



**QUINTO WORKSHOP
SULLO STUDIO MULTINAZIONALE
SULL'INFERMIERE DI FAMIGLIA DELL'OMS:
VALUTAZIONE A SEI ANNI DALLA
DICHIARAZIONE DI MONACO**



Rapporto di un Workshop OMS
Berlino, 22 – 26 Febbraio 2006

**QUINTO WORKSHOP
SULLO STUDIO MULTINAZIONALE
SULL'INFERMIERE DI FAMIGLIA DELL'OMS:
VALUTAZIONE A SEI ANNI DALLA
DICHIARAZIONE DI MONACO**

Rapporto di un workshop OMS

**Berlino, Germania
21 – 22 Febbraio 2006**

ABSTRACT

Il meeting sullo Studio Multinazionale sull'Infermiere di Famiglia (IdF) è stato organizzato per rivedere i progressi e gli ostacoli nell'implementare questa figura in ciascuno degli stati membri partecipanti, per apprendere come introdurre un nuovo servizio infermieristico nei diversi Paesi, per condividere le esperienze e per discutere i risultati positivi/negativi nella pratica, valutarli ed elaborare un quadro di report basato sulle lezioni apprese.

E' stato presentato un rapporto sull'analisi dei questionari compilati precedentemente spediti a tutti i Paesi partecipanti, per seguire i rispettivi progressi .

E' stata redatta una risoluzione.

Parole-chiave

NURSING – trends - congressi
INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA
INFERMIERISTICA DI COMUNITA'
VALUTAZIONE DI PROGRAMMI
STUDI MULTICENTRICI
EUROPA

Pubblicato in lingua inglese dall'Ufficio Regionale OMS per l'Europa nel 2006 con il titolo: *Fifth Workshop on the WHO Family Health Nurse Multinational Study: evaluation six years after the Munich Declaration – Report on a WHO meeting – Berlin, Germany (22-23 February 2006)*.

© World Health Organization 2006

Il traduttore della presente pubblicazione è responsabile dell'accuratezza della traduzione.

© CESPI Centro Studi delle Professioni Sanitarie, 2008.

*Edizione curata da: Dott.ssa Cesarina Prandi e Dott.ssa Claudia Contratto
Traduzione: Dott.ssa Laura Delpiano*

Contenuti

	Pag.
Introduzione	1
Benvenuto	1
Elezione del Presidente e nomina del Segretario	1
Obiettivi del meeting	1
Presentazione dei modelli di IdF nei Paesi partecipanti	2
Il modello tedesco	2
Il modello sloveno	4
Il modello del Kyrgyzstan	4
Il modello del Tajikistan	5
Il modello moldavo	5
Il modello lituano	6
Discussione	6
Presentazione della storia dello Studio Multinazionale e dei suoi risultati	6
Sintesi del rapporto sulla Valutazione dello Studio Multinazionale dell'OMS sull'IdF	7
Valutazione	7
Risultati e raccomandazioni	8
Conclusioni	9
Discussione	10
Dibattito	10
Conclusione del dibattito	11
Discussione ed adozione della risoluzione	13
Implementazione	13
Chiusura dei lavori	13
Allegato 1: Lo studio pilota multinazionale sull'Infermiere di Famiglia	15
Allegato 2: Introduzione alla storia dello studio multinazionale sull'IdF	17
Allegato 3: Presentazione del presente e del futuro dell'IdF	19
Allegato 4: Risoluzione	21
Allegato 5: Elenco dei partecipanti	23

Introduzione

Il quinto workshop sullo Studio Multinazionale sull'Infermiere di Famiglia (IdF) dell'OMS, con la valutazione a sei anni dalla Dichiarazione di Monaco, si è svolto il 22 – 23 Febbraio 2006 a Berlino, Germania. Vi hanno partecipato i rappresentanti di 12 degli originali 18 Stati membri impegnati nel progetto IdF. Sono inoltre stati invitati una serie di esperti coinvolti nell'implementazione dell'IDF in Germania.

Benvenuto

Franz Wagner ha dato il benvenuto ai partecipanti a nome dell'Associazione Infermieri Tedeschi. Lis Wagner, dell'Ufficio Regionale OMS Europa per l'Infermieristica e l'Ostetricia, ha sottolineato, nelle sue parole di benvenuto, l'importanza dell'infermieristica e dell'ostetricia nei sistemi sanitari ed ha puntato sulla strategia "Far combaciare i servizi con i nuovi bisogni", che si dedica al ruolo sempre più importante di infermieri ed ostetriche nell'assistenza primaria e nell'area della salute pubblica. A nome della Fondazione Robert Bosh, Jürgen Krauth ha evidenziato l'importanza del progetto IDF per l'assistenza sanitaria in Germania.

Elezione del Presidente e nomina del Segretario

E' stata nominata Presidente del quinto Meeting dello Studio Multinazionale dell'IdF dell'OMS la Sig.ra Lis Wagner. Il Sig. Franz Wagner e la Sig.ra Dörte Schüssler sono stati nominati Segretari. Le proposte di nomina sono state approvate all'unanimità.

Obiettivi del meeting

La Sig.ra Lis Wagner ha evidenziato l'importanza dell'incontro per l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa e per il Centro Collaborante OMS tedesco per l'Infermieristica. L'obiettivo principale dell'incontro era di rivedere i progressi e gli ostacoli dell'implementazione della figura dell'infermiere di famiglia in ciascuno degli Stati membri e di apprendere lezioni sull'introduzione di un nuovo servizio infermieristico nei diversi Paesi. Si dovevano divulgare la bozza del rapporto di valutazione dello studio, redatta dalla Dott.ssa Debora Hennessy, Liz Gladin e Harriett Jefferson, nonché le presentazioni del concetto di IDF in alcuni Paesi con sistemi sanitari e culturali differenti.

Scopo dell'incontro era la condivisione di esperienze e la discussione degli esiti positivi/negativi, al fine di valutare i risultati e di elaborare un quadro di report basato sulle lezioni apprese.

La Sig.ra Wagner ha ringraziato l'Associazione Infermieri Tedeschi (DBfK), il Centro Collaborante OMS e la Fondazione Robert Bosch per il supporto nell'organizzare e gestire l'evento. Ha inoltre ringraziato le associazioni infermieristiche nazionali danesi, finlandesi e tedesche nonché la Caledonian University di Glasgow per il supporto ai partecipanti. Ha proseguito ringraziando per la partecipazione tutti i relatori, i ricercatori che avevano lavorato al rapporto ed infine tutti i Paesi che avevano fornito i dati per la sua stesura.

La Sig.ra Wagner ha ricordato ai partecipanti che sei anni prima 18 Paesi si erano incontrati ed avevano deciso di implementare l'IdF. Per ragioni diverse, alcuni di questi Paesi si sono ritirati. Il prerequisito fondamentale per partecipare era che il Governo nazionale supportasse il concetto. Nel 2006 i Paesi che stanno lavorando per l'implementazione o che hanno già superato questa fase sono undici.

Fanno parte del ruolo dell'infermiere di famiglia la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, la promozione della salute e l'assistenza.

L'infermiere di famiglia è sia un addetto all'assistenza che una persona con potere decisionale, un leader di comunità ed un manager. La stesura del report dello studio multinazionale ha coinvolto molti infermieri, provenienti da ambiti diversi, per delineare l'immagine del ruolo dell'IdF.

Lo scopo di questo workshop è di rivedere i progressi e gli ostacoli dell'implementazione della figura dell'infermiere di famiglia in ciascuno degli Stati membri; apprendere lezioni sull'introduzione

di un nuovo servizio infermieristico nei diversi Paesi; condividere esperienze e discutere degli esiti positivi/negativi nella pratica al fine di valutare i risultati dello studio.

Presentazione dei modelli di IdF nei Paesi partecipanti

Il modello tedesco

Christa F. Schrader, responsabile del Progetto Tedesco per l'Infermiere di Famiglia, e Wilfred Schnepf dell'Università di Witten/Herdeke, hanno presentato la struttura del progetto IdF tedesco e la ricerca che lo accompagna.

La Sig.ra Schrader ha evidenziato il fatto che la salute pubblica non è un tema di fondamentale interesse in Germania e che, soltanto di recente, il Ministero della Salute si è interessato a questa area sanitaria mentre il pubblico in generale non vede un ruolo per gli infermieri nella salute pubblica. La DBfK [*Associazione degli Infermieri Tedeschi*] ha proposto l'idea dell'IdF in occasione di congressi, seminari e pubblicazioni e nel 2003 un nuovo Atto per l'Infermieristica ha incluso, per la prima volta, la prevenzione e la promozione della salute tra gli obiettivi della formazione infermieristica.

Il Ministero della Salute tedesco ha chiesto che l'implementazione dell' IdF venisse adattata al sistema sanitario nazionale. Nella fase 1 del progetto, quindi, l'idea ed i contenuti del modello IdF sono stati adattati al sistema sanitario tedesco. E' stato intervistato un gruppo di esperti finanziatori, sono stati sviluppati e concordati gli scenari che hanno costituito le fondamenta ed i prerequisiti per la fase 2 del progetto.

L'implementazione dell' IdF in Germania è sponsorizzata dalla Fondazione Robert Bosch mentre la sua valutazione scientifica è finanziata dal Ministero della Salute. Cinque istituzioni per la formazione nel Paese hanno espresso interesse nella formazione di infermieri ed ostetriche di famiglia. Il progetto è strutturato per concludersi in 3,5 anni, a partire dal giugno 2005.

