'anziano nella comunità il più a lungo possibile ha ricadute positive sul piano **sociale e psicologico**: continuità dei legami familiari, conservazione del ruolo sociale, maggiore soddisfazione degli assistiti . Non a caso, tra gli indicatori qualitativi rilevati nelle esperienze descritte, vi sono testimonianze di pazienti che riferiscono di aver "ritrovato il piacere di vivere" grazie alla vicinanza costante dell'infermiere . Questo sottolinea un aspetto spesso trascurato: la fragilità comporta non solo decadimento fisico ma anche insicurezza, solitudine e ansia nell'anziano, aspetti che l'infermiere di comunità – con la sua presenza empatica e regolare – contribuisce ad attenuare. In tal senso, il suo ruolo è *anche* di **supporto psicosociale**, in sinergia con altre figure come lo psicologo ove presente.

Un altro punto di discussione riguarda le **competenze e la formazione**. L'infermiere di comunità moderno deve possedere un ampio ventaglio di competenze specialistiche: geriatriche, chronic care management, educative, comunicative, e di *care coordination*. Dalla *scoping review* italiana si evince che i programmi formativi (come l'ENhANCE curriculum) insistono su queste aree, preparando l'infermiere a identificare bisogni sanitari, monitorare

attivamente il paziente, promuovere salute e gestire interventi complessi in autonomia. Tuttavia, alcune lacune permangono: ad esempio, lo studio spagnolo ha rilevato una **carenza di formazione specifica** delle infermiere in tema di fragilità e nutrizione, evidenziando la necessità di potenziare il bagaglio di conoscenze su questi aspetti (NUTRICION). Anche i risultati della *scoping review* italiana, che trovava solo 4 studi pertinenti, indicano che l'evidenza empirica sulle migliori pratiche infermieristiche per la fragilità è ancora limitata e recente, segno di un ambito in evoluzione . Ciò suggerisce la necessità di ulteriori ricerche e soprattutto di **condivisione di esperienze** tra paesi: progetti europei collaborativi (come *Joint Actions* e reti professionali) sono cruciali per scambiare *best practice* e adattare modelli efficaci nei diversi contesti nazionali. Ad esempio, studiare l'adattamento del modello Buurtzorg in contesti mediterranei o capire come integrare il *frailty nurse* nelle strutture di cure primarie di altri paesi potrebbe fornire preziose indicazioni per scalare queste innovazioni.

Dal punto di vista organizzativo, l'introduzione dell'infermiere di comunità comporta anche affrontare alcune **sfide pratiche**. La carenza cronica di infermieri in molti paesi UE (Italia compresa) può ostacolare il raggiungimento degli standard previsti (come 1 per 3000 abitanti); servono dunque politiche di reclutamento e valorizzazione della professione infermieristica territoriale . Inoltre, l'integrazione efficace dell'IFeC nel team richiede un chiaro riconoscimento di ruoli e responsabilità: medici di base e infermieri devono costruire un rapporto di fiducia e complementarità, superando modelli gerarchici ormai obsoleti. Le esperienze di successo mostrano che laddove l'infermiere ha avuto **autonomia decisionale** (es. nel Buurtzorg) e **supporto istituzionale** (es. contratti chiari come nel progetto inglese) i risultati sono migliori . Dunque, per massimizzare il contributo dell'infermiere di comunità, è necessario investirlo di **leadership clinica** nel suo ambito: ad esempio, affidandogli la responsabilità di programmi come la gestione del rischio cadute o la riconciliazione terapeutica per tutti i pazienti >75 di un territorio. Allo stesso tempo occorre dotarlo di strumenti (es. accesso a cartelle condivise, telemonitoraggio, possibilità di consulenza telefonica rapida con specialisti) e di linee guida specifiche. In Italia, AGENAS ha pubblicato *Linee di indirizzo* per l'IFeC che delineano compiti quali l'esecuzione di VGM, la pianificazione assistenziale individuale, l'educazione terapeutica e la sorveglianza epidemiologica sul territorio (Infermieri di Famiglia e di Comunità, AGENAS pubblica le linee guida) (Agenas pubblica le linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o ...). Tali documenti sono fondamentali per

standardizzare l'operatività dell'infermiere di comunità e valutarne gli esiti con indicatori dedicati (es. tasso di ospedalizzazione degli assistiti fragili seguiti).

