

Prefazione

L'infermieristica di famiglia è un'articolazione della disciplina infermieristica, patrimonio culturale degli infermieri operanti in tutti i contesti. Il presupposto è l'approccio sistemico, che "legge" il mantenimento della salute, la malattia e i piani di intervento assistenziale come espressione delle interazioni tra il sistema famiglia, i sottosistemi individuali dei suoi componenti e il sovrastema del contesto sociale a cui appartengono. In alcuni contesti assistenziali le relazioni e il coinvolgimento della famiglia sono stati facilitati dalla continuità della sua presenza e dal suo ruolo nel favorire le cure, ad esempio in ambito pediatrico, della salute mentale e nell'assistenza domiciliare. In altri servizi sanitari, invece, la discontinuità della presenza della famiglia con conseguente marginalizzazione del ruolo di cura, ad esempio nelle cure intensive, ambulatoriali o durante le ospedalizzazioni brevi, ha indebolito questa sinergia.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sin dall'inizio degli anni 2000 ha richiamato l'attenzione sulla necessità di attivare una specializzazione infermieristica orientata in modo specifico alla famiglia, descrivendo la figura del *family health nurse* come l'infermiere che aiuta le persone e le famiglie a far fronte alle situazioni di malattia e disabilità croniche e di stress svolgendo gran parte del lavoro nelle case dei pazienti con le loro famiglie, per agire in particolar modo sugli stili di vita e sui determinanti di salute.

La Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) – massima istituzione professionale italiana – nel 2020 in collaborazione con l'Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFEC) ha elaborato un Position Statement che definisce infermiere di famiglia "il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di compe-

tenze specialistiche nella disciplina infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica". Le competenze che caratterizzano la pratica di questa figura fanno riferimento alla promozione della salute, alla prevenzione e alla gestione dei percorsi di salute del singolo, della famiglia e della comunità nel contesto dell'assistenza sanitaria primaria.

Le competenze core di tale figura sono individuate, oltre che nel documento citato, anche in altri autorevoli contributi a livello nazionale e internazionale, tra i quali le **linee guida per la costruzione del core curriculum** di ENhANCE (European curriculum for family and community nurse), progetto sostenuto dall'Unione europea, che propongono un modello di competenza perseguibile attraverso percorsi di formazione universitaria.

In Italia sono nate diverse esperienze in questa direzione e via via è stato definito, anche sul piano formale, il profilo dell'"infermiere di famiglia e di comunità". La pandemia ha sollecitato la necessità di queste figure, in particolare con il Decreto Rilancio, convertito nella Legge 77/2020, e le "linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità", che hanno formalizzato l'introduzione degli infermieri di famiglia e comunità nel nostro Paese e la possibilità di assumerli con diverse forme contrattuali per rispondere ai bisogni assistenziali territoriali ampliati dall'infezione da Sars-CoV-2.

Data l'eterogeneità dei modelli organizzativi di cure primarie e territoriali sperimentati in Italia e più avanti descritti, FNOPI e Regioni, in molti documenti, affermano la necessità di adattare i modelli di intervento dell'infermiere di famiglia alle peculiarità dei territori e delle loro comunità, superando l'approccio "prestazionale" a favore di modelli orientati alla presa in cura proattiva dei singoli e delle comunità. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (2021) rafforza l'introduzione di questa figura, in particolare il ruolo infermieristico nelle "case della comunità" e negli "ospedali di comunità" per il potenziamento anche delle cure intermedie nella comunità. Nella complessità di tale prospettiva, la famiglia sembra emergere come punto di riferimento per un'assistenza infermieristica che sia capace di fornire nuove, originali e autonome risposte ai bisogni della popolazione assistita.

