

## PROPOSTA DI CORE CURRICULUM PER LA FORMAZIONE DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'

### INTRODUZIONE

Nel recente *Position Statement* pubblicato da FNOPI sulla figura dell'IfcC, con la collaborazione anche dell'Associazione Infermieri di famiglia e di comunità si evidenzia come la strada da intraprendere sia quella della messa a regime di modelli di **Welfare generativo di comunità**, in grado di potenziare il **Capitale Sociale** esistente e di aumentare la **sostenibilità** del sistema stesso. Molti esperti internazionali sui temi dell'Empowerment e delle disuguaglianze sociali sostengono che, sia la sostenibilità dei sistemi sanitari, sia la riduzione delle disuguaglianze di salute, sono rese facilitate da azioni rivolte al potenziamento delle capacità delle persone e delle comunità di partecipare consapevolmente ai processi decisionali sui temi che riguardano la salute stessa (1-4). Il National Institute for Health Research (NHS) indica che esiste prova concreta che gli interventi di coinvolgimento della comunità hanno un impatto positivo sui comportamenti sanitari, sulle conseguenze sulla salute e sull'autoefficacia, generando una chiara percezione del valore del sostegno sociale, in varie condizioni (5). Un altro recente studio, pubblicato nel 2019 da Jane South (6) sostiene l'importanza di distinguere tra interventi basati sulla comunità che si rivolgono a popolazioni "target" come destinatarie di attività guidate da professionisti e approcci centrati sulla comunità con il fine di:

- ✓ Riconoscere e cercare di mobilitare risorse all'interno delle comunità, comprese le competenze, le conoscenze e il tempo di individui, gruppi e organizzazioni della comunità;
- ✓ Concentrarsi sulla promozione della salute e del benessere nella comunità, piuttosto che su logiche di servizio;
- ✓ Promuovere l'equità nella salute lavorando in collaborazione con individui e gruppi per affrontare gli ostacoli per la buona salute;
- ✓ Cercare di aumentare il controllo delle persone sulla loro salute.

Le recenti esperienze sul territorio italiano sono volte a privilegiare, ove possibile, le cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, garantendo le prestazioni sanitarie necessarie ed attivando le risorse formali e informali della comunità per dare supporto alla persona e alla

famiglia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

L'innovazione, presente in tali modelli, necessita di competenze specifiche e di nuove relazioni nell'equipe di cura e con il cittadino. Infatti, tra le principali barriere all'implementazione di nuovi ruoli infermieristici nelle cure primarie si annovera la resistenza al cambiamento da parte del personale medico, l'assenza di legislazioni che ne riconoscano l'ambito di applicazione, e un sistema educativo in grado di fornire agli infermieri le competenze necessarie (7).

## **STRUTTURA DEL DOCUMENTO**

Nella prima parte sono elencate le *core competenze* riprese dal *Position Statemet* che, a sua volta, ha fatto riferimento anche ai risultati del progetto europeo *Enhance*, al progetto *Family Health Nursing in European Communities*, presentato in Portogallo nel 2013 e all'esperienza formativa dell'Univerisità di Torino e del Piemonte orientale che nel 2019 hanno congiuntamente presentato il *Position Paper* sull'IFeC, di concerto con l'associazione AIFeC.

Nella seconda parte è presente una tavola sinottica nella quale sono presentati, in rapporto alle core competence i possibili moduli di formazione, i principali contenuti, il numero di CFU per ogni modulo in un range di riferimento e il numero di ore di formazione d'aula, sempre attaverso un range cui far riferimento.

Nella terza parte alcuni spunti di riflessione su come progettare le attività di tirocinio.

## **LE CORE COMPETENCE**

L'IFeC, attraverso la formazione universitaria post base, acquisisce e implementa conoscenze e competenze per:

- ✓ La valutazione dei bisogni di salute della persona in età adulta e pediatrica, delle famiglie e della comunità attraverso approcci sistemici.
- ✓ La promozione della salute e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria facendo riferimento ai modelli concettuali disponibili.
- ✓ 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.
- ✓ L'Utilizzo, di concerto con gli altri professionisti, di modelli innovativi orientati alla proattività
- ✓ La conoscenza e la rilevazione dei fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento,

facendo riferimento ai determinanti della salute.

- ✓ La relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con gli assistiti.
- ✓ La valutazione personalizzata dei problemi sociosanitari che influenzano la salute, in sinergia con il MMG, i PLS e tutti gli altri professionisti che operano sul territorio.
- ✓ La definizione di programmi di intervento infermieristici basata su prove scientifiche di efficacia, anche prescrivendo o fornendo agli assistiti le indicazioni dei presidi assistenziali più efficaci al percorso di cura concordato.
- ✓ La creazione e valutazione degli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica territoriale.
- ✓ La definizione di ambiti e problemi di ricerca.
- ✓ L'utilizzo di supporti documentali e gestionali informatici sia per l'assistenza alle persone, sia per la documentazione dell'attività assistenziale che concorrono alla rendicontazione dell'attività svolta sul territorio di riferimento.

## **LA TAVOLA SINOTTICA (vedi allegato)**

### **IL TIROCINIO**

Le attività di tirocinio, ovviamente, dovrebbero essere condotte in riferimento alle competenze attese, ma sappiamo che i modelli attuali non sempre sono coerenti con le stesse. Esistono però molte esperienze interessanti, magari piccole, ma che potrebbero essere coinvolte. Ciascuno dovrebbe andarne alla ricerca sul proprio territorio e provare a prendere contatti. Parallelamente possono essere effettuati progetti di innovazione sul territorio per essere magari proposti alle istituzioni locali. Questa fase di fermento per via delle assunzioni previste per il 2021, anche se con modalità estremamente differenziate, potrebbe essere un'occasione per proporre, suggerire modalità alternative e gli studenti possono essere coinvolti attivamente in tutto questo.

L'altra forma, sempre molto utile, è quella di stage all'estero, in paesi quali la Spagna, la Scozia, la Slovenia o il portogallo, dove il tema dell'Infermieristica di famiglia e di comunità è presente da più tempo rispetto noi. Tutto sempre compatibilmente con le possibilità di spostamento tra i paesi europei.

### **PRINCIPALI RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

1. Laverack G. Salute pubblica – *Potere, empowerment e pratica professionale*. Il pensiero Scientifico Editore; 2018. 212 p.

2. Wallerstein N, Mendes R, Minkler M, Akerman M. *Reclaiming the social in community movements: perspectives from the USA and Brazil/South America: 25 years after Ottawa*. Health Promot Int. 2011 Dec;26 Suppl 2: ii226-36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22080077>
3. Wallerstein N, Duran B, Oetzel JG, Minkler M. *Community-Based Participatory Research for Health: Advancing Social and Health Equity* [Internet]. 3rd ed. Wiley; 2017. 480 p.
4. Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity. Vol. 104, American Journal of Public Health. American Public Health Association Inc.; 2014. p. S517–9.
5. O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, et al. *Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis*. Public Heal Res. 2013 Nov;1(4):1–526.
6. South J, Bagnall A-M, Stansfield JA, Southby KJ, Mehta P. *An evidence-based framework on community-centred approaches for health: England, UK*. Health Promot Int. 2019 Apr 1;34(2):356– 66.
7. Delamaire M, Lafortune G. *Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries.*, OECD Heal Work Pap No 54, OECD Publ Paris. 2010.