Il curriculum OMS per l' IdF è stato adattato per rispondere ai bisogni del sistema sanitario tedesco, con input da parte di esperti in infermieristica, formazione e salute pubblica. E' stato istituito un comitato direttivo formato da rappresentanti della DBfK, della Fondazione Robert Bosch e del Ministero della Salute. Il curriculum consiste in due anni di formazione part-time strutturati in otto moduli per un totale di 720 ore di teoria, 720 ore di studio e 4 settimane di tirocinio in istituzioni di assistenza primaria. I prerequisiti per i partecipanti sono: diploma di infermiere o ostetrica, due anni di esercizio professionale e collocazione operativa in un ambito in cui sia possibile implementare la figura dell'infermiere o dell'ostetrica di famiglia.

Soltanto due delle cinque istituzioni formative erano pronte ad iniziare il programma nell'ottobre 2005. I corsi sono stati ampiamente pubblicizzati in tutta la Germania ma l'immatricolazione è stata difficile. I partecipanti erano considerati pionieri ed il problema principale era attrarli quando non esistevano certezze né sulle future possibilità di carriera né sull'effettiva possibilità, una volta completata la formazione, di poter coprire il ruolo di infermiere o ostetrica di famiglia. Oggi i partecipanti che seguono il corso sono 20 (17 infermieri e 3 ostetriche). Nell'estate 2005 si è svolto un seminario di "formazione formatori" che ha coinvolto i direttori dei corsi di tutte e cinque le istituzioni.

Il Sig. Schnepf ha evidenziato gli scopi dello studio preliminare (fase 1):

- incoraggiare la collaborazione interdisciplinare nel programma IdF;
- identificare i gruppi target, i compiti ed i doveri dell' IdF;
- valutare le possibilità di impiego dell' IdF all'interno del sistema sanitario tedesco;
- esaminare le prospettive di finanziamento dell' IdF all'interno del sistema sanitario tedesco.

I metodi di valutazione ed implementazione della fase 1 si sono concentrati sull'indagine di fattibilità utilizzando la tecnica dello scenario virtuale. Si è intrapresa la revisione della letteratura e si sono condotte 11 interviste ad altrettanti stakeholder. Attraverso l'analisi qualitativa dei contenuti, un gruppo di esperti ha sviluppato e discusso sette possibili scenari. Alla fine è stato raggiunto l'accordo su cinque di questi, come identificativi delle caratteristiche e delle competenze di base dell' IdF in Germania.

Gli scenari sono nati sulla base dei feedback provenienti dai gruppi target e su tematiche quali i bisogni di salute, l'accesso, le competenze professionali, l'ambito ed i finanziamenti. E' stato unanimemente concordato che gli scenari identificati erano potenzialmente efficaci in Germania.

Lo studio pilota si è iniziato nel Giugno 2005 e terminerà a Giugno 2008. Il suo scopo è studiare il curriculum e l'organizzazione del percorso di formazione, nonché il nuovo ruolo e le prospettive di impiego dell' IdF nel sistema sanitario tedesco. Si tratta di uno studio trasversale, comprendente la valutazione dei processi e dei risultati. Sono previste interviste a singoli studenti e docenti, discussioni di gruppo con gli studenti, questionari sui ruoli, sulla soddisfazione e l'impiego e valutazione dell'esperienza delle famiglie con l' IdF.

I risultati iniziali del progetto pilota, derivanti da interviste a studenti e docenti, hanno prodotto quanto segue:

- l'infermieristica di famiglia è considerata un lavoro pionieristico: "E' una sfida" che fa parte di un nuovo sviluppo.
- Gli studenti dimostrano un elevato livello di motivazione.
- Studenti e docenti non hanno certezze riguardo le possibilità di impiego future.
- I docenti hanno bisogno di supporto per le teorie del sistema famiglia.

Le principali criticità sembrano essere l'imprevedibilità dello sviluppo delle politiche sanitarie, la presenza di un conflitto di competenze tra medici ed infermieri, le responsabilità e lo stanziamento di fondi. In ogni caso, la competizione tra medici ed infermieri è un'esperienza comune a molti Paesi e a diversi contesti sanitari. Inoltre, gli infermieri domiciliari già esistenti vedono questi pionieri come rivali. Queste prime discussioni indicano che gli infermieri domiciliari, nel lungo termine, potrebbero essere i candidati per la formazione in infermieristica di famiglia. Quello degli scenari è stato giudicato un ottimo metodo per spiegare il ruolo dell' IdF, sia all'interno delle professioni sanitarie che al pubblico. I partecipanti hanno ritenuto molto importante iniziare l'implementazione con uno studio preliminare e coinvolgere gli azionisti nel processo di discussione.

E' stato fatto notare che l' IdF segue una visione più olistica della persona. Deborah Hennessy ha commentato che il progetto IdF tedesco è uno studio di casi su come influenzare la politica sanitaria. Ha identificato il bisogno di educare le persone sul ruolo al fine di garantire la piena comprensione di ciò che significa infermieristica di famiglia. Sarà importante analizzare i risultati ed identificare i cambiamenti durante lo studio. Nella maggior parte dei Paesi, i politici hanno punti di vista ambigui sull'implementazione dell' IdF. Da un lato vedono la necessità di professionisti della salute in grado di adattarsi alle nuove domande, dall'altro temono la competizione. Bisogna parlare degli infermieri e del loro potenziale nella salute pubblica.

Spesso sorgono domande sulle differenze tra i compiti dell'assistente sociale e quelli dell' IdF rispetto all'assistenza alle famiglie. I partecipanti ritengono che ci sia più fiducia e facilità d'accesso per gli IdF quando si tratta di gruppi vulnerabili. Inoltre, il curriculum dell'IdF evidenzia l'importanza della valutazione della *salute* della famiglia e questa è una peculiarità che differenzia sostanzialmente il suo ruolo da quello dell'assistente sociale.

Cambiare la gestione appare un aspetto importante dello studio. Nei diversi esempi di implementazione dell' IdF ciò si è rivelato evidente. L'approccio tedesco, comprendente uno studio

preliminare e lo sviluppo di scenari, si è dimostrato efficace e può essere utilizzato come modello per altri programmi.

Marjaana Pelkonen ha sottolineato che le leggi riguardanti la promozione della salute sono molto importanti. Bisogna inserire nelle leggi i determinanti della salute (ad esempio la salute delle famiglie). In Finlandia sono disponibili moltissimi dati che dimostrano la ricaduta positiva, a lungo termine, della promozione della salute. Queste prove devono essere utilizzate per convincere i politici del valore di questo approccio.

Il modello sloveno

Tatjana Geč ha presentato una panoramica dello sviluppo dell' IdF in Slovenia. L'infermieristica di famiglia si è sviluppata nel 1984, come ruolo degli infermieri che lavoravano nelle aree rurali. Questa esperienza ha evidenziato gravi problemi di collaborazione tra le diverse tipologie di infermieri. Il nuovo IdF è un infermiere con formazione universitaria. Lavora con altri specialisti, quali i fisioterapisti. Nel 1994 l' IdF è stato introdotto anche in un'area urbana, Maribor. Qui, un dipartimento con quattro unità serve all'incirca 50.000 persone.

La Dichiarazione di Monaco sul ruolo degli infermieri e delle ostetriche ha avuto un forte impatto sul successivo sviluppo dell' IdF in Slovenia. Nel 2003 il ruolo dell' IdF ha subito un ulteriore sviluppo e nel 2004 è stato introdotto un nuovo curriculum per specialisti in infermieristica di famiglia. Il corso dura un anno (40 settimane) ed è composto per il 53% da pratica clinica, 39% da seminari e 8% lezioni frontali. Corrisponde a 60 ECTS (Crediti formativi europei). Nel 2005 si sono diplomati otto studenti, nel 2006 dovrebbero concludere la formazione altri sei. L'obiettivo è di formare 200 IdF entro l'anno 2010.

Il modello del Kyrgyzstan

Il rapporto è stato presentato dalla Sig.ra Tamara Sactanova. Il Kyrgyzstan è una Repubblica dell'Asia Centrale che conta 5 milioni di abitanti, il 38% dei quali minori di 15 anni ed il 10% ultrasessantenni. Il 62% della popolazione vive in aree rurali. Vi sono circa 13.000 medici e 30.000 infermieri.

Negli ultimi 15 anni il sistema sanitario ha subito una sostanziale riforma. I cambiamenti più recenti riguardano diversi aspetti:

- miglioramento dell'assistenza primaria
- ristrutturazione degli ospedali
- sviluppo dell'infermieristica di famiglia
- nuove strutture finanziarie
- miglioramento della qualità
- nuove strutture manageriali che garantiscano maggiore autonomia.

La valutazione dei risultati ha riguardato nello specifico le migliorie generali, tra le quali:

- equità d'accesso all'assistenza (ossia eliminare le differenze tra aree urbane e rurali)
- accesso garantito alla popolazione
- assistenza di qualità elevata
- rispetto e protezione dei diritti dei pazienti

Si sono ottenuti effetti positivi sull'aspettativa di vita in generale, sui tassi di mortalità generale e dell'area materno-infantile.