Finalità e destinatari di questo testo

Questo libro, adattato al contesto italiano, intende contribuire fornendo teorie, strumenti e prospettive operative dell'infermieristica di famiglia. Principio fondante dell'infermieristica di famiglia è il concetto di **famiglia e comunità come**

unità di cura, che sposta il focus dell'assistenza dal singolo al sistema famiglia. Pertanto, l'infermieristica di famiglia trova applicazione nei contesti in cui, come descritto nei capitoli del volume, la famiglia necessita di un intervento per risolvere una situazione che può essere critica dal punto di vista sanitario e/o sociale, ma è anche utile per fornire assistenza a persone socialmente isolate, senza famiglia o rete di supporto, a famiglie che rifiutano il coinvolgimento, oppure a persone con una rete familiare consolidata che non necessita di interventi mirati al funzionamento familiare. Tuttavia, spesso le famiglie incontrate esprimono difficoltà e bisogni che difficilmente trovano adeguate risposte solo nell'assistenza infermieristica per la complessità e la necessità sia di una rete di servizi multi-professionali che di un'adeguata formazione dei professionisti negli approcci e nei metodi di assistenza familiare.

L'impegno del team di autori e curatori nello scegliere, tradurre e adattare questo testo è stato motivato dalla necessità di **offrire una panoramica sistematica di approccio e metodo** sia di accertamento che di modalità di intervento con diverse tipologie di situazioni familiari in diversi contesti clinici. Non è stato scelto questo testo sulla base della considerazione che il metodo di Calgary sia completo, univoco, il migliore in assoluto, perché ce ne sono anche altri. Il valore è che offre rigore metodologico nel colloquio breve o approfondito con le famiglie e declina una panoramica di situazioni di diversa complessità ma che evidenziano concretamente che non esiste "la famiglia", ma una "molteplicità di famiglie" in continua evoluzione, nel rispetto del principio secondo cui "famiglia" è ciò che viene definito tale dall'individuo e dai membri che vi appartengono.

Il testo è la traduzione adattata della settima edizione (2019) di *Wright & Leahey's Nurses and families. A guide to family assessment and intervention*, curata da Zahra Shajani e Diana Snell. La prima edizione risale al 1994 ed è stata costantemente aggiornata fino alla sesta edizione a cura di Lorraine M. Wright e Maureen Leahey, pubblicata nel 2013. Si tratta di un testo che ha ricevuto diversi riconoscimenti e premi, è stato tradotto in nove lingue ed è integrato da un sito web (www.familynursingresources.com) che offre risorse educative, inclusi video dimostrativi di colloqui per l'accertamento e l'intervento familiare. Propone un modello di valutazione e intervento con le famiglie – declinato in *Calgary Family Assessment Model (CFAM)* e *Calgary Family Intervention Model (CFIM)* – che ha avuto un'accoglienza internazionale ed è utilizzato nei curricula infermieristici in oltre 26 Paesi.

Il valore di questo testo sta nella capacità di integrare la lunga e intensa esperienza delle autrici nella pratica clinica con le famiglie, la loro attività di ricerca e la conoscenza delle stesse di molti altri studi su questa tematica. Le autrici

affermano che la loro pratica clinica è stata un'esperienza intensa di coinvolgimento con le famiglie, attraverso cui hanno potuto comprenderne le convinzioni e la sofferenza, nonché scoprire le strategie più efficaci di intervento. A tal fine, le autrici hanno anche condotto molte ricerche attraverso l'analisi di colloqui familiari videoregistrati e analizzati.

Il volume si propone di fornire agli infermieri una solida base teorica per prendersi cura della famiglia, la metodologia del colloquio e un modello guida per l'accertamento e l'intervento, accompagnati da casi clinici declinati nelle diverse tipologie di situazioni che un infermiere può incontrare. Questi esempi di casi riflettono la diversità etnica, culturale, razziale e dell'orientamento sessuale in concomitanza con varie fasi del ciclo di vita e transizioni nello sviluppo della famiglia. Un'attenzione particolare è data alla varietà di forme familiari e strutture prevalenti nella società di oggi. Vengono affrontati problemi in vari *setting* pratici, tra cui ospedale, cure primarie, scuola, comunità, strutture ambulatoriali e domicilio.

