

INFERMIERE DI FAMIGLIA E LE CURE PRIMARIE: A CHE PUNTO SIAMO?

A cura di E.Fagiani* R.Canestrà*

*Infermiere INRCA Ancona

Introduzione

Nel 1998 l'OMS nel progetto health 21 all'obiettivo 15 introduce il concetto di infermiere di famiglia, partendo dalla necessità di potenziare l'assistenza sanitaria di primo livello. L'esigenza di passare da un modello di sanità "on demand" ad un modello proattivo inteso come medicina d'iniziativa crea nuovi percorsi che contribuiscono in maniera decisiva al processo di deospedalizzazione. Si inquadra una figura infermieristica adeguatamente formata (master 1 liv.) all'interno del sistema preventivo/educativo e assistenziale di un numero limitato di famiglie che operi in un setting domiciliare, con l'obiettivo di incidere anche sui fattori di rischio modificabili utilizzando competenze di educatore alla promozione e prevenzione della salute⁽¹⁾. L'infermiere di famiglia diventa insieme al medico perno della rete dei servizi. Le sue competenze convergono nella promozione e protezione della salute di tutta la popolazione lungo tutto l'arco della vita, nella riduzione dell'incidenza di malattie e incidenti più comuni, nell'aiutare gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, nell'agire sugli stili di vita⁽²⁾

Materiali e Metodi

È stata condotta una revisione critica della letteratura sulle maggiori banche dati (PUBMED, CINAHL, GOOGLE-SCHOLAR) inoltre è stata effettuata una valutazione della documentazione Nazionale ed Internazionale relativa al tema di interesse. (HEALTH 21, legge Balduzzi e successive modifiche, atti 14° rapporto CREA). Sono stati studiati modelli di assistenza domiciliare infermieristica di Stati diversi dall'Italia come l'America e il Regno Unito

Risultati e discussione

HEALTH 21, è il documento di politica sanitaria prodotto dall'OMS del 1998; individua 21 obiettivi strategici che devono essere perseguiti a livello internazionale, nazionale e locale per il miglioramento globale della salute; i valori fondamentali dell'HEALTH 21 sono tre: la salute come diritto umano, equità in salute, partecipazione e responsabilità di tutti nello sviluppo e nella promozione alla salute. Il fine costante è quello di raggiungere il pieno potenziale di Salute per tutti attraverso la realizzazione di due scopi principali: promuovere e proteggere la salute delle persone lungo tutto l'arco della loro vita e ridurre l'incidenza e la sofferenza causata dalle principali malattie e lesioni. In particolare HEALTH 21 all'obiettivo 15 pone particolare attenzione all'assistenza sanitaria di primo livello al centro della quale si colloca un infermiere di famiglia adeguatamente formato in grado di offrire consigli sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare per un numero limitato di famiglie⁽³⁾. Insieme al medico di famiglia l'infermiere deve interagire con le strutture della comunità locale sui problemi di salute. L'attenzione proattiva alle cure primarie sviluppa prevenzione e trattamento precoce di pazienti che non necessitano di cure ospedaliere. L'infermiere di famiglia è quel professionista sanitario che opera nel territorio e che ha la responsabilità di assistere e prendersi cura della persona; sviluppa obiettivi di salute agendo sui corretti stili di vita, lavorando sui percorsi clinico assistenziali in collaborazione e in continuità

