



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**Infermieristica di famiglia e di  
comunità: confronto tra realtà italiana e  
quella del Regno Unito**

Relatore:

**Dott. Moreno Cameruccio**

Tesi di Laurea di:

**Alessio Censori**

Correlatore:

**Dott. Marco Romitelli**

A.A. 2018/2019

## INDICE

-	Introduzione.....	4-5
-	<b>Capitolo 1:</b> Quadro epidemiologico attuale e importanza delle cure primarie.....	6-9
-	<b>Capitolo 2:</b> L'infermiere di famiglia e di comunità.....	9-10
	2.1: Prospettive dell'OMS.....	10-11
	2.2: Ruolo dell'infermiere di famiglia: la presa in carico.....	11-15
	2.3: Lo scenario italiano.....	15-17
-	<b>Capitolo 3:</b> La formazione italiana dell'infermiere di famiglia e comunità.....	17-18
	3.1: Corso formativo e curriculum secondo l'OMS.....	18-20
	3.2: Master di I livello.....	20-22
-	<b>Capitolo 4:</b> La famiglia e le competenze specifiche.....	22
	4.1: Le competenze acquisite.....	23-24
	4.2: Il processo assistenziale nell'infermieristica di famiglia.....	24-28
-	<b>Capitolo 5:</b> L'infermieristica nella sanità del Regno Unito.....	28
	5.1: Scenario epidemiologico.....	28-30
	5.2: L'infermiere del Regno Unito.....	30-32
	5.3: Sviluppo del ruolo infermieristico con competenze avanzate.....	32-33
-	<b>Capitolo 6:</b> Advanced Practice Nurse.....	33-35
	6.1: Formazione dell'infermiere con competenze avanzate nel Regno Unito.....	35-36
	6.2: Problematiche attuali sul ruolo dell'infermiere con competenze avanzate.....	36-37
-	<b>Capitolo 7:</b> La salute della famiglia: la prospettiva scozzese.....	37
	7.1: Sfide per la salute globale.....	37-38
	7.2: Infermieristica di comunità in Scozia.....	39-40
-	<b>Capitolo 8:</b> Il Nursing Family Health.....	40-42

8.1: La formazione per lo sviluppo del Family Health Nurse.....	42-43
8.2: Laurea Magistrale: Salute della Famiglia.....	43-44
- Conclusioni .....	44-46
- Bibliografia e sitografia di riferimento.....	47-48

## **Introduzione**

Il seguente studio compilativo si basa sull'analisi dell'infermieristica di famiglia e comunità all'interno del contesto italiano e quello del Regno Unito. Vengono analizzate le motivazioni che hanno portato allo sviluppo di questa specializzazione, il tipo di formazione e le competenze specifiche acquisite, tenendo conto delle modificazioni dei bisogni di salute nelle due realtà.

Il fattore stimolante che mi ha suscitato l'interesse nell'approfondire tale tematica, risiede sicuramente all'interno delle mie esperienze di tirocinio formativo, specialmente quella affrontata all'interno dell'unità di pronto soccorso e all'interno delle cure domiciliari integrate. Durante la mia esperienza ho riconosciuto l'importanza che potrebbe avere la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, sia nel ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso ma anche per una migliore presa in carico della persona e della comunità, mirata alla prevenzione e alla promozione della salute.

Lo scopo di questa tesi è quello di fornire informazioni su questa figura infermieristica ancora poco conosciuta e poco sviluppata, attraverso una descrizione delle esperienze italiane e quelle vissute all'interno del Regno Unito per far fronte alle nuove esigenze sanitarie. L'elaborato, in questo modo, mira a specificare il ruolo fondamentale che ricopre l'infermiere di famiglia e comunità.

La tesi è articolata sostanzialmente in due parti: nei primi cinque capitoli vengono riportati i dati e le informazioni che riguardano la nostra realtà italiana, ovvero, l'attuale scenario epidemiologico, la definizione di infermieristica di famiglia e comunità, la presa in carico della famiglia, le esperienze in alcune regioni italiane e in fine le competenze e la formazione specifica. Nella seconda parte invece, nei restanti quattro capitoli, viene descritta l'importanza che ricopre l'infermiere con competenze avanzate all'interno del Regno Unito e come esercita le sue funzioni nel sistema sanitario inglese, per poi passare alla descrizione del progetto Nursing Health Family all'interno del contesto scozzese.

Grazie a questo lavoro di ricerca bibliografica e sitografica è stato possibile valutare e mettere a confronto le due realtà esaminate al fine di trarre delle considerazioni descritte nelle conclusioni della tesi.

## **Capitolo 1: L'attuale quadro epidemiologico e l'importanza delle cure primarie**

“Non è un paese per vecchi”... dicevano i fratelli Coen nel 2007. Evidentemente questo sottotitolo non si addice all'attuale condizione della Sanità italiana, nella quale fragilità, non autosufficienza e cronicità sono divenuti elementi della vita quotidiana di ogni operatore sanitario, a qualsiasi livello. “Sarà sempre più un paese per vecchi” quindi, potremmo intitolare il nostro “film”, in previsione del fatto che la popolazione anziana, che rappresenta la fascia di età maggiormente a rischio di cronicità, pari al 19,8% della popolazione residente nel 2006, arriverà al 23,2% nel 2020, affermandosi a oltre il 33% nel 2050 (Fioravanti L, Spadonaro F, 2007).

Negli ultimi decenni in Italia e in molti paesi del mondo sono in corso modificazioni sostanziali che riguardano gli andamenti demografici ed epidemiologici con ricadute importanti sulla definizione dei bisogni di salute di individui e popolazione. In particolare stiamo assistendo ad una costante diminuzione della natalità: dal 1950 ad oggi, ad esempio, il numero atteso di figli per ogni donna nel corso della vita è sceso da sei a tre. Ciò si associa ad una diminuzione della mortalità generale, dovuta ai progressi raggiunti in ambito sanitario, tra cui il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e interventi di Sanità Pubblica sempre più ampi, mirati ed efficaci, che hanno permesso di ridurre in maniera rilevante sia la mortalità infantile che quella in età adulta. Un ruolo fondamentale in questa transizione epidemiologica è stato svolto dal maggior controllo ottenuto nei confronti delle malattie infettive e dall'affinamento delle misure preventive nei confronti delle stesse. Tra le implicazioni più importanti di queste trasformazioni vi è il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento sia dell'incidenza, sia della prevalenza, delle patologie croniche dette anche “non trasmissibili”. Secondo le proiezioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il numero totale annuo di decessi per malattie croniche aumenterà fino a 55 milioni entro il 2030. In Europa, nel 2005, le malattie croniche hanno causato 115,34 milioni di decessi. Il primato di questa perdita spetta alle malattie

cardiovascolari (34,42 milioni), seguite dalle malattie neuropsichiatriche (29,37 milioni) e dai tumori (17,03 milioni). La situazione non differisce in Italia: secondo dati ISTAT, il 38,6% dei residenti dichiara di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche. Tali fenomeni, associati alla riduzione della mortalità generale da patologie infettive, modificano profondamente i bisogni di salute della popolazione cui il sistema sanitario è chiamato a far fronte.

Come già accennato ad inizio capitolo stiamo assistendo ad un progressivo invecchiamento della popolazione. Prendendo in considerazione le patologie croniche, si distinguono problemi di salute che richiedono una gestione dell'assistenza continuativa per un periodo che può andare da anni ad interi decenni. La lunga durata nel tempo di condizioni di cronicità ha determinato un aumento della prevalenza di condizioni di poli-patologia o multi-cronicità. Con multicronicità ci si riferisce sia ad individui in cui due o più malattie coesistono in maniera indipendente l'una dall'altra (ad esempio pazienti con diabete, cancro e morbo di Alzheimer), sia ad individui con una malattia indice che ha determinato l'insorgere di altre condizioni secondarie (comorbidità), che alla contemporanea presenza di una patologia cronica e di almeno un fattore di rischio. La polipatologia va quindi ad inquadrare una nuova sindrome che caratterizza quei pazienti che presentano notevole complessità clinica, importante vulnerabilità, fragilità e alta mortalità e che comporta un importante consumo di risorse a livello di assistenza primaria e ospedaliera, sottolineando la necessità di un approccio assistenziale sempre più integrato e coordinato tra i vari livelli. L'incremento di tali patologie e la necessità di adeguarsi a modalità assistenziali specifiche, ha permesso di evidenziare carenze in quei sistemi sanitari più incentrati sul trattamento delle malattie acute e pertanto inadeguati alla gestione delle cronicità.

Vi è una profonda differenza tra una patologia acuta e una cronica e di conseguenza tra le risorse e le competenze che servono per assistere i pazienti nel miglior modo possibile. La patologia acuta,

tipicamente di natura episodica, è caratterizzata da esordio improvviso e durata limitata, frequentemente con eziologia univoca, necessità di diagnosi e prognosi tempestive e trattamento disponibile nella quasi totalità dei casi. D'altro canto la patologia cronica presenta invece insorgenza solitamente graduale, con causa non sempre identificabile univocamente e tempestivamente, vista la multifattorialità dell'eziologia. Di conseguenza, anche il trattamento deve essere definito, valutato e monitorato nel tempo e in maniera personalizzata. Essendo il trattamento duraturo e personalizzato, il rapporto tra paziente e professionista della salute (medico e/o altre figure professionali) gioca un ruolo preponderante. Il paziente acquisisce un ruolo chiave sia nella prevenzione della condizione morbosa che nel controllo dei rischi di eventuali complicanze o nello sviluppo di strategie che gli permettano di poter mantenere una buona qualità di vita. Per la realizzazione di quanto appena descritto risultano necessari e frequenti i contatti tra paziente e operatore sanitario garante dell'assistenza al fine di organizzare il trattamento sulla base della condizione di salute specifica. E' evidente dunque come questa trasformazione dei bisogni abbia portato i sistemi sanitari a rivoluzionarsi, infatti, l'assistenza non può più essere orientata esclusivamente in regime di acuzie ed erogata quasi nella totalità dei casi in strutture prettamente ospedaliere, ma c'è bisogno di un'assistenza che risponda sempre di più a quei bisogni complessi primari e di lungo periodo. Specifiche modalità di intervento dovrebbero volgere al superamento dell'ospedale come fulcro dell'assistenza sanitaria, in favore del rafforzamento del servizio territoriale quale setting di riferimento per l'assistenza a pazienti affetti da patologie croniche, i quali presentano frequentemente anche necessità di tipo socio-sanitario e socio-assistenziale.

Da quanto sopra esposto emerge la necessità di affrontare sia la cronicità che la non autosufficienza, sempre meno attraverso un dispendioso e frammentato approccio prestazionale, che lascia spesso individui e famiglie sole nel ricorso a dei servizi che tendono inevitabilmente a crescere nei volumi e a manifestare sempre maggiori



livelli di inappropriata. Ciò accade quando c'è una mancata funzione di tutela e di prevenzione che miri ad intercettare precocemente le persone con necessità sanitarie di lungo periodo e a seguirle in maniera coordinata nella rete dei servizi attraverso definiti percorsi assistenziali, responsabilizzando assistiti e/o caregiver con interventi educazionali volti a migliorare gli stili di vita e/o la compliance farmacologica e/o il follow-up. Si ritiene per tanto necessario sviluppare una evoluta e sostenibile presa in carico dei propri assistiti, che si esplica attraverso dei servizi di identificazione del bisogno, garanzia di accesso e continuità assistenziale da parte del Sistema sanitario nazionale (SSN), attraverso la definizione di programmi di comunità per soggetti ancora in buona salute, affinché la mantengano e per le popolazioni con bisogni di assistenza di medio-lunga durata, superando la visione ospedale-centrica, per arrivare ad un sistema territoriale-centrico basato su una presa in carico totale e individualizzata.

