

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

INTRODUZIONE

Il recente *Position Statement* pubblicato da FNOPI con la collaborazione anche dell'Associazione Infermieri di famiglia e di comunità definisce l'Infermiere di Famiglia come *“il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di competenze specialistiche nella disciplina infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica. Agisce le competenze nell'erogazione di cure infermieristiche complesse, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della comunità, operando all'interno del sistema dell'Assistenza Sanitaria Primaria. L'Infermiere di Famiglia e Comunità ha come obiettivo la salute e risponde ai bisogni di salute della popolazione adulta e pediatrica di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Agisce in autonomia professionale, in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale. L'infermiere di Famiglia e Comunità può operare in modelli assistenziali di cure primarie molto diversi per le diverse caratteristiche del contesto territoriale. Zone urbane ad elevata intensità, periferie cittadine, paesi isolati, zone montane richiedono soluzioni organizzative e di intervento specifiche”*.

All'interno del *Position Statement* 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

All'interno di questo documento vengono presentate le *core competence* (riprese dal *Position Statemet*) organizzate per aree di dominio, che, a loro volta, fanno 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'Università di Torino e del Piemonte orientale che nel 2019 hanno congiuntamente presentato il *Position Paper* sull'IFeC, di concerto con l'associazione AIFeC.

Le *core competence* sono inserite all'interno di una tavola sinottica nella quale sono presentati i contenuti core e i laboratori irrinunciabili per il loro sviluppo.

Successivamente vengono forniti alcuni spunti di orientamento sulla progettazione delle attività didattiche e di stage.

CORE COMPETENCE E CORE CURRICULUM

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

DOMINI DI COMPETENZA	Promozione della salute e educazione	Assessment e presa di decisione	Presa in carico e coordinamento di percorsi	Comunicazione e relazione
COMPETENZE	<p>Identificare i determinanti di salute, le possibili azioni di promozione e prevenzione attivabili in una comunità, relativi a stili di vita e comportamenti salutari anche in relazione alla cura di eventuali patologie già in atto e alla luce dei contesti socioculturali di appartenenza</p> <p>Progettare e condurre interventi di promozione della salute, educazione alla salute e educazione terapeutica rivolti al singolo, famiglie, gruppi e alla comunità</p>	<p>Analizzare e interpretare attraverso specifici indicatori e le risorse disponibili, la comunità di riferimento, utilizzando un processo partecipativo tra i vari stakeholder</p> <p>Leggere e analizzare il contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto anche attraverso modelli di valutazione (es. Friedman Family Assessment Model, il Calgary Family Assessment Model e il McGill Model/Developmental Health Model)</p> <p>Condurre un assessment anche attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione al fine di intercettare precocemente: - condizioni di pre-fragilità - segnali di cambiamento dello stato di salute</p> <p>Definire priorità di intervento considerando il profilo demografico della popolazione di riferimento e il punto di vista del singolo /del gruppo</p> <p>Prendere decisioni clinico assistenziali ed etico deontologiche basate sulle evidenze e coinvolgendo le persone, le famiglie e la popolazione di riferimento</p> <p>Sostenere la persona nel mantenimento della massima autonomia residua anche attraverso la consulenza sulla scelta e l'utilizzo di ausili e protesi/ortesi</p> <p>Gestire trattamenti complessi</p> <p>Utilizzare strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali</p> <p>Valutare il grado di aderenza terapeutica attraverso indicatori e sistemi validati</p>	<p>Attivare, facilitare e coordinare percorsi di presa in carico delle persone a rischio o con condizioni di malattia e non autosufficienza, attraverso l'integrazione multi professionale, il lavoro in team e la consulenza di specialisti, avvalendosi anche di percorsi clinico-assistenziali</p> <p>Favorire la continuità assistenziale tra interventi sanitari e sociali, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali</p> <p>Attivare le risorse presenti nella comunità facilitando i contatti con le persone e famiglie, sia nei contesti urbani che periferici</p> <p>Attivare collaborazioni e integrazioni con la Medicina Generale sperimentando modelli di intervento innovativi</p> <p>Costruire e adattare setting di cura a domicilio</p> <p>Analizzare, documentare e diffondere dati sugli esiti di salute in riferimento agli standard definiti</p> <p>Conoscere e adottare le politiche di integrazione sociale che regolano la convivenza interetnica con particolare attenzione alla salute</p>	<p>Costruire relazioni finalizzate al coinvolgimento attivo e allo sviluppo <i>dell'empoverment</i></p> <p>Utilizzare strategie di comunicazione, anche digitali, finalizzate a promuovere <i>l'engagement</i></p> <p>Adottare tecniche di comunicazione finalizzate a promuovere il cambiamento e le capacità di <i>self-care</i></p> <p>Agire capacità di mediazione e negoziazione con paziente, famiglia, professionisti e servizi/istituzioni</p>

