

10. L'infermiere di Famiglia e di Comunità e l'équipe territoriale multiprofessionale

Paola Arcadi

La premessa concettuale (dal pensiero al gesto)

“La salute del futuro deve rivolgere uno sguardo al passato”. Mentre mi dico queste parole, il mio pensiero va al signor Mario.

Mario ha 82 anni e vive solo in una casa di ringhiera della vecchia Milano. Ha vissuto un'intera vita in fabbrica, e gli ultimi anni ha dovuto rallentare molto la sua attività lavorativa a causa delle limitazioni date dal morbo di Parkinson che lo ha colpito sulla soglia della pensione. I tremori, che progressivamente si manifestano con maggior intensità, limitano la sua autonomia e richiedono di assumere farmaci specifici, che - uniti a quelli dell'ipertensione e del diabete - costituiscono un appuntamento fisso delle sue giornate. Ogni settimana l'infermiere di famiglia e di comunità lo chiama per sapere come sta, e periodicamente si reca al suo domicilio per valutare con lui e l'assistente familiare che lo aiuta nelle faccende domestiche se ci sono dubbi sulle terapie, se l'alimentazione richiede di essere modificata, se le attività di vita quotidiana sono gestite in modo soddisfacente, e se le attività di incontro al circolo di lettura procedono bene.

Mario è contento per la ristrutturazione del bagno di casa effettuata dal Comune, perché gli consente di poter utilizzare la vasca da bagno agevolmente, e aspetta l'arrivo della carrozzina elettrica con cui può muoversi fuori casa nel quartiere nel quale sono stati creati percorsi di viabilità protetta, che gli consentono di raggiungere il supermercato per fare la spesa e le visite agli amici vicini.

Mentre immagino Mario con la sua carrozzina, mi dico che forse sto raccontando un sogno.

È il sogno di un paese che nutre la cura nei luoghi di vita delle

persone, partendo dall'idea di una salute concepita come benessere individuale e in cui il sistema sanitario diventa uno dei tanti attori che la promuovono, non il protagonista assoluto.

Nella salute del futuro immagino una comunità nella quale il singolo individuo si sente parte integrante, nella quale la prossimità diventa solidarietà, nella quale i professionisti della salute intercettano i bisogni di salute ancor prima che questi si manifestino, e nella quale ogni individuo viene messo nelle condizioni di prendersi cura del proprio star bene.

Sentirsi sani anche in presenza di condizioni cliniche etichettate come "malattia", in un mondo popolato sempre più da chi questo mondo lo ha costruito con l'esperienza lunga un'intera vita, è il sogno da realizzare per le generazioni presenti e future".

L'incipit di questo capitolo, in cui narro a una giornalista un sogno immaginario (1), racchiude la sintesi della funzione dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) nel tessuto delle cure di prossimità così tanto auspiccate nella loro realizzazione e dibattute negli ultimi anni.

La cura, negli orientamenti teorici dell'infermieristica, si sposta dalla valutazione oggettiva del fenomeno "malattia", all'assumere come problema centrale della sfera professionale di competenze - e, dunque, come elemento fondativo della pratica clinica - non tanto la malattia, quanto le sue conseguenze di tipo bio-psico-sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona. Possiamo incontrare pazienti con la medesima etichetta diagnostica (*disease*), ma con conseguenze della condizione clinica prodotte sul vivere quotidiano completamente differenti, che richiedono interventi diversificati, e che altresì caratterizzano vissuti ed esperienze di malattia (*illness*) peculiari per ciascuno di essi.

Colliere, riprendendo un pensiero di Ildegarda di Bindgen, afferma infatti "quando dico a qualcuno di "prendersi cura" delle mie piante nel momento in cui vado in vacanza, costui non penserà neanche lontanamente che "curare" le mie piante significa somministrare loro delle medicine. Bisogna provvedere a tutto ciò che è indispensabile alle mie piante perché sopravvivano, e questo in funzione delle loro abitudini di vita. Esse hanno tutte bisogno di bere, ma qualcu-

na in modo diverso. Lo stesso vale per la luce, il calore, le correnti d'aria”(2).

Curare si dispiega così in una serie di interventi, autonomi e complementari, aventi il fine ultimo di contribuire al miglioramento dello stato di salute delle persone e che rappresentano l'espressione delle dimensioni che costituiscono la natura dell'assistenza infermieristica: tecnica, relazionale ed educativa.