## **Capitolo 2: L'infermiere di famiglia e di comunità**

“Secondo me la missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua (...) intravedo la sparizione di tutti gli ospedali e di tutti gli ospizi (...) ma a che cosa serve parlare ora dell'anno 2000? (Florence Nightingale, Pasqua 1889)

Già nel 1800 Florence Nightingale introdusse il concetto di una assistenza sanitaria orientata esclusivamente al domicilio del malato, al fine di garantire una ripresa più rapida, in cui l'ambiente di vita quotidiano e la famiglia possano giocare un ruolo fondamentale per la salute. Come già riportato nel precedente capitolo, negli ultimi decenni si è assistito ad un incremento della aspettativa di vita con un conseguente incremento delle patologie croniche e degenerative, unito al configurarsi di una società sempre più multirazziale che si può tradurre con un mutamento dei bisogni socio-assistenziali. Per far fronte alle riforme sanitarie, che hanno portato a nuovi modelli di rimborso, e ad un utilizzo di risorse sempre più efficace ed efficiente, si sta riscontrando nel sistema sanitario una diminuzione progressiva

della degenza media con conseguente dimissione precoce, ciò ha portato a delineare una figura professionale che riesca ad inserirsi all'interno della comunità con flessibilità e competenza, in grado di stabilire relazioni professionali e di qualità con gli individui che ne fanno parte. In questo quadro l'infermiere di famiglia e di comunità rappresenta quel ponte di collegamento tra le strutture sanitarie e l'assistenza sul territorio, nella comunità e all'interno del contesto famiglia.

## **2.1 Prospettive dell'OMS**

Per quanto risulti importante una tale figura poliedrica come quella dell'infermiere di famiglia e comunità, all'interno della nostra realtà italiana, con un determinato quadro epidemiologico, sociale e sanitario non è ancora stata percepita in tutta la sua totalità e potenzialità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2000, attraverso il documento 'The family health nurse – Context, conceptual framework and curriculum' introdusse l'infermiere di famiglia, che viene designato come quell'operatore sanitario che avrà un ruolo chiave all'interno di un team multidisciplinare di professionisti sanitari e avente un percorso formativo (curriculum) che preparerà infermieri qualificati ed esperti a questo nuovo ruolo. Il curriculum pone l'accento sull'integrazione della teoria e della pratica in cui prevalgono l'insegnamento, l'apprendimento e la valutazione di strategie che si basano su principi andragogici della teoria dell'educazione degli adulti, in cui si utilizzerà una varietà di metodi al fine anche di capire l'importanza del ruolo della famiglia.

Questa nuova figura infermieristica fu delineata per il raggiungimento dei 21 obiettivi per il ventunesimo secolo preposti dall'OMS Europa nel 1998 attraverso il documento 'Health 21'. Tale documento nacque con il fine di fornire un quadro di riferimento in tema di politiche e strategie sanitarie ai cinquantuno stati membri del Comitato Regionale OMS Europa con i principali obiettivi di prevenzione e protezione della salute delle persone durante l'intero arco della vita e quello di ridurre l'incidenza delle malattie e delle

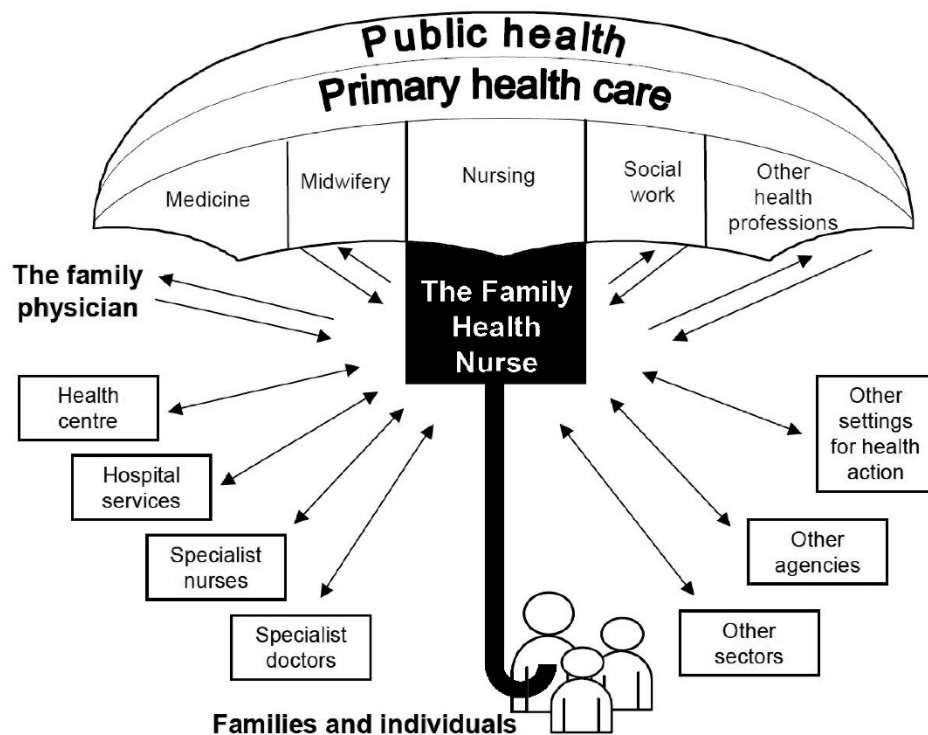
lesioni principali e il sollievo dalle sofferenze che esse causano. Tra i ventuno obiettivi di Health21 viene preso in considerazione il numero 18 del documento politico che tratta dello sviluppo delle risorse umane per la salute e recita: “Entro l’anno 2000, tutti gli Stati membri dovranno garantire che i professionisti della sanità ed i professionisti di altri settori abbiano acquisito conoscenze, atteggiamenti e capacità adeguate a proteggere e promuovere la salute”. All’interno dell’equipe vengono segnalate due figure di fondamentale importanza per l’erogazione dell’assistenza ed il raggiungimento degli obiettivi politici, ovvero il ruolo delle professioni medica e infermieristica. Vengono fatti riferimenti specifici alle qualifiche dei medici e degli infermieri che lavorano in ambito di comunità e che sono definiti “il perno della rete di servizi” (OMS, 1998). Si evidenziano i ruoli chiave del medico e dell’infermiere di famiglia e la necessità di formarli ed addestrarli in modo da garantire che acquisiscano le necessarie conoscenze e capacità di base.

## **2.2 Ruolo dell’infermiere di famiglia, presa in carico dell’assistito e del nucleo familiare**

L’infermiere di famiglia: “aiuterà gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie. Tali infermieri danno consigli riguardo gli stili di vita ed i fattori comportamentali di rischio ed assistono le famiglie in materia di salute. Attraverso la diagnosi precoce, possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere. Con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali e delle altre agenzie sociali, sono in grado di identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia e di indirizzarla alle strutture più adatte. Possono facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia ed il medico di base, sostituendosi a quest’ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico” (OMS 1998, Health21, p.139).

Il Consigliere Regionale per l'infermieristica e l'ostetricia della Regione europea OMS, parlando al Forum delle Associazioni Nazionali Infermieristiche ed Ostetriche, dichiarò che: "l'infermiere di famiglia ha un ruolo durante tutto il percorso assistenziale, compresa la promozione della salute, la prevenzione della malattia, la riabilitazione e l'assistenza ai malati ed ai morenti". L'infermiere di famiglia giocherà inoltre un ruolo preponderante all'interno delle comunità per incrementarne le risorse ed i potenziali e perché queste riescano a trovare soluzioni proprie ai loro problemi. Health21 puntualizza inoltre: "La famiglia (ambiente domestico) è l'unità di base della società dove chi si occupa dell'assistenza è in grado non soltanto di indirizzare le lamentele fisiche somatiche ma anche di tenere nel dovuto conto gli aspetti psicologici e sociali delle loro condizioni. Per chi offre assistenza primaria è importante conoscere la situazione in cui vivono i pazienti: la casa, la famiglia, il lavoro, l'ambiente fisico e sociale possono avere un peso considerevole sulle loro malattie. Se gli operatori non sono consapevoli di questi fattori, alcuni sintomi insorgenti possono venire interpretati in maniera non corretta ed i problemi non riconosciuti non vengono curati. Ne possono risultare procedure di diagnosi e cura non necessarie che aumentano i costi senza contribuire ad indirizzare i problemi reali". E' previsto inoltre che l'infermiere di famiglia abbia in carico un numero predefinito di "famiglie".

Il ruolo dell'infermiere di famiglia può essere raffigurato e descritto brevemente attraverso la figura 1, sotto "l'ombrello" della salute pubblica e dell'assistenza primaria all'interno del contesto sanitario.

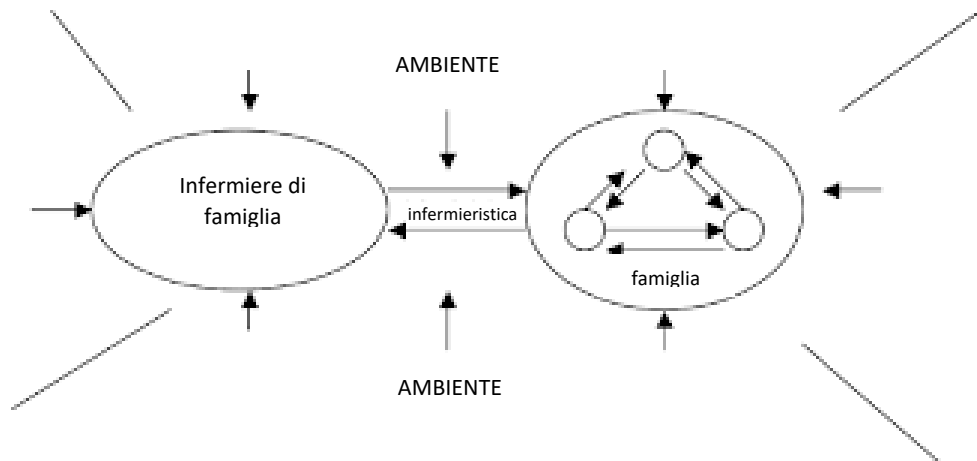


*Figura 1 "L'infermiere di famiglia, l'ombrello della salute pubblica e dell'assistenza primaria". Fonte: Google immagini, www.google.it.*

Per definire meglio il ruolo dell'infermiere di famiglia e comprendere quella che è la sua posizione, sono state definite 3 teorie. La prima, chiamata teoria dei sistemi, fornisce un utile metodo per capire la complessità del caso e permette di capire le difficoltà dell'assistenza, la seconda è chiamata teoria dell'interazione e considera le interazioni e relazioni tra infermiere/assistito e infermiere/famiglia, sottolineando anche l'importanza del lavoro di equipe per l'assistenza primaria. La teoria dell'evoluzione infine, importante per capire il singolo individuo umano e come il contesto famiglia tende ad evolversi in base ai principali eventi della vita, comuni a tutti ma variabili in intensità ed impatto a causa di molti fattori complessi.