DOMINI DI COMPETENZA	Promozione della salute e educazione	Assessment e presa di decisione	Presa in carico e coordinamento di percorsi	Comunicazione e relazione
CONTENUTI CORE	<p>L'evoluzione del concetto di salute e benessere, l'approccio "One Health".</p> <p>Determinanti della salute e stili di vita (includere health e digital literacy, life skills)</p> <p>Le disuguaglianze e i fattori di rischio per la salute.</p> <p>Azioni di sanità pubblica: prevenzione primaria, secondaria, terziaria e quaternaria</p> <p>Definizione termini sull'educazione e sulla promozione</p> <p>Il processo di cambiamento del comportamento</p> <p>Peculiarità del processo di apprendimento nel bambino, nell'adolescente, e nell'adulto</p> <p>Modelli e strumenti di progettazione educativa mirati al singolo, alla famiglia, gruppo e comunità (inclusa teoria su self-care/self-management) nei diversi</p>	<p>Lettura della comunità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analisi di dati demografici ed epidemiologici per identificare i bisogni di salute di una comunità - le reti formali ed informali di assistenza nel welfare <p>Mutamento della struttura e delle relazioni familiari nella società multiculturali.</p> <p>La famiglia come variabile epidemiologica: influenza sulla salute e sul comportamento dell'individuo</p> <p>Modelli di assessment e di intervento rivolti alla famiglia (es. Calgary Family Assessment and Intervention Model) Genogramma, ecomappa e diagramma delle relazioni.</p> <p>La visita domiciliare</p> <p>La valutazione dell'ambiente abitativo</p> <p>Assessment (esame obiettivo e semeiotica, scale di valutazione), gestione clinico-assistenziale e monitoraggio di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - problemi prioritari di salute - condizioni di fragilità e disabilità - disagio sociale e psichico <p>nelle diverse fasi di traiettoria e nelle diverse fasce d'età</p> <p>Strumenti di tele-monitoraggio e di tele-assistenza</p> <p>Metodologia dell'evidence-based practice applicata ai setting di cure primarie (in particolare focus su: banche dati e riviste di settore, interpretazione di revisioni sistematiche e applicazione delle raccomandazioni di linee guida nel processo decisionale)</p>	<p>Linee di indirizzo nazionali e regionali per la prevenzione e la gestione della cronicità</p> <p>Politiche sociali per l'inclusione</p> <p>Il ruolo delle risorse sociali e della comunità (es. empowerment di comunità, welfare generativo)</p> <p>Sistemi di stratificazione dei bisogni della popolazione basati sulla complessità assistenziale (es. modello ACG, Kaiser permanente)</p> <p>Modelli efficaci di presa in carico (es. care manager, team multidisciplinare, case management, ...)</p> <p>Strategie e strumenti per la pianificazione e la continuità assistenziale tra setting e servizi (Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, Piani di cura integrati, Piani di assistenza individualizzati, ...)</p> <p>Il domicilio come setting di cura: fornitura e gestione di presidi/ausili</p> <p>Strumenti di tele-monitoraggio e di tele-assistenza</p> <p>Stili di leadership clinica e modelli per la definizione del panel di pazienti</p> <p>Lavoro in team e pratica interprofessionale, lo sviluppo del lavoro di rete</p> <p>Conduzione di briefing/debriefing e</p>	<p>Tecniche comunicative nella relazione terapeutica</p> <p>Social media e rete internet come veicoli d'informazione (incluso come produrre post/news attraenti) e ambienti per creare reti e comunità (<i>Know- working and online community</i>)</p> <p>Approcci comunicativi mirati al cambiamento e alla valorizzazione delle potenzialità (counseling/coaching/intervista motivazionale)</p> <p>Gestione del conflitto</p>

