

Mc  
Graw  
Hill

Infermieristica preventiva e di comunità

Sandra Scalorbi

Li.



Mc  
Graw  
Hill  
dal 1884 nel Mondo

25  
Italia

[www.mcgraw-hill.it](http://www.mcgraw-hill.it)



ISBN 978-86-386-4603-4  
9 788838 646034

Li.

LAUREA  
INFERMIERISTICA



Sandra Scalorbi

# Infermieristica preventiva e di comunità

Presentazione di  
Annalisa Silvestro

Mc  
Graw  
Hill

atto interventi che contengano quello dei detenuti. È necessario, quindi, un momento/intervento periodico di riflessione e supporto specifico (psicologico) alle situazioni problematiche che via via si presentano, sia di natura conflittuale (intragruppo e intergruppo) sia di forte impatto emotivo;

- gestione organizzativa assistenziale. Viste le regole di accesso e di comunicazione con l'esterno legate agli aspetti di sicurezza detentiva, occorre fare particolare attenzione all'approvvigionamento, alla gestione e conservazione di materiale e farmaci; "i tempi organizzativi", cioè i tempi degli ordini di materiale e farmaci, in carcere devono rispettare i tempi dell'istituzione carceraria;
- gestione dell'assistenza della donna e del minore in carcere secondo i principi delle cure primarie.

L'assistenza infermieristica in carcere fa riferimento ai principi dell'infermieristica di comunità, delle cure primarie, dell'educazione sanitaria e dell'educazione terapeutica, oltre che dell'infermieristica nelle urgenze sanitarie.

### 1.3 ♦ Promozione della salute e prevenzione

Il concetto di promozione della salute verrà esaminato facendo particolare riferimento ai documenti conclusivi delle relative conferenze internazionali.

La **promozione della salute** è un **processo** che mira a rendere le persone in grado di aumentare il **controllo** sulla loro salute e sui suoi **determinanti**, e quindi migliorare la salute delle persone stesse (WHO, 1998a); ogni volta che facciamo riferimento al termine processo ci riferiamo a un metodo, a una successione di eventi mirata al raggiungimento di uno scopo.

I determinanti della salute (vedi Par. 3.3) sono rappresentati dalla gamma di fattori personali, sociali, economici e ambientali che determinano lo stato di salute di individui o popolazioni (WHO, 1998a).

Nella Carta di Ottawa (1 conferenza) la salute è definita come la "misura in cui un **gruppo** o un **individuo** possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri **bisogni** e, dall'altro, evolversi con l'**ambiente** o adattarsi a questo"; tale definizione è molto vicina a quella dei concetti fondamentali della disciplina infermieristica, soprattutto là dove si parla di soddisfacimento dei bisogni e di rapporto con l'ambiente.

Nella Carta di Ottawa, la quale si occupa più di salute che di servizi sanitari, l'ambiente è descritto come il luogo dove le persone vivono, la loro comunità locale, la loro casa, dove lavorano e si divertono.

È necessario intervenire sull'ambiente fisico, sociale, economico e politico in modo che favorisca e supporti la salute piuttosto che danneggiarla (Sundsvall Statement, 1991). Oltre all'attenzione per l'ambiente rispetto alla salute (concetto ripreso nelle Raccomandazioni di Adelaide del 1988), i punti d'azione definiti nella Carta di Ottawa per la promozione della salute sono stati i seguenti: costruire una politica pubblica per la salute; rafforzare l'azione della **comunità** per la salute; **sviluppare le abilità personali** di ciascuno; riorientare i servizi sanitari, migliorando l'accesso ai beni e ai servizi che accrescono la salute (Adelaide Recommendations, 1988); rafforzare i servizi sanitari della **comunità**; sviluppare la sanità pubblica.

È importante il **supporto sociale per promuovere la salute reciproca**; le raccomandazioni di Adelaide sottolineano la necessità di garantire l'accesso all'assistenza sanitaria di comunità e che l'azione della **comunità** è centrale nella promozione della salute.

I principi fondamentali relativi alla promozione della salute espressi dall'OMS sono diversi, tra questi ricordiamo la **responsabilità** di tutti i settori pubblici e privati, la **partecipazione** degli individui e della comunità, la **responsabilità sociale** dell'individuo rispetto alla propria salute, l'**empowerment dell'individuo, delle famiglie e della comunità**, l'**integrazione** delle attività nei diversi settori, la **partnership** e la creazione di **reti e alleanze** per la salute.

Il verbo *to empower* significa "autorizzare, dare pieni poteri a" (Garzanti, 2005); nel campo della salute potremmo considerare questi poteri relativi alla capacità di effettuare scelte, prendere decisioni e al possesso di competenze per la gestione della salute e, in questo senso, ci si può collegare al concetto di autonomia presentato nel paragrafo 1.4.1. Poiché l'*empowerment* rappresenta il processo che mette in grado di gestire la salute e il benessere, esso costituisce presupposto per il raggiungimento degli obiettivi relativi alla salute stessa e per il miglioramento della qualità di vita. L'*empowerment* può riguardare il singolo, le organizzazioni e la collettività; successivamente, nel paragrafo 2.6, verrà presentato il modello Community Empowerment. Attraverso l'educazione le persone raggiungono l'autoefficacia, la consapevolezza di poter scegliere e influenzare la propria vita e la propria salute, la conoscenza e la competenza per raggiungere i loro obiettivi di promozione della salute (Pender et al., 2006). Le competenze che possono essere acquisite sono di tipo relazionale/sociale (per es., discutere con il *partner* circa la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse), gestuale, affettivo (per es., gestire il desiderio di fumare) e cognitivo (per es., prendere decisioni appropriate).

L'*empowerment* rappresenta un obiettivo di per sé e, inoltre, costituisce uno *step* intermedio rispetto alle condizioni di salute a lungo termine. Gli esiti relativi al primo aspetto riguardano la dimensione personale, organizzativa e di comunità. Nella dimensione psicologica possono essere rappresentati dal credere che insieme si può fare la differenza, che le proprie azioni possono consentire di raggiungere dei risultati, che si può esercitare la propria influenza sui processi politici, organizzativi e di comunità, dal pensiero critico e dal comportamento partecipativo. In riferimento all'*empowerment* organizzativo, alcuni risultati sono una maggiore efficienza, sostenibilità e distribuzione più equa dei servizi. Infine, rispetto all'*empowerment* di comunità, abbiamo, tra gli altri, coesione e influenza nell'ambito del vicinato, senso di comunità, abilità e attività della comunità, modificazione delle norme, maggiore equità. Ricondurre l'*empowerment* a risultati in termini di salute e sviluppo è più complesso; in questo caso sono state misurate, per esempio, le ricadute positive sui *caregiver*, sull'uso dei servizi e sulla salute mentale, e quelle dell'educazione del malato cronico (WHO, 2006). Nella classificazione NANDA I 2009-2011 esiste la diagnosi Disponibilità ad aumentare il proprio potere per il cambiamento; viene sottolineato come l'*empowerment* (conferimento di potere) rappresenti l'intervento e il potere la risposta della persona.

Quanto affermato in precedenza chiarisce come la promozione della salute non sia legata solo al settore sanitario, ma riguardi anche gli altri comparti che influenzano lo sviluppo nazionale e della comunità. La responsabilità sociale per la salute (vedi anche la Dichiarazione di Jakarta, 1997) si traduce nelle decisioni



e nelle azioni dei responsabili nel settore pubblico e privato per il perseguimento di politiche e pratiche che promuovono e tutelano la salute. La responsabilità sociale per la salute è assente quando le politiche e le pratiche perseguite dal settore pubblico e privato determinano un danno per gli **individui**, le **famiglie**, le **comunità** e l'**ambiente**.

