



INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ: LINEE DI INDIRIZZO DELLA RETE DEI MASTER DELLE UNIVERSITÀ ITALIANE PER LA FORMAZIONE DELL'IFeC

Bozza 17 Maggio 2021

(evidenziate proposte: azzurro di Giulia; verde di Ginetto)

PREMESSA

Il presente documento è frutto di un percorso di collaborazione e confronto tra referenti delle Università italiane sede di Master in Infermieristica di Famiglia e Comunità, promosso da AIFeC (Associazione Italiana Infermieri di Famiglia e Comunità) e APRIRE (Associazione Assistenza Primaria In Rete - Salute a Km0) nell'ambito del progetto "Rete dei Master in Infermieristica di Famiglia e di Comunità". Tale documento intende fornire un orientamento per uniformare i percorsi post laurea per la formazione di Infermieri di famiglia e di comunità (IFeC) promuovendo lo sviluppo di competenze core irrinunciabili, anche nella prospettiva di un possibile futuro passaggio verso la laurea magistrale.

La redazione di linee di indirizzo condivise risponde infatti al bisogno di promuovere il riconoscimento, la valorizzazione e la diffusione della figura dell'IFeC in Italia, attraverso la denominazione dei corsi unificata, l'uniformità di programmi e contenuti e la condivisione di supporti didattico/formativi tra atenei.

A fronte dell'imminente bisogno di formare gli infermieri che operano a livello territoriale, richiesto dalle recenti direttive nazionali (1,2,3), è quanto mai prioritaria la definizione di un core curriculum che, partendo dalla definizione delle competenze attese al termine del percorso formativo, metta a fuoco i contenuti e le attività didattiche essenziali e irrinunciabili per il loro sviluppo.

INTRODUZIONE

Il recente *Position Statement* pubblicato da FNOPI (4) 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.

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 annoverano: la resistenza al cambiamento diffusa tra medici e operatori della salute, compresi gli stessi infermieri e, più in generale, nell'opinione pubblica, l'assenza di legislazioni che ne riconoscano l'ambito di applicazione, un sistema educativo in grado di fornire agli infermieri le competenze necessarie (5).

STRUTTURA DEL DOCUMENTO

All'interno di questo documento vengono presentate le competenze core (riprese dal *Position Statement*) 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 dell'Università del Piemonte orientale che nel 2019 hanno congiuntamente presentato il *Position Paper* sull'IFeC, di concerto con l'associazione AIFeC.

Le competenze core 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.

COMPETENZE CORE E CORE CURRICULUM

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

	Promozione della salute e educazione	Valutazione e presa di decisione	Presa in carico e coordinamento di percorsi	Comunicazione e relazione
COMPETENZE	<p>Analizzare l'impatto dei determinanti di salute presenti nella comunità e identificare le possibili azioni di promozione e prevenzione attivabili.</p> <p>Analizzare le life skill e bisogni socio-sanitari della famiglia e comunità in modo olistico utilizzando approcci, metodi e strumenti di valutazione diversificati e personalizzati</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 attraverso modelli di valutazione applicabili al contesto italiano</p> <p>Condurre una valutazione attraverso l'utilizzo di strumenti idonei al fine di intercettare precocemente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - condizioni di vulnerabilità e svantaggio - fragilità nelle varie fasi evolutive della vita - segnali di cambiamento dello stato di salute <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. Proposta di riformulazione Adattare i trattamenti dei pazienti sulla base di protocolli o PDTA condivisi per evitare riacutizzazioni</p> <p>Monitorare i risultati delle cure e fornire consulenza per il cambiamento del/dei comportamento/i di autocura</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>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 della persona e allo sviluppo delle competenze personali per prendere decisioni e migliorare il controllo della propria vita</p> <p>Utilizzare strategie di comunicazione, anche digitali, finalizzate a promuovere la partecipazione attiva</p> <p>Adottare tecniche di comunicazione finalizzate a promuovere il cambiamento e le capacità di auto-cura</p> <p>Agire capacità di mediazione e negoziazione con paziente, famiglia, professionisti e servizi/istituzioni</p>