	<p>setting di prevenzione e cura</p> <p>Modello “scuole che promuovono salute”</p> <p>Strumenti digitali per la promozione e l’educazione</p> <p>Il processo educativo</p> <p>Differenze culturali nell’interpretazione della vita e della cura</p>		<p>riunioni multidisciplinari</p>	
SKILL-LAB (LABORATORI)	<p>Definire obiettivi educativi</p> <p>Stendere un piano d’azione educativo</p> <p>Elaborare materiali informativi anche con sistemi digitali quali pittogrammi, pillcard, tutorial</p>	<p>Condurre un assessment avanzato dell’addome, torace, vascolare e neuromotorio</p> <p>Condurre un colloquio di assessment infermieristico centrato sulla famiglia integrando l’eco-genogramma e il diagramma delle relazioni</p> <p>Prendere decisioni a partire da risultati della ricerca quali studi primari, secondari e linee guida</p> <p>Comprendere il contesto socioculturale e relazionale allargato entro cui si muove la persona</p>	<p>Elaborare un report su interventi e risultati prodotti in termini di cambiamento e salute da diffondere a livello di istituzione e di cittadini</p>	<p>Condurre un colloquio finalizzato al cambiamento (es. colloquio motivazionale)</p> <p>Gestire un colloquio difficile con una persona arrabbiata e delusa</p>

ORIENTAMENTI PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DIDATTICHE

Si raccomanda di prediligere metodologie didattiche interattive quali esercitazioni in piccolo gruppo su casi, video, *role playing*, simulazioni, *journal club*, *project work*, ...

Si suggerisce inoltre di prevedere insegnamenti/moduli di almeno 6-8 ciascuno, per garantire continuità didattica e orientamento a sviluppare competenze/skills.

Per la valutazione certificativa delle competenze si suggerisce di orientarsi verso modalità simulate (es. OSCE).

ORIENTAMENTI PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI STAGE

Nella progettazione dei percorsi di stage si raccomanda di scegliere contesti che esponano lo studente a opportunità di osservare e sperimentare le competenze attese, indipendentemente dal modello organizzativo all'interno del quale è inserito il professionista che opera con le funzioni dell'infermiere di famiglia e di comunità.

Si suggerisce di prevedere 500 ore di stage, delle quali almeno 250 ore di esperienza sul campo, attivando un sistema di tutorato a supporto della rielaborazione dell'esperienza, sia in forma individuale che di gruppo.

Ciascuna sede formativa dovrebbe andarne alla ricerca sul proprio territorio dei contesti e delle esperienze più significative 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 (compatibilmente con le possibilità di spostamento) in paesi quali Spagna, Scozia, Slovenia o Portogallo, dove il tema dell'Infermieristica di famiglia e di comunità è presente da tempo.

Risulta auspicabile l'attivazione di esperienze di collaborazione e confronto tra le diverse sedi formative allo scopo di favorire la condivisione di esperienze significative.

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.

Riferimenti bibliografici da integrare

- Patto per la Salute per il triennio 2019-2021
- Position statement FNOPI 2021
- Progetto Enhace
- Accordo Stato – Regioni e Provincie Autonome IFeC 2020