

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA

Contesto, struttura concettuale e curriculum.

SALUTE21, il documento di politica sanitaria della Regione europea dell'OMS, introduce un nuovo tipo di infermiere, l'Infermiere di Famiglia, che darà un contributo chiave in seno all'equipe multidisciplinare di professionisti della salute, al raggiungimento dei 21 obiettivi per il XXI secolo. Basandosi sulle competenze derivate dalla definizione dell'OMS del poliedrico ruolo dell'Infermiere di Famiglia, è stato redatto un curriculum che preparerà infermieri qualificati ed esperti per 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 su principi andragogici delle teorie di educazione dell'adulto e fanno uso di vari metodi. Per aiutare a chiarire lo scopo ed il ruolo dell'Infermiere di Famiglia, nell'Allegato 1 sono portati ad esempio alcuni scenari assistenziali, basati sull'assistenza a diverse famiglie. Il completamento del programma di formazione porterà al riconoscimento accademico di un titolo post-base e della qualifica di Infermiere di Famiglia.

Traduzione: M. Giustini, V. Romeo, J. Sansoni

Salute21 Europea Obiettivo 2: Equità in Salute

Entro l'anno 2020, il divario di salute esistente tra i diversi gruppi socioeconomici all'interno dei Paesi dovrebbe essere ridotto di almeno un quarto in tutti gli Stati membri, migliorando sostanzialmente il livello di salute dei gruppi disagiati.

Salute21 Europea Obiettivo 3: La salute inizia con la vita

Entro l'anno 2020, tutti i neonati, i fanciulli ed i bambini in età prescolare della Regione dovrebbero godere di migliore salute, garantendo una salute che inizia con la vita.

Salute21 Europea Obiettivo 4: La salute dei giovani

Entro l'anno 2020, i giovani della Regione dovrebbero essere più sani e dovrebbero essere più capaci di adempiere i propri ruoli nella società.

Salute21 Europea Obiettivo 5: Invecchiare in salute

Entro l'anno 2020, le persone di oltre sessantacinque anni dovrebbero avere l'opportunità di godere tutto il potenziale della salute e di giocare un ruolo sociale attivo.

Salute21 Europea Obiettivo 6: Migliorare la salute mentale

Entro l'anno 2020, il benessere psicosociale delle persone dovrebbe migliorare e per le persone con problemi di salute mentale dovrebbero essere disponibili ed accessibili servizi più completi.

Salute21 Europea Obiettivo 8: Ridurre le malattie non trasmissibili

Entro l'anno 2020, la morbilità, la disabilità e la mortalità prematura dovute alle principali malattie croniche dovrebbero essere ridotte ai minimi livelli possibili in tutta la Regione.

Salute21 Europea Obiettivo 15: Un settore sanitario integrato

Entro l'anno 2010, la popolazione della Regione dovrebbe avere un accesso più facilitato ai servizi di salute primaria orientati alla famiglia ed alla comunità, sostenuta da un sistema ospedaliero flessibile ed efficiente.

Salute21 Europea Obiettivo 18: Sviluppare le risorse umane per la salute

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

Salute21 Europea Obiettivo 19: Ricerca e conoscenza per la salute

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

(Adottato dal Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa nella sua quarantottesima sessione, Copenaghen, Settembre 1998)

PAROLE CHIAVE

NURSING – Tendenze
SALUTE FAMILIARE
RELAZIONI PROFESSIONISTA-FAMIGLIA
FORMAZIONE, NURSING – Tendenze
CURRICULUM – formazione Infermieristica
EUROPA

ISBN 92 890 1172 6

© 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.

Tradotto per la CNAI da: Marco Giustini, Violetta Romeo, Julita Sansoni.

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

INDICE

1 Contesto	pag.	84
1.1 Sviluppo delle risorse umane per la salute	pag.	84
2 L'infermiere di famiglia nel contesto della SALUTE21	pag.	84
2.1 Definizione del ruolo dell'infermiere di famiglia	pag.	84
2.2 L'infermiere di famiglia - un nuovo concetto?	pag.	85
3 Il corso ed il curriculum dell'infermiere di famiglia	pag.	85
3.1 Scopo del corso e curriculum	pag.	85
3.2 Struttura, durata e modalità di svolgimento	pag.	85
3.3 Requisiti d'accesso	pag.	86
3.4 Una struttura concettuale per l'infermieristica di famiglia	pag.	86
3.5 Scenari assistenziali	pag.	87
3.6 Competenze o risultati dell'apprendimento	pag.	88
3.7 Contenuto del curriculum	pag.	89
3.8 Strategie di insegnamento/apprendimento e metodi di valutazione	pag.	89
3.9 Supervisione delle attività professionalizzanti	pag.	89
3.10 Numero di partecipanti e rapporto docenti/discenti	pag.	90
3.11 Monitoraggio della qualità e valutazione	pag.	90
4. Docenti e monitori	pag.	90
5. Sede del Corso	pag.	90
6. Qualifica al termine del corso	pag.	90
7. Contenuto del corso - Moduli da 1 a 7	pag.	90
Allegato 1 Obiettivi SALUTE21	pag.	100
Allegato 2 Portfolio di scenari assistenziali	pag.	100
Allegato 3 Gruppo Pianificazione Curriculum	pag.	112

1. Contesto

Salute21; la politica programmatica di Salute per Tutti per la Regione europea dell'OMS (1), è stata approvata dal Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa nel Settembre 1998, a seguito di ampie consultazioni tra i 51 Stati europei membri ed altre importanti 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 in ciascun Stato membro, in modo che ognuno possa adeguare la propria politica e strategie sanitarie in linea con quelle di SALUTE21.

1.1 Sviluppo delle risorse umane per la salute

L'obiettivo n. 18 del documento politico affronta lo sviluppo delle risorse umane per la salute e afferma: "Entro l'anno 2010, tutti gli Stati membri dovrebbero assicurare che i professionisti della salute e i professionisti di altri settori abbiano acquisito conoscenze, attitudini e capacità adeguate a proteggere e promuovere la salute." (1:198)

Nell'equipe sanitaria multidisciplinare, il cui contributo sarà essenziale per garantire quei risultati di salute previsti negli obiettivi di politica, sono stati identificati due gruppi. Essi sono la professione medica e quella infermieristica. E' fatto riferimento specifico alle qualifiche dei medici e degli infermieri che lavorano nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, riconosciuti come "il perno della rete dei servizi" richiesti per raggiungere il fine, gli scopi e gli obiettivi della politica. Gli elementi chiave del ruolo del medico di Famiglia e dell'Infermiere di Famiglia sono sottolineati nel documento politico, che pone l'accento sulla necessità di formarli e prepararli in modo da garantire che acquisiscano le necessarie conoscenze di base e le opportune abilità.

2. L'Infermiere di Famiglia nel contesto di SALUTE21

Il presente documento è focalizzato sulla formazione di un nuovo tipo di infermiere, l'INFERMIERE DI FAMIGLIA. È importante tenere in mente che ciò è attuato nel contesto della politica SALUTE21, "l'unico scopo costante" è quello di "raggiungere il pieno potenziale di Salute per tutti", attraverso la realizzazione di due scopi principali. Essi sono: "promuovere e proteggere la salute delle persone lungo tutto l'arco della loro vita; e ridurre l'incidenza e la sofferenza causate dalle principali malattie e lesioni".

Alla base della politica, nel fine e nei suoi scopi ci sono tre valori fondamentali molto importanti, che costituiscono il principio etico di SALUTE21. Questi sono:

- la salute come diritto umano fondamentale;
- equità in salute e solidarietà nelle attività tra i Paesi, tra gruppi di persone all'interno dei Paesi, e tra sessi diversi;

- partecipazione e responsabilità dei singoli, dei gruppi delle comunità delle istituzioni, organizzazioni e settori nello sviluppo della salute. (1: 3-4)

2.1 Definizione del ruolo dell'Infermiere di Famiglia

L'Infermiere di Famiglia: "aiuterà gli individui e le famiglie ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del loro tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie. Tali infermieri consigliano riguardo gli stili di vita ed i fattori comportamentali di rischio, così come assisteranno le famiglie con problemi riguardanti la salute. Attraverso la diagnosi precoce, essi possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati in uno stadio precoce. Con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali e degli altri servizi sociali, possono identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia ed indirizzare quest'ultima 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 che l'Infermiere di Famiglia si troverà nella posizione di contribuire in modo significativo al raggiungimento di 20 dei 21 obiettivi di SALUTE21, fatta eccezione per l'obiettivo 17, che è prerogativa esclusiva 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 e OMS, 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 a coloro che sono malati o nello stadio finale della vita (2). Sebbene il titolo di "Infermiere di Famiglia" faccia supporre che oggetto dell'assistenza siano soltanto le persone che vivono nelle famiglie, così come questo concetto viene generalmente inteso, il suo ruolo abbraccia molto più di questo, comprendendo tutte le persone della comunità, sia che vivano con altri o soli, sia si tratti di persone che abbiano una casa o meno e/o in qualche modo emarginate, e questo include anche la comunità stessa. L'Infermiere di Famiglia avrà inoltre un importante ruolo da giocare nel potenziamento delle comunità e nel lavoro congiunto con queste per incrementarne le risorse e le potenzialità, e perché trovino le proprie soluzioni ai motivi di preoccupazione.