Queste tre teorie si possono tradurre in un modello concettuale che può essere illustrato dalle seguenti figure 2 e 3. Nella figura numero 2 si considera l'infermiere di famiglia e la famiglia con il quale esso opera, come due sistemi che interagiscono all'interno di un determinato ambiente che li circonda. Molti elementi di quell'ambiente (sollecitazioni) possono essere positivamente o negativamente partecipi dell'integrità del sistema, gli elementi non sono mai statici ma cambiano con il corso del tempo. La salute è vista come un equilibrio

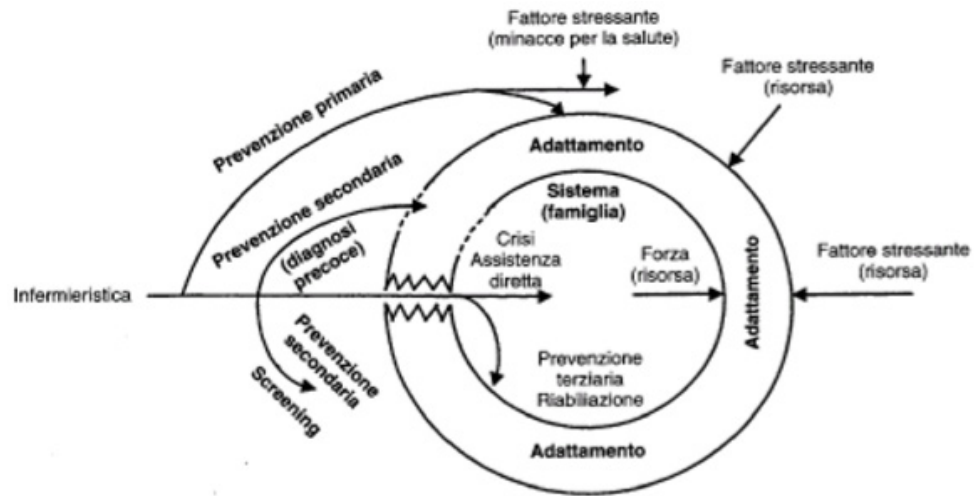
dinamico tra i due sistemi, individuo e famiglia. Il lavoro e lo scopo dell'infermieristica deve essere dunque quello di mantenere e, se possibile nel tempo, migliorare l'equilibrio e lo stato di salute della famiglia, aiutandola ad evitare o ad adattarsi alle sollecitazioni e alle minacce per la salute attraverso l'instaurazione di un rapporto forte e consolidato tra infermiere e famiglia.



**Figura 2** "La famiglia e l'infermiere di famiglia come sistemi in un ambiente". Fonte: Google immagini, [www.google.it](http://www.google.it).

La figura 3 illustra le principali attività dell'infermiere di famiglia: prevenzione primaria, prevenzione secondaria, prevenzione terziaria e gli interventi di assistenza diretta. A livello di prevenzione primaria l'infermiere ha il compito di verificare e individuare i principali fattori di rischio che possano compromettere lo stato di salute della famiglia e pertanto lavorare attivamente al fine di eliminarli, attraverso l'educazione sanitaria ed il sostegno. A livello di prevenzione secondaria l'infermiere di famiglia è coinvolto nei programmi di screening e vaccinazione, data la sua conoscenza della casistica della famiglia di cui si fa carico, sarà capace di individuare precocemente l'insorgenza di problemi di salute, mettendo così in atto interventi preposti a minimizzare l'impatto sull'individuo e sulla famiglia, chiamando in causa risorse di altro personale esperto più pertinente alla specifica casistica. Nella prevenzione terziaria l'infermiere è chiamato a rispondere di tutti quegli interventi mirati alla riabilitazione e al recupero di quelle che sono le risorse difensive dell'individuo e della famiglia. L'ultimo tipo di attività di intervento è quella dell'assistenza diretta, ovvero di una assistenza infermieristica

tradizionale, quando i meccanismi di adattamento si “spezzano” a fronte di un evento acuto, per esempio una malattia. In questo caso l’infermiere di famiglia lavora in collaborazione con l’individuo/famiglia per ottenere, a seconda del caso, cura, riabilitazione, palliazione e/o sostegno.



*Figura 3 "Attività dell'infermiere e adattamento della famiglia". Fonte: Google immagini, www.google.it.*

### 2.3 Lo scenario italiano

Con il documento ‘Health 21’ del 1998, l’OMS auspicava che entro il 2010 i paesi membri formassero un numero sufficiente di infermieri di famiglia e comunità adeguatamente specializzati, molti stati membri hanno aderito alla formazione di questo ruolo, altri no. L’infermiere di famiglia in Italia non ha una normativa che lo definisce per tutte le sue caratteristiche e funzioni. La base normativa dell’infermieristica di famiglia e comunità è rappresentata dalla legge Balduzzi n.158/2012 che con l’articolo 1 prova a mettere a regime anni di iniziative nazionali e locali basate sulla promozione della medicina territoriale e sull’importanza di definire un ruolo strategico alle cure primarie. Il decreto recita: “Le regioni definiscono l’organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l’integrazione con il sociale, anche con riferimento all’assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che

prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.”

Seppur esistente una normativa vigente in Italia, nel nostro paese e all'interno del nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN), la professione dell'infermiere di famiglia e comunità non è riconosciuta a livello nazionale e contrattuale. Non si può parlare però di una problematica generale, per via della regionalizzazione del nostro sistema sanitario che ha conferito alle regioni italiane una autonomia, una capacità decisionale e un potere economico proprio.

Le prime sperimentazioni a livello regionale sono state avviate a fine anni '90, in Friuli Venezia Giulia, che mise a regime per la prima volta la figura dell'infermiere già nel 2001. Tutta via come già detto precedentemente siamo ancora in assenza di un preciso quadro normativo nazionale, le sperimentazioni sono a “macchia di leopardo”, diffuse soprattutto nel centro-nord rispetto che al sud. Attualmente l'ultima regione italiana ad aver dato il consenso per l'implementazione dell'infermiere di famiglia e comunità è la regione Toscana, che con la delibera regionale del 4 giugno 2018 definì tale professionista come: “il professionista responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito familiare. Promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa e riabilitativa differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi domiciliari e/o ambulatoriali risposte ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento”. Il Friuli e la Toscana non sono le sole regioni però che hanno dato il via a questa iniziativa, sperimentazioni sono anche



partite in altre regioni come: Lombardia, Emilia-Romagna, Valle d'Aosta, Puglia; Lazio e Sicilia hanno presentato proposte di legge per l'istruzione dell'infermiere di famiglia.

Seppur l'infermiere di famiglia "puro" non è ancora partecipe della realtà italiana, nel 2009 è nata una associazione in merito a tale figura, l'Aifec (Associazione infermieri di famiglia e comunità) che in questi 10 anni è riuscita a farsi spazio e avviare nuove iniziative, come ad esempio il progetto "CoNSENSo" (Community Nurse Supporting Elderly In a changing Society). Tale modello sperimentale si propone di costruire un servizio dedicato al sostegno della popolazione anziana, basato sull'infermiere di famiglia e comunità come figura chiave in grado di sostenere le persone anziane e le loro famiglie. L'infermiere di famiglia e comunità vuole essere il collegamento tra l'anziano e i servizi sul territorio, facilitandone l'accesso, informandolo e attivando interventi, sia direttamente, che con la collaborazione del medico di medicina generale. Offre suggerimenti per la sicurezza in casa, promuove l'attività fisica e una alimentazione sana. Il progetto CoNSENSo nasce inizialmente per far fronte alle difficoltà della popolazione anziana abitante nelle zone rurali e montane, in cui la condizione di vita è ulteriormente complicata a causa dell'isolamento e delle maggiori difficoltà nelle vie di comunicazione, infatti tale modello coinvolge 5 regioni dello Spazio Alpino riunendo partner provenienti da Austria, Francia, Italia e Slovenia. CoNSENSo è stato il miglior progetto fondi strutturali europei per l'accesso alle cure, sono stati riscontrati risultati eclatanti, incontrando più di 4500 anziani nelle aree pilota e sviluppato capacità avanzate in ambito geriatrico nei professionisti.

### **Capitolo 3: La formazione italiana degli infermieri di famiglia e comunità**

Nell'attuale scenario italiano, in cui la figura dell'infermiere di famiglia e comunità non è ancora compiutamente e legittimamente affermata sotto il profilo contrattuale ma soprattutto sotto il profilo professionale per il riconoscimento delle sue funzioni e competenze,

sarebbe al quanto azzardato parlare di un percorso formativo che riesca a valorizzare le funzioni e le conoscenze acquisite da poter adottare nel nostro quadro generale.

La formazione della professione sente molto l'influenza delle regioni italiane, ovvero il percorso formativo differisce molto in base alla località regionale all'interno del nostro paese. Le prime regioni ad aver avviato le sperimentazioni per l'implementazione dell'infermiere di famiglia hanno un percorso formativo delineato in grado di dare all'infermiere un titolo di specializzazione attraverso dei master di primo livello, altre regioni mettono a disposizione all'interno delle aziende sanitarie dei corsi specifici di formazione di una durata più o meno estesa, in talune invece non esiste alcun percorso di formazione per le attività di assistenza incentrato sulla famiglia e comunità.

### **3.1 Corso formativo e Curriculum secondo l'OMS**

Lo scopo del corso è formare l'infermiere di famiglia alla pratica attraverso un curriculum basato sulle competenze e sulla ricerca definita dalla politica e nel documento "Health21" redatto dell'OMS. La durata del corso è stata definita di circa 40 settimane e diviso in vari moduli.

I partecipanti del corso devono essere infermieri in possesso di laurea di primo livello o con diploma equipollente (ai sensi della legge dell'8 gennaio 2002, art. 1), purché uniti ad un diploma di istruzione secondaria superiore e che abbiano una esperienza lavorativa di almeno due anni. Dovranno inoltre conseguire un tirocinio formativo domiciliare di tipo trimestrale presso una famiglia integrata all'interno della comunità. Durante il percorso di tirocinio un infermiere qualificato seguirà lo studente nelle sue attività pratiche. In tale curriculum viene richiesto all'infermiere di famiglia di essere competente come:

- Erogatore di assistenza;

- Decisionale;
- Comunicatore;
- Leader nell'ambito della comunità;
- Manager.

Il curriculum di studi è strutturato in sette moduli, il primo fornirà conoscenze teoriche in ambito ai concetti e alle strategie di insegnamento/apprendimento ed alla valutazione, gli altri vertono per lo più sul campo pratico. Tali moduli vengono così articolati:

- Modulo 1: “Il corso per infermieri di famiglia”, modulo introduttivo di pratica e teoria, consente l'apprendimento dei moduli successivi.
- Modulo 2: “Erogare assistenza: lavorare con le famiglie”, è rivolto ad identificare i fattori che influenzano l'assistenza infermieristica all'interno della famiglia e quest'ultima viene analizzata sotto diverse ottiche. Altri contenuti riguardano tematiche sul ruolo della professione, responsabilità, funzioni, prospettive legali ed etiche dell'infermiere di famiglia, quali la prevenzione primaria, secondaria e la riabilitazione sul processo di assistenza alla famiglia.
- Modulo 3: “Il processo decisionale”, consentirà all'infermiere di approfondire quello che è il campo sulle competenze e sul potere decisionale.
- Modulo 4: “Gestire l'informazione e la ricerca”, ha lo scopo di aiutare l'infermiere a sviluppare conoscenze e capacità relativamente alla comunicazione, alla gestione dell'informazione, al sostegno della motivazione ed alla ricerca. Viene data particolare importanza alla riservatezza dei dati e all'utilizzo di sistemi informatici.
- Modulo 5: “Erogare assistenza II: l'infermiere di famiglia – lavorare con le comunità”, analizza gli aspetti riguardanti la comunità come ad esempio i determinanti sociali della salute, l'epidemiologia, le malattie trasmissibili, tematiche riguardanti i gruppi svantaggiati, la povertà, la discriminazione di razza, cultura o religione.