Le aree d'azione relative alla promozione della salute (Adelaide Recommendations, 1988) sono diverse; tra queste, cibo e alimentazione, tabacco e alcol, sostegno alla salute delle donne, poiché le donne sono le principali promotrici di salute. Anche l'ospedale rappresenta un contesto ambientale, per cui si deve fare di tutto affinché gli ospedali siano promotori della salute e del benessere, sia degli utenti che dei professionisti; si deve considerare la persona ricoverata non solo come malato, ma come persona che vuole stare bene o vuole continuare a stare bene; l'ospedale è, inoltre, un luogo di lavoro e, come tale, deve essere sano (si veda l'iniziativa Health Promoting Hospital sostenuta dall'OMS, che si basa sui principi della Carta di Ottawa).

La continuità delle cure e la dimissione precoce rappresentano situazioni che concretizzano la promozione della salute in Ospedale (vedi Par. 1.5.1). Nella V Conferenza sulla promozione della salute si sottolinea la necessità di fondare le politiche e le pratiche di promozione della salute su prove scientifiche. Infine, la globalizzazione apre nuove opportunità per la cooperazione, allo scopo di migliorare la salute e ridurre i relativi rischi di tipo transnazionale (Bangkok Charter, 2005).

La VII Conferenza globale sulla promozione della salute (Nairobi Call to Action Declaration, 2009) riafferma i concetti già espressi nelle altre conferenze, sottolineando l'importanza di una specifica formazione relativa alla promozione della salute e di un'attenzione alla qualità e all'appropriatezza; la promozione della salute deve essere trasversale in tutti i contesti e per tutta la durata della vita. Nei documenti conclusivi vengono trattati, tra gli altri, i concetti di **resilienza** della comunità, **advocacy**, equità, **empowerment** della comunità (valorizzando la cultura di ogni specifica popolazione), **health literacy**; si fa inoltre riferimento al Millennium Development Goals delle Nazioni Unite. La *health literacy* può essere definita come "il grado in cui gli individui hanno la capacità di ottenere, elaborare e capire le informazioni sanitarie e i servizi di base necessari al fine di prendere decisioni adeguate per la salute. Questa definizione presuppone che una popolazione con una cultura della salute soddisfacente possa prendere decisioni più adeguate per migliorare la sua salute e il benessere". La definizione sottolinea, inoltre, che l'*health literacy* riguarda sia la salute che l'assistenza sanitaria (Parker, 2000). Un principio importante da applicare come professionisti è non cercare di aumentare l'*health literacy* delle persone, ma adeguarsi alla loro.

La resilienza è un "modello di risposte positive a una situazione avversa o a una crisi" (NANDA I, 2009); in campo infermieristico sono classificate le diagnosi Compromessa resilienza della persona, Disponibilità a migliorare la resilienza, Rischio di compromissione della resilienza (NANDA I, 2009) e il risultato Resilienza della famiglia (Moorhead et al., 2007). Per quanto riguarda la resilienza della famiglia, Friedman (2003) presenta il modello di McCubbin e McCubbin (Resiliency model of family stress, adjustment and adaptation).

Gli infermieri, come ha ricordato il Direttore Generale dell'Ufficio europeo dell'OMS già nel 1988 (vedi Par. 1.1), giocano un ruolo chiave nella promozione della salute in quanto hanno molte occasioni di entrare in relazione con gli utenti

e possono sfruttare questa opportunità per promuovere atteggiamenti e comportamenti positivi, anche grazie all'acquisizione di conoscenze specifiche (si veda il rapporto fra i risultati della Nursing Outcomes Classification – NOC – Conoscenze e gli altri risultati, vedi Par. 3.1).

La promozione della salute interessa tutte le fasce di età (vedi Par. 1.3.1); comincia prima della nascita, in quanto dipende dai comportamenti adottati dalla madre prima della (per es., assunzione di acido folico) e durante la gravidanza (per es., astensione dal fumo) e prosegue nelle diverse fasi di sviluppo della persona; costituisce una delle responsabilità dei genitori e dei *caregiver*, nelle situazioni in cui un individuo non è ancora o non è più in grado di assumersi una responsabilità personale (vedi Par. 4.4 e 4.5).

Le pratiche per la salute si acquisiscono fin dall'infanzia e diventano abitudini di vita sane se si pone l'accento non tanto sulle conseguenze dannose di determinati comportamenti (per es., il fumo uccide) quanto sul valore intrinseco delle abitudini sane, sullo sviluppo di autostima e autodeterminazione; a tale proposito si richiama l'attenzione del lettore sui fattori che influenzano il mantenimento dei comportamenti nel tempo (vedi Pender, Par. 2.4).

La salute e il benessere dell'anziano sono, invece, il risultato dello stile di vita tenuto durante tutto il periodo precedente (per es. la salute della donna dopo la menopausa dipende dai comportamenti per la salute adottati durante l'età fertile). La promozione della salute deve essere un obiettivo anche per la persona con malattia cronica, poiché essa può comunque aspirare a un grado maggiore di benessere e a diventare protagonista della propria salute.

I programmi di promozione della salute dovrebbero svolgersi in contesti vicini alle persone, nelle scuole (luoghi privilegiati per incontrare i giovani), nei quartieri, nei centri ricreativi, nelle parrocchie e negli altri luoghi di culto, nei luoghi di lavoro per promuovere un ambiente sano e sicuro; i messaggi di promozione della salute possono raggiungere grandi gruppi attraverso i *media*.

La promozione della salute ha lo scopo di sviluppare le risorse che mantengono o accrescono il benessere e migliorano la qualità di vita. La persona, anche in assenza di sintomi, svolge attività per realizzare il proprio potenziale di salute (vedi Par. 2.4); tali attività non sempre sono svolte con il supporto di un operatore sanitario anche se i professionisti devono garantire le condizioni per la realizzazione delle attività di promozione della salute.

La promozione della salute punta l'attenzione sulle potenzialità dell'individuo, sul cambiamento, sul miglioramento, sul benessere (si veda la campagna "Guadagnare salute", promossa dal Ministero della salute e centrata sugli stili di vita).

Le attività di prevenzione sono finalizzate a motivare la persona a evitare condizioni negative allo scopo di mantenere il livello di salute e non di migliorarlo e sono specifiche per una particolare condizione patologica (Pender et al., 2006); la prevenzione si fonda, quindi, su una dimensione protettiva, mentre la promozione della salute su una di sviluppo.

La natura preventiva dell'assistenza infermieristica viene messa in risalto soprattutto dalle diagnosi infermieristiche di rischio. Lo **stato della diagnosi** rappresenta, infatti, un asse il cui valore può essere reale, di rischio, di benessere/promozione della salute (NANDA I2, 2009).

La salute e il benessere sono concetti strettamente correlati, che alcuni usano in modo distinto e altri come sinonimi; il benessere rappresenta un concetto più am-



pio di salute, come realizzazione del potenziale umano; la definizione di questi concetti può essere ritrovata negli scritti di Orem, Parse, Newman (Pender et al., 2006).

La **promozione della salute** rappresenta un comportamento motivato dal desiderio di aumentare il benessere (*wellbeing*) e realizzare il potenziale di salute; la definizione è tratta dai lavori di Pender e collaboratori; le diagnosi infermieristiche di **promozione della salute** prevedono la disponibilità a migliorare comportamenti specificamente correlati alla salute (per es., alimentazione, attività fisica) e possono essere identificate in qualsiasi stato di salute (NANDA I2, 2009).

Il **benessere** (*wellness*) è la qualità o lo stato di essere in salute; le relative diagnosi infermieristiche prevedono la disponibilità a migliorare il livello di benessere di una persona, famiglia o comunità (NANDA I2, 2009).