Si presume che l'assistenza familiare migliori il servizio e riduca i ricoveri ospedalieri. Esiste una distinzione legale tra l'assistenza primaria e quella ospedaliera. I medici e gli infermieri di famiglia si sono insediati in 85 centri per l'assistenza alle famiglie, ognuno dei quali serve più di 10.000

persone. Sia i medici che gli infermieri di famiglia seguono una formazione specifica. Attualmente abbiamo 673 medici di famiglia e 82 infermieri che hanno completato la formazione. Inoltre, sono stati creati programmi di "formazione dei formatori" per l'assistenza familiare. Il corso per infermieri di famiglia dura 1600 ore, 400 delle quali dedicate al tirocinio pratico di 11 mesi presso centri di formazione specialistica. Le competenze specifiche dell' IdF riguardano l'assistenza infermieristica in generale, la valutazione demografica, la promozione della salute e l'informazione sanitaria.

In conclusione, gli IdF non lavorano ancora al pieno delle loro potenzialità e non sono ancora sufficientemente sicuri delle proprie capacità. Parlando in generale, essi non prendono iniziative sanitarie e vengono identificati come "timorosi" nei confronti dei medici. I loro stipendi sono solitamente bassi e quindi manca la motivazione a conseguire questa specializzazione. Nelle aree rurali il problema principale è l'inadeguatezza delle infrastrutture per i trasporti, elemento che spesso impedisce la tempestività degli interventi assistenziali. La popolazione è generalmente poco consapevole del ruolo e dei servizi forniti dall' IdF. Mancano la conoscenza approfondita, le opportunità di formazione e le risorse informative.

Nel Paese, la distribuzione degli infermieri nelle diverse regioni non è omogenea. Serve una strategia sanitaria nazionale che miri a migliorare la salute generale.

Il modello del Tajikistan

Il modello dell' IdF del Tajikistan è stato presentato dalla Sig.ra Zukhro Abdurakhmanova, Infermiere Dirigente presso il Ministero della Salute e Direttore del Centro di Salute Pubblica. Dopo l'indipendenza in Tajikistan sono sorti diversi problemi di natura politica ed economica. Il sistema sanitario non era in grado di rispondere alle richieste della popolazione. Una delle massime priorità della riforma era il miglioramento della qualità assistenziale, basato sul concetto dell' IdF, una decisione fondata sul fatto che gli infermieri sono il gruppo più numeroso di professionisti della salute. L'approccio principale per ridurre i costi della sanità è stato quello di diminuire la durata dei ricoveri ospedalieri ed incrementare l'assistenza domiciliare. I finanziamenti sono stati riallocati dagli ospedali all'assistenza primaria.

Nel 1996, vi fu un primo tentativo di implementare il concetto di medicina di famiglia finalizzato all'assistenza primaria e comprendente l' IdF. E' stato sviluppato un sistema di formazione infermieristica a più livelli, quello generale e quello specialistico. Il passo successivo è stato un progetto di riforma dell'assistenza secondo le linee-guida dell'OMS, in cui il concetto fondamentale era l'assistenza alla famiglia. In seno a queste innovazioni, il ruolo dell' IdF è diventato una priorità assoluta. La nuova struttura della formazione farmaceutica ed infermieristica del 2001 comprendeva la formazione superiore e post-diploma dell' IdF.

Nel 2002 il Tajikistan è entrato a far parte dello studio pilota multinazionale europeo dell'OMS per l'implementazione dell'IdF. Per soddisfare i requisiti stabiliti dall'OMS, sono state aggiunte nuove materie al curriculum ed attualmente la formazione dura da 6 a 8 mesi. Il cambiamento, però, ha evidenziato una carenza di letteratura e di insegnanti. In tre distretti del Paese abbiamo altrettanti policlinici pilota. Al momento gli IdF già formati sono 1400, distribuiti in centri di livello regionale e nazionale. Per insegnare agli IdF sono stati formati ventidue infermieri docenti.

Lo studio pilota sull'IdF ha stabilito il seguente risultato:

- tutti gli IdF seguono un percorso di formazione quadriennale di livello superiore. Questo comprende il corso base triennale ed un anno di specializzazione come IdF. E' in vigore dal 2002. Nel frattempo esistono 48 centri medici operativi basati sul concetto di IdF. Nel 2006 gli infermieri che termineranno la formazione saranno 700 e questo porterà a 2400 il loro numero totale nel Paese.

Il modello moldavo

Elena Stempovskaja, Infermiere Dirigente presso il Ministero della Salute, ha presentato i risultati della valutazione del progetto pilota moldavo sull' IdF. All'interno di questo progetto è stato sviluppato ed implementato un nuovo programma di formazione per gli IdF. In totale sono stati formati 15 infermieri di famiglia secondo il concetto OMS.

Il progetto è stato valutato attraverso interviste-questionario a medici ed infermieri di famiglia, pazienti, altri sanitari. I risultati principali hanno evidenziato:

- cambiamenti strutturali
- problemi riguardanti l'implementazione del nuovo concetto di IdF, i vantaggi e gli svantaggi ed i fattori che influenzano l'implementazione di questo concetto nella pratica. Gli aspetti più forti dei servizi forniti dall'IdF e dell'educazione sanitaria puntavano sugli stili di vita salubri. L' IdF era una persona importante nell'erogazione dei servizi assistenziali non solo ai pazienti ma anche alle loro famiglie. La gamma dei servizi offerti si è ampliata, specialmente verso l'infanzia, le donne in gravidanza e gli anziani. Lo sviluppo del concetto di infermiere di famiglia ha consentito di prendersi cura dei membri di una famiglia dall'inizio fino alla fine della vita.

Ci sono stati risultati positivi anche in termini di sviluppo del ruolo infermieristico, dai servizi esistenti verso altri più complessi.

I problemi che emergono sono, ad esempio, la mancanza di una regolamentazione riguardante il nuovo concetto di IdF; la mancanza di un istituto di ricerca specifico; la carenza di risorse finanziarie; la mancanza di un sistema informativo centrale e di risorse logistiche. Il nuovo ruolo dell' IdF presta attenzione all'assistenza medica olistica e l'implementazione del programma ha riscosso un grande successo, contribuendo alla diffusione del concetto in tutta la Repubblica della Moldavia. Questo programma deve essere ampliato e rafforzato per formare infermieri di famiglia con un elevato livello di competenze.

Il modello lituano

Nijole Bielinienė, Infermiere Dirigente, Divisione della Salute della Persona presso il Ministero della Salute della Lituania, ha sottolineato il grande supporto ricevuto dal suo Paese da parte dell'OMS per il progetto IdF. Ha fatto riferimento alla difficile situazione politica del suo Paese, legata ai numerosi cambiamenti intercorsi a partire dall'anno 2000 presso il Ministero della Salute. Tuttavia, c'è stato un lento ma costante sviluppo del progetto IdF. Ad oggi il programma per l'infermieristica di famiglia è pronto ma non è ancora stato approvato. E' in preparazione un nuovo "Standard dell'Infermiere di Comunità" e, dal 2005, sono entrati in vigore nuovi diritti, doveri, competenze e responsabilità per i medici di famiglia.

Discussione

Lis Wagner ha evidenziato che le presentazioni dei diversi Paesi hanno dimostrato l'esistenza di sistemi di formazione dell' IdF eccellenti ma diversi tra loro. Sarà importante discutere ulteriormente sulle differenze e sulle similitudini.

Presentazione della storia dello Studio Multinazionale e dei suoi risultati

A titolo di introduzione alla susseguente presentazione della valutazione, Cornelia Krüger ha esposto una panoramica dello sviluppo del concetto e della sua implementazione presso l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa (Allegato 2). Il punto di partenza era Salute 21, dove l'obiettivo 15 afferma: "Al centro deve esserci un infermiere di famiglia ben formato, che fornisca un'ampia gamma di consigli sugli stili di vita, supporto alle famiglie e servizi di assistenza domiciliare ad un numero limitato di famiglie" (OMS 1998). La Dichiarazione di Monaco del 2000 continuava ad evidenziare l'importanza del ruolo degli infermieri e delle ostetriche. Nel 1999 si è completata una revisione della letteratura ed è stato sviluppato un programma di formazione post-base, basato sulle competenze e sulla ricerca per implementare il concetto di IdF. Con questo studio multinazionale l'implementazione e la valutazione del concetto di IdF sono state completate.

La Sig.ra Hennessy e la Sig.ra Gladin hanno presentato la struttura ed i risultati della stesura finale del report di analisi valutativa. Il documento sarà fornito separatamente e si potrà reperirlo sul sito web: www.euro.who.int/nursingmidwifery.

Sintesi del rapporto sulla Valutazione dello Studio Multinazionale dell'OMS sull'IdF

Il report dettaglia il razionale, i processi ed i risultati dello Studio Multinazionale Europeo sull' IdF dell'Ufficio Regionale OMS per l'Europa. Il programma IdF si è sviluppato per rispondere ai significativi cambiamenti che i governi si trovano ad affrontare nel garantire l'assistenza sanitaria. I bisogni di salute che cambiano richiedono nuovi approcci assistenziali. La modernizzazione dei servizi sanitari in Europa, dove sempre più interventi assistenziali vengono eseguiti in ambito di assistenza primaria e di comunità, richiede ruoli nuovi e nuove metodologie di lavoro per il personale sanitario.

SALUTE 21, la politica "salute per tutti" adottata dalla Regione europea dell'OMS nel 1998 (OMS 1998) ha rafforzato gli impegni precedentemente assunti dall'OMS verso i modelli di assistenza primaria (es. OMS 1978). Una delle sue principali strategie era di promuovere i servizi sanitari integrati, con alla base l'assistenza primaria (PHC) e l'attenzione rivolta all'assistenza orientata alla famiglia ed alla comunità. Essa evidenziava la necessità di concentrarsi sull'approccio alla salute pubblica invece che sulla gestione della malattia ed un bisogno di maggiore collaborazione professionale in situazioni di assistenza primaria.

