Position Paper Infermiere di famiglia e di comunità

Il presente Position Paper è frutto di un gruppo di lavoro composto da docenti delle due Università del Piemonte (UNITO e UPO) e dell'Associazione degli Infermieri di Famiglia e di Comunità. Un'apposita giornata di studio e di workshop multi-professionale è stata realizzata l'otto aprile del 2019 a Torino per confrontarsi con gli operatori delle cure primarie, le università e le istituzioni sul ruolo e sulla formazione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

Di Gianluca Aimaretti *(UPO)*, Sara Bidone *(UPO)*, Sara Campagna *(UNITO)*, Giuseppe Costa *(UNITO)*, Alberto Dal Molin *(UPO)*, Valerio Dimonte *(UNITO)*, Fabrizio Faggiano *(UPO)*, Pasquale Giuliano *(AIFeC)*, Ginetto Menarello *(AIFeC)*, Paola Obbia *(AIFeC)*

L'attuale situazione epidemiologica e demografica della popolazione italiana rende urgente l'adozione di soluzioni innovative per garantire la sostenibilità e la qualità delle risposte del Servizio Sanitario Nazionale. L'Infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) integra con un ruolo nuovo, preventivo, proattivo e collaborativo, il contributo degli attori delle Cure Primarie, delle Cure Intermedie e della Residenzialità Sociosanitaria, per la salute dei cittadini, collaborando con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

La proattività è caratteristica specifica dell'IFeC e tale aspetto è riconosciuto e promosso dall'OMS Europa fin dal 1998 e sostenuto dall'Unione Europea per il raggiungimento degli obiettivi di salute fondamentali allo sviluppo della società (WHO, 1998; WHO, 2000; Expert Group on Health Systems Performance, 2017). L'infermiere di Famiglia e di comunità promuove l'evoluzione dal modello assistenziale paternalistico a quello partecipativo, attraverso il coinvolgimento attivo della persona assistita e della sua rete familiare. Partecipa al lavoro di rete con le altre professioni socio-sanitarie e con i membri della comunità. Propone interventi per l'empowerment, per l'attivazione e lo sviluppo del capitale sociale della comunità (Rocco et al., 2017; Mercadelli et al., 2018).

Definizione

L'infermiere di famiglia e di comunità è il professionista in possesso di specifico titolo di master universitario di primo livello, competente nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità.

Quadro concettuale di riferimento

L'infermieristica di famiglia e di comunità considera la salute un diritto fondamentale dell'uomo e un processo dinamico bio-psico-sociale e spirituale (WHO, 1948). Sostiene il concetto di "migliore salute possibile" rispetto alle condizioni della persona e ai desideri individuali (Ministero della Salute, 2016). L'Infermieristica di famiglia e di comunità facilita il passaggio dal paradigma della medicina d'attesa a quello della medicina d'iniziativa e l'evoluzione dal focus sulla malattia all'orientamento alla persona e al contesto di vita. Favorisce la piena partecipazione degli individui, delle famiglie e della comunità al processo di tutela della salute in tutte le fasi della vita (FNOPI, 2019; Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute, 2016; Martin et al., 2013).

L'infermieristica di famiglia e di comunità riconosce nella promozione della salute un mezzo per ridurre l'impatto dei determinanti sociali sulla salute (Marmot et al., 2014; WHO, 1986) e sostiene il concetto di invecchiamento sano quale "processo di sviluppo e mantenimento delle abilità funzionali che consentono il benessere nell'avanzare dell'età" durante l'intero corso della vita (WHO, 2015).

I livelli dell'intervento

L'intervento dell'infermiere di famiglia e di comunità si esprime a:

- **livello individuale e familiare** attraverso interventi diretti e indiretti che hanno la persona e la famiglia come destinatari.
- **livello di gruppo** attraverso interventi che si rivolgono a gruppi di persone organizzati in funzione di specifici bisogni di salute.
- **livello comunitario** attraverso azioni rivolte alle comunità.

Le competenze *core*

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità acquisisce, attraverso la formazione universitaria post base, competenze avanzate per:

- la valutazione dei bisogni di salute della comunità;
- la promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- la presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'età;
- la relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con gli assistiti;
- la valutazione personalizzata dei problemi socio-sanitari che influenzano la salute, in collaborazione con gli altri attori delle cure, per la loro risoluzione;
- la definizione di programmi di intervento basata su prove scientifiche di efficacia;
- la valutazione degli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica nelle strutture residenziali;
- la definizione di ambiti e problemi di ricerca clinica e sociale.