- Modulo 6: “Gestire le risorse”, riguarda gli aspetti gestionali che hanno ricadute sulla qualità dell’assistenza in termini di efficacia ed efficienza, ad esempio teorie e processi di management, gestione delle risorse umane, controllo del budget, la famiglia come risorsa, il ruolo di coordinamento o tematiche riguardanti la valutazione della qualità assistenziale.
- Modulo 7: “Leadership e lavoro multidisciplinare”, l’ultimo modulo coinvolge tematiche che caratterizzano il lavoro di équipe come teorie, processi, tecniche di leadership, ruoli, responsabilità e funzioni, dinamiche di gruppo, temi legali e professionali, la famiglia come membro dell’èquipe.

L’insegnamento dei moduli prevede l’uso di scenari assistenziali orientati sul modello del “problem solving” (termine inglese che indica l’insieme dei processi per analizzare, affrontare e risolvere positivamente situazioni problematiche) e di un metodo interattivo con lavori di gruppo e dimostrazioni pratiche. Per lo svolgimento delle lezioni si utilizzeranno le sedi universitarie, mentre la pratica sarà svolta presso i domicili delle diverse famiglie che dovranno essere assistite.

A completamento del corso con esito positivo, l’infermiere riceverà la qualifica di specializzazione ed il riconoscimento accademico post-laurea di “Infermiere di Famiglia”.

### **3.2 Master di I livello**

In Italia con la legge 1098/40, articolo 3, vengono definiti e istituiti per la prima volta dei master di primo livello per le specializzazioni infermieristiche. Il DM (decreto ministeriale) 739/94 stabilisce inoltre che i master infermieristici universitari prevedano diversi moduli di competenza: salute mentale e psichiatrica, geriatria, sanità pubblica, pediatria e area critica.

Per quanto riguarda la formazione nell’area della sanità pubblica, al suo interno, il Comitato Centrale per la formazione della Federazione Nazionale dei Collegi, all’ora denominata, IPASVI, ha stabilito un modulo relativo all’infermiere di famiglia, attraverso un documento

denominato “Le linee guida per la formazione complementare in sanità pubblica” (fascicolo in cui viene spiegata la proposta didattica per il modulo che dovrebbe sviluppare le competenze richieste dell’infermieristica di famiglia) attivando i Master universitari in infermieristica di famiglia e comunità. I primi master sono stati istituiti nell’anno accademico 2003/2004, sulle indicazioni della federazione Ipasvi nel 2001. Attualmente nel nostro scenario italiano ci sono vari atenei, i quali hanno attivato il master in infermieristica di famiglia e comunità, si riconoscono: L’università degli studi di Milano ‘Bicocca’ in Lombardia, l’Università di Torino-Polo San Giovanni e l’Università del Piemonte Orientale (UPO), a Brescia l’Università ‘Cattolica del Sacro Cuore’, l’Università di Pisa in Toscana, l’Università degli studi di Pavia, l’Università di Genova (prima università ad aver istituito il master grazie a finanziamenti Europei), Università Politecnica delle Marche di Ancona. L’ultimo dato diffuso dalla Fnopi (Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche) nel 2016, indicava la formazione universitaria di 5.400 professionisti “specializzati” in infermieristica di famiglia e comunità, pur non essendo ancora una figura regolamentata e riconosciuta.

Il piano di studi è stato articolato sulla scorta del documento Health21, in particolare il quadro concettuale a cui il documento fa riferimento. Si tratta di un percorso di Master di I livello, annuale, che eroga 60 CFU (Crediti Formativi Universitari). Le ore complessive di formazione previste sono circa 1500, di cui 500 di tirocinio in contesti specifici. Il percorso prevede sei moduli formativi, al termine di ognuno dei quali è prevista una valutazione in trentesimi. I principali temi affrontati sia nel percorso formativo, sia nella parte teorica che quella pratica sono:

- L’azione proattiva;
- La prevenzione a tutti i livelli e per ogni fascia d’età;
- L’educazione e stili di vita sani;
- Il diseases management;
- Il counseling individuale e familiare;
- Il case management;

- La gestione integrata delle malattie croniche;
- L'autonomia professionale e l'interprofessionalità;

Il tirocinio formativo sarà un momento particolarmente delicato per il master, il tirocinante dovrà confrontarsi con il mondo pratico in determinati contesti ma sempre affiancati da personale specializzato. Il modello assistenziale/organizzativo che viene utilizzato è il Chronic Care Model, sulla base di cui l'infermiere di famiglia può agire con un ampio margine di autonomia, soprattutto per quanto riguarda la promozione della salute e la presa in carico degli assistiti con patologie croniche in fase iniziale, attuando una corretta azione terapeutica e il supporto al self management.

Il master si concluderà con una prova finale attraverso un elaborato scritto su un progetto sviluppato dallo studente, inerente alla salute dell'individuo, della famiglia, di specifici gruppi e/o della comunità, al termine del quale verrà rilasciato il diploma di master di 1° livello in "Infermieristica di salute pubblica: l'infermiere di famiglia e comunità".

#### **Capitolo 4: La famiglia e le competenze specifiche**

In questo capitolo viene proposta una lettura delle competenze infermieristiche riferite all'attività svolta nella comunità e nelle famiglie. Il termine "competenza professionale" in questo contesto viene definita come "l'uso abituale e ragionato di comunicazione, conoscenze, abilità tecniche, ragionamento clinico, valutazione e riflessione per il beneficio dell'individuo e della comunità di cui ci si prende cura"<sup>1</sup>. Secondo questa definizione la competenza si costruisce su abilità cliniche di base, conoscenze scientifiche e sviluppo morale del professionista. Le competenze professionali vanno inoltre di pari passo con le abitudini della mente, che includono attenzione all'altro, curiosità critica, volontà di conoscere e correggere i propri errori e quelli altrui.

---

<sup>1</sup> Definizione presa dal libro: "L'infermiere di famiglia: scenari assistenziali e orientamenti futuri" di L.Sasso, L.Gamberoni, A.Ferraresi, Laura Tibaldi.

## 4.1 Le competenze acquisite

Dal documento redatto dall'OMS nel 2000, "The family health nurse – Context, conceptual framework and curriculum" si estrapolano le competenze attese dal conseguimento della formazione complementare. Sono componenti chiave del ruolo, o definite anche come "core competencies", affinché l'infermiere si possa esprimere come colui capace di:

- Erogare assistenza;
- Prendere decisioni;
- Comunicare efficacemente;
- Essere leader di comunità;
- Essere manager;

Per consentire un certo livello di efficienza ed efficacia nell'esercizio del ruolo di infermiere di famiglia, il sistema di competenze preposto dall'OMS richiede che siano sviluppati i seguenti 17 contenuti:

1. identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità;
2. prendere decisioni basate sui principi etici;
3. pianificare, iniziare e fornire assistenza alle famiglie che fanno parte del carico di casi definito;
4. promuovere la salute degli individui, delle famiglie e delle comunità;
5. applicare la conoscenza di diverse strategie di insegnamento ed apprendimento con i singoli, le famiglie e le comunità;
6. utilizzare e valutare diversi metodi di comunicazione;
7. partecipare alle attività di prevenzione;
8. coordinare e gestire l'assistenza, compresa quella delegata ad altro personale;
9. documentare sistematicamente la propria pratica;
10. creare, gestire ed utilizzare informazioni statistiche (dati) cliniche e basate sulla ricerca per pianificare l'assistenza e definire le priorità nelle attività relative alla salute ed alla malattia;

11. sostenere ed incoraggiare gli individui e le famiglie ad influenzare e partecipare alle decisioni relative alla loro salute;
12. definire standard e valutare l'efficacia delle attività infermieristiche di famiglia;
13. lavorare da soli o in seno ad una équipe;
14. partecipare definizione delle priorità nelle attività relative alla salute ed alla malattia;
15. gestire il cambiamento ed esserne agenti;
16. mantenere relazioni professionali ed un ruolo collegiale di sostegno con i colleghi;
17. mostrare l'evidenza di un impegno alla formazione continua ed allo sviluppo professionale.

#### **4.2 Il processo assistenziale nell'infermieristica di famiglia**

La peculiarità dell'infermiere di famiglia e la specificità delle sue competenze risiede nel fatto che i suoi interventi e i suoi obiettivi sono rivolti verso la salute dell'individuo all'interno di un contesto nel quale il classico infermiere non è abituato a trovarsi, la famiglia.

La difficoltà di una presa in carico competente del sistema famiglia, risiede nelle abilità dell'infermiere nel capire i problemi all'interno della famiglia, valutare i bisogni che da questi ultimi derivano, gli obiettivi da proporsi e gli interventi da applicare all'interno di una vera e propria comunità mutevole nel tempo. "La famiglia è un concetto universale ed è l'elemento centrale della società. Ogni epoca storica dà una valenza simbolica all'aggregazione familiare e ne compone i legami con particolari modalità. La difficoltà nel dare una definizione chiara e generalizzabile del termine è connessa alla regolazione culturale e giuridica di una società". Come descritto nella sopra citata "Enciclopedia Treccani" non si può parlare di una definizione standard di famiglia, in quanto considerata una realtà che viene definita in base al punto di vista in cui la si osserva (contesto storico, culturale, geografico) e in base all'approccio che si vuole adottare (approccio antropologico, sociologico, psicologico, biologico/genetico, statistico,



giuridico, ecc...). Sotto un approccio infermieristico la famiglia viene vista come parte integrante del processo di cura assistenziale, in cui il suo coinvolgimento e sostegno mirato vengono considerati strategici, poiché consentono di affrontare in modo adeguato i problemi di salute dell'assistito.

Ciò che può essere ritenuto innovativo nel concetto di infermiere di famiglia è il particolare interesse verso la famiglia e la casa, come ambiente in cui i membri possono farsi carico insieme dei problemi di salute (fig.1). "L'infermiere di famiglia, oltre che essere uno dei protagonisti nei processi integrati d'educazione alla salute, può così svolgere un ruolo rilevante nell'individuare precocemente problemi sanitari e sociali e chiedere l'intervento di servizi adeguati" (L Sasso, L Gamberoni, A Ferraresi, L Tibaldi, 2005). Nell'infermieristica di famiglia il nucleo familiare viene considerato come l'unità base della società e come soggetto primario della promozione della salute, per questo, fondamentale importanza viene data all'integrazione dell'infermiere all'interno della famiglia.

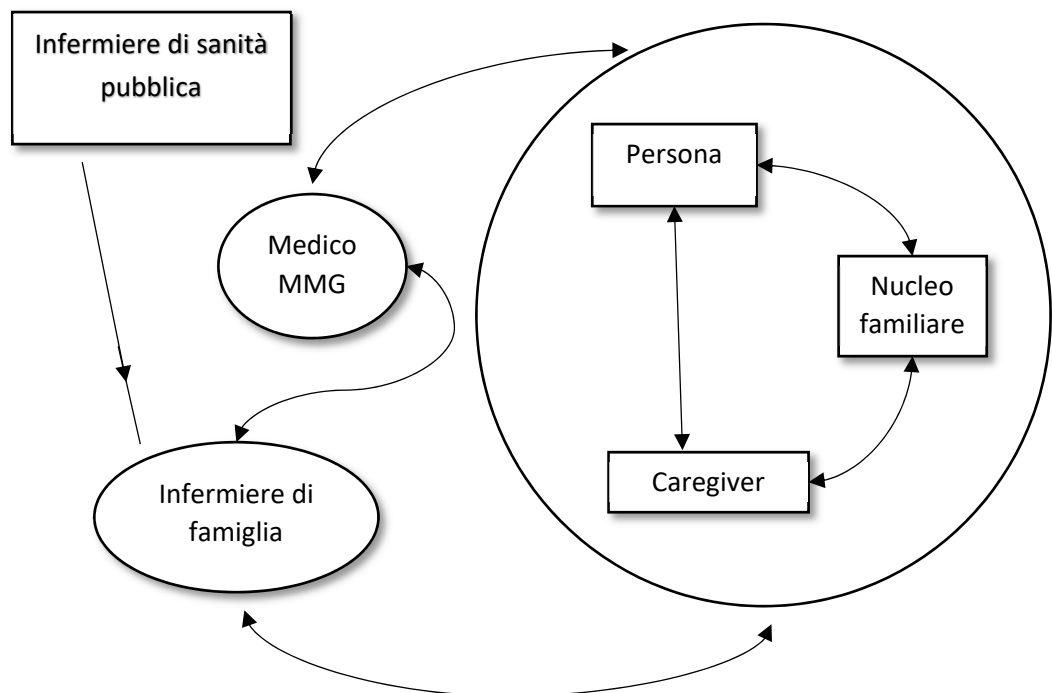


Figura 4 "La rete dell'infermiere di famiglia". Fonte: Federazione IPASVI: [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it).

