



L'infermiere di famiglia

Contesto,
quadro concettuale
e curriculum

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA CONTESTO, QUADRO CONCETTUALE E CURRICULUM

SALUTE21, il quadro politico sanitario della Regione europea OMS, presenta un nuovo tipo di infermiere, l'Infermiere di Famiglia, che offrirà un contributo fondamentale in seno all'équipe multidisciplinare di figure sanitarie, al raggiungimento dei 21 obiettivi per il XXI secolo definiti da questa politica. Basandosi sulle competenze derivate dalla definizione OMS del poliedrico ruolo dell'Infermiere di Famiglia, è stato redatto un curriculum che servirà a preparare infermieri qualificati ed esperti in questo nuovo ruolo. Il curriculum enfatizza l'integrazione tra teoria e pratica. I contenuti sono descritti in sette moduli. Le strategie di insegnamento, apprendimento e valutazione si basano sui principi andragogici delle teorie di educazione dell'adulto e faranno uso di vari metodi. Per aiutare a chiarire lo scopo ed il ruolo dell'Infermiere di Famiglia, nell'Allegato 1 vengono esemplificati alcuni scenari assistenziali, incentrati sull'assistenza a diverse tipologie famigliari. Il positivo completamento del programma di formazione porterà al riconoscimento accademico del titolo post-base e della qualifica specialistica di "Infermiere di Famiglia".

SPT 21 EUROPA – OBIETTIVO 2: EQUITÀ IN SALUTE

Entro l'anno 2020, i divari di salute esistenti tra i diversi gruppi socioeconomici all'interno dei Paesi dovranno essere ridotti di almeno un quarto in tutti gli Stati membri, migliorando significativamente il livello di salute dei gruppi svantaggiati.

SPT 21 EUROPA – OBIETTIVO 3: UN INIZIO DI VITA SANO

Entro l'anno 2020, tutti i neonati, gli infanti ed i bambini in età prescolare della Regione dovranno godere di migliore salute, garantendo loro un inizio di vita sano

SPT 21 EUROPA – OBIETTIVO 4: LA SALUTE DEI GIOVANI

Entro l'anno 2020, i giovani della Regione dovranno godere di una salute migliore ed essere maggiormente capaci di svolgere il proprio ruolo in seno alla società.

SPT 21 EUROPA – OBIETTIVO 5: INVECCHIARE IN SALUTE

Entro l'anno 2020, gli ultrasessantacinquenni dovranno avere l'opportunità di godere appieno del proprio potenziale di salute e di giocare un ruolo sociale attivo

SPT 21 EUROPA – OBIETTIVO 6: MIGLIORARE LA SALUTE MENTALE

Entro l'anno 2020, il benessere psicosociale degli individui dovrà migliorare e dovranno essere disponibili ed accessibili servizi migliori per coloro che soffrono di problemi di salute mentale.

SPT 21 EUROPA – OBIETTIVO 8: RIDURRE LE MALATTIE NON TRASMISSIBILI

Entro l'anno 2020, la morbilità, la disabilità e la mortalità legate alle principali malattie non trasmissibili dovranno essere ridotte al minimo livello possibile in tutta la Regione.

SPT 21 EUROPA – OBIETTIVO 15: UN SISTEMA SANITARIO INTEGRATO

Entro l'anno 2010, la popolazione della Regione dovrà contare su un migliore accesso ai servizi di salute primaria orientati alla famiglia ed alla comunità, supportati da un sistema ospedaliero flessibile ed efficiente.

SPT 21 EUROPA – OBIETTIVO 18: SVILUPPARE LE RISORSE UMANE PER LA SALUTE

Entro l'anno 2010, tutti gli Stati membri dovranno garantire che i professionisti della salute e di altri settori abbiano acquisito conoscenze, attitudini e capacità adeguate a proteggere e promuovere la salute.

SPT 21 EUROPA – OBIETTIVO 19: RICERCA E CONOSCENZA A FAVORE DELLA SALUTE

Entro l'anno 2005, tutti gli Stati membri dovranno dotarsi di sistemi di ricerca, informazione e comunicazione sanitaria che possano supportare meglio l'acquisizione, l'utilizzo efficace e la divulgazione delle conoscenze a sostegno della salute per tutti.

(Adottato dal Comitato Regionale OMS per l'Europa in occasione della quarantottesima sessione, Copenaghen, Settembre 1998)

PAROLE-CHIAVE

INFERMIERISTICA – tendenze
SALUTE DI FAMIGLIA
RELAZIONI PROFESSIONALI – FAMILIARI
FORMAZIONE, INFERMIERISTICA – tendenze
CURRICULUM – formazione infermieristica
EUROPA

© Organizzazione Mondiale della Sanità – 2000

Edizione originale: *The family health nurse – Context, conceptual framework and curriculum*. Documento EUR/00/5019309/13, Ufficio Regionale OMS per l'Europa, Copenaghen, Gennaio 2000.

Traduzione: *Laura Delpiano* – **CESPI** Centro Studi delle Professioni Infermieristiche, Centro Collaborante OMS per la documentazione, l'informazione, la formazione e la ricerca infermieristica. Torino, Luglio 2000.

Il traduttore di questo documento è il solo responsabile dell'accuratezza della traduzione.

CONTENUTI

Pagina

1. Contesto
 - 1.1 Sviluppo delle risorse umane per la salute
2. L'infermiere di famiglia nel contesto della SALUTE21
 - 2.1 Definizione del ruolo dell'infermiere di famiglia
 - 2.2 L'infermiere di famiglia – un concetto nuovo?
3. Il corso ed il curriculum dell'infermiere di famiglia
 - 3.1 Scopo del corso e del curriculum
 - 3.2 Struttura, durata e tipologia delle lezioni
 - 3.3 Requisiti d'accesso
 - 3.4 Un quadro concettuale per l'infermieristica di famiglia
 - 3.5 Scenari assistenziali
 - 3.6 Competenze o risultati dell'apprendimento
 - 3.7 Contenuto del curriculum
 - 3.8 Strategie di insegnamento/apprendimento e di valutazione
 - 3.9 Supervisione della pratica
 - 3.10 Numero di partecipanti e rapporto discenti/docenti
 - 3.11 Controllo della qualità e valutazione
4. Docenti e monitori
5. Sede del Corso
6. Qualifica al termine del corso
7. Contenuto del corso – Moduli da 1 a 7

Modulo 1

Modulo 2

Modulo 3

Modulo 4

Modulo 5

Modulo 6

Modulo 7

- Allegato 1 Obiettivi SALUTE21
Allegato 2 Portfolio di scenari assistenziali
Allegato 3 Gruppo Pianificazione Curriculum

1. CONTESTO

“SALUTE21”, la politica di Salute per Tutti per la Regione europea dell’OMS (OMS 1998 [1]), è stata approvata dal Comitato Regionale OMS per l’Europa nel Settembre 1998 a seguito di ampie consultazioni tra i 51 Stati membri ed altre grandi organizzazioni. Definisce 21 obiettivi per il XXI secolo. Questi obiettivi articolano le aspirazioni della politica regionale. Essi intendono fornire un quadro di riferimento per l’azione di ciascuno Stato membro, in modo che tutti possano definire le proprie politiche e strategie sanitarie in linea con quelle del documento politico dell’OMS sopraddetto.

1.1 Sviluppo delle risorse umane per la salute

L’obiettivo n° 18 del documento politico tratta dello sviluppo delle risorse umane per la salute e recita: “Entro l’anno 2000, tutti gli Stati membri dovranno garantire che i professionisti della sanità ed i professionisti di altri settori abbiano acquisito conoscenze, atteggiamenti e capacità adeguate a proteggere e promuovere la salute” (1:198)

In seno all’équipe sanitaria multidisciplinare, il cui contributo sarà fondamentale per l’erogazione dell’assistenza ed il raggiungimento dei risultati indicati dagli obiettivi politici, vengono segnalate due figure in particolare. Sono le professioni medica ed infermieristica. Vengono fatti riferimenti specifici alle qualifiche dei medici e degli infermieri che lavorano in ambito di comunità e che sono definiti “*il perno della rete di servizi*” (OMS 1998 [1], p. 106) richiesti per raggiungere i bersagli, gli scopi e gli obiettivi della politica. Si sottolineano gli elementi chiave del ruolo del medico e dell’infermiere di famiglia e la necessità di formarli ed addestrarli in modo da garantire che acquisiscano le necessarie conoscenze e capacità di base.

2. L’INFERMIERE DI FAMIGLIA NEL CONTESTO DELLA SALUTE21

Questo documento è incentrato sulla formazione di un nuovo tipo di infermiere, l’Infermiere di Famiglia. E’ importante ricordare che ciò viene attuato nel contesto della politica SALUTE21 e dell’obiettivo costante di “raggiungere il pieno potenziale di salute per tutti” attraverso il perseguimento di due scopi principali che sono: “promuovere e proteggere la salute della popolazione lungo tutto l’arco della vita; ridurre l’incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni ed alleviare le sofferenze che questi causano”.

Alla base della politica, dei suoi obiettivi e scopi vi sono tre importanti valori fondamentali che costituiscono il fondamento etico della SALUTE21 e che sono:

- “la salute è un diritto umano fondamentale;
- equità in salute e solidarietà nelle azioni tra i Paesi ed all’interno degli stessi e tra gli abitanti;
- partecipazione e responsabilità dei singoli, dei gruppi, delle istituzioni e delle comunità per uno sviluppo sanitario continuo.” (1: 3-4)

2.1. Definizione del ruolo dell'infermiere di famiglia

L'infermiere di famiglia: "aiuterà gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie. Tali infermieri danno consigli riguardo gli stili di vita ed i fattori comportamentali di rischio ed assistono le famiglie in materia di salute. Attraverso la diagnosi precoce, possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere. Con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali e delle altre agenzie sociali, sono in grado di identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia e di indirizzarla alle strutture più adatte. Possono facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia ed il medico di base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico" (1: 139)

Questo ruolo poliedrico garantisce all'infermiere di famiglia di contribuire in modo significativo al raggiungimento di 20 dei 21 obiettivi SPT. L'unica eccezione riguarda l'obiettivo 17 che è appannaggio esclusivo del ruolo dei governi (v. Allegato 1).

Il Consigliere Regionale per l'infermieristica e l'ostetricia della Regione europea OMS, parlando al Forum delle Associazioni Nazionali Infermieristiche ed Ostetriche, vedeva l'infermiere di famiglia come avente un ruolo durante tutto il continuum assistenziale, compresa la promozione della salute, la prevenzione della malattia, la riabilitazione e l'assistenza ai malati ed ai morenti. Anche se il titolo di "Infermiere di famiglia" fa supporre che oggetto dell'assistenza siano soltanto i membri delle famiglie così come comunemente intese, in effetti il ruolo è molto più ampio, comprendendo tutte le persone della comunità, sia che vivano con altri in una casa, sia si tratti di persone senza dimora e/o in qualche modo emarginate, nonché la comunità stessa. L'infermiere di famiglia giocherà inoltre un ruolo importante nel potenziamento delle comunità e nel lavoro congiunto con queste per incrementarne le risorse ed i potenziali e perché queste riescano a trovare soluzioni proprie ai loro problemi.

La SALUTE21 puntualizza: "La famiglia (ambiente domestico) è l'unità di base della società dove chi si occupa dell'assistenza è in grado non soltanto di indirizzare le lamentele fisiche somatiche ma anche di tenere nel dovuto conto gli aspetti psicologici e sociali delle loro condizioni. Per chi offre assistenza primaria è importante conoscere la situazione in cui vivono i pazienti: la casa, la famiglia, il lavoro, l'ambiente fisico e sociale possono avere un peso considerevole sulle loro malattie. Se gli operatori non sono consapevoli di questi fattori, alcuni sintomi insorgenti possono venire interpretati in maniera non corretta ed i problemi non riconosciuti non vengono curati. Ne possono risultare procedure di diagnosi e cura non necessarie che aumentano i costi senza contribuire ad indirizzare i problemi reali". (1:121)

E' previsto che l'infermiere di famiglia sia responsabile di un gruppo predefinito di "famiglie".

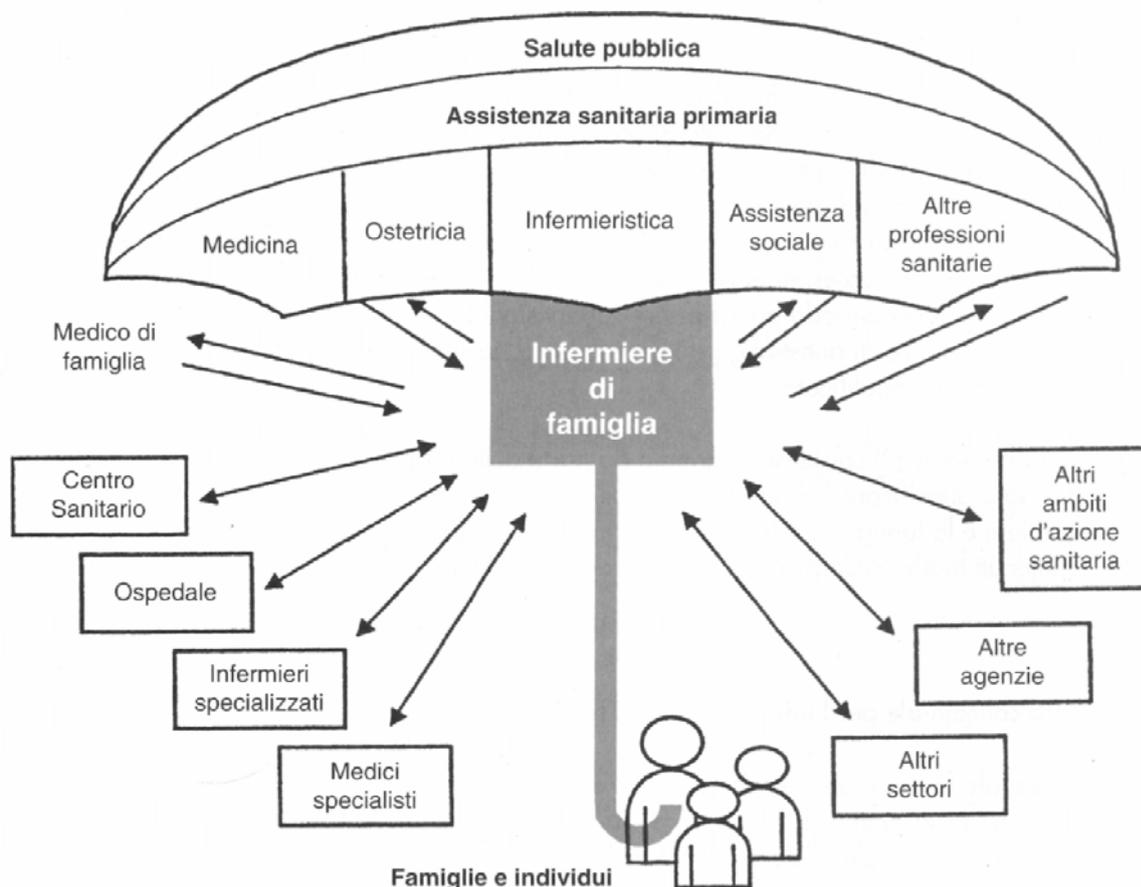
2.3 L'infermiere di famiglia - un concetto nuovo?