Tali competenze avanzate consentono **a livello individuale e familiare**:

- Lettura e analisi del contesto famigliare inclusa la valutazione dei determinanti sociali della salute che incidono sul contesto individuale e familiare.
- Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e individuazione delle eventuali soluzioni migliorative.
- Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone.
- Interventi di promozione di stili di vita e comportamenti salutari dell'individuo e della famiglia anche in relazione alla cura di eventuali patologie già in atto.
- Coinvolgimento attivo degli individui e della famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale.
- Valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi socio-sanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili.
- Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.
- Facilitazione delle dimissioni precoci.
- Valutazione del bisogno di presidi sanitari e, qualora possibile, prescrizione diretta o attraverso il medico prescrittore.
- Monitoraggio del grado di stabilità clinica e valutazione delle alterazioni delle condizioni di salute in caso di malattia,

acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con i MMG, i PLS e con gli altri professionisti coinvolti.
- Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di MMG o al PLS.
- Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure.
- Adozione di eventuali strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio.

A **livello di gruppo**:

- Attivazione di iniziative di informazione sulla salute e sui rischi rivolte a gruppi di persone.
- Applicazione di strategie e metodi educativi a gruppi di persone, mirati al miglioramento delle abitudini e degli stili di vita e al self-management.
- Progettazione di occasioni di incontro tra persone che presentano problemi di salute simili per favorire i processi di auto mutuo aiuto.

A **livello comunitario**:

- Lettura e analisi del contesto comunitario
- Mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani, incluse le associazioni di volontariato.
- Formazione, coordinamento e supervisione delle persone che entrano a far parte volontariamente della rete assistenziale della comunità.
- Collaborazione con le autorità sanitarie locali per costruire flussi informativi utili alla valutazione e gestione della popolazione in carico.
- Collaborazione alla continuità assistenziale attraverso l'integrazione dei servizi fra ospedale e territorio (distretto, ospedale di comunità, servizi sociali e strutture residenziali).
- Collaborazione con il MMG e il PLS, con le Unità di Valutazione Multidimensionali dei Distretti, con i professionisti dei servizi socio assistenziali, con le associazioni di volontariato.
- Partecipazione alla redazione, verifica, attuazione e supervisione protocolli/procedure per la qualità dell'assistenza.
- Progettazione di interventi di rete e monitoraggio dei risultati nell'ottica dell'attivazione del capitale sociale e dello sviluppo dell'empowerment di comunità.
- Progettazione e attivazione di iniziative di promozione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva.

La valutazione dell'intervento

L'infermiere di famiglia e di comunità rappresenta un elemento chiave dell'orientamento del servizio verso la medicina d'iniziativa e l'empowerment delle persone e della comunità. Questo potenziale, tuttavia, richiede una coerente evoluzione della cultura organizzativa e delle pratiche operative dei diversi soggetti coinvolti, tali da rendere la nuova figura pienamente integrata e valorizzata. Per accompagnare in questa direzione le scelte organizzative è necessario poter valutare l'impatto dell'innovazione sui servizi erogati, secondo il modello del miglioramento continuo.

In questa prospettiva metodologica, le direzioni aziendali e gli operatori diventano i protagonisti dell'azione di attivazione e di riconoscimento dei bisogni delle persone destinatarie del servizio e delle loro comunità, di identificazione del valore che il servizio intende generare, di analisi dei problemi su cui è possibile intervenire con il contributo dell'infermiere di famiglia. Il modello di valutazione, elaborato durante il progetto CoNSENSo, si basa sui dati di letteratura internazionale e sull'analisi delle criticità organizzative riscontrate. Il percorso proposto può essere applicato sia per la valutazione di progetti pilota, sia di innovazioni introdotte in modo strutturale a livello aziendale o di unità operativa. Per una descrizione più dettagliata del

modello di valutazione, si rimanda al documento in bibliografia (Pilutti, Di Monaco, 2019).