L'infermieristica da sempre considera l'uomo quale portatore di bisogni di cura le cui risposte non dipendono da interventi prettamente sanitari, poiché il concetto stesso di salute contempla dimensioni che esulano dall'ambito di azione della medicina.

In uno studio qualitativo effettuato da Accademia Scienze Infermieristiche volto ad indagare la concezione di salute dei cittadini di Regione Lombardia (3), i risultati emersi hanno infatti confermato l'assunto sopracitato. La salute, per i cittadini intervistati, è, anzitutto, un'esperienza profondamente soggettiva, tanto da renderne complesso il tentativo di categorizzazione: a ciascun individuo corrisponde un differente progetto influenzato da giudizi e valori esistenziali. Salute è sì buon funzionamento dell'organismo e risponde ad una norma di efficienza, ma ad un livello di concettualizzazione più complesso, a causa delle fragilità relazionali e sociali che caratterizzano il tempo presente e in particolare accompagnano gli anziani, sani o con malattie croniche più o meno controllate, i cittadini attestano il valore della salute come adattamento e capacità di svolgere i compiti della vita quotidiana senza ricorrere alla dipendenza da altri. Emerge inoltre una nuova percezione del rapporto con i professionisti sanitari e i servizi in cui operano. L'ospedale, struttura fondamentale del sistema sanitario che ha accompagnato in questi ultimi decenni la nostra esperienza di cittadini e professionisti e che ancora oggi mantiene un ruolo centrale nell'immaginario collettivo, viene oggi riconfigurato nell'articolazione delle strutture territoriali e dei servizi alla salute individuali e di famiglia, meglio rispondenti a una cura della salute e delle malattie che si richiami a comportamenti proattivi e stili di vita orientati al benessere, a impegni di riabilitazione e prevenzione. Vi è poi la consapevolezza della salute come fattore incisivo nella

realizzazione di sé nel rapporto con gli altri, anche di tipo affettivo. Stare in salute significa stare bene da soli e con gli altri e, pertanto, la salute è anche stato d'animo, sentire esistenziale.

La salute è infine connessa alle più generali condizioni ambientali, sociali ed economiche del contesto in cui viviamo. In questo ambiente, ricorrono nelle concezioni di salute dei cittadini le idee di equilibrio e armonia, di buon uso delle risorse - proprie e collettive - per il mantenimento e la promozione della salute stessa in un dato momento e in un dato contesto, richiamando - in tal modo - la visione di salute di Slow Medicine (4).

Aver chiaro questo quadro è un buon punto di partenza per la progettazione di interventi di promozione, cura e mantenimento della salute dei singoli e delle comunità, poiché tiene conto della complessità del costruito, soprattutto in uno scenario in cui la convivenza con condizioni di malattia croniche e la non guaribilità secondo il modello riparativo che ha dominato la scena medica da secoli, rappresentano il vero tassello su cui investire le competenze e i modelli organizzativi dei sistemi sanitari.

L'infermiere di famiglia e di comunità e la rete di competenze

In risposta agli obiettivi del Documento Salute 21 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si sono sviluppati percorsi di formazione di nuove figure infermieristiche, tra cui quella dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC). Caratteristica di questa figura è l'interesse verso l'individuo, la famiglia, la comunità e la casa come ambiente in cui i membri della famiglia possono farsi carico dei problemi di salute (5-6).

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica (6).

Agisce le competenze nella 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 (7).

L'intervento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si esprime a:

- Livello individuale e familiare attraverso interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento. Favorisce la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace non solo di garantire prestazioni che può comunque erogare specie se complesse, ma anche di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi, con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita, del quale diventano protagonisti portando alla luce i potenziali di cura dei singoli e delle famiglie.
- Livello comunitario attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato (8).

L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità. L'IFeC non è solo un erogatore di *care*, ma attivatore di potenziali di *care*, che insistono in modo latente nella comunità e che portati alla luce sprigionano una serie di beni cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. L'IFeC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute (6-8).

Il fulcro dell'attività dell'IFeC, in continuità con quanto descritto nelle premesse a questo paragrafo, è dunque quello di mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita, responsabilizzare le persone sugli stili di vita, coinvolgendole attivamente nella gestione della propria condizione di salute (self-care). La promozione dell'autocura, a diversi livelli, dovrebbe infatti rappresentare il principale investimento (anche economico) di un sistema sanitario che ha compre-

so che la realizzazione della salute delle persone è nelle proprie case, con le proprie risorse, in una modalità di intervento proattivo e che necessita di figure professionali che fungano da tessuto connettivo nello scenario di competenze diversificate necessarie per sostenere l'impatto della cura.