Il ruolo e le funzioni dell'infermiere di famiglia come sopradescritti contengono elementi che fanno già parte del ruolo di diversi tipi di infermiere di comunità che lavorano in ambiti di assistenza primaria in tutta la Regione europea. Un recente sondaggio condotto dal programma di infermieristica ed ostetricia dell'OMS ha rilevato l'attività di diversi modelli di

infermieristica di comunità. Sia i ruoli che i titoli differivano e lo stesso titolo di “infermiere di salute pubblica”, ad esempio, descriveva ruoli molto diversi in Paesi diversi (3). Ciò che è nuovo nel concetto di infermiere di famiglia descritto in SALUTE21 è la particolare combinazione dei vari elementi, il particolare interesse verso le famiglie e la casa come ambiente “in cui i membri della famiglia possono farsi carico insieme dei problemi di salute e creare il concetto di “famiglia sana”. (4)

La posizione ed il ruolo del nuovo infermiere di famiglia possono essere raffigurati come nella figura 1, sotto “l’ombrello “ della salute pubblica e dell’assistenza primaria e nel contesto del settore sanitario integrato descritto dall’obiettivo 15 di SALUTE21: “Entro l’anno 2000, la popolazione nella Regione dovrà avere un migliore accesso all’assistenza primaria orientata sulla famiglia e sulla comunità, sostenuta da un sistema ospedaliero flessibile e responsabile”. (1: 119)

Fig. 1. L’Infermiere di Famiglia sotto “l’ombrello” della salute pubblica e dell’assistenza primaria



3. IL CORSO DI FORMAZIONE ED IL CURRICULUM DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA.

3.1 Scopo del corso e del curriculum

Scopo del curriculum è di formare l'infermiere di famiglia alla pratica nel ruolo definito nella politica OMS SALUTE21 e nella precedente sezione 2.1. Tale obiettivo verrà raggiunto per mezzo di un curriculum basato sulla competenza e sulla ricerca.

3.2 Struttura, durata e tipologia delle lezioni

Il corso sarà strutturato a moduli della durata complessiva di 21 settimane, a tempo pieno. La possibilità di strutturare il corso a tempo parziale o con elementi di apprendimento a distanza è motivo di negoziazione ma comunque per un monte ore non inferiore a 840 ore.

3.3 Requisiti d'accesso

Nel documento SALUTE21 si nota che l'interrogativo se un medico di famiglia possieda le capacità necessarie a ricoprire tale ruolo "subito dopo aver conseguito la laurea in Medicina" è oggetto di frequenti dibattiti in molti Paesi e lo stesso dubbio sorge in relazione all'infermiere di famiglia. Sarà in grado di svolgere la funzione di collegamento prevista nel documento SALUTE21, subito dopo aver conseguito il diploma? Anche questa è materia di dibattito. Per il momento, comunque, il Gruppo di Pianificazione Curriculum (allegato 3) ha adottato la seguente posizione in merito.

I partecipanti al Corso saranno infermieri che hanno completato positivamente un programma di formazione di base così come descritto nella Strategia Regionale OMS per la formazione infermieristica ed ostetrica, denominata *Infermieri ed Ostetriche per la salute. Una strategia europea OMS per la formazione infermieristica ed ostetrica (5)* o uno equivalente. Essi saranno quindi qualificati a lavorare sia in ospedale che in comunità. Dovranno inoltre aver completato almeno due anni di pratica dopo il diploma e aver fatto un'esperienza di tre mesi di lavoro seguendo una famiglia a domicilio o nella sua comunità. Questo periodo dovrà essere supervisionato da un infermiere di famiglia qualificato. Ad interim, in assenza di queste figure infermieristica, la supervisione potrà essere effettuata da un infermiere di comunità qualificato.

Sarà necessario ottenere il consenso informato da parte della famiglia e leggi e regolamenti specifici andranno a definire i diritti di entrambe le parti. Resta inteso che la relazione professionale tra l'infermiere e la famiglia continuerà per tutta la durata del corso, in modo che lo studente possa attestare i contenuti teorici nella pratica della vita della famiglia e delle sue esperienze di salute/malattia.

3.4 Un quadro concettuale per l'infermieristica di famiglia

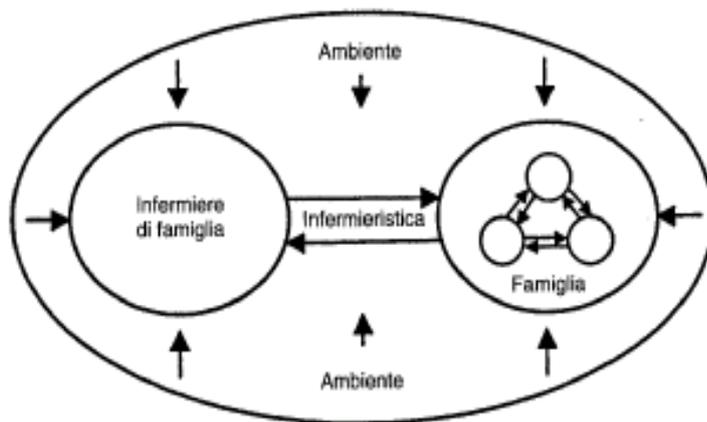
Il quadro concettuale fornisce un metodo per capire ed organizzare i concetti - chiave della pratica infermieristica e del programma di formazione che prepara lo studente a quella pratica - in questo caso l'infermieristica di famiglia. Tale quadro fornisce direttive e punti focali rendendo visibili i valori e gli obiettivi dell'attività.

Per descrivere il ruolo dell'infermiere di famiglia e orientare il curriculum presentato in questo documento, il Gruppo di Pianificazione Curriculum ha elaborato una teoria dei sistemi, una teoria dell'interazione ed una dello sviluppo (6,7). La teoria dei sistemi fornisce un utile modo di rappresentare ed analizzare la complessità di una situazione - e l'assistenza è materia assai complessa. La teoria dell'interazione incoraggia le considerazioni riguardanti i rapporti infermiere/paziente e infermiere/famiglia ed i concetti di partnership e lavoro d'équipe, fondamentali nella filosofia dell'assistenza primaria. La teoria dello sviluppo è un importante aiuto per capire non soltanto il singolo individuo umano ma anche lo sviluppo della famiglia nel contesto dei principali eventi della vita, comuni a tutti ma variabili in intensità ed impatto a causa di molti fattori complessi.

Queste tre teorie si combinano nel modello concettuale illustrato dalle figure 2 e 3 ed esemplificato dall'analisi dei casi che compongono il portafoglio degli scenari assistenziali (Allegato 2).

La figura 2 illustra come l'infermiere di famiglia e le famiglie con le quali lavora possono essere considerate sistemi che operano all'interno di un contesto o ambiente. Molti elementi dell'ambiente (sollecitazioni) influiscono, sia positivamente che negativamente, su questi sistemi, rafforzandone o indebolendone l'esistenza e l'integrità. La salute è vista come l'equilibrio dinamico che si mantiene tra i sistemi, cioè tra la famiglia o l'individuo e l'ambiente. Questi sistemi cambiano e si sviluppano nel tempo, non sono mai statici. Il lavoro dell'infermiere di famiglia è un'attività interattiva in cui infermiere e famiglia sono partner. Obiettivo dell'intervento infermieristico è di mantenere e, se possibile nel tempo, migliorare l'equilibrio o lo stato di salute della famiglia, aiutandola ad evitare o ad adattarsi alle sollecitazioni o alle minacce per la salute.

Figura 2: La famiglia e l'infermiere di famiglia come sistemi in un ambiente

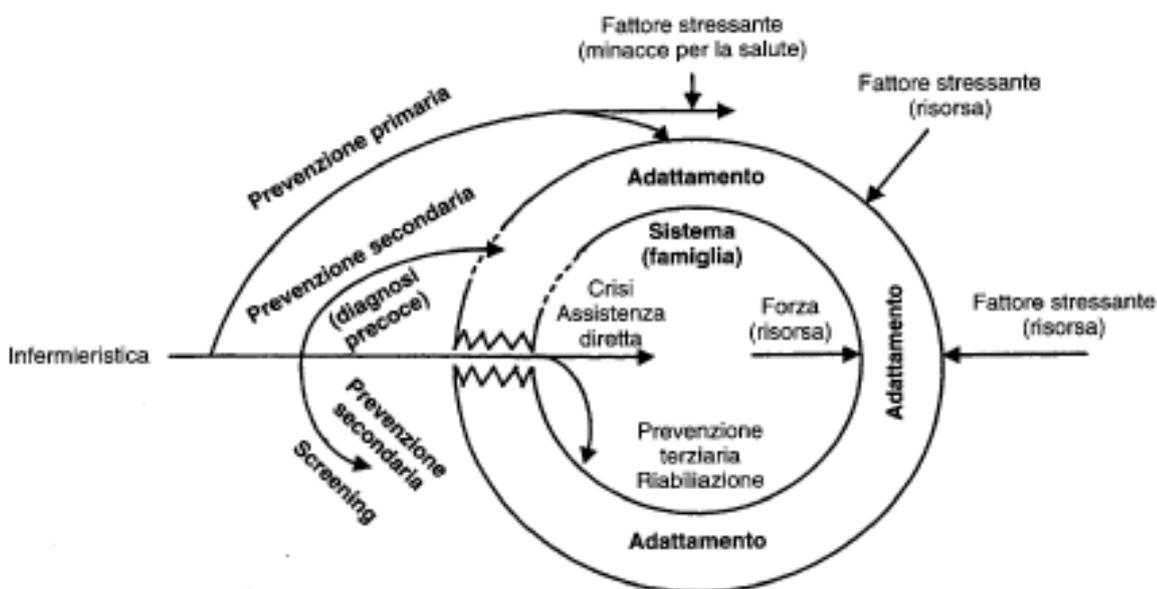


La figura 3 illustra i quattro principali tipi di intervento dell'infermiere di famiglia: prevenzione primaria, secondaria, terziaria e interventi in caso di crisi/assistenza diretta. A livello di prevenzione primaria l'infermiere verifica la possibile presenza di fattori dannosi o di minacce alla salute e lavora attivamente per evitare che questi colpiscano la famiglia. Può aiutare la famiglia a costruirsi le proprie "risorse difensive" (7) attraverso l'educazione sanitaria ed il sostegno ed aiutandola a mobilitare altre risorse e monitorando l'integrità del sistema per identificare possibili fattori dannosi. A livello di prevenzione secondaria, l'infermiere è attivamente coinvolto nei programmi di screening e di vaccinazione. Data la sua conoscenza della particolare casistica riguardante le famiglie di cui si fa carico, individuerà precocemente l'insorgere di problemi di salute, mettendo rapidamente in atto misure atte a ridurre al minimo l'impatto sull'individuo e sulla famiglia e chiamando in causa - quando necessario - altre risorse di personale esperto come previsto dal suo ruolo di "collegamento" descritto nel documento SPT 21 e nella precedente sezione 2.1. Nella prevenzione terziaria, l'infermiere è coinvolto nella riabilitazione e nella ricostruzione delle "risorse difensive" della famiglia. Il quarto tipo di intervento è l'assistenza diretta, ossia il ruolo infermieristico tradizionale quando i meccanismi di adattamento

dell'individuo/famiglia si spezzano a causa, per esempio, di una malattia. In questo caso l'infermiere di famiglia lavora in collaborazione con l'individuo/famiglia per ottenere, a seconda del caso, cura, riabilitazione, palliazione e/o sostegno.

Figura 3: Infermieristica di famiglia

Aiutare la famiglia a mantenere la salute e adattarsi alle minacce per la salute.



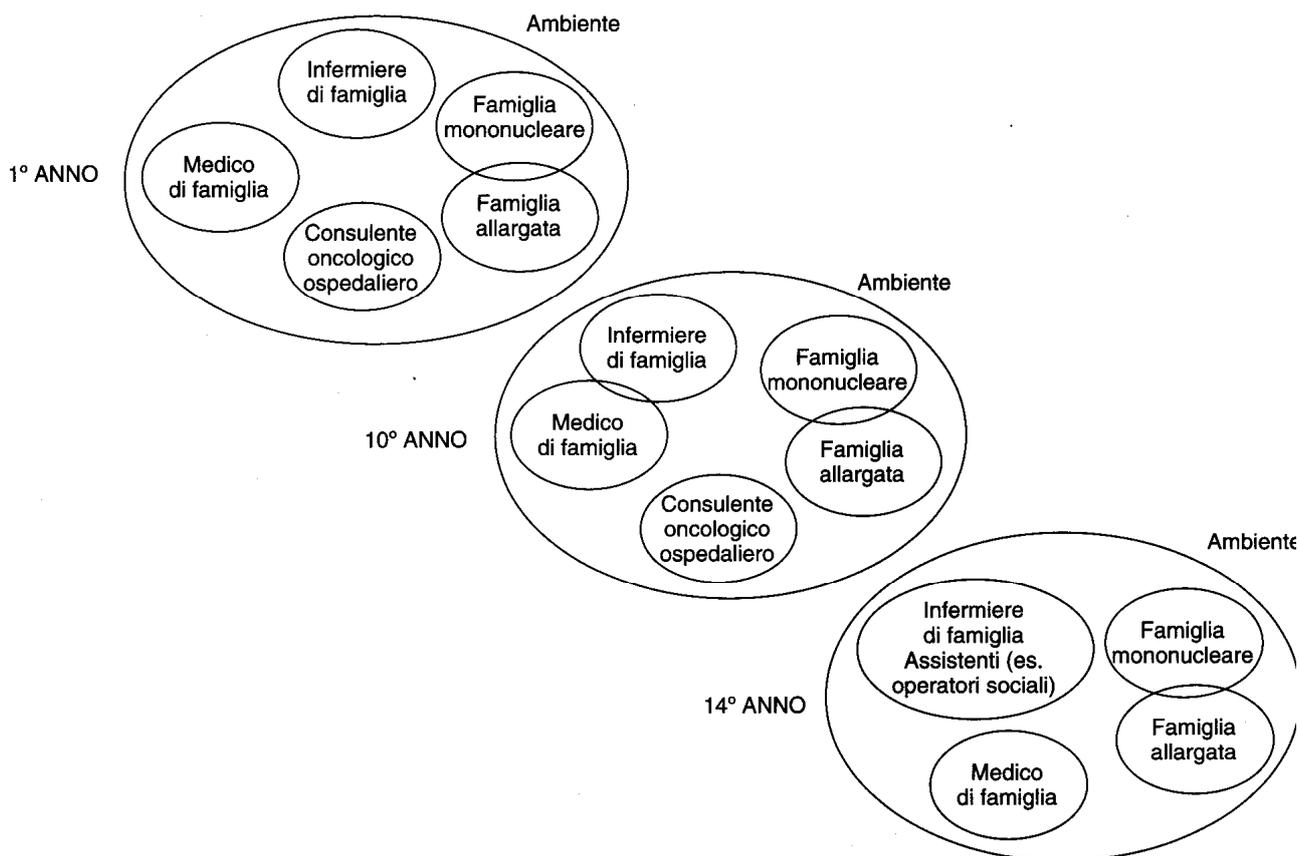
Le relazioni tra questi concetti teorici e la pratica effettiva sono illustrate nella sezione seguente.