Raccomandazioni

Innovazione assistenziale

- L'aumento di malattie croniche e tumorali e di nuove dipendenze patologiche, legato ai mutamenti demografici, ambientali, economici e sociali, rischia di rendere insostenibile il welfare state. È urgente adottare modelli assistenziali innovativi per migliorare la qualità di vita dei cittadini, delle famiglie e delle comunità, l'accessibilità alle cure e la migliore allocazione delle risorse.
- La prevenzione è un imperativo che deve diventare un'attitudine operativa richiesta e riconosciuta a tutti gli operatori che interagiscono con i cittadini e con le comunità (Ministero della Salute, 2014).
- L'integrazione delle cure a livello orizzontale, cioè la collaborazione con il MMG, il PLS, l'équipe territoriale, e l'integrazione verticale con l'assistenza specialistica e ospedaliera, rappresentano nodi focali per l'assistenza territoriale.
- L'utilizzo delle innovazioni tecnologiche per la comunicazione, per la pianificazione e per l'erogazione di assistenza necessitano di condivisione e mediazione tra i cittadini e gli operatori per raggiungere il loro pieno potenziale.

In tali ambiti gli Infermieri di famiglia e di Comunità possono svolgere un ruolo chiave.

Libero accesso

È necessario garantire il libero accesso dei cittadini agli ambulatori degli Infermieri di Famiglia e di Comunità, ove presenti, o agli ambulatori infermieristici distrettuali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Agenzie Territoriali Socio-sanitarie, o l'attivazione di apposite convenzioni con Infermieri di Famiglia e di Comunità libero-professionisti.

Riconoscimento formale

È necessario il riconoscimento normativo del ruolo specialistico e degli ambiti di competenza e di autonomia. Attualmente le attività degli Infermieri di Famiglia e di Comunità e degli Infermieri del territorio non sono rilevabili dai tracciati informatici regionali e quindi rappresentano nei bilanci solo un costo. L'erogazione delle attività, attraverso l'attribuzione di codice regionale può quantificare il valore economico del lavoro svolto. È altresì necessario il riconoscimento contrattuale della specializzazione, attualmente ancora in fase di definizione.

Formazione

Il percorso formativo successivo alla laurea triennale è imprescindibile per il riconoscimento del ruolo specialistico. Il titolo di Infermiere di Famiglia e di Comunità consegue alla frequenza del Master di primo livello, con l'acquisizione totale di 60 Crediti Formativi Universitari (CFU). È opportuno, però, che chi attualmente esercita le funzioni proprie dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità e ha esperienza lavorativa nelle cure primarie, possa acquisire le competenze integrative necessarie a svolgere efficacemente il suo ruolo. Per questi professionisti è ipotizzabile un percorso modulare costituito da un corso di perfezionamento universitario per la qualifica di esperto in Infermieristica di famiglia e di comunità, con l'acquisizione di 30 CFU. Questi crediti dovrebbero essere riconosciuti qualora il professionista volesse ottenere il master di primo livello e il titolo di Infermiere di Famiglia e di Comunità.

L'attuale formazione prevista a livello di Master di Primo Livello deve essere valorizzata con il riconoscimento dei Crediti Universitari per i percorsi successivi eventualmente istituiti. È auspicata l'istituzione di corsi di Laurea Magistrale centrati

sull'Infermieristica di famiglia e di Comunità e l'istituzione master di secondo livello e di dottorati di ricerca a sostegno dell'evoluzione del ruolo. È necessario che gli infermieri che esercitano o dovranno esercitare il ruolo siano sostenuti dalle Aziende Sanitarie o dalle Agenzie Territoriali Socio-sanitarie nell'intraprendere il percorso formativo.

Criticità

I bisogni dei cittadini e l'interfaccia con le organizzazioni socio-sanitarie sono aspetti complessi e richiedono competenze avanzate da parte dei professionisti.
Il processo d'innovazione e implementazione del nuovo ruolo può fallire se affidato a professionisti senza adeguata formazione e motivazione. La mancanza di riconoscimento formale e di autonomia nell'esercizio del ruolo limitano la sua applicabilità. I processi di cambiamento e di innovazione possono essere ostacolati da conflitti di potere tra le professioni, come evidenziato dall'OCSE (Maier et al., 2017).