		Valutare il grado di aderenza terapeutica attraverso indicatori e sistemi validati		
DOMINI DI COMPETENZA	Promozione della salute e educazione SSD attivabili: MED/45 MED/42 M-PSI/05/06/07 M-PED/02	Assessment e presa di decisione SSD attivabili: MED/45 MED/42 M-DEA/01 SPS/07/09 MED/25 MED/09 MED/38 MED/47	Presa in carico e coordinamento di percorsi SSD attivabili: MED/45 MED/42 SPS/07/09	Comunicazione e relazione SSD attivabili: MED/45 MED/42 M-PSI/05/06/07
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 alfabetizzazione sanitaria, alfabetizzazione digitale, abilità di vita)</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</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 multiculturale.</p> <p>La famiglia come variabile epidemiologica: influenza sulla salute e sul comportamento dell'individuo</p> <p>Modelli e strumenti di valutazione e di intervento centrati sulla famiglia</p> <p>La visita domiciliare</p> <p>La vista domiciliare e la valutazione dell'ambiente abitativo</p> <p>Valutazione infermieristica (esame obiettivo e semeiotica, scale di valutazione), gestione clinico-assistenziale e sorveglianza di: - problemi prioritari di salute condizioni di cronicità (compresi incidenti e traumi) - fragilità e disabilità - disagio sociale e psichico</p> <p>Infermieristica d'iniziativa per un sano inizio della vita con particolare attenzione ai primi 1000 giorni di vita e alla salute di genere</p>	<p>Linee di indirizzo nazionali e regionali per la prevenzione e la gestione della cronicità</p> <p>Struttura, funzionamento e meccanismi di integrazione delle cure primarie e della rete dei servizi territoriali</p> <p>Politiche sociali per l'inclusione</p> <p>Ruolo delle amministrazioni e degli enti locali nella messa in campo di iniziative di promozione della salute all'interno della comunità</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</p> <p>Modelli efficaci di presa in carico (es. care manager, team multidisciplinare,</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>Knotworking</i> e <i>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>La gestione del cambiamento (leadership e coaching) (Gestione del conflitto → è nel cambiamento)</p>

	<p>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, scuola (inclusa teorie su self-care/self-management) nei diversi 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>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>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 luogo di vita sana e di cura: fornitura e gestione di presidi/ausili</p> <p>Lavoro in team e pratica interprofessionale, lo sviluppo del lavoro di rete</p> <p>Conduzione di riunioni multidisciplinari</p>	
<p>SKILL-LAB (LABORATORI) (solo sul singolo?)</p>	<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 la valutazione dell'addome, del torace, del sistema vascolare e neuromotorio</p> <p>Condurre un colloquio infermieristico centrato sulla famiglia</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>Discussione di casi clinici, definendo la rete dei servizi territoriali attivabili a partire dai bisogni dell'assistito/famiglia/comunità</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. Ministero della salute (2020). Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025.
 2. Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (2020) “LINEE DI INDIRIZZO INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITÀ ex L. 17 luglio 2020 n. 77”.
 3. Ministero della Salute (2019). Patto per la salute 2019-2021.
 4. Federazione dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche (2020). POSITION STATEMENT L’INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ.
 5. 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.
- Documento PROMIS sull’IFeC in pubblicazione il 30 aprile 2021

ULTERIORI FONTI BIBLIOGRAFICHE DI RIFERIMENTO

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.

IL PRESENTE DOCUMENTO È STATO REDATTO COLLABORATIVAMENTE DA:

(accoderemo, in ordine alfabetico per cognome e riportandone l’affiliazione, quelle persone, tra le circa 50 raggiunte dalle successive comunicazioni e-mail, che manifesteranno l’interesse-disponibilità a comparire):

-
-
-