3.5 Scenari assistenziali

Per aiutare a capire il nuovo concetto di infermiere di famiglia, il suo respiro, la profondità e lo scopo del suo ruolo, le conoscenze, le tecniche avanzate e gli atteggiamenti richiesti per gestirlo, nell'allegato 2 vengono forniti alcuni esempi di scenari assistenziali. Questi scenari, che si concludono tutti con un breve commento, simulano quelli che potrebbero essere una parte del tipico carico di casi di un infermiere di famiglia. Essi illustrano come e fino a che punto gli infermieri possono trovarsi coinvolti in eventi che accadono in tempi diversi nell'arco della vita delle famiglie e dei singoli individui, con le relative attività infermieristiche che si può supporre debbano mettere in pratica e la variabile scala temporale del loro impegno (v. Figura 4 e fare riferimento al caso della persona sola affetta da metastasi al seno). Inoltre, il portaolio dimostra come l'infermiere di famiglia può trovarsi coinvolto nella comunità e lavorare in collegamento con un ampio numero di agenzie (cfr. casi sulla prevenzione e la gestione della cronicità e sulla prevenzione degli

incidenti / iniquità in salute). L'analisi degli scenari assistenziali illustrerà il grande contributo che l'infermiere di famiglia dà al raggiungimento degli obiettivi SALUTE21. Al termine di ciascun commento sono indicati gli obiettivi prioritari di ogni singolo scenario.

Fig. 4. Esempio di come varia l'impegno dell'infermiere di famiglia nello scenario di assistenza ad una persona sola affetta da metastasi al seno



Questi scenari sono mere esemplificazioni provenienti da diversi Paesi della Regione europea dell'OMS. Sono stati in gran parte scritti dai membri del Gruppo Pianificazione Curriculum, sulla base delle esperienze personali e a seguito delle discussioni relative alla stesura del curriculum. Alcuni sono stati forniti da colleghi esperti. Assieme agli scenari forniti dagli studenti a seguito delle loro esperienze, costituiranno la base per alcune attività di insegnamento/apprendimento in cui si utilizzi l'approccio problem-solving.

La selezione degli scenari assistenziali fornita nell'allegato 2 illustra il ruolo dell'infermiere di famiglia nelle seguenti situazioni:

- Prevenzione e gestione della cronicità
- Assistenza ad una famiglia in cui la madre è colpita da carcinoma mammario
- Assistenza ad una donna sola affetta da metastasi mammaria (v. Fig. 4)
- Assistenza ad una famiglia con problemi di salute mentale ed alcool correlati

- Assistenza ad una famiglia con un figlio neonato
- Assistenza ad una coppia anziana in cui entrambi i coniugi presentano problemi di salute
- Assistenza ad un vedovo anziano con patologie multiple
- Assistenza ad una famiglia in cui il padre, tabagista, desidera smettere di fumare
- Assistenza ad una paziente diabetica che ha gradualmente perduto la propria indipendenza e deve essere istituzionalizzata
- Assistenza ad una famiglia che si prepara alla nascita del primo figlio
- Assistenza ad una donna sola, tossicodipendente incinta
- Assistenza ad un'adolescente incinta
- Assistenza ad una famiglia di rifugiati appartenenti ad una minoranza etnica
- Prevenzione degli incidenti / iniquità in salute.

3.6 Competenze o risultati dell'apprendimento

Le componenti fondamentali del ruolo dell'infermiere di famiglia sono simili a quelle del "Medico a cinque stelle" o dell'"Infermiere a cinque stelle", citati nei documenti *Doctors for Health. A WHO Global strategy for changing medical education and medical practice for health for all (8)* e *Nurses and Midwives for Health. A WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education (5)*. Queste componenti - chiave per il ruolo, sono anche le competenze fondamentali dell'infermiere che ha completato positivamente il curriculum di infermiere di famiglia. Quindi, all'infermiere di famiglia è richiesto di essere competente come:

- Erogatore di assistenza
- Decisionalista
- Comunicatore
- Leader di comunità
- Manager

Sistema di competenze dell'infermiere di famiglia

1. identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità;
2. prendere decisioni basate sui principi etici;
3. pianificare, iniziare e fornire assistenza alle famiglie che fanno parte del carico di casi definito;
4. promuovere la salute degli individui, delle famiglie e delle comunità;
5. applicare la conoscenza di diverse strategie di insegnamento ed apprendimento con i singoli, le famiglie e le comunità;
6. utilizzare e valutare diversi metodi di comunicazione;
7. partecipare alle attività di prevenzione;

8. coordinare e gestire l'assistenza, compresa quella delegata ad altro personale;
9. documentare sistematicamente la propria pratica;
10. creare, gestire ed utilizzare informazioni statistiche (dati) cliniche e basate sulla ricerca per pianificare l'assistenza e definire le priorità nelle attività relative alla salute ed alla malattia;
11. sostenere ed incoraggiare gli individui e le famiglie ad influenzare e partecipare alle decisioni relative alla loro salute;
12. definire standard e valutare l'efficacia delle attività infermieristiche di famiglia;
13. lavorare da soli o in seno ad una équipe;
14. partecipare definizione delle priorità nelle attività relative alla salute ed alla malattia;
15. gestire il cambiamento ed esserne agenti;
16. mantenere relazioni professionali ed un ruolo collegiale di sostegno con i colleghi;
17. mostrare l'evidenza di un impegno alla formazione continua ed allo sviluppo professionale.

3.7 Contenuti del curriculum

Il curriculum si articola in una serie di sette moduli, descritti dettagliatamente nella sezione 7. Fatta eccezione per il modulo introduttivo che definisce l'ambito in relazione ai concetti e l'approccio all'insegnamento, all'apprendimento ed alla valutazione del corso, tutti gli altri moduli avranno una componente pratica. Due moduli si svolgeranno in contemporanea: ad esempio, il modulo introduttivo può occupare un giorno alla settimana, seguito dal modulo sul Processo decisionale anch'esso di un giorno la settimana e nel frattempo potrebbe partire il primo modulo sull'assistenza. Questo tipo di programmazione garantirebbe che gli studenti siano in contatto con l'erogazione dell'assistenza mentre sono anche incoraggiati a vedere come i concetti teorici vengono tradotti nella realtà della pratica sin dall'inizio del corso.

3.8 Strategie di insegnamento/apprendimento e di valutazione.

Queste strategie stimoleranno l'apprendimento a tutti e sei i livelli cognitivi, così come descritti da Bloom (9). Le strategie di insegnamento/apprendimento e di valutazione impiegate nel corso saranno congruenti ai principi andragocici, in ragione del fatto che docenti e studenti porteranno nel corso competenze esistenti, conoscenze rilevanti, capacità ed attitudini che contribuiranno ad un processo formativo reciproco. La partecipazione attiva degli studenti, facilitata dagli infermieri insegnanti - che avranno un ruolo sia in ambito universitario che pratico - e dai monitori nella pratica, sarà la norma. Gli scenari assistenziali saranno il punto focale della maggior parte dell'insegnamento che si servirà dell'approccio problem-solving oltre che di una diversa serie di altri metodi. In generale, si privilegeranno gli approcci interattivi, tipo i seminari condotti dagli studenti, il lavoro di gruppo, le sessioni di chiacchiere, le dimostrazioni pratiche - ad esempio sulla valutazione della salute fisica -, l'utilizzo di strumenti tecnici e le tecniche di comunicazione verbale e non verbale. Per promuovere l'approccio interattivo si dovranno utilizzare le risorse tecnologiche più aggiornate a disposizione dell'università a seconda dello stato membro, per esempio i video interattivi. Ci sarà ancora spazio per i lettori ma questi costituiranno una minima parte del curriculum. I metodi di valutazione dovranno essere adatti all'approccio dell'apprendimento nell'adulto, basarsi sulla ricerca e comprendere,

per esempio, progetti di lavoro, ricerche bibliografiche, presentazione di casi studiati, valutazioni sanitarie, profili di comunità e contratti di apprendimento individuali.

Il successo di queste strategie di insegnamento/apprendimento e valutazione dipenderà criticamente dalla disponibilità e dallo sviluppo di infermieri insegnanti adeguatamente qualificati e preparati nell'impegno di insegnare agli adulti. Inoltre, l'approccio interattivo e di problem-solving necessita di spazi adeguati, di biblioteche ed altre risorse tecnologiche, fatto da tenere in considerazione al momento della programmazione.

3.9 Supervisione della pratica

A tempo debito, le componenti pratiche del corso per infermiere di famiglia saranno supervisionate da un infermiere di famiglia qualificato, cosa che non sarà possibile per i primi anni. Al fine di formare un numero consistente di infermieri di famiglia, è necessario che gli Stati membri avviino i corsi e selezionino infermieri di comunità ed infermieri di comunità insegnanti affinché vi partecipino. Negli anni immediatamente successivi saranno questi ultimi ad occuparsi dell'insegnamento e della supervisione.

3.10 Numero di partecipanti e rapporto docenti/discenti

Poiché durante tutto l'arco del corso si utilizzeranno metodi di insegnamento interattivo per adulti e varie strategie di apprendimento e valutazione che comprenderanno la supervisione clinica, si ritiene che il numero ottimale di discenti da ammettere per ciascun corso si aggiri sulle 30 persone. Sulla base degli stessi criteri, il rapporto ideale tra docenti e studenti non dovrebbe superare l' 1:10, ossia un insegnante ogni 10 studenti.

3.11 Controllo della qualità e valutazione

Per valutare la qualità e gli standard del corso, le strategie di insegnamento/apprendimento, le votazioni degli studenti ed i risultati, sarà necessaria una verifica esterna, così come previsto dalla struttura del curriculum. La valutazione del curriculum sarà effettuata dagli insegnanti, dagli studenti ed anche da coloro che forniscono i servizi quali gli infermieri dirigenti e, a tempo debito, gli infermieri di famiglia praticanti.

4. DOCENTI E MONITORI

Le modalità di insegnamento e le strategie di apprendimento e valutazione previste dal curriculum sono una sfida sia per gli insegnanti ed i monitori che per gli studenti. E' quindi importante, se si vogliono applicare efficacemente, che vengano coinvolti soltanto infermieri insegnanti e monitori qualificati (v. anche il punto 3.8). La creazione di strutture in grado di consentire il sostegno sarà pari e lo stretto collegamento tra docenti e monitori è molto importante, soprattutto nei primi anni, poiché non ci saranno modelli di ruoli di riferimento né in campo formativo né nella pratica.

5. SEDE DEL CORSO

Le componenti teoriche del corso verranno svolte in una sede idonea per l'istruzione superiore. Le componenti pratiche si svolgeranno presso il domicilio delle famiglie ed in altri ambiti non istituzionali della comunità.

6. QUALIFICA A COMPLETAMENTO DEL CORSO

A completamento del corso con esito positivo, l'infermiere riceverà la qualifica di specializzazione ed il riconoscimento accademico a livello post-laurea di "Infermiere di Famiglia".

7. CONTENUTI DEL CORSO - MODULI 1 A 7

Le pagine seguenti offrono la descrizione di ognuno dei moduli che compongono il curriculum. Si noti che una serie di concetti ed argomenti che vengono introdotti in un modulo, vengono ripresi ed approfonditi in un altro. Con l'acquisizione di conoscenze ed esperienze nuove, gli studenti saranno in grado di vedere questi concetti ed argomenti da angolazioni diverse e di costruire sui lavori precedenti. Due esempi per tutti sono il concetto di "infermieristica di famiglia" e di "teamwork" che si svilupperanno ed arricchiranno man mano lo studente percorrerà il curriculum, sia negli elementi teorici che in quelli pratici.

Modulo 1

Titolo: **Il corso per infermieri di famiglia
Modulo introduttivo
Concetti, pratica e teoria**

Durata: 2 settimane

Sommario dei contenuti

Questo modulo presenta agli studenti i concetti chiave che hanno dato forma al curriculum del corso. L'approccio incoraggerà lo studente a costruire, integrare ed allargare le proprie conoscenze, capacità ed esperienze servendosi delle nuove conoscenze ed esperienze che andrà ad acquisire. Utilizzando le esperienze pre-corso dello studente in ambito familiare, si indagherà sulla stretta correlazione tra la pratica infermieristica e le conoscenze teoretiche e di ricerca relative all'infermieristica.

Le strategie di insegnamento/apprendimento incoraggeranno lo studente a conoscere i propri compagni di corso ed a condividere le conoscenze ed esperienze professionali. Si indagherà sul valore del dibattito sull'importanza dei contenuti teoretici nella pratica infermieristica.

Questo modulo si svolgerà in ambito universitario

Tematiche

L'infermiere di famiglia
Scenario dei casi
Un approccio di corso sulla vita, compresi gli eventi critici
Il curriculum basato sulle competenze e sulla ricerca
Concetto di competenza
Strategie di insegnamento/apprendimento adatte ai discenti e ai discenti adulti
Facilitatori dell'apprendimento
Capacità trasferibili
Problem-solving
Team work
Il dibattito come forma di sfida costruttiva
Il pensiero critico ed analitico e le sue relazioni con la pratica dell'infermieristica di famiglia
Sviluppo professionale continuo / formazione permanente

Lecture

Pubblicazioni OMS
Letteratura nazionale ed internazionale inerente ai contenuti

Modulo 2

Titolo: **Erogare assistenza 1: lavorare con le famiglie**

Durata: 10 settimane

Sommario dei contenuti

Questo modulo consentirà allo studente di identificare i vari fattori che influenzano la pratica infermieristica di famiglia. I contenuti fondamentali comprendono anche tematiche professionali sul ruolo dell'infermiere di famiglia e sugli interventi di assistenza orientata alla promozione della salute, preventiva, curativa, riabilitativa, palliativa e di sostegno. L'infermiere svilupperà principi e metodi di pianificazione, attuazione e valutazione dell'assistenza familiare nel contesto di un ambito assistenziale di comunità consapevole delle risorse disponibili e dinamico. Le strategie di apprendimento del dialogo riflessivo e dell'auto-apprendimento offriranno l'opportunità di analizzare pratiche ed interventi di infermieristica di famiglia in ambienti protetti.

il 40% di questo modulo è costituito da pratica.

Tematiche:

La famiglia: definizioni, relazioni, dinamiche, ruoli

Il concetto di famiglia come cliente

Il concetto di famiglia come contesto - impatto della famiglia sulla salute e sulla gestione della salute dei singoli

Teorie sulla famiglia

Quadro concettuale dell'infermieristica di famiglia - concetto di salute come equilibrio e di infermieristica come sostegno all'adattamento

L'infermiere di famiglia: ruolo, responsabilità, funzioni, prospettive professionali, legali ed etiche.