Destinatari di questo testo sono soprattutto i professionisti sanitari e sociali impegnati in percorsi di alta formazione per specializzarsi nell'approccio di cura dei sistemi "famiglia", ma anche gli studenti dei corsi di laurea di Infermieristica possono trovarvi le conoscenze basilari per sviluppare un primo livello di competenza in quest'ambito. Sarà una risorsa preziosa anche per i docenti e per i colleghi che si specializzeranno nell'assistenza infermieristica di comunità e sanità pubblica, nell'area materno-infantile, del *nursing* pediatrico, della salute mentale, in quella geriatrica e nell'ambito palliativo.

Panoramica dei capitoli

Nei primi capitoli vengono descritti i **fondamenti teorici dell'infermieristica di famiglia** (*family nursing*), approfondendo le diverse teorie e i quadri di riferimento che guidano il lavoro infermieristico con le famiglie, la ricerca e la formazione, per comprendere la complessità della struttura familiare, le funzioni e i processi. Tra i concetti descritti vi sono teorie dell'infermieristica, teoria dei sistemi, cibernetica, teoria del cambiamento, elementi sulle dinamiche familiari e sulla diversità, teoria dei sistemi familiari, *assessment* familiare, intervento familiare e ricerca familiare.

Viene poi presentato il **Modello di Calgary per l'accertamento della famiglia** quale modello di *assessment* multidimensionale che prende in considerazione tre dimensioni della famiglia: strutturale, di sviluppo e funzionale. Il modello fornisce

dei domini di valutazione con lo scopo di ottenere una visione istantanea di queste tre dimensioni in un determinato momento. Vengono descritti due strumenti di valutazione strutturale – il genogramma e l'ecomappa – e vengono forniti istruzioni e suggerimenti utili per usarli quando si intervistano le famiglie, con esempi estratti da interviste familiari reali.

Dopo quello di accertamento, e a sua integrazione, viene illustrato il **Modello di Calgary d'intervento con la famiglia**. Questo modello di intervento infermieristico orientato alla famiglia è centrato sui punti di forza e sulla resilienza, ponendo enfasi non sui deficit e le disfunzioni bensì sulle risorse e sulle potenzialità della famiglia. Sono presentati esempi clinici reali di lavoro con le famiglie e viene proposta una varietà di interventi da prendere in considerazione.

Successivamente, vengono descritte **abilità e competenze necessarie per gestire un colloquio con la famiglia**. Vengono illustrate le capacità percettive, concettuali ed esecutive indispensabili per la valutazione della famiglia e per l'intervento. Le abilità sono espone sotto forma di obiettivi di formazione e vengono forniti esempi clinici per aiutare ad ampliare la comprensione da parte degli infermieri di come usare ognuna di esse. Sono inoltre presentate considerazioni etiche riguardanti l'intervista familiare.

Di seguito il libro si focalizza sull'importanza della relazione infermiere-famiglia, descrivendo linee guida cliniche utili per aiutare il professionista a **preparare i primi colloqui** con la famiglia. Vengono suggerite idee per lo sviluppo di ipotesi, la scelta di un adeguato *setting* per l'intervista e il primo contatto telefonico con la famiglia nei diversi contesti in cui l'infermiere può incontrarla, nonché le modalità per attivare il primo contatto con i familiari di un paziente, in ambulatorio, in ospedale e a domicilio anche in incontri non programmati. Vengono quindi descritti i vari stadi del primo colloquio e l'intero **processo di incontro con la famiglia**: presa in carico, *assessment*, intervento e risoluzione. Esempi di casi clinici reali in una varietà di *setting* sanitari illustrano come condurre interviste.