SALUTE 21 identificava anche il bisogno di infermieri altamente qualificati e capaci per supportare tale sviluppo. Il modello IdF fornisce un approccio completo all'infermieristica nell'assistenza primaria, con gli infermieri che aiutano *"gli individui e le famiglie ad adattarsi alla malattia... alla disabilità cronica ed allo stress"*. La visione OMS dell' IdF era che fosse un infermiere dalle molteplici capacità che lavorasse all'interno dell'ambiente domestico con le famiglie lungo tutto l'arco della vita ed in un'area geografica definita. Essi avrebbero dovuto consigliare su stili di vita e fattori di rischio, assistere le famiglie in materia di salute e malattia ed adottare un approccio proattivo verso la promozione della salute, la prevenzione della malattia e la diagnosi precoce in ambito familiare (domestico). Essi sarebbero stati in grado di identificare le influenze socioeconomiche sulla salute e sulla malattia, lavorando a stretto contatto o facendo riferimento ad altre agenzie per il welfare, secondo necessità. Inoltre, avrebbero potuto facilitare le dimissioni precoci dall'ospedale fornendo assistenza infermieristica a domicilio, agendo come anello di congiunzione tra famiglie, medici ed altre strutture assistenziali e, quando possibile, come sostituti del medico di famiglia (OMS 1998).

Nel 2000, la Dichiarazione di Monaco ha reiterato l'importanza dell'approccio IdF in seno al contesto di un'assistenza primaria efficace, richiedendo servizi di infermieristica ed ostetricia di comunità incentrati sulla famiglia, uniti al necessario supporto legislativo e regolamentante che garantisca agli infermieri di poter lavorare al loro pieno potenziale, come *"professionisti indipendenti ed inter-dipendenti"* (OMS 2000a, 2001a).

Valutazione

Le revisioni della letteratura indicano il potenziale di questo infermiere professionale dalle molteplici capacità (McHugh & Cotroneo 1999, OMS 2000b). Per fornire le prove empiriche a sostegno della sua implementazione, è stata richiesta un'ulteriore valutazione del ruolo. Nel 2000, gli Stati membri sono stati invitati a definire programmi-pilota di implementazione dell'IdF, adeguati alle rispettive infrastrutture sanitarie. Furono programmati i processi di verifica interni, che valutavano lo sviluppo degli IdF, consideravano l'impatto sulle strutture di assistenza primaria esistenti e valutavano gli esiti del programma. Oltre a questa valutazione interna, i Paesi furono invitati a partecipare ad una valutazione multinazionale. Per far parte dello studio multinazionale

era indispensabile il benessere del Ministero della Salute, a garanzia dell'impegno e della proprietà dei Paesi partecipanti.

Lo studio multinazionale sull' IdF è stato un processo esplorativo sia per i partecipanti che per i ricercatori. Lo strumento per la raccolta dati era complesso poiché tentava di identificare un'ampia gamma di fattori importanti per lo sviluppo del modello di IdF. I requisiti per le traduzioni erano specifici e non erano disponibili ulteriori fondi per i Paesi partecipanti. L'impegno dei Paesi partecipanti verso queste richieste così impegnative ha fatto sì che si raccomandassero una fase di valutazione sia nazionale che multinazionale del progetto. Le situazioni locali e nazionali erano molto varie sia all'inizio dello studio che durante l'implementazione dei programmi, cosa che ha influito sui risultati dello studio.

Risultati e raccomandazioni

Per quanto riguarda la fase finale dello studio multinazionale, sono pervenute risposte da sette Paesi (Armenia, Finlandia, Portogallo, Repubblica della Moldavia, Scozia, Slovenia e Tajikistan). Inoltre, altri cinque Paesi hanno partecipato ai workshop interattivi che si sono tenuti a Maribor ed a Glasgow. La situazione interna dei vari Paesi (es. infrastrutture socio-politiche nazionali, presenza o meno di servizi infermieristici di comunità, livelli elevati di supporto/finanziamento per l'implementazione) ha influito sul modello nazionale di IdF adottato. I confronti non sono stati sempre facili e nelle interpretazioni finali si è cercato di tener conto dei contesti. Analizzando i dati sono stati identificati diversi temi principali e sono state fatte le raccomandazioni. Tutti i Paesi sono stati invitati a rivedere i risultati della ricerca ed a riutilizzare i dati a sostegno delle decisioni riguardanti l'implementazione, i bisogni di formazione e lo sviluppo futuro dei rispettivi IdF. La ricerca ed i suoi risultati sono discussi in dettaglio nel Rapporto sulla Valutazione dello Studio Multinazionale sull'Infermiere di Famiglia dell'OMS.

Le principali raccomandazioni emerse dallo studio sono:

1. Finanziamenti e sostenibilità

Una delle preoccupazioni principali riguardava il finanziamento a lungo termine dell'infermieristica di famiglia (infrastrutture, salari, formazione iniziale, educazione professionale continua). Il reclutamento ed il retenimento del personale infermieristico sono problematici ovunque e possono costituire un ostacolo allo sviluppo di questo nuovo ruolo. Il sostegno dei governi ed i finanziamenti, al di là della fase di implementazione, erano incerti in tutti i Paesi. Per dare il via ad innovazioni di questa portata servono finanziamenti dedicati e costanti ed era diffuso il timore che gli stanziamenti per un servizio di IdF sostenibile non fossero imminenti. L'implementazione di una nuova iniziativa è soltanto il primo passo, per garantire un seguito sono indispensabili molte attività successive. La promozione della salute, in particolare, è un'attività a lungo termine e sia il processo di implementazione che quello di valutazione lo devono riconoscere.

Per gli interventi sui servizi sanitari serve un progetto ben programmato e ben gestito, sostenibile a lungo termine e dotato di ricerca e valutazione continue del processo di cambiamento. E' stata raccomandata la valutazione continua con i rapporti dei progressi nazionali da presentare agli incontri annuali degli Infermieri ministeriali, per incoraggiare i governi a provvedere alle risorse necessarie per la sua sostenibilità.

2. Percepito pubblico/professionale del ruolo di IdF

Negli utenti la definizione del ruolo dell' IdF quale "infermiere dalle capacità multiple" ha ingenerato confusione (ad esempio in relazione ad altri infermieri e ad altri professionisti della salute). C'erano anche prove di una sorta di "protezionismo professionale" da parte di altri sanitari incerti dell'impatto che questi nuovi infermieri avrebbero avuto sulla loro attività e sul loro status. Inoltre, lo spostamento del focus di interesse dall'individuo verso la famiglia ha sollevato qualche problema. La resistenza al cambiamento è uno dei principali impedimenti alla sua realizzazione e le aspettative devono essere gestite attraverso l'educazione del pubblico e la discussione. E' stato raccomandato che il ruolo e le responsabilità dell'IdF vengano reiterati e diffusi su più ampia scala.

E' incoraggiante che, sia da parte di chi lo rivestiva che da parte dei politici, il punto di vista sul ruolo funzionale dell' IdF fosse strettamente simile nei diversi Paesi. In tutti i Paesi partecipanti l' IdF aveva un ruolo più olistico rispetto agli altri infermieri di comunità, incentrato sulla famiglia e impegnato in un' ampia gamma di attività rivolte a tutte le fasce d'età, che coprivano la promozione della salute, la prevenzione della malattia, l'assistenza infermieristica e l'aiuto in situazioni stressanti.

3. Formazione dell'IdF

Il curriculum dell'OMS identifica le competenze fondamentali ed i requisiti della formazione che alcuni Paesi hanno adottato *in toto* mentre da altri sono stati utilizzati come guida, adattandoli alle circostanze locali. Era difficile confrontare sviluppi educativi e professionali assoluti, a causa delle ampie differenze esistenti nella formazione infermieristica di base, nell'organizzazione e nei bisogni sanitari, nelle relazioni inter-professionali.

E' probabile che gli IdF si ritrovino isolati nella loro vita professionale, che lavorino da soli a casa dei pazienti per buona parte della loro attività quotidiana. Questo, unito all'ampiezza del loro ruolo, richiede una vasta conoscenza di base ed un alto livello di sviluppo professionale costante. L'offerta di opportunità di sviluppo professionale continuo (CDP) era un'altra area di preoccupazione durante lo studio ed anche in questo caso sono necessarie ulteriori indagini.

4. Ricerca, informazione e tecnologie della comunicazione

Incoraggiare la partecipazione alla ricerca, migliorare l'accesso ai risultati della ricerca, sviluppare la cultura della ricerca sono tutti elementi considerati importanti per lo sviluppo futuro. La cultura della ricerca nell'infermieristica e nell'assistenza primaria deve irrobustirsi. Il ruolo dell'IdF, per il suo sviluppo, ha bisogno di una solida base di conoscenze e di accedere ad una buona ricerca sulla quale costruire la pratica evidence-based.; questo richiede informazioni affidabili e infrastrutture tecnologiche per la comunicazione. Partecipare ad altri progetti sarà un'esperienza utile per quei Paesi che non hanno ancora sviluppato al loro interno una forte cultura della ricerca.

5. Network e partnership

Lo sviluppo di reti e partnership tra i partecipanti era fondamentale poiché la condivisione delle esperienze e la discussione di problemi e soluzioni è sempre stata considerata utile dai partecipanti. I legami già esistenti tra i Paesi che hanno sviluppato lo studio sull' IdF devono essere rafforzati e quelli nuovi vanno incoraggiati. Il lavoro di rete e la collaborazione internazionale devono essere essi stessi un fine. Per incoraggiare questi importanti comportamenti di collaborazione e condivisione devono essere messe a disposizione le risorse necessarie, quali i finanziamenti dedicati ed il supporto strategico.