SALUTE21 puntualizza che "Le famiglie (ambiente domestico) sono le unità di base della società dove chi si occupa dell'assistenza sarà in grado non solo di occuparsi professio-

nalmente delle sofferenze fisiche ma anche di tenere conto degli aspetti psicologici e sociali delle loro condizioni. Per chi fornisce assistenza primaria è importante conoscere la situazione in cui vivono i pazienti: il loro ambiente domestico e familiare, il lavoro, l'ambiente sociale o fisico possono tutti avere un peso considerevole sulle loro malattie. Se i fornitori di assistenza non sono consapevoli di questi fattori, alcuni sintomi insorgenti possono essere male interpretati ed i problemi non riconosciuti, non vengono curati. Il risultato potrebbe essere procedure diagnostiche e cura non necessarie, che incrementano i costi senza contribuire ad identificare i problemi reali." (1:121)

E' previsto che l'infermiere di famiglia sarà responsabile di un gruppo definito di "famiglie".

2.2 L'infermiere di famiglia - un concetto nuovo?

Il ruolo e le funzioni dell'Infermiere di Famiglia come sopra descritti contiene elementi che sono spesso parte del ruolo di diversi tipi di infermiere di comunità che lavorano nell'assistenza primaria in tutta la Regione europea. Un recente

sondaggio condotto dal programma di infermieristica ed ostetricia dell'OMS ha rilevato che esistono diversi modelli di infermieristica di comunità. Sia i vari ruoli che i vari titoli, nonché titoli uguali, per esempio "infermiere di salute pubblica", descrivevano ruoli molto diversi in Paesi diversi (3). Ciò che è nuovo nel concetto di Infermiere di Famiglia di SALUTE 21 è la particolare combinazione di vari elementi, il particolare interesse verso le famiglie e verso la casa come ambiente "dove i membri della famiglia possono farsi carico insieme dei problemi di salute e creare un concetto di "famiglia sana." (4)

La posizione ed il ruolo del nuovo Infermiere di Famiglia possono essere raffigurati come mostrato 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 2010, la popolazione della Regione dovrebbe avere un accesso più facilitato ai servizi di salute primaria orientati alla famiglia ed alla comunità, sostenuta da un sistema ospedaliero flessibile ed efficiente." (1: 119)

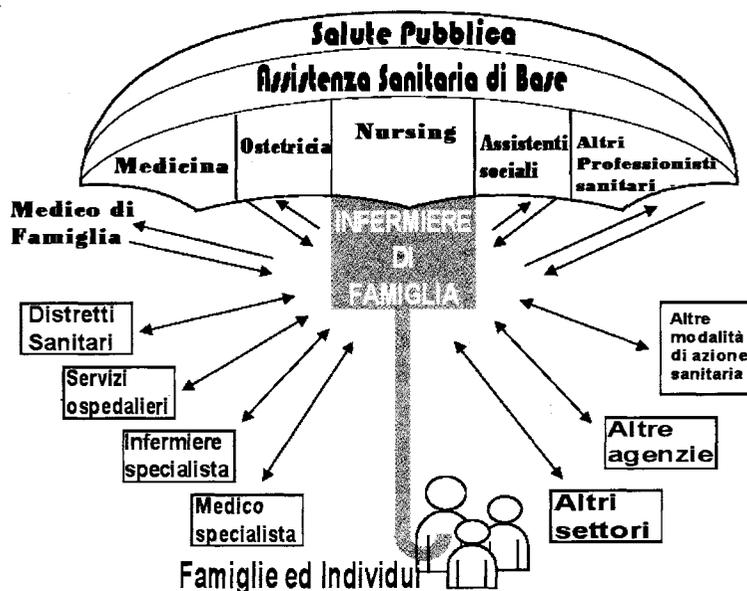


Figura 1 L'Infermiere di Famiglia sotto "l'ombrello" della salute pubblica e dell'assistenza sanitaria di base

3 Il corso ed il curriculum dell'infermiere di famiglia

3.1 Scopo del corso e curriculum

Lo scopo del curriculum è di formare l'infermiere di famiglia alla pratica nel ruolo come definito in SALUTE21 e nella precedente sezione 2.1. Lo scopo sarà raggiunto per mezzo di un curriculum basato sulla competenza e sulla ricerca.

3.2 Struttura, durata e modalità di svolgimento

Il corso sarà strutturato a moduli, durerà 40 settimane, e la modalità preferenziale di svolgimento è il tempo pieno. La possibilità di svolgere il corso a tempo parziale o con elementi di apprendimento a distanza è motivo di negoziazione e dipende dalle risorse di ogni Stato membro.

3.3 Requisiti d'accesso

In Salute21, si rileva che attualmente è motivo di dibattito, in diversi Paesi, l'effettivo possesso da parte del medico di famiglia delle necessarie abilità a ricoprire tale ruolo "nell'immediato post laurea", e una questione simile sorge in relazione all'infermiere di famiglia. Sarà in grado di svolgere la funzione di anello di collegamento prevista in SALUTE21, subito dopo aver conseguito il diploma? Quindi, per il momento, il Gruppo di Pianificazione Curriculum (Allegato 3) ha adottato la posizione descritta di seguito.

I partecipanti al Corso saranno infermieri che hanno completato con successo un programma di formazione infermieristica di base, come descritto nella Strategia Regionale OMS per la formazione infermieristica ed ostetrica, intitolata *Infermieri ed Ostetriche per la salute. Una strategia europea OMS per la formazione infermieristica ed ostetrica (5)*, o una equivalente. Essi saranno quindi qualificati a lavorare sia in ospedale che nella 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 e nell'ambito della sua comunità. Questo periodo del corso, dovrà essere svolto sotto la supervisione di un infermiere di famiglia qualificato. Ad interim, in assenza di questa figura infermieristica, la supervisione potrà essere effettuata da un infermiere di comunità qualificato.

Sarà necessario ottenere il consenso informato da parte della famiglia, ed appropriate leggi e regolamenti andranno a specificare i diritti sia dei membri della famiglia che dell'infermiere. 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 verificare i contenuti teorici del corso nella realtà pratica della vita della famiglia e delle sue esperienze di salute/malattia.

3.4 Una struttura concettuale per l'infermieristica di famiglia

Una struttura concettuale fornisce un metodo per capire ed organizzare i concetti chiave della pratica e dei programmi di formazione che preparano lo studente per quella pratica - in questo caso, quello dell'infermieristica di famiglia. Una tale struttura dà la direzione e focalizza, e rende 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 utilizzato la teoria dei sistemi, la teoria dell'interazione e la teoria 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 una questione davvero complessa. La teoria dell'interazione incoraggia le considerazioni riguardanti i rapporti infermie-

re/paziente e infermiere/famiglia ed i concetti di collaborazione e lavoro d'equipe fondamentali nella filosofia dell'assistenza primaria. La teoria dello sviluppo è importante per aiutare non solo la comprensione dell'essere umano ma anche dello sviluppo della famiglia, nel contesto dei principali eventi della vita che tutte le persone devono affrontare con varia intensità ed impatto, a seconda di diversi fattori complessi.

Queste tre teorie si combinano nel modello concettuale illustrato dalle figure 2 e 3 ed esemplificato nel portfolio degli scenari assistenziali (Allegato 2).

La figura 2 illustra come l'infermiere di famiglia e le famiglie con le quali lavora possano essere considerate come sistemi operanti all'interno di un contesto o di un ambiente. Molti elementi dell'ambiente (stressors) 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 uno dei sistemi, es. 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 partners. Obiettivo dell'attività infermieristica è di mantenere e, se possibile nel tempo, migliorare l'equilibrio o lo stato di salute della famiglia, aiutandola ad evitare o ad adattarsi agli stressors o alle minacce per la salute.

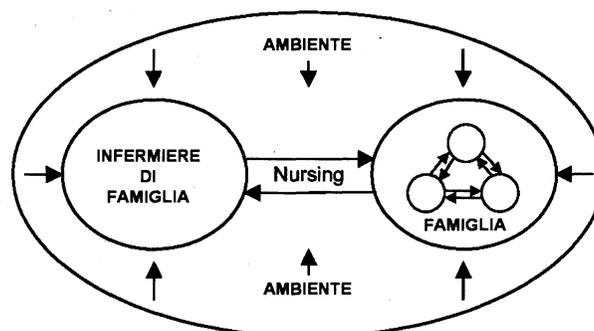


Figura 2 La Famiglia e l'Infermiere di Famiglia come un sistema in un ambiente

La figura 3 illustra i quattro principali tipi di intervento degli infermieri di famiglia: prevenzione primaria, secondaria e terziaria, e interventi in caso di crisi/assistenza diretta. A livello di prevenzione primaria gli infermieri verificano la possibile presenza di fattori dannosi o di minacce alla salute e lavorano attivamente per evitare che questi colpiscano la famiglia. Possono aiutare la famiglia a costruirsi le proprie risorse difensive (7) attraverso l'educazione sanitaria ed il sostegno ed aiutandola a mobilitare altre risorse, monitorando l'integrità del sistema in maniera attiva per identificare possibili fattori dannosi. A livello di prevenzione

secondaria, possono essere attivamente coinvolti nei programmi di screening e di vaccinazione. Data la loro esperta conoscenza della loro particolare casistica di famiglie, individueranno precocemente l'insorgere di problemi di salute, mettendo in atto rapide misure atte a minimizzare l'impatto sull'individuo e sulla famiglia e chiamando in causa quando necessario altre importanti risorse di personale esperto, agendo nel loro ruolo chiave di collegamento come descritto in SALUTE21 e nella precedente sezione

2.1. Nella prevenzione terziaria, sono coinvolti nella riabilitazione e nella ricostruzione delle "risorse difensive" della famiglia. Il quarto tipo di intervento, l'assistenza diretta, è il ruolo infermieristico tradizionale quando i meccanismi di adattamento dell'individuo/famiglia si spezzano, per esempio a causa di una malattia. In questo caso l'infermiere di famiglia lavora in collaborazione con la famiglia o con il singolo per ottenere, a seconda del caso, cura, riabilitazione, cure palliative e/o sostegno.