con gli ospedali e le residenze assistenziali, in regime di dipendenza o libero-professionale⁽⁴⁾. In Italia è il Decreto Balduzzi del 2012 propone una riorganizzazione, a livello nazionale, delle cure primarie, in ambito domiciliare e territoriale, con l'istituzione di ambulatori che forniscono assistenza 24 ore su 24 e con l'istituzione delle case della salute e ospedali di comunità; nel 2014 viene notificata una modifica al decreto Balduzzi Decreto Legge n. 158/2012 sulla ridefinizione dei servizi delle cure primarie che diventano il core strategico per la riorganizzazione sanitaria e per il contenimento delle spese della sanità pubblica; successivamente la Legge Regionale n. 23/2015 all'art 10 comma 10 conferisce alle AST Lombarde il mandato di inserire all'interno delle equipe di operatori afferenti alle cure primarie il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie. Nel Regno Unito l'Infermiere di famiglia (Public health nurse e generalist nurse) lavora in piccole o grandi comunità ed effettua interventi educativi, relazionali e pratici che riguardano la salute. Negli USA l'Infermiere di Famiglia (nurse practitioner) è una figura professionale che agisce solitamente sotto la supervisione del medico ed è deputata alla cura dello stato di salute della famiglia, fornisce interventi educativi e di supporto nell'assistenza sanitaria in tutte le fasi, effettua diagnosi sulle malattie, prescrive alcuni tipi di farmaci ed esegue terapie, prescrive esami di routine, test di laboratorio ed esami diagnostici. In Polonia l'infermiere di Famiglia collabora con il medico di famiglia o è coinvolto all'assistenza familiare in modo indipendente; i medici di famiglia stipulano contratti con il fondo sanitario nazionale (assicurazioni) per la fornitura di cure nel campo della medicina di famiglia, compresa l'assistenza infermieristica, quindi gli infermieri sono assunti da un medico per fornire assistenza sanitaria di comunità a tutti i pazienti registrati. In Norvegia il servizio di assistenza domiciliare fa parte del servizio sanitario pubblico dei comuni (modello scandinavo o nordico) I cittadini richiedono l'assistenza al Comune che invia a casa un infermiere che redige un documento atto a valutare il livello di esigenze individuali di cura in tempo-minuti (IPLoS- Individbasert pleie- og oms-org-sstatistikk) e che eroga l'assistenza riabilitativa, terapeutica, assistenziale e infermieristica. In Italia, come nel resto del mondo, è ormai mutato il quadro epidemiologico e sociale; l'innalzamento della vita media ha portato ad un aumento delle patologie cronico degenerative che necessitano di assistenza primaria⁽⁷⁾. Le deospedalizzazioni precoci, necessarie per ridurre la spesa sanitaria e per avere quanti più posti letto disponibili possibili, hanno come conseguenza condizioni di pazienti convalescenti ancora bisognosi di cure mediche assistenziali e riabilitative. Assistenza primaria, cure palliative e cure mediche assistenziali e riabilitative devono essere erogate al domicilio del paziente al fine principale di mettere lo stesso al centro di tutti i percorsi assistenziali. Le aziende sanitarie devono quindi far fronte ad una richiesta nuova della popolazione, che è la domanda di assistenza sanitaria a domicilio erogabile dal medico di medicina generale e da una nuova figura come l'infermiere di famiglia. Ne è ormai certa la Presidente della Federazione Nazionale Infermieri Barbara Mangiacavalli⁽⁸⁾ che all'inizio del 2019 torna sul tema "cure primarie-infermiere di famiglia" sulla Rivista Panorama Sanità e propone micro-equipe di infermieri sul territorio (1 infermiere per 500 abitanti) che lavorino al fianco del medico di famiglia (1 medico per 1500 abitanti). Il 14° rapporto sanità del CREA (Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità promosso dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata")⁽⁹⁾, in partnership con la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale e Aziende sensibili alla ricerca a supporto delle politiche sanitarie, rileva la spinta verso forme aggregative di medici, infermieri, operatori sociosanitari e specialisti ambulatoriali e verso gruppi multiprofessionali e multidisciplinari. L'obiettivo primario di queste aggregazioni è la realizzazione della presa in carico del paziente e della continuità delle cure di cui ha bisogno per stati cronici, per deospedalizzazione precoce o

non autosufficienza/disabilità ⁽¹⁰⁾. All'interno dei gruppi vanno definiti ruoli e compiti e in particolare il MMG definisce il Piano di cura e il coordinamento clinico, mentre l'infermiere svolge il ruolo di Care Manager. Dopo giusta diagnosi ed impostazione di giusta terapia il paziente ha necessità di essere seguito, guidato e aiutato nei suoi bisogni di salute, quindi l'infermiere in queste nuove realtà assume un ruolo primario perché "seguire" "aiutare" e "guidare" sono sue prerogative come riporta Il Codice Deontologico dell'Infermiere 2009. L'infermiere di famiglia può gestire i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità in collaborazione con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, il medico di comunità e l'equipe multiprofessionale per trovare soluzioni ai bisogni di salute. L'infermiere di famiglia è chiesto dagli stessi cittadini infatti dai risultati dell'ultimo Osservatorio civico FNOPI- Cittadinanza oltre il 79% di loro vorrebbe poter disporre di un infermiere di famiglia come dispongono del MMG e alcune regioni hanno già attivato la nuova figura o in forma sperimentale o con proposte di legge ad hoc. (La prima regione ad introdurre la figura dell'infermiere di famiglia e l'ambulatorio di infermieri di famiglia sul territorio è stata la Lombardia nel 2014) ⁽¹¹⁾. L'infermiere di famiglia potrà operare come pubblico dipendente ma ancor più come libero professionista o convenzionato proprio come lo è il MMG in modo tale da poter dividere con quest'ultimo il rischio di impresa.