Infine, un aspetto trasversale discusso in letteratura è la **sostenibilità economica** di questi modelli. Sebbene l'impiego di infermieri di comunità richieda investimento di risorse umane, diverse analisi suggeriscono che il bilancio complessivo è favorevole: la riduzione di ricoveri, accessi impropri e istituzionalizzazioni comporta risparmi notevoli che compensano il costo degli interventi territoriali. Ad esempio, nel modello Buurtzorg il costo orario infermieristico più alto è stato bilanciato da una **diminuzione delle ore totali di assistenza** per paziente e da minori utilizzi di cure mediche e ospedaliere. L'Inghilterra ha stimato che programmi di case management infermieristico per fragilità riducono il costo annuo per paziente grazie a minori giornate di degenza. È importante che i decisori analizzino questi dati di costo-efficacia in sede di programmazione sanitaria. In prospettiva, l'implementazione su larga scala dell'infermieristica di comunità appare non solo clinicamente opportuna ma anche economicamente conveniente, specie se accompagnata da una riorganizzazione sistemica orientata alla **popolazione target** (approccio *population health management*).

Conclusioni

La gestione della fragilità nell'anziano rappresenta una priorità strategica per i sistemi sanitari europei nei prossimi decenni, alla luce dell'invecchiamento della popolazione e dell'impatto significativo di questa condizione in termini di salute, disabilità e costi assistenziali. In questo scenario, il **ruolo dell'infermiere di comunità** si configura come un elemento essenziale per innovare e potenziare le cure territoriali rivolte agli anziani fragili. Dall'analisi condotta, focalizzata sulle esperienze europee recenti, emergono evidenze chiare che investire in assistenza infermieristica di comunità produce benefici tangibili: *identificazione precoce* della fragilità, *prevenzione* del declino attraverso interventi mirati, *migliore continuità delle cure* e supporto ai caregiver, *riduzione di eventi avversi* e utilizzo più appropriato delle risorse sanitarie. L'infermiere di comunità opera come **collante del sistema**, integrando aspetti clinici e sociali, e garantendo che l'anziano fragile non venga abbandonato nella frammentazione dei servizi.

L'**esperienza europea** fornisce numerosi spunti di *best practice*: i modelli citati di Italia, UK, Paesi Bassi, Spagna, Francia ecc. dimostrano in contesti diversi l'efficacia di approcci centrati sulla figura infermieristica territoriale. Queste iniziative, inizialmente spesso pilota, stanno evolvendo in politiche strutturate (si pensi all'implementazione capillare dell'IFeC nel PNRR italiano, o all'espansione di ruoli di *advanced nurse practitioners* in geriatria nel NHS). È auspicabile che avvenga una **convergenza** a livello europeo sulle competenze e sul riconoscimento di tali figure, facilitando anche la mobilità professionale e lo scambio di conoscenze.

Alla luce di quanto emerso, si formulano le seguenti raccomandazioni conclusive:

1. **Integrare stabilmente l'infermiere di comunità nei team di assistenza primaria** dedicati agli anziani, definendo chiaramente funzioni di prevenzione, valutazione e case-management per la fragilità.
2. **Potenziare la formazione specialistica** in ambito geriatrico-comunitario per gli infermieri, includendo strumenti di valutazione della fragilità, gestione delle multimorbilità e tecniche di coordinamento interdisciplinare.