La casa come luogo di cura

L'infermieristica di famiglia che utilizza l'approccio "lungo l'arco della vita"

Sviluppo del bambino, dell'adulto e dell'anziano - l'approccio "lungo l'arco della vita"

Valutazione della famiglia

La famiglia "disfunzionale"

Terapia familiare

Approcci di counselling e loro applicazione

Il processo infermieristico familiare

Quadri concettuali nell'infermieristica di famiglia

Valutazione sanitaria - tipi, strumenti

Approccio alla promozione della salute ed all'educazione sanitaria

Applicazione di interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria

Valutazione dei rischi

Sorveglianza sanitaria

Controllo delle infezioni

Gestione delle emergenze

Interventi terapeutici in relazione alle crisi "di vita"

Programmi gestiti di assistenza curativa e riabilitativa per pazienti acuti e cronici
L'approccio palliativo in assistenza infermieristica di famiglia
Abuso di sostanze
Deficienze nell'apprendimento
Salute mentale
Sostenere le famiglie
Bilanciare/stabilire le priorità nei bisogni degli individui rispetto a quelli della famiglia e della comunità
Potenziare le famiglie
Teorie e principi dell'apprendimento e della motivazione
Metodi di insegnamento e loro applicazione all'infermieristica di famiglia
Definire degli obiettivi
Preparare e valutare metodi di insegnamento
Il diritto di famiglia
Lavorare in partnership con le famiglie
La delega
Valutazione - strategie, risultati

Lecture:

- Pubblicazioni OMS
- Letteratura nazionale ed internazionale inerente ai contenuti

Strategie di insegnamento/apprendimento:

Lettori (concetti fondamentali)
Interviste
Dimostrazioni
Studio dei casi
Brainstorming
Discussione
Role play
Escursione sul territorio

Metodi di valutazione:

Data della valutazione: _____

Metodo di valutazione:

Valutazione del corso: (30% del totale)	Punteggio ottenuto _____	%
Valutazione pratica: (40% del totale)	Punteggio ottenuto _____	%
Esame finale del modulo: (30% del totale)	Punteggio ottenuto _____	%

Verifica totale: Votazione finale (in centesimi) _____ %

Modulo 3

Titolo: **Il processo decisionale**

Durata: 4 settimane

Sommario dei contenuti

Questo modulo consentirà all'infermiere di ampliare le proprie conoscenze riguardo il processo decisionale, la tipologia e le capacità in preparazione al futuro ruolo di infermiere di famiglia.

Le strategie di apprendimento incoraggeranno l'infermiere a considerare le proprie esperienze personali e cliniche incoraggiandolo a sviluppare il pensiero riflessivo.

Il 10% di questo modulo è costituito da pratica.

Tematiche:

La decisionalità - teorie, processi, tecniche
Ragionamento diagnostico, terapeutico, clinico
I concetti di responsabilità e autonomia nel processo decisionale
Il pensiero critico nella pratica
Decisionalità strategica
Capacità di negoziazione
Le priorità nell'assistenza
Razionalizzare l'assistenza
Aspetti legali
Responsabilità, autonomia, etica
Decisionalità a domicilio

Lecture:

Pubblicazioni OMS
Letteratura nazionale ed internazionale inerente ai contenuti

Strategie di insegnamento/apprendimento:

Lettorati (concetti fondamentali)
Dimostrazioni
Studio dei casi
Lavori di gruppo
Discussione

Role play
Escursione sul territorio

Metodi di valutazione:

Data della valutazione: _____

Metodo di valutazione:

Valutazione del corso: (30% del totale) Punteggio ottenuto _____ %

Valutazione pratica: (40% del totale) Punteggio ottenuto _____ %

Esame finale del modulo: (30% del totale) Punteggio ottenuto _____ %

Verifica totale: Votazione finale (in centesimi) _____ %

Modulo 4

Titolo: **Gestire l'informazione e ricerca**

Durata: 6 settimane

Sommario dei contenuti

Scopo di questo modulo è di aiutare l'infermiere a sviluppare le proprie conoscenze e capacità in relazione agli aspetti applicati della gestione dell'informazione e della ricerca. Svilupperà la comprensione dei metodi di approccio alla gestione dell'informazione, della ricerca, dell'apprendimento, della motivazione, della comunicazione e dell'insegnamento. La componente della ricerca avrà particolare attenzione per studi e fatti che contribuiscano ad accrescere le conoscenze nell'area dell'infermieristica di famiglia.

Le strategie di apprendimento includeranno sia metodi di insegnamento tradizionali che di apprendimento sperimentale per facilitare lo sviluppo dell'interazione e le capacità di ricerca.

il 10% di questo modulo è costituito da pratica.

Tematiche:

Fonti/tipi di informazione, conoscenza, evidenza
Il pensiero critico, l'apprezzamento critico e le domande sulla pratica
Il processo di ricerca, modelli e metodi di ricerca
Identificare e misurare i risultati
Gestione delle informazioni e tecnologie informatiche
Documentazione - struttura e standardizzazione
Sistemi informatici nazionali e locali
Scrivere un rapporto
Serie di dati fondamentali/minimi
Documentazione in infermieristica di famiglia
Dati fondamentali
Etica, riservatezza e sicurezza
Teorie e principi dell'apprendimento e della motivazione
Metodi di insegnamento e il loro applicazione all'infermieristica di famiglia
Definire gli obiettivi
Preparare e valutare metodi di insegnamento

Lecture:

Pubblicazioni OMS
Letteratura nazionale ed internazionale inerente ai contenuti

Strategie di insegnamento/apprendimento:

Lettorati (concetti fondamentali)
Dimostrazioni
Tutorato
Seminari tenuti dagli studenti
Role play
Studio dei casi
Workshop
Escursione sul territorio

Metodi di valutazione:

Data della valutazione: _____

Metodo di valutazione:

Valutazione del corso: (30% del totale)	Punteggio ottenuto _____ %
Valutazione pratica: (40% del totale)	Punteggio ottenuto _____ %
Esame finale del modulo: (30% del totale)	Punteggio ottenuto _____ %

Verifica totale: Votazione finale (in centesimi) _____ %

Modulo 5

**Titolo: Erogare assistenza 2:
(L'infermiere di famiglia - lavorare con le comunità)**

Durata: 10 settimane

Sommario dei contenuti

Questo modulo analizzerà aspetti della “comunità” in relazione al ruolo dell'infermiere di famiglia. All'interno del modulo, l'analisi dei determinanti sociali della salute aumenterà la conoscenza e la comprensione dell'infermiere su come identificare e soddisfare i bisogni della comunità in cui opera.

Le strategie di apprendimento utilizzate in questo modulo incoraggeranno l'infermiere a sintetizzare ed utilizzare politiche e dati statistici per capire la comunità.

il 40% di questo modulo è costituito da pratica.

Tematiche:

Il concetto di comunità come cliente
Concetti ed approcci di sanità pubblica
Determinanti della salute di comunità
Salute e benessere sociale
Sistemi sanitari (politiche nazionali e locali)
Salute primaria, secondaria e terziaria
Comunità e salute pubblica
Il servizio di assistenza sanitaria familiare
Definizione di: salute, malattia, disabilità
Disuguaglianze e salute
Epidemiologia
Malattie trasmissibili
Farmacologia: farmaci, stoccaggio, somministrazione, programmi di immunizzazione, protocolli, trattamento di anafilassi, aspetti legali e professionali
Definizione di comunità
I gruppi svantaggiati
Discriminazione
Cultura, razza e religione
Educazione e lavoro
Povertà
Definizione e concetto di bisogno
Valutazione della comunità (compreso il profilo)
Interventi basati sulla comunità, es. sviluppo della comunità
Accesso alle statistiche (nazionali e locali)
Lavorare con la comunità
Il ruolo dell'infermiere di famiglia nelle comunità

Modulo 6

Titolo: **Gestire le risorse**

Durata: 4 settimane

Sommario dei contenuti

Questo modulo studierà aspetti gestionali che abbiano ricadute sull'assistenza erogata ed il ruolo dell'infermiere di famiglia nella pratica.

Le strategie di insegnamento e apprendimento consentiranno all'infermiere di esaminare ed applicare le conoscenze riguardanti i concetti del management al proprio campo di specializzazione in infermieristica di famiglia.

Il 10% di questo modulo è costituito da pratica.

Tematiche:

Management - teorie e processi
Gestire le risorse umane
Il controllo del budget
Gestire il tempo
La famiglia come risorsa
Agenzie statali, private e di volontariato
Organizzazione e gestione dei servizi infermieristici di famiglia
Il ruolo di coordinamento dell'infermiere di famiglia
Gestire l'assistenza
I sistemi di garanzia della qualità

Lecture:

Pubblicazioni OMS
Letteratura nazionale ed internazionale inerente ai contenuti

Strategie di insegnamento/apprendimento:

Lettorati (concetti fondamentali)
Studio dei casi
Lavori di gruppo
Discussione
Role play

Metodi di valutazione:

Data della valutazione: _____

Metodo di valutazione:

Valutazione del corso: (30% del totale)	Punteggio ottenuto _____ %
Valutazione pratica: (40% del totale)	Punteggio ottenuto _____ %
Esame finale del modulo: (30% del totale)	Punteggio ottenuto _____ %

Verifica totale: Votazione finale (in centesimi) _____ %

Modulo 7

Titolo: **Leadership e lavoro multidisciplinare**

Durata: 4 settimane

Sommario dei contenuti

All'interno di questo modulo l'infermiere analizzerà e rifletterà sugli aspetti della leadership. Gli infermieri saranno assistiti nel riconoscere l'importanza del lavoro d'équipe e nell'apprezzare la complessa natura dei cambiamenti organizzativi.

Le strategie di apprendimento offriranno l'opportunità di lavorare in équipe, cosa che richiede rispetto, fiducia, cooperazione e delega. Lo sviluppo di queste capacità è fondamentale affinché l'infermiere sia in grado di intraprendere l'interazione di gruppo e di trasferire queste conoscenze alla pratica infermieristica di famiglia.

Il 10% di questo modulo è costituito da pratica.

Tematiche:

Leadership - teorie, tipologie, processi e tecniche
Gestire il cambiamento
Principi del lavoro d'équipe, ruoli, responsabilità, funzioni
Dinamiche di gruppo
La delega
Supervisione clinica e monitoraggio
Temi legali/professionali
L'infermiere di famiglia come agente del cambiamento
La famiglia come membro dell'équipe
Lavorare con altre agenzie

Lecture:

Pubblicazioni OMS
Letteratura nazionale ed internazionale inerente ai contenuti

Strategie di insegnamento/apprendimento:

Lettori (concetti fondamentali)
Lavori di gruppo
Discussione
Studio di casi
Role play
Escursione sul territorio

Metodi di valutazione:

Data della valutazione: _____

Metodo di valutazione:

Valutazione del corso: (30% del totale) Punteggio ottenuto _____ %

Valutazione pratica: (40% del totale) Punteggio ottenuto _____ %

Esame finale del modulo: (30% del totale) Punteggio ottenuto _____ %

Verifica totale: Votazione finale (in centesimi): _____ %

Riferimenti del documento OMS

1. *HEALTH21: the health for all policy for the WHO European Region*. Copenhagen, Ufficio Regionale OMS per l'Europa, 1999 (European Health for All Series, No. 6)
2. FAWCETT-HENESY, A. *The family health nurse – a new nurse on the horizon*. Copenhagen, Ufficio Regionale OMS per l'Europa, 1999 (documento DL VRO2O1O616/6, inedito).
3. WHITE, L.A. & ALEXANDER, M:F: *Community nursing: transition curriculum. A foundation course to prepare experienced hospital nurses to work in the community*. Copenhagen, Ufficio Regionale OMS per l'Europa, 1999 (documento DL VR 020402, inedito).
4. ASVALL, J. *The Alma-Ata Declaration – 20 years of impact on the European Region of WHO*, In: *WHO Primary health care 21: "Everybody's business"*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità (in stampa)
5. *Nurses and midwives for health. A WHO European strategy for nursing and midwifery education*. Copenhagen, Ufficio Regionale OMS per l'Europa, 2000 (documento inedito EUR/00/5019309/15 per la Seconda Conferenza Ministeriale sull'Infermieristica e l'Ostetricia in Europa, Monaco, Giugno 2000)
6. CLARK, J. A model for health visiting. In: Kershaw, B. & Savage, J.J. *Models for nursing*. Londra, Wiley and Sons, 1986.
7. ANTONOWSKY, A. *Stress, health and coping*. New York, Jossey Bass, 1999.
8. *Doctors for Health. A WHO Global strategy for changing medical education and medical practice for health for all*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1996 (documento non pubblicato WHO/HRH/96.1).
9. BLOOM, B. *Taxonomy of educational objectives, handbook 1*. New York, David McKay Co, 1996.

Allegato 1

OBIETTIVI SALUTE21

- Obiettivo 1 - Solidarietà a favore della salute nella Regione europea.
- Obiettivo 2 - Equità in salute
- Obiettivo 3 - Un inizio di vita sano
- Obiettivo 4 - La salute dei giovani
- Obiettivo 5 - Invecchiare in salute
- Obiettivo 6 - Migliorare la salute mentale
- Obiettivo 7 - Ridurre le malattie trasmissibili
- Obiettivo 8 - Ridurre le malattie non trasmissibili
- Obiettivo 9 - Ridurre i traumi derivanti da atti violenti ed incidenti
- Obiettivo 10 - Un ambiente fisico sano e sicuro
- Obiettivo 11 - Stili di vita più sani
- Obiettivo 12 - Ridurre i danni causati dall'alcool, dalla droga e dal fumo
- Obiettivo 13 - Ambiti per la salute
- Obiettivo 14 - Responsabilità multisettoriali per la salute
- Obiettivo 15 - Un settore sanitario integrato
- Obiettivo 16 - Una gestione attenta alla qualità dell'assistenza
- Obiettivo 17 - Il finanziamento dei servizi sanitari e l'allocazione delle risorse
- Obiettivo 18 - Lo sviluppo delle risorse umane per la salute
- Obiettivo 19 - Ricerca e conoscenza per la salute
- Obiettivo 20 - Mobilitare i partner per la salute
- Obiettivo 21 - Politiche e strategie a favore della salute per tutti.

Allegato 2

PORTFOLIO DI SCENARI ASSISTENZIALI¹

¹ In questi scenari le denominazioni generiche di Infermiere di Famiglia e Medico di Famiglia sono da intendersi indifferentemente riferite ad entrambi i sessi.

Prevenzione e gestione della cronicità

Stadio iniziale

Durante uno dei loro incontri settimanali l'infermiere ed il medico di famiglia discutono di un recente rapporto clinico che identifica il rischio di malattia cardiaca e renale nei pazienti affetti da diabete tipo 2 (non insulino-dipendenti).

1° mese

L'infermiere di famiglia analizza le cartelle mediche ed infermieristiche delle famiglie e si serve di questo data base per identificare chi soffre di diabete. Inoltre, rivede le linee guida per la pratica alla ricerca di prove riguardanti interventi effettivi ed efficaci su pazienti affetti da diabete tipo 2.

2° mese

In collaborazione con il medico di famiglia pianifica una strategia assistenziale incentrata sulla promozione della salute, la prevenzione della malattia e la gestione del diabete.

3° mese

Con la comunità locale pianifica una mostra sul diabete, facendosi fornire poster ed opuscoli dal dipartimento di salute pubblica. Gli espositori vengono collocati nel centro di salute familiare, nel centro della comunità e nelle chiese locali.