Conclusioni

La società italiana è sempre più costituita da individui anziani e affetti da malattie croniche; il MMG non può più garantire da solo la completa presa in carico degli assistiti e della comunità. Essi dovranno essere supportati da team multiprofessionali che collaboreranno al fine di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini. E della comunità. Le competenze dell'infermiere di famiglia sono : -aiutare gli individui ad adattarsi alla malattia, alla vecchiaia, alla disabilità cronica, alla convalescenza -lavorare al domicilio del paziente e con la famiglia -fornire consulenza sugli stili di vita e sui fattori comportamentali di rischio - richiedere l'intervento del medico o dello specialista o di altre figure quando ritenuto necessario -garantire la diagnosi precoce -richiedere l'intervento della rete dei servizi territoriali sociali quando necessario⁽¹⁰⁾ - promuovere la dimissione precoce -evitare il ricorso improprio al Pronto Soccorso dando valido supporto L'infermiere di famiglia è leader di comunità, manager, comunicatore, decisionista, erogatore dell'assistenza, agisce su ambiente sociale, ambiente fisico, casa, famiglia, lavoro, stile di vita. Assicura la continuità delle cure tra ospedale e territorio con la presa in carico proattiva ⁽¹²⁾ che mette al centro il cittadino e i suoi bisogni. In Italia sono stati fatti numerosi tentativi di inserimento di questa figura professionale nel Sistema Sanitario Nazionale senza però mai giungere ad una ratifica ufficiale regolamentata della stessa figura anche se a livello locale nel campo delle cure primarie sono attualmente attive alcune sperimentazioni che delineano l'impatto fondamentale che ha l'infermiere sul territorio e che quindi riconducono ad un profilo di infermiere di famiglia e comunità

Pasqua 1889

...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 serve parlare oggi dell'anno 2000?

Florence Nightingale,

Gennaio 2019

...un infermiere che lavori in équipe col medico ,un infermiere di famiglia accanto e a fianco del medico di famiglia, vere e proprie micro-equipe sul territorio che siano davvero a fianco del paziente, senza soluzioni pericolose e che dia a ciascuno il suo ruolo nel rispetto delle singole professionalità

Nel futuro dell'assistenza territoriale c'è l'infermiere di famiglia

Barbara Mangiacavalli

Anno dell'infermiere 2020

In molti paesi gli infermieri sono il ponte tra comunità e istituzioni sanitarie. Ecco perché il loro ruolo nella copertura sanitaria universale è cruciale

Tedros Adhanom Ghebreyesus-Oms

Bibliografia

1. *The nurse–family partnership: An evidence-based preventive intervention*
David L. Olds
2. *Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice*
D Way, L Jones, B Baskerville, N Busing - Cmaj, 2001 - Can Med Assoc
3. *Allocation of home care services by municipalities in norway: a document analysis.*
holm sg1, mathisen ta2, sæterstrand tm3, brinchmann bs4.
4. *Functioning of family nursing in transition: an example of a small town in Poland. Are there any benefits for patients?* L. Marcinowicz S. Chlabicz
5. *Decreto Balduzzi legge n. 158/2012*
6. *Nurses' health: work and family influences.* Marcia G.Killien PhD, RN, FAAN
7. *Quotidianosanita.it 20 aprile 2017 E. Carlotti*
8. *Sull'infermiere di famiglia...di Barbara Mangiacavalli Roma*
9. *14° Rapporto Sanità", CREAdal titolo: "Misunderstanding*
10. *Responding to families with complex needs: a national survey of child and family health nurses.*Rossiter C1, Schmied V2, Kemp L2, Fowler C1, Kruske S3,4, Homer CS1
11. *Competencies for educational actions of Family Health Strategy nurses.[Article in English, Portuguese]Leonello VM1, Vieira MPM1, Duarte TCR1*
12. *Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy.*