Conclusioni

Il progetto è stato soprattutto un processo di ricerca ed apprendimento attivi. I partecipanti hanno dimostrato grande entusiasmo ed impegno verso gli scopi della ricerca. Implementare un nuovo servizio infermieristico è un processo di cambiamento gestionale ed i cicli interni di cambiamento dei Paesi al momento dello studio multinazionale erano diversi. Alcuni avevano già sviluppato un programma di IdF pienamente funzionale e lo avevano implementato passando alla seconda fase. Alcuni Paesi non avevano ancora implementato il programma IdF mentre altri erano in pieno processo. L'implementazione dell' IdF fa parte di una fase di sviluppo del cambiamento, dove le capacità si affinano con l'esercizio, la formazione e la ristrutturazione. Ne consegue che questo processo va sostenuto attraverso fasi successive al fine di completare il processo di cambiamento e garantire risultati validi e sostenibili.

Il ruolo, tra i Paesi partecipanti, appare simile e segue le basi della definizione di IdF data dall'OMS, anche quando si adatta ai bisogni del sistema sanitario nazionale. La fiducia nell' IdF ed in ciò che può realizzare è forte. Esiste un impegno verso un ruolo di infermiere dalle molteplici capacità orientato verso la famiglia, in ambito di comunità. Il ruolo richiede una maggior chiarezza in termini di relazione con le altre professioni sanitarie e una più ampia divulgazione del suo valore tra gli utenti.

La salute pubblica e la promozione della salute sono entrambe iniziative per le quali lo sviluppo ed i risultati prevedono una prospettiva di lungo termine. La rapida introduzione dell' IdF, con il suo concetto innovativo di infermiere dalle molteplici capacità con funzioni afferenti la salute pubblica/promozione della salute così come di assistenza specializzata, propone una sfida a diversi livelli. Sfida la percezione radicata del ruolo dell'infermiere come professionista della salute ed anche le barriere tra la gamma di professionisti della salute. Per garantire che queste innovazioni vengano accettate ci vogliono tempo ed informazione. L'implementazione di servizi efficienti non si concilia con tempistiche rapide.

Un messaggio importante emerso dallo studio è che le conseguenze ed i risultati a lungo termine non sono stati considerati nella loro completezza o non sono stati comunicati ai sostenitori. Le decisioni prese e divulgate hanno riguardato soprattutto gli investimenti iniziali di risorse per stimolare il cambiamento. L'impegno richiesto per mantenere e sostenere il cambiamento appare meno chiaro e questo ha suscitato preoccupazione tra quelli "in campo". Per ottenere il cambiamento dei valori individuali, organizzativi e sociali ci vuole impegno a lungo termine. Soltanto quando questo sarà stato affrontato il ruolo dell' IdF raggiungerà davvero il suo pieno potenziale.

Discussione

Il primo commento della Sig.ra Wagner ha evidenziato che la ricerca attiva guarda ai processi ed ai risultati. Il rapporto è completo e spiega chiaramente il processo. Ciò che ancora resta da fare è la valutazione della ricaduta della figura dell'IdF sul miglioramento della salute nel Paese.

E' stato sottolineato che in tutti i Paesi esistevano discrepanze tra il livello di attività atteso e quello raggiunto. Questo potrebbe essere indicativo di un bisogno di formazione e richiedere interventi politici all'interno del sistema sanitario nazionale.

E' stato chiarito che è impossibile procedere ad un confronto dettagliato tra i vari Paesi. Un approccio futuro per confrontare la formazione potrebbe attuarsi includendo i crediti formativi europei.

La Sig.ra Wagner ha comunicato che l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa ha considerato questo quinto workshop berlinese dello Studio Multinazionale sull'IdF come incontro conclusivo. Tuttavia, l'Ufficio Regionale continuerà a supportare chiunque stia seguendo questo progetto. Si è rivelato ovvio che l'infermieristica di famiglia e quella domiciliare possono avere molto in comune. L'enfasi maggiore va quindi posta sul portare infermieri ed ostetriche nell'assistenza primaria in tutti i Paesi.

Dibattito

Le Sig.re Schrader e Schnepf hanno moderato i dibattiti riguardanti le seguenti tematiche: "Cosa possiamo guadagnare dalla nostra esperienza?" e "Come possiamo andare avanti?". Sono stati raccolti suggerimenti ed idee che hanno fornito le basi per lo sviluppo di un piano d'azione triennale finalizzato a garantire la sostenibilità del movimento IdF. Durante la discussione si è posto l'accento sulla necessità di chiarire ed uniformare il concetto di IdF per ciò che riguarda la formazione e le competenze. Lo scambio di esperienze tra Paesi diversi deve essere facilitato. La Sig.ra Schnepf ha fatto notare che in alcuni Paesi non c'è disponibilità di letteratura per difficoltà sia finanziarie che linguistiche.

Al termine della discussione, Harriet Jefferson ha riassunto il suo punto di vista sulla situazione attuale e futura dell'infermieristica di famiglia in Europa. Ha presentato tre immagini (Allegato 3):

1. la situazione attuale del progetto IdF nei diversi Paesi (Allegato 3, figura 1);
2. le azioni programmate (Allegato 3, figura 2)
3. verso dove possiamo andare (Allegato 3, figura 3).

Ha concluso che tutti i Paesi partecipanti stanno ancora lavorando all'implementazione del concetto IdF . La grandezza di questi sforzi ed i risultati ottenuti sono tuttavia diversi, ad esempio a causa dei cambiamenti politici. Alcuni Paesi si stanno muovendo più rapidamente verso l'obiettivo generale di creare l'infermieristica di famiglia.

Conclusione del dibattito

La Sig.ra Jefferson ha evidenziato che quello dell' IdF si è dimostrato un concetto solido. Basandosi sui risultati della valutazione del progetto, su diversi documenti dell'OMS e sui contributi ed i commenti emersi durante il meeting, la Sig.ra Jefferson ha proposto un'analisi sintetica incentrata sul lavoro svolto e offerto importanti commenti e suggerimenti per andare avanti. Ha suggerito 13 titoli da considerare, di seguito descritti. I primi cinque riguardano soprattutto il background dei requisiti mentre quelli successivi sono rivolti all'operatività ed alle possibilità.

1. Concetto

Basandosi sulle osservazioni e sui risultati dello studio di valutazione, la Sig.ra Jefferson ha concluso che il concetto di IdF è accettato da tutti i Paesi partecipanti al progetto. L'idea dell' IdF come strada che avanza verso lo sviluppo dell'assistenza è chiaramente radicata. La terminologia utilizzata nei vari Paesi cambia ma non ha importanza se uno chiama gli infermieri di famiglia in un modo o nell'altro o se quello dell' IdF nel tempo diventerà un ruolo di transizione verso qualcosa di diverso nel futuro. Il concetto è solido perché tutti i Paesi partecipanti stanno attingendo dalle idee di assistenza primaria, salute pubblica, promozione della salute e prevenzione della malattia come fondamento del concetto di IdF.

2. Collaborazione e cooperazione

Come i risultati della valutazione dimostrano, esistono già delle forme di collaborazione interne ai Paesi e tra Paesi. Sono state discusse le possibili future collaborazioni, che potrebbero essere via internet, visite di scambio, sviluppo di comunità della pratica, ricerca in collaborazione.

Per quanto concerne la cooperazione, la Sig.ra Jefferson ha insistito sul fatto che gli sforzi devono concentrarsi sull'identificazione di tutti gli stakeholder direttamente o indirettamente colpiti dai cambiamenti che si intendono operare e convincerli che questi cambiamenti sono sia necessari che utili per loro. Tutti i gruppi professionali interessati dal cambiamento devono essere coinvolti nello sviluppo e nell'implementazione dell' IdF, così come le persone che possono offrire sostegno ai diversi livelli del servizio sanitario.

3. Impegno

I Paesi si sono assunti un grande impegno verso il progetto IdF, per esempio nel coinvolgere i Ministri della Salute, gli Infermieri dirigenti, gli staff di assistenza di comunità, il pubblico e l'OMS.

4. Consistenza e chiarezza

E' stata rilevata la necessità di sviluppare indicatori e misurazioni di risultato consistenti, da utilizzare per garantire l'efficacia e l'efficienza del ruolo dell'IdF. Questi indicatori e risultati devono essere condivisi e divulgati sia a livello nazionale che tra i Paesi. E' necessario stabilire risultati chiari e consistenti ad entrambi i livelli.

Nella valutazione, gli IdF hanno espresso la loro percezione di una mancanza di definizione del ruolo e delle funzioni proprie della figura. Tuttavia, se si guarda a "ciò che effettivamente fanno", si può dire che esiste già un buon livello di chiarezza e consistenza. Essi trattano con le famiglie, combinando la salute pubblica ed il lavoro a domicilio. Queste sono le funzioni principali che abbiamo scoperto con la ricerca. Lo scopo della funzione, la pratica e le possibilità del ruolo dell'IdF non devono essere limitati da una definizione che sia troppo restrittiva.

E' stato sottolineato che laddove esiste una sovrapposizione di funzioni e gli infermieri svolgono le attività dell' IdF nell'ambito del loro ruolo in comunità, bisognerebbe pensare ad una naturale evoluzione di tutti gli infermieri di comunità verso l'IdF.