6° mese

L'infermiere visita le famiglie in cui sono presenti casi di diabete ed effettua lo screening dei familiari del paziente, effettuando analisi delle urine e misurando la pressione. Durante queste visite, insegna ai pazienti il monitoraggio più efficace della glicemia, diete e stili di vita e dà loro consigli sulle complicanze della malattia. Durante le visite successive, discuterà con il paziente circa l'assunzione dei farmaci, la congruità o meno con quanto prescritto e controllerà la pressione, la glicemia e la funzionalità renale. Discuterà dei risultati della visita con il medico di famiglia che varierà il regime farmacologico per incoraggiare un maggior controllo del diabete.

12° mese

Una valutazione della strategia dell'infermiere di famiglia effettuata dopo 12 mesi dalla fase iniziale, dimostra che il 70% dei pazienti già malati in partenza mantiene livelli accettabili di glucosio nel sangue. Inoltre, nel 20% dei pazienti sono stati diagnosticati precocemente sintomi di patologia cardiaca e renale. La strategia di promozione ha spinto diverse persone della comunità a contattare l'infermiere di famiglia per problemi concernenti la propria salute. Ad oggi, grazie allo screening di routine effettuato sulla popolazione dai 65 anni in su, il diabete tipo 2 è stato diagnosticato a 4 pazienti.

In atto

Dalle cartelle e dai registri del medico di famiglia l'infermiere estrapola i nominativi degli ultra 65enni e li invita in ambulatorio per sottoporli ad esame delle urine e rilevazione della pressione per lo screening del diabete tipo 2.

Commento

Questo scenario di Infermiere di Famiglia dimostra le molteplici sfaccettature del suo ruolo che comprende la promozione della salute, la prevenzione della malattia e la gestione della cronicità. Egli deve conoscere la malattia, la sua gestione, le possibili complicanze e

deve saper scegliere e valutare gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Inoltre, la profonda conoscenza della comunità in cui opera, consente all'infermiere di famiglia di coinvolgere i gruppi locali in attività di promozione e prevenzione. I membri della comunità lo vedono come persona disponibile ad essere contattata e che incoraggia una politica di accesso universale per la gente preoccupata della propria salute.

In questo scenario assistenziale l'Infermiere di Famiglia affronta la maggior parte degli obiettivi della SALUTE21. Nello specifico, viene data priorità all'obiettivo 8 (v. allegato 1).

Assistenza ad una famiglia in cui la madre è colpita da carcinoma mammario

La famiglia è composta dal padre (45 anni), ingegnere, la madre (45 anni), insegnante e due ragazzi di 9 e 13 anni.

Diciotto mesi fa, la madre scoprì un nodo al seno che fu diagnosticato come cancro. A questo punto l'Infermiere di Famiglia visitò la famiglia per aiutarla ad affrontare il ricovero in ospedale della madre e l'intervento chirurgico. La madre fu sottoposta a mastectomia, cui fece seguito un ciclo di chemioterapia.

Quando la donna fu dimessa dall'ospedale, l'Infermiere di Famiglia continuò a visitare la famiglia per circa un anno poiché la ferita non era guarita. La signora tornò a lavorare ma recentemente ha perso l'impiego a causa delle frequenti assenze legate alla malattia. La signora non si aspettava di guarire dal cancro ed ora sta effettivamente morendo. La famiglia è abbastanza aperta alla situazione ed entrambi i genitori hanno preparato i figli alla morte della madre. Il ragazzo di 13 anni ha appena iniziato la scuola superiore ed il padre trova che è diventato senza motivo aggressivo e violento nei confronti del fratello minore. Il padre vorrebbe trascorrere più tempo con i figli ma è occupato con il lavoro e teme il licenziamento se la situazione familiare interferisce con l'attività professionale. Egli chiede all'Infermiere di Famiglia come gestire i ragazzi.

Lavorando a stretto contatto con la famiglia, l'Infermiere è in grado di valutarne i bisogni e di incoraggiarla a partecipare all'assistenza alla madre, garantendo nel contempo la continuità assistenziale. Egli incoraggia i componenti della famiglia a porre domande su tutto ciò che desta preoccupazione. Si occupa della madre (controllo del dolore, medicazione della ferita, cure igieniche, counselling sulle tappe future della malattia) e discute con lei sulle possibili reazioni del marito e dei figli. L'Infermiere di Famiglia, nel suo ruolo di coordinamento, assicura la continuità delle cure da parte dello staff ventiquattro ore su ventiquattro poiché la malata vuole morire a casa e organizza l'approvvigionamento di quanto necessario. Conferisce con il medico di famiglia, l'assistente sociale ed altri operatori su specifici problemi e controlla che amici e familiari effettuino visite brevi e positive, discute con il padre sui fattori stressanti che il cambiamento di scuola dei figli comporta e suggerisce di discutere la situazione con gli insegnanti del figlio maggiore. Informa il marito dell'esistenza di gruppi di supporto al lutto e alla perdita. Svolge attività di supervisione ed insegnamento nei confronti dei membri dello staff che non hanno esperienza di assistenza ai malati che muoiono a casa.

Commento

Il principale ruolo dell'Infermiere di Famiglia in questo scenario è di supporto e collegamento e nel contempo di rendere la famiglia capace di prendere decisioni e coinvolgerla nella cura della madre. I bisogni complessi della famiglia in continuo cambiamento nel periodo di presa in carico, richiedono che l'Infermiere di Famiglia identifichi i problemi ed intervenga prima che essi raggiungano il punto di crisi. L'Infermiere di Famiglia è un punto di riferimento per la famiglia, nonché l'elemento di coordinamento rispetto agli altri servizi di supporto e alle altre agenzie.

In questo scenario assistenziale l'Infermiere di Famiglia affronta la maggior parte degli obiettivi della SALUTE21. Nello specifico, viene data priorità all'obiettivo 15 (v. allegato 1).

Assistenza ad una donna sola affetta da metastasi mammaria.

La “famiglia” in questo scenario è costituita da una donna sola, che vive in casa propria. E’ molto indipendente ed attiva, ha un’occupazione a tempo pieno, una grande famiglia di fratelli e sorelle ed è una zia molto amata dai numerosi nipoti.

1° anno

Scopre un nodulo in una delle mammelle, si reca dal proprio medico di base che la indirizza all’ospedale locale per dei test diagnostici. Viene diagnosticato un cancro della mammella, la paziente viene mastectomizzata e quindi inizia un regime di chemioterapia, radioterapia e cure a lungo termine al fine di diminuire le probabilità di ricorrenza del tumore. La ripresa è buona ed ella continua a svolgere il proprio lavoro e le normali attività. L’infermiera di famiglia sa della paziente, le fa visita una volta e poi per un certo periodo di tempo non ha necessità di tornare a vederla.

5° anno

La signora comincia ad avvertire dolori lombari che si irradiano alla gamba destra. Il medico di famiglia le prescrive antidolorifici e la indirizza all’ospedale, dove, dopo gli accertamenti viene sottoposta ad un ciclo di radioterapia per metastasi alla colonna. L’infermiera di famiglia contatta la paziente e le lascia il proprio recapito telefonico incoraggiandola a chiamarla in qualsiasi momento.

6°- 11° anno

In questo lasso di tempo la signora è andata regolarmente in pensione ed è ancora attiva. Tuttavia, il dolore gradualmente aumenta ed ella torna in ospedale per sottoporsi ad altra radioterapia. L’infermiera di famiglia registra i progressi della paziente: esaminando le annotazioni presenti nella sua cartella presso il medico curante; mantenendo con lei contatti costanti, facendole visita prima mensilmente e poi settimanalmente; controllando il suo livello di adattamento generale; verificando se i farmaci antidolorifici prescritti sono realmente efficaci nel controllo del dolore. Questa verifica viene effettuata fornendo alla paziente una tabella per la valutazione del dolore, della quale spiega il funzionamento. La tabella viene quindi gestita dalla paziente che vi registra a che ora assume i farmaci, la quantità assunta e la valutazione del dolore secondo una scala da 0 (assenza di dolore) a 10 (dolore acuto ed insopportabile). Questo esercizio dimostra che il controllo del dolore non è soddisfacente e l’infermiera di famiglia, dopo averne discusso con il medico di base, fissa una visita con l’oncologo che ha curato la paziente. Il dosaggio degli antidolorifici viene aumentato ma la somministrazione rimane orale. La paziente ha molto a cuore la propria indipendenza e l’infermiera la rispetta, continuando a farle visita con cadenza settimanale ma incoraggiandola, come prima, a chiamarla se il dolore diventasse incontrollabile.

Durante tutti questi anni la famiglia si è dimostrata molto supportiva ma, con l’aumento del dolore della paziente, l’infermiera si preoccupa per quei membri della famiglia – vecchi e giovani – che, più vicini alla paziente, vanno a trovarla con più assiduità e spesso la trovano in sua compagnia. Con il benessere e l’aiuto della paziente, l’infermiera di famiglia mantiene contatti telefonici regolari con la persona chiave della famiglia, parlando con lei delle varie preoccupazioni e rispondendo alle domande che man mano sorgono.

12° - 14° anno

Le condizioni fisiche della paziente vanno lentamente deteriorandosi e, benché riesca ancora a camminare con l’aiuto di un girello, trascorre buona parte del tempo a letto. Poiché è molto magra, è vulnerabile alla formazione di ulcere da pressione. L’infermiera di

famiglia gradualmente occupa sempre più tempo nell'assistenza diretta, facendole cambiare posizione quando è a letto, assistendola nell'igiene personale ed organizzando, dopo averne discusso con il medico, la terapia del dolore, ora somministrata per via iniettiva. L'infermiera di famiglia è l'anello di congiunzione di tutta la complessa gamma di bisogni assistenziali della paziente ma lavora sempre in collaborazione con lei e ne tiene in considerazione il punto di vista. L'infermiera di famiglia provvede alla fornitura di attrezzature quali un letto ed un materasso speciali ed a garantire una copertura assistenziale 24 ore su 24 da parte di altri infermieri di famiglia oltre lei stessa, assistenti infermieristici e domestici che si occupino del bucato e delle pulizie di casa. Provvede inoltre ad organizzare la consegna a domicilio del pasto principale. Sa, per averne parlato con la paziente, che quest'ultima è pienamente consapevole del progredire del cancro e della prognosi infausta ed è consapevole della forte fede della donna che è spiritualmente preparata al fatto che la morte non è lontana. L'infermiera di famiglia si tiene in stretto contatto con il familiare che si fa carico di tenere compagnia alla paziente, sostenerla e provvedere alla spesa ed anche con il medico, per avvertirlo in caso ritenesse che la paziente fosse da ricoverare in ospedale.

15° anno

E' la paziente stessa a decidere che è giunto il momento di farsi ricoverare in ospedale per quella che lei ritiene sia l'ultima volta, ossia per ricevere l'assistenza terminale. L'infermiera di famiglia comunica all'oncologo dell'ospedale la decisione della paziente e concorda il ricovero con lo staff infermieristico. Si occupa anche di interrompere il servizio infermieristico domiciliare e di restituire tutto l'equipaggiamento ed i medicinali inutilizzati al centro. Completa la documentazione che ha redatto durante il periodo di assistenza alla paziente. Di quando in quando fa visita alla donna durante le tre settimane di ricovero che precedono una morte serena, alla presenza di diversi membri della famiglia.

L'infermiera fa visita ai membri più stretti della famiglia per tre volte dopo il funerale per ascoltarli e per verificare come questo ramo della famiglia si stia adattando (v. fig. 4).

Commento

L'infermiera di famiglia ha riconosciuto il bisogno d'indipendenza di questa paziente ed il suo desiderio di controllare personalmente la malattia. Ella verifica la situazione, quindi controlla i progressi della paziente ad intervalli regolari, garantendo a quest'ultima informazioni sufficienti a contattarla non appena ne avverta la necessità. L'infermiera fornisce gradualmente sempre maggiore sostegno ed assistenza specializzata. Se e quando la paziente esprime questo bisogno, ella fa intervenire altre agenzie. La sua conoscenza della paziente le consente di offrirle un'assistenza olistica: per esempio, l'infermiera conosce, capisce e rispetta i valori terapeutici delle profonde credenze religiose della paziente nella sua preparazione alla morte. Il conoscere ed il capire il lutto e la perdita le consentono di continuare a sostenere la famiglia dopo il decesso della paziente. Ella inoltre riconosce il proprio bisogno di sentirsi in lutto per una paziente che ha conosciuto e seguito per un lungo periodo di tempo.

In questo scenario assistenziale l'Infermiere di Famiglia affronta la maggior parte degli obiettivi della SALUTE21. Nello specifico, viene data priorità agli obiettivi 6 e 15 (v. Allegato 1)

Assistenza ad una famiglia con problemi di salute mentale ed alcool-correlati

Un ragazzo di 21 anni che sta seguendo un trattamento per sintomi di schizofrenia è stato dimesso ed è tornato in famiglia una settimana fa. Sua madre presenta sintomi depressivi. Il padre ha cominciato a bere sempre di più da quando il figlio ha smesso di frequentare l'università. Esattamente una settimana dopo il ritorno a casa il ragazzo ha smesso di prendere i farmaci che gli sono stati prescritti. E' sempre più colpito da allucinazioni, soprattutto di notte. I genitori sono in ansia quando si trovano da soli in casa con lui. Costatato che la situazione della famiglia è molto difficile, un amico contatta il centro sanitario.

L'infermiere di famiglia recupera le informazioni contenute nella cartella del ragazzo e, dopo averne parlato con il medico, programma una visita alla famiglia. Incontra la madre ed il figlio a casa loro ed acquisisce una buona panoramica della situazione anche se si rende conto di dover ottenere informazioni da parte di tutti i membri della famiglia per poter effettuare una valutazione completa e stabilire le priorità di intervento. E' evidente che le relazioni familiari si sono rotte e che tra madre e figlio si sono "persi i contatti". Per questo motivo l'infermiere decide di far loro visita quotidianamente per una settimana. Dopo un'ulteriore colloquio con il medico, viene data priorità al cercare di convincere il ragazzo ad accettare il programma di cura assumendo tutti i farmaci prescrittigli.

L'infermiere ritorna a casa della famiglia nel pomeriggio per cercare di stabilire una relazione con il ragazzo e fargli un'iniezione. Egli accetta la terapia ma non parla. Sua madre piange.

L'infermiere stila un piano assistenziale prioritario per i suoi interventi, basato sulle sue valutazioni e su tutte le diagnosi infermieristiche effettuate, con relativi obiettivi a breve e lungo termine.

Nei giorni seguenti fa di tutto per riuscire a stabilire una relazione con tutti i membri della famiglia, ma è difficile fissare una visita quando sia in casa anche il padre.

La priorità assoluta è di migliorare le condizioni mentali del figlio, quindi nei giorni successivi continua la terapia iniettiva. La madre è così depressa che, con il suo consenso, l'infermiere le fissa un appuntamento in ambulatorio dove viene visitata da un medico specialista che le prescrive alcuni farmaci. Anche il padre ha bisogno di cure per il suo problema di alcolismo quindi l'infermiere, dopo averne discusso con il medico, decide di contattare un terapeuta familiare che possa lavorare con questa famiglia nello sforzo di arrivare alla radice del problema alcool e degli altri problemi, aiutando tutti a ricostruire le relazioni interpersonali. Durante questo periodo di trattamento l'infermiere fa visita alla famiglia una volta la settimana.