Particolare importanza all'interno dell'infermieristica di famiglia va sicuramente data alla considerazione dei problemi di salute del nucleo

familiare nel suo complesso, esso infatti è visto come il focus<sup>2</sup> dell'assistenza, in questo contesto dunque l'infermiere di famiglia finalizza la sua attività di presa in carico al nucleo familiare. Da questo punto di vista il compito dell'infermiere diventa anche quello di trovare soluzioni per la stabilità della salute che può essere ulteriormente influenzata da problemi culturali e aspetti socio-economici. Focalizzarsi sulla famiglia e orientare la presa in carico su di essa come soggetto di cura può presentare diversi aspetti:

1. Nel contesto della famiglia si può identificare in modo più rapido i bisogni dell'individuo;
2. Malattie, traumi e altre forme di sofferenza di un membro della famiglia influenzeranno anche gli altri membri, se si esclude la famiglia dal processo assistenziale il focus dell'assistenza può essere limitato, perdendo così informazioni utili per la presa in carico e la valutazione globale;
3. Esiste una forte interrelazione tra famiglia e lo stato dell'individuo, la famiglia gioca quindi un ruolo cruciale che va dalla prevenzione fino al trattamento e alla riabilitazione;
4. La famiglia può essere un supporto vitale per uno dei suoi membri in un momento di crisi, quando è sostenuta da servizi di comunità può diventare una risorsa utile per facilitare la continuità terapeutica.

Il processo assistenziale nell'infermieristica di famiglia è complesso ed applicarlo è una sfida che intraprendono l'infermiere e la famiglia. Il processo viene articolato in più fasi che a loro volta sono raggruppate in due macro fasi, denominate: fase di accertamento (assessment) e fase di intervento (pianificazione, attuazione, e valutazione).

Nella prima fase di assessment ci sarà un accertamento sull'individuo assistito in cui si valuterà la parte fisica, cognitiva, emozionale, sociale, spirituale, per poi passare ad un accertamento

---

<sup>2</sup> Con il termine focus assistenziale si vuole far riferimento ad una specifica persona/famiglia a cui viene rivolta una particolare focalizzazione e importanza a cui rivolgere l'assistenza.

della famiglia. Quest'ultimo si può mettere in atto attraverso un'intervista/colloquio tra l'infermiere e i membri del nucleo familiare, strutturando anche un genogramma e/o una ecomappa<sup>3</sup> familiare, per rendere più evidenti le interazioni tra i vari membri della famiglia e con l'ambiente esterno. L'infermiere dovrà essere capace e competente nell'estrapolare dati riguardo ad aspetti socio-culturali, aspetti ambientali, struttura, funzioni, ruoli, strategie d'aiuto e a quantificare il livello di stress familiare.

Nella seconda macro fase, quella dell'intervento, l'infermiere di famiglia dovrà passare alla parte "pratica" che può essere divisa in alcuni step:

1. Identificazione e individualizzazione del problema di salute: Fondamentale in questo step è la relazione tra infermiere e la famiglia, il professionista deve essere abile nel riconoscere i punti di debolezza ma anche quelli di forza e competenza, che possono fare la differenza nel recupero della salute.
2. Piano di cura integrato: In questo punto l'infermiere insieme all'individuo e la famiglia devono stabilire degli obiettivi. Tali obiettivi definiscono ciò che si vuole raggiungere, è molto importante definirli con tutti i membri della famiglia in modo da aver una interazione positiva e di fiducia.
3. Interventi e attivazione di risorse: Questa fase si caratterizza per l'importanza che viene data al processo di empowerment, ovvero far acquisire la consapevolezza alla famiglia del fatto di essere capace di prendere decisioni, eseguire azioni e di avere un controllo sulle proprie scelte. L'infermiere dovrà rimuovere barriere e impedimenti che bloccano il raggiungimento della salute, riconoscendo il valore del processo di empowerment.

---

<sup>3</sup> Il genogramma e l'ecomappa sono due strumenti utilizzati soprattutto nella fase iniziale del processo assistenziale, nella fase di "aggancio" durante il primo incontro con la famiglia. Il primo è un diagramma in cui vengono evidenziati legami, eventi, separazioni all'interno della famiglia. Il secondo invece rappresenta il genogramma familiare rapportato con le diverse interazioni che può avere una famiglia nel contesto esterno che la circonda, si evidenziano quindi quali persone, servizi o altro siano in relazione con la famiglia. Fonte bibliografica: "L'infermiere di famiglia"-L.Sasso, L.Gamberoni, A.Ferraresi, L.Tibaldi. Fonte sitografica: [www.davidealgeri.com](http://www.davidealgeri.com)

4. La valutazione: In questa parte si valutano i risultati che i membri della famiglia hanno ottenuto. La valutazione è un processo dinamico in cui alcune azioni dovranno essere perfezionate dall'infermiere e dalla famiglia per raggiungere un buon livello di efficacia. Per valutare l'efficacia dell'intervento possono essere utilizzate una serie di domande da sottoporre alla famiglia.

## **Capitolo 5 – L'infermieristica nella sanità del Regno Unito**

All'interno del quadro generale del Regno Unito (formato da Scozia, Inghilterra, Galles e Irlanda del Nord) si possono individuare molteplici differenze rispetto il contesto italiano, a partire dal punto di vista politico, culturale, sociale e sanitario. Su quest'ultimo poniamo la nostra attenzione, in quanto il sistema sanitario adottato nelle varie regioni del Regno Unito ci permette di individuare quali profili sanitari e infermieristici emergono rispetto al nostro scenario e la tipologia di assistenza erogata che deriva da determinati bisogni all'interno di un determinato quadro epidemiologico e sociale.

All'interno del suddetto capitolo verrà introdotta la particolare figura dell'infermiere con competenze avanzate nel Regno Unito e il suo lavoro svolto all'interno della comunità sotto la branca della sanità pubblica, per poi passare alla salute all'interno della famiglia con il modello della Family Health Education sotto la prospettiva scozzese.

### **5.1 Scenario epidemiologico**

In base a un recente studio pubblicato e aggiornato dal Public Health England <sup>4</sup> nel 2018, riguardo il profilo sanitario del Regno Unito, si riportano le seguenti informazioni sullo stato di salute della popolazione e orientamenti per il futuro. Dal suddetto studio viene

---

<sup>4</sup> Il Public Health England è una agenzia esecutiva del Dipartimento della sanità e dell'assistenza sociale. Definita anche come organizzazione distinta con autonomia operativa che ha il compito di fornire al governo, al governo locale, al sistema sanitario, al Parlamento, all'industria e al pubblico tutte le informazioni e competenze a supporto scientifico e professionale basate sull'evidenze. Fonte sitografica: [www.gov.uk](http://www.gov.uk)

riportato che l'attuale prospettiva di vita della popolazione è di 79,6 anni per gli uomini e 82,3 per le donne. Tale dato viene associato ad un aumento della popolazione dato dall'incremento della longevità, il che significa che la società e la salute stanno andando in contro ad un cambiamento, si stima che per il 2031 ci saranno più di 2 milioni di persone ad avere 85 anni. Seppur riscontrato un aumento della longevità generale del Regno Unito, rimane una disuguaglianza della qualità dei servizi sanitari erogati tra le persone che abitano in aree della regione più ricche, rispetto ad abitanti che risiedono in aree economicamente più povere. Tale differenza si traduce in un aumento di circa 19 anni di vita in buona salute da parte della popolazione più benestante rispetto ai cittadini che risiedono in aree più povere.

Avere una popolazione che invecchia significa che il numero di persone con condizioni di salute a lungo termine è aumentato, esse ricoprono un ruolo fondamentale per le disuguaglianze e sull'onere del sistema sanitario inglese, che in base all'articolo sopra citato ricoprono il 70% della spesa sanitaria e sociale del paese.

In base ad un recente studio condotto sull'analisi del GBD (National Burden of Disease), pubblicato dalla rivista "THE LANCET" il 24 ottobre 2018, si può dedurre che in tutto il Regno Unito, nel 2016, le principali cause di mortalità sono state: la cardiopatia ischemica, tumori polmonari, malattia cerebrovascolare, malattia polmonare cronico ostruttiva, la demenza e il morbo di Alzheimer. Dal 2010 in poi si è riscontrato un importante rallentamento del tasso di miglioramento, soprattutto per le patologie cardiache, tumori polmonari, al seno e colon rettal, mentre per il morbo di Alzheimer e la demenza è stato riscontrato un aumento progressivo dei nuovi casi dal 1990 fino al 2016, diventando una delle principali cause di morte e di disabilità soprattutto per il genere femminile.

Il tasso di comorbidità inoltre influisce molto sull'onere del sistema inglese e sulla percentuale della mortalità. Negli ultimi decenni si è riscontrato un notevole aumento di patologie invalidanti dal punto di vista della salute fisica e socio lavorativa, che influiscono sullo stato di vita del cittadino e rappresentano fattori di rischio per lo sviluppo di

patologie più importanti. Tra le principali cause di questa situazione troviamo: lombalgia e dolore al collo, malattie della pelle e sottocutanee, emicrania, disturbi depressivi e malattie degli organi e dei sensi. Si evidenzia inoltre che l'assunzione di sostanze e lo sviluppo di malattie mentali siano caratterizzate da un alto tasso di morbilità per i giovani adulti compresi nella fascia di età tra i 15 e i 29 anni.

In base a queste stime regionali e nazionali, si può dedurre che ci sia bisogno di un intervento sanitario mirato all'individuazione di risorse e priorità a livello di onere e di fattori di rischio. Il miglioramento delle mortalità sta sempre di più rallentando, in particolare dopo il 2010, per quanto riguarda le patologie cardiache e i tumori e sono necessarie azioni per ripristinare il tasso di miglioramento. Particolare importanza va inoltre data all'aumento di stati di disabilità, come la depressione e problemi muscoloscheletrici. Questo insieme di problematiche ha portato il Regno Unito a sviluppare un sistema che gioca molto sulla potenzialità che può avere la prevenzione ed il riconoscimento precoce di stati morbosi, attraverso un alto livello di salute pubblica esercitata dalle varie tipologie di professionisti all'interno del sistema sanitario.

## **5.2 L'infermiere nel Regno Unito**

All'interno del vasto sistema sanitario inglese, il National Health Service (NHS), la figura infermieristica ricopre una importante carica per tutti i servizi che vengono assicurati ai cittadini. In particolar modo quando si parla di sanità pubblica, l'infermiere è il professionista protagonista e capace di esercitare con la propria autonomia, compiti di promozione, prevenzione e ripristino della salute. Esistono molte specializzazioni infermieristiche all'interno del sistema inglese, ognuna con il proprio percorso formativo, le cui identificazioni e differenze sono talvolta ardue da evidenziare.