5. Contesto culturale

E' importante e necessario legare l' IdF alla cultura ed al contesto del sistema sanitario di ciascun Paese se si vuole che sia accettato e sostenuto.

6. Condurre ricerche

Adesso esiste una solida base di ricerca per lo sviluppo pratico dell' IdF. Nonostante ciò, servono ulteriori ricerche e collaborazione, mirate allo sviluppo della pratica ed alla valutazione.

Poiché la valutazione mostra un criterio per la riuscita dello sviluppo e dell'implementazione, è utile condurre studi preliminari, di fattibilità e/o situazionali, come - ad esempio - quello del Sig. Schnepf e colleghi, che in Germania hanno condotto uno studio di fattibilità comprendendo prima lo sviluppo dello scenario dell'IdF e poi hanno iniziato a testarlo nella pratica.

L'OMS deve assumersi il ruolo di conduzione/governance per irrobustire la cultura della ricerca nei Paesi e tra i Paesi e per portare avanti l'importante partenza che c'è stata con la ricerca collaborativa internazionale.

La possibilità di finanziamento della ricerca futura e dei dottorati di ricerca deve essere vagliata. Questo è di importanza vitale per il sostegno duraturo all'implementazione dell' IdF e per la necessaria valutazione continua del lavoro.

7. Sviluppo professionale continuo / sviluppo del curriculum

Con i risultati della valutazione ed i report degli incontri, si è reso palese il bisogno di formazione continua e progressiva a livello di base e post-base. Per gli infermieri già diplomati ed operativi c'è bisogno di uno sviluppo professionale continuo, ottenibile con corsi brevi ed una vasta gamma di approcci educativi diversi. Inoltre, lo sviluppo della futura formazione dell'IdF ed il suo addestramento necessitano di attingere dalla ricerca e dalla pratica evidence-based. Tutto ciò dovrà essere strettamente collegato all'ordine del giorno della ricerca in salute pubblica.

8. Confronti

Bisogna stabilire degli indicatori e delle misurazioni di risultato che si possano utilizzare per verificare i progressi e per confrontarli nei Paesi e tra i Paesi. Per arrivare a questo ci vorrà un lavoro di forte collaborazione tra tutti i partecipanti. E' anche necessario stabilire competenze teoriche e pratiche consistenti al fine di confrontare i progressi (vedere consistenza e concetto).

9. Costi

Vi sono grandi problemi per finanziare la ricerca e lo sviluppo del modello IdF ed i cambiamenti ad esso collegati. E' necessario non guardare soltanto a come tagliare/giustificare i costi ma anche rispondere alla domanda "Quanto costa non farlo?".

10. Capacità di leadership

I partecipanti hanno già impegnato le persone, a tutti i livelli, governativo, di OMS, nazionale e locale, che hanno condotto l'iniziativa e l'hanno portata avanti. E' fondamentale sia supportare i leader esistenti che identificare e sviluppare nuovi e più numerosi leader futuri.

11. Capacità di sostenibilità

La capacità di sostenere questo cambiamento ed eventualmente riconoscere nell'IdF la strada maestra del servizio sanitario è un'attività a lungo termine che richiede capacità di resistenza. I partecipanti hanno espresso preoccupazione sul report di valutazione per la parte riguardante l'impegno a sviluppare ed implementare l'IdF senza garanzie di un supporto a lungo termine in materia di finanziamenti ed altre risorse. Questo problema deve essere affrontato se si vuole garantire un futuro all'IdF.

12. Fiducia

Tutti i partecipanti devono essere fiduciosi di riuscire a portare avanti questo lavoro nella pratica! La base di evidenza del concetto di IdF deve essere utilizzata per discutere a favore della sua implementazione. C'è bisogno di fiducia per trasformare il concetto in realtà.

13. Ciclo di cambiamento

La velocità del cambiamento sarà diversa nei vari Paesi e dipenderà dal punto da cui si parte e da dove si vuole arrivare (Allegato 3, figura 3). I punti summenzionati vanno utilizzati per sviluppare un piano d'azione realistico ed attuabile. Il Sig. Jefferson suggerisce di incominciare rispondendo a queste domande: "Dove vorresti essere tra tre anni? Cosa ti serve per arrivarci? Come ci arrivi?"

Discussione ed adozione della risoluzione

Sulla base del piano d'azione è stata sviluppata una bozza di risoluzione, in seguito discussa ed integrata. Tutti i partecipanti hanno approvato una Risoluzione (allegato 4) che ponesse l'accento sia sulla fattibilità del concetto di IdF che sulla capacità di questi di diventare parte integrante della sanità pubblica, comprendendo prevenzione e promozione della salute ed offerta di assistenza in Europa. I Paesi hanno identificato le seguenti quattro aree d'azione per rafforzare l'evidenza del modello IdF: coinvolgere gli infermieri ministeriali; studiare il curriculum/competenze dell'IdF; identificare indicatori di salute e risultati; supportare le attività già esistenti di collaborazione tra Paesi e promuoverne di nuove.

I partecipanti hanno approvato un piano d'azione triennale. Questo piano comprende l'insediamento di un gruppo direttivo che studi i temi della sostenibilità e degli obblighi dell'OMS come amministratore. Sarà composto da partecipanti provenienti dall'OMS (Segreteria), dalla Scozia, dalla Spagna e dalla Slovenia.

Si creeranno tre sottogruppi, coordinati dal direttivo:

1. Il primo si occuperà di confrontare la formazione per accertare i livelli di formazione degli IdF europei (valutazione ECTS o equivalente), i requisiti della formazione continua e la copertura delle competenze di questi programmi. E' stato proposto che entrassero a far parte di questo gruppo partecipanti di Spagna, Scozia, Germania, Repubblica della Moldavia, Kirgizstan e Armenia.
2. Il secondo sottogruppo identificherà gli indicatori di salute a supporto del modello IdF e fornirà le basi per la ricerca e le attività ed i risultati futuri dello stesso. Questo gruppo è composto da partecipanti provenienti da Scozia, Portogallo, Spagna, Germania e Finlandia.
3. Il terzo sottogruppo ha il compito di identificare il lavoro di rete, le opportunità di scambio e partnership, compresi i workshop e la verifica di tematiche riguardanti la traduzione della letteratura. Faranno parte di questo gruppo partecipanti provenienti da: Slovenia, Repubblica della Moldavia, Germania, Tajikistan, Kirgizstan, Armenia e Lituania.

La risoluzione sarà inviata ai Ministri della Salute per garantire il supporto governativo agli Stati membri che desiderano raggiungerne gli scopi.

Implementazione

Anne Bødsgaard, Ufficio Regionale OMS per l'Europa Divisione Supporto ai Paesi, Programma di Infermieristica ed Ostetricia, ha ringraziato per il lavoro svolto ed ha chiesto ai partecipanti di "andare avanti per arrivare all'azione". Le Sigg.re Kruger, Gladin, Jefferson, Hennessy e Wagner scriveranno un articolo per pubblicare i risultati dello Studio Pilota Multinazionale sull'IdF dell'OMS. Ulteriori articoli saranno redatti da Christa Schrader ed altri sul progetto IdF tedesco, dalla Sig.ra Stempovskaja sull'esperienza moldava, da Antonio Manuel sugli sforzi dell'infermieristica di famiglia in Portogallo e dalla Sig.ra Pelkonen per la Finlandia.

Chiusura dei lavori


Il Sig. Wagner ha chiuso l'incontro ringraziando tutti per la dedizione, il lavoro entusiasta ed augurando un sereno viaggio di ritorno.

Nota: come supplemento al report, tutte le presentazioni PowerPoint dei diversi Paesi saranno disponibili su richiesta presso il Programma di Infermieristica ed Ostetricia, Ufficio Regionale OMS per l'Europa.

Allegato 1

LO STUDIO PILOTA MULTINAZIONALE SULL'INFERMIERE DI FAMIGLIA

LIS WAGNER



Lis Wagner

Manager
Programma per l'Infermieristica e
l'Ostetricia
Ufficio Regionale OMS per l'Europa




Il progetto pilota sull'Infermiere di Famiglia inizialmente coinvolgeva 18 Paesi

- Andorra
- Armenia
- Austria
- Belgio
- Danimarca
- Estonia
- Finlandia
- Georgia
- Germania
- Irlanda
- Polonia
- Portogallo
- Regno Unito
- Rep. Della Moldavia
- Spagna
- Slovenia
- Svezia
- Tajikistan



Progetti Pilota sull'Infermiere di famiglia presenti al meeting oggi:

- Armenia
- Finlandia
- Germania
- Kirgizstan
- Lituania
- Rep. Della Moldavia
- Portogallo
- Scozia
- Slovenia
- Spagna
- Tajikistan



Il ruolo dell'infermiere di famiglia comprende la prevenzione primaria, secondaria e terziaria e la direzione dell'assistenza



Dall'infermiere di famiglia ci si aspetta e si richiede che sia competente come:

- *Fornitore di assistenza*
- *Decision Maker*
- *Comunicatore*
- *Leader di comunità e manager*



Lo studio pilota multinazionale sull'Infermiere di Famiglia

SCOPO del progetto

Implementare e valutare il concetto di infermiere di famiglia all'interno dei diversi sistemi sanitari degli Stati membri

Ordine del Giorno

- Rivedere i progressi e gli ostacoli nell'implementare il ruolo dell'infermiere di famiglia in ciascuno degli Stati membri
- Apprendere lezioni circa l'introduzione di un nuovo servizio infermieristico nei diversi Paesi
- Condividere le esperienze e discutere dei risultati positivi/negativi nella pratica e valutarli
- Elaborare un quadro per un rapporto basato sulle lezioni apprese