Dopo circa un mese la situazione all'interno della famiglia è migliorata. Il figlio mostra più interesse a stabilire relazioni migliori e la madre è meno depressa; per esempio, in occasione di una delle sue visite, l'infermiere ha trovato che la donna aveva pulito la casa (prima era piuttosto sporca e poco curata) e aveva fatto il pane. Il padre beve ancora troppo però ora trascorre più tempo a casa e la coppia si parla di più.

L'infermiere valuta i vari interventi alla fine del mese successivo e registra nei suoi appunti che il figlio ha deciso di partecipare alla riabilitazione diurna. Fissa un incontro con il medico per discutere dei progressi della famiglia.

L'obiettivo a lungo termine per l'infermiere è di lavorare in collaborazione con la famiglia al fine di aumentare le capacità di ognuno di aiutare gli altri e di adattarsi allo stress, di aiutare il figlio ad ottenere una qualifica per il lavoro e di assisterli tutti nel tentativo di stabilire un minimo di contatti con la comunità in cui vivono.

Commento

Nell'assistere questa famiglia, l'infermiere di famiglia mostra competenze specifiche relative alla salute mentale ma le combina con le conoscenze delle dinamiche e delle relazioni familiari. Riconosce la necessità di coinvolgere il medico di famiglia e le competenze più specifiche del terapeuta familiare. Un'importante considerazione è che l'infermiere deve godere della fiducia di tutti i membri della famiglia poiché necessita di costruire rapidamente rapporti e relazioni con una famiglia in crisi. Egli riconosce di dover effettuare un monitoraggio costante ed una valutazione a lungo termine delle strategie che ha deciso di attuare.

In questo scenario assistenziale l'Infermiere di Famiglia affronta la maggior parte degli obiettivi della SALUTE21. Nello specifico, viene data priorità agli obiettivi 6 e 12 (v. Allegato 1).

Assistenza ad una famiglia con un figlio neonato

I Ruzat sono una famiglia giovane, con una figlia di 18 mesi ed un figlio di 6. Sono arrivati da Sarajevo durante i conflitti politici ed hanno avuto difficoltà a stabilirsi nel Paese ospite. Il sig. Ruzat fino a poco tempo fa faceva l'autista di taxi, sua moglie è in congedo maternità dal suo lavoro di assistente domestica all'ospedale locale. La famiglia vive al 6° piano di un palazzo senza ascensore. L'alloggio è umido e difficile da riscaldare.

Il bambino è allattato artificialmente ed ha avuto difficoltà ad alimentarsi fin dalla dimissione dall'ospedale a 5 giorni dalla nascita. Negli ultimi tre mesi ha sofferto di persistenti infezioni del tratto respiratorio superiore, curate con antibiotici e non è mai stato particolarmente bene. Da quando è nato il fratellino la bambina di 18 mesi mostra disturbi comportamentali e alterazioni del sonno. Il padre è un fumatore accanito; la madre ha difficoltà a smaltire i chili in eccesso accumulati durante la gravidanza. Presto tornerà a lavorare.

La settimana prossima la madre del sig. Ruzat verrà a far visita alla famiglia e si fermerà per un breve periodo. I rapporti tra la sig.ra Ruzat e sua suocera non sono buoni. La suocera ritiene che la nuora non sia né una buona moglie né una buona madre e questo aggiunge pressioni sulle relazioni familiari.

Commento

Il ruolo dell'Infermiere di Famiglia è, in prima istanza, quello di lavorare con la famiglia per identificare come questa ritenga si possano soddisfare al meglio i suoi bisogni. Nel farlo, presterà attenzione alle pratiche rituali legate all'assistenza dei bambini. Offrirà il proprio sostegno nei momenti di stress e sarà particolarmente vigile per quanto riguarda i sintomi di depressione post-partum nella madre o depressione del marito. L'infermiere è insegnante e consigliere sanitario, aiuta sia il padre che la madre a cambiare stile di vita per ciò che riguarda la dieta, l'esercizio fisico e il fumo. Lavora a fianco della famiglia fornendole informazioni sugli altri servizi e - quando necessario - aiutandola ad accedervi, per esempio per essere assistita circa la casa umida o per avere un aiuto economico in una situazione di necessità. Infine, rende consapevole la famiglia dell'esistenza di gruppi di sostegno, ad esempio per i rifugiati, i disoccupati, le madri e i bambini

In questo scenario assistenziale l'Infermiere di Famiglia affronta la maggior parte degli obiettivi della SALUTE21. Nello specifico, viene data priorità all'obiettivo 3 (v. Allegato 1).

Assistenza ad una coppia anziana in cui entrambi i coniugi presentano problemi di salute

In questo scenario, l'uomo anziano si prende cura della moglie diabetica (tipo 1) ed affetta da malattia di Alzheimer. Egli ritiene sia relativamente semplice assisterla ma confessa all'Infermiere di Famiglia che a volte lei ha degli accessi di aggressività che per il momento lui è in grado di gestire. Egli è affetto da cancro alla prostata, al momento ben sotto controllo.

La figlia della coppia si è rivolta all'Infermiere di Famiglia perché sospetta che il padre abusi fisicamente della madre. Afferma di aver notato delle escoriazioni nella parte interna delle cosce di lei. L'infermiere visita regolarmente la famiglia per aiutarla a gestire il diabete e gli effetti dell'Alzheimer. Offre aiuto al marito e consigli per quanto riguarda gli accessi di aggressività della moglie e lo mette in contatto sia con gruppi di sostegno sia con i servizi che offrono assistenza affinché il caregiver possa fruire di momenti di stacco. Visita la moglie alla luce dei sospetti della figlia, ma non riscontra segni di escoriazioni. Si consulta con l'assistente che si occupa regolarmente di fare il bagno alla signora ma neppure quest'ultima è in grado di confermare i sospetti della figlia.

L'Infermiere di Famiglia decide di portare avanti un programma di visite a cadenza regolare a questa famiglia vulnerabile e di offrire un sostegno costante alla coppia restando vigile circa possibili segni di abuso. Nel corso delle visite, ricorre alle proprie conoscenze circa le relazioni familiari per cercare di aiutare la figlia ed i genitori ad appianare i contrasti ed incoraggiandoli a cercare aiuto presso un servizio di counselling. Si accerta che il medico di famiglia sia informato delle sue attività e registra sulla cartella multidisciplinare le decisioni adottate circa l'assistenza alla famiglia.

Commento

L'accessibilità dell'Infermiere di Famiglia per gli individui della comunità in cui lavora è dimostrata dal fatto che la figlia l'abbia contattato inizialmente per una questione particolarmente delicata. Il ruolo fondamentale dell'infermiere in questa famiglia è di: monitoraggio, per garantire l'individuazione precoce di sintomi di deterioramento dei rapporti familiari o di deterioramento della salute dei due anziani; insegnamento all'assistente in modo che questa sia in grado di rilevare qualsiasi segno di abuso fisico e sappia come e dove denunciarli, garanzia che il medico di famiglia sia al corrente della situazione. L'infermiere si serve delle proprie capacità decisionali per ciò che riguarda il tipo di azioni da intraprendere in questa fase, compresa la scelta di quali figure dell'équipe sanitaria coinvolgere e di quali compiti delegare all'assistente. Egli è perfettamente consapevole di essere responsabile del tipo di assistenza che la famiglia riceve e di tutte le decisioni prese.

In questo scenario assistenziale l'Infermiere di Famiglia affronta la maggior parte degli obiettivi della SALUTE21. Nello specifico, viene data priorità agli obiettivi 5 e 9 (v. Allegato 1).

Assistenza ad un vedovo anziano affetto da patologia multipla

Quest'uomo vive da solo da otto anni. E' pensionato e faceva il muratore. Ora il suo unico interesse è collezionare francobolli. Fa pochissima attività fisica e non esce molto. Tempo fa ha subito l'asportazione della prostata per un tumore e da due anni a questa parte ha un catetere permanente che a volte si ostruisce causando dolori acuti per la ritenzione di urina. L'infermiera di famiglia ha sostituito più volte il catetere in seguito ai blocchi ed esegue regolarmente l'esame delle urine per controllare l'insorgenza di infezioni, cosa che di quando in quando si verifica. Ella incoraggia il paziente a bere almeno due litri di liquidi al giorno ma egli è riluttante. Il paziente viene inoltre regolarmente sottoposto a un controllo del glucosio nelle urine, per timore che insorga il diabete mellito. Oltre a questo problema primario alle vie urinarie, l'uomo ha altri problemi di salute. Soffre di un'ulcera alla gamba che l'infermiera di famiglia ha regolarmente medicato una volta alla settimana per sette anni, tenendosi anche aggiornata sulle novità della ricerca per la cura di queste ulcere e consultandosi costantemente con il medico di famiglia. Il paziente è inoltre fortemente soprappeso, soffre di arteriosclerosi, insufficienza cardiaca congestiva e relativa dispnea.

L'infermiera di famiglia cerca di motivare il paziente a partecipare a qualcuna delle attività che si svolgono presso il centro di assistenza diurna vicino a casa sua. Organizza la fornitura di pasti a domicilio e cerca di verificare regolarmente l'apporto nutrizionale.

In occasione dell'ultima visita l'infermiera diagnostica una lieve depressione che viene confermata dal paziente stesso. Con il consenso dell'uomo, ella contatta il medico di famiglia per suggerirgli di indirizzare il paziente all'équipe infermieristica psichiatrica.

L'infermiera spiega regolarmente al paziente quanto sia importante per la sua salute l'esercizio fisico costante, ad esempio una camminata quotidiana, magari prima di pranzo, quando il traffico nella zona in cui vive è meno intenso. Fa del suo meglio per motivarlo ma si rende conto che il paziente non ha interessi e non gli importa di iniziare queste attività né di frequentare il centro diurno.

L'infermiera continua a discutere del caso di questo paziente con l'équipe di cui fa parte, cercando altre idee per motivarlo ad agire per migliorare la sua salute e la qualità di vita. Continuerà a fargli visita ad intervalli regolari per poter valutare ogni ulteriore possibile minaccia alla sua salute ed al suo benessere, ed interverrà attivamente, sempre con il consenso e – quando possibile – con la collaborazione del paziente.

Commento

L'infermiera di famiglia, oltre a fornire assistenza diretta a quest'uomo, riconosce che la motivazione e la malattia comportamentale sono aspetti importanti nel tentativo di prevenire le complicanze in un processo patologico ben definito.

Il paziente è affetto da patologia complessa e, nonostante gli sforzi dell'infermiera per coinvolgerlo nell'assistenza, non dimostra alcun interesse verso l'auto-cura o la maggiore indipendenza. L'infermiera di famiglia ritiene che questa mancanza di motivazione sia in parte legata al suo isolamento sociale ed alla paura che, diventando più abile ad occuparsi di se stesso, si possa allentare il contatto con l'unica persona che va a trovarlo regolarmente: l'infermiera. Ella capisce che scopo dell'assistenza non sempre è la cura; può essere anche il mantenimento del massimo potenziale possibile di salute. Decide di

continuare le visite, di coinvolgere altri membri dell'équipe sanitaria per cercare di migliorare alcuni dei problemi di salute identificati e di continuare a incoraggiare il paziente a frequentare le strutture assistenziali locali. Riconosce che questo obiettivo potrebbe diventare raggiungibile se lei riuscisse a fare in modo che la sua depressione venisse curata.

In questo scenario assistenziale l'Infermiere di Famiglia affronta la maggior parte degli obiettivi della SALUTE21. Nello specifico, viene data priorità all'obiettivo 5

Assistenza ad una famiglia in cui il padre tabagista desidera smettere di fumare

Il Sig. Virtanen è un trentanovenne, padre di due bambine. Ha iniziato a fumare a 14 anni perché lo facevano i suoi amici. Gradatamente si è reso conto di non essere più in grado di smettere. Sua moglie di recente è diventata asmatica e lui sa che lei è inquieta perché il suo vizio acutizzerà la sua condizione. Inoltre, egli non vuole essere un esempio negativo per le figlie. “Mia moglie e le mie figlie mi chiedono di smettere di fumare”, dice alla sua infermiera di famiglia. “io desidero davvero smettere, però ho paura delle crisi di astinenza. Ho fumato venti sigarette al giorno per circa venticinque anni. Non ho mai cercato di smettere. Mi piace talmente fumare che non sono completamente sveglio fino a quando non ho fumato la prima sigaretta del mattino. Comunque ora sono davvero motivato a cercare di smettere”

L’infermiera di famiglia sostiene e rafforza la decisione di smettere di fumare del Sig. Virtanen. Insieme, lavorano ad un piano “stop a fumo” che il Sig. Virtanen decide di seguire per i successivi sei mesi. Il piano comprende attività quali la negoziazione della data in cui smetterà di fumare, la rilevazione dei livelli di monossido di carbonio nel sangue, il test per la nicotinodipendenza e l’assemblaggio di consigli pratici su come evitare o gestire le situazioni difficili in cui possa verificarsi il rischio di una ricaduta, per esempio nei momenti di relax in compagnia di amici che fumano. Insieme decidono un calendario di incontri di follow-up e l’infermiera dà al Sig. Virtanen ed alla sua famiglia informazioni circa i sintomi da astinenza e su come sedarli. Inoltre, spiega loro l’efficacia di una terapia sostitutiva della nicotina come strategia per smettere di fumare, soprattutto per chi è nicotino-dipendente ma allo stesso tempo è motivato a smettere. Gli fornisce informazioni scritte, in forma di volantino che gli suggerisce di condividere con la famiglia e lo invia, con il suo consenso, ad un gruppo di auto-aiuto che si riunisce nella sala comunale.

Dopo la “data fatidica” scelta dal Sig. Virtanen per smettere di fumare, l’infermiera lo ha visto due volte la prima settimana e poi una volta la settimana per i due mesi successivi. Dopodiché essi si sono incontrati una volta al mese per sei mesi ed hanno concordato di sentirsi telefonicamente ogniqualvolta il Sig. Virtanen desidera parlare di qualcosa che riguardi i suoi sforzi per smettere di fumare. Oggi, trascorso circa un anno, l’asma di sua moglie è migliorata poiché la famiglia vive in un ambiente libero dal fumo e le sue figlie sono felici ed orgogliose del loro padre non fumatore. Il Sig. Virtanen continua a frequentare i gruppi di auto-aiuto prendendo parte attiva nelle loro attività.

Commento

In questo scenario centrato sulla salute, l’infermiera di famiglia mostra il giusto atteggiamento a non giudicare, le sue capacità nel dare suggerimenti e nel proporre l’intervento appropriato. La sua conoscenza dei diversi e seri impatti del fumo sulla salute la sprona ad assicurare un supporto continuo a quest’uomo e alla sua famiglia. Comprende inoltre che ci sono spesso motivi complessi per cui una persona fuma e che questi motivi rendono difficile smettere di fumare. La sua conoscenza delle strutture di sostegno locali e nazionali per coloro che desiderano smettere di fumare le permette di classificarle e di presentarle alla famiglia. La prevenzione e la cessazione del fumo sono tra le attività più difficili del lavoro di una infermiera di famiglia. Lei, insieme con altri gruppi attivi nell’assistenza sociale e della salute, è in una posizione chiave sia per organizzare programmi individuali per smettere di fumare, che per coordinare e partecipare ad interventi anti-fumo a livello di comunità.

