

INFERMIERISTICA PREVENTIVA E DI COMUNITÀ _____ 3

Cure primarie -----3

Promozione della salute -----4

Aspetti deontologici -----4

Il codice deontologico:-----4

Modelli per il supporto al cambiamento -----4

The HBM: Health Belief Model-----5

Modello aspettativa-valore: -----5

Modello transteoretico del cambiamento: -----5

Modello di promozione della salute:-----6

Metodologia dell'educazione delle persone assistite. _____ 6

Analisi della situazione -----6

Obiettivi-----7

Intervento educativo-----7

Educazione terapeutica -----7

Fattori che influenzano l'apprendimento:-----8

Valutazione -----8

Competenza -----8

Nell'educazione terapeutica si distinguono altre due categorie di obiettivi: ---8

Errori più comuni nella definizione degli obiettivi:-----8

Contenuti-----9

Metodi -----9

Teach Back -----9

Strumenti -----10

Tempi -----10

Valutazione -----10

Valutazione della persona che apprende -----10

Cartella educativa: documenta-----11

Pianificazione integrata-----11

Assistenza alla famiglia _____ 11

E-health -----11

McGill Model/Developmental Health Model -----12

Health-literacy-----12

Infermieristica di famiglia _____13

Salute della famiglia -----13

Infermiere di famiglia e di comunità -----13

Modelli di assistenza alla famiglia-----13

Assistenza alla famiglia -----14

Accertamento alla famiglia-----14

Raccolta dati -----14

Infermieristica di comunità _____15

Teorie e modelli dell'infermieristica di comunità-----15

Capitale sociale*-----16

Accertamento rivolto alla comunità-----17

Community health needs assessment- an introductory guide for the family health nurse in Europe (OMS, 2001) -----17

Peer education-----18

Empowerment-----19

Fenomeni migratori _____19

Infermieristica transculturale -----20

INTERFERISTICA PREVENTIVA E DI COMUNITÀ

Promozione della salute: funzione che prevede serie di finalità finalizzate..... lavora per potenziare il livello di benessere della persona.

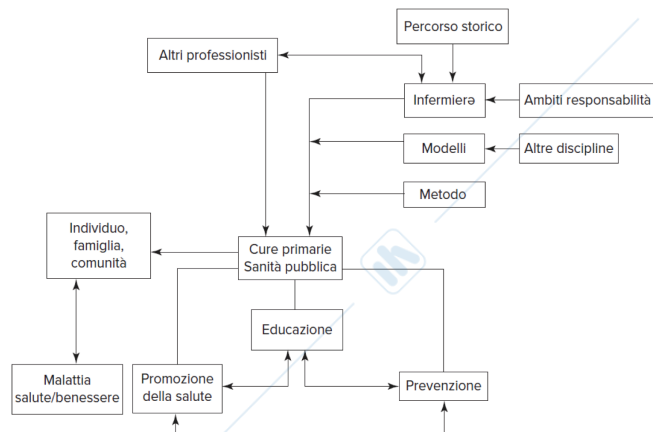
Def. Benessere:

- ✓ Non è non essere malati, ma lo sviluppo massimo del potenziale. Wellbeing: non assenza di malattia ma stare meglio.

Def. Prevenzione:

- ✓ Insieme di attività che proteggono difendono e mantengono ciò che già c'è.

- ➔ **Prevenzione Primaria:** collegata a serie di attività che permettono di evitare insorgenza di una malattia
 - ▶ Promozione della salute: lavora sullo sviluppo del potenziale
 - ▶ Prevenzione: protezione degli individui mantenendo lo stato di salute già in possesso.
- ➔ **Prevenzione Secondaria:** proteggere persone dalle malattie attraverso diagnosi precoce (screening)
- ➔ **Prevenzione Terziaria:** si rivolge ai malati cronici in modo da evitare peggioramento e complicanze.



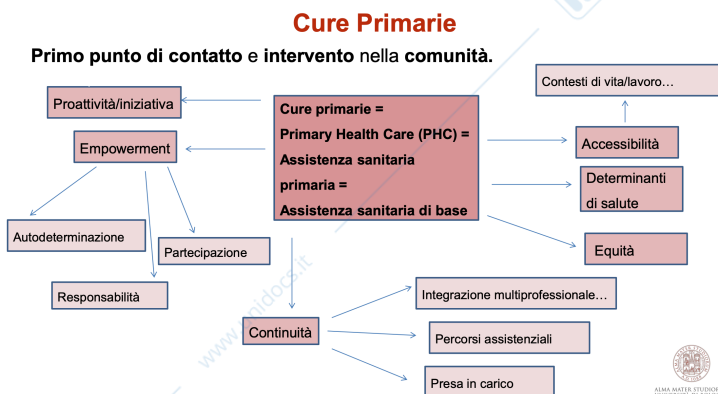
Individuo famiglia e comunità: La persona assistita può essere sia un singolo individuo che famiglia o comunità.

Cure primarie

Sono il primo punto di contatto tra le persone e i sanitari. Primo punto di contatto nella comunità.

Servizi di cure primarie:

- ◆ guardia medica
- ◆ Medico del lavoro
- ◆ Infermiere scolastico
- ◆ Psicologo
- ◆ Sert
- ◆ Consultorio
- ◆ Ambulatori infermieristici



Concetti fondamentali collegati ad attività primaria:

1. **Proattività/iniziativa:** negli ospedali le persone vengono attese, dove è necessario che sia il singolo cittadino a chiamare o chiedere aiuto se necessario. La proattività delle cure primarie indica che l'infermiere va attivamente dalle persone per aiutarle a migliorare il loro benessere (medicina del lavoro: vado in un ambiente lavorativo per interfacciarmi attivamente con l'utente, "scovandone" gli eventuali problemi senza che sia il singolo che si reca in ospedale perché gli è venuta la malattia).
2. **Empowerment:** si istruiscono le persone per consentirne l'autodeterminazione, stimolando la loro responsabilità e partecipazione.
3. **Continuità:** il SSN dovrebbe essere in grado di garantire un giusto piano di assistenza continuo ad un paziente, senza che sia questo a doversi attivare per chiedere a ciascun professionista una prestazione. Questa continuità è possibile solo avendo una integrazione multiprofessionale, avendo percorsi assistenziali e la presa in carico da parte dei singoli professionisti nel caso sia effettivamente sorto un problema. La continuità si garantisce con l'**integrazione multiprofessionale** (professionisti si sono messi d'accordo già in precedenza), con i **percorsi professionali**, con la presa in carico ovvero prendere in carico la persona e accompagnarla lungo tutto il percorso in maniera integrata;
4. **Equità:** non si forniscono le stesse prestazioni a tutti e nello stesso modo, ma vengono fornite più cure a chi ha più necessità e non si danno a chi effettivamente non ne ha bisogno.
5. **Determinanti di salute:** fattori che influenzano lo stato di salute (il fumo, l'abuso di sostanze, l'alimentazione, sono devono essere regolati);

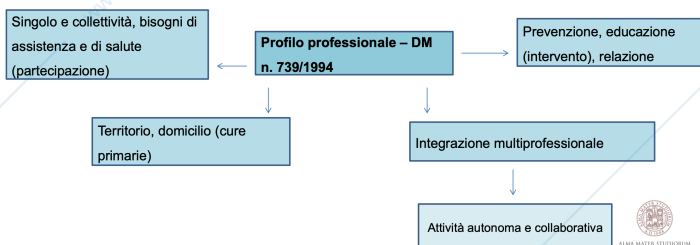
6. **Accessibilità:** Bisogna poter raggiungere il servizio, sia sapere che il servizio esiste.

Promozione della salute

- ✓ **Qualità di vita:** nei soggetti malati siamo interessati a migliorare la qualità di vita delle persone. Invece che andare a sottolineare i deficit, è necessario basarci sulle risorse e poterle sfruttare al meglio per ottenere uno dei risultati migliori possibili.
- ✓ **Politiche:** le politiche adottate
- ✓ **Salute reciproca e responsabilità sociale,** per esempio fumare in presenza di altri, fare rumore di notte per impedire il sonno tranquillo dell'altro.
- ✓ **Comunità:** ambiente sociale di vita delle famiglie
- ✓ **Prevenzione:** protegge il livello di salute, senza farlo aumentare.



Aspetti deontologici



Pag 14 del libro. Il campo di attività e responsabilità dell'infermiere si trova negli ordinamenti didattici, dal codice deontologico e dal profilo professionale. Il profilo professionale indica in modo chiaro l'importanza della prevenzione e dell'educazione della persona assistita. Il profilo professionale è sancito dal DM 739/94, il quale sancisce:

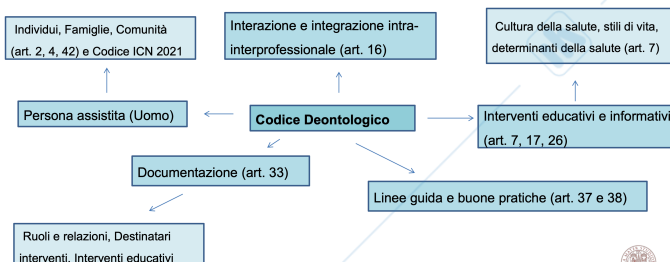
✓ Il ruolo dell'infermiere è di natura **preventiva, tecnica, relazionale ed educativa**. La natura tecnica è riferita anche ad una determinata metodologia di approccio. Quando si parla di assistenza infermieristica noi possiamo svolgere un ruolo attivo e determinante, mentre se

vi è bisogno di assistenza medica l'infermiere coadiuva nella cura. La natura tecnica può anche essere riferita ad una metodologia.