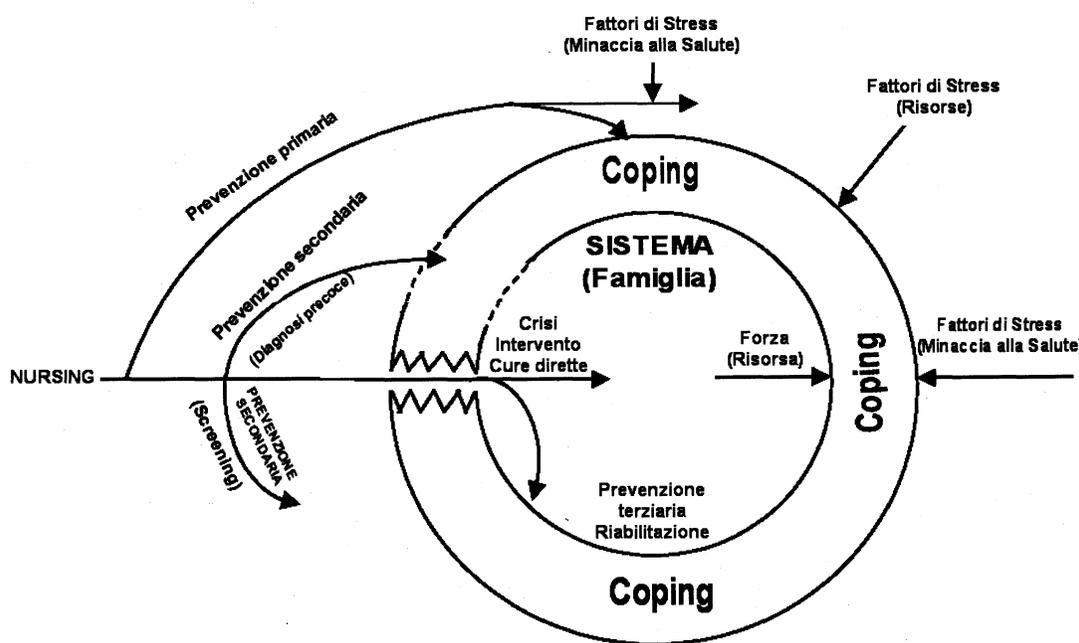


Figura 3 L'Infermieristica di Famiglia: aiutare la famiglia a mantenere la salute ed adattarsi positivamente alle minacce alla salute

La relazione tra questi concetti teorici e l'attuale pratica è mostrata nella prossima sezione.

3.5 Scenari assistenziali

Per aiutare a capire il nuovo concetto di infermiere di famiglia, l'ampiezza, 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 di una casistica tipo di un infermiere di famiglia. Essi illustrano come e fino a che punto gli infermieri possano 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 potrebbero aspettarsi di mettere in pratica e il loro grado di coinvolgimento col variare del tempo (v. Figura 4 e fare riferimento al caso della persona sola affetta da metastasi al seno). Inoltre, viene illustrato come l'infermiere di famiglia può trovarsi coinvolto nella comunità e lavorare in collegamento con un ampio numero di agenzie di offerta sanitaria (vedi: casi sulla prevenzione e la gestione della malattia cronica e sulla prevenzione degli incidenti/ineguaglianza in salute). L'analisi degli scenari assistenziali illustrerà il vasto contributo che l'infermiere di famiglia offre al raggiungimento degli obiettivi SALUTE21. Al termine di ciascun commento vengono indicati gli obiettivi prioritari di ogni singolo scenario.

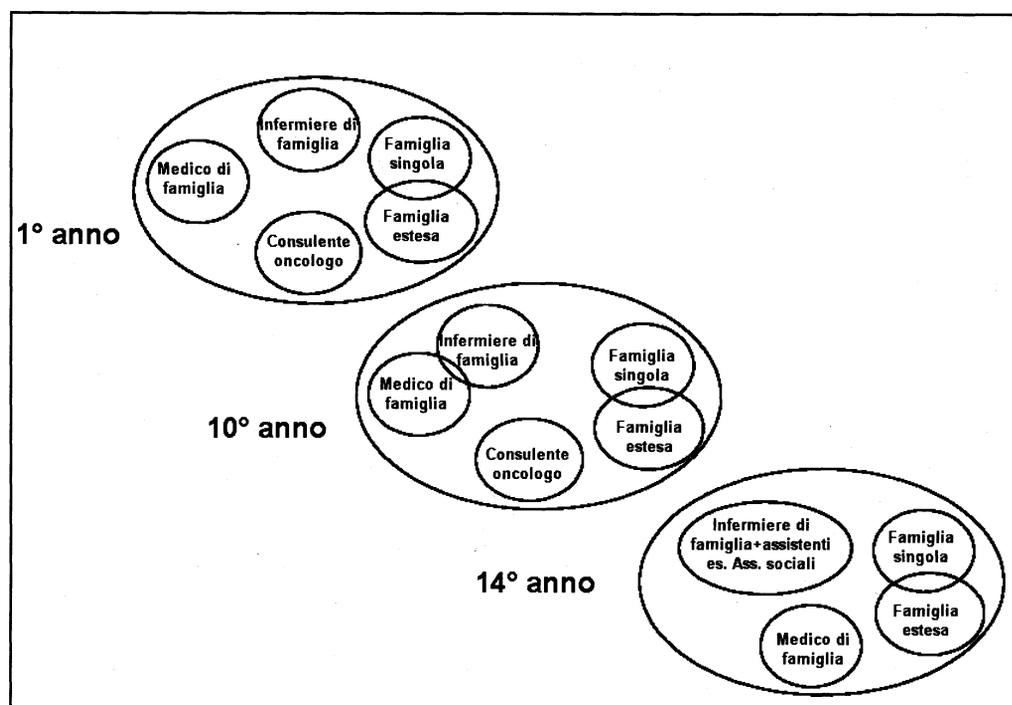


Figura 4 Esempio dei diversi gradi di coinvolgimento dell'Infermiere di Famiglia nello scenario assistenziale di una persona sola affetta da carcinoma mammario metastatico

Questi scenari sono semplici esemplificazioni tracciate da diversi Paesi della Regione europea dell'OMS. La maggior parte è stata scritta dai membri del Gruppo Pianificazione Curriculum, sulla base delle esperienze personali e a seguito delle discussioni condivise riguardanti la stesura del curriculum. Alcuni sono stati scritti da colleghi esperti. Questi scenari, insieme con quelli forniti dagli studenti a seguito delle loro esperienze di Infermiere di Famiglia, costituiranno la base per alcune attività di insegnamento/apprendimento nel curriculum dell'Infermiere di Famiglia, utilizzando l'approccio del problem-solving.

Gli scenari assistenziali forniti nell'allegato 2 illustrano il ruolo dell'infermiere di famiglia nelle seguenti situazioni:

- Prevenzione e gestione delle malattie croniche;
- Assistenza ad una famiglia in cui la madre è affetta da carcinoma mammario;
- Assistenza ad una donna sola affetta da carcinoma mammario metastatico (v. Fig. 4);
- Assistenza ad una famiglia con problemi di salute mentale ed alcolismo;
- Assistenza ad una famiglia con un neonato;
- Assistenza ad una coppia anziana, in cui entrambi hanno problemi di salute;
- Assistenza ad un vedovo anziano con disturbi da patologie multiple;
- Assistenza ad una famiglia in cui il padre, forte fumatore, vuole 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 ragazza madre, incinta e tossicodipendente;
- Assistenza ad un'adolescente incinta;
- Assistenza ad una famiglia di rifugiati di una minoranza etnica;
- Prevenzione degli incidenti / ineguaglianza in salute.

3.6 Competenze o risultati dell'apprendimento

Le componenti chiave 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, chiavi del ruolo, sono anche le competenze fondamentali dell'infermiere che ha completato con successo il curriculum di infermiere di famiglia. Quindi, l'infermiere di famiglia si aspetta di, e gli è richiesto di, essere competente per:

- Fornire assistenza
- Prendere decisioni
- Saper comunicare

- Essere leader
- Essere manager

Queste competenze si acquisiranno attraverso il processo di sviluppo delle competenze di base, cioè quelle che consentiranno all'infermiere di famiglia di essere efficiente ed efficace nel:

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 della loro casistica;
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 (dati) cliniche, basate sulla ricerca e statistiche per pianificare l'assistenza e definire le priorità nelle attività relative alla salute ed alla malattia;
11. sostenere e potenziare gli individui e le famiglie ad influenzare e partecipare alle decisioni relative alla loro salute;
12. definire standards e valutare l'efficacia delle attività infermieristiche di famiglia;
13. lavorare da soli o come membri di una équipe;
14. partecipare alle attività di definizione delle priorità 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; e
17. mostrare l'evidenza di un impegno alla formazione continua ed allo sviluppo professionale.