La questione delle competenze è infatti cruciale nella decisionalità sulle cure di comunità. Se, infatti, la salute è un caleidoscopio di significati differenti, anche la sua promozione e il suo mantenimento chiamano in causa attori differenti che devono confluire in un'immagine unica. Come ci ricorda Bonaldi, infatti, "La maggior parte dei problemi sono multidimensionali, carichi di valori, ambigui, instabili, aperti e non risolvibili una volta per sempre. Occorre imparare a riconoscere le opposte dimensioni che coesistono nei sistemi complessi per coglierne limiti e potenzialità (...) Il rispetto delle competenze degli altri crea un legame potente ed è parte integrante di un efficace coordinamento dei lavori altamente interdipendenti"(9).

Affinché ci sia interdipendenza, è necessaria una trama che tenga insieme il patrimonio di competenze, talune specifiche, talune molto spesso più sfumate.

Gli infermieri, per formazione, per storia, per capacità di visione allargata, si propongono a pieno titolo per fungere da tessuto connettivo per la tenuta del sistema di competenze di cui tanto si sta dibattendo.

L'attualità, tra norme e sviluppi concreti

Il Patto per la salute 2019-2021 stabilisce che, al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali, vengano definite linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, favorendo l'integrazione con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone.

Nel momento in cui scrivo sono già molti i documenti di indirizzo dell'Infermieristica di Famiglia e Comunità, in particolar modo la Legge 77/2020 (l'ex "decreto rilancio"), e le linee di indirizzo della

Conferenza Stato Regioni del 17/09/2020 che ne traggano origine (10-11). Tuttavia la missione 6 (e 5 per gli aspetti sociali) del PNRR sta già modificando l'assetto futuro, che con l'importante contributo dell'AGENAS, vedrà nascere il tanto atteso e denominato in gergo "DM 71" sugli standard territoriali. Sintetizzando, l'IFeC è inserito all'interno dei servizi/strutture distrettuali e garantisce la sua presenza coerentemente con l'organizzazione regionale e territoriale (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, domicilio, sedi ambulatoriali, sedi e articolazioni dei Comuni, luoghi di vita e socialità locale ove sia possibile agire interventi educativi, di prevenzione, cura e assistenza). Agisce nell'ambito delle strategie delle Aziende Sanitarie e dell'articolazione aziendale a cui afferisce, opera in stretta sinergia con la Medicina Generale, il Servizio sociale e i tutti professionisti coinvolti nei setting di riferimento in una logica di riconoscimento delle specifiche autonomie ed ambiti professionali e di interrelazione ed integrazione multiprofessionale.

L'IFeC, presente nel territorio con continuità, è di riferimento per tutta la popolazione (ad es. per soggetti anziani, per pazienti cronici, per istituti scolastici ed educativi che seguono bambini e adolescenti, per le strutture residenziali non autosufficienti, ecc...); tuttavia dato che la fragilità oggi è considerata la condizione da identificare precocemente nel modello di stratificazione del bisogno, da supportare con interventi diversificati a favore della persona e delle risorse del contesto abituale di vita e che tale condizione vincola a prevedere modalità e livelli diversi di intervento coerenti con l'intensità e le caratteristiche del bisogno, è opportuno concentrare il focus dell'IFeC su tale target identificato attraverso l'analisi dei dati epidemiologici e sociodemografici. Viste le caratteristiche epidemiologiche e il profilo demografico nazionale, la fascia di popolazione anziana con patologie croniche, risulta dunque essere un target preferenziale(10-11).

Inoltre in particolari condizioni epidemiologiche, quale quella da COVID-19 attuale, il suo intervento può essere orientato alla gestione di un target di popolazione specifica, ad es. per il tracciamento e monitoraggio dei casi di COVID-19 e nelle campagne vaccinali (10-11).

A tal proposito, è d'obbligo dire che gli infermieri, in questo scenario pandemico, sono stati davvero (e sono tutt'ora) gli operatori

della prossimità, capaci di arrivare ovunque, di modellare le proprie competenze al servizio dei pazienti ricoverati, in ogni setting di cura, e protagonisti di questa campagna vaccinale con spirito di servizio ineguagliabile.