- ✓ L'infermiere opera nel ricovero, nel territorio e a domicilio. Il livello più vicino di assistenza è il domicilio.
- ✓ L'infermiere svolge il proprio ruolo in maniera autonoma e collaborativa (garantisce la corretta esecuzione di pratiche terapeutiche): l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche;

Il codice deontologico:

- ✓ Integrazione con altri profili sanitari e con personale di supporto sociale.
- ✓ Gli interventi educativi si fondano, come gli altri interventi infermieristici, sulla relazione, ed entrambi possono essere definiti trasversali all'attività professionale;
- ✓ La persona assistita può essere singolo individuo, famiglia o comunità (art.2,4,42)
- ✓ Fa parte del nostro specifico ambito di professionalità il fatto di prestare assistenza ad individui, famiglie e comunità.
- ✓ Nel codice deontologico è stabilita la necessità di interazione tra il personale sanitario, al fine di garantire la continuità delle cure terapeutiche.
- ✓ L'infermiere svolge interventi educativi ed informativi (cultura della salute, stili di vita, determinanti della salute). È fondamentale documentare la nostra azione educativa per tutelare sia noi che il paziente quando sarà trasferito in altra sede di cura. È fondamentale scrivere gli interventi e gli obiettivi raggiunti.



Modelli per il supporto al cambiamento

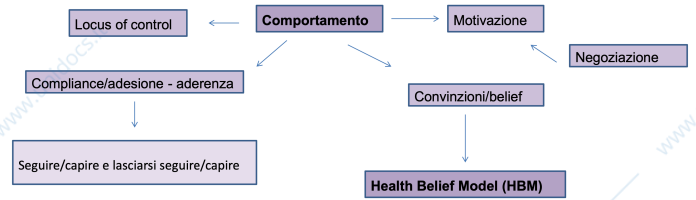
- ◆ Il cambiamento è di per sé un'attività molto difficile da attivare da soli. Il cambiamento di comportamento deve essere un obiettivo quando il comportamento spontaneo non è adeguato. L'intervento dell'infermiere è importante per superamento delle proprie barriere emotive e conseguire il cambiamento.
- ◆ **Locus of control:** Se un paziente ha un locus of control (dove sono le forze che controllano la mia vita. Se sono interne sono proattiva nel controllo della mia vita, se è esterno tendo a dipendere dalle cause esterne) in-

terno è più facile cambiare un'abitudine, perché la persona sa di poter agire attivamente alla risoluzione dei propri problemi. Un **locus of control esterno** è più complicato da cambiare.

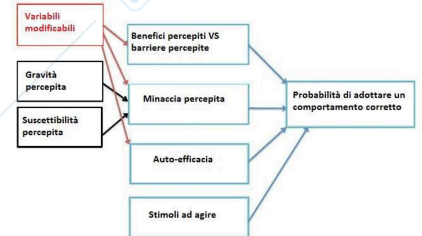
- ◆ **Compliance:** una persona che non effettua ciò che gli è stato consigliato dal personale sanitario è definita una persona non aderente. Una persona (paziente) responsabile e con autodeterminazione, dopo aver appreso l'informazione per il cambiamento, non esegue con adesione il volere dell'infermiere, bensì ha aderenza. L'aderenza implica una connotazione più proattiva nei confronti del problema da cambiare. L'approccio per aiutare le persone per cambiare il loro comportamento deve essere seguire/capire e lasciarsi seguire e capire: dobbiamo svelare quali sono i motivi per i quali stiamo dando tali indicazioni;

- ◆ **Motivazione:** è ciò che ci spinge ad agire.

- ◆ **Convinzioni:** gli occhiali con cui noi guardiamo il mondo. Partire da convenzioni diverse, i punti di partenza sono diversi. È qui che la negoziazione è molto importante. È qui che i modelli per il supporto al cambiamento sono importanti:

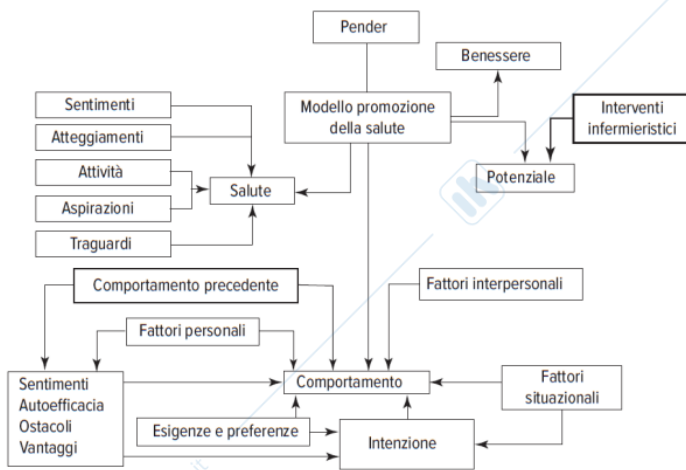


The Health Belief Model



The HBM: Health Belief Model

La probabilità che una persona adotti un comportamento corretto dipende da fattori percepiti dalla persona che dovrebbe cambiare comportamento (le nostre conoscenze e convinzioni non sempre corrispondono a ciò che pensa la persona). Questi fattori sono:



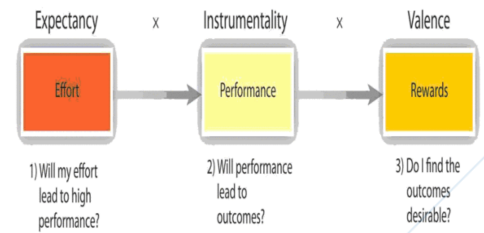
re: tutti i fattori che indirizzano verso il comportamento.

○ **Benefici e barriere percepite.** Benefici: i vantaggi che la persona pensa di poter avere nel cambiamento di comportamento. Barriere: elementi di fatica che la persona pensa di dover affrontare nel cambiamento di comportamento. Le nostre conoscenze scientifiche non sempre corrispondono al pensiero dell'assistito. È inopportuno dire che qualcosa sia "semplice" da attuare.

○ **Minacce percepite:** dipende da **gravità** (gravità rispetto alla patologia o condizione vissuta) e **suscettibilità** a tale situazione. Non tutte le minacce vengono percepite allo stesso modo, e ciò determina il comportamento.

○ **Auto-efficacia:** percezione che noi abbiamo di poter realizzare un determinato compito. Spesso non corrisponde alla valutazione fatta dall'infermiere in base alle facultà fisiche.

○ **Stimoli ad agi-**



Modello aspettativa-valore:

Mi aspetto che il mio sforzo mi porti ad ottenere dei risultati che per me hanno valore. Ma se i risultati non hanno valore per la persona, questi con costituiscono più una leva motivazionale al cambiamento.

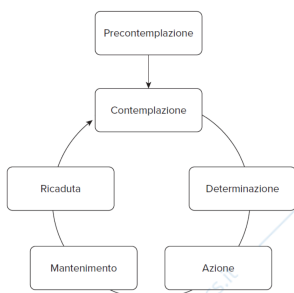


Figura 2.2 Fasi costituenti il modello transteoretico del cambiamento.

Modello transteoretico del cambiamento:

Pre-contemplazione: persona che non ha preso in esame l'idea di cambiare comportamento. Il processo di cambiamento inizia durante la fase di **contemplazione**, perché possiamo intervenire in modo tale da stimolare il passaggio alla determinazione (passaggio in cui ci sono i piani di azione). La fase dell'azione è la fase in cui la persona intraprende un comportamento nuovo, il quale necessita di un mantenimento. È normale che dopo un po' di tempo avvenga un periodo di ricaduta, se questo cambiamento era legato a emozioni positive e dava soddisfazione. La ricaduta prevede il riprendersi del percorso.

Colloquio motivazionale – minimal advice

Minimal advice: colloquio motivazionale di pochi minuti che permette di capire se la persona è non pronta, incerta o pronta al cambiamento.

Frattura interiore

NON PRONTA

INCERTA

PRONTA

Modello di promozione della salute:

Modello infermieristico che però utilizza basi di altri modelli, che ci permette di capire quali sono i fattori che influenzano/condizionano il cambiamento positivo e quali sono le relazioni tra questi fattori. Comprendendo questi fattori possiamo comprendere come aiutare le persone a cambiare il proprio comportamento. La salute è la capacità di raggiungere il proprio potenziale. Esistono diversi fattori di salute: sentimenti, atteggiamenti, attività, aspirazioni e traguardi.

I fattori che influenzano il cambiamento di comportamento sono: comportamento attuale da cambiare, i fattori personali (biologici, psicologici e sociali che agiscono sulle scelte di comportamento), sentimenti, auto-efficacia, ostacoli e vantaggi percepiti.

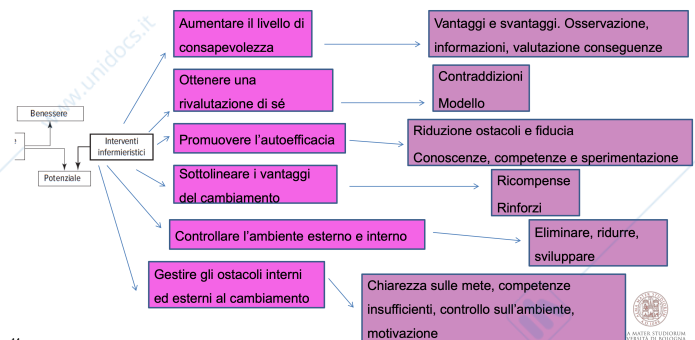
I fattori interpersonali: il nostro comportamento subisce delle influenze (facciamo delle cose perché qualcuno ci giudica, ci fornisce supporto emotivo. Di solito si riescono a ottenere risultati migliori quando il comportamento sano viene adottato da tutte le persone che ti circondano).

Intenzione: significa avere fatto un piano. Anche quando una persona ha deciso di cambiare comportamento, possono arrivare due cose che possono cambiare la situazione:

- Esigenze:
- Preferenze: si devono distinguere da vantaggi e ostacoli.