Il team delle cure primarie nel Regno Unito vede l'infermiere impegnato in diversi ruoli al servizio della famiglia e della comunità:

- General Practice Nurse

- Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse
- Community Nurse

Il General Practice Nurse, ovvero l'infermiere di medicina generale, è quel professionista che lavora negli ambulatori di medicina generale come parte dell'equipe sanitaria primaria, che potrebbe includere medici, farmacisti, dietisti, fisioterapisti. I suoi compiti principali si caratterizzano soprattutto nella promozione della salute, nei controlli periodici dei pazienti, compilazione di pratiche amministrative, assegnazione dei pazienti nei vari ambulatori specialistici, interventi di chirurgia minore, prevenzione delle malattie e ovviamente tutte le tradizionali pratiche infermieristiche. Il General Practice Nurse è un infermiere con un alto livello di preparazione, è considerato un infermiere con competenze avanzate e in grado di gestire un ambulatorio di medicina generale completamente da solo in caso di assenza del medico di medicina generale, dato che ha la competenza di visitare i pazienti e indirizzarli verso un percorso diagnostico terapeutico, secondo lui più adatto, prendendosi le proprie responsabilità.

Il Nurse Practitioner o Advanced Practice Nurse è il professionista che possiede maggior competenze nelle attività cliniche ed una maggiore responsabilità rispetto al General Practice Nurse, ma differenti da quelle del medico di medicina generale. La somiglianza tra i due termini ha generato confusione fra i due ruoli, la differenza sostanziale sta nel fatto che il General Nurse viene assunto dal medico di medicina generale e lavora per lui e la sua equipe, mentre il Nurse Practitioner collabora con lo stesso e tutto il suo team delle cure primarie. Le sue funzioni sono svariate, il suo ruolo può essere riassunto come:

- Presa di decisioni professionali autonome;
- Visita dei pazienti con problemi non ancora diagnosticati;
- Valutazione dei pazienti a seconda dei fattori di rischio legati a specifiche malattie, nonché dei primi segni di malattia;

- Definizione dei programmi di prevenzione assieme al paziente specifico;
- Counselling ed educazione sanitaria ad individui, famiglie e gruppi;
- Assicurazione della continuità assistenziale alla comunità;
- Visite domiciliari;
- Collaborazione con altri professionisti.

Il Community Nurse è un infermiere invece impiegato dalle autorità locali per la promozione della salute in un ambito predefinito, come la ricerca di corretti stili di vita per la popolazione o la prevenzione delle malattie, agendo sui fattori di rischio. Questa specializzazione infermieristica prevede una qualifica come infermiere di comunità, la maggior parte del lavoro può essere svolto, ad esempio, nel domicilio di persone affette, per lo più delle volte, da patologie cronico degenerative, oppure per quegli assistiti recentemente dimessi dall'ospedale che abbiano bisogno di una educazione terapeutica. La figura delineata è una sorta di branca del Nurse Practitioner impiegato soprattutto nella prevenzione ed educazione della popolazione sia a domicilio, che all'interno di autorità locali.

### **5.3 Sviluppo del ruolo infermieristico con competenze avanzate**

Nel Regno Unito è generalmente affermato che la figura dell'infermiere con competenze avanzate sia nata dall'esperienza dell'infermiera Barbara Stilwell, un'infermiera che lavorò nei quartieri poveri con due medici uomini. Al tempo (fine anni '70) ci furono molti casi di donne asiatiche, che seguendo la loro religione, non acconsentivano ad un intervento medico da parte di uomini. Per far fronte a questa esigenza la Stilwell andò negli Stati Uniti per formarsi come Advanced Nurse Practitioner (ANP)<sup>5</sup>, in modo da essere in grado di lavorare autonomamente con queste donne. Durante la sua

---

<sup>5</sup> Il titolo di Advanced Nurse Practitioner fu per la prima volta introdotto nel 1965 negli Stati Uniti. Per sopperire la mancanza di medici pediatri nelle aree del Colorado, fu progettato il ruolo di infermiere con competenze avanzate, in modo da garantire ugualmente dei servizi competenti. Bibliografia: Infermiere di famiglia e comunità: proposte di policy per un nuovo welfare. (Gennaro R, Marcadelli S, Stievano A, Cipolla C).2017.



carriera la Stilwell scrisse molto sulla sua esperienza da infermiera con competenze avanzate e in risposta all'interesse suscitato verso altre infermiere, la Stilwell e i suoi colleghi decisero di sviluppare un programma apposito presso il Royal College of Nursing (RCN)<sup>6</sup>, che condusse nel diploma a tale ruolo nel 1990. Il programma divenne molto popolare e rispose alle necessità di quegli infermieri che speravano di migliorare e ampliare le loro conoscenze in più aree. Gli infermieri viaggiarono verso Londra per formarsi, da tutta l'Inghilterra e in due anni dall'inizio del corso la richiesta d'infermieri con competenze avanzate, sia per l'assistenza di base che per quella specialistica, fu così forte che ci fu una espansione molto rapida delle università, tenendo anche corsi interattivi per coloro che erano residenti altrove. Anche dal punto di vista politico questa nuova figura fu sempre vista come una risorsa da utilizzare efficacemente e grazie al documento "The scope of Professional Practice 1992" emanato dal Nursing and Midwifery Council (NMC)<sup>7</sup>, è stato possibile sviluppare il ruolo dell'infermiere con competenze avanzate.

Attualmente nel Regno Unito ci sono molti setting clinici dove gli infermieri con competenze avanzate possono lavorare, inclusi gli ospedali generali per acuti, l'assistenza sanitaria di base (ambulatori dei medici di famiglia), l'assistenza domiciliare, gli hospice, setting di comunità, industriali e settori sanitari privati.

## **Capitolo 6. Advanced Practice Nurse**

L'infermiere con competenze avanzate (Advanced Practice Nurse) viene definito come un infermiere iscritto all'ordine professionale (registered nurse) che ha acquisito conoscenze di base esperte, abilità nel prendere decisioni e competenze cliniche per ampliare la propria pratica, le cui caratteristiche sono riportate nel contratto e/o dal paese

---

<sup>6</sup> Il Royal College inglese è dal 1916 un'organizzazione, dal 1976 anche a carattere sindacale, che si occupa di rappresentare infermieri e l'infermieristica, promuovendo la pratica e modificando le politiche per la salute. Fonte: [www.rcn.org.uk.com](http://www.rcn.org.uk.com) (consultato il 29/10/19).

<sup>7</sup> L'NMC è il consiglio degli infermieri e delle ostetriche che regola tali operatori sanitari in Galles, Inghilterra, Irlanda del nord e Scozia, stabilendo gli standard educativi, formativi, di condotta e di performance, cosicché gli infermieri e le ostetriche possano garantire una determinata qualità assistenziale. Fonte: [www.rcn.org.uk.com](http://www.rcn.org.uk.com)

nel quale il professionista è abilitato ad esercitare. Nel 2008 l'International Council of Nurse (ICN)<sup>8</sup> ha emanato una revisione del documento "Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse" affermando che: «Gli infermieri con competenze avanzate (ANP) sono membri del team di cura con alta esperienza e formazione, sono in grado di diagnosticare e trattare i bisogni di assistenza sanitaria e di orientare verso specialisti se necessario. Gli infermieri con competenze avanzate sono infermieri con elevate abilità, i quali possono:

- Raccogliere una esaustiva storia del paziente;
- Effettuare esami fisici;
- Usare le loro competenze e i loro giudizi clinici per formulare una diagnosi potenziale;
- Indirizzare i pazienti per le indagini diagnostiche, se necessario;
- Formulare una diagnosi finale;
- Decidere ed effettuare trattamenti, inclusa prescrizione di medicinali, o indirizzare il paziente verso uno specialista più adatto;
- Utilizzare la propria esperienza pratica per pianificare e fornire abilità assistenziali, per rispondere ai bisogni di salute e di assistenza sociale del paziente, coinvolgendo altri membri del team assistenziale;
- Assicurare la continuità delle cure, tra cui visite di follow-up;
- Valutare e verificare, con i pazienti, l'efficacia delle cure e dei trattamenti forniti, modificandoli dove necessario;
- Lavorare autonomamente, anche se, spesso, come parte di un team assistenziale;
- Esercitare leadership;
- Assicurarsi che ogni trattamento del paziente e ogni assistenza siano basate sulla miglior pratica.»

---

<sup>8</sup> L'International Council of Nurse è il Consiglio Internazionale degli Infermieri, è una federazione composta da più di 130 associazioni nazionali infermieristiche e rappresenta più di 16 milioni nel mondo. L'ICN ha il compito di assicurare le qualità delle cure infermieristiche per tutti e delle scelte politiche sanitarie globali. Fonte: [www.icn.com](http://www.icn.com) Consultato il 30/10/2019.

Particolare importanza verso questa figura viene data anche all'alto livello di responsabilità, infatti nel Regno Unito, fin dall'inizio dell'esercizio della professione infermieristica, l'autonomia e la responsabilità sono viste come caratteristiche chiave di un livello di pratica avanzata. «Non è la serie di attività o di diagnosi e di trattamenti che definiscono il lavoro dell'infermiere con competenze avanzate, ma bensì ciò che rappresenta sotto la filosofia della pratica autonoma e responsabile.» (Barbara Stiwell, 1987).

## **6.1 Formazione dell'infermiere con competenze avanzate nel Regno Unito**

L'infermiere con competenze avanzate per esercitare il proprio ruolo e le competenze sopra citate, è raccomandata una laurea di secondo livello, definita Master's degree<sup>9</sup>, orientata a preparare gli infermieri, dopo aver conseguito una laurea triennale base.

I curriculum normalmente includono: la valutazione del paziente; la raccolta della storia del paziente e della documentazione; la diagnosi e il trattamento; la prescrizione e l'interpretazione dei dati diagnostici; la comunicazione con i medici e/o altre autorità sanitarie; l'abilità nella ricerca e nell'applicazione delle evidenze pratiche; la promozione della salute; le prescrizioni autonome; le procedure autonome e le responsabilità e un quadro concettuale, legale ed etico di riferimento per l'esercizio della pratica avanzata.

La valutazione dello studente è basata sulla competenza continua acquisita nell'università e nei diversi setting clinici all'interno di ambulatori, unità operative, dipartimenti, comunità. La formazione specifica richiede una supervisione del futuro infermiere con competenze avanzate, da parte di un infermiere esperto, avente un titolo di infermiere supervisore (Senior Nurse) oppure da un medico. A fine del corso di formazione universitario il candidato sarà sottoposto

---

<sup>9</sup> Il Master's degree, letteralmente "grado di maestro, è il grado accademico rilasciato dai paesi di lingua inglese, dopo aver conseguito il titolo di Bachelor's degree (Laurea triennale in Italia). Il Master's degree può durare un anno oppure due (in base al tipo di corso e all'università) e corrisponde alla Laurea Magistrale in Italia. Fonte: [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)

ad un esame finale, molto importante per la valutazione delle competenze e delle conoscenze acquisite. Tale esame clinico con obiettivi strutturati è chiamato OCSE (Objective structured clinical examination), il quale prevede una soglia minima da superare.

## **6.2 Problematiche attuali sul ruolo dell'infermiere con competenze avanzate**

Il ruolo dell'Advanced Nurse Practitioner è stato una svolta all'interno del sistema sanitario del Regno Unito, sia dal punto di vista dell'ottimizzazione delle risorse sanitarie ma anche per l'evoluzione dell'assistenza sanitaria di base. Sono però state riscontrate questioni e situazioni problematiche per questa figura.