La Presidente FNOPI Barbara Mangiacavalli, di cui riporto integralmente le parole spese in un recente intervento in tema di PNRR, sintetizza con estrema puntualità il valore dell'infermieristica di famiglia e di comunità in questo tempo di scelte:

«Gli infermieri conoscono e agiscono sul territorio, sono stati quelli che insieme ad altri professionisti, sono andati nelle case delle persone durante la pandemia. Abbiamo avuto l'ennesima conferma delle situazioni di fragilità, di mancata assistenza, di solitudine e isolamento, e come facciamo da anni ci siamo spesi per garantire il possibile nel prenderci carico della salute dei nostri assistiti e per questo siamo in pole position per il ruolo di team leader nel disegno del PNRR. Lo rivendichiamo nel contenuto e non nel contenitore: non se ne può più di sentir parlare di 'contenitori' e di leggere articoli in cui si discute se si deve chiamare in un modo piuttosto che in un altro o in cui ci si riferisce ancora a questioni ormai inesistenti di gerarchia. Spero che la forza del PNRR sia quella di rivedere e innovare modelli, spero che la forza stia nel non ragionare più di contenitori e gerarchie. Si raccomanda l'équipe multiprofessionale in cui deve esserci un team leader che rappresenta la professione che risponde al bisogno prioritario trovato in quella famiglia, in quella comunità, in quel singolo. Allora costruiamo il team leader sul bisogno prevalente che sia sanitario, sociale, sociosanitario, socioassistenziale: i meccanismi di lavoro non possono essere gerarchizzati secondo modelli precostituiti, ma deve esserci un adattamento reciproco, non la standardizzazione delle competenze, ma la standardizzazione della formazione. Questa è una vera équipe multiprofessionale e questa è l'organizzazione che ci aspettiamo dalle Regioni. Gli infermieri saranno al fianco di coloro che vogliono costruire davvero il nuovo modello, ma con altrettanta forza respingeranno ogni ipotesi di rimanere ancorati a vecchi schemi precostituiti».

La sfida della sanità del futuro deve essere quella di dare vigore ai servizi esistenti rivolti alla diagnosi, alla cura e alla prevenzione delle

malattie e, contemporaneamente, pensare allo sviluppo di nuove offerte che promuovano il paradigma salute in cooperazione con altri settori pubblici che permettano di soddisfare a pieno le esigenze dei cittadini. Se alcuni elementi che condizionano la salute dipendono da ambiti diversi da quelli della medicina è infine necessario raggiungere una visione d'insieme di tutti coloro che hanno responsabilità in tale campo. Infermieri inclusi.

Bibliografia

1. Arcadi P., Per stare meglio, in: Le 100 idee - L'anno che verrà, D-Repubblica, 2021
2. Collière M.F., Aiutare a vivere: dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica, Edizioni Sorbona, Milano, 1992
3. Botter C., Nobile S., Arcadi P., Bonetti L., Bonfadini S., Demarchi A., Fortunato A., Motta P.C., Pasqua D., Perri M., Salvini L., Todisco A., Sappa B., Cos'è la salute per te? Studio qualitativo sul significato di salute percepito dai cittadini, *L'infermiere*, 2019, n°5
4. Gruppo Dirigente Slow Medicine, La visione di Slow Medicine, 2021, disponibile da: <https://www.slowmedicine.it/slow/wp-content/uploads/2021/06/27-maggio-2021-La-visione-di-Slow-Medicine.pdf> [consultato il 14/08/2021]
5. World Health Organization Europe. The family health nurse-context, conceptual framework and curriculum. 2000;(January 2000):54.
6. Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche, Position Statement L'infermiere di Famiglia e di Comunità, disponibile da <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position-Statement-FNOPI-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunit%C3%A0.pdf> [consultato il 14/08/2021]
7. Organizzazione Mondiale della Sanità, Dichiarazione di Alma Ata, 1978.
8. Pellizzari M., L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi, Mc Graw Hill, Milano, 2008
9. Bonaldi A., L'ABC della complessità. Festival della complessità, Tarquinia, 2011
10. Legge 17 luglio 2020, n°77, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Disponibile da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/07/18/20G00095/sg> [consultato il 14/08/2021]
11. Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Infermiere di famiglia e di comunità Linee di indirizzo, disponibile da: <http://www.regioni.it/newsletter/n-3909/del-17-09-2020/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-linee-di-indirizzo-21653/> [consultato il 14/08/2021]