Un focus particolare viene posto sull'**utilizzo delle domande**, che rappresentano uno degli interventi infermieristici più utili offerti alle famiglie, in particolare con la finalità di coinvolgere, valutare, far emergere capacità di *problem-solving*, intervenire e richiedere *feedback* durante il colloquio con la famiglia. Vengono quindi proposti suggerimenti specifici su **come condurre interviste familiari in 15 minuti (o meno)** in modo da migliorare le possibilità di guarigione o promozione della salute. Questa proposta nasce dalla percezione, diffusa tra gli infermieri, che nella pratica manca il tempo di coinvolgere le famiglie e che, anche se il fattore

tempo è importante, le famiglie hanno bisogno di non essere escluse o emarginate dalla cura del proprio caro.

Proposte le abilità di base per la conduzione del colloquio, vengono descritte le **competenze avanzate** e fondamentali dell'infermiere nell'intervistare le famiglie in vari contesti e scenari clinici, anche con esperienze e problematiche complesse. In particolare, vengono analizzate le competenze necessarie per intervistare le famiglie degli anziani nelle fasi di trasferimento/inserimento in una casa di riposo o residenza sanitaria assistenziale e per intervistare un singolo utente cercando di ottenere una prospettiva familiare sulla sua malattia cronica.

Gli ultimi capitoli offrono suggerimenti su come evitare gli errori più comuni e come concludere una relazione professionale nel *family nursing*. I **tre errori più comuni**, per i quali vengono descritti utili consigli per evitarli, sono: fallire nel creare un contesto favorevole al cambiamento dei comportamenti della famiglia, prendere le parti di un componente della famiglia e dare consigli troppo precocemente. Le **modalità per concludere le relazioni professionali** e la presa in carico della famiglia in maniera terapeutica sono mirate a sostenere i progressi e ad alimentare la speranza e la fiducia nei nuovi e riscoperti punti di forza, risorse e abilità per gestire la salute e/o la malattia e le relazioni per il futuro. L'attenzione alla conclusione del percorso con la famiglia è uno degli aspetti più impegnativi del processo di assistenza, ma nello stesso tempo continua ad essere la fase meno esaminata del lavoro clinico dell'infermiere. Gli infermieri comunemente stabiliscono relazioni intense e significative con le famiglie e possono sentirsi in colpa o preoccupati di affrontarne la conclusione. Questo è particolarmente evidente nella pratica infermieristica soprattutto quando la relazione è di lunga data, di mesi o anche anni, così come si realizza nelle strutture di assistenza per lungodegenti, nelle case di riposo o a domicilio dei pazienti.

Infermieristica di famiglia e di comunità: il dibattito in Italia

Il dibattito italiano sull'infermiere di famiglia e di comunità ha affrontato via via aspetti strutturali e di contenuto, in merito alla denominazione, al ruolo, ai contesti e ai modelli organizzativi di applicazione. La recente formalizzazione della figura dell'infermiere di famiglia e comunità è sicuramente significativa e decisiva per potenziare i servizi e renderli realmente fruibili dalle persone e dalle loro famiglie. L'infermiere di famiglia è tuttavia una figura emergente nel sistema sanitario italiano, non ancora chiaramente definita nell'ambito pratico, ma ben

individuata nel contesto di applicazione delle cure primarie e nei servizi decentrati a livello territoriale.

Negli ultimi anni si sono sviluppati molteplici modelli organizzativi e iniziative che hanno previsto un ruolo chiave per l'infermiere di famiglia e di comunità anche senza un formale riconoscimento prima delle riforme e dei documenti sopracitati. Molte Regioni, come ad esempio Toscana, Emilia-Romagna, Veneto, Lazio, Piemonte, Puglia, Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia, hanno avviato esperienze significative. Nelle diverse esperienze regionali territoriali sono state adottate diverse denominazioni per indicare figure che condividono elementi comuni riconducibili al profilo dell'infermiere di famiglia e di comunità, che agisce in diversi contesti del territorio sia a livello domiciliare che ambulatoriale, inclusi i team multidisciplinari, come ad esempio primary nurse, care manager o case manager.