3.7 Contenuto del curriculum

Il curriculum sarà articolato 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 alle strategie di insegnamento/apprendimento ed alla valutazione che sono basilari al curriculum, tutti gli altri moduli avranno una componente basata sulla 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 strutturazione del contenuto dovrebbe assicurare 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 di abilità cognitive, così come descritti da Bloom (9). Le strategie di insegnamento/apprendimento e di valutazione impiegate nel corso saranno congruenti ai principi andragogici, in ragione del fatto che docenti e studenti porteranno nel corso competenze esistenti-conoscenze rilevanti, abilità ed attitudini - che contribuiranno ad un processo mutuamente educativo. La partecipazione attiva dello studente, facilitata dagli infermieri insegnanti (che avranno un ruolo sia in ambito universitario che nella pratica), e dai monitori (nella pratica), sarà la norma. Gli scenari assistenziali saranno il punto focale della maggior parte dell'insegnamento, che utilizzerà un approccio problem-solving così come un diverso range di altri metodi. In generale, si privilegeranno gli approcci interattivi, come seminari condotti dagli studenti e lavoro di gruppo, e dimostrazioni pratiche, ad esempio la valutazione della salute fisica, l'utilizzo di strumenti tecnici e le abilità di una comunicazione verbale e non verbale efficace. Per promuovere tali approcci si dovranno utilizzare le risorse tecnologiche più aggiornate a disposizione presso l'università a seconda dello Stato membro, per esempio i video interattivi. Ci sarà ancora spazio per le lezioni frontali, ma queste costituiranno relativamente 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 attività di apprendimento individuali.

Il successo di queste strategie di insegnamento/apprendimento e valutazione dipenderà essenzialmente dalla disponibilità e dallo sviluppo di infermieri insegnanti adeguatamente qualificati e preparati che sono impegnati nella filosofia degli approcci all'insegnamento agli adulti. Inoltre, tali approcci andragogici interattivi e di problem-solving dovranno essere supportati da spazi adeguati, di biblioteche ed altre risorse tecnologiche, e questo sarà da considerare dal momento della programmazione.

3.9 Supervisione delle attività professionalizzanti

A suo tempo, le componenti pratiche del corso per infermiere di famiglia saranno supervisionate da un infermiere di famiglia qualificato, sebbene questo non sarà possibile

per i primi anni del corso. Al fine di formare un numero consistente di infermieri di famiglia, sarà necessario per gli Stati membri avviare corsi di infermieristica di famiglia, e di selezionare infermieri di pratica di comunità ed infermieri di comunità insegnanti per frequentare questi corsi. Negli anni successivi, gli infermieri insegnanti e gli infermieri di comunità che sono stati introdotti al concetto di Infermieristica di Famiglia agiranno come insegnanti e supervisori.

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 e per la stessa ragione, il rapporto ideale tra docenti e studenti non dovrebbe superare 1:10, ossia un insegnante ogni 10 studenti.

3.11 Monitoraggio 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 sia per quanto riguarda lo studio che le competenze pratiche, 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 dovuto, gli infermieri di famiglia praticanti.

4. Docenti e monitori

Le modalità di insegnamento/apprendimento e le strategie di valutazione considerate essenziali per questo curriculum

sono una sfida per i docenti, per i monitori e per gli studenti. È quindi importante, se si vogliono applicare efficacemente, che vengano coinvolti soltanto infermieri insegnanti e monitori qualificati (vedi anche il punto 3.8). La disposizione di strutture in grado di consentire il sostegno "tra pari" e lo stretto collegamento tra docenti e monitori sarà particolarmente importante nei primi anni, poiché non ci saranno modelli di ruoli di riferimento sia nella formazione che nella pratica.

5. Sede del corso

Le componenti teoriche del corso dovrebbero venire svolte in una sede universitaria o analoga struttura per l'istruzione superiore. Le componenti pratiche si svolgeranno presso il domicilio delle famiglie ed in altri ambiti non istituzionali della comunità.

6. Qualifica al termine del corso

Al positivo completamento del curriculum, l'infermiere riceverà la specifica qualifica ed il riconoscimento accademico a livello post-laurea di "Infermiere di Famiglia".

7. Contenuto del Corso - Moduli 1 a 7

Le descrizioni di tutti questi moduli, che compongono il curriculum, sono fornite nelle pagine seguenti. 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. Giusto per dare due esempi, i concetti di "infermieristica di famiglia" per se e di "teamwork" si svilupperanno ed arricchiranno man mano lo studente percorrerà il curriculum, sia negli elementi teorici che in quelli pratici.

Modulo 1

Titolo: Corso per infermieri di famiglia

Modulo introduttivo

Concetti, pratica e teoria

Durata: 2 settimane

Contenuto del modulo - Sommario

Questo modulo introduce gli studenti nei concetti chiave che hanno dato forma al curriculum del corso. L'approccio incoraggerà lo studente a costruire, integrare ed allargare le proprie conoscenze, abilità 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.

Programma di studio:

L'infermiere di famiglia

Scenario dei casi

Un approccio al ciclo di vita, compresi gli eventi critici

Il curriculum basato sulle competenze e sulla ricerca

Concetto di competenza

Andragogia - Strategie di insegnamento/apprendimento per studenti e discenti adulti

Mezzi per l'apprendimento

Abilità 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 al programma di studio

Strategie di insegnamento/apprendimento:

Relazioni (concetti fondamentali)

Studio dei casi

Brainstorming

Seminari

Lavori di gruppo

Dibattiti e discussioni

Role play

Metodi di valutazione:

Data della valutazione: due settimane al termine del modulo

Metodo di valutazione:

Valutazione del corso: (50% del totale)

Punteggio ottenuto %: _____

Lo studente sceglierà due temi contenuti nel programma e scriverà un breve saggio - massimo 600 parole - illustrando l'importanza dei temi scelti per la sua comprensione personale, a questo stadio iniziale del corso, di ciò che ci si aspetterà da lui in qualità di infermiere di famiglia qualificato.

Esame finale del modulo: (50% del totale)

Punteggio ottenuto %: _____

Verifica totale:

Votazione finale (in centesimi) %: _____

OMS - Ufficio Regionale per l'Europa
Curriculum dell'Infermiere di famiglia

Modulo 2

Titolo: Erogare assistenza : lavorare con le famiglie

Durata: 10 settimane

Contenuto del modulo - Sommario

Questo modulo consentirà allo studente di identificare i vari fattori che influenzano la pratica infermieristica nella famiglia. I contenuti fondamentali comprendono anche tematiche professionali sul ruolo dell'infermiere di famiglia e sugli interventi di assistenza 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 dinamico di comunità consapevole delle risorse disponibili. Le strategie di apprendimento del dialogo riflessivo e dell'auto-apprendimento offriranno l'opportunità di analizzare le pratiche e gli interventi di infermieristica di famiglia in ambienti protetti.

Il 40% di questo modulo sarà basato sulla pratica.

Programma di studio:

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

Struttura concettuale dell'infermieristica di famiglia - concetto di salute come equilibrio e di infermieristica che consente alle persone di adattarsi.

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 il corso della vita

Sviluppo del bambino, dell'adulto e dell'anziano - l'approccio lungo il corso della vita

Valutazione della famiglia

La famiglia "disfunzionale"

Terapia familiare

Approcci di counselling e loro applicazioni

Strutture 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
Gestione dei programmi di assistenza curativa e riabilitativa per pazienti acuti e cronici
L'approccio palliativo nell'assistenza infermieristica di famiglia
Abuso di sostanze
Incapacità di apprendimento
Salute mentale
Sostenere le famiglie
Bilanciare / priorizzando le necessità degli individui con quelli della famiglia e della comunità
Potenziare le famiglie
Il diritto di famiglia
Lavorare in partnership con le famiglie
Advocacy
Valutazione - strategie, risultati

Lecture

Pubblicazioni OMS
Letteratura nazionale ed internazionale inerente al programma di studio

Strategie di insegnamento/apprendimento:

Lecture (concetti fondamentali)
Interviste
Dimostrazioni
Studio dei casi
Brainstorming
Discussione
Role play
Esercitazioni sul campo

Metodi di valutazione:

Data scadenza della valutazione: _____

Metodo di valutazione:

Valutazione del corso: (30% del totale)
Valutazione pratica: (40% del totale)
Esame finale del modulo: (30% del totale)
Verifica totale:

Punteggio ottenuto % _____
Punteggio ottenuto % _____
Punteggio ottenuto % _____
Votazione finale (in centesimi) % _____

Modulo 3

Titolo: Il processo decisionale

Durata: 4 settimane

Contenuto del modulo - Sommario

Questo modulo abiliterà l'infermiere ad ampliare le proprie conoscenze riguardo il processo decisionale, la tipologia e le abilità 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 sarà basato sulla pratica.