Come ultima riflessione sull'uso dei termini, si segnala che il dominio 12 della classificazione NANDA I 2009-2011, Benessere, nel testo originale è denominato Comfort.

Nel primo caso (diagnosi infermieristiche di promozione della salute) esiste una persona, sana o malata, che vuole sentirsi bene al massimo grado, secondo le proprie potenzialità; nel secondo caso (diagnosi di benessere) la persona è in una condizione di assenza di malattia oppure in uno stato di funzionalità adeguato (vedi modelli funzionali della salute di Gordon, Par. 4.7.1).

Secondo Wilkinson (2009) le diagnosi di benessere descrivono "aree in cui un organismo sano funziona normalmente"; l'infermiere può intervenire per sviluppare o mantenere la salute. Wilkinson afferma che la Promozione della salute si concentra sulle potenzialità dell'assistito e le affermazioni riguardanti tali potenzialità possono configurarsi come diagnosi di benessere. Non esisterebbero, quindi, due distinte tipologie di diagnosi (Promozione della salute e Benessere), ma una sola.

Sempre secondo Wilkinson, inoltre, spesso è più opportuno enunciare le risposte positive dei clienti come risorse piuttosto che come diagnosi di benessere, per poterle sfruttare; questo accade soprattutto quando altre condizioni della persona sono prioritarie rispetto al miglioramento del benessere stesso. I risultati attesi per le diagnosi di benessere riguardano il mantenimento della salute oppure il raggiungimento di un più alto livello di funzionalità in termini di salute (Wilkinson, 2009).

In entrambi i casi, comunque, il titolo della diagnosi inizia con "Disponibilità a migliorare", anche se alcune diagnosi (Wilkinson, 2009) hanno ancora una struttura diversa, per esempio Allattamento al seno efficace.

Per quanto riguarda la promozione della salute, gli interventi specifici non sono raggruppati in una specifica classe, ma fanno parte della Nursing Intervention Classification (NIC), siano essi di carattere squisitamente educativo o di altra natura, per esempio Educazione alla salute (5510) e Gestione delle vaccinazioni (6530) (McCloskey Dochterman et al., 2007).

Chi scrive fa proprio il punto di vista di Lunney (2010), il quale definisce le diagnosi di benessere come i punti di forza dell'assistito, su cui basarsi per trattare altre diagnosi. L'identificazione di tali punti di forza consente, tra l'altro, di definire ciò che è positivo e di rendere disponibile tale informazione, sotto forma di diagnosi, per tutto lo staff infermieristico. Lunney suggerisce di utilizzare il giudizio (asse 3 della tassonomia NANDA I 2009-2011) "efficace" associato al concetto diagnostico (asse 1) selezionato, anche se tale diagnosi non è presente nella classificazione (per es., efficace autogestione della salute).

### 1.3.1 ♦ Salute21

La filosofia della salute per tutti è stata definita dall'Assemblea mondiale sulla salute del 1977 e lanciata come movimento mondiale alla conferenza di Alma Ata (vedi Par. 1.2). Questa strategia ha lo scopo di definire politiche per la salute che vengano applicate negli Stati aderenti dell'Ufficio Regione Europea OMS.

Per tale motivo è fondamentale che gli infermieri conoscano questi contenuti, insieme a quelli relativi alle politiche locali come i Piani sanitari nazionali e regionali.

Gli obiettivi proposti dall'OMS in Europa per il XXI secolo sono racchiusi nel documento **Salute21** (Health21 Health for all in the 21st Century, 1998), il quale viene presentato in riferimento agli elementi che si collegano ai concetti esposti finora.

Lo scopo è quello di permettere a ciascuno di realizzare il proprio potenziale promuovendo e proteggendo la salute degli individui durante tutto il corso della vita, riducendo l'incidenza delle malattie e alleviando la sofferenza.

I **valori** alla base dei principi etici di Salute21 sono la salute come diritto fondamentale dell'uomo; l'equità e la solidarietà; la partecipazione e la responsabilità degli individui, dei gruppi, delle istituzioni e delle popolazioni per lo sviluppo sanitario; la partecipazione della collettività.

Tra le **strategie politiche** per implementare le azioni rivolte alla miglior salute nella regione europea vi è l'assistenza primaria integrata e focalizzata sulla famiglia e sulla collettività, in una logica partecipativa che possa coinvolgere tutti gli attori della società, la famiglia, la scuola, il lavoro.

Ventuno sono gli **obiettivi/azioni** che rappresentano la risposta ai bisogni della regione europea nel proteggere e ridurre i rischi per la salute (Tab. 1.1).

Gli obiettivi descritti da Salute21 li ritroviamo trasformati in azioni specifiche nei documenti di programmazione nazionale e regionale. Nel **Piano Sanitario Nazionale 2011-2013** (Pubblicazione della bozza) sono previsti interventi mirati per: fare acquisire alle Cure primarie e alle strutture territoriali un ruolo di centralità; controllare i determinanti della salute e migliorare la sicurezza nei luoghi di lavoro; aumentare l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale; porre massima attenzione alle fasi della vita, dalla nascita in poi; le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, le cure palliative, obesità, diabete, salute mentale, tossicodipendenze, dipendenze patologiche, malattie infettive, tra cui le infezioni correlate all'assistenza.

Nel **Piano della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia Romagna** (pubblicazione gennaio 2011), tra le scelte prioritarie figurano la promozione degli stili di vita sani; la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili, tra cui, nel progetto 5, "Le infezioni correlate all'assistenza e la prevenzione dell'antibiotico-resistenza" (vedi Par. 1.3.2); l'ambiente, i luoghi di vita; le malattie croniche; il benessere degli adolescenti e dei giovani; la prevenzione del suicidio; la sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano.

Occorre ancora tanto impegno per poter raggiungere traguardi così importanti come **21** obiettivi.

### 1.3.2 ♦ Infezioni correlate all'assistenza

Le strutture sanitarie hanno lo scopo di promuovere la salute, prevenire e curare le malattie o riabilitare l'assistito, ma, a volte, possono diventare causa di malattia,



prevedeva e si rafforzava la presenza a livello locale di un Comitato strategico per la prevenzione, il controllo e la sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere (CIO) (Circolare ministeriale, 1985; D.M., 1988).

Il CIO, costituito dai responsabili per la prevenzione delle ICA (Direttore sanitario ecc.), si deve avvalere di un gruppo di esperti del settore (microbiologo, infettivologo, infermiere addetto al controllo delle infezioni, ecc.) che affrontano a livello operativo i problemi legati alle ICA.

Le Regioni, in applicazione della legislazione vigente, possono emettere disposizioni in materia di gestione delle ICA (per es., Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna 2011-2012).

In base alla legislazione vigente e alle evidenze scientifiche, per prevenire le ICA risulta efficace adottare le misure di prevenzione sotto indicate.

1. **Diffondere una cultura della sicurezza** per l'operatore e per l'assistito tramite la formazione di base e quella permanente. Ogni operatore, prima di erogare una qualsiasi prestazione assistenziale, dovrebbe chiedersi a quale rischio espone il paziente e se stesso. Tutti gli assistiti vanno considerati potenzialmente infetti, sia per le infezioni trasmissibili attraverso il sangue come l'epatite B e C, sia, se ricoverati in strutture sanitarie contaminate da microrganismi antibiotico-resistenti (C.D.C., 2007); diventa perciò indispensabile adottare le **precauzioni standard** con l'obiettivo di prevenire il rischio infettivo occupazionale e nell'assistito.

