

Infermiere di Famiglia e di Comunità

Proposte di policy
per un nuovo welfare

Ricerca svolta in collaborazione
tra Ministero della Salute
e Collegio IPASVI di Roma

a cura di Gennaro Rocco, Silvia
Marcadelli, Alessandro Stievano,
Costantino Cipolla

TEORIA
METODOLOGIA

*S*alute e
società



FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Salute e Società

collana diretta da Costantino Cipolla

La Collana *Salute e Società* (attiva dal 2002) si inserisce in una rete di natura vasta e plurale in cui molteplici iniziative concorrono, pariteticamente, nel definirne l'identità epistemologica e metodologica. L'approccio di riferimento risulta co-istituito secondo uno studio della salute che non è né strettamente medico, né di stampo puramente economico-sanitario. Le tematiche che ruotano attorno al rapporto fra salute e società, con particolare riguardo alle nuove "culture della salute", al ritorno a forme di pluralismo sanitario come conseguenza della diffusione delle medicine alternative, fanno emergere stili inediti di partecipazione dei cittadini al miglioramento della qualità dei servizi sanitari, ai percorsi di umanizzazione e personalizzazione delle cure. Tale prospettiva rimane inoltre aperta ed attenta ai processi di riforma dei sistemi sanitari attualmente in atto, soprattutto nelle società industriali avanzate, nel contesto del più generale processo di globalizzazione operante anche in campo sanitario.

La Collana *Salute e Società* contempla, all'interno della sua rete di riferimento, le seguenti iniziative, qui segnalate con i rappresentanti che ne compongono il Consiglio di direzione (organo fondamentale di coordinamento e di raccordo tra le varie strutture):

- Andrea Antonilli, Susanna Vezzadini (Un. di Bologna), Laurea Magistrale in *Scienze criminologiche per l'investigazione e la sicurezza*;
- Antonio Maturo (Un. di Bologna e Brown University), Rivista *Salute e Società*, quadrimestrale edito in italiano e in inglese (online) da FrancoAngeli;
- Roberto Vignera (Un. di Catania), Delegato AIS, *sezione di sociologia della salute e della medicina*; Tullia Saccheri (Un. di Salerno), Delegato SISS, *Società Italiana di Sociologia della Salute*;
- Cleto Corposanto (Un. della Magna Graecia, Catanzaro), *Centro di Ricerca Interdipartimentale sui Sistemi Sanitari e le Politiche di Welfare (C.R.I.S.P.)*;
- Sebastiano Porcu (Un. di Macerata), Master Universitario di I livello in *Il coordinamento, la progettazione e la gestione dei servizi di educazione, comunicazione e promozione della salute*;
- Sara Sbaragli (Un. di Bologna), *Centro di Studi Avanzati sull'Umanizzazione delle Cure, la Salute e la Sicurezza Sociale (Ce.Um.S)*;
- Anna Coluccia (Un. di Siena), Master Universitario di I livello in *Funzioni Specialistiche e Gestione del coordinamento nelle Professioni Sanitarie*;
- Paolo Vanni (Un. di Firenze), Storico per la *Croce Rossa Internazionale*;
- Guido Giarelli (Un. della Magna Graecia, Catanzaro), Membro dell'Executive Council R.C. 15, "Sociology of Health" dell'International Sociology Association (ISA).

Attività di Alta Formazione:

- Leonardo Altieri (Un. di Bologna), Master Universitario di I livello in *e-Health e qualità dei servizi socio-sanitari*;
- Antonio Maturo (Un. di Bologna), Master Universitario di I livello in *e-Health, società digitale e organizzazione sanitaria*: Tutor Alberto Ardissonne, alberto.ardissone@unibo.it;
- Master Universitario di I livello in *Sicurezza, salute e lavoro*: Tutor Elisabetta Scozzoli, elisabetta.scozzoli@libero.it;
- Corso di Formazione Permanente in *La mediazione civile e commerciale: teoria e pratica*: Tutor: Dafne Chitos, dafnechitos8@hotmail.com;
- Everardo Minardi, Walther Orsi (SISS) (Coordinatori scientifici), Corso di Alta Formazione in *Dalla programmazione alla progettazione sociale. Nuovi strumenti di intervento socio-sanitario*: Tutor Paola Canestrini, paola.canestrini2@unibo.it;
- Corso di Alta Formazione per Medici specialisti nel territorio: Tutor alberto.ardissone@unibo.it.

Ognuna delle attività citate fa capo a reti singole e collettive nazionali ed internazionali, accademiche e professionali, sociologiche e di altre discipline che concorrono complessivamente, a vario titolo, alla presente iniziativa editoriale. La Collana, che prevede, per ogni testo, la valutazione di almeno due referee anonimi, esperti o studiosi dello specifico tema. Alcuni testi di questa collana sono disponibili in commercio nella versione e-book. Tali volumi sono sottoposti allo stesso controllo scientifico (doppio cieco) di quelli presentati in versione a stampa e, pertanto, ne posseggono lo stesso livello di qualità scientifica.

La Collana si articola in tre sezioni:

Confronti

In questa sezione sono contemplati i numeri della Rivista Salute e Società in un'ottica di natura comparativa, tollerante e di un sapere co-prodotto e connesso alla web society. La continuità e la coerenza di un tale approccio sono garantiti allo stesso modo sia dalla presente Collana che dalla Rivista.

Teoria e metodologia

In questa sezione compaiono testi teorici o di riflessione metodologica sulle dimensioni sociali della medicina di impianto anche interdisciplinare e, comunque, inerenti le scienze umane concepite in senso lato.