Il modello è formato da:

- **Aumentare il livello di consapevolezza:** definire vantaggi e svantaggi, osservazione, informazioni, valutazione e conseguenze
- Ottenere una **rivalutazione di sé:** contraddizioni e definizione di un modello
- Promuovere l'**autoefficacia:** riduzione di ostacoli e fiducia, conoscenze e sperimentazione. Comunicare fiducia alla persona e aiutarla e ridurre gli ostacoli: aumentando conoscenze, competenze e ridurre gli ostacoli.
- Sottolineare i **vantaggi** del cambiamento: tramite ricompense e rinforzi
- Controllare l'**ambiente esterno ed interno:** eliminare e ridurre ciò che è dannoso per l'individuo
- Gestire gli **ostacoli interni ed esterni al cambiamento:** definire con chiarezza gli obiettivi, stimolare la motivazione e ricompensare le conoscenze insufficienti.



Come si educano i pazienti durante l'attività assistenziale?

Educazione può essere finalizzata a

- ✓ Prevenzione: detta **educazione sanitaria**
- ✓ Promozione della salute: detta **educazione della salute**
- ✓ Gestione della malattia: detta **educazione terapeutica**

Il nostro profilo professionale parla solo di educazione sanitaria perché fino al 1998 si usa quel termine per indicare tutti i termini di educazione. In seguito si inizia anche a parlare di educazione alla salute.

Metodologia dell'educazione delle persone assistite.

La metodologia deriva dalla pedagogia. La programmazione didattica è la metodologia dell'educazione: applicazione del metodo scientifico alla educazione.

Le fasi sono le stesse: nelle scienze si utilizza il problem solving scientifico. Anche nell'infermieristica utilizziamo il problem solving scientifico che è il processo di assistenza infermieristica.

Per programmare un intervento educativo bisogna raccogliere dati:

Analisi della situazione

La raccolta di dati è l'**analisi della situazione**, ovvero andare a raccogliere ed esaminare tutti i fattori e variabili che influenzano una situazione.

- ✓ **aspetti socio-economico e culturali:** andare a ricercare tutti i contenuti scientifici più nuovi, analisi della situazione inizia da una ricerca in letteratura. Educazione si deve basare su contenuti scientifici aggiornati. Tutto ciò che succede fuori dall'organizzazione e in cui si realizza l'interazione educativa, ha comunque influenza su ciò che succede nel micro.
- ✓ **Struttura e organizzazione:** quando si insegna a qualcuno si fa quello che si può fare all'interno dell'organigramma in cui si è inseriti.

Possono essere distinti diversi momenti in cui fare educazione:

- ❖ **Educazione iniziale** (000126 Conoscenza insufficiente, molto probabile riscontrare questa diagnosi): educazione rispetto ad un paziente mai educato rispetto a quella malattia. Quella che si fa all'esordio della malattia o che si fa in caso di maleducazione del paziente in altri ospedali o cliniche.
- ❖ **Follow-up** (00276 Autogestione della salute inefficace, con questa diagnosi va usato il follow up educativo): mantenere, migliorare e aggiornare le competenze; in caso ad esempio che il paziente abbia bisogno di ripassare tecniche già acquisite o migliorarle in caso non riesca a gestire la propria salute.
- ❖ **Ripresa educativa** (00276 Autogestione della salute inefficace): il pz acquisisce nuove competenze. Durante complicanze, fasi di sviluppo, variazioni trattamento, competenze non padroneggiate.

È importante individuare, quando c'è un problema di salute nel pz, quale è la causa: **urgenza pedagogica** (subito fare educazione del pz altrimenti la vita del pz è in pericolo).

Fattori che influenzano l'apprendimento:

- ◆ fisici: farmaci, dolori, squilibrio elettrolitico,...
- ◆ Personali: tutti i fattori percettivi come la percezione di gravità, locus of control, literacy (capacità di reperire informazioni, comprenderle e utilizzarle nella gestione della salute);
- ◆ Socioeconomici: lingua, sistemi di supporto, possibilità di trasporto;
- ◆ Situazionali: non dipendono dal pz ovvero l'ambiente, il tempo,... anche questi fattori possono ostacolar e/o favorire l'apprendimento.

Valutazione

Il risultato dell'interazione (collaborazione, patnership) educativa.

Classificazione degli obiettivi:

- **Tempo**: breve, medio e lungo termine
- **Campo**: cognitivo/intellettuale, affettivo/comunicativo/degli atteggiamenti, psicomotorio/gestuale (classificazione a 3 livelli)
- **Astrattezza/specificità**: generali, intermedi, specifici. Gli obiettivi di apprendimento sono tutti specifici e osservabili;
- **Struttura**: soggetto dell'obiettivo (pz), azione (deve essere osservabile), condizioni (tipo di supporto che si da per raggiungere obiettivo), criteri (una cosa che specifica meglio un'azione, ciò che mi fa dire che il pz è in sicurezza).

Competenza

È una potenzialità, si osserva quando concretamente la persona fa delle cose. E' un potenziale che si realizza al momento della performance. Sono state definite 8 competenze trasversali nell'educazione del malato cronico:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ✓ far conoscere i propri bisogni | ✓ Risolvere un problema |
| ✓ Informare gli altri | ✓ Fare |
| ✓ comprendere, spiegare a se stessi | ✓ Adattare, riaggiustare |
| ✓ Misurare, analizzare | ✓ Utilizzare le risorse del SSN e far valere i propri diritti. |
| ✓ Affrontare, decidere | |

Nell'educazione terapeutica si distinguono altre due categorie di obiettivi:

- ✓ **Comuni/di sicurezza**: tutti i malati che hanno la stessa patologia. Di sicurezza perchè se la persona non raggiunge quell'obiettivo è in pericolo di vita
- ✓ **Personalizzati**: dipendono dalle fasi della vita.

L'educazione terapeutica/definizione obiettivi non va imposta ma va negoziata perchè non si può imporre a nessuno di imparare.

Errori più comuni nella definizione degli obiettivi:

- ▶ obiettivi astratti
- ▶ Obiettivi centrati sul professionista (in realtà sono interventi)
- ▶ Descrizione dei contenuti o dei metodi educativi: obiettivi in cui non descrivono l'azione che deve compiere il pz
- ▶ Obiettivi centrati sui processi di apprendimenti
- ▶ Obiettivi multipli: mettere assieme molte azioni del pz. Vanno scomposti così che il pz è riuscito a raggiungere alcuni obiettivi.
- ▶ Falsi criteri: criteri che si aggiungono ma che non dicono nulla.

Contenuti

Il contenuto è l'argomento dell'interazione educativa, entità, empirica o concettuale, sulla quale l'azione educativa si sviluppa. La scelta richiede sempre competenze cliniche specifiche, per educare un pz ad una patologia bisogna conoscere la patologia. Contenuti generali nell'educazione terapeutica:

- ▶ Processo patologico: malattia
- ▶ Complicanze
- ▶ Trattamento farmacologico e non farmacologico (dieta, stile di vita, attività fisica,...)
- ▶ Stile di vita
- ▶ Risorse, personali e comunitarie
- ▶ Ambiente di vita

Metodi

Modalità con cui la persona che insegna e la persona che apprende entrano in comunicazione (modalità con cui si favorisce l'interazione educativa) ovvero canali e modalità di comunicazione finalizzati all'apprendimento, determinano l'interazione educativa. Facilitano l'incontro fra il contenuto e chi apprende. Il metodo è adeguare la materia e il docente alla persona che apprende. I metodi dipendono da obiettivi, discenti e contenuti ma anche da risorse e contesto. Devono garantire la connessione dei contenuti nuovi con la struttura conoscitiva precedente, attraverso il metodo entriamo nella mente del pz per conoscerlo. Devono garantire l'autonomia nel percorso di conquista degli obiettivi.

L'apprendimento deve essere centrato sulla persona assistita, sui suoi valori, bisogni e obiettivi, in una relazione di partnership. E' necessario non determinare vergogna, senso di colpa, ansia (che rappresenta anche un ostacolo all'apprendimento).

Fare domande e chiedere aiuto sono elementi positivi; se possibile fare scegliere alla persona quali argomenti trattare. Precauzioni universali:

- Ridurre al minimo la complessità delle informazioni: andare a cercare quale è il concetto che rende chiaro il concetto che sto spiegando
- Usare esempi concreti in modo tale che le persone possano vedere ciò che sto dicendo
- Trattare un numero limitato di argomenti: massimo 3
- Usare un linguaggio friendly
- Valutare l'apprendimento (teach-back, show-me)
- Concentrare l'attenzione su un numero limitato di comportamenti critici: lavorare sulle cose che devono comunque entrare

Ostacoli all'apprendimento

- Linguaggio tecnico/scientifico
- Troppe informazioni
- Complessità degli strumenti utilizzati
- Uso esclusivo del canale verbale a scapito del materiale scritto, dei pittogrammi e del materiale take away
- Non valutare la comprensione da parte della persona
- Mancanza di rinforzi e supporto

Teach Back

Studi hanno dimostrato che quando vengono date delle informazioni al paziente, circa il 40-80% delle informazioni sanitarie fornite alle persone vengono dimenticate immediatamente, di quelle ricordate circa la metà vengono dimenticate.

Il teach back è un modo per essere sicuri che le persone abbiano capito: consiste nel chiedere di spiegare con proprie parole ciò che è stato spiegato. È un modo per verificare la comprensione e, se necessario, rispiegare e verificare ancora.

Un intervento scientificamente fondato che riguarda l'health literacy ?? e che migliora la comunicazione con il paziente e i risultati in termini di salute.