In caso di malattia infettiva diffusiva o in caso di infezioni sostenute da microrganismi antibiotico-resistenti vanno applicate oltre alle **precauzioni standard** anche quelle **aggiuntive** (C.D.C., 2007).

2. **Attivare sistemi di sorveglianza.** Istituire dei sistemi di sorveglianza delle ICA più frequenti, al fine di stimare le dimensioni del problema e individuare eventuali azioni di miglioramento (studi di incidenza o prevalenza). Sorvegliare, tramite il laboratorio di analisi, gli eventi sentinella (*alert microorganism* per i quali devono essere messe in atto misure per prevenire la diffusione).
3. **Adottare buone pratiche assistenziali di provata efficacia per prevenire il rischio infettivo.**

Le buone pratiche assistenziali per prevenire le ICA possono essere distinte in generali e specifiche.

Le *misure generali* consistono nell'osservare una scrupolosa adesione all'igiene delle mani, disinfettare o sterilizzare in modo adeguato i dispositivi medici secondo il livello di rischio, sanificare e sanitizzare gli ambienti secondo la classificazione ambientale del rischio infettivo, applicare le precauzioni aggiuntive per gli assistiti con malattia infettiva contagiosa.

Qualsiasi dispositivo invasivo (catetere vescicale, dispositivo intravascolare, tubo endotracheale) espone l'assistito al rischio infettivo, per cui è necessario adottare delle *misure specifiche* di provata efficacia per prevenire le ICA.

4. **Valutare l'applicazione dei protocolli.**

I professionisti, da un punto di vista legislativo e deontologico, fondano il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate attraverso l'applicazione di linee guida, protocolli, procedure; la valutazione della loro adesione può essere effettuata attraverso *audit* clinici.

Pratiche assistenziali e cliniche da valutare per la loro rilevanza sono: l'applicazione dell'antibiotico-profilassi, l'igiene delle mani, la gestione dei cateteri vascolari e vescicali, le tecniche della disinfezione e sterilizzazione, l'applicazione delle precauzioni standard e aggiuntive.

L'**audit clinico** è un processo di verifica che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti (*outcome*) attraverso una revisione sistematica del processo assistenziale, implementando il cambiamento.

Le fasi dell'audit clinico sono rappresentate da: definizione di un *set* di criteri standard di adesione; confronto dello standard con la pratica; identificazione delle cause dello scostamento dallo standard; implementazione del cambiamento.

Le precauzioni standard per prevenire il rischio infettivo nell'assistito e il rischio biologico occupazionale nell'operatore consistono in: igiene delle mani; utilizzo adeguato dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI); corretto smaltimento di aghi e taglienti; corretta gestione della biancheria; adeguato trattamento dei dispositivi medici e dei presidi sanitari; corretta igiene e decontaminazione ambientale; giusta "collocazione dell'assistito"; pratiche sicure per le iniezioni (C.D.C., 2007).

## 1.4 ♦ Educazione della persona assistita

Per quanto concerne l'**educazione**, dobbiamo chiederci quale scopo essa ha per la persona che assistiamo. Gli scopi generali possono essere promozione della salute, prevenzione, ripristino della salute o delle funzioni, promozione dell'adattamento. Tali scopi generali si ricollegano a diverse tipologie di diagnosi infermieristiche e di interventi educativi (vedi Cap.3).

Si interviene attraverso l'educazione quando il comportamento spontaneo non consente il raggiungimento degli obiettivi di salute, mentre un comportamento diverso consentirebbe un risultato migliore.

L'educazione ha anche motivazioni di tipo economico, culturale e deontologico; i costi legati al recupero della salute sono, infatti, elevati, a fronte di una disponibilità limitata di risorse. In un rapporto costo/beneficio, gli interventi terapeutici sono in genere più costosi di quelli preventivi e di promozione della salute, soprattutto se le cure non sono razionali. Secondo un principio di appropriatezza, anche l'educazione va però effettuata in modo da essere efficace, con metodo, perché comporta utilizzo di risorse umane e materiali, anche se determina riduzione dei costi sanitari e sociali per i soggetti con patologia cronica (WHO, 1998 b).

Nella nostra società la domanda di informazioni sulla salute è elevata (basti pensare al successo delle trasmissioni o delle riviste sulla salute); la domanda è articolata, pertinente, richiede una risposta competente. La pratica clinica e la ricerca dimostrano che, nei contesti di cura, le famiglie desiderano maggiori informazioni rispetto a quelle che vengono loro fornite dai professionisti sanitari. Tale bisogno aumenta quando un membro della famiglia è ricoverato in condizioni critiche (Friedman et al., 2003).

Infine, dal punto di vista deontologico, negare un intervento educativo **necessario** equivale a negare qualunque altro tipo di intervento assistenziale, con conseguenze altrettanto gravi.



L'educazione alla salute (*health education*) può essere definita come il "processo pianificato e gestito di investire in educazione per conseguire il miglioramento della salute di una popolazione" (WHO, 1998 a), un "processo che comprende opportunità di apprendimento e di comunicazione consapevolmente costruite volte a migliorare l'informazione sulla salute, la cultura (alfabetizzazione) della salute, le conoscenze sulla salute e le competenze (di vita) favorevoli alla promozione della salute individuale e comunitaria, compreso l'ambiente" (WHO, 1998 a).

Nei testi di infermieristica si parla spesso di insegnamento/apprendimento in modo generico, definendone gli scopi, poiché principi e processo non cambiano; nel contesto italiano, invece, nel tempo sono stati definiti diversi tipi di educazione della persona assistita: alla salute, sanitaria e terapeutica; le definizioni non sono sempre le medesime e si sono evolute nel tempo (vedi Par. 3.3).

Seppilli, nel 1958, definisce l'educazione sanitaria come "intervento sociale, che tende a modificare consapevolmente e durevolmente il comportamento nei confronti dei **problemi** della salute. Essa presuppone la conoscenza del patrimonio culturale del gruppo e la focalizzazione dei suoi interessi soggettivi, e richiede la rimozione delle resistenze **opposte dal gruppo all'intervento**" (Modolo et al., 1993).

Si noti come si ponga l'accento su di una situazione problematica e si veda la modifica del comportamento come qualcosa di prescritto dall'esterno (vedi non-compliance, Par. 1.4.1).

Dieci anni dopo, lo stesso Autore definisce l'educazione sanitaria come "processo di comunicazione interpersonale, diretto a fornire le informazioni necessarie per un esame critico dei **problemi** della salute e a **responsabilizzare** gli individui e i gruppi sociali nelle scelte che hanno effetti diretti e indiretti sulla salute fisica e psichica dei singoli e della collettività" (Corradin Erle, 1990).

In questo caso emerge il concetto di responsabilizzazione.

Nel 1993, egli tratta l'educazione sanitaria come "processo educativo che tende a **responsabilizzare** i cittadini - singoli e gruppi - nella **difesa** della salute propria e altrui" (Modolo et al., 1993).

L'educazione sanitaria rappresenta l'attività educativa finalizzata a migliorare le conoscenze, sviluppare comprensione e abilità pratiche che portano verso la salute. È legata strettamente alla **prevenzione delle malattie**, per cambiare i comportamenti considerati a rischio; si fonda sulla conoscenza dei rischi cui si è esposti e del modo per difendersi da essi (IPASVI, 1999).

Attraverso l'educazione sanitaria si possono ottenere un aumento della capacità di **autotutela della salute** e di **decisione** rispetto ai rischi derivanti da ambiente di vita e di lavoro; abitudini personali, ponendo attenzione a non determinare sensi di colpa e atteggiamenti di ribellione e difesa nell'utenza; mancata fruizione dei servizi sanitari, favorendo il ricorso pertinente e critico a essi, affinché l'utente sia coinvolto e partecipe, soggetto dell'attività dei servizi stessi. Nel I Piano sociale e sanitario (PSS) della Regione Emilia-Romagna si tratta il concetto di "povertà relativa"; analogamente la mancata fruizione dei servizi esistenti genera un "rischio relativo" per la salute, ancor più accentuato quando la persona si trova in situazione di particolare fragilità, come accade alla persona con gravi problemi di salute mentale (Geis et al., 2010).