Ricerca e spendibilità

In questa sezione sono presentati volumi che riprendono indagini, più o meno ampie, di natura empirica o che investono in un'ottica applicativa e spendibile sia lungo il percorso culturale e co-educativo della divulgazione e della vasta diffusione, sia nella prospettiva dell'incidenza sulla realtà socio-sanitaria o, più in generale, dell'influenza sulla salute/malattia.

Responsabili redazionali: Paola Canestrini, paola.canestrini2@unibo.it; Sara Sbaragli, sara.sbaragli2@unibo.it

Infermiere di Famiglia e di Comunità

Proposte di policy
per un nuovo welfare

Ricerca svolta in collaborazione
tra Ministero della Salute
e Collegio IPASVI di Roma

a cura di Gennaro Rocco, Silvia
Marcadelli, Alessandro Stievano,
Costantino Cipolla

Questa ricerca è stata finanziata dal Ministero della Salute in collaborazione con il CECRI.



Copyright © 2017 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di <i>Ausilia Pulimeno, Alessandro Stievano e Gennaro Rocco</i>	pag.	9
Introduzione , di <i>Costantino Cipolla e Silvia Marcadelli</i>	»	11
I. Il contesto internazionale del family e community nursing		
1. L’Infermiere di Famiglia e di Comunità in Spagna , di <i>Alba Bruguès</i>	»	33
2. La Spagna un modello esemplare , di <i>Paola Obbia</i>	»	45
3. La formazione per la salute della famiglia: la prospettiva scozzese , di <i>Clair Graham e Tim Duffy</i>	»	50
4. Family Health Education: la prospettiva scozzese , di <i>Barbara Baccarini</i>	»	63
5. L’infermiere con competenze avanzate nel Regno Unito , di <i>Shirley Reveley</i>	»	68
6. Advanced Nurse Practitioner: la visione nel Regno Unito e la realtà italiana , di <i>Laura Sabatino e Alessandro Stievano</i>	»	86
7. L’Infermiere di famiglia di comunità in Slovenia , di <i>Tamara Štemberger Kolnik e Ester Benko</i>	»	91
8. Esperienza slovena: l’infermiere “consulente privilegiato” per la prevenzione , di <i>Paola Obbia</i>	»	97

9. L'assistenza infermieristica nella sanità pubblica: lavorare» con famiglie e comunità negli Stati Uniti, di Sandra B. Lewenson e Marie Truglio-Londrigan	pag.	100
10. L'infermieristica di famiglia negli USA e in Italia. Un commento e un paragone, di Alberto Ardissonne	»	112
11. Lo sviluppo dell'assistenza infermieristica in Canada in un'ottica di ottimizzazione delle cure primarie, di Barbara Baccarini	»	121
12. Ruoli avanzati infermieristici e cure primarie in Canada, di Alessandro Stievano e Laura Sabatino	»	130

II. L'infermiere di famiglia: una web survey nazionale

13. Il profilo socio-demografico e professionale degli intervistati, di Linda Lombi	»	137
14. Percorsi formativi per l'infermieristica di famiglia e di comunità, di Silvia Marcadelli	»	148
15. Infermiere di famiglia e di comunità: il ruolo agito, di Silvia Marcadelli e Barbara Sena	»	164
16. Il ruolo potenziale dell'infermiere di famiglia e di comunità, di Silvia Marcadelli e Alessia Bertolazzi	»	182

III Le esperienze di infermieristica di famiglia nelle regioni italiane

17. Un confronto trasversale tra le regioni, di Alessia Bertolazzi, Silvia Marcadelli, Alessandro Stievano e Gennaro Rocco	»	203
18. L'infermieristica di famiglia in Emilia-Romagna: tra sperimentazione e successivi orientamenti, di Alberto Ardissonne e Barbara Baccarini	»	226

19. Dalla prestazione sull'individuo alla relazione con la comunità: l'esperienza dell'infermiere di famiglia nella regione Friuli Venezia Giulia , di <i>Anna Zenarolla</i>	pag.	239
20. Esperienze di infermieristica di famiglia nella Regione Lazio , di <i>Alessandro Stievano, Chiara Grossi e Laura Sabatino</i>	»	251
21. Le esperienze di infermieristica di famiglia nelle regioni italiane: Lombardia , di <i>Michele Marzulli</i>	»	261
22. Esperienza di Piemonte e Valle d'Aosta , di <i>Paola Obbia</i>	»	275
23. Esperienze di infermieristica di famiglia e di comunità in Puglia: l'infermiere <i>care manager</i> , di <i>Silvia Marcadelli</i>	»	289
24. Il caso della regione Toscana , di <i>Alessia Bertolazzi</i>	»	305
25. Prospettive per la professione: proposte per le politiche professionali e sociali , di <i>Silvia Marcadelli, Alessandro Stievano, Ausilia Pulimeno e Gennaro Rocco</i>	»	317
Nota metodologica , di <i>Linda Lombi e Alessia Bertolazzi</i>	»	347
Il questionario con le percentuali di frequenza , di <i>Linda Lombi</i>	»	361
Notizie sugli autori	»	379

Prefazione

È trascorso oltre un decennio da quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il ruolo di una nuova figura professionale centrale per l'assistenza di base, l'*infermiere di famiglia*:

WHO – Health 21 (La salute per tutti nel 21° secolo) Obiettivo 15 – “In molti Stati Membri è necessaria una maggiore integrazione del settore sanitario, con un’attenzione particolare all’assistenza sanitaria di primo livello. Al centro dovrebbe collocarsi un’*infermiera di famiglia adeguatamente formata, in grado di offrire consigli sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare per un numero limitato di famiglie*. Servizi più specializzati dovrebbero essere offerti da un medico di famiglia che, insieme all’infermiera, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale sui problemi di salute. Dovrebbe essere prerogativa di ciascun cittadino la libertà di scelta di queste due figure, che dovrebbero occuparsi anche del sostegno attivo all’autocura. Politiche e programmi sanitari di comunità dovrebbero assicurare il coinvolgimento sistematico delle istituzioni locali e delle Organizzazioni Non Governative nel promuovere stili di vita sani, un ambiente più sano nonché un sistema sanitario e sociale efficiente a livello locale. Tale approccio svilupperebbe significativamente la prevenzione delle malattie e delle lesioni e assicurerebbe il trattamento precoce ed efficace di tutti quei pazienti che non necessitano di assistenza ospedaliera. Le strutture per anziani e le altre strutture di lungodegenza dovrebbero avere una maggiore “atmosfera casalinga” ed essere affidate alla responsabilità della comunità locale”.

Da allora, in Italia sono stati fatti vari tentativi di inserimento di questa figura professionale nel Sistema Sanitario, senza però mai giungere ad una ratifica ufficiale regolamentata della stessa figura. Purtroppo, a livello locale, nel campo delle cure primarie, sono attualmente attive alcune sperimentazioni che delineano l’impatto fondamentale che ha l’infermiere del territorio; sperimentazioni che riconducono a un profilo dell'*infermiere di famiglia e/o di comunità*.

Nel processo di riorganizzazione del sistema sanitario nazionale, che a fronte di una riduzione di servizi ospedalieri dovrà necessariamente preve-

dere un potenziamento dei servizi sanitari territoriali e delle cure primarie, l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità deve costituire una soluzione efficace per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione socio-sanitaria. Se ne parla ormai da tanti anni e, qualcosa, anche leggendo i contributi della ricerca presentati in questo libro, si è cominciato a fare a livello nazionale, anche se alcune regioni sono fortemente in ritardo. Comunque, anche nelle regioni dove le sperimentazioni ormai sono consolidate rimane un senso di missione incompiuta. Infatti, la piena legittimazione contrattuale e di riconoscimento dell'infermiere di famiglia e di comunità deve ancora avvenire compiutamente. È in tale logica che si inserisce questa ricerca per favorire, appunto, la legittimazione di tale figura.

Tutto ciò è in linea con le esperienze internazionali presentate nel volume dove l'infermieristica di famiglia e di comunità risulta già integrata nel sistema di cure primarie (Canada, Gran Bretagna, Spagna, Stati Uniti). In Italia, le realtà locali in cui tale figura è stata introdotta in via sperimentale, evidenziano un impatto positivo in termini di riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso e di soddisfazione degli assistiti.

Le aree di intervento per l'infermieristica di famiglia e di comunità che emergono dal volume sono riconducibili a tre: l'assistenza infermieristica domiciliare rivolta al paziente post-acuto o cronico con elevati bisogni assistenziali e al nucleo familiare di riferimento; la promozione di azioni educative e preventive, nonché assistenziali e ambulatoriali rivolte al paziente cronico in buona salute e potenzialmente estensibile a tutta la popolazione e le attività di ricerca promosse attraverso indagini epidemiologiche di comunità che sono spesso in condizioni di svantaggio sociale.

Il presente volume si pone, quindi, un obiettivo ambizioso: quello di dimostrare come l'infermiere di famiglia/comunità sia imprescindibile nell'attuale sistema sanitario per superare la transizione epidemiologica in atto e come questa figura debba costituire un punto fermo delle cure e dell'assistenza socio-sanitaria integrata.

Ausilia Pulimeno, Alessandro Stievano, Gennaro Rocco

Bibliografia

World Health Organization (WHO). *The family health nurse - context, conceptual framework and curriculum*. Documento EUR/00/5019309/13, Ufficio Regionale OMS per l'Europa, Copenaghen, Gennaio 2000.

Introduzione

di Costantino Cipolla e Silvia Marcadelli¹

1. Una ricerca senza precedenti

In questo lavoro viene presentata una ricerca sulla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità che si colloca all'interno di quel filone di studi sulla professione infermieristica la cui prima ricerca di portata nazionale risale al 2003 [Cipolla, Artioli]. A 10 anni di distanza da questa prima, ha fatto seguito la seconda ricerca [Cipolla, Rocco 2014], sempre di portata nazionale, in cui è stato possibile ricostruire quali e quanti cambiamenti siano intercorsi nella professione, nel suo ambito di intervento, nel sistema formativo e, più generale, in quello organizzativo e sociale.

La figura dell'infermiere di famiglia (IdF), proposta nel quadro europeo di *Salute 21*, tarda ad affermarsi nel nostro contesto nazionale.

Ci siamo interessati al tema già dal 2003 [Marcadelli 2003] compiendo, allora, una disamina del ruolo ipotizzato ed una proposta che è rimasta silente, mentre le esigenze della cura, le mutazioni di contesto e alcune sperimentazioni dimostravano già che era necessario rivedere i modelli ospedalocentrici, cioè quei sistemi dominanti di erogazione dei servizi accentrati sulla struttura ed organizzazione ospedaliera. A livello internazionale, la figura dell'IdF era già presente e dava già conto di sé: anzi, proprio dalla necessità e volontà di garantire la cura nelle aree remote, ha origine lo sviluppo delle competenze avanzate ed esperte infermieristiche, come viene bene illustrato nel saggio di Reveley, che analizza lo sviluppo del ruolo del *Nurse Practitioner* in USA e Regno Unito.