In questo scenario assistenziale l'Infermiere di Famiglia affronta la maggior parte degli obiettivi della SALUTE21. Nello specifico, viene data priorità all'obiettivo 12 (v. Allegato 1).

Assistenza ad una paziente diabetica che ha gradualmente perduto la propria indipendenza e deve essere istituzionalizzata

L'infermiere di famiglia ha fatto visita per diversi anni ad una signora anziana che vive da sola, con la sola compagnia del suo cane. E' diabetica e le ragioni delle visite semestrali sono di tenere sotto controllo il suo stato di salute generale, il suo benessere, l'andamento del diabete e di verificare che sia sempre in grado di vivere indipendentemente, cosa che desidera fare. E' vedova ma ha una figlia e due nipoti. I rapporti con la figlia non sono buoni da parecchi anni, i contatti sono sporadici e quindi vede poco anche le nipoti.

Benché questa signora viva, per sua scelta, una vita piuttosto isolata, è attiva e sta bene. Ha rifiutato tutti gli sforzi fatti dall'infermiere di famiglia di discutere sull'opportunità di riacciare i rapporti con la figlia e la famiglia. Lo stato generale di salute si mantiene buono e la donna sembra adattarsi al fatto di essere diabetica fino a quando, in occasione di una visita di controllo, l'infermiere riscontra diversi problemi misurando la pressione, controllando la glicemia e valutando le condizioni generali. I livelli di glicemia sono ben al di sopra dei valori normali, la paziente dichiara di non sentirsi bene, di essere spesso stanca e di aver trascurato la dieta bilanciata che era solita seguire.

L'infermiera fa visitare la paziente da un diabetologo del Centro Sanitario, per un certo periodo va da lei ogni giorno per controllare che abbia capito il nuovo dosaggio di insulina prescritto e che segua la terapia correttamente, dispone che un servizio di volontari le consegna a domicilio un pasto al giorno – anche nei fine settimana – e che abbia un aiuto regolare per il disbrigo delle faccende domestiche. Tutto ciò all'inizio incontra una certa resistenza da parte della paziente che vive la presenza dei servizi come una minaccia alla sua indipendenza, tuttavia, poiché insiste nel voler vivere a casa propria godendosi la compagnia del suo cane, alla fine – seppur brontolando – accetta l'aiuto. L'infermiera decide di organizzare questa rete di servizi di supporto invece di far ricoverare la paziente perché sa quanto è importante per lei poter restare a casa propria.

Nei due anni successivi la salute dell'anziana signora va gradatamente peggiorando, la circolazione periferica è compromessa a causa del diabete e l'infermiera, assieme alla paziente giunge alla conclusione che a questo punto l'istituzionalizzazione è l'unica soluzione adeguata. Si occupa del ricovero e, discutendo con i colleghi durante una riunione, trova una buona sistemazione in campagna anche per il cagnolino della signora.

L'infermiere di famiglia ora fa visita alla paziente una volta la settimana presso la casa di riposo. I rapporti con la figlia sono stati riacciati ed ora sia questa che le nipoti vanno a trovarla. Benché l'anziana non sia più in grado di camminare senza aiuto e stia perdendo la memoria – di tanto in tanto non riconosce la figlia – sta relativamente bene e si è inserita nella vita comune della casa di riposo. Ricorda spesso il suo cane e ne sente molto la mancanza ma la consola il sapere che è stato bene accolto in un'altra casa.

Commento

Questo scenario mette in luce il ruolo dell'infermiere di famiglia nel riconoscere il diritto di questa anziana signora a condurre per quanto più a lungo possibile una vita indipendente. Le sue conoscenze in campo geriatrico le consentono di offrire alla paziente interventi terapeutici e sostegni sociali adeguati fino al momento in cui l'esacerbarsi dei problemi di salute convince sia lei che la paziente che non è più possibile continuare a vivere da sola con il cane. In assenza della famiglia, l'infermiere agisce per conto della paziente e la incoraggia a partecipare al processo decisionale che riguarda la sua assistenza futura. Egli riconosce i bisogni psicologici della paziente ed il legame affettivo che si è instaurato con il cagnolino che le ha fatto compagnia per anni. L'intervento infermieristico ha

consentito a questa donna di sfruttare al massimo la propria indipendenza e di riunirsi alla famiglia.

In questo scenario assistenziale l'Infermiere di Famiglia affronta la maggior parte degli obiettivi della SALUTE21. Nello specifico, viene data priorità agli obiettivi 5 e 14 (v. Allegato 1).

Assistenza ad una famiglia che si prepara alla nascita del primo figlio

L'Infermiere di Famiglia e l'ostetrica spesso collaborano strettamente ed assistono congiuntamente la stessa famiglia. L'Infermiere di Famiglia ha ricevuto dall'ostetrica la segnalazione di una coppia in attesa del primo figlio. Di prassi l'Infermiere di Famiglia visita tutte queste famiglie circa tre o quattro settimane prima della data presunta del parto. Il motivo di tale visita è di preparare i genitori alla nuova situazione familiare che verrà a crearsi con la nascita del bambino. Ci sono molti argomenti pratici sui quali discutere, per esempio come preparare la casa per il bambino e come prendersi cura di un neonato. Uno degli argomenti fondamentali è l'allattamento al seno e la preparazione della coppia per questo. Il tema dell'allattamento sarà sicuramente stato affrontato con loro dall'ostetrica all'inizio della gravidanza, tuttavia poiché è l'Infermiere di Famiglia che avrà più contatti con le famiglie dopo il parto, è importante che sia lui/lei a continuare la discussione e la preparazione della coppia. Si sa che quanto più la coppia è preparata, tanto più a lungo la madre protrarrà l'allattamento al seno. E' anche dimostrato che "il seno è il meglio" e che un neonato allattato al seno è più sano e corre meno rischi di infezione rispetto ad uno allattato artificialmente. Quindi, gli obiettivi principali della prima visita dell'infermiere sono la reciproca conoscenza, la discussione circa le aspettative della coppia riguardo la nascita di un figlio, compresa la preparazione al parto, il tema dell'allattamento al seno. L'Infermiere di Famiglia e l'ostetrica concordano sul fatto che in questo caso i reciproci ruoli si sovrappongono ed entrambi sono consapevoli delle responsabilità di stilare una cartella clinica comune e di coinvolgere il medico di famiglia se e quando necessario.

Commento

Questo scenario illustra la necessità che l'Infermiere di Famiglia lavori in stretta collaborazione con l'ostetrica in questo momento fondamentale della vita di una famiglia: la nascita del primo figlio. Per poter svolgere il suo ruolo nei confronti di questa famiglia, l'infermiere deve conoscere e capire il ruolo e le responsabilità dell'ostetrica, del lavoro interdisciplinare, delle dinamiche familiari, delle relazioni di coppia – soprattutto quando un primo figlio entra a far parte della famiglia – e i processi di una gravidanza fisiologica e patologica. E' inoltre importante che pratichi un'assistenza basata sull'evidenza e che sia un efficiente comunicatore.

In questo scenario assistenziale l'Infermiere di Famiglia affronta la maggior parte degli obiettivi della SALUTE21. Nello specifico, viene data priorità all'obiettivo 3 (v. Allegato 1).

Assistenza ad una donna sola, tossicodipendente incinta

Una giovane donna non sposata, eroinomane, è incinta del secondo figlio. La prima bambina, di due anni, le è stata tolta a causa della sua tossicodipendenza. La giovane non sa chi sia il padre della prima figlia mentre, pur sapendo chi è quello del secondo, non lo ha informato della gravidanza per timore di interrompere questa nuova relazione alla quale sembra tenere. Ha perso ogni contatto con la famiglia d'origine, vive da sola in un piccolo appartamento di un grande condominio e si mantiene con un sussidio sociale. Si finanzia le dosi di eroina prostituendosi. All'inizio della gravidanza si è fatta visitare dal medico di famiglia che l'ha indirizzata all'infermiera di famiglia e all'ospedale.

L'infermiera di famiglia, riconoscendo la complessità della situazione in cui versa la giovane e sapendo che precedenti tentativi di tirarla fuori dal giro della droga sono falliti, decide di portare il caso all'attenzione dell'équipe multidisciplinare che ella stessa ha costituito per trattare più efficacemente i casi di giovani in simili difficoltà. Il gruppo è composto da un'assistente sociale specializzata nell'assistenza ai tossicodipendenti, uno psicologo clinico, un consigliere infermieristico che lavora con il medico di famiglia, un ginecologo ed un'ostetrica che si occuperanno della giovane alla maternità e da un rappresentante del gruppo locale di prevenzione ed aiuto per la droga. La giovane viene invitata a frequentare gli incontri del gruppo ma inizialmente non lo fa. L'infermiera di famiglia, che svolge il ruolo di coordinatore, concorda di mantenerla in contatto con il gruppo di discussione che valuterà la sua situazione globale, deciderà come sostenerla durante la gravidanza e pianificherà il parto ed il puerperio. Il gruppo discuterà anche di piani a più lungo termine per la futura salute della giovane e si appoggerà all'infermiera quale elemento di collegamento tra le varie agenzie che saranno coinvolte nell'assistenza.

L'infermiera di famiglia fa regolarmente visita alla ragazza insieme all'ostetrica. Insieme, la convincono ad aderire ad un'iniziativa sovvenzionata dallo stato che offre cure e sostegno a coloro che vogliono liberarsi dalla droga e che la aiuterebbe ad iniziare a riorganizzare quello che lei stessa definisce uno stile di vita caotico, preparandosi inoltre alla nascita del bambino. Durante la gravidanza entrambe assistono la ragazza evitando di dare giudizi, cercando di ricostruire la sua autostima, monitorandone i progressi, rispondendo alle sue domande e discutendo con lei sull'opportunità di tenere il bambino o darlo in adozione.

Dopo un parto normale avvenuto alla maternità, l'infermiera continua a far visita alla donna e ad aiutarla a prendersi cura del neonato. La ragazza sembra essersi liberata dalla droga ma l'infermiera è ben conscia del rischio di ricadute. Il gruppo multidisciplinare, che si consulta regolarmente sia faccia a faccia che attraverso la posta elettronica per valutare i progressi delle famiglie o degli individui particolarmente vulnerabili della comunità, continua a sostenere le decisioni dell'infermiera riguardo l'assistenza a questa donna.

I risultati a lungo termine per questa giovane donna sono stati la piena riabilitazione e, circa due anni dopo, il matrimonio con il padre del suo secondo figlio. La prima figlia continua a vivere con la famiglia adottiva cui era stata affidata poiché le relazioni affettive sono ben radicate e la piccola è ben curata in un clima familiare amorevole e stabile.

Commento.

In questo scenario il ruolo di collegamento dell'infermiera di famiglia è fondamentale alla riuscita della seconda gravidanza di questa giovane donna ed al ripristino di condizioni di vita e di relazione molto migliori per sé, per il nuovo marito e per il bambino. L'infermiera, nel suo ruolo caleidoscopico, dimostra tutte e cinque le competenze fondamentali della propria qualifica (v. sezione 3.6). Ella fornisce assistenza, prende decisioni, è un comunicatore, un leader di gruppo ed un manager e soddisfa tutti questi compiti agendo

quale professionista riconosciuto che possiede l'autorità e la responsabilità di coinvolgere tutti coloro che ritiene siano più capaci di assisterla nel migliorare la salute della famiglia/individuo che assiste.

In questo scenario assistenziale sono stati affrontati la maggior parte degli obiettivi SALUTE21. Nello specifico, è stata data priorità agli obiettivi 3 e 12 (v. Allegato 1).

Assistenza ad un'adolescente incinta

Emma ha 16 anni, non è sposata ed è madre di una bambina di 10 settimane. Vive in casa con i genitori e due fratelli minori, Stephen di 12 anni e George di 7. Suo padre lavora in una fabbrica locale e fa il turno di notte ma è preoccupato per il futuro del suo lavoro perché molti suoi colleghi sono stati licenziati per esubero di personale. La madre di Emma fa la domestica part-time.

La gravidanza di Emma è stata difficile ed il travaglio lungo. La bambina è nata a termine ma pesava soltanto 2.45 kg., era quindi sottopeso, probabilmente perché Emma ha fumato durante la gravidanza. Adesso la piccola viene alimentata artificialmente con successo e sta prendendo peso. I genitori di Emma mantengono sia lei che la bambina ma in famiglia c'è tensione perché non approvano Darren, il ragazzo di Emma e padre della bambina. Attualmente Darren è disoccupato e i genitori di Emma ritengono abbia su di lei un'influenza negativa. Il comportamento dei fratelli minori è diventato disruptivo da quando la ragazza è tornata dall'ospedale con la figlia.

L'Infermiera di Famiglia fa la prima visita a questa famiglia perché Emma non si è presentata in clinica per il controllo post-natale. Parla con Emma da sola e la ragazza le confessa di essere molto stanca e di trovare difficile adattarsi al ruolo di madre. Ha paura che il pianto della bambina durante il giorno disturbi il sonno di suo padre ed è preoccupata per il comportamento di suo fratello George nei confronti della piccola. Dice che "è un po' rude con lei".

L'infermiera ascolta attentamente Emma e la incoraggia ad esprimere le sue preoccupazioni. La rassicura dicendole che i neonati sono impegnativi e che non c'è da stupirsi se lei si trova in difficoltà nell'adattarsi all'arrivo della bambina; capita a molte giovani madri. Le parla dell'esistenza di lezioni rivolte ai neo-genitori spiegandole che sono frequentate da altre giovani madri, alcune adolescenti non sposate come lei e le consiglia di chiedere a sua madre di occuparsi della bambina ogni tanto, in modo da potervi partecipare. Le spiega anche che George potrebbe essere geloso della nipotina che lo ha rimpiazzato nel ruolo di "cucciolo" della famiglia. Potrebbe essere risentito delle attenzioni che sua madre rivolge alla nuova arrivata e tentare di riconquistarsele assumendo un comportamento disruptivo. Suggestisce ad Emma di passare un po' di tempo da sola con George e di rassicurarlo sul fatto che lei gli vuole ancora bene, anche se adesso ha la bambina, ma anche di stare attenta a non lasciare mai il ragazzino da solo con la piccola. Infine, chiede ad Emma di fissare l'incontro successivo in un momento in cui non sia presente sua madre in modo da poter parlare di come aiutare George ad accettare la neonata. L'infermiera, poi, spiega ad Emma l'importanza di sottoporsi alla visita post-natale, discute con lei di eventuali metodi contraccettivi e solleva la questione della vaccinazione della bambina, spiegandole cosa comporta e sollecitandola a contattare un pediatra. Le chiede cosa ha notato circa lo sviluppo di sua figlia e quindi la visita. Si complimenta con Emma per come si prende cura della bambina che sta facendo ottimi progressi e le spiega le fasi successive del suo sviluppo, accertandosi che la ragazza sappia di dover prendere le opportune precauzioni quando la piccola comincerà a gattonare e a toccare tutto. Prima di andarsene, l'infermiera lascia ad Emma il suo recapito e le raccomanda di chiamarla se si sentisse ansia per qualcosa. La incoraggia a parlare della visita con i genitori e a fissare un altro incontro quando sua madre possa parteciparvi.