L'educazione alla salute, a differenza dell'educazione sanitaria che si interessa soprattutto di cambiare il comportamento rischioso delle singole persone, è un processo rivolto a gruppi, organizzazioni o intere comunità per aumentare la consapevolezza sulle cause ambientali, economiche e sociali di salute e di malattia.

Include, quindi, informazioni di natura politica, nel senso di informazioni che dimostrano, per esempio, le possibilità organizzative e la fattibilità politica di forme a sostegno di cambiamenti ambientali, economici e sociali che portano alla salute. È strettamente collegata alla **promozione della salute**, e quindi aiuta le persone (anche gli individui) a rendersi responsabili del proprio e dell'altrui benessere (IPASVI, 1999).

Nel caso dell'educazione sanitaria/alla salute l'apprendimento deve essere automotivante, deve portare la persona a desiderare di apprendere perché trova utile farlo, in quanto la motivazione all'apprendimento non è incentivata dal desiderio di stare meglio o dalla paura di sviluppare complicanze.

È opportuno che l'attenzione sia centrata sui benefici collegati alla modifica del comportamento (vedi Par. 1.4), i quali possono essere o meno correlati alla salute, come il maggiore successo in campo sociale (Pender et al., 2006).

L'educazione alla salute richiede una metodologia adattabile a situazioni e gruppi diversi, che consenta la molteplicità di stimoli i quali si sommano e rafforzano (per es., dall'infanzia all'età adulta), con la massima partecipazione dei soggetti interessati.

Per quanto concerne la **definizione degli obiettivi**, è opportuno distinguere obiettivi:

- di salute;
- comportamentali;
- educativi.

Si può, infatti, partire dalla definizione di obiettivi di salute; per esempio, se il problema è la mortalità per malattie cardiovascolari, obiettivi di salute possono essere la riduzione dell'obesità e dell'ipertensione.

Tali obiettivi di salute vanno poi definiti in termini di comportamenti, individuali (per es., seguire un'alimentazione appropriata) e collettivi (per es., favorire la viabilità a pedoni e ciclisti).

Gli obiettivi educativi scaturiscono, infine, da quelli comportamentali (per es., descrivere i principi nutritivi, comporre la dieta giornaliera, descrivere i benefici dell'attività fisica).

L'impegno risulta più motivante nei confronti del perseguimento dell'obiettivo se viene formalizzato, per esempio informando le persone significative, indicando le azioni necessarie sulla propria agenda, acquisendo il materiale necessario (Pender et al., 2006).

La valutazione dei risultati di salute su uno specifico cliente nella comunità si fonda su misurazione di parametri fisiologici, peso e indice di massa corporea, così come su cambiamenti nello stile di vita, funzioni, percezioni, cura di sé e qualità di vita.

Una valutazione compiuta troppo avanti nel tempo non può determinare l'effetto di altri fattori d'influenza intercorrenti.

Obiettivi a breve termine possono riguardare conoscenze, comportamenti di *coping* e disponibilità al cambiamento; obiettivi intermedi possono riferirsi agli atteggiamenti, mentre quelli a lungo termine alla modifica stabile del comportamento, alla longevità, alla qualità di vita; questi ultimi tre aspetti possono essere considerati anche obiettivi intermedi.

Un ultimo aspetto riguarda la difficoltà di individuare quali risultati, in termini di salute, sono direttamente riconducibili all'attività dell'infermiere (Pender et al., 2006), dibattito particolarmente sentito in questo periodo storico.



Infine, l'educazione terapeutica dovrebbe rendere la persona in grado di acquisire e mantenere le competenze intellettive, gestuali, affettive che le permettono di gestire in modo ottimale la propria vita con la malattia; è perciò un processo continuo, integrato nell'assistenza sanitaria, centrato sulla persona. Include attività organizzate di sensibilizzazione, informazione, apprendimento per la cura di sé e sostegno psicosociale concernenti la malattia (per es., segni e sintomi), il trattamento prescritto (per es., farmaci, dieta, esercizio fisico, uso di strumenti, *follow-up*, effetti collaterali), l'assistenza, il contesto ospedaliero o di assistenza, l'organizzazione (per es., risorse e supporto disponibili) e i comportamenti di salute e malattia (per es., variazioni necessarie nello stile di vita e modifiche all'ambiente domestico). È finalizzata ad aiutare le persone e le loro famiglie (e non solo quando non se ne può fare a meno, come, per esempio, nel caso di un soggetto anziano, disabile o di un bambino) a comprendere la malattia e il trattamento e, cooperando con coloro che erogano l'assistenza sanitaria, vivere in maniera più sana e mantenere o migliorare la qualità di vita (WHO, 1998b).

Si rivolge prevalentemente a soggetti con patologia cronica, ma non va esclusa nelle condizioni acute, quando si renda necessaria per il recupero o il mantenimento della salute e la prevenzione delle complicanze; si tenga conto del fatto che molti malati accolti nelle strutture per acuti sono cronici riacutizzati.

### 1.4.1 ♦ Principi

Vengono di seguito presentati i principi che sono alla base dell'educazione della persona assistita rispetto alla condizione di salute/malattia (**ABC** dell'educazione).

L'educazione è un processo in cui la persona deve necessariamente avere un ruolo **attivo** (Christensen et al., 1995); ciò è favorito da metodi che fanno assaporare il piacere della scoperta. Grazie all'educazione, le persone diventano progressivamente più esperte e coinvolte nella gestione della loro salute, si rendono via via sempre più autonome, non indipendenti ma con **relativa autonomia**. I professionisti della salute devono però mantenere il proprio ruolo, garantendo, quando necessario, gli interventi di sostegno appropriati.

I **benefici** dell'apprendimento sono a lungo termine, poiché i comportamenti sani, protettivi o per la gestione di un regime di trattamento si traducono in risultati, in termini di salute/benessere, anche dopo anni.

Lo scopo ultimo dell'educazione è l'adozione di un **comportamento** che produca risultati migliori in termini di salute rispetto al comportamento spontaneo. È necessario responsabilizzare le persone, ma anche accettarne i limiti o la mancanza di volontà a impegnarsi nell'apprendimento e nella modifica del comportamento; in questi casi ci si può riferire, se possibile, a un soggetto terzo (*caregiver*, vedi Par. 4.4). L'educazione terapeutica deve tenere conto dell'importante ruolo di supporto delle famiglie e delle persone significative per i soggetti che ricevono assistenza a lungo termine (WHO, 1998b). In assenza di un *caregiver* si dovranno mettere in atto interventi di tipo parzialmente o totalmente compensativo (vedi Par. 2.2), purché la persona sia d'accordo a seguire il trattamento.

Il programma educativo può essere svolto in vari **contesti**, che consentono di sfruttare risorse diverse. In genere, la vera valutazione dell'apprendimento si effettua a domicilio, dove la persona vive e risolve quotidianamente i propri problemi. Un

esempio di contesto educativo è rappresentato dai **centri di vacanza**, che permettono l'associazione tra attività di svago e miglioramento nella gestione della propria vita con la malattia; sono dedicati in genere ai bambini (campi studio). I campi studio rappresentano soggiorni educativo-terapeutici nei quali i partecipanti possono aumentare le loro competenze nell'autogestione della malattia (Ciambra et al., 2005).