- ✓ Usa un tono di voce ed un atteggiamento che esprimono cura
- ✓ Assumi una posizione del corpo rilassata e mantieni il contatto visivo
- ✓ Usa un linguaggio chiaro e semplice per la persona
- ✓ Chiedi al paziente di spiegarti con parole sue
- ✓ Usa domande aperte, che non provochino vergogna nel paziente
- ✓ Evita le domande a cui è possibile rispondere soltanto con sì o no
- ✓ Sottolinea che la responsabilità di essere chiari ricade su di te, l'infermiere (ha capito - si capisce – sono chiaro)

- ✓ Se il paziente non è in grado di ripetere con le sue parole, spiega nuovamente e rivaluta
- ✓ Usa materiale stampato reader-friendly per favorire l'apprendimento
- ✓ Documenta/registra l'uso del teach-back e la risposta/reazione del paziente

Questi metodi, teach-back e show-me, possono essere utilizzati con tutti i pazienti e possono aiutare a:

- Migliorare la comprensione e l'aderenza del paziente;
- Ridurre gli appuntamenti annullati e le chiamate;
- Migliorare la soddisfazione dei pazienti e gli esiti.

Strumenti

- Focalizzato sulle decisioni, per aiutare nella scelta
- Evidence-based
- Approvato dai professionisti
- Completo dei riferimenti bibliografici
- Aggiornato con regolarità
- Senza influenza di sponsor
- User-friendly: la forma e il linguaggio favoriscono la comprensione dei pazienti

Tempi

Frazionando la programmazione si ottengono le unità di apprendimento, miniprogetti che contengono tutti gli elementi della programmazione educativa.

Valutazione

Serve per verificare se il processo educativo è stato efficace. Viene valutata la persona che apprende, il gradimento della persona che apprende, valutazione di processo o metodologica, preferibilmente svolta da esperti.

Valutazione della persona che apprende

1. **Formativa** o intermedia o in itinere (+ e -)
2. **Sommativa** o certificativa: alla fine del percorso
3. **Diagnostica**: coincide con analisi della situazione sul singolo

Che cosa si valuta?

1. **Pedagogica**: misura se la persona ha imparato. Transfert: dipende dal contesto
2. **Clinica**: se la persona sta meglio
3. **Psicosociale**: valutazione della qualità di vita del pz malato cronico

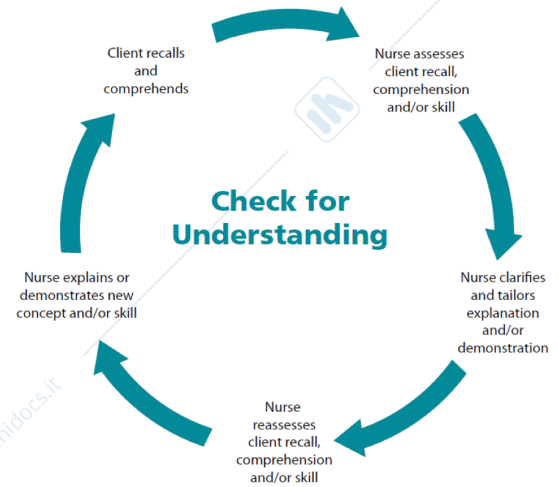
La valutazione si compone di tre momenti:

- ✓ **Fase di misurazione**: deve avvenire con strumenti adeguati
- ✓ **Fase di interpretazione**
- ✓ **Fase di elaborazione del giudizio**. Gli errori più frequenti:

- Mancanza di validità (si valuta qualcosa di diverso da ciò che si vorrebbe)
- Mancanza di affidabilità (nell'utilizzo dello strumento da parte di soggetti diversi)
- Uso parziale della scala di valori: la scala deve essere completa, chi apprende ha diritto di sapere dove si colloca
- Stereotipi (loro)
- Effetto edipico: se noi siamo convinti che quella persona ce la farà, ce la farà; le persone sentono ciò che proviamo.
- Effetto alone: nella valutazione si valuta un aspetto specifico....????

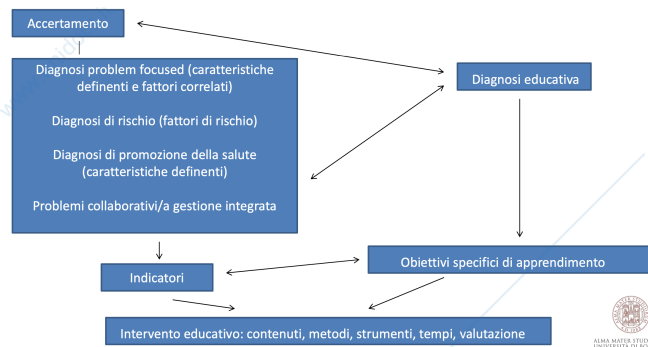
Come viene elaborato un giudizio?

- Valutare secondo la norma: confrontare l'azione del soggetto con l'azione di tutti i soggetti simili (confronto fra persone)
- Valutare secondo criterio: valutare sulla base di criteri già definiti prima
- Valutazione che riguarda il soggetto (confronto del miglioramento, tra prima e dopo)



Cartella educativa: documenta

- contenuti trattati
- Risposta della persona
- Obiettivi raggiunti e da raggiungere
- Difficoltà emerse
- Strategie risultate efficaci
- Azioni da intraprendere in futuro



Come si inserisce l'educazione nel piano assistenziale?

Pianificazione integrata

Per poter erogare assistenza infermieristica bisogna partire da dei dati (dal colloquio, dall'analisi della alimentazione, dai parenti,...) che ci permettono di identificare situazioni che richiedono il nostro intervento, identificare le diagnosi infermieristiche o problemi collaborativi.

I problemi collaborativi sono quelli che gestiamo insieme ad altri professionisti, mentre le diagnosi infermieristiche sono quelle situazioni che possiamo gestire in maniera autonoma.

- diagnosi problem focused (già esistenti)
- Diagnosi di rischio
- Diagnosi di promozione della salute
- Problemi collaborativi

Le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi sono situazioni che riguardano la persona. La persona è la prima interessata a risolvere quella situazione. In tutti i casi in cui la persona vuole farlo, la prima responsabilità di risolvere questa situazione è la persona stessa che può farlo se ha le competenze per farlo. La persona va messa in condizione di affrontare queste situazioni, ad opera del equipo educativo. Nel momento in cui ci rendiamo conto che queste situazioni richiedono un intervento educativo, bisogna riprendere i nostri dati e verificare che ci siano tutti i dati sufficienti per far una diagnosi educativa (la dobbiamo comprendere come studente, persona che deve imparare).

La diagnosi educativa consiste in:

- capire il bisogno di apprendimento
- Capire quali saranno gli ostacoli all'apprendimento: deve imparare facendo meno fatica possibile
- Capire quali sono le risorse per l'apprendimento
- Ascoltare le richieste delle persone: cerchiamo di adattare il nostro insegnamento alle caratteristiche della persona
- Comprendere i progetti di vita: le persone gestiscono la **loro** vita con la malattia.

La diagnosi educativa non è una tipologia di diagnosi infermieristica.

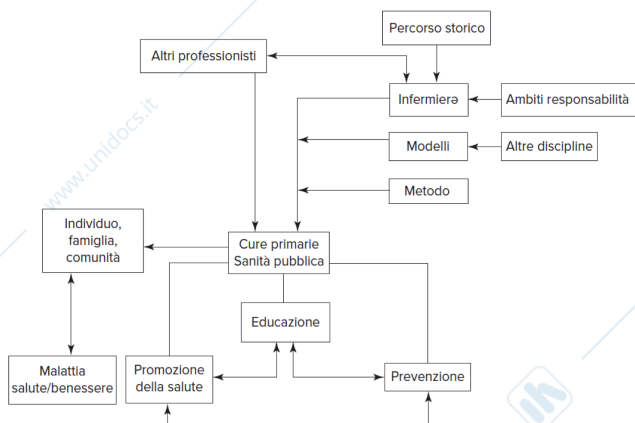
Nel momento in cui abbiamo identificato le diagnosi, andiamo a definire gli obiettivi assistenziali (cambiamento che vogliamo produrre rispetto ai problemi assistenziali).

Se nell'assistenza inseriamo solo l'obiettivo, ci rendiamo conto che l'assistenza non sta funzionando solo alla fine: inserimento di indicatori (stato della persona / comportamento o percezione della persona che ci permette di comprendere se stiamo andando verso il raggiungimento dell'obiettivo, elemento molto più specifico).

Quando le persone imparano qualcosa, quell'imparare sicuramente le aiuta a raggiungere l'obiettivo assistenziale quindi a superare una situazione o non svilupparla (di rischio) o a gestire un problema collaborativo.

Tra i vari indicatori di comportamento ci saranno anche gli obiettivi di apprendimento.

Nel momento in cui abbiamo individuato la necessità di intervenire è necessario essere specifici.



Assistenza alla famiglia

E-health

È un impiego della Information e Communication Technology nella sanità. Serve come supporto a due processi:

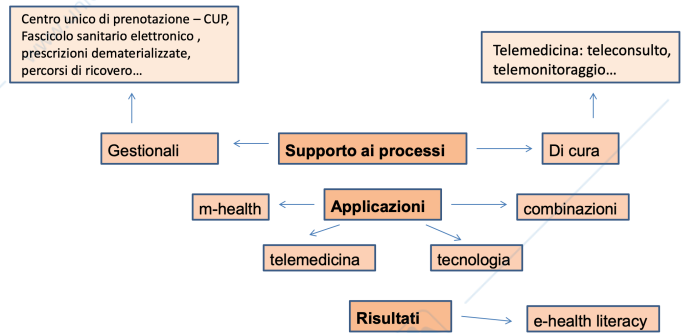
- Gestionali: tra cui centro unico di prenotazione, fascicolo sanitario elettronico (sistema che serve per far parlare delle persone), prescrizioni dematerializzate (non viene data la ricetta la persona può andare dentro la ricetta ed erogare il farmaco, non viene prodotta una richiesta cartacea), percorsi di ricovero. Tutti questi sistemi garantiscono continuità delle informazioni e della gestione perchè non c'è un'interruzione della presa in carico, si ha il percorso completo della persona.
- Di cura: telemedicina. Teleconsulto, telemonitoraggio (ad esempio un pz che deve ricevere consulto con un medico lontano, non è necessario essere fisicamente vicino al pz per fare telemonitoraggio)

Le sue applicazioni sono:

- m-health: tutte le possibilità che il pz ha di gestire la propria malattia attraverso il suo smartphone.
- Telemedicina
- Tecnologia, un modo per indicare le modalità con cui vengono protetti i dati. Noi dobbiamo lavorare con piattaforme che proteggono i dati;
- Combinazioni

E-health

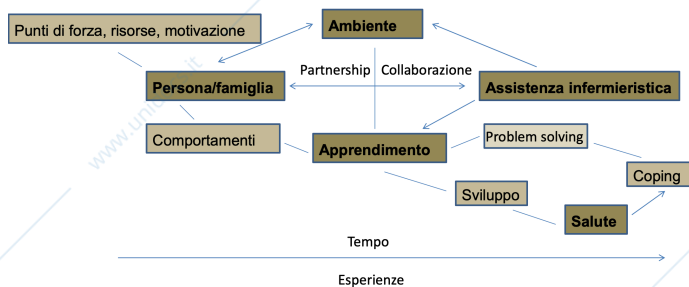
Impiego della Information e Communication Technology (ICT) in sanità.