Commento

In molti Paesi le gravidanze tra le adolescenti costituiscono un serio problema sanitario e molto spesso queste giovani madri non possono contare sul sostegno del padre dei loro figli. In questo scenario l'infermiera di famiglia si rende conto che i genitori della ragazza la aiutano ma percepisce comunque le tensioni esistenti. Con abilità mescola all'educazione sanitaria e ai consigli apprezzamenti per gli sforzi che la giovane madre sta facendo, consapevole dell'importanza di ricostruire l'autostima dell'adolescente. Affronta l'argomento fumo e scopre che anche il padre di Emma è tabagista. Si rende quindi conto che probabilmente questo non è il momento più adatto per chiedere ad Emma di smettere di fumare però le spiega che il fumo passivo è dannoso e suggerisce alla ragazza e al padre di non fumare nella stanza della bambina o quando si trovano vicini a lei. L'infermiera sa che esistono prove che collegano il fumo ad un maggior rischio di morte neonatale improvvisa e ad un aumento delle patologie respiratorie nei neonati e nei bambini piccoli, tuttavia decide che non è il momento di allarmare la giovane madre fornendole tali informazioni. Prende mentalmente nota di controllare l'abitudine al fumo di Emma.

Le conoscenze dell'infermiera le consentono di incoraggiare l'adolescente ad ampliare la propria rete di sostegno sociale frequentando lezioni rivolte ai neogenitori e assicurandola sul fatto che non sarà l'unica madre adolescente del gruppo.

Questo scenario illustra il ruolo dell'Infermiera di Famiglia nell'incoraggiare un inizio di vita sano per questa bambina, nel sostenere la giovane madre in questa fase critica della vita, nell'aiutare la famiglia che si trova ad affrontare e dover accettare un evento che sta diventando sempre più frequente nelle famiglie: la gravidanza inattesa di una figlia adolescente. Inoltre, l'infermiera stessa fa parte del gruppo "Azione comunitaria per la salute" che si riunisce nel caseggiato dove vive la giovane Emma e lavora nelle scuole locali occupandosi in particolare di temi collegati alla salute e alla sessualità. Questo quartiere registra una percentuale di gravidanze tra le adolescenti superiore al resto della città e il consiglio locale ha finanziato un progetto finalizzato ad affrontare tale problema. Il gruppo che si occupa del progetto è composto da laici e da professionisti che lavorano assieme alla ricerca di soluzioni positive. L'Infermiera di Famiglia, grazie alla profonda conoscenza dello sviluppo umano e delle relazioni familiari, è un valido componente del gruppo.

In questo scenario assistenziale sono stati affrontati la maggior parte degli obiettivi SALUTE21. Nello specifico, è stata data priorità agli obiettivi 4 e 11 (v. Allegato 1).

Assistenza ad una famiglia di rifugiati appartenenti ad una minoranza etnica

La famiglia, di sette persone, è arrivata nel Paese ospite dal confinante Kosovo. Sono albanesi. Il nonno ha 40 anni, la nonna 38, il loro figlio 19 e la nuora 17. Questi ultimi hanno tre figli: una coppia di gemelli di 2 anni ed una bambina di 10 mesi.

La famiglia non era mai stata nel Paese ospite e qui non ha né parenti né amici. Hanno perso la loro casa, non hanno denaro, né lavoro, né copertura sanitaria. Sono molto provati, benché riconoscenti di essere ancora tutti vivi ed uniti. Temporaneamente sono accampati in una tenda del campo rifugiati.

L'infermiera di famiglia fa parte di una équipe socioassistenziale che lavora nel capo rifugiati. Parla la lingua dei profughi, li incontra ed effettua una valutazione completa dei loro bisogni. Registra i dati in una scheda multidisciplinare aperta dal gruppo di accoglienza che ha documentato l'arrivo di ogni famiglia.

La valutazione iniziale rivela che i membri della famiglia godono di buona salute fisica, benché siano emotivamente molto provati. I quattro adulti spesso discutono tra loro. L'infermiera diagnostica nella bambina la sindrome di Down.

Durante i primi due mesi di visite settimanali alla famiglia, l'infermiera gradatamente arriva a comprendere la loro cultura e le abitudini di vita, sotto molti aspetti diverse da quelle predominanti nel Paese ospite. Nonostante rispetti il diritto ed il bisogno della famiglia di mantenere la propria cultura e le proprie abitudini, si rende conto che per certi aspetti queste possono minacciare la salute. Per esempio, essi non scelgono una dieta bilanciata con i pasti disponibili al campo; i genitori vorrebbero che i figli fossero circoncisi ma all'inizio rifiutano di farli vedere da un medico in modo che l'operazione venga effettuata con tecnica sterile in ospedale; gli adulti non mostrano interesse a cercarsi un lavoro.

L'infermiera di famiglia, pienamente consapevole del fatto che ci vorrà tempo per conquistarsi la fiducia della famiglia e riconoscendo la necessità di regolari verifiche prima che questa raggiunga il pieno potenziale di salute dopo il cambiamento della propria condizione, dà priorità ad una serie di azioni. Prima di tutto fissa un appuntamento per tutta la famiglia con il team di counselling che fa parte del gruppo di sostegno ai rifugiati creato dal Paese ospite. Lo scopo è di fare in modo che inizi il processo di guarigione emotiva. Quindi spiega alla famiglia la natura della malattia genetica della bambina e prenota una visita pediatrica alla quale li accompagnerà.

Nei quattro mesi successivi, insieme ad una collega, si accerta che la famiglia riceve una visita settimanale, garantendo così una continuità di assistenza e consigli. Trova un lavoro al giovane padre in un autolavaggio privato e lo convince ad accettarlo. Per il nonno trova una sistemazione come aiuto ad un fattore e, poiché questi era a sua volta un fattore nel Paese d'origine, sembra intenzionato ad accettare. La famiglia ha deciso di restare nel Paese ospite, quindi l'infermiera provvede alla copertura sanitaria di tutti i membri ed inizia a contattare lo staff che si occupa di trovare alloggi permanenti per coloro che desiderano fermarsi. Inizia quindi un programma sistematico di educazione sanitaria, inizialmente mirato alla nonna ed alla giovane madre. Dialogando apertamente con loro e rispettando i loro punti di vista, l'infermiera si concentra sul tema dell'alimentazione di tutti i membri della famiglia e sullo sviluppo e la crescita dei bambini, aiutando così le due donne ad offrire ai piccoli un inizio di vita sano nella loro nuova condizione. Con entrambe affronta il delicato argomento della contraccezione. L'infermiera capisce quali sono gli elementi culturali e religiosi importanti per questo gruppo etnico; per esempio, per ciò che concerne la contraccezione, cerca un infermiere maschio che possa parlarne con i due uomini della famiglia. Incoraggia con successo tutta la famiglia a frequentare i gruppi d'azione

comunitari dove coloro che non intendono tornare al Paese d'origine possono frequentare lezioni e gruppi di discussione che li aiutano ad operare scelte informate circa la propria vita, dopo la crisi che hanno dovuto sopportare. Questo gruppo ha anche un asilo per i bambini e fornisce volantini nella lingua dei rifugiati che questi possono portare a casa e discutere privatamente in famiglia.

Commento

Nel suo ruolo chiave di collegamento, l'infermiera di famiglia, assistendo professionalmente questo gruppo di rifugiati, dimostra la propria ampia conoscenza dei determinanti della salute, della condizione disabilitante chiamata sindrome di Down con relative implicazioni per la famiglia e per la bambina, dell'ampio sistema di assistenza sociosanitaria offerto dal suo Paese e delle recenti politiche di intervento anti-crisi attuate per far fronte all'afflusso dei rifugiati. Si dimostra sensibile alla cultura ed alla religione di chi le sta di fronte e utilizza queste conoscenze per rendere efficace il suo piano di educazione sanitaria. Ella cerca di potenziare la vita degli adulti inserendoli nel tessuto sociale e di incrementarne l'autostima convincendo i due uomini ad accettare un lavoro in modo da guadagnare denaro e ricominciare a mantenere la famiglia. L'infermiera documenta sistematicamente il lavoro effettuato con questa famiglia e verifica regolarmente sia i successi che le difficoltà in modo tale che gli altri membri del gruppo di sostegno multidisciplinare possano servirsi del suo contributo di esperta nel contesto olistico dell'assistenza a questa famiglia.

In questo scenario assistenziale sono stati affrontati la maggior parte degli obiettivi SALUTE21. Nello specifico, è stata data priorità all'obiettivo 2 (v. Allegato 1).

Prevenzione degli incidenti / iniquità in salute

L'infermiere ed il medico di famiglia sono stati informati che il loro governo ha dato massima priorità alla riduzione degli incidenti che coinvolgono i bambini. L'infermiere ha controllato le percentuali relative alla comunità che segue ed ha riscontrato che sono più elevati che in altre comunità più numerose. Lavora in un'area in cui tutte le abitazioni sono cedute in affitto dallo stato e dove ci sono numerose strade trafficate e pochi spazi sicuri in cui i bambini possano giocare.

Discute dell'argomento con i colleghi della salute pubblica che le forniscono i dati relativi all'affluenza dei bambini al pronto soccorso dell'ospedale locale le cifre confermano la sua preoccupazione. Rivede i riscontri dell'efficacia della prevenzione degli incidenti e decide di concentrare i propri sforzi sugli incidenti domestici e stradali.

Discutendo con il medico di famiglia, concordano che questa debba essere la priorità annuale per la prevenzione. Si serve della rete locale esistente tra i lavoratori, le scuole, i centri di assistenza all'infanzia, le autorità per i trasporti e la casa e crea un gruppo di coordinamento per la prevenzione degli incidenti. Attraverso i lavoratori organizza un incontro con i genitori per informarli del numero di incidenti e per sentire il loro punto di vista circa la percezione che hanno dei problemi. Il gruppo dei genitori indica una serie di elementi che devono essere affrontati, tra i quali:

- la velocità del traffico sulle strade della zona
- la mancanza di aree-gioco sicure per i bambini
- addestramento dei genitori al pronto soccorso
- mancanza di griglie di sicurezza alle finestre degli appartamenti
- problema di non potersi permettere impianti a norma nelle case

L'infermiere organizza un incontro congiunto tra i genitori ed il gruppo di coordinamento e viene concordato un piano d'azione.

L'infermiere organizza per i genitori una serie di corsi di pronto soccorso di quattro settimane ciascuno, comprendenti anche informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici. Per le prime tre edizioni è lui stesso a tenere le lezioni, dopodiché decide di addestrare allo scopo alcuni dei genitori, fornendo loro un pacchetto informativo da utilizzare. Insieme al rappresentante della comunità aiuta i genitori a far richiesta di un garante per predisporre un piano di finanziamento per gli impianti di sicurezza. Hanno successo ed a volte si fanno carico essi stessi del piano, con uno dei genitori che si assume l'incarico di coordinatore remunerato. Il dipartimento per la casa accetta di verificare le serrature delle finestre e, in tutti gli appartamenti dove vivono bambini piccoli, vengono installate nuove serrature.

L'infermiere informa i genitori dell'impatto positivo che hanno i dispositivi di rallentamento della velocità sugli incidenti e, attraverso altri colleghi infermieri, li mette in contatto con persone che vivono in un'area in cui tali dispositivi sono stati utilizzati. A seguito di insistenti petizioni e campagne dei genitori, il dipartimento dei trasporti decide di dotare le strade del quartiere di dossi che obblighino al rallentamento e di imporre limiti di velocità più restrittivi.

Il gruppo di coordinamento è ora riuscito ad ottenere aree sicure in cui i bambini possano giocare ma il gruppo dei genitori continua a fare pressioni sulle agenzie locali ed ha iniziato a raccogliere fondi per l'acquisto di attrezzature.

L'infermiere di famiglia si tiene in stretto contatto con i colleghi della salute pubblica che stanno monitorando i tassi locali relativi agli incidenti e, come parte del suo lavoro con le

singole famiglie, chiede a tutti i genitori di identificare i pericoli presenti nelle loro case e di pensare a come proteggere i figli. Continua a registrare gli incidenti che accadono e trasmette regolarmente queste informazioni al gruppo di coordinamento. Sta progettando uno stand dimostrativo ed informativo per accrescere la consapevolezza del problema; tale stand verrà sistemato nel centro commerciale locale e sarà gestito da membri del gruppo genitori.

Commento

In questo scenario l'infermiere di famiglia mostra un approccio di sviluppo della comunità nell'affrontare un importante problema sanitario in una comunità depauperata. Il suo ruolo in questo senso si incentra sul facilitare la creazione ed il funzionamento di un gruppo di genitori e sull'agire da delegato nella campagna contro il traffico. Non fa tutto il lavoro da solo, al contrario, attinge dalle conoscenze e dalle capacità della popolazione locale per arrivare a trovare le soluzioni ai problemi che la affliggono. Si preoccupa inoltre di rendere la comunità più forte offrendole occasioni di apprendimento, migliorando risorse già presenti e offrendo lavoro. Considera tutti questi aspetti estremamente importanti per migliorare la salute a lungo termine.

Dimostra di capire la necessità di raccogliere ed utilizzare dati in collegamento con gli specialisti di salute pubblica. La chiave del suo approccio sta nel pianificare sulla base del bisogno. Lavora come membro di un'équipe multidisciplinare e multi-agenzia per la prevenzione degli incidenti, riconoscendo che per ottenere cambiamenti reali e duraturi è necessaria l'azione di altri servizi, quali quelli che si occupano delle case e dei trasporti. Il servizio sanitario da solo non sarebbe sufficiente. Utilizza le proprie capacità di lavorare in gruppo e le conoscenze sulla promozione della salute ed il pronto soccorso per dare ai genitori le nozioni e la fiducia in se stessi necessarie a fornire interventi di pronto soccorso in casa propria e nella comunità. Il suo atteggiamento neutrale e la capacità di lavorare in collaborazione con le famiglie locali fanno sì che queste non lo vivano come una minaccia ma piuttosto come una risorsa per la comunità.

In questo scenario assistenziale l'Infermiere di Famiglia affronta la maggior parte degli obiettivi della SALUTE21. Nello specifico, viene data priorità all'obiettivo 20 (v. Allegato 1).

Allegato 3

GRUPPO PIANIFICAZIONE CURRICULUM

Margaret F. Alexander
Professor of Nursing
Department of Nursing and Community Health
Glasgow Caledonian University
Glasgow, United Kingdom

June Clark
Professor of Community Nursing
University of Wales
Swansea, United Kingdom

Ella Danielson
Professor of Mental Health Nursing
Department of Health and Social Care
Mid Sweden University
Ostersund, Sweden

Tatjana Geč
Community Nursing Manager
Community Health Centre
Maribor, Slovenia

Bente Sivertsen
Head of Educational Department
Danish Nurses' Organization
Copenhagen, Denmark

Lesley A. Whyte
Lecturer/District Nurse Practitioner
Department of Nursing and Community Health
Glasgow Caledonian University and
Forh Valley Primary Care Trust
Glasgow, United Kingdom

Gli spunti per gli scenari di ostetricia sono state forniti da Margarethe Nielsen, Ostetrica e Consulente per lo Sviluppo, Associazione delle Ostetriche Danesi.

Ainna Fawcett-Henesy, Consigliere Regionale per l'Infermieristica e l'Ostetricia, Ufficio Regionale OMS per l'Europa, ha partecipato ai lavori di questo gruppo.