Programma di studio:

Il processo decisionale - teorie, processi, abilità
Il ragionamento diagnostico, terapeutico, clinico
I concetti di responsabilità e autonomia nel processo decisionale
Il pensiero critico nella pratica
Strategie nel processo decisionale
Abilità di negoziazione
Priorizzare l'assistenza
Razionalizzare l'assistenza
Aspetti legali
Responsabilità, autonomia, etica
Il processo decisionale a domicilio

Lecture:

Pubblicazioni OMS
Letteratura nazionale ed internazionale inerente ai contenuti

Strategie di insegnamento/apprendimento:

Lecture (concetti fondamentali)
Dimostrazioni
Studio dei casi
Lavori di gruppo
Discussione
Role play
Esercitazioni sul campo

Metodi di valutazione:

Data scadenza della valutazione: _____

Metodo di valutazione:

Valutazione del corso: (30% del totale)

Punteggio ottenuto % _____

Valutazione pratica: (40% del totale)
Esame finale del modulo: (30% del totale)
Verifica totale:

Punteggio ottenuto % _____
Punteggio ottenuto % _____
Votazione finale (in centesimi) % _____

OMS - Ufficio Regionale per l'Europa
Curriculum dell'Infermiere di famiglia

Modulo 4

Titolo: Gestire l'informazione e ricerca
Durata: 6 settimane

Contenuti del modulo – Sommario

Questo modulo è progettato per aiutare l'infermiere a sviluppare le proprie conoscenze e abilità riguardo agli aspetti applicati della gestione dell'informazione e della ricerca. Esso svilupperà la comprensione dei metodi di approccio alla gestione dell'informazione, della ricerca, dell'apprendimento, della motivazione, della comunicazione e metodi di insegnamento. La componente della ricerca focalizzerà particolarmente gli studi e le evidenze che contribuiscono 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 abilità di ricerca.

Il 10% di questo modulo sarà basato sulla pratica.

Programma di studio:

Fonti/tipi di informazione, conoscenza, evidenze
Il pensiero critico, la valutazione critica e interrogativi sulla pratica
Il processo di ricerca, modelli e disegni di ricerca
Statistica di base, l'interpretazione dei dati demografici e statistici, analisi dei dati e conclusioni
Gestione delle informazioni e tecnologie informatiche
Identificare e misurare i risultati
Gestire le informazioni, le tecnologie informatiche
Documentazione - struttura e standardizzazione
Sistemi informativi nazionali e locali
Scrivere un rapporto
Dati fondamentali/minimi
Questioni etiche, confidenzialità, sicurezza
Documentazione in infermieristica di famiglia
Teorie e principi dell'apprendimento e della motivazione
Metodi di insegnamento e loro applicazione all'infermieristica di famiglia
Definire gli obiettivi
Preparazione e valutazione dei metodi di insegnamento

Lecture:

Pubblicazioni OMS
Letteratura nazionale ed internazionale inerente al programma di studio

Strategie di insegnamento/apprendimento:

Lecture (concetti fondamentali)

Dimostrazioni
Esercitazioni
Seminari tenuti dagli studenti
Role play
Studio dei casi
Workshop
Esercitazioni sul campo

Metodi di valutazione:

Data scadenza 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) % _____

OMS - Ufficio Regionale per l'Europa
Curriculum dell'Infermiere di famiglia

Modulo 5

Titolo: Erogare assistenza 2:

(L'infermiere di famiglia - lavorare con le comunità)

Durata: 10 settimane

Contenuti del modulo – Sommario

Questo modulo esplorerà aspetti "della comunità" in relazione al ruolo dell'infermiere di famiglia. All'interno del modulo, l'analisi dei fattori 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 le politiche e dati statistici per capire la comunità.

Il 40% di questo modulo sarà basato sulla pratica.

Programma di studio:

Il concetto di comunità come cliente

Concetti ed approcci alla salute pubblica

Fattori determinanti la salute di comunità

Salute e benessere sociale

Sistemi sanitari (politiche nazionali e locali)

Sistema sanitario, assistenza primaria, secondaria e terziaria

Comunità e salute pubblica

Il servizio di assistenza sanitaria familiare

Definizione di: salute, malattia, infermità, disabilità

Disuguaglianze e salute

Epidemiologia

Malattie trasmissibili

Farmacologia: farmaci, stoccaggio, somministrazione, programmi di immunizzazione, protocolli, trattamento di anafilassi,

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

Il 10% di questo modulo sarà basato da pratica.

Programma di studio:

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 al programma di studio

Strategie di insegnamento/apprendimento:

Lecture (concetti chiave)
Studio dei casi
Lavori di gruppo
Discussione
Role play

Metodi di valutazione:

Data scadenza 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) % _____

OMS - Ufficio Regionale per l'Europa
Curriculum dell'Infermiere di famiglia

Modulo 7

Titolo: Leadership e lavoro multidisciplinare

Durata: 4 settimane

Contenuto del modulo - Sommario

All'interno di questo modulo gli infermieri analizzeranno e rifletteranno sugli aspetti della leadership. Gli infermieri saran-

no assistiti nel riconoscere l'importanza del lavoro d'equipe e nell'apprezzare la complessa natura dei cambiamenti organizzativi.

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

Il 10% di questo modulo sarà basato sulla pratica.

Programma di studio

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

Lecture:

Pubblicazioni OMS
Letteratura nazionale ed internazionale inerente al programma di studio

Strategie di insegnamento/apprendimento:

Lecture (concetti chiave)
Lavori di gruppo
Discussione
Studio di casi
Role play
Esercitazioni sul campo

Metodi di valutazione:

Data scadenza della valutazione: _____

Metodo di valutazione:

Valutazione del corso: (30% del totale)

Valutazione pratica: (40% del totale)

Esame finale del modulo: (30% del totale)

Verifica totale:

Punteggio ottenuto % _____

Punteggio ottenuto % _____

Punteggio ottenuto % _____

Votazione finale (in centesimi) % _____

Bibliografia

- 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: Everybodys 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 DI SALUTE21**

- Obiettivo 1 – Solidarietà per la salute nella regione europea
- Obiettivo 2 – Equità in Salute
- Obiettivo 3 – La salute inizia con la vita
- 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 danni conseguenti a violenza e incidenti

- Obiettivo 10 – Un ambiente fisico salutare e sicuro
- Obiettivo 11 – Un modo di vivere più sano
- Obiettivo 12 – Ridurre i danni da alcool, droga e tabacco
- Obiettivo 13 – Ambienti salubri
- Obiettivo 14 – Responsabilità multisettoriali per la salute
- Obiettivo 15 – Un settore sanitario integrato
- Obiettivo 16 – Gestione della qualità delle cure
- Obiettivo 17 – Finanziamento del Servizio Sanitario e distribuzione delle risorse
- Obiettivo 18 – Sviluppare le risorse umane per la salute
- Obiettivo 19 – Ricerca e conoscenza per la salute
- Obiettivo 20 – Mobilitare altri settori per la salute
- Obiettivo 21 – Politiche e strategie per la salute per tutti

*Allegato 2***PORTFOLIO DI SCENARI ASSISTENZIALI**

In questi scenari, le bibliografie riferite all'Infermiere di famiglia e al medico di famiglia sono da considerare in eguale misura per tutti e due i sessi

Prevenzione e gestione delle malattie croniche*Stadio iniziale*

Durante i loro incontri settimanali l'infermiere di famiglia 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 di tipo 2 (non insulino-dipendente)

1° mese

L'infermiere di famiglia analizza le cartelle mediche ed infermieristiche delle famiglie, e si serve di questo database per identificare le persone diabetiche. Inoltre fa una revisione delle linee guida per la pratica per evidenziare gli interventi efficaci nell'assistenza a persone affette 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 di promozione della salute dedicata al diabete, facendosi fornire poster ed opuscoli dal dipartimento di salute pubblica. Gli espositori vengono collocati nel centro di salute familiare, nel centro di incontro della comunità e nelle chiese locali.

6° mese

L'infermiere visita le famiglie in cui sono presenti casi di diabete ed effettua il relativo screening dei familiari dei pazienti, effettuando analisi delle urine e misurazione della pressione arteriosa. Durante queste visite, insegna ai pazien-

ti il monitoraggio più efficace della glicemia, diete e stili di vita e li consiglia sulle complicanze della malattia. Durante le visite successive, discuterà con i pazienti circa l'assunzione dei farmaci, la congruità o meno con quanto prescritto e controllerà la pressione, la glicemia e la funzionalità renale. Discuterà i risultati di queste visite con il medico di famiglia che modificherà alcune prescrizioni farmacologiche per facilitare un miglior 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. Finora, 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 ottiene tutti i nominativi degli ultra 65enni e li invita al centro di assistenza familiare per sottoporli ad esame delle urine e alla rilevazione della pressione per lo screening del diabete tipo 2.

Commento

In questo scenario l'infermiere di famiglia dimostra le molteplici sfaccettature del suo ruolo, che comprende la promozione della salute, la prevenzione della malattia e la gestione delle malattie croniche. Egli deve conoscere la malattia, la sua gestione, le possibili complicanze e deve avere l'abilità di saper selezionare e valutare gli interventi nella prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Inoltre, la conoscenza dettagliata 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 affetta da carcinoma mammario

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

Diciotto mesi fa, la madre scoprì un nodulo 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 e a 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 il lavoro a causa delle frequenti assenze dovute alla malattia. La signora non si aspettava di guarire dal cancro ed ora effettivamente sta 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 di famiglia 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 qualunque cosa che possa preoccuparli. Si occupa della madre (controllo del dolore, medicazione della ferita, cure igieniche, informazione 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 ventiquattrore su ventiquattrore poiché la malata vuole morire a casa, e così 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 di questa famiglia in continuo cambiamento nel lasso di tempo in cui egli è in contatto con loro, richiedono che l'infermiere di fami-

glia identifichi i problemi ed intervenga prima che essi raggiungano il punto di crisi. L'infermiere 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 SALUTE 21. Nello specifico, viene data priorità all'obiettivo 15 (v. allegato 1).