L'infermieristica di famiglia, quindi, per essere efficace ed utile al sistema sociale delle cure, deve garantire alcune funzioni fondamentali quali:

- esercizio autonomo e formalmente riconosciuto;
- espressione di competenze avanzate ed esperte;
- capacità di *decision making*;
- capacità di creare connessione sistemica.

¹ Il presente contributo è frutto del confronto congiunto tra i due autori. Tuttavia sono da attribuirsi a Costantino Cipolla il par. 1, e a Silvia Marcadelli il resto del lavoro.

Con questo quadro di riferimento è stata progettata² e condotta la ricerca nazionale, che andiamo a presentare in questo volume.

Due, i settori analizzati: il contesto internazionale, che presenta una selezione di paesi da cui trarre riflessioni e confronti e il contesto nazionale, in cui l'analisi della figura è stata effettuata con una ricerca di tipo integrato *mixed research* che ha utilizzato strumenti quali-quantitativi.

La nota metodologica curata da Linda Lombi e Alessia Bertolazzi, dà conto di tutto il percorso

Il volume si conclude con la definizione di un profilo di competenza per questa figura professionale e con proposte operative utili sia per le politiche sociali che quelle professionali.

2. L'infermieristica di famiglia nel contesto internazionale

L'analisi della letteratura internazionale esistente sul tema, ha messo in evidenza che l'infermieristica di comunità risulta già integrata nel sistema delle cure primarie in Australia, Canada e Stati Uniti, Scozia, Spagna, Inghilterra e in fase di sperimentazione in molti altri paesi avanzati e non, come Slovenia, Qatar e il Botswana. Sono state selezionate, quindi, alcune significative esperienze di sviluppo ed applicazione i seguenti stati: Spagna, Scozia, Inghilterra e Slovenia per l'ambito europeo mentre sono stati considerati Stati Uniti e Canada per il contesto extraeuropeo.

Il volume è stato strutturato in modo da far seguire ad ogni esperienza riportata un commento di approfondimento e riflessione.

L'esperienza spagnola, presentata da Alba Brugués e commentata da Paola Obbia, mostra come in Spagna l'assistenza infermieristica sia stata inserita nelle cure primarie già dal 1984 (Regio Decreto 133/1984). Contestualmente la formazione infermieristica è stata avviata all'interno di un percorso universitario nel cui piano di studi erano previste materie come la Salute Pubblica e l'infermieristica di comunità in un percorso formativo congiunto con i medici. Rilevante, è l'esperienza dell'infermieristica di famiglia Catalana, in cui l'accesso diretto alle cure infermieristiche, l'assegnazione nominale dei cittadini agli infermieri consente una dinamica risoluzione di problemi di salute e la realizzazione di interventi di prevenzione che sostengono i cittadini, i nuclei e le comunità nel farsi carico più autonomamente della propria sicurezza e della propria salute. In questo senso, l'accesso alle cure primarie è garantito non solo dal medico di medicina generale ma da un sistema d'intervento precoce e risolutivo che vede collaborazione e sinergia tra cura e assistenza.

² La progettazione ha avuto inizio alla fine del 2012, mentre la parte empirica è stata condotta da febbraio 2014 a febbraio 2015.

Tre sono gli elementi pregnanti di questa esperienza: il libero accesso all'assistenza infermieristica, l'attribuzione dell'infermiere di riferimento a tutti i cittadini e il riconoscimento delle competenze avanzate degli infermieri, con la legittimazione ad esercitarle.

Clair Graham e Tim Duffy, con il commento di Barbara Baccarini, illustrano il ruolo di leadership che l'Università della Scozia ha avuto nel progetto Europeo sull'infermieristica di famiglia e sul successivo sviluppo del patto educativo sulla salute della famiglia.

La Scozia ha abbracciato i principi di *Salute 21*, la strategia politica dell'OMS per la salute globale nel Ventunesimo secolo e realizzato un progetto pilota di formazione sull'infermieristica di famiglia nel 2001. Il progetto si è sviluppato in due fasi: la prima, realizzata nelle aree remote e rurali e la seconda nelle aree urbane. In seguito ai feedback da parte delle organizzazioni, la Scozia ha deciso per un suo modello di infermieristica di famiglia, orientando la scelta verso il mantenimento dei ruoli "specialisti" nelle cure primarie e non quello di infermiere "generalista". Particolare enfasi è posta, in Scozia, sull'infermieristica comunitaria, per il contributo che questa può dare sia nel supporto in molti dei problemi di salute e sociali odierni come, ad esempio, nell'ambito delle demenze, nel sostegno e protezione degli adulti vulnerabili, sia anche nella prevenzione e promozione della salute di giovani, famiglie e bambini. In tal senso è riconosciuto all'infermieristica di comunità un importante ruolo di promozione sociale, nella riduzione delle diseguaglianze e nella fruizione dei servizi per la salute. In Scozia è attivato un corso di laurea Magistrale in Salute della Famiglia, che mira a formare laureati altamente competenti e qualificati per esercitare a livello avanzato e diventare esperti clinici, e in cui gli studenti sono incoraggiati ad apprezzare la complessità dei sistemi di assistenza sanitaria in relazione all'impatto che il clima economico globale ha sulle prestazioni e sulla sostenibilità delle cure.