È necessario che l'educatore conosca in modo approfondito i **contenuti** che verranno trattati nell'ambito dell'intervento educativo (condizione patologica, trattamento ecc.) e accetti, esercitando la propria funzione, di perdere il potere che deriva dalla conoscenza. Nella scelta dei contenuti, le informazioni fornite devono essere corrette, rilevanti, complete e, se possibile, non minacciose.

L'educazione dell'utente non si fonda su una disciplina ma su un sapere prodotto dal concorso di più **discipline**; la formazione deve riguardare la pedagogia, la psicologia, la sociologia e i loro metodi (WHO, 1998b), per esempio la prospettiva fenomenologica (Scheckel et al., 2009). Spesso viene realizzata nell'ambito di un *team* multiprofessionale, nel quale l'infermiere esprime un ruolo specifico.

Nell'educazione alla persona assistita si devono evitare i giudizi, accettando, o almeno tollerando, l'**errore** e trasformandolo in occasione di cambiamento, pur esprimendo fermezza.

I **fattori** che stanno alla **base** del processo di educazione sono rappresentati da formazione di base, post-base e continua degli operatori, risorse (tra le quali dobbiamo includere, valorizzandole, anche la persona/utente, le famiglie, le comunità), organizzazione del lavoro, contesto.

Possiamo distinguere un'educazione **formale** da una **informale**. L'educazione formale è basata su un progetto strutturato; tutti i professionisti devono poterla attuare, non tutti necessariamente devono essere competenti sotto il profilo metodologico, per cui dovrebbe esistere un *team* di esperti i quali, oltre ad attuare interventi educativi, formano e supportano gli operatori.

L'OMS, infatti, prevede due tipi di competenze del curante:

- la pratica effettiva dell'educazione integrata nell'assistenza (competenza che tutti gli infermieri devono acquisire ed esprimere);
- la capacità di programmare, pianificare, gestire e coordinare le attività educative.

Buona parte dell'apprendimento dell'utente si verifica, però, informalmente durante l'erogazione dell'assistenza infermieristica.

L'educazione informale sostiene e rinforza i percorsi educativi strutturati, quindi ogni infermiere deve essere consapevole delle azioni a valenza educativa compiute e dei loro effetti; è propria di tutti gli operatori sanitari, a eccezione di coloro che non hanno mai contatto con il pubblico.

Anche nell'educazione informale si deve tener conto della situazione fisica e psicologica della persona, soddisfacendo prima i bisogni valutati come prioritari dalla persona stessa.

Un'importante strategia di educazione informale per gli infermieri è rappresentata dai contatti telefonici (telefono educativo; d'Ivernois et al., 2009) alla famiglia; effettuati con regolarità (Friedman et al., 2003), essi determinano una diminuzione dell'ansia.

Attraverso il contatto telefonico può essere garantita rassicurazione, educazione, gestione dei sintomi, facilitazione dell'accesso ad altri servizi/professionisti, continuità assistenziale (Cusack et al., 2010).



(semplicità nella costruzione e nell'utilizzo, sia per il docente sia per chi apprende). Probabilmente il requisito più importante è l'oggettività, per garantire l'espressione di un giudizio il più possibile equo.

La valutazione riguarda la lettura delle informazioni misurate. Gli errori più frequenti di valutazione sono individuati da Tartarotti nei seguenti:

- discrepanza fra ciò che viene realmente valutato e ciò che si vuole invece valutare (mancanza del requisito di validità);
- incostanza della valutazione effettuata da parte di soggetti diversi (mancanza del requisito dell'affidabilità);
- mancato utilizzo di tutta la scala di valori a disposizione nell'espressione del giudizio;
- adeguamento della valutazione a stereotipi relativi a chi apprende;
- effetto edipico della predizione, che conduce alla fine chi viene valutato ad adeguarsi al giudizio espresso su di lui;
- effetto alone, cioè predominanza di un aspetto che viene valutato in modo pressoché esclusivo a scapito degli altri.

Il giudizio è il cuore della valutazione (Pellerey, 1991); può essere espresso sulla base di uno di questi punti di riferimento:

- una norma (si confronta la prestazione di una persona con quella delle altre persone);
- un criterio (si confronta la prestazione con criteri stabiliti dagli obiettivi didattici operazionalizzati);
- il soggetto (si confronta la prestazione con le caratteristiche precedenti dell'individuo stesso).

Le prove oggettive di profitto esprimono il giudizio in base a un criterio, poiché rapportano la prestazione a un parametro assoluto (presenza-assenza di una specifica abilità o comportamento), valutandola perciò in relazione a un criterio di competenza precedentemente stabilito (l'obiettivo da raggiungere).

Così come accade per i metodi, anche per la valutazione si può fare riferimento a diverse classificazioni. A titolo esemplificativo ricordiamo tra i metodi (Bianco et al., 1990; Guilbert, 2002; d'Ivernois et al., 2009): il colloquio, i quesiti vero/falso, i quesiti con risposta a scelta multipla, i quesiti di corrispondenza, i brani da completare, le domande a risposta aperta breve, le prove simulate con *check-list*, l'osservazione diretta – per gli aspetti comunicativo/relazionali – con griglia di valutazione, l'esame programmato, l'esame oggettivo strutturato; si possono utilizzare documenti simulati (quali, per esempio, uno schema dietetico, la prescrizione farmacologica, un diario), casi proposti dal docente o portati da chi apprende, carte di Barrows, alberi o mappe concettuali (strumenti di apprendimento e per la valutazione formativa) ecc. (d'Ivernois et al., 2009).

Oltre alla valutazione dell'apprendimento, sempre più spesso è prevista anche una valutazione di gradimento da parte del discente (Guilbert, 2002; d'Ivernois et al., 2009; Moorhead et al., 2007).

Inoltre, dovrebbe essere prevista una valutazione di processo (Guilbert, 2002; d'Ivernois et al., 2009), possibilmente condotta in collaborazione con esperti che non abbiano partecipato alla definizione e realizzazione del programma.

“Tutto ciò che interessa e serve a chi insegna e a chi impara è l'informazione puntuale e precisa del proprio stato nel corso del processo, al fine dell'uso dell'informazione per il conseguimento degli obiettivi” (Ballanti et al., 1989).

## 1.5 ♦ Ambiti di responsabilità dell'infermiere

Vengono ora esaminati i riferimenti relativi alle funzioni dell'infermiere rispetto ai concetti precedentemente espressi.

“L'assistenza infermieristica **preventiva**, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, **educativa**.” “Le principali funzioni sono la **prevenzione** delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'**educazione sanitaria**” (art. 1 punto 2 D.M. 739/94).

Il profilo professionale ci indica in modo chiaro l'importanza della prevenzione e dell'educazione della persona assistita. Va ricordato che gli interventi educativi si fondano, come gli altri interventi infermieristici, sulla relazione, ed entrambi possono essere definiti trasversali all'attività professionale (vedi differenza fra educazione formale e informale, Par. 1.4).

Come si vedrà in seguito, l'educazione rappresenta uno degli interventi infermieristici che possono essere attuati per il trattamento delle Diagnosi infermieristiche e per la gestione dei Problemi collaborativi. Il termine educazione sanitaria (vedi Par. 1.4 e 3.3) va oggi integrato con altri termini, più specifici, che connotano in modo diverso le finalità dei diversi interventi educativi rivolti all'utente.

“L'infermiere: partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della **collettività**; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della **collettività** e formula i relativi obiettivi (art. 1 punto 3 D.M. 739/94).

Già nel 1994 veniva riconosciuto che il ruolo dell'infermiere non viene esercitato solo nei confronti dei singoli; il concetto di partecipazione ci fa intuire come l'identificazione dei bisogni di salute avvenga nell'ambito di un gruppo di professionisti (vedi Par. 3.3 e 4.8).