Assistenza ad una donna sola affetta da carcinoma mammario metastatico

La "famiglia" in questo scenario è costituita da una donna sola, che vive in casa propria. Ella è 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 suo medico di famiglia che la indirizza all'ospedale locale per effettuare tests diagnostici. Viene diagnosticato un cancro della mammella, e la paziente subisce una mastectomia e inizia un regime di chemioterapia, radioterapia e cure a lungo termine al fine di diminuire le probabilità di recidiva del tumore. La ripresa è buona ed ella continua a svolgere il proprio lavoro e le normali attività. L'infermiere di famiglia viene a sapere 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 i dovuti accertamenti viene sottoposta ad un ciclo di radioterapia per metastasi alla colonna. L'infermiere di famiglia contatta la paziente e le lascia il proprio recapito telefonico incoraggiandola a chiamarla in qualsiasi momento.

6° - 11° anno

Durante questo periodo la paziente è andata in pensione nell'età prevista per il pensionamento ed ella rimane attiva. Tuttavia, il dolore gradualmente aumenta ed ella torna in ospedale per ulteriore radioterapia. L'infermiere di famiglia registra i progressi della paziente attraverso: esaminando le annotazioni presenti nella sua cartella presso il medico curante, mantenendo con lei contatti costanti con visite prima mensili e poi settimanali; controllando il suo livello di adattamento generale, verificando se i farmaci antidolorifici prescritti sono realmente efficaci nel controllo del dolore. Questo controllo avviene fornendo alla paziente una scheda per la valutazione del dolore, della quale viene spiegato il funzionamento. La scheda viene quindi gestita dalla paziente che vi registra a che ora assume i farmaci, la quan-

tità assunta, e la valutazione del dolore secondo una scala da 0 (assenza di dolore) a 10 (dolore severo insopportabile). Questo esercizio indica che il controllo del dolore non è soddisfacente e l'infermiera di famiglia, discutendone 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 da valore alla propria indipendenza e l'infermiera ha rispetto di ciò, continuando a farle visita settimanalmente ma incoraggiando la paziente, come prima, a chiamarla se il dolore diventasse incontrollabile.

Durante tutti questi anni la famiglia estesa si è dimostrata molto d'appoggio, ma con l'aumento del dolore della paziente, l'infermiera inizia a preoccuparsi per quei membri della famiglia - vecchi e giovani - che, più vicini alla paziente vanno a trovarla frequentemente, spesso incontrando l'Infermiere di Famiglia quando questa è dalla paziente. Con il consenso e il sostegno della paziente, l'infermiera di famiglia mantiene contatti telefonici regolari con la persona chiave della famiglia estesa, parlando con lei delle varie preoccupazioni e rispondendo alle domande che man mano sorgono.

12° - 14° anno

Le condizioni fisiche della paziente deteriorano lentamente e, benché riesca ancora a camminare con l'aiuto di un deambulatore a ruote, trascorre buona parte del tempo a letto. Poiché è molto magra, ella è vulnerabile alla formazione di ulcere da pressione. L'infermiera di famiglia gradualmente trascorre sempre più tempo nell'assistenza diretta, facendole cambiare posizione quando è a letto, assistendola nell'igiene personale ed organizzando, discutendone con il medico, un aumento dei farmaci antidolorifici, ora somministrati per via iniettiva. L'infermiera di famiglia è l'anello di congiunzione di tutta la complessa gamma di bisogni assistenziali della paziente, ma sempre in collaborazione con lei tenendo conto del suo punto di vista. L'infermiera di Famiglia organizzerà la fornitura di attrezzature compreso un letto ed un materasso speciali ed una copertura assistenziale 24 ore su 24 da parte di altri infermieri di famiglia oltre lei stessa, assistenti infermieristici e aiuti domestici che si occupino del bucato e delle pulizie di casa. L'Infermiere di Famiglia organizza inoltre il carrello dei pasti, per il pasto principale del giorno. Lei è consapevole, per averne parlato con la paziente, che questa è pienamente consapevole del progredire del cancro e della prognosi infausta ed è anche consapevole della forte fede e che essa è spiritualmente preparata al fatto che la morte non è lontana. L'Infermiere 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 in stretto collegamento con il medico di famiglia, avvisandolo in caso rite-

nesse che la paziente possa avere bisogno di un ricovero in una degenza ospedaliera

15° anno

La paziente stessa decide che è giunto il momento di farsi ricoverare in ospedale per quello che lei si attenda essere l'ultimo tempo, ossia per ricevere l'assistenza terminale. L'Infermiera di Famiglia comunica all'oncologo dell'ospedale il desiderio della paziente e concorda il ricovero con lo staff infermieristico ospedaliero. Si occupa anche di interrompere il servizio infermieristico domiciliare e di restituire tutti i medicinali inutilizzati e le attrezzature al centro sanitario. Completa la documentazione che ha aggiornato 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 in tre occasioni dopo il funerale, fornendo ascolto, e per verificare come questa parte della famiglia si stia adattando (v. fig. 4).

Commento

L'infermiere di famiglia ha riconosciuto il bisogno d'indipendenza di questa paziente ed il suo desiderio di avere il controllo sulla sua malattia. Esso valuta la situazione, quindi controlla i progressi della paziente ad intervalli regolari, assicurando che la paziente abbia informazioni sufficienti a renderla capace di prendere contatto con l'Infermiere di Famiglia quando sente di aver bisogno della sua assistenza. L'infermiere di Famiglia fornisce gradualmente sempre maggiore sostegno e cure basate sulla ricerca. Egli fa intervenire altre agenzie se e quando la paziente esprime questo bisogno, la sua conoscenza della paziente le consente di fornirle un'assistenza olistica; per esempio, l'Infermiere di Famiglia conosce, capisce e rispetta i valori terapeutici delle profonde credenze religiose della paziente nel prepararla alla morte. La conoscenza e la comprensione del lutto e della perdita consentono all'Infermiere di Famiglia di continuare a sostenere la famiglia dopo il decesso della paziente. Egli, inoltre, riconosce il proprio bisogno di addolorarsi per la scomparsa di una paziente che ha conosciuto bene e seguito per un lungo periodo di tempo.

In questo scenario assistenziale l'Infermiere di Famiglia affronta la maggior parte degli obiettivi della SALUTE 21. Nello specifico, viene data priorità agli obiettivi 6 e 15 (v. allegato 1).

Assistenza ad una famiglia con problemi di salute mentale ed alcolismo;

Un ragazzo di 21 anni sta seguendo un trattamento per sin-

tomi di schizofrenia, dimesso, è tornato in famiglia una settimana fa. Sua madre presenta sintomi di depressione. Il padre ha cominciato a bere sempre di più da quando il figlio ha interrotto i suoi studi all'università. Giusto una settimana dopo il ritorno a casa, il figlio ha smesso di assumere i suoi farmaci, è sempre più colpito da allucinazioni, specialmente di notte. I suoi genitori sono in ansia quando si trovano da soli in casa con lui. Considerando che la situazione della famiglia è molto difficile, un amico contatta il centro sanitario.

L'infermiere di famiglia raccoglie le informazioni contenute nella cartella del ragazzo e, programma una visita alla famiglia dopo averne discusso con il medico di famiglia. L'Infermiere di Famiglia, incontra la madre ed il figlio a casa loro ed acquisisce una buona panoramica della situazione, ma riconosce di aver bisogno di ottenere informazioni da parte di tutti i membri della famiglia, per poter effettuare una valutazione completa e stabilire le priorità di intervento. È evidente che le relazioni familiari si sono spezzate, e che madre e figlio hanno "perso i contatti" l'uno con l'altra. 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 prescritti.

L'infermiere di Famiglia ritorna a casa della famiglia nel pomeriggio per cercare di stabilire una relazione con il ragazzo e fargli un'iniezione. Egli accetta di farsi fare l'iniezione, ma non parla. La madre piange.

L'infermiere dispone un piano di assistenza prioritaria per i suoi interventi, basato sulle sue valutazioni e su ogni diagnosi infermieristiche, 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 l'Infermiere di Famiglia, con il suo consenso, 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, così l'Infermiere di Famiglia, dopo averne discusso con il medico di famiglia, 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 e aiutare i membri della famiglia a ristabilire migliori relazioni l'uno con l'altro. Durante questo periodo, l'Infermiere di Famiglia fa visita alla famiglia una volta a 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 uno dei giorni di visita, l'Infermiere di Famiglia ha trovato che la madre aveva pulito la casa (prima era piuttosto sporca e poco curata) e aveva fatto il pane. Il padre beve ancora troppo però, ma ora sta di più a casa, e la coppia 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 giornaliera. Fissa un incontro con il medico di famiglia 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 abilità specialistiche relative alla salute mentale, ma le combina con le sue conoscenze delle dinamiche e delle relazioni familiari. Riconosce la necessità di coinvolgere il medico di famiglia e le abilità più specialistiche di un terapeuta familiare. Una considerazione molto importante è il bisogno per l'Infermiere di Famiglia di ottenere la fiducia di tutti i membri della famiglia. Necessita di costruire rapidamente rapporti e relazioni con una famiglia in crisi. Egli riconosce il bisogno di 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 neonato

I Ruzat sono una famiglia giovane, con una figlia di 18 mesi ed un figlio di 6 mesi. 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, la signora Ruzat è in congedo maternità dal suo lavoro di assistente domestica all'ospedale locale. La famiglia vive al 6 piano in un appartamento. Non c'è ascensore. L'appartamento 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 generalmente 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 signor Ruzat verrà a far visita alla famiglia per un breve periodo. Il rapporto tra la signora Ruzat e sua suocera non è buono. La suocera crede che la nuora non sia ne una buona moglie ne una buona madre e ciò aggiunge ulteriori pressioni sulle relazioni familiari.