3. **Implementare sistemi informativi e di teleassistenza** che consentano all'infermiere di comunità di monitorare da remoto i pazienti fragili e di condividere in tempo reale le informazioni con gli altri professionisti (cartella integrata socio-sanitaria).
4. **Valutare periodicamente gli esiti** dei programmi di assistenza infermieristica territoriale tramite indicatori di processo (es. numero di VGM effettuate, % di copertura della popolazione a rischio) ed esito (tassi di ricovero, soddisfazione utenti, giorni a domicilio). Un monitoraggio continuo permetterà di aggiustare il modello e di dimostrarne l'impatto alle istituzioni e alla comunità.
5. **Favorire l'empowerment dell'anziano fragile e della sua famiglia**, anche attraverso il ruolo educativo dell'infermiere: promuovere la cultura dell'invecchiamento attivo, dell'adesione ai programmi di screening e della richiesta di aiuto tempestiva al bisogno.

In conclusione, l'infermieristica di comunità applicata alla fragilità dell'anziano non è più solo una teoria o una sperimentazione isolata, ma rappresenta una realtà in espansione in Europa, sostenuta da evidenze di efficacia. Garantire un invecchiamento dignitoso e in salute ai cittadini europei richiederà di consolidare queste pratiche, superando le sfide organizzative e investendo nelle persone che quotidianamente operano "sul campo" accanto ai nostri anziani fragili. L'infermiere di comunità, in sinergia con gli altri professionisti, è destinato ad essere sempre più il **protagonista silenzioso** di questo cambiamento verso un sistema sanitario più vicino alle esigenze del paziente, più preventivo e più umano. Come affermato in uno slogan del progetto europeo *Advantage JA*: "*frailty prevention is everyone's business*", ma certamente gli infermieri di comunità ne sono i primi interpreti e custodi.

Bibliografia:

Manfredi G. et al. (2019). *Prevalence of frailty status among the European elderly population: Findings from the SHARE database*. *Geriatr Gerontol Int*, 19(8), 723-729. DOI: 10.1111/ggi.13689.

Sancarlo D. et al. (2023). *The Role of Family or Community Nurse in Dealing with Frail and Chronic Patients in Italy: A Scoping Review*. *Int J Environ Res Public Health*, 20(14), 6305. DOI: 10.3390/ijerph20146305.

Bainbridge L. et al. (2019). *Introducing a 'practice frailty nurse' into the community setting*. NHS England – North East Frailty Vanguard Case Study.

Ibid., Risultati e testimonianze dei pazienti del programma Frailty Nurse.

() O'Caomh R. et al. (2018). *Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action member states: A systematic review and meta-analysis*. *Ann Ist Super Sanità*, 54(3), 226-238. DOI: 10.4415/ANN_18_03_10.

Pitter JG et al. (2024). *Frailty prevalence in 42 European countries by age and gender: development of the SHARE Frailty Atlas for Europe*. *GeroScience*, 46(2), 1807-1824. DOI: 10.1007/s11357-023-00975-3.

Acosta-Benito MA & Martín-Lesende I. (2022). *Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar*. *Aten Primaria*, 54(9), 102385. DOI: 10.1016/j.aprim.2022.102385.

Serra-Prat M. et al. (2024). *Frailty trends in Catalonia 2017–2021: An epidemiological study with 1.5 million people ≥65 years*. *Public Health*, 237, 14-21. DOI: 10.1016/j.puhe.2024.09.016.

Zwerver AM et al. (2023). *The implementation and outcomes of self-managing teams in elderly care: A scoping review*. *Health Soc Care Community*, 31(4), e6263-e6280. DOI: 10.1111/hsc.14259.

(Quanti sono oggi gli anziani fragili? - Info Data) (Quanti sono oggi gli anziani fragili? - Info Data) Passi d'Argento ISS – Istituto Superiore di Sanità. (2022). *Quanti sono oggi gli anziani fragili?* (Report sorveglianza 2017-2020). Il Sole 24 Ore – InfoData.