“L'infermiere: (...) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, **nel territorio e nell'assistenza domiciliare**” (art. 1 punto 3 D.M. 739/94).

L'assistenza infermieristica viene erogata là dove la persona si trova; in questo senso si inserisce nel contesto più ampio delle cure primarie (vedi Par. 1.2 e 1.2.1).

Il nuovo **Codice Deontologico** esalta i contenuti dell'infermieristica preventiva e di comunità nella pratica professionale.

Articolo 2: “L'assistenza infermieristica è servizio alla **persona**, alla **famiglia** e alla **collettività**, si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e **complementari**, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed **educativa**”. Oltre al richiamo agli interventi educativi, si rende esplicito che i soggetti/destinatari dell'assistenza infermieristica sono rappresentati da persone, famiglie e comunità.

Articolo 6: “L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della **collettività** e si impegna a tutelarla con attività di **prevenzione**, cura, riabilitazione e palliazione”. In questo articolo vengono posti in risalto gli aspetti preventivi e ci si ricollega al concetto di responsabilità sociale proprio della promozione della salute (vedi Par. 1.3).



Articolo 7: "L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito, di cui attiva le **risorse** sostenendolo nel raggiungimento della maggiore **autonomia** possibile anche quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità". L'autonomia viene acquisita anche grazie all'educazione, pur trattandosi, come si è detto, di un'autonomia relativa; si veda, inoltre, il concetto di *empowerment* precedentemente espresso.

Nel documento dell'OMS sull'Educazione terapeutica del paziente nella prevenzione delle malattie croniche del 1998, si afferma che i circa 5 milioni di infermieri della regione europea non vengono riconosciuti e utilizzati per il contributo che possono fornire alla gestione delle malattie croniche.

Articolo 14: "L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'**integrazione interprofessionale** sono modalità fondamentali per far fronte ai problemi dell'assistito".

Articolo 23: "L'infermiere riconosce il valore dell'informazione **integrata** multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita".

In riferimento al concetto di integrazione multiprofessionale, il Profilo Professionale recita che l'infermiere "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche", definendo in tale modo l'area di collaborazione con il medico; "agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali", individuando sia le aree di attività professionale autonoma che quelle collaborative. Esempi sono rappresentati dall'Operatore socio-sanitario, il quale, già nella denominazione, esprime integrazione e dall'educatore professionale.

Articolo 19: "L'infermiere promuove stili di vita sani e la diffusione del valore e della cultura della salute (vedi *health literacy*) e della tutela ambientale; a tal fine attiva e sostiene la **rete di rapporti** tra servizi e operatori". Anche questo articolo riconduce ai concetti di prevenzione, promozione della salute ed educazione alla salute (vedi Par. 1.3 e 3.3).

Articolo 21: "L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la **comunità e le persone per lui significative**, coinvolgendole nel piano di assistenza". Le persone significative possono essere viste come famiglia per l'assistito; tali persone, le famiglie e la comunità vengono considerate come contesti, come fattore d'influenza per la salute, come risorse per l'assistenza non professionale. Le definizioni di famiglia e i modelli verranno presentati nel capitolo 4.

Articolo 27: "L'infermiere garantisce la **continuità assistenziale** anche contribuendo alla realizzazione di una **rete** di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi" (vedi Par. 1.5.1).

Articolo 29: "L'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei **familiari** e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore".

Articolo 32: "L'infermiere si impegna a promuovere la tutela degli assistiti che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la **famiglia** e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni."

Questi articoli ci fanno comprendere come l'infermiere italiano, oggi, si sia accostato pienamente al mondo dell'infermieristica di famiglia (vedi Par. 4.5).

Per concludere con una prospettiva europea, la Dichiarazione di Monaco: *Infermieri e ostetriche, una forza per la salute* (OMS Europa, 2000) sottolinea la necessità di mettere a punto e sostenere programmi formativi relativi alla **comunità centrata sulla famiglia**, che tengano conto dello sviluppo della figura dell'infermiere

di famiglia. Si esprime l'importanza di potenziare il ruolo degli infermieri e delle ostetriche nella **salute pubblica**, nella **promozione della salute e nello sviluppo della comunità**.

### 1.5.1 ♦ Dimissione pianificata

Nel paragrafo precedente si è introdotto il concetto di **continuità assistenziale**: questa (Saiani et al., 2004) può essere relativa alle **informazioni** che sono garantite tra professionisti, famiglia e persona (per es., lettera di dimissione); può essere **continuità di gestione** per assicurare conoscenza e attivazione delle risorse, coordinamento e gestione dei flussi informativi (per es., *case management*); oppure **continuità di relazione**, la quale permette l'instaurarsi di un rapporto fiduciario ed è spesso preferita anche dagli operatori (per es., infermiere di famiglia).

La dimissione può rappresentare un aspetto critico per la persona, la sua famiglia, gli operatori che dimettono e quelli che accolgono e costituisce un diritto della persona assistita; essa crea un periodo di vulnerabilità (Lerret, 2009).

Possono essere definiti diversi tipi di dimissione (Saiani et al., 2004), sulla base della degenza media per ogni *Diagnosis Related Group* (DRG) e del *Trim point* (valore al di sopra o al di sotto del quale i casi sono considerati anomali per durata della degenza - Glossario SDO):

- dimissione tempestiva;
- dimissione precoce;
- dimissione del fine settimana o in giornate atipiche (per es., festività);
- dimissione ritardata;
- dimissione difficile.

La dimissione precoce e quella del fine settimana o in giornate atipiche possono dare adito a problemi se non sono pianificate.

La dimissione ritardata è dovuta, in circa il 30% dei casi, a motivi non clinici (Shepperd et al., 2004) e può essere causata dalla mancanza di pianificazione, poiché chi accoglie (famiglia, servizi, domicilio) non è o non si sente pronto. Le cause principali restano quelle identificate da Barker nel 1985 (Shepperd et al., 2010): inadeguato accertamento sul paziente, organizzazione insufficiente, scarsa comunicazione fra ospedale e servizi comunitari (Shepperd et al., 2010).

La dimissione difficile riguarda il 2-3% dei casi, ed è determinata soprattutto da condizioni quali ictus e frattura di femore. La dimissione difficile, infatti, consegue a una situazione di disabilità, successiva a un evento acuto, la quale richiede da parte della famiglia: adattamento del contesto abitativo, presenza di un aiuto esterno, acquisizione di presidi, reperimento di un posto in struttura residenziale, attivazione dei servizi socio-sanitari, tempo libero dal lavoro per l'assistenza (Lerret, 2009).

I criteri di dimissibilità sono, infatti, rappresentati dai seguenti:

- la tipologia di cure erogate non è più necessaria/adeguata ai bisogni della persona;
- la decisione è stata assunta in modo multidisciplinare e sono state valutate le necessità della persona dopo la dimissione;



rocinio; l'accertamento infermieristico viene effettuato utilizzando lo strumento appositamente predisposto dai docenti della Sezione formativa (Scuola CRI di Bologna, vedi sitografia); questa applicazione empirica può riguardare solo gli studenti che hanno raggiunto gli obiettivi di apprendimento; al termine viene ripetuta l'autovalutazione in uscita.

A titolo esemplificativo, si riportano i risultati dell'attività di laboratorio svolta nell'anno accademico 2010-2011 (Tabb. 3.11-3.15).

Gli studenti che non hanno superato il test d'ingresso al primo tentativo sono stati 21.

In 15 casi il test d'ingresso non è stato ripetuto per la seconda o terza volta per completamento attività dell'anno accademico in oggetto; la nuova programmazione dei laboratori riguarderà l'anno accademico 2011-2012.