Attraverso l'articolo pubblicato nel "British Journal of Nursing" (2011) da Simon Richard Brook e il dottor Helen Rushforth, intitolato "Why is the regulation of advanced practice essential?", si evince che l'infermiere con competenze avanzate nel Regno Unito non è regolamentato nello stesso modo in cui vengono regolamentati gli infermieri e le ostetriche con competenze di base, tale assenza di regolamentazione del ruolo può essere causa di un rischio per i pazienti, in quanto, come citato da Brook e Rushforth: «Gli infermieri con competenze avanzate si distinguono per la loro posizione ibrida, quasi medica, la quale coinvolge essenzialmente trattamenti autonomi e diagnosi mediche. I rischi di questa pratica sono sostanziali e per questo richiedono una regolamentazione di riferimento nazionale. Questo deve indirizzare la formazione, la valutazione e la registrazione di tali infermieri per garantire una protezione pubblica».

Altra tematica riscontrata è stata sulla nomenclatura degli infermieri in base al loro titolo di studi. E' emerso che c'è confusione tra le specializzazioni infermieristiche in quanto i nomi tra loro sono molto simili e possono indurre confusione all'interno della popolazione. Ad esempio clinical nurse specialist, practice nurse, nurse consultant, community nurse causano confusione per gli altri professionisti ma soprattutto per i pazienti che in caso di necessità non sanno a chi rivolgersi.

Anche i confini del ruolo è una problematica ancora irrisolta all'interno di un gruppo di professionisti sanitari, l'introduzione di un nuovo membro all'interno di una équipe medica può sconvolgere le relazioni già consolidate. E' emerso inoltre che da dichiarazioni di infermieri all'interno di una unità operativa in un ospedale per acuti ci sia ancora confusione sul ruolo dell'infermiere con competenze avanzate, che talvolta veniva considerato un sostituto del medico, mentre a volte venivano chiamati a fornire assistenza diretta all'assistito. Questo ha generato una certa frustrazione tra gli infermieri che talvolta sembravano un "tutto fare".

Una tematica inoltre su cui riporre l'attenzione è sul fatto dell'accettazione del ruolo infermieristico avanzato da parte della professione medica, attualmente c'è un'accettazione generale ma un certo numero di medici ritiene che la figura dell'infermiere sia andata oltre i propri limiti, andando a confondere quelli che sono i compiti della professione medica.

## **Capitolo 7. La salute della famiglia: la prospettiva scozzese**

Nel seguente capitolo verranno individuate le esigenze della popolazione scozzese, indicati i servizi assistenziali sanitari per la comunità e introdotta la figura dell'infermiere di famiglia in Scozia. Particolare attenzione verrà poi posta al progetto Europeo sull'infermieristica di famiglia e comunità e sul suo successivo sviluppo nell'educazione sulla salute della famiglia.

### **7.1 Sfide per la salute globale**

Nel 2008 l'OMS ha evidenziato che negli ultimi trenta anni l'intera popolazione mondiale sia diventata più sana e più longeva, tuttavia, il prolungamento dell'età media di vita ha portato e sta portando le malattie cronico degenerative ad essere tra le prime cause di mortalità globali, questo definisce una sfida per la salute di tutto il mondo. I principali fattori di rischio e le principali cause di morte individuate dall'OMS nel 2008, sono le seguenti:

- L'ipertensione che contribuisce al 13% dei decessi (7,5 milioni di persone);
- Consumo di tabacco che contribuisce al 9% dei decessi (4,9 milioni di persone);
- L'iperglicemia che contribuisce al 6% dei decessi (si stima che il numero dei diabetici raddoppierà entro il 2030);
- L'inattività fisica che contribuisce al 6% dei decessi;
- Il sovrappeso e l'obesità contribuiscono al 5% dei decessi (2,7 milioni di persone);
- L'ipercolesterolemia che contribuisce al 4,5% dei decessi (2,6 milioni di persone);

Questi dati sopra riportati sono classificati dall'OMS come i fattori di rischio principali che causano l'insorgenza di malattie cronico generative, tra cui: le malattie cardiache, le neoplasie e il diabete, che sono presenti in tutti i paesi del mondo con basso, medio o alto reddito. Oltre a questi principali fattori di rischio si dà importanza anche all'abuso di alcool e sostanze tossico dipendenti (ricoprono rispettivamente il 76,3% di milioni di persone e il 15,3% di milioni di persone), l'obesità infantile e la presenza di malattie mentali e comportamentali, che in base a dati stimati dall'OMS nel 2004, affliggono 450 milioni di persone.

I problemi di salute che deve affrontare la Scozia rispecchiano molto quelli individuati dall'OMS, che si ripercuotono inoltre in molti altri paesi all'interno dell'Europa. Tuttavia una delle più grandi sfide della Scozia rimane quella di migliorare la salute nelle fasce più povere della società, dato che il territorio scozzese è caratterizzato da differenti aspettative di vita per coloro che abitano in zone più repressate del paese, rispetto coloro che vivono in aree urbane più densamente popolate. Ridurre questo divario è uno dei principali obiettivi del servizio sanitario scozzese, che vede rimodellarsi gli approcci in termini di assistenza sanitaria, soprattutto nel contesto della pratica infermieristica di comunità.

## 7.2 Infermieristica di comunità in Scozia

Per far fronte ai bisogni sanitari, sempre più emergenti, in Scozia ma anche all'interno dell'Europa, il governo e il sistema sanitario scozzese fin dal 2008 ha intrapreso un percorso sanitario incentrato sull'assistenza sanitaria comunitaria degna di nota.

Attraverso il documento "The review of nursing"<sup>10</sup> il governo scozzese ha revisionato i bisogni prioritari della popolazione, evidenziando la necessità di investire di più su una assistenza comunitaria anche per tutti coloro che risiedono in aree rurali non facilmente accessibili. Il sistema sanitario scozzese in base alle direttive del governo, ha stabilito i quadri di carriera e di sviluppo della professione infermieristica di comunità:

1. Infermieristica di salute pubblica;
2. Infermieristica di quartiere;
3. Infermieristica di salute pubblica sul lavoro;
4. Infermieristica legata alla medicina generale;
5. Infermieristica a tutela dei bambini della comunità;
6. Infermieristica per la prevenzione;
7. Infermieristica per la tutela dei disabili;
8. Infermieristica a tutela della salute mentale.

L'infermieristica comunitaria gioca un ruolo fondamentale nel mantenimento della salute e del benessere psicologico, sociale, fisico e la prevenzione aiuta le persone anziane a prevenire ricoveri per acuzie o per interventi d'urgenza. L'infermieristica comunitaria è particolarmente importante inoltre per tutti i casi di demenza, attualmente in Scozia si contano 71.000 unità casistiche, si stima che arrivino fino a 127.000 casi di demenza entro i prossimi 20 anni. L'infermiere di comunità può riuscire a preservare le loro abilità e la

---

<sup>10</sup> E' un progetto lanciato dal governo scozzese nel 2008, con l'obiettivo di preparare una forza lavoro di assistenza comunitaria per far fronte alle nuove esigenze e per fornire un servizio infermieristico migliore alla comunità. Fonte sitografica: [www.webarchive.org.uk](http://www.webarchive.org.uk)

loro indipendenza al fine di riuscire ad evitare ricoveri inutili che scompenserebbero ancora di più questa tipologia di assistiti, che ha bisogno di un contatto all'interno della propria comunità. L'infermieristica di comunità ha un ruolo chiave nel sostegno e nella protezione degli adulti con particolari fragilità, come coloro affetti da patologia mentale, incapacità fisica o intellettiva, malattie gravi a lungo termine ma anche persone con un disagio economico sociale e in grado di comunicare in modo efficace.

Fondamentale il ruolo che interpreta anche nella prevenzione, promozione e recupero della salute per la categoria dei bambini e giovani adulti, attraverso un intervento precoce sulla salute dei bambini e delle famiglie promuovendo l'inclusione sociale e la riduzione delle disuguaglianze. E' importante affrontare le principali priorità di salute pubblica e sostenere la capacità delle famiglie all'interno delle loro comunità locali, tale approccio ha lo scopo di migliorare il benessere di tutti i bambini e dei giovani, il tutto grazie alle competenze professionali che il più delle volte saranno garantite da un infermiere di sanità pubblica. Gli infermieri di comunità svolgono un ruolo fondamentale per la prevenzione e la promozione della salute per bambini e famiglie, garantiscono una inclusione sociale, una riduzione delle disuguaglianze nella salute e sostengono la capacità delle famiglie all'interno delle loro comunità locali.

## **Capitolo 8. Il Nursing Family Health**

La pianificazione del progetto "Nursing Family Health" è partita all'interno della Scozia nel 2009, incentrato sulla costruzione dei principi fondamentali dell'OMS citati nel documento "Health 21".

Il coordinamento di tale progetto è stato a carico della University of West of Scotland, che grazie ad un finanziamento dell'Unione Europea è stata in grado di definire un percorso formativo universitario in base a quelle che sono le competenze e a definire l'infermieristica di famiglia.



Il concetto di infermiere di famiglia è stato introdotto per la necessità di far fronte a bisogni globale di salute e di cura della famiglia, come una unità, dal punto di vista della comunità. Il ruolo di specializzarsi nella cura della famiglia è stato ideato per incoraggiare approcci verso il nucleo familiare, vedendo nella cura un veicolo per la creazione di modelli sostenibili di assistenza infermieristica alla comunità. Questo comprende una serie di attività volte alla pianificazione: fornire una valutazione dei bisogni della popolazione, definire delle priorità per la salute della popolazione all'interno di una comunità, definire il coordinamento più appropriato per poter mantenere un individuo nella sua famiglia e nella sua comunità.

L'infermiere di famiglia è ritenuto responsabile per la valutazione, la diagnosi, la prescrizione, la somministrazione e tutto il coordinamento delle attività di sostegno e di assistenza per la famiglia. Non è però un esecutore di ogni attività che rileva per la famiglia, il suo compito è anche quello di attivare e collaborare con altre figure specialistiche che saranno di volta in volta individuate sulla base dell'esigenze del singolo e della famiglia. Tuttavia il Family Health Nurse rimane responsabile del case management che ha in cura.

Il Family Health Nurse per ogni gruppo familiare può essere considerato competente nella fornitura e nel coordinamento delle cure, in quanto: valuta lo sviluppo del bambino, fornisce supporto post-operatorio in caso di intervento chirurgico ad un membro della famiglia, sostegno all'interno della famiglia se un membro affetto da demenza, educazione terapeutica di tutti i membri della famiglia e prende in carico ogni componente al fine di garantire la giusta assistenza infermieristica nel rispetto della cultura e delle scelte di ogni singolo.

Dall'articolo prodotto da Philipa Mladovsky nel 2009, intitolato "Health in the European Union, trends and analysis" si può dedurre che ci sono stati tre ragioni che hanno portato lo sviluppo del progetto sull'infermiere di famiglia nel contesto sanitario scozzese ed europeo.

Prima ragione fu il miglioramento della salute, che ha portato a far fronte a nuove esigenze, come occuparsi di una popolazione sempre più vecchia. In secondo luogo l'intera Europa ha visto crescere nuove sfide significative sulla salute, come fattori di rischio per le patologie croniche. In terzo luogo infine quello di garantire l'uguaglianza e l'accesso nella fruizione dei servizi sanitari. Mladovsky evidenzia inoltre l'esigenza di tutta l'Europa nell'uniformarsi per garantire una qualità delle cure, non più con una prospettiva ospedalocentrica ma verso una visione territoriale che permetta il miglioramento della salute piuttosto che il trattamento della malattia.