Allegato 2:

Introduzione alla storia dell'IDF e dello studio multinazionale sull'IDF

Cornelia Krüger



Storia dell'infermiere di famiglia (IdF) e dello Studio Multinazionale

Cornelia Krüger

5° Meeting sullo Studio Multinazionale Sull'Infermiere di Famiglia, Berlino, Germania 22 – 23 Gennaio 2006



Salute 21 – Salute per tutti nel XXI secolo (OMS 1998)

- Obiettivo permanente: "raggiungere il potenziale di piena salute per tutti"
- Due scopi principali:
 - Promuovere e proteggere la salute delle persone lungo tutta la vita
 - Ridurre l'incidenza delle principali malattie e dei traumi ed alleviare le sofferenze che questi causano
- Contiene 21 obiettivi diversi



Salute 21 – Strategie principali

- Strategie multisetoriali per affrontare i determinanti della salute
- Programmi orientati ai risultati in salute
- **Assistenza primaria integrata orientata alla famiglia ed alla comunità**
- Un processo di sviluppo sanitario partecipatorio che:
 - Coinvolga partner importanti per la salute
 - Promuova la decisionalità condivisa
 - Implementazione e responsabilità



Obiettivo 15 di Salute 21

"[...] Al centro deve esserci un infermiere di famiglia ben formato, che fornisca un'ampia gamma di consigli sugli stili di vita, supporto alle famiglie e servizi di assistenza domiciliare ad un numero limitato di famiglie [...]"

(OMS, 1998)



Dichiarazione di Monaco (2000)

Infermieri ed ostetriche: una forza per la salute

"ricercando opportunità di stabilire e supportare programmi e servizi di infermieristica ed ostetricia focalizzati sulla famiglia, compreso – dove possibile – l'Infermiere di Famiglia"

(OMS, 2000)



Ricerca di base ed analisi del concetto

... sull'infermieristica di famiglia e di comunità, per fornire un importante background al concetto di IdF:

- World-wide literature-study on Family Care (McHugh, M. & Cotroneo, M., 1999)
- Study on Community Nursing and Midwifery in Europe (Whyte, L., 1999)
- Study on Public Health Nursing in Europe (Edgecombe, G., 2001)



Curriculum

- Sviluppato dal Gruppo di Esperti in Infermieristica & Ostetricia dell'OMS Europa
- Programma modulare post-base di 40 settimane (7 moduli)
- Preparazione dell'IdF al ruolo come definito in Salute 21
- Basato sulle competenze e sulla ricerca
- Combinazione di teoria e lavoro sul campo



Il concetto di IDF

... combina "tutti gli elementi della salute pubblica, compresi la protezione, la promozione della salute e l'assistenza curativa e palliativa e facilita la cooperazione tra la famiglia, la comunità ed il sistema sanitario. Questo infermiere è percepito come figura importante lungo il corso della vita, nei periodi critici e negli eventi della vita

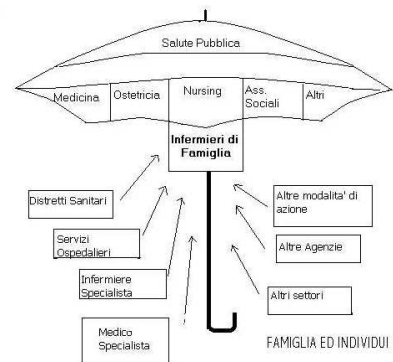
(OMS Europa, 2001b)



Quindi l'IDF è...

- Poliedrico. Compiti determinati dai bisogni della famiglia/comunità
- Un infermiere professionale capace
- Primo punto di contatto
- Combina elementi di prevenzione della malattia, diagnosi e gestione accanto ad interventi infermieristici

(Fonte: MacKenzie & Macleod)



Componenti chiave dell'IDF

- Erogatore di assistenza
- Decisionista
- Comunicatore
- Leader di comunità
- Manager

Si raggiungono attraverso un processo di sviluppo delle competenze di base



Scopo dello Studio Multinazionale

Implementazione e valutazione del concetto di Infermiere di Famiglia all'interno dei diversi sistemi sanitari e di formazione degli Stati membri

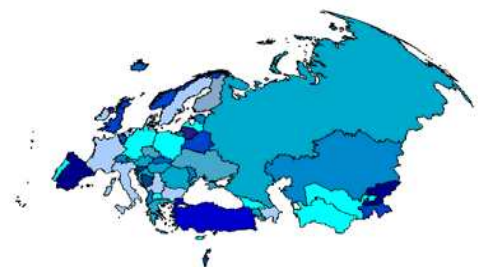


Background dello Studio

- La Dichiarazione di Monaco chiede programmi di infermieristica di comunità focalizzati sulla famiglia
- Bisogno di conoscenze solide e di infermieristica ed ostetricia basate sull'evidenza
- I risultati dello studio servono per informare i politici dello sviluppo dell'infermieristica di comunità e dei futuri servizi ad essa correlati



Paesi partecipanti (evidenziati dal colore più scuro)





ALLEGATO 3

PRESENTAZIONE DEL PRESENTE E DEL FUTURO DELL'IDF

Harriet Jefferson

Figura 1

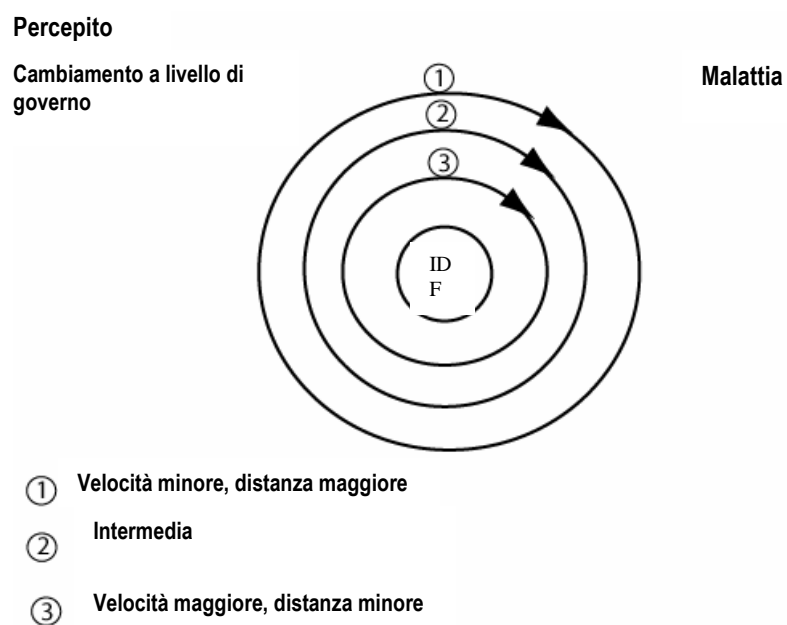


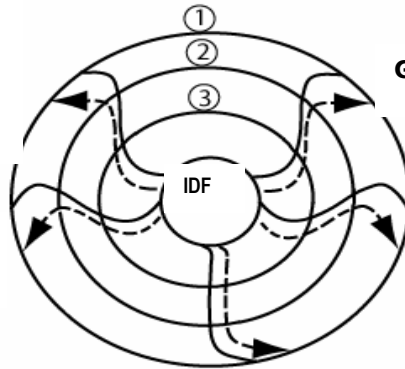
Figura 2

Ciò che abbiamo – IDF è un concetto solido

Piano d'azione triennale

Visite di scambio, meeting internazionali di revisione/sostenibilità
Lavoro di rete

Letteratura/traduzioni per i Paesi dell'Europa dell'Est



Gruppo di lavoro OMS

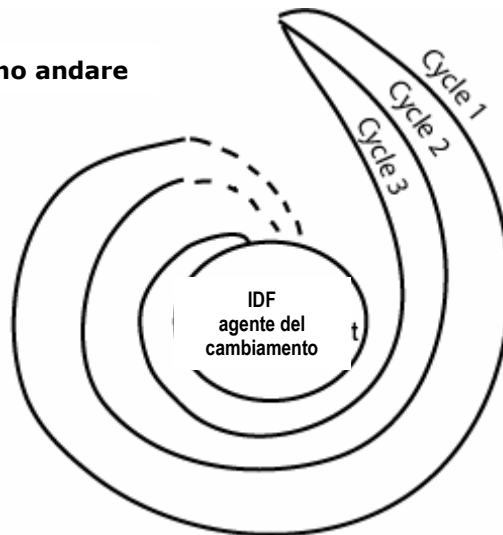
Indicatori
Risultati
Ricerca
Evidence based
Collegati a medici

Piani Sanitari nazionali
Dichiarazione di Monaco
Requisiti UE

Formazione/collaborazione
(Competenze/ECTS, quadro della formazione, standardizzazione, ricerca)
Collegamento con l'Infermiere
Dirigente ministeriale

Figura 3

Verso dove potremmo andare



L'IDF come agente del cambiamento

- Perché contribuisce alla Salute Pubblica/Assistenza Primaria
- Per il lavoro di rete tra agenzie e manager
- Perché costruisce sistemi sanitari.

Allegato 4

RISOLUZIONE

Risoluzione dal quinto meeting del Progetto OMS sull'Infermiere di Famiglia Germania, 22 – 23 Febbraio 2006

Il meeting ha divulgato le prove, derivanti dallo studio Multinazionale dell'OMS sull'IdF, che il concetto di IdF è fattibile, gode del sostegno di molti governi in Europa ed ha la capacità di creare una componente integrante della sanità pubblica, che comprende la prevenzione, la promozione della salute e l'assistenza in Europa.