**Tabella 3.11** ♦ Studenti per svolgimento attività (n = 106)

Studenti che hanno svolto l'attività	74	69,8%
Studenti che non hanno superato il test d'ingresso	15	14,1%
Studenti assenti	17	16,1%
Totale	106	100%

**Tabella 3.12** ♦ Studenti per obiettivi raggiunti (n = 74)

Studenti che hanno raggiunto almeno i primi quattro obiettivi	57	77%
Studenti che non hanno raggiunto gli obiettivi	17	23%
Totale	74	100%

**Tabella 3.13** ♦ Studenti per obiettivi facoltativi (n = 57)

Studenti che hanno raggiunto tutti gli obiettivi	38	66,7%
Studenti che non hanno raggiunto tutti gli obiettivi	19	33,3%
Totale	57	100%

**Tabella 3.14** ♦ Studenti per autovalutazione finale (n = 74)

Autovalutazione migliorata rispetto a tutti gli obiettivi	27	36,5%
Autovalutazione invariata su 1 o più obiettivi	26	35,1%
Autovalutazione peggiorata su 1 o più obiettivi	17	23%
Autovalutazione invariata o peggiorata su tutti gli obiettivi	4	5,4%
Totale	74	100%

**Tabella 3.15** ♦ Commenti

Utilità del laboratorio	17
Positiva organizzazione e conduzione	9
Suggerimento di ripetere l'esperienza	3
Complessità superiore alle aspettative o allo studio svolto in vista del laboratorio	8

Fra i 17 studenti che non hanno raggiunto gli obiettivi, 2 hanno superato il test d'ingresso al secondo tentativo; fra i 57 studenti che hanno raggiunto gli obiettivi, 4 hanno superato il test d'ingresso al secondo tentativo.

Dei 38 studenti che hanno raggiunto gli obiettivi facoltativi, 12 hanno potuto ripetere l'attività durante lo svolgimento dell'apprendimento clinico.

Quattro studenti su 27 con autovalutazione migliorata non hanno raggiunto gli obiettivi; dei 4 studenti con autovalutazione invariata o peggiorata, 2 non hanno completato il lavoro ma 2 hanno addirittura raggiunto gli obiettivi facoltativi.

Sul format per l'autovalutazione gli studenti hanno potuto registrare i commenti a conclusione dell'attività; i commenti sono stati forniti da 23 studenti (Tab. 3.15).

A parere dell'autore, l'obiettivo che ha creato maggiori problemi è stato la selezione dei contenuti; si ipotizza che ciò sia dovuto alla mancanza del requisito di competenza clinica, essenziale per chi svolge interventi di educazione terapeutica. Il laboratorio è, infatti, rivolto agli studenti del II anno in relazione alla programmazione dell'apprendimento teorico e clinico, ma gli studenti sono molto eterogenei rispetto al numero e al tipo di esami già sostenuti, quindi al possesso dei prerequisiti cognitivi previsti, così come eterogenee sono le esperienze di apprendimento clinico già completate.

### 3.3 ♦ L'educazione alla salute

Un proverbio arabo afferma: "la salute è una corona in testa a coloro che stanno bene, ma che appare soltanto a chi è malato". I proverbi sono generalmente una verità che deriva dalla saggezza popolare e, in questo caso, rinforza la considerazione che ci si accorge dell'importanza dello stare bene nel momento in cui insorge un problema di salute.

Quale significato è stato attribuito nel corso degli anni alla parola *salute* e allo *stare bene*?

Il concetto di *salute* formulato nel 1948 dall'**Organizzazione Mondiale della Sanità** è ancora oggi alla base della definizione ufficiale del termine: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità". La svolta determinata dalla definizione dell'OMS consiste nell'aver portato in primo piano i fattori culturali, psichici e l'influenza dell'ambiente sociale e politico come determinanti della salute. Lo stato di "completo benessere" è di per sé poco reale, lo possiamo definire come un momento di felicità alla quale gli uomini e le donne di oggi aspirano.

Seppilli, nel 1966, introduceva alcuni elementi che offrivano una chiave di lettura innovativa del concetto di salute: "La salute è una condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale". Tale definizione appare più ampia, meno statica della precedente dell'OMS, sostituendo il termine benessere con "armonico equilibrio", nel quale intervengono variabili sociali e culturali. È riconosciuto che le abitudini di vita sono influenzate dall'appartenenza a un gruppo e da scelte politiche.

Appare interessante citare le successive definizioni che trasformano la salute nello stare bene, processo dinamico in evoluzione continua percepita soggettivamente dalla persona.



**Bert (1984):** “La salute è il miglior equilibrio possibile tra l'individuo (o la popolazione) e l'ambiente”.

**Milio (1986):** “La salute non è uno stato da raggiungere o da modificare e non è nemmeno un obiettivo. È piuttosto la risposta degli individui al loro ambiente. È la risposta che permette loro di compiere le attività quotidiane senza restrizioni prevedibili”.

**Gadamer (1994):** “Concepire la salute come uno stato di equilibrio (...) la salute: il ritmo della vita, un processo incessante il cui equilibrio si ristabilizza sempre”. Il filosofo tedesco sviluppa ulteriormente la definizione di Antonovski, del 1979, che descriveva la salute come un *continuum*.

Analizzando le diverse definizioni si possono elencare le parole chiave dello **stare bene**: è il **miglior equilibrio possibile, armonico**, è una *risposta alle condizioni ambientali*, è un *processo in movimento*, un *continuum*, un equilibrio che si *ristabilizza sempre* (anche con la morte).

Lo stare bene è un equilibrio che si deve costruire e ricostruire in base alle continue modifiche del proprio contesto, il dinamismo è una delle peculiarità di tale processo, che richiede una capacità di adattamento agli stimoli della vita, alle esperienze individuali.

“Il possesso del migliore stato di salute costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, qualunque siano la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica o sociale” (OMS, 1946).

Le definizioni precedenti rafforzano sempre di più il concetto dell'influenza di fattori, i **determinanti della salute** (Tab. 3.16), che interagiscono nell'impostare, mantenere e alterare il nostro benessere.

Studi internazionali hanno effettuato una valutazione dell'impatto dei determinanti sulla longevità della popolazione: i fattori socioeconomici e gli stili di vita, contribuiscono per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-30%, l'eredità genetica per un altro 20-30%, i servizi sanitari per il 10-15%. Leggendo la **Carta di Ottawa** per la promozione della salute del 1986 (vedi Par. 1.3) troviamo descritti i prerequisiti della salute:

- **la casa.** Esiste una chiara evidenza che dimostra un'associazione fra l'abitazione e la salute. La qualità dell'abitazione porta al miglioramento delle condizioni fisiche e mentali. Un'abitazione scadente, con freddo e umidità, porta a problemi respiratori e a dolori di vario genere, mentre l'eccessivo affollamento dell'abitazione genera problemi di ansia e depressione;

**Tabella 3.16** ♦ I determinanti della salute

Individuali	Socioeconomici	Ambientali	Stile di vita	Accesso ai servizi
Patrimonio	Povertà	Aria	Alimentazione	Scuola
Genetico	Lavoro	Acqua e Alimenti	Attività fisica	Sanità
Sesso	Esclusione sociale	Luoghi di vita/Abitazioni	Fumo	Servizi sociali
Età	Ambiente sociale e culturale		Alcol	Trasporti
			Attività sessuale	Servizi ricreativi
			Farmaci	

- **la pace.** La presenza di una situazione di conflitto armato ha delle pesanti conseguenze nei confronti della salute: aumento della mortalità, di lesioni che portano a disabilità croniche