Shirley Reveley analizza e ricostruisce lo sviluppo delle competenze avanzate dell'infermiere nel Regno Unito. Segue, al suo saggio, il commento di Laura Sabatino e Alessandro Stievano. Il bisogno di competenze avanzate è emerso nell'ambito delle cure comunitarie: infatti, nel Regno Unito (ma ciò emerge anche negli Stati Uniti), fu necessario "sopperire a criticità" dovute alla carenza di medici nelle zone rurali o povere. Era, quindi, indispensabile che l'infermiere fosse in grado di lavorare autonomamente, risolvendo problemi di salute laddove questi avevano il primo impatto: nelle comunità, sul territorio e nei quartieri. Solo con il tempo, per la modifica del bisogno da un lato e per le importanti abilità agite dall'altro, le competenze avanzate infermieristiche sono state impiegate in ambiti diversi, tanto che oggi i *setting* in cui gli infermieri esprimono competenze avanzate sono molteplici e comprendono gli ospedali per acuti, l'assistenza domiciliare e quella sanitaria di base (studi dei medici di famiglia), gli *ho-*

spice e altro. Il commento al saggio mette in luce la visione e il senso etico del governo britannico, che ha saputo cogliere l'opportunità di utilizzare e favorire lo sviluppo della figura infermieristica nell'interesse della comunità per la tutela della salute pubblica in diversi settori della sanità. Infatti, anziché ravvisarne un rischio per i cittadini, l'infermiere con competenze avanzate è stato considerato una risorsa e un'occasione di miglioramento nella fornitura di cure, da parte del *National Health Service* (NHS) britannico. Il superamento del nodo della prescrizione, che invece costituisce in Italia un tema aperto e da affrontare che difficilmente verrà sciolto in pochi anni, vista la preponderante dominanza medica [Sabatino *et al.* 2014], ha consentito quella flessibilità e libertà di intervento che ha reso la figura realmente utile alla popolazione. I programmi formativi, i sistemi di valutazione e certificazione delle competenze e quelli di supervisione, aiutano da un lato il professionista nell'assunzione delle responsabilità e dall'altro nella presa di coscienza e consapevolezza delle proprie possibilità intellettive che si concretizzano nella pratica; in tal senso non si pone il problema dell'erosione dei confini professionali [Tousijn 2000] o di un eventuale esercizio abusivo della professione medica.

Il saggio curato da Tamara Štemberger Kolnik ed Ester Benko, commentato da Paola Obbia, illustra le basi delle cure primarie e il ruolo dell'infermieristica di famiglia e di comunità che è stato sviluppato in Slovenia, in cui la formazione infermieristica avviene all'interno del sistema universitario, di norma triennale, ed è possibile conseguire una specializzazione post-base in infermieristica di famiglia della durata di un anno.

Centrale, anche in questo contesto, risulta la capacità di intervento autonomo dell'infermiere, abilitato per effettuare visite e valutazioni che consentono di attuare in modo precoce e proattivo interventi di prevenzione, di educazione sanitaria e terapeutica. Sostenuto da una normativa che definisce anche gli standard di intervento minimo per conseguire i risultati di prevenzione, debitamente descritti, la figura dell'infermiere di famiglia ha acquisito un forte status riconosciuto e "sentito" dalla popolazione e dagli appartenenti alla professione: infatti, tali infermieri sono considerati dalle persone "consulenti privilegiati" a cui rivolgersi. La cura rivolta alle famiglie, soprattutto nell'ambito della maternità e dell'infanzia, senza trascurare l'ambito della disabilità, della malattia cronica e dell'età avanzata, con un approccio basato sul ciclo di vita, consente un'efficace trasmissione di una visione della vita volta alla tutela della salute. Accanto alla funzione tradizionale di cura ed educazione sanitaria, all'infermiere di famiglia è riconosciuta quella di connettore sistemico, poiché nell'infermieristica, più che in altre discipline, vi è la contemporanea e possibile condivisione di paradigmi diversi di riferimento per il pensiero e per l'azione [Marcadelli 2016: 174-178]: infatti, dal collegamento con i medici di famiglia e con le strutture

governative e non governative si riconosce la rilevanza nella soluzione di problemi attuali o potenziali che le persone presentano.

Le esperienze di oltre Oceano presentate sono quelle di Stati Uniti e Canada.

Il lavoro degli infermieri nella sanità pubblica statunitense è descritto nel contributo di Sandra B. Lewenson e Marie Truglio-Londrigan ed è commentato da Alberto Ardisson.

Interessante l'approccio che contestualizza in una cornice storica l'evoluzione della figura, ricostruendo come storicamente si sia organizzata l'assistenza nelle aree urbane e rurali del paese. La mobilitazione sui temi di sanità pubblica prende l'avvio con il movimento progressista, che ha dato origine a quella definita come la *Progressive Era*, indicata dagli storici americani nel periodo che va dal 1901-1917. Il movimento di organizzazione sanitaria, che ne è antecedente, infatti, vede il suo inizio proprio con iniziative come quella citata nel saggio, ad opera della leader dell'assistenza Lillian Wald, riconosciuta come colei che ha coniato il termine di "infermiere di sanità pubblica" e che ha organizzato il primo servizio di infermiere visitatrici nell'area urbana del Lower East Side di New York, come parte dell'*Henry Street Nurse's Settlement*. Questa è la prima delle due esperienze descritte, che rappresenta una trasformazione nell'organizzazione di un'assistenza di prossimità che ha avuto il merito di provvedere all'erogazione diretta delle cure e di concorrere all'inclusione sociale. La seconda esperienza rende evidente l'importanza che ha avuto l'affiliazione con la Croce Rossa Americana per ottenere risultati di salute nelle zone rurali. Tale struttura non era solo un riferimento per gli standard professionali, ma ha avuto un ruolo sostanziale per il supporto delle comunità sia per il reperimento di fondi da destinare all'assistenza di base, sia per fornire personale adeguatamente preparato e competente. Il commento di Alberto Ardisson confronta queste due esperienze originarie con ciò che si è sviluppato in Italia, ponendo l'attenzione sia sulla diversa datazione cui risalgono i primi interventi/sperimentazioni di figure infermieristiche per la famiglia e la comunità, sia sull'influenza che queste hanno avuto sullo sviluppo della formazione infermieristica.