L'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa (1998) ha evidenziato che il Family Health Nurse è un modello significativo nelle zone in cui c'è una percepita mancanza di accesso ai servizi da parte di quelle comunità più povere e svantaggiate. All'interno di questa dichiarazione, il Family Health Nurse è fondamentale per raggiungere gli obiettivi preposti da "Health 21": «Promuovere e tutelare la salute delle persone in tutto il corso della loro vita e ridurre l'incidenza di quelle che soffrono di malattie invalidanti e infortuni».

## **8.1 L'educazione per lo sviluppo del Family Health Nurse**

Uno degli obiettivi del progetto del Nursing Family Health finanziato dall'UE è stato quello di istituire un percorso formativo specifico, attraverso quattro moduli di base, che rispecchiasse il campo di azione dell'infermiere di famiglia per quelle che sono le sue conoscenze base, le sue competenze cliniche e il suo campo pratico. Il programma formativo è stato progettato sul vasto lavoro di sviluppo del lavoro dell'infermiere di famiglia e attraverso l'esperienza educativa dell'University of West Scotland. Il programma ha risposto alle esigenze didattiche dei professionisti sociali e sanitari, basato sulle conoscenze esistenti, le abilità e le competenze rilevanti per le famiglie nel contesto contemporaneo e per i bisogni di salute della comunità. La filosofia di base del programma formativo ha riconosciuto

l'importanza di fornire assistenza infermieristica individualizzata per contrastare i problemi di salute a livello globale ma anche lavorare sull'integrazione dei servizi socio sanitari e sull'educazione.

## **8.2 Laurea Magistrale: Salute della Famiglia**

La maggior parte degli infermieri in Scozia è in possesso di una laurea triennale base, con un indirizzo nelle 4 aree della salute: adult field (campo per adulti), il child field (campo per i bambini che vanno dall'età neonatale fino a quella adolescenziale), learning disability field (campo che si occupa dell'assistenza al malato con disabilità e disagio sociale) e infine il mental health field (campo che si occupa della salute mentale). Il progetto Nursing Family Health finanziato dall'UE ha sviluppato il suo percorso formativo di 4 moduli all'interno di una Laurea Magistrale post base, il quale programma è stato creato per dare una risposta all'invecchiamento globale e per fronteggiare gli stati di co-morbilità sempre più presenti. Il programma ha incoraggiato inoltre gli studenti ad esplorare le situazioni che mettono in pericolo la salute come l'abuso di alcool, il fumo, l'obesità diffusa ed esercitare attività di prevenzione e di educazione per il mantenimento della salute, per il singolo e per la famiglia.

La laurea magistrale in salute della famiglia ha mirato a formare dei laureati altamente competenti per esercitare a un alto livello avanzato e diventare dei notevoli esperti clinici, attraverso una migliore pratica evidence-based<sup>11</sup>. Gli studenti usciti dal corso saranno preparati ad esercitare una grossa influenza positiva sullo sviluppo della qualità della salute della famiglia in svariati contesti. Il programma viene fornito attraverso la piattaforma online "Moodle", questo consente una elasticità e aumenta l'accessibilità per quegli studenti che hanno un impiego a tempo pieno o che vivono in zone rurali, remote o fuori dalla Scozia e che non possono facilmente accedere alle lezioni.

Al completamento del programma formativo lo studente è ritenuto competente come:

---

<sup>11</sup> L'Evidence-based Clinical Practice è una filosofia che definisce i comportamenti e le responsabilità cliniche che un professionista assume in carico, basandosi su delle evidenze scientificamente provate.

- Fornitore di assistenza
- Responsabile nel prendere decisioni
- Comunicatore
- Leader di comunità
- Manager

Il programma educativo ha una struttura basata su elementi: socio economici, demografici, epidemiologici, sulle dinamiche familiari, sulle teorie e sull'etica, sullo sviluppo della vita, i momenti di crisi e la normalità.

Il percorso alterna una parte teorica di lezioni interattive e di gruppo con una parte pratica clinica che ha l'obiettivo di:

- Chiarire le percezioni e la comprensione del ruolo dell'infermiere familiare;
- Identificare barriere e fattori abilitanti lo sviluppo dell'infermieristica sulla salute della famiglia
- Attuare e valutare un programma di sviluppo per migliorare le pratiche sanitarie familiari
- Supportare e consentire cambiamenti all'interno dei team locali per sviluppare il pieno potenziale del ruolo
- Sviluppare l'assistenza infermieristica di famiglia in ciascun nucleo familiare.

Durante il percorso formativo di tipo pratico, lo studente verrà gradualmente valutato da personale sanitario esperto in grado di accertarsi che lo studente abbia raggiunto le competenze attese.

A fine di tutto il corso lo studente dovrà dimostrare le competenze specifiche richieste, sopra elencate, attraverso un esame finale con l'attribuzione di crediti formativi universitari che gli permetterà di essere un Family Health Nurse.

## **Conclusioni**

Dalla ricerca sopra esposta sono emerse particolari informazioni riguardo l'infermieristica di famiglia e di comunità.

Un dato che può essere ritenuto comune e che fa da sfondo in tutte e due le realtà, è sicuramente rappresentato dal cambiamento delle necessità e dei bisogni sanitari. Come viene riportato nella tesi, l'OMS ha evidenziato un generale invecchiamento della popolazione europea, vedendo le patologie cronico-degenerative come la principale minaccia. Per questo si ribadisce l'importanza fondamentale che ricoprono le cure primarie e la medicina preventiva. In questo contesto la figura dell'infermiere di famiglia e comunità è ritenuta estremamente importante.

All'interno di questo scenario che fa da background, si evince che, nel Regno Unito la figura dell'infermiere può esercitare in più ambiti e con più autonomia e responsabilità. Questo è possibile per via del sistema di formazione, che mette a disposizione vari tipi di specializzazioni, come ad esempio la figura del generalist practice nurse e dell'advanced practice nurse, che con le loro competenze avanzate sono in grado di visitare, prescrivere, consigliare e valutare secondo le proprie abilità, talvolta in collaborazione con il medico di medicina generale, talvolta autonomamente. La diffusione di questo tipo di infermiere nel Regno Unito ha reso possibile la creazione di un sistema sinergico tra infermieri e le altre figure sanitarie, favorendo un'assistenza sanitaria nell'ambito della prevenzione e promozione della salute all'interno della comunità e del territorio.

Per quanto riguarda l'infermieristica di famiglia e di comunità in Scozia, dalle indagini è emerso che, come in Italia, la figura dell'infermiere di famiglia non ha ancora un suo spazio totalmente definito nel Sistema Sanitario Scozzese. Attraverso il progetto Nursing Health Family è stato possibile però, far fronte alle necessità di tutte quelle famiglie residenti in zone rurali e più emarginate rispetto le aree urbane principali. Si può evidenziare che l'avvio di questo progetto ha portato alla creazione di un percorso formativo universitario di tipo magistrale e altamente specializzante, in cui vengono preposte come abilità principali, la presa in carico della famiglia, il coordinamento, la prevenzione e la promozione della salute, con l'obiettivo di raggiungere un livello di sanità adeguata per affrontare i bisogni globali

di salute e di cura della famiglia come unità, dal punto di vista della comunità.

Dai dati che emergono dalla ricerca svolta sull'infermieristica di famiglia e di comunità in Italia, si mette in risalto l'accurato percorso formativo che modella l'infermiere di famiglia con competenze specifiche per una degna presa in carico della famiglia. Si evidenzia però che tale percorso formativo, universitario e post-universitario, non sia totalmente spendibile a livello nazionale, ma solo all'interno di quelle regioni in cui siano state avviate sperimentazioni, che con il tempo, hanno permesso una stabilizzazione dell'infermieristica di famiglia (Friuli Venezia Giulia, Toscana, Piemonte). Questa realtà in Italia non può ancora essere considerata uniformemente consolidata per via di una assenza nel riconoscimento contrattuale, organizzativo e quindi dell'esercizio delle competenze stesse dell'infermiere di famiglia.

In base all'esperienze riportate nella realtà del Regno Unito e scozzese, può ritenersi utile formare infermieri di famiglia con competenze avanzate anche nel contesto italiano, capaci di collaborare a fianco di medici di medicina generale e allo stesso tempo abili nel valutare, educare, coordinare e prendersi cura di ogni componente all'interno di una famiglia. L'obiettivo dell'infermieristica di famiglia e comunità dovrebbe essere quello di lasciarsi alle spalle un po' alla volta quella che è la medicina d'attesa e orientarsi sempre di più verso una medicina proattiva, spostando il focus infermieristico assistenziale all'interno della comunità e a casa delle persone prima che la malattia sopraggiunga.

Un'utile raccomandazione per ricerche future inerenti all'argomento trattato, potrebbe essere quella di verificare il grado di fiducia dell'utenza nel contesto italiano e attraverso un sondaggio sperimentale, valutare come viene visto all'interno della comunità e del territorio un professionista come l'infermiere di famiglia.

## Bibliografia di riferimento

Antonelli D: *L'infermiere di famiglia e cure primarie. Aspetti gestionali e competenze cliniche.* Padova, 2017, PICCIN, pp. 110-123.

Bowling A, Stilwell B: *The nurse in family practice: Practice Nurses, Nurse Practitioners in primary health life care.* Scutari Press, London, 1988.

Calgary, Friedmann, e linee guida master sanità pubblica. Documenti OMS.

Damiani, G., Silvestrini, G., Visca, M., Bellentani, M. D., Capitolo 1: *Che cos'è l'assistenza primaria, in Gruppo Di Lavoro Nazionale Primary Health Care Della Società Italiana Di Igiene, Torino-Milano, 2016, M. P. E. S. P., pp. 30-34.*

Fioravanti L, Spandonaro F: *Continuità Assistenziale: dal principio alla realizzazione. Cosa insegna il disease management. Politiche sanitarie.* 2007, pp. 28-33.

Friedman M.M., Bowden V.R., Jones E.G., *Family nursing: research, theory and practice,* Pearson Education, New Jearsy, 2002.

Nursing and Midwifery Council: *Nursing and Midwifery Concuil definition of advanced nurse practioner.* London, NMC, 2005.

Pellizzari M: *L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi.* Milano, 2008, Mac Graw Hill.

W.H.O: *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region.* Regional Committee Europe, 1998.

World Health Organization, Regional Office for Europe (1998), *HEALTH21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO Europe.*

World Helath Organization (WHO): *The family Helath Nurse. Context, conceptual framework and curriculum.* Europe, 2000.

Rocco G, Marcadelli S, Stievano A, Cipolla C: *Infermiere di famiglia e comunità. Proposte di policy per un nuovo walfare. Ricerca svolta dal Ministero della Salute in collaborazione con il collegio Ipasvi, Roma. Milano, 2017, Franco Angeli editore.*

Royal College of Nursing: *Advanced nurse practitioners: An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practiotioners and programme accreditation.* London, RCN, 2012.

Sasso L, Gamberoni L, Ferraresi A, Tibaldi L: *L'infermiere di famiglia. Scenari assistenziali e orientamenti futuri.* Milano, 2005, MacGraw-Hill, pp 32-35/109-118.

*Scottish Government. NHS Scotland. Setting the direction for nursing and midwifery education in Scotland. 2014. Edinburgh.*

## **Sitografia di riferimento**

*www.accmed.org*

*www.aprirenetwork.it*

*www.davidealgeri.com*

*www.edizionieuropee.it*

*www.euro.who.it*

*www.fnopi.it*

*www.gov.uk.it*

*www.gov.scot/publications.org*

*www.icn.com*

*www.punlichealthmatters.gov.it*

*www.quotidianosanita.it*

*www.webarchive.org.uk*

*www.who.healthstatics/EN.it*

*www.rcn.org.gov.it*

*www.thelancet.com*

*www.trovanorme.salute.gov.it*