Metodologia

Il presente Position Paper, ispirato ai concetti di salute e di promozione della salute proposti dall'OMS e alle conoscenze sui determinanti sociali della salute, recepisce le indicazioni:

1. del Documento Health 21 OMS Europa del 1998 (WHO, 1998);
2. del progetto europeo "The European Family Health Nursing Project (FamNrsE), finanziato dall'Unione European nel 2011;
3. dei risultati della ricerca sull'Infermiere di Famiglia e di Comunità finanziata dal Ministero della Salute (Rocco et al., 2017);
4. dell'esperienza formativa dei Master in Infermieristica di Famiglia e di Comunità delle Università del Piemonte;
5. della bozza elaborata dal "Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute" (Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute, 2016)
6. del Piano Nazionale Cronicità del 2016 (Ministero della Salute, 2016);
7. del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 (Ministero della Salute, 2014);
8. dei risultati del progetto CoNSENSo, premiato dalla Commissione Europea per l'accessibilità alle cure (European Commission, ESI Funds for Health Final Conference Report, 2019; Ippoliti et al., 2018; Obbia et al. 2018);
9. dei risultati del progetto ENHANCE, European curriculum for family and community nurse, che ha delineato un piano formativo comune a livello europeo, confrontandosi sull'analisi delle core competence e dei bisogni formativi con esperti di vari stati europei (EuropeaN curriculum for fAmily aNd Community nursE);
10. del Profilo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità predisposto da AIFeC nel 2018 (AIFEC).

Photo by Ani Kolleshi on Unsplash

BIBLIOGRAFIA

AIFeC, Il profilo dell'infermiere di famiglia e di comunità.

European Commission (2019), *ESI Funds for Health. Building knowledge & capacities. Final Conference – Report*, Milieu Ltd Bruxelles, January.

Expert Group on Health Systems Performance Assessment (2017), *Blocks. Tools and methodologies to assess integrated care in Europe*, Luxemburg, Publications Office of the European Union, March.

FCN, *EuropeaN curriculum for fAmily aNd Community nurse*.

FNOPI (2019), *Il codice deontologico dell'Infermiere*, Roma.

Ippoliti R., Allievi I., Falvigna G., Giuliano P., Montani F., Obbia P., Rizzi S., Moda G. (2018), *The sustainability of a community nurses programme aimed at supporting active ageing in mountain areas*, in International Journal of Health Planning and Management, Jul 33(4), 1100-1111.

Maier C.B., Aiken L.H., Busse R., (2017), *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation*, OECD Health Working Papers, n. 98.

Marcadelli S., Obbia P., Prandi C., (2018), *Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica*, Roma, Edizioni EDRA.

Marmot M., Allen J.J., (2014), *Social determinants of Health Equity*, in American in Journal of Public Health, Jul Vol. 104.

Martin P., Duffy T., Johnston B., Banks P., Harkess-Murphy E., Martin CR., (2013), *Family Health Nursing: a response to the global Challenges*, in Journal of Family Nursing, Feb 19(1), 99-118.

Ministero della Salute (2014), *Piano Nazionale della prevenzione 2014-2018*, Roma.

Ministero della Salute (2016), *Piano Nazionale Cronicità*, Roma.

Obbia P., Palummeri E., Maggio M., Nigro F., Polli F. (2018), *Le sinergie tra i progetti Co.N.S.E.N.So e SUNFRAIL per la prevenzione della fragilità nell'anziano e il sostegno all'autonomia e alla vita a domicilio. Dati preliminari dall'Alta Val Trebbia*, in Rivista AGE, Volume XIII, Numero 1, Marzo.

Pilutti S., Di Monaco R., (2019), *Strategia per il monitoraggio e la valutazione degli interventi socio-sanitari territoriali innovativi*, Rapporto di ricerca per il Master IFeC, Prospettive ricerca socio-economica, Torino, marzo.

Rocco G., Marcadelli S., Stievano A., Cipolla C., (a cura di) (2017), *Infermiere di Famiglia e di Comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare*, Milano, Ed. Franco Angeli.

Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute, 2016.

WHO (1948), *Constitution of World Health Organization*, Geneve.

WHO (1986), *The Ottawa Charter for Health Promotion*, Ottawa.

WHO (1998), *Health 21. La salute per tutti nel 21 ° secolo*, Geneve.

WHO (2000), *The family Health Nurse. Context, conceptual framework and curriculum*, Health Documentation Services WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO (2015), *World report on ageing and health*, Geneve.