Barbara Baccarini analizza la situazione e lo sviluppo dell'assistenza infermieristica nelle cure primarie in Canada. Emerge, nel saggio, un quadro orientato ad ottimizzare il ruolo degli infermieri, quali soggetti chiave e rilevanti per la fornitura di servizi alla popolazione. Tuttavia, il saggio non manca di evidenziare un quadro eterogeneo in merito all'evoluzione e potenziamento dell'assistenza infermieristica delle cure primarie sul territorio canadese. Si possono riscontrare, infatti, da un lato alcune "realità virtuose" che operano già in un contesto di ottimizzazione, grazie alla valorizzazione della figura infermieristica, così come si riscontrano realtà "meno virtuose", dove si richiede la promozione dell'acquisizione di competenze infermieri-

stiche spendibili in modo più capillare in un contesto composito a livello territoriale e organizzativo. In questo, senso si auspica che un ruolo importante lo assumeranno, nei prossimi anni, le tecnologie che potranno consentire agli infermieri una maggior continuità nel seguire gli assistiti evitando inutili e prolungati ricoveri ospedalieri. Alessandro Stievano e Laura Sabatino che commentano il saggio, mettono in luce che gli infermieri con competenze avanzate, i *nurse practitioner* e i *clinical nurse specialist*, esistono in Canada da circa 50 anni: sono professionisti che hanno acquisito con la formazione e l'esperienza, capacità decisionali complesse e competenze cliniche per una pratica avanzata molto autonoma, anche in ambiti rurali e remoti, in vari campi del nursing tra cui quello delle cure primarie: nel Canada le competenze avanzate nell'ambito delle cure primarie sono patrimonio dei *primary healthcare nurse practitioner* (PHCNP).

Il quadro generale che si ricava dalle esperienze internazionali è quello di una situazione molto diversa da quella che presenta la professione infermieristica in Italia. In quasi tutte le esperienze analizzate si riconosce agli infermieri di famiglia e di comunità una pratica avanzata che consente la valorizzazione di quelle competenze attese sopra menzionate: esercizio autonomo e formalmente riconosciuto, espressione di competenze esperte, capacità di *decision making* e capacità di creare connessione sistemica.

Nel nostro paese, la discussione sulle competenze avanzate da riconoscere agli infermieri è aperta e sono in via di definizione e sviluppo interventi significativi al riguardo. A tal proposito la Federazione Nazionale Ispavi svolge una ferma attività di promozione, che trova non poche resistenze da parte della componente medica, considerando anche i sostanziali ritardi nell'applicazione della legge esistente che, comunque, già prevede un riconoscimento di alcuni ruoli (come quello di esperto clinico, previsto dalla legge 43/2006).

3. Infermieristica di famiglia e di comunità in Italia: il quadro della ricerca

Per meglio rilevare la situazione italiana è stata condotta una ricerca di tipo integrato *mixed research*: sono state somministrate interviste strutturate (questionario) ad infermieri in possesso del titolo di infermiere di famiglia o assimilabile, o che lavorano sul territorio con o senza titolo specifico; contestualmente sono state condotte interviste in profondità a testimoni "privilegiati" nell'ambito di regioni selezionate in cui fosse presente una sperimentazione o vi fosse una situazione consolidata di infermieristica di famiglia e di comunità.

Nel primo caso è stata utilizzata una metodologia di tipo quantitativo attraverso una *web survey*, e il questionario è stato somministrato con un ap-

proccio di tipo misto, *mixed mode*³, sfruttando le potenzialità del web, e rivolgendo l'invito al collettivo di riferimento mediante più canali, come i siti della federazione Ipasvi, quelli delle aziende sanitarie che hanno risposto in modo positivo all'invito di collaborare, i siti delle associazioni professionali e attraverso i *social network*. Degno di nota è sicuramente il tenore della partecipazione avvenuta principalmente attraverso i canali istituzionali: infatti il 49% dei rispondenti ha compilato il questionario accedendo dal sito della federazione Ipasvi, percentuale che sommata ad altri siti istituzionali, come quelli dei portali delle aziende sanitarie e delle associazioni di categoria che hanno dato la loro disponibilità alla rilevazione, raggiunge il 77%, lasciando ai social network una percentuale di partecipazione del solo 8%.

Con questa ricerca, si sono voluti indagare i contenuti formativi, le competenze ed attività che avrebbero dovuto costituire il *background* formativo e professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità, esplorando due elementi fondamentali: l'esperienza formativa di coloro in possesso di una formazione professionalizzante; le competenze, le abilità e le attività richieste all'infermiere che opera a livello territoriale per individuare un'adeguata programmazione dei contenuti livello formativo e dei contenuti professionale.

La partecipazione è stata notevole, poiché si è avuto un ritorno di 2.204 questionari, mentre il campione, ripulito da *missing* nelle risposte maggiore dell'80% e da coloro che hanno dichiarato di non essere infermieri, è risultato pari a 1.817 casi.