I risultati dell'E-health

- visite più organizzate, ridurre i tempi di attesa
- Maggiore accessibilità
- H-health literacy: capacità di reperire, interpretare e utilizzare i dati;

McGill Model/Developmental Health Model



Lo scopo dell'infermieristica (disciplina, scienze e pratica) è quello di mantenere (collegato a prevenzione), rafforzare (collegato a promozione della salute) e sviluppare la salute delle persone e delle famiglie coinvolgendole attivamente (assistenza educativa che prevede un ruolo attivo da parte della persona assistita) nel processo di apprendimento (filosofia dell'educazione che non prevede trasmissione di informazione ma coinvolgimento attivo).

I 4 concetti fondamentali del metaparadigma dell'infermieristica, in particolare il rapporto tra persona/famiglia e infermiere è un rapporto di partnership (collaborazione).

Per raggiungere un obiettivo unico (freccia bidirezionale). L'assistenza infermieristica deve fare in modo che l'ambiente debba essere favorevole non solo alla salute ma anche all'apprendimento. L'ambiente è una variabile che infermieri devono gestire in modo tale che favoriscano l'apprendimento: le esperienze di vita sono quelle che determinano l'apprendimento ma anche quello che rendono significativo l'apprendimento (da un lato le esperienze di vita sono quelle che determinano l'apprendimento, se accompagnate da riflessioni, dall'altro attraverso l'apprendimento io riesco a gestire e vivere le mie esperienze di vita in maniera più positiva possibile).

La parola apprendimento diventa un 5° concetto fondamentale: elemento che rappresenta lo scopo dell'infermieristica per sviluppare e rafforzare la salute.

Concetti collegati alla salute:

- apprendimento
- Sviluppo
- Coping

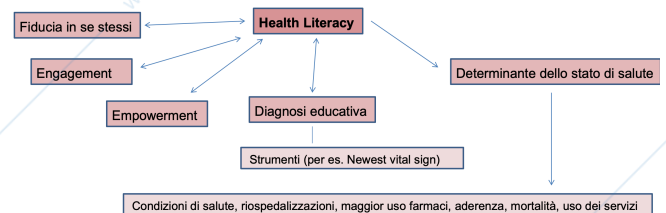
Gli elementi da mettere in evidenza sono i punti di forza, le risorse e la motivazione perché stiamo lavorando sul miglioramento delle esperienze e lo sviluppo, il coinvolgimento attivo. Nella fase di valutazione diagnostica valutiamo il livello di motivazione.

Health-literacy

Valutare rispetto alla salute. Capacità di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie al fine di prendere decisioni adeguate alla salute. È chiaro il collegamento tra health literacy e empowerment (capacità di controllare la propria salute e determinante di salute).

Se sono in grado di trovare informazioni, capirle e utilizzare questo aumenta la percezione di autoefficacia e fiducia. È un determinante dello stato di salute (fattori che condizionano la salute della persona), chi ce lo ha basso è condannato a stare peggio di chi lo ha alto perché non può controllare quello che gli accade dal punto di vista della salute. Condiziona lo stato di salute delle persone e la gestione della vita con la malattia.

L'educazione deve essere adattata alle caratteristiche della persona e noi dobbiamo fare in modo che le persone apprendano facendo meno fatica possibile. Se non conosco il livello di health literacy della persona rischio di fare intervento educativo non adeguato alla persona. Esistono strumenti per valutare l'health literacy della persona.

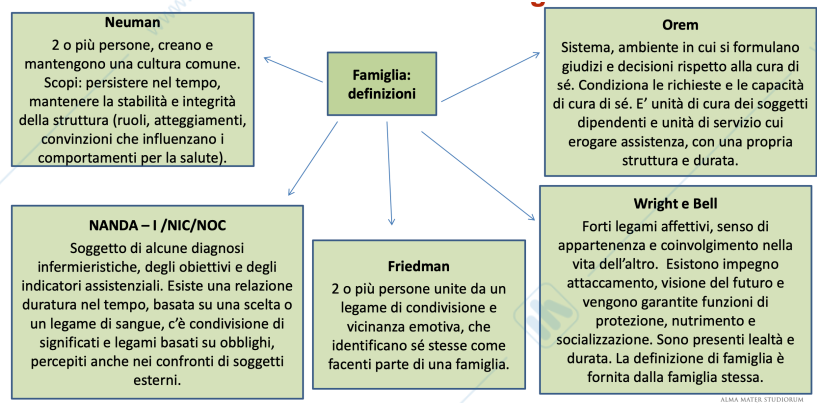


Infermieristica di famiglia

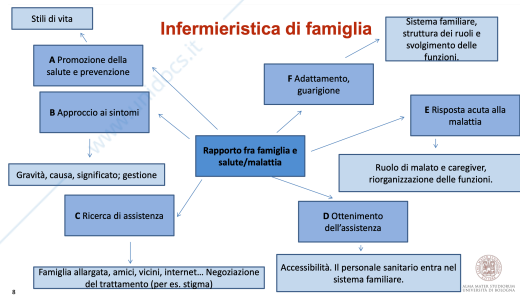
L'infermieristica di famiglia non è un ambito specifico assistenziale ma è una competenza che tutti devono possedere. È una filosofia assistenziale.

La definizione di famiglia è fornita dalla famiglia stessa.

Che rapporto c'è tra le famiglie e lo stato di salute di un membro della famiglia?



- A. Promozione della salute e prevenzione: nel momento in cui i membri della famiglia o, se sono malati, sono stabili, la famiglia dovrebbe fare prevenzione e promozione della salute contribuendo a fare sì che i membri della famiglia abbiano degli stili di vita sani;



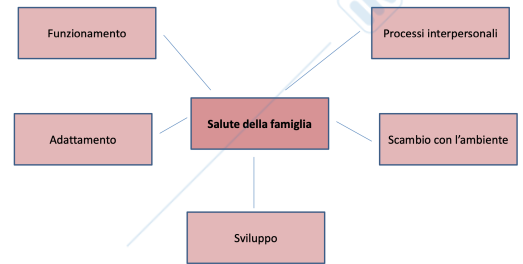
B. Approccio ai sintomi: le famiglie fanno assistenza. Si fa valutazione sulla gravità, causa e significato dei sintomi e si comincia a fare gestione dei sintomi.

C. Ricerca di assistenza: non va direttamente sul professionista sanitario ma sulla famiglia allargata (amico, vicino, ...);

D. Ottenimento dell'assistenza. Il personale sanitario entra nel sistema familiare: famiglie Devono essere rese più possibile 'utenti perché il personale sanitario arriva quando è successo tanto, anche di irreparabile.

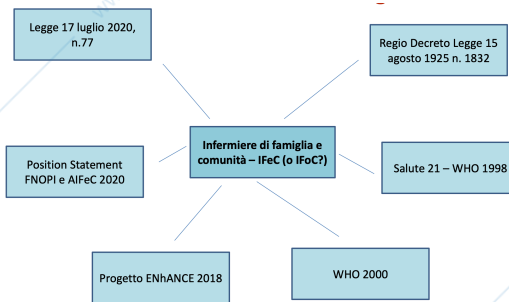
E. Risposta acuta alla malattia. Quando una persona diventa "malata" effettivamente. La popolazione femminile dovrebbe essere seguita di più perché potrebbe non potersi fermare dalle proprie attività.

- F. Adattamento/guarigione: se la persona guarisce, il sistema familiare può tornare come prima. Se la malattia diventa cronica, il sistema familiare e i ruoli cambiano: ci dobbiamo prendere cura di tutto il sistema familiare.



Salute della famiglia

Lo stato di salute della famiglia non è la somma dello stato di salute dei componenti: una famiglia è sana quando svolge le sue funzioni: protezione, nutrimento, socializzazione... una famiglia è sana quando riesce ad adattarsi agli eventi che accadono all'interno, è sana quando si sviluppa all'interno (si evolve in relazione agli eventi), quando sono sani i processi interpersonali (comunicazione, ...).



Infermiere di famiglia e di comunità

L'Ifec (detto anche ifoc, infermiere di famiglia o comunità) nasce con la legge del 17 luglio 2020 n.77. nasce dalla pandemia da covid, importanza figura professionale che operasse fuori dagli ospedali. Questa legge contemporanea al FNOPI e AIFEC che hanno delineato le funzioni dell'infermiere di famiglia e di comunità. Nel 2018 c'è stato un progetto che definisce come deve essere formato un ifec. Health 21, 1998, le persone devono potersi scegliere un infermiere di famiglia che accompagna le persone lungo tutta la vita.