Gli infermieri sono stati inseriti in diversi contesti, quali sedi distrettuali, case della salute, ambulatori territoriali, e presso le aggregazioni di medici di medicina generale. Le attività attribuite a questa nuova figura sono state di assistenza domiciliare e ambulatoriale, integrazione tra i servizi, orientamento ai servizi stessi, coordinamento delle cure, educazione terapeutica per le abilità di autocura e del mantenimento di adeguati stili di vita, nonché prestazioni dirette come prelievi e medicazioni. In molte di queste esperienze sono state assegnate attività di follow-up di persone con malattie croniche o a rischio di svilupparle, con un focus particolare sulla prevenzione e sulla sinergia con il settore sociale. Queste esperienze poggiano principalmente le basi sul Chronic Care Model e sfruttano la possibilità di condividere database comuni per individuare, svolgendo attività di medicina d'iniziativa, persone con malattie croniche, anziani fragili o persone ad elevato rischio cardiovascolare e di patologie con fattori di rischio modificabili e contattarle per iniziare un percorso di presa in carico proattiva.

Nella Provincia autonoma di Bolzano, le persone e i familiari possono richiedere in sede distrettuale una visita domiciliare infermieristica per un accertamento e intervento familiare con il Modello di Calgary. Gli infermieri si sono specializzati con un percorso formativo triennale che prevede rilevanti esperienze di tirocinio con la supervisione di colleghi esperti.

Nei modelli delle microaree triestine, e dell'infermiere di comunità in Friuli-Venezia Giulia, l'infermiere opera oltre che con attività di promozione ed educazione sanitaria per identificare i determinanti e i bisogni di salute della popolazione, attuando interventi che favoriscano la coesione e il supporto sociale nella comunità di riferimento. Tale ruolo si svolge nella mediazione e nell'attivazione di

soluzioni con le istituzioni politiche e le associazioni nonché con altri gruppi di riferimento per la comunità. In questo approccio il professionista agisce in una rete a forte integrazione con il sociale per sviluppare relazioni e benessere del malato nel contesto in cui vive e all'interno del nucleo familiare. Questi sono solo alcuni esempi delle molte esperienze delle Regioni e Province autonome nel tentativo di mettere a sistema una figura infermieristica dedicata alla famiglia e ai bisogni del contesto sociale. Tuttavia, è necessario esplicitare che l'infermieristica di famiglia, nonostante trovi un privilegiato ambito di applicazione sul territorio attraverso la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, trova spazio in tutti gli ambiti di cura, essendo, come sottolineato, un'articolazione della disciplina. L'infermieristica di famiglia si esplica infatti in tutti i *setting* di cura, inclusi quelli ospedalieri e di cure intermedie.

Alcuni esempi sono utili a comprendere il valore e l'applicabilità di un approccio di infermieristica familiare in vari contesti in modo trasversale ai diversi modelli regionali. Nell'assistenza domiciliare, l'infermieristica di famiglia gioca un ruolo fondamentale nel coinvolgere efficacemente i *caregiver* nell'assistenza al malato e per aiutare il nucleo familiare a recuperare e creare nuovi equilibri a partire dai punti di forza e dalle risorse della famiglia stessa. Significative sono le esperienze nell'ambito delle cure palliative riferite alle patologie oncologiche e croniche complesse, in cui la famiglia e i *caregiver* erogano assistenza alla persona e necessitano di essere accompagnati nel percorso di malattia che, come spesso definito in letteratura, diventa la malattia della famiglia, modificandone gli equilibri e le relazioni.

Altri contesti d'esempio per la spendibilità dell'infermieristica di famiglia sono i servizi agli immigrati, sviluppati in particolare nelle città insulari, che prevedono l'accoglienza e l'aiuto nell'accesso ai servizi e l'assistenza diretta. Vi sono anche esempi di attività proattive come l'"ambulatorio di strada" a Cagliari, con professionisti tra cui gli infermieri che su un mezzo mobile girano le strade per individuare le persone con disagio sociale e senza fissa dimora ed offrire loro assistenza e orientamento ai servizi. I servizi agli immigrati offrono cure a persone con problemi di salute che sono membri di famiglie separate dalla migrazione in cui devono essere sviluppati nuovi equilibri, con la difficoltà non trascurabile della lingua straniera e della cultura d'origine che porta con sé valori differenti in merito ai ruoli e alle funzioni dei membri familiari.