3.1. La web survey

Nell'analisi dei dati, curata da Linda Lombi, si evidenziano alcune caratteristiche: pur permanendo la connotazione di genere della professione⁴, si osserva un dato interessante che evidenzia come gli infermieri più adulti, in termini anagrafici, siano ben rappresentati nella *survey* a differenza di quanto si sarebbe potuto ipotizzare, in merito alla padronanza degli strumenti "on line"⁵. Il campione è costituito in larga parte da soggetti con esperienza professionale di lungo periodo nel nursing, ed emerge che si tratta di professionisti che operano in maniera più marcata in enti pubblici che più frequentemente hanno un contratto a tempo indeterminato. I risulta-

³ Gli inviti alla partecipazione sono stati diffusi attraverso tre canali: e-mail, link in pagine web e per un numero molto contenuto di soggetti, tramite sms.. Cfr. nota metodologica.

⁴ Il 71,3% del campione è composto da femmine, dato sovrapponibile alla composizione per genere della professione infermieristica a livello nazionale [Ipasvi 2013].

⁵ Infatti, il gruppo più consistente è rappresentato dalla classe di età 35-49 anni (50,9%) e, a seguire, over 50 (26%) e fino a 34 anni (23,3%)

ti mostrano come molti infermieri svolgano la propria professione sul territorio pur in assenza di una formazione specifica: i dati concernenti il profilo socio-demografico e professionale di coloro impegnati nella formazione in nursing di famiglia evidenziano come emerga al contempo un bisogno formativo specifico tra coloro che già operano sul territorio che nella maggior parte dei casi hanno un lavoro di tipo stabile. Si tratta pertanto di una necessità che si origina dal basso e che testimonia l'esigenza di investire maggiormente nel riconoscimento, sia sul piano della formazione sia su quello professionale, di questa figura.

Nello studio il tema della formazione, viene affrontato nel saggio di Silvia Marcadelli in cui si ricostruisce il percorso di attivazione dei Master universitari in infermieristica di famiglia e comunità. I primi master sono stati istituiti, nell'anno accademico 2003/2004, sulle indicazioni della Federazione Ipasvi del 2001: *Linee guida per la formazione complementare in sanità pubblica*, con la denominazione, appunto, di Infermieristica in Sanità Pubblica. Emerge, quindi, un importante interesse per la formazione complementare e colpisce il fatto che, stante l'assenza di un riconoscimento formale, esistano infermieri che, pur avendo come ambito di lavoro l'ospedale, hanno concluso o frequentano un corso di perfezionamento o una specializzazione in infermieristica di famiglia e di comunità, suggerendo che il bisogno di competenze è, prima di tutto, una ricerca da parte dei professionisti di una modalità per operare al meglio e fornire risposte adeguate agli assistiti.

Sono poi affrontate le dimensioni del ruolo, in due saggi successivi: uno curato da Silvia Marcadelli e Barbara Sena ed uno curato da Silvia Marcadelli e Alessia Bertolazzi. Le dimensioni del ruolo infermieristico sono riconducibili a tre livelli di esercizio: un ruolo *agito*, uno *potenziale* ed uno *possibile*⁶. Tale espressione del ruolo richiede competenze, comportamenti e "spazi" di esercizio differenti.

⁶ Tale teorizzazione ha origine dal pensiero di Tiziana Lavalle, che ha analizzato le dimensioni del ruolo infermieristico a partire dal 1995, anni in cui la professione infermieristica iniziava a riflettere sulla sua autonomia, a seguito della emanazione del profilo professionale e in attesa della abrogazione del mansionario. Lavalle, classificava il ruolo come prescritto, potenziale e possibile. Il *ruolo prescritto* è quello che deriva dall'applicazione rigida del contenuto prescrittivo di una mansione o di un lavoro (ciò che non può non essere fatto) e non prevede nessun livello di iniziativa o di creatività. Rispetto allo stato giuridico del personale infermieristico, l'agire secondo il ruolo prescritto era coerente con le "prescrizioni" normative del DPR 225 del 14/03/1974 (Mansionario). Il *ruolo potenziale* è quello che deriva dall'esercizio di un'attività in cui è prevista una discrezionalità nelle decisioni. Nell'ambito dello stato giuridico del personale l'agire secondo ruolo potenziale è coerente con quanto definito nel DPR 739 del 14/9/1994 (Profilo Professionale). Il *ruolo possibile* è quello che deriva dallo svolgimento di un'attività in cui trova spazio una creatività ragionata/responsabile che dovrebbe derivare dalla considerazione di tutti gli elementi di contesto e le variabili individuali, in cui l'elemento predominante è la condivisione di norme e valori da parte di tutti i componenti delle équipes [Lavalle 1998]. Tale classificazione, qui rielabo-