Modelli di assistenza alla famiglia

1. **Considerare la famiglia come contesto:** lavorare ponendo l'attenzione sul singolo individuo non dimenticandosi che la persona è all'interno di un contesto ambientale (sociale, famiglia), tenendo conto quindi che le convinzioni della persona non sono le sue ma sono condizionate dal suo contesto. Consideriamo la famiglia come ambiente che condiziona. La famiglia può essere coinvolta anche nell'assistenza
2. L'infermiere può prendersi carico di **tutti i componenti della famiglia**. Non è un modello molto diffuso nel nostro paese. La famiglia è il contesto di riferimento.
3. L'infermiere si occupa di un **sottosistema familiare come se fosse un'unica persona**. La restante parte della famiglia continua ad essere contesto ambientale. Ad esempio quando c'è un soggetto dipendente che ha un caregiver.

4. **Modello della famiglia come cliente:** La famiglia è considerata come un'unica persona, contesti che fanno sì che possiamo identificare diagnosi infermieristiche che riguardano l'intera famiglia, destinataria degli interventi. Igiene della famiglia, dieta della famiglia,...
5. **La famiglia come componente della società.** Considero la comunità come contenuto ambientale della famiglia.
6. **Modello della comunità come cliente.** Infermieri che lavorano per identificare i bisogni della comunità, infermiere di comunità (lavora sull'identificazione dei bisogni di salute della comunità, lavorando distante dalle persone per capire quali sono i bisogni di salute della comunità. Funzione antica.).

Assistenza alla famiglia

Accertamento alla famiglia

L'accertamento alla famiglia utilizza i modelli visti precedentemente. Esistono molte teorie e modelli che ci aiutano a svolgere l'accertamento all'individuo ma per l'assistenza alla famiglia esistono pochi modelli, vengono quindi usati:

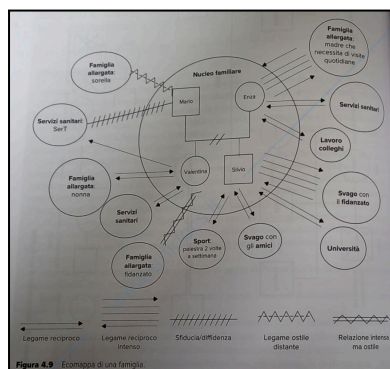
- ➔ Modello per l'individuo applicato all'assistenza alla famiglia
- ➔ Modelli per assistenza alla famiglia
- ➔ Modelli non infermieristici che nascono per l'assistenza alla famiglia

Quando svolgiamo accertamento alla famiglia dobbiamo stare attenti poiché c'è anche l'influenza delle nostre esperienze e convinzioni, personali e professionali. Nello svolgere l'accertamento alla famiglia le informazioni rappresentano una specifica prospettiva interpretativa. Nell'effettuazione di un accertamento familiare, essendo particolarmente determinanti le dinamiche relazionali che si instaurano tra i membri della stessa, l'informazione è maggiormente soggetta ad un'interpretazione dell'infermiere. Ne consegue che le convinzioni e le esperienze personali giocano un ruolo fondamentale. Uno dei maggiori rischi, nel corso dell'accertamento di famiglia, è rappresentato dall'eventualità che l'infermiere instauri dei canali paralleli con i singoli membri della famiglia.

Ci sono situazioni in cui è opportuno fare accertamento familiare, altri casi in cui è **dannoso**: nel momento in cui entro in relazione con la famiglia sto già intervenendo e potrei provocare un danno.

Modelli funzionali di Gordon per accertamento alla famiglia: lo facciamo se consideriamo il modello della famiglia come contesto.

Modello di accertamento familiare di Friedman: nasce per effettuare accertamento della famiglia come cliente o come componente della società, guardano la società in cui la famiglia è inserita. Modello molto citato e poco studiato, poca ricerca.



Ecomappa

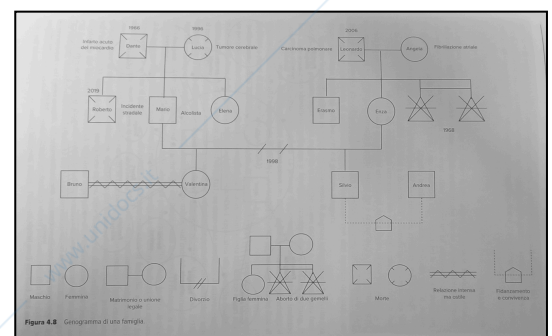
Modello accertamento familiare Calgary, detto anche CFAM è un modello che ha dietro molta ricerca, si utilizza prevalentemente assistendo la famiglia come cliente.

Raccolta dati

- ✓ Colloquio o intervista
- ✓ Osservazione delle dinamiche familiari
- ✓ Osservazione dell'ambiente
- ✓ Genogramma
- ✓ Ecomappa

Genogramma ed ecomappa li posso usare anche sulla singola persona e sono due strumenti di raccolta dati, di pianificazione e di intervento perché sto già intervenendo e quindi sta cambiando qualcosa in quella famiglia e in quella persona. Nel genogramma indichiamo le persone che fanno parte della famiglia (famiglia è quello che le singole persone intendono come famiglia). Il **genogramma** è uno strumento che ricalca l'albero genealogico e registra informazioni sui membri della famiglia e sulle loro relazioni nell'arco temporale di almeno tre generazioni: le due facenti parte del nucleo familiare e le famiglie dei genitori.

Ecomappa: strumento importante perché ci permette di guardare fuori dalla famiglia, guardare che relazioni ha la famiglia con tutto ciò che sta all'esterno. Rappresenta graficamente le relazioni e le interazioni della famiglia con l'ambiente esterno prossimale. È uno strumento che ha lo scopo di valutare l'**equilibrio** tra la famiglia e le risorse provenienti dall'ambiente e la qualità del loro legame. Descrive quindi la struttura sociale e in che misura i membri della famiglia stanno ricevendo o percependo sostegno da sistemi esterni.



Genogramma

Infermieristica di comunità

Le comunità sono definite secondo un criterio identitario, geografico, di relazione. La comunità viene descritta come:

«Un gruppo specifico di persone, che spesso vive in un'area geografica definita e che condivide la stessa cultura, gli stessi valori e le stesse norme, organizzato in una struttura sociale secondo le relazioni che la comunità ha sviluppato nel corso del tempo.»

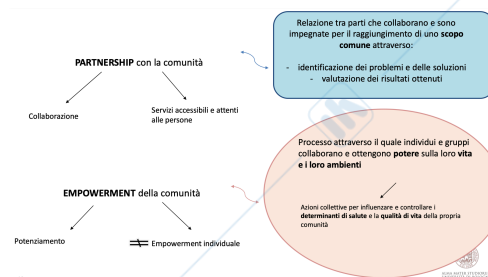
I membri di una comunità acquisiscono la propria identità personale e sociale condividendo credenze, valori e norme comuni che la comunità ha sviluppato in passato e che potranno essere modificati in futuro. Mostrano una consapevolezza della loro identità come gruppo, condividono bisogni comuni e l'impegno per superarli»

(OMS, 1998)

La comunità come soggetto dell'assistenza infermieristica in un contesto multidisciplinare. La comunità non può essere assistita in maniera monodisciplinare. L'assistenza alla comunità è sempre **multidisciplinare**. Nel profilo professionale si capisce che l'assistenza alla comunità è multidisciplinare dove c'è scritto «l'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della comunità ed identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della comunità».

La salute della comunità è invece intesa come il **soddisfacimento dei bisogni collettivi dei propri membri**, attraverso l'identificazione dei problemi e la gestione delle interazioni nell'ambito della comunità e tra la comunità e la società. La comunità è sana non quando non ha problemi ma è sana quando sa identificare i propri problemi ed affrontarli. Sono tre le dimensioni della salute della comunità:

- ✓ **Dimensione di stato**, inteso come l'aspetto della comunità (secondo una componente biologica (aspettativa di vita media), emotiva (livello di soddisfazione o benessere), sociale).
- ✓ **Dimensione strutturale**, atto ad intervenire sull'impalcatura che regge la comunità (dalle risorse e i servizi per la salute della comunità al rapporto tra popolazione e chi presta i servizi), usufruendo di opportuni indicatori
- ✓ **Dimensione di processo** (capacità di risolvere i problemi, comunicazione efficace, consapevolezza, partecipazione dei membri, gestione delle relazioni, presa di decisioni). Funzionamento: non risolviamo i problemi della comunità ma sosteniamo la comunità nella risoluzione dei problemi. Consapevolezza, comunicazione, gestione delle emozioni,...

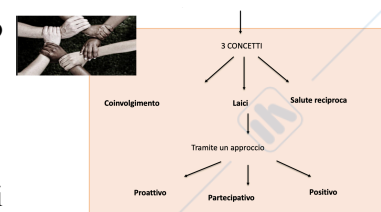


Partnership ed Empowerment della comunità: concetti importanti nell'assistenza della comunità. Partnership: attività di accompagnamento di un soggetto nel raggiungimento degli obiettivi. Per Empowerment invece si intende attività che permette alla comunità di prendere decisioni per gestire la propria salute.

Teorie e modelli dell'infermieristica di comunità

1. **Teoria del community empowerment**: tra le teorie e i modelli dell'infermieristica di comunità, è nota la teoria del community empowerment. Questa teoria presenta tre concetti fondamentali, quali: **coinvolgimento**, **salute reciproca** e **laicità**. Quest'ultimo concetto si sostanzia nell'adozione di un comportamento

1. Proattivo (possibile che non insorgano problemi),
2. Partecipativo (si lavora con la comunità)
3. Positivo (perché si identificano i problemi e si sfruttano i punti di forza sopra i problemi). Se riusciamo a coinvolgere dei laici (persino non professionisti sanitari ma persone formate) consente di garantire la salute reciproca: una persona con comportamenti sani influenza tutti gli altri.