Si pensi poi al coinvolgimento dei *caregiver* e delle famiglie nell'assistenza neonatale e ai pazienti pediatrici che si connota come fondamentale in ospedale, e ancor più sul territorio, dove le esperienze più significative riguardano l'assi-

stenza domiciliare ai bambini e agli adolescenti ad elevata complessità clinica, in particolare nelle cure palliative. In misura minore si sono invece sviluppate le attività infermieristiche a fianco dei pediatri di libera scelta, soprattutto per le attività di prevenzione ed educazione ai corretti stili di vita, limitate alle attività, seppur consolidate, di consultorio. Sono molteplici anche le figure specifiche che in ospedale possono svolgere in modo privilegiato l'infermieristica di famiglia, quali ad esempio il bed-manager, il team leader, il primary nurse, il coordinatore di percorso, il case manager ospedaliero e tutte le figure che svolgono un ruolo di coordinamento del percorso del paziente, sia esso ospedaliero o di dimissione e di integrazione tra i servizi ospedalieri, intermedi, territoriali e domiciliari.

L'infermieristica di famiglia assume rilevanza anche in altri contesti, diversi dal territorio e dall'ospedale, per esempio negli ospedali di comunità e di cure intermedie, come esortato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, negli hospice e nei servizi per le dipendenze, i disturbi alimentari e la salute mentale.

Negli ospedali di comunità, strutture destinate ad accogliere persone con necessità di degenza breve e a intensità media o bassa, l'infermieristica di famiglia ha un ruolo importante nel coinvolgere i *caregiver* per prepararli sia a svolgere quelle attività di cura che poi dovranno continuare a domicilio, sia a riadattare il sistema famiglia alla nuova situazione.

Nei servizi per le dipendenze, l'infermieristica di famiglia trova un terreno fertile data l'importanza della famiglia nelle dipendenze, sia comportamentali come il gioco d'azzardo, sia da sostanze stupefacenti. La famiglia, in questi casi, può essere parte delle cause del disturbo del singolo, ma generalmente sono le famiglie stesse ad attivare strategie di intervento.

In conclusione, l'infermieristica di famiglia in Italia è un approccio che si esplica in tutti i contesti di cura attraverso diverse declinazioni con una prospettiva privilegiata sull'infermiere di famiglia e di comunità, in quanto figura destinata, per la maggior parte dei modelli organizzativi, ad entrare nelle case delle persone, nelle comunità, nei luoghi in cui vivono e nelle reti di servizi di prossimità, per poter svolgere la funzione di creazione di reti di supporto familiare e sociale e di attivazione di risorse nella comunità.

Luisa Saiani

Bibliografia di riferimento

Antonelli D. Infermiere di famiglia e cure primarie. Padova: Piccin Nuova Libreria, 2017.

Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, "Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità", pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 180 del 18-07-2020, Supplemento Ordinario n. 25.

Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. Position Statement "L'infermiere di famiglia e di comunità", 2020.

FCN European Curriculum - first release. ENhANCE, 2018.

Governo italiano. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Roma: MEF, 2021.

Maciocco G. Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali. Roma: Carocci, 2019.

Marcadelli S, Obbia P, Prandi C. Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica. Milano: Edra, 2018.

Mislej M, Paoletti F. L'infermiere di famiglia e di comunità. Riccione: Maggioli, 2008.

Pellizzari M. L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi. Milano: McGraw-Hill Education, 2008.

Rocco G, Marcadelli S, Stievano A, Cipolla C. Infermiere di famiglia e di comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare. Milano: Franco Angeli, 2017.