Nell'infermieristica di famiglia indagata con la nostra ricerca, nel ruolo attuale, quello *agito*, l'infermiere esprime poliedricità [Cipolla, Sena 2014], anche rispetto ad altre professioni sanitarie, che consiste nel mettere in campo, soprattutto nel rapporto con il paziente e i rispettivi *caregiver*, tanto capacità tecniche, quanto abilità progettuali a lungo termine. In altre parole, per questa figura diventa fondamentale possedere non solo competenze *esperte*, acquisite attraverso l'esperienza professionale e caratterizzate da una solida conoscenza clinica e scientifica e dalle abilità relazionali per contemplare la partecipazione più attiva dei pazienti nel processo di cura, ma anche da *skill* più specifiche quali la capacità di prendere decisioni, l'intuizione e competenze *avanzate* di specializzazione clinica e di utilizzo delle innovazioni tecnologiche. L'infermiere mostra di possedere non solo le competenze adeguate, ma anche un grado di esperienza e consapevolezza di queste sue abilità che lo rendono anche molto più sicuro e autonomo nello svolgimento della propria professione. Tuttavia, rilevano Marcadelli e Sena, vi è una tendenza stridente in merito: questa particolare figura sembra che non eserciti appieno le sue funzioni, essendo ancora estremamente limitata nel suo esercizio, rispetto alle potenzialità di ruolo identificate dall'OMS. Dall'indagine, infatti, si evidenzia come, di fatto, l'infermiere ancora non svolga in modo più sostanziale attività di educazione sanitaria e come, più in generale, si occupi scarsamente di prevenzione delle malattie dei componenti della famiglia. Degna di nota è la messa in luce, da parte degli intervistati, di un *gap* nell'implementazione delle nuove tecnologie nella pratica lavorativa quotidiana dell'infermiere, come già rilevato nella seconda ricerca nazionale [Ardissone, Lombi 2014]. L'indice di informatizzazione, costruito sintetizzando in una nuova variabile le risposte date alla batteria di domande sull'uso degli strumenti informatici, risulta basso tra gli intervistati, ma è correlato positivamente sia alla posizione occupata nell'organizzazione (più alto per dirigenti e coordinatori), sia in relazione al livello di formazione raggiunto. Tuttavia, se l'infermiere di famiglia e di comunità svolge nel territorio un ruolo già molto importante, risulta una figura ancora "sottoutilizzata" rispetto a ciò che già esprime e alle potenzialità di utilizzo soprattutto nell'ambito delle cure primarie.

Nel merito del ruolo *potenziale* – il ruolo *possibile* verrà discusso nella conclusione di questa introduzione –, Silvia Marcadelli e Alessia Bertolazzi delineano un orientamento verso l'appropriatezza, che ha un effetto positivo sul sistema dei costi (legato al superamento del modello ospedalocentrico, a favore di un modello socio-assistenziale di prossimità), ma anche sul carico delle famiglie, che possono trovare nell'infermiere di famiglia e di

rata, è ancora attuale, poiché sebbene oggi si sia finalmente nella condizione di considerare quella infermieristica una professione a tutti gli effetti, libera dai vincoli di subalternità, ancora non esprime tutte le sue possibilità. Per cui, il ruolo prescritto, viene sostituito dal ruolo "attuale", restano invariati i concetti di ruolo potenziale e ruolo possibile.

comunità un professionista in grado di orientare, indirizzare e supportare individui e *caregiver*. Tale professionista sarebbe in grado di favorire la continuità assistenziale alimentando il circuito virtuoso del prendersi cura, attraverso la presa in carico delle problematiche di salute e di malattia. Gli ambiti di attività esclusiva, complementare e collaborativa analizzati, mettono in luce quegli aspetti che valorizzano maggiormente la collaborazione, pur identificando con chiarezza quelle che sono le competenze distintive. In particolare, vi sono settori che rappresentano nodi problematici che avrebbero un maggiore e migliore impatto sulla continuità delle cure, rivestendo anche carattere di appropriatezza. Si tratta della prescrizione, in particolare, di presidi, dispositivi ed ausili, su cui il campione dei rispondenti si esprime con molta chiarezza. Infatti, le aree messe in risalto dagli intervistati sulle competenze distintive sono proprio quelle attinenti a questo tema: utilizzo appropriato di presidi, ausili e dispositivi. Oggi, più che la prescrizione farmacologica, la prescrizione di presidi ausili e dispositivi per il medico rischia di diventare un'attività dal carattere prevalentemente burocratico più che un'azione di valutazione vera e propria. Perseverare in rigidità e chiusure, ostacolando ancora questa attribuzione di competenza agli infermieri, risulta più una difficoltà creata agli assistiti che non un rischio di erosione ed appropriazione di altri ambiti professionali.

3.2. Le esperienze dell'infermieristica di famiglia nelle regioni italiane

La parte qualitativa della rilevazione ha consentito ai ricercatori di approfondire la conoscenza e, talvolta, di portare alla luce dimensioni latenti che favoriscono l'interpretazione della realtà. È stato, quindi, fondamentale indagare, parallelamente alla rilevazione quantitativa, al fine di identificare sul piano operativo, la correlazione tra livello di formazione ed effettiva occupazione; la differenza tra autonomia professionale agita e dichiarata; la qualità del rapporto con colleghi e medici di medicina generale (MMG); la qualità del rapporto con pazienti e *caregiver*; la percezione della soddisfazione lavorativa. Inoltre, con l'analisi del contenuto delle interviste si sono rilevati, oltre gli aspetti sopraccitati, i punti forza/criticità dei seguenti aspetti: modelli organizzativi dell'infermieristica territoriale; inserimento professionale degli infermieri di famiglia e di comunità/sanità pubblica, soddisfazione percepita da pazienti, famiglie e MMG.

Dapprima è stata effettuata una ricognizione del livello delle sperimentazioni nel territorio nazionale, successivamente sono state selezionate otto regioni⁷ reputate rappresentative delle principali esperienze di infermieristi-

⁷ La nota metodologica, curata da Linda Lombi ed Alessia Bertolazzi, rende ragione delle scelte effettuate dai ricercatori e delle modalità con cui sono stati selezionati i testimoni significativi, condotte le rilevazioni ed analizzati i dati raccolti.