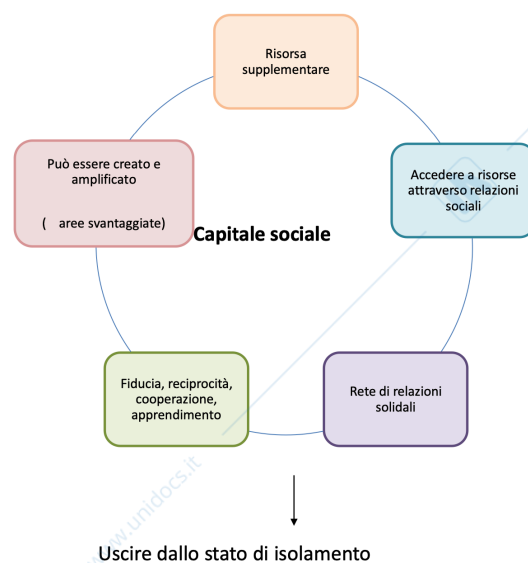


2. **Milio's Framework of prevention**. Lo stato di salute è influenzato da:

1. Risorse troppo eccessive o troppo scarse.
2. Modelli di comportamento della popolazione: persone che vivono insieme si contaminano il comportamento
3. Politiche di salute delle istituzioni: la quantità di risorse, i tipi di servizi condizionano la salute. Tutte le scelte politiche influenzano la salute. La comunità deve dare un segnale se le scelte politiche istituzionali non corrispondono ai bisogni che la comunità riconosce.

3. **Salmon White's Construct for public health nursing**: definizione di

1. Sanità pubblica: impegno della società per proteggere (prevenzione), promuovere (lavorare sul potenziale di miglioramento), e ripristinare la salute delle persone
2. Assistenza sanitaria: mezzo per il raggiungimento e mantenimento della salute pubblica (di tutta la comunità con all'interno le famiglie con all'interno i singoli individui)
3. Pratiche prioritarie
 1. Prevenzione delle malattie (evitare che compaia situazione)
 2. Protezione da patologie trasmissibili (proteggere da effetti di una patologia che sta sorgendo o dei fattori che stanno agendo nei confronti della popolazione)
 3. Promozione della salute
4. Interventi infermieristici
 1. Educazione della persona (educazione alla salute, sanitaria)
 2. Gestione delle variabili di rischio
 3. Normativa per migliorare la salute (come infermieri abbiamo responsabilità nel condizionare scelte normative che siano coerenti con le esigenze dei professionisti e con le persone che assistiamo)
4. **Block and Josten's Ethical Theory of population focused nursing:** teoria del completo focus nursing. Esiste interconnessione tra i concetti di sanità pubblica e infermieristica. Caratterizzata da tre Elementi essenziali
 1. Obblighi nei confronti della popolazione
 2. Prevenzione
 3. Cura basata sulla relazione: l'aspetto peculiare è il modo in cui ci mettiamo in relazione anche all'interno dell'infermieristica.
5. **Canadian Model for community:** Tutte le azioni infermieristiche rivolte a individui, gruppi, famiglie hanno il focus sulla salute della persona. Il processo di assistenza infermieristica viene migliorato con:
 1. Comunità partecipa alla pianificazione assistenziale: comunità contribuisce a raccogliere e fornire i dati.
 2. Molteplici fonti di conoscenza
 3. Influenza dell'ambiente
6. **Welfare:** Capacità del sistema sociale di uno Stato di garantire a tutti i cittadini la fruizione dei servizi ritenuti indispensabili.
 1. Welfare redistributivo: sistema che raccoglie e redistribuisce le risorse della società. Viene fatto di solito attraverso la tassazione.
 2. Welfare generativo di comunità. All'interno della comunità andare a cerca risorse disponibili e pronte e che non stiamo utilizzando (il capitale sociale*)
 - Raccogliere
 - Redistribuire
 - Rigenerare
 - Rendere
 - Responsabilizzare
7. **Modello della ricerca - azione:** modalità con cui si apprende e si studia ciò che accade nell'ambito della comunità mentre si assiste la comunità. Approccio impiegato dalle professioni sociosanitarie per migliorare la pratica come parte del processo di cambiamento. La ricerca è contestuale e partecipativa. Si tratta pertanto di un processo di apprendimento continuo in cui il ricercatore apprende e condivide le nuove conoscenze con coloro che ne possono beneficiare. Fare ricerca con le persone è sempre molto difficile perchè è difficile isolare i fenomeni.



Capitale sociale*

È una risorsa supplementare che nasce nelle relazioni sociali presenti nella comunità. Sfrutta le reti di comunità che sia esistenti finalizzando risposte già presenti.

Situazione in cui ho risorse disponibili spontaneamente presenti semplicemente devo rendermene conto e incanalarle in senso positivo.

Serve soprattutto dove ci sono aree svantaggiate: se uno ha le risorse, l'assistenza se la compra/trova da sola, ma ci sono soggetti, gruppi di aree geografiche che hanno situazione di svantaggio maggiore ed è lì che devo sviluppare questa rete di relazione.

Accertamento rivolto alla comunità

Definizioni

«E' l'approccio sistematico che garantisce che il servizio sanitario utilizzi le proprie risorse per migliorare la salute della popolazione nel modo più efficiente»

(Wright, 1998)

Serve a fare in modo che il servizio sanitario utilizzi in maniera efficiente le risorse. Nel momento in cui raccolgo dati sulla comunità mi rendo conto di dove devo investire sulla comunità/dove utilizzare le risorse.

«Metodo sistematico per valutare i problemi di salute che deve affrontare una popolazione e che consente l'allocazione di risorse in modo da migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze della popolazione»

(National Institute for Clinical Evidence, 2020)

Valutare i problemi di salute, ridurre le disuguaglianze. L'accertamento alla comunità non mira all'uguaglianza ma all'equità.

«La valutazione dei bisogni è un processo dinamico e continuo che permette di identificare i punti di forza e le esigenze e che stimola la comunità a stabilire le proprie priorità e avviare una pianificazione attiva di azioni collaborative, volte a migliorare lo stato di salute della popolazione e la qualità di vita»

(Manitoba Community Health Needs Assessment, 2019)

Attraverso accertamento identifico esigenze ma anche punti di forza. Dobbiamo stabilire priorità e che bisogna collaborare insieme alla comunità per garantire stato di salute.

Obiettivi:

1. Identificare i punti di forza delle comunità
2. Identificare e comprendere lo stato dei bisogni di salute della comunità
3. Guidare la comunità verso l'implementazione e il sostegno di politiche, sistemi e cambiamenti ambientali riguardo strategie di vita sane, definendo aree di miglioramento
4. Stabilire le priorità dei bisogni della comunità e gestire le risorse disponibili in modo appropriato

Quando lavoro con il singolo paziente sto applicando quello stabilito nella comunità e contemporaneamente sto acquisendo i dati per fare accertamento alla comunità. I dati della comunità li produce ognuno di noi quando abbiamo contatto con il **singolo** paziente.

Come effettuare accertamento alla comunità:

- i) Identificare la comunità che deve essere accertata: di quartiere, di città, gruppo identificato come tale,...
- ii) Entrare nella comunità stessa, conoscerla e capirla: difficile entrare in una comunità se non si appartiene a quella comunità poiché quella comunità ha condizioni e obiettivi propri;
- iii) Definire i problemi di salute e i fattori influenzanti;
- iv) Identificare il potenziale di sviluppo.

Come raccogliere le informazioni per descrivere la comunità?

-Punto di vista delle persone

-Interviste e questionari a membri della comunità

- Osservazione partecipativa
- Osservazione mobile
- Conoscenze degli operatori e altri professionisti
- Analisi di dati già esistenti (dati correnti): dati già raccolti che sono lì e devono solo essere letti;
- Raccolta di dati specifici



Community health needs assessment- an introductory guide for the family health nurse in Europe (OMS, 2001)

È uno strumento dell'accertamento

- Rappresenta una guida per gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC) per pianificare l'assistenza sanitaria.
- Permette di identificare i bisogni prioritari e indirizzare le risorse per affrontare le disuguaglianze
- Favorisce una partecipazione attiva della popolazione
- Definisce il ruolo chiave del contributo infermieristico

- Descrive lo stato di salute della popolazione locale
- Permette di identificare i principali fattori di rischio e le cause di malattia
- Permette di pianificare le azioni necessarie e i programmi di salute pubblica
- E' un processo continuo

È diviso in 5 fasi (processo di assistenza):

1. Profiling della popolazione: analisi del profilo della popolazione. Che tipi di informazioni possono servire per identificare i bisogni di salute della popolazione?
 1. Quali sono le caratteristiche rilevanti della popolazione? Area geografica, numero delle persone, età, genere, etnia e religione, tasso di natalità e mortalità, lingua e literacy
 2. Qual è lo stato di salute della popolazione? Qualità della vita, diseguaglianze di salute (Chi è in svantaggio? Perché? Chi non ha accesso all'assistenza?), abitudini della popolazione (fumare), uso dei servizi (screening)
 3. Quali fattori locali influenzano la salute e con quale impatto (positivo/negativo)? Lavoro e occupazione (malattie professionali, guadagno, soddisfazione), povertà, ambiente (inquinamento, alloggio, trasporti), coesione sociale (reti, flussi migratori, gruppi emarginati, tempo libero), fattori destabilizzanti (guerre, crisi, disastri naturali), risorse informali (famiglie) e formali (servizi)
 4. Quali servizi vengono garantiti?
 5. Quali sono i bisogni identificati dalla popolazione?
 6. Quali sono le priorità per la salute a livello nazionale e locale
2. Decisione delle priorità: risorse limitate. Come raccogliere dati? Analizzare informazioni. **Benchmarking**: confrontare una situazione con una popolazione con caratteristiche simili e paragonarli anche con i dati del passato. Valutare priorità.
3. Pianificazione dei programmi di salute pubblica e delle cure
4. Implementazione delle attività
5. Valutazione degli outcome



Sezione 2: come raccogliere dati

Peer education

Pag. 170

Metodo educativo in base al quale alcuni elementi di un gruppo vengono formati e responsabilizzati al fine di realizzare nel proprio gruppo di appartenenza precise attività.

Efficace soprattutto nella prevenzione di comportamenti a rischio.