Commento

Il ruolo dell'Infermiere di Famiglia, in prima istanza, è quello di lavorare con la famiglia per identificare come meglio loro sentano di poter far coincidere i loro bisogni, e nel fare questo egli è attento a esaminare con loro le loro pratiche culturali rispetto all'assistenza al bambino. Offrirà il proprio sostegno nei momenti di stress e sarà particolarmente vigile per quanto riguarda i sintomi di depressione post-partum nella madre, o una vera depressione nel marito. Egli 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 lo smettere di fumare. 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 e 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, e madre e figlio.

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

Assistenza ad una coppia anziana, in cui entrambi hanno problemi di salute

In questo scenario, l'uomo anziano si prende cura di sua moglie, affetta da diabete di tipo 1 e che inoltre soffre di disturbi 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, egli dice, di poter gestire. Lui 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 della madre. L'infermiere visita regolarmente la famiglia per aiutarla a gestire il diabete e gli effetti del-

l'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 possa fruire di momenti di stacco. L'Infermiere di Famiglia esamina 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 questa non 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 di questa famiglia l'abbia preso l'iniziale contatto con l'Infermiere di Famiglia una questione particolarmente delicata. Il ruolo fondamentale dell'infermiere di Famiglia con questa famiglia è quello di: monitorare, per garantire l'individuazione precoce di sintomi di deterioramento dei rapporti familiari o di deterioramento della salute del marito o della moglie; insegnamento all'assistente in modo che questa sia in grado di rilevare qualsiasi segno di abuso fisico e sappia come e dove denunciarli; assicurare che il medico di famiglia sia a conoscenza della situazione della famiglia. L'infermiere si serve delle proprie abilità decisionali per ciò che riguarda il tipo di azioni da intraprendere in questa fase, compresa la scelta di quali figure dell'equipe sanitaria coinvolgere, e di quali compiti delegare all'assistente. L'Infermiere di Famiglia 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 all'obiettivi 5 e 9 (v. allegato 1).

Assistenza ad un vedovo anziano con disturbi da patologie multiple

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 urinaria. L'infermiere di famiglia ha sostituito più volte il catetere in seguito ai blocchi. L'Infermiere di Famiglia esamina regolarmente le urine per controllare l'insorgenza di infezioni, cosa che di quando in quando si verifica. Egli incoraggia il paziente a bere almeno due litri di liquidi al giorno, ma egli è riluttante. Il paziente viene inoltre regolarmente sottoposto al 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'infermiere di famiglia ha regolarmente medicato una volta alla settimana per sette anni, tenendosi anche aggiornato sulle novità della ricerca per la cura di queste ulcere e consultandosi costantemente con il medico di famiglia. Il paziente è inoltre fortemente sovrappeso, soffre di arteriosclerosi, insufficienza cardiaca congestizia e relativa dispnea.

L'infermiere 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'infermiere di Famiglia diagnostica una lieve depressione durante un colloquio viene confermata dal paziente stesso. Con il consenso dell'uomo, contatta il medico di famiglia per suggerirgli di indirizzare il paziente all'equipe infermieristica psichiatrica.

L'infermiere di Famiglia 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. Comunque, è per lui evidente che il paziente non ha interessi e non gli importa di iniziare queste attività, o di frequentare il centro diurno.

L'infermiere di Famiglia continua a discutere del caso di questo paziente con l'equipe 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 in collaborazione con il paziente.

Commento

L'infermiere di famiglia, oltre a fornire assistenza diretta alla persona, riconosce anche 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 degli infermieri di Famiglia per coinvolgerlo nell'assistenza, non dimostra alcun interesse verso l'auto-cura o la maggiore indipendenza. L'infermiere di famiglia avverte che questa mancanza di motivazione sia in parte legata al suo isolamento sociale ed alla paura che, diventando più capace di occuparsi di se stesso, si possa allentare il contatto con l'unica persona che va a trovarlo regolarmente - l'infermiere di Famiglia. Questi 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'equipe 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 si 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 (v. allegato 1).

Assistenza ad una famiglia in cui il padre, forte fumatore, desidera smettere di fumare

Il Sig. Virtanen è un trentanovenne, padre di due figlie. Ha iniziato a fumare a 14 anni perché i suoi migliori amici erano fumatori. 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 nervosa perché il suo opprimente fumare esacerberà la sua condizione. Inoltre, egli non vuole essere un modello negativo per le figlie. "Mia moglie e le mie figlie mi chiedono di smettere di fumare", dice al suo infermiere di Famiglia. "Io desidero davvero di smettere di fumare, 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 tentare di smettere".

L'infermiere di famiglia sostiene e rafforza la decisione di smettere di fumare del sig. Virtanen. Insieme, lavorano ad un piano di "stop al 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, l'esecuzione del test per la nicotindipendenza 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 fami-

glia 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 sullo smettere di fumare, che gli suggerisce di condividere con la sua famiglia, e lo invia, con il suo consenso, ad un gruppo di auto-aiuto che si riunisce nella sala comunale.

Dopo la "data finale" scelta dal sig. Virtanen per smettere di fumare, lui e l'infermiere di Famiglia si sono incontrati 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. Ora, trascorso circa un anno da quando ha smesso di fumare, l'asma di sua moglie è migliorata, poiché ora loro vivono 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 partecipando attivamente alle loro attività.

Commento

In questo scenario centrato sulla salute, l'infermiere di Famiglia mostra il giusto atteggiamento a non giudicare, le sue abilità nel counselling e nel proporre l'intervento appropriato. La sua conoscenza dei diversi e seri impatti del fumo sulla salute lo 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 gli permette di raggiungerle e di presentarle alla famiglia. La prevenzione e la cessazione del fumo sono tra le attività più difficili del lavoro di un infermiere di Famiglia in tutti i campi di cura. Egli, 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 solamente la compagnia del suo cane. E' diabetica, e le ragioni delle visite regolari, condotte due volte l'anno, sono di tenere sotto controllo il suo stato di salute generale e benessere, l'andamento del diabete, e di verificare che sia sempre in grado di vivere indipendentemente, cosa che è determinata a fare. E' vedova, ma ha una figlia e due nipoti. I rapporti con la figlia non sono buoni da diversi anni, i contatti sono rari, e quindi vede poco le sue nipoti.

Benché questa signora viva, per sua scelta, una vita alquanto isolata, è attiva e sta bene. Tutti gli sforzi fatti dall'infermiere di famiglia di discutere sull'opportunità di riallacciare i rapporti con la figlia e la famiglia sono stati tutti rifiutati. 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 misurandole la pressione, controllando la glicemia e valutando le condizioni generali. I livelli di glicemia sono ben al di sopra dei valori normali, e ulteriori domande rivelano che ella non si sente bene, si sente 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 compreso e segua il nuovo dosaggio di insulina prescritto, 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 mantenere la casa pulita. Tutto ciò all'inizio è fatto con una certa opposizione da parte dell'anziana signora, poiché lei vede questi servizi come una minaccia alla sua indipendenza, tuttavia, poiché insiste nel voler vivere a casa propria godendosi la compagnia del suo cane, lei brontolando accetta l'aiuto. L'infermiere di Famiglia decide di organizzare questa rete di servizi di supporto piuttosto che istituzionalizzare l'anziana signora, 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'infermiere di famiglia, assieme alla paziente, prende la decisione che a questo punto l'istituzionalizzazione è l'unica soluzione adeguata. Si occupa del ricovero e, discutendo con i colleghi durante una riunione, trovano una buona sistemazione in campagna 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 riallacciati ed ora sia questa che le nipoti vanno a trovarla. Sebbene l'anziana signora ora non è in grado di camminare senza aiuto e sia veramente smemorata - di tanto in tanto non riconosce la figlia - sta relativamente

bene e si è inserita nella vita comune della casa di riposo. Sebbene ricordi il suo cane e ne senta molto la mancanza, ma la consola sapere che è stato bene accolto in un'altra casa.