Tutti i Paesi hanno identificato aree di attività futura essenziali al rafforzamento dell'evidenza del modello di IdF. Esse sono:

- Coinvolgimento degli infermieri dirigenti ministeriali
- Ulteriori ricerche e confronti sui curricula e sui quadri di competenze dei modelli di IdF che vengono implementati in Europa
- La necessità di identificare indicatori di salute e di risultato al fine di supportare i progressi futuri del modello
- La necessità di sostenere le attività di collaborazione tra Paesi attualmente esistenti e di promuoverne di nuove.

OMS (Segreteria), Scozia, Spagna, Slovenia.

E' stato sviluppato un piano d'azione triennale, avente lo scopo di portare avanti questi punti. Esso consiste nella creazione di un Gruppo Direttivo che studi i temi della sostenibilità e degli obblighi di amministrazione da parte dell'OMS e coordini le attività dei sottogruppi per quanto concerne il programma IdF.

Creare sottogruppi per condurre ricerche nelle seguenti aree:

- Confronto sulla formazione/competenze per verificare il livello di formazione degli IdF in Europa (valutazioni ECTS* o equivalenti); requisiti di formazione continua; copertura delle competenze da parte di questi programmi di formazione. E' stato suggerito che questo gruppo sia composto da partecipanti provenienti dai seguenti Paesi:

Spagna, Scozia, Germania, Repubblica della Moldavia, Kyrgystan, Armenia.

- Identificazione degli indicatori di salute che supporteranno i risultati del modello IdF e forniranno le basi per ricerche ed attività future. E' stato suggerito che questo gruppo sia composto da partecipanti provenienti dai seguenti Paesi:

Scozia, Portogallo, Spagna, Germania, Finlandia.

* *n.d.t.* European Credit Transfer And Accumulation System.

- Identificazione di occasioni di lavoro in rete, scambi e partnership, compresi i workshop. Attraverso lo studio multinazionale sull'IdF, questi si sono rivelati fondamentali per lo sviluppo del curriculum, delle competenze, dell'implementazione e delle infrastrutture per la ricerca. Questo comprenderà l'analisi di tematiche riguardanti la traduzione della letteratura. E' stato suggerito che questo gruppo sia composto da partecipanti provenienti dai seguenti Paesi:

Slovenia, Repubblica della Moldavia, Germania, Tajikistan, Kirgizstan, Armenia, Lituania.

L'incontro si è concluso con la richiesta che i Ministri della Salute supportino gli Stati membri nel raggiungimento dei proponenti della presente risoluzione.

Allegato 5: ELENCO DEI PARTECIPANTI

Ms Harriet Jefferson Byron
Health Visitor
Gosport Fareham and PCT
9, Highlands Road, Fareham, PO16 7XJ
Fareham
United Kingdom

Tel.: +44 01329 286694
E-mail: harriet.jefferson@dial.pipex.com

Ms Zukhro Abdurakhmanova
Chief Nurse
Ministry of Health
59, Ismoili Somoni str,
Dushanbe
Tajikistan

Tel.: + 992 372 357 262
E-mail: lotjk.who@tajnet.com

Ms Nijole Bielinienė
Chief Nurse
Division of Personal Health
Ministry of Health
Vilniaus Str. 33
LT-01119 Vilnius
Lithuania

Tel.: +370 5 266 1476
Fax No.: +370 5 266 1402
E-mail: nijole.bieliniene@sam.lt

Ms Flora Cornish
Research Assistant
Department of Nursing
and Community Health
Glasgow Caledonian University
City Campus - Cowcaddens Road
Glasgow
United Kingdom

Tel.: +44 141 331 3029
E-mail: Flora.cornish@gcal.ac.uk

Ms Tatjana Gec
Director of Community Nursing
Zdravstveni Dom Dr. Adolfa Drolca
Sodna 13
62000 Maribor
Slovenia

Tel.: +386 62 20369
Fax No.: +386 62 29481
E-mail: tatjana.gec@zd-mb.si

Ms Susanna Ghasabyan
Chief Specialist
PHC Unit
Ministry of Health
Republic Square, 3rd. Government Build
Yerevan 375010
Armenia

Tel.: +374 105 25067
Fax No.: +374 105 627 83
E-mail: skasabyan@armhealth.am

Ms Mathilde Hackmann
DFA
Diakoniefortbildungszentrum
Tarpenbekstrasse 107
20251 Hamburg
Germany

Tel.: +49 04014669405
Fax No.: +49 04014669404
E-mail: mathilde.hackmann@dfa-hamburg.de

Ms Martina Horvat
Health Centre Murska Sobota
Ministry of Health
Grajska ulica 22
SI-9000 Murska Sobota
Slovenia

E-mail: horvat.martina@email.si

Ms Ana Jimenez
Jefa de Seccion de Enfermeria
Subdireccion General de Ordenacion
Profesional Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid
Spain

Ms Maria Jose Reyna
Subdireccion General De Ordenacion Ministerio de
Sanidad Y Consumo
Paseo Del Prado, 18
28071 Madrid
Spain

Tel.: +34 91 596 17 06
E-mail: mreyna@msc.es

Mr Antonio Manuel Silva
Board Member
International Affairs
Ordem dos Enfermeiros
Av. Almirante Gago Coutinho 75
1700-028 Lisbon
Portugal

Tel.: +351 218 455 230
Fax No.: +351 218 455 259
E-mail: antoniomanuel@ordemenfermeiros.pt

Ms Nora Pahlevanyan
Chief Specialist of the PHC Unit
Dept. of Organization of Health Services
Ministry of Health
Republic Square, 3rd. Government Build.
Yerevan 375010
Armenia

Tel.: +374 10 52 60 72
Fax No.: +374 1 562 783
E-mail: yuzbashyan@armhealth.am

Dr Marjaana Pelkonen
PhD, Docent, Senior Officer
Health Promotion and Disease Prevention
Health Department
Ministry of Social Affairs and Health
PO Box 33
FIN-00023 Government
Finland

Tel.: +358 9 160 74036
Fax No.: +358 9 160 74144
E-mail: marjaana.pelkonen@stm.fi

Ms Tamara Sactanova
Government Chief Nurse
President, Nursing Association of Kyrgyzstan
Ministry of Health
Ul. Moskovskaya 148
720405 Bishkek
Kyrgyzstan

Tel.: +996 312 66 75 62
Fax No.: +996 312 29 35 93
E-mail: ror@who.dk

Ms Maria Filomena Santos da Silva
Portuguese council of Nurses
Av. Almirante Gago Coutinho 75
1700-028 Lisboa
Portugal

Tel.: +351 218455230
Fax No.: +351 218455259
E-mail: gri@ordemenfermeiros.pt

Dr Wilfried Schnepf
University of Witten/Herdecke
Institute of Nursing Science
Stockumer Str. 12
58453 Witten
Germany

Tel.: +49 2302 669360
E-mail: schnepf@uni-wh.de

Ms Christa Schrader
DBfK Representative
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
Geisbergstr. 39
D-10777 Berlin
Germany

Tel.: +49 30 21 91 57-0
Fax No.: +49 30 21 91 57 77
E-mail: schrader@dbfk.de

Ms Elena Stempovskaja
Chief Nurse
Ministry of Health of Moldova
2009 Chisinau
Republic of Moldova

Tel.: +373 2721010
Fax No.: +373 2738781
E-mail: nursing@mcc.md
Hincheshti Str. 1

Mr Franz Wagner
Executive Director
DBfK Deutscher Berufsverband für
Pflegeberufe
Hauptstrasse 392
D-65760 Eschborn
Germany

Tel.: +49 6173 6043
Fax No.: +49 6173 604499
E-mail: wagner@dbfk.de

Professor Lesley Whyte
Community Nurse / Lecturer
Scottish Executive Health Dept
School of Nursing, Midwifery, Comm Hlth
Glasgow Caledonian University
City Campus - Cowcaddens Road
Glasgow G4 0BA
United Kingdom

Tel.: +44 141 331 8348
Fax No.: +44 141 331 3575
E-mail: Lesley.whyte@scotland.gov.uk

CONSIGLIERI TEMPORANEI

Ms Liz Gladin
Project Officer
102 High Street Bridge
Canterbury CT4 5AR
United Kingdom

Tel.: +44 1227 831714
E-mail:
University of Kent liz.gladin@btinternet.com

Professor Deborah Anne Hennessy
Professional Officer
WHO Indonesia
5 Westfield House
80, Westgate, Chichester
United Kingdom

Tel.: +44 1243528776
Fax No.: +44 1243528776
E-mail: deb.hennessy@BTinternet.com

Ms Cornelia Kruger
University of Witten
Eckardstrasse 103
58453 Witten
Germany

Tel.: +49 (0) 2302 687238
E-mail: corkrueger@web.de

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

Ufficio Regionale per l'Europa

Ms Anne Brødsgaard
Short-term Professional, Nursing and Midwifery

Fax No.: +45 39 171818

Ms Elena Galmond
Secretary, Nursing and Midwifery Programme

Tel.: +45 39171577
Fax No.: +45 39 171818
E-mail: EGM@who.dk

Ms Lis Wagner
Short-term Professional, Nursing and Midwifery

Tel.: +45 39171355
Fax No.: +45 39 171818
E-mail: LWA@who.dk