L'opinion leader è una persona che, in misura maggiore di un qualsiasi esperto esterno al gruppo, ha accesso al mondo valoriale e simbolico dei "pari", e in grado più di chiunque altro di decodificare il loro linguaggio e stabilire un rapporto di fiducia e ascolto con i soggetti con i quali entra in rapporto.

Influenza sociale reciproca in particolari periodi evolutivi quali l'infanzia, la preadolescenza e l'adolescenza. L'interazione con un coetaneo, infatti, svuota la comunicazione di quel contenuto d'ansia che invece necessariamente si ha nell'approccio adulto-giovane o adulto-bambino, e che contribuisce a rendere meno efficace la reciproca influenza.

L'approccio non avviene quindi più in termini di rischio, disagio o pressione, bensì in termini di potenzialità, risorse e competenze. Si utilizza su soggetti già malati, facendo educazione terapeutica su soggetti con la stessa patologia.

Tipi di influenza sociale:

1. **Influenza normativa**, in base a cui il soggetto cambia le proprie convinzioni, motivazioni, attitudini e comportamenti per il desiderio di ottenere il consenso del gruppo; cambia i propri atteggiamenti per ottenere consenso del gruppo
2. **Influenza informativa**, che produce lo stesso effetto sulla base del convincimento che la fonte di influenza sia "oggettivamente" la più competente e preparata e, proprio per questa ragione, valida fonte di ispirazione ed esempio. Il soggetto che ci influenza viene riconosciuto come più competente.

La peer education si può quindi considerare una strategia in cui soggetti dotati di una notevole influenza normativa all'interno del gruppo di appartenenza assumono il compito di esercitare specifiche funzioni di influenza informativa, al termine di un opportuno processo di formazione e training (vedi "community empowerment").

Coloro che svolgono la peer education non devono avere solo contenuti ma devono imparare come comunicare contenuti e metodi di trasmissione del contenuto.

Oltre a comprovate evidenze nel campo degli interventi condotti in campo scolastico, il modello della peer education può essere altresì applicato nella persona in età adulta, su tematiche quali il self-care e il self-management. nonché l'adesione a campagne di screening.

Non è importante solo cosa comunicare ai propri pari, ma anche come comunicarlo, e soprattutto a quali metodi ricorrere per poterlo fare in maniera efficace.

I soggetti coinvolti hanno la possibilità di incrementare il proprio senso di autoefficacia.

Empowerment

Situazione in cui si dà potere a due oggetti collegati a effettuare scelte, prendere decisioni, possedere le competenze per la gestione della salute. È il presupposto per raggiungere gli obiettivi di salute e migliorare la qualità di vita.

3 diagnosi nel dominio 9, coping e tolleranza allo stress

- 00187 **Disponibilità a sviluppare il proprio potenziale** (diagnosi di promozione della salute):
Diagnosi trasversale che può riguardare qualcuno soggetto e condizione di salute e malattia.
- 00152 **rischio di senso di impotenza** (diagnosi di rischio)
il contrario dell'empowerment. I fattori di rischio: ansia, tensione nel ruolo di caregiver, agente disfunzionale, compromissione mobilità, conoscenze inadeguate, partecipazione inadeguata, strategie di coping inefficaci,...
- 00125 **senso di impotenza** (diagnosi reale)
- Conoscenza insufficiente**

Quali sono i risultati su cui concentrarsi dai quali definire gli obiettivi assistenziali?

Risultati: elementi che posso misurare nel tempo attraverso indicatori che possono condurre alla definizione dell'obiettivo. Il risultato è l'elemento influenzato dall'assistenza.

1. Autostima
2. Autonomia
3. Autogestione:
Autogestione della propria salute e della vita con la malattia
4. Adattamento
5. Consapevolezza
6. Convinzioni
7. Capacità decisionale
8. Conoscenze
9. Partecipazione
10. Speranza

Interventi

1. Sostegno al processo decisionale:
 1. determinare le differenze fra la visione della persona e quella dei sanitari
 2. aiutare nell'identificare vantaggi e svantaggi delle varie alternative
 3. facilitare la definizione degli obiettivi (fare in modo che persona possa, in maniera autonoma, definire i propri obiettivi di salute)
 4. fornire informazioni
 5. Fornire indicazioni
2. Miglioramento dell'autoefficacia
 1. Analizzare la percezione delle proprie capacità, dei benefici del comportamento, dei rischi se il comportamento non viene attuato, delle barriere
 2. Fornire informazioni
 3. Aiutare nella definizione di un piano di azione
 4. Rinforzare la fiducia e supportare
 5. Educare
 6. Coinvolgere
 7. Fornire rinforzi positivi e sostegno emozionale

Nel modello di promozione della salute abbiamo parlato delle influenze funzionali.

Fenomeni migratori

XVII rapporto sulla migrazioni 2021: secondo l'ultimo rapporto il 1 gennaio 2021 la popolazione straniera si attesta intorno ai 5 milioni e mezzo mentre gli irregolari sono 500 - 600 mila circa. Rappresentano circa il 10% della popolazione italiana.

I gruppi etnici sono rappresentati da popolazioni provenienti da diversi paesi. La presenza di queste persone richiede che l'operatore sanitario si adegui ai bisogni sociali e di salute di queste persone provenienti da contesti sociali diversi.

Infermieristica transculturale

Razza: idea secondo cui la specie umana si è divisa in gruppi. Gruppi diversi con caratteristiche diverse. Nasce dal bisogno primordiale di identificare nella persona diversa un nemico. Si basa sulla paura del diverso. Nonostante sempre meno persone si dichiarano razziste, molti siamo vittime di condizionamento inconsapevole. Bias implicito: giudizio o pensieri nella nostra mente che vanno al di là della nostra consapevolezza.

Strumenti: Implicit Association test. È un test che si basa su connessioni tra idee e atteggiamenti consci e inconsci. Nonostante le persone che si sottopongono a questo test non si definiscano razziste, più dell'80% ha una predisposizione verso le persone con pelle chiara.

Popolazione e gruppo etnico _ per colazione intendiamo gruppo di individui che occupa specifica area geografica mentre il gruppo etnico è un aggregato sociale.

Cultura: complesso delle istituzioni sociali, politiche ed economiche, delle attività artistiche e scientifiche, delle manifestazioni spirituali e religiose che caratterizzano la vita di una determinata società in un dato momento storico.

Gli infermieri sono tenuti ad acquisire conoscenze dei valori e delle credenze espresse nelle diverse culture.

Modello di M. Leininger. 3 principi fondamentali:

- Diversità e universalità
- Cultura influenza i significati e i modelli di assistenza
- 3 azioni assistenziali che si possono realizzare nel rapporto di collaborazione tra operatore sanitario e persona, partnership tra paziente e infermiere:
 - Conservazione e/o mantenimento
 - Adattamento e/o negoziazione
 - Rielaborazione e/o riconfigurazione

Sunrise model: applicabile ad ogni cultura.

PTT model: per lo sviluppo della competenza culturale in infermieristica. Nasce nel '98. Competenza culturale: capacità di fornire assistenza sanitaria efficace tenendo conto di credenze, comportamenti e bisogni culturali delle persone.

1. Consapevolezza culturale: persona professionista necessita di autoanalisi del proprio background culturale. Identità culturale.
2. Conoscenza culturale: credenze e comportamenti sulla salute e gli stereotipi.
3. Sensibilità culturale: sviluppare empatia e abilità personali e comunicative permette di sviluppare competenza culturale.
4. Competenza culturale: è l'unione di queste tre cose che necessita delle competenze tra cui abilità di valutazione, abilità di diagnosi, abilità cliniche,...

Modello olografico di Purnell e Paulanka - 1998

Questo modello è organizzato in 4 cerchi concentrici che guardano da cosa è composta la società e come le diverse parti si influenzano tra loro. I 12 spicchi sono tutte le aree che influenzano la cultura e sono influenzate dalla cultura.

Processo di competenza culturale nell'erogazione dei servizi sanitari di Campinha-Bacote, 1999

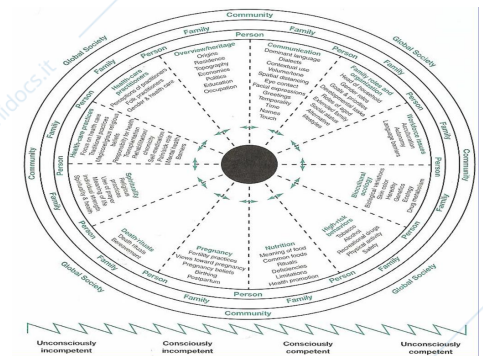
La teorica Campinha-Bacote nel 1991 identifica la competenza culturale come un processo dinamico (5), in cui l'operatore sanitario rinnova continuamente le sue abilità per aumentare l'efficacia del suo lavoro all'interno dell'universo culturale dell'utente. È un modello di apprendimento continuo da parte dell'infermiere composto da quattro concetti e cinque assunti, relazionati tra di loro, che l'operatore deve sviluppare per avere un'adeguata competenza nel nursing:

- la propria consapevolezza culturale
- La conoscenza culturale dell'altro
- L'abilità culturale
- L'incontro culturale
- Il desiderio culturale, che è l'energia che spinge l'infermiere verso la competenza culturale.
- Identifica 5 costrutti per il processo di assistenza culturale.

Modello transculturale di Giger e Davidhizar:

Nasce alla fine degli anni 80 e viene rivisto nel 2020 per cerca di migliorare l'approccio con le persone. Tenere sempre conto che l'individuo è culturalmente competente.

1. Comunicazione
2. Spazio
3. Organizzazione sociale
4. Tempo, nel concetto di passaggio del tempo e durata.



Modello olografico di Purnell e Paulanka

- 5. Controllo ambientale
- 6. Varianti biologiche

www.unidocs.it - Appunti e dispense per superare i tuoi esami universitari

www.unidocs.it - Appunti e dispense per superare i tuoi esami universitari