Commento

Questo scenario evidenzia 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 conoscenze geriatriche dell'Infermiere di Famiglia gli consentono di offrire alla paziente interventi terapeutici e sostegni sociali fino al momento in cui l'esacerbarsi dei problemi di salute ed entrambi riconoscono che non è più possibile continuare a vivere da sola con il cane. In assenza della famiglia, l'infermiere di Famiglia 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 dell'Infermiere di Famiglia 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 loro 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 l'infermiere di famiglia è la persona che visiterà più spesso la famiglia dopo il parto, è importante che continui la discussione e la preparazione della coppia per quanto riguarda l'allattamento. E' risaputo che quanto più la coppia i genitori sono preparati, tanto più a lungo la madre allatterà il loro bambino. E' anche dimostrato che "al seno è meglio" e che un neonato allattato al

seno è più sano e corre meno rischi di infezione rispetto ad uno allattato artificialmente. Perciò gli obiettivi principali della prima visita alla famiglia dell'infermiere di Famiglia sono la reciproca conoscenza, la discussione circa le aspettative della coppia riguardo la nascita di un figlio, compresa la preparazione alla nascita, 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 mantenere 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 loro primo figlio. Per poter svolgere il proprio ruolo con questa famiglia, l'infermiere di Famiglia deve conoscere e capire il ruolo e le responsabilità dell'ostetrica, del lavoro interdisciplinare, delle dinamiche familiari, delle relazioni di coppia, particolarmente quando un primo figlio entra a far parte della famiglia, e i processi di una gravidanza fisiologica e patologica. E' oltretutto importante che egli 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 ragazza madre, incinta e tossicodipendente

Una giovane donna non sposata, eroinomane, è incinta del secondo figlio. Il suo primo figlio, di due anni, le è stata tolta a causa della sua tossicodipendenza. La giovane non sa chi sia il padre del primo figlio. Lei sa chi è il padre del secondo figlio, ma non lo ha informato, 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 sua seconda gravidanza si è fatta visitare dal medico di famiglia che l'ha indirizzata all'infermiere di famiglia e all'ospedale.

L'infermiere 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'equipe multidisciplinare che lui stesso ha costituito per trattare efficacemente con i giovani in circostanze di vita molto difficili. Il gruppo è composto da un'assistente sociale specializzata nel-

l'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 evita di farlo. L'infermiere di famiglia, che svolge il ruolo di coordinatore del gruppo, concorda di mantenerla in contatto con il gruppo di discussione che valuterà la sua situazione globale, deciderà come sostenerla nel periodo prenatale e pianificherà il parto ed i mesi successivi. Il gruppo discuterà anche di piani a più lungo termine per la futura salute della giovane e si appoggerà all'infermiere di famiglia quale elemento di collegamento tra le varie agenzie che saranno coinvolte nell'assistenza.

L'infermiere di famiglia visita regolarmente la 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 al reparto maternità, l'infermiere di Famiglia continua a far visita alla donna e sostenerla nel prendersi cura del suo bambino. La ragazza sembra essersi liberata dalla droga, ma l'infermiere di Famiglia è ben conscio 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'infermiere 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. Il primo figlio continua a vivere con la famiglia adottiva cui era stato affidato poiché le relazioni affettive sono ben radicate e il bambino è ben curato in un clima familiare amorevole e stabile.

Commento.

In questo scenario, il ruolo di collegamento dell'infermiere 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 il nuovo marito e per il bambino. L'infermiere di famiglia, nel suo ruolo multiforme, dimostra tutte e cinque le competenze fondamentali dell'Infermiere di Famiglia qualificato (v. sezione 3.6).

Egli fornisce assistenza, prende decisioni, è un comunicatore, un leader di gruppo ed un manager e soddisfa tutti questi compiti agendo quale professionista riconosciuto che ha l'autorità e la responsabilità di coinvolgere tutti coloro che ritiene siano più capaci di assisterlo nel migliorare la salute della famiglia/individuo che assiste.

In questo scenario assistenziale sono stati affrontati la maggior parte degli obiettivi SALUTE21. Nello specifico, viene 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 un bambino 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. Il bambino è nato a termine ma pesava soltanto 2.45 kg., era quindi sottopeso, probabilmente dovuto al fatto che Emma fumava sigarette durante tutta la gravidanza. Il bambino è adesso alimentato artificialmente con successo e sta prendendo peso. I genitori di Emma mantengono sia lei che il bambino, ma in famiglia c'è tensione perché non approvano Darren, il fidanzato di Emma e padre del bambino. Attualmente lui non ha lavoro e i genitori di Emma ritengono abbia su di lei un'influenza negativa. Il comportamento del suo fratello minore è diventato distruttivo da quando la sorella è tornata dall'ospedale con il bambino.

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 confida all'infermiera di Famiglia di essere molto stanca e di trovare difficile adattarsi al ruolo di madre. Ha paura che il pianto del bambino durante il giorno disturbi il sonno di suo padre ed è preoccupata per il comportamento di suo fratello George nei confronti del bambino. Dice che è un po' rude con lui.

L'infermiera di famiglia ascolta attentamente Emma e la incoraggia ad esprimere le sue preoccupazioni e paure. 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 del bambino. 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 del bambino ogni tanto, in modo da potervi partecipare. Le spiega anche che George potrebbe essere geloso del nipotino che lo ha rimpiazzato nel

ruolo di "piccolo della famiglia". Potrebbe essere risentito delle attenzioni che sua madre rivolge al nuovo arrivato e tentare di attirare l'attenzione assumendo un comportamento distruttivo. 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 il bambino, ma anche di stare attenta a non lasciare mai il ragazzino da solo con il piccolo fratello. 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 il neonato. L'infermiera di famiglia, 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 del bambino, spiegandole cosa comporta e sollecitandola a contattare un pediatra. L'infermiera di Famiglia le chiede cosa ha notato circa lo sviluppo di suo figlio e quindi lo visita. Si complimenta con Emma per come si prende cura del bambino 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 il suo bambino comincerà a gattonare e a toccare tutto. Prima di andarsene, egli lascia ad Emma il suo recapito e le raccomanda di chiamarlo se si sentisse in ansia per qualcosa. La incoraggia a parlare della visita con i genitori, e a fissare un appuntamento con l'infermiera di Famiglia quando sua madre potrà 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 fuma. 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 del bambino o di evitare di farlo quando gli sono vicini. L'infermiera di famiglia conosce le evidenze scientifiche 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'infermiere di famiglia gli consentono di incoraggiare l'adolescente ad ampliare la propria rete di sostegno sociale frequentando lezioni rivolte ai neo genitori e assicurandola sul fatto che non sarà l'unica madre adolescente del gruppo.

Questo scenario illustra il ruolo dell'infermiere 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'infermiere di famiglia stesso è un membro del gruppo "D'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 al problema. L'infermiere 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 SALUTE 21. Nello specifico, è stata data priorità agli obiettivi 4 e 11 (v. allegato 1).

Assistenza ad una famiglia di rifugiati di una minoranza etnica

Una 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 ospitante 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 insieme come gruppo familiare. Temporaneamente sono accampati in una tenda del campo rifugiati.

L'infermiere di famiglia fa parte di una equipe socio-assistenziale che lavora nel campo rifugiati. L'Infermiere di famiglia 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 riconosce che che la figlia minore presenta una sindrome di Down.

Durante i primi due mesi di visite settimanali alla famiglia, l'infermiere di famiglia acquisisce gradualmente una comprensione della loro cultura e stili di vita, sotto molti aspetti diversi 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'infermiere 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 un collega infermiere di famiglia, 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'infermiere di famiglia 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 incentrato sulla nonna e sulla giovane madre. Dialogando apertamente con loro e rispettando i loro punti di vista, egli 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'infermiere 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 partecipare a 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'infermiere 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 gli sta di fronte e utilizza queste conoscenze per rendere efficace il suo piano di educazione sanitaria. Egli 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'infermiere 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 esperto 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 / ineguaglianza in salute

L'infermiere di Famiglia 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 di Famiglia ha controllato le percentuali di incidenti nei bambini relative alla comunità che segue ed ha riscontrato che sono più elevati che in altre comunità più numerose. Egli 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.

Egli discute la questione con i colleghi della salute pubblica che gli forniscono i dati relativi all'affluenza dei bambini al pronto soccorso dell'ospedale locale le cifre confermano la sua preoccupazione. Egli 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 creando un gruppo di coordinamento per la prevenzione degli incidenti. Attraverso i lavoratori della comunità organizza un incontro con i genitori per informarli del numero di incidenti e per sentire il loro punto di vista e circa la percezione che hanno del problema. Il gruppo dei genitori indica una serie di elementi che devono essere affrontati, tra i quali:

- la velocità del traffico della zona
- la mancanza di aree-gioco sicure per i bambini
- l'addestramento dei genitori al primo soccorso
- la mancanza di griglie di sicurezza alle finestre degli appartamenti, e
- il 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 di Famiglia organizza per i genitori una serie di corsi di primo 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 all'assistente sociale 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 di Famiglia fornisce informazioni ai 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 posizionati. 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 non è ancora 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 in quale modo 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 deprivata. Il suo ruolo in questo senso si incentra nel facilitare la creazione ed il funzionamento di un gruppo di genitori e nell'agire da delegato nella campagna contro il traffico. Egli 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 locali. Egli inoltre preoccupa inoltre di rendere la comunità più forte offrendole occasioni di apprendimento, migliorando abilità locali e fornendo lavoro. Egli 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. Egli lavora come membro di un'equipe 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, piuttosto che solamente il servizio sanitario. Utilizza le proprie abilità di lavorare in gruppo e le conoscenze sulla promozione della salute ed il primo soccorso per dare ai genitori le nozioni e la fiducia in se stessi necessarie a fornire interventi di primo soccorso in casa propria e nella comunità. Il suo atteggiamento non-giudicante 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 utile 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 Gec
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
Forth Valley Primary Care Trust
Glasgow, United Kingdom

Le basi per gli scenari di ostetricia sono stati forniti da Margrethe 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, è stata coinvolta nei lavori di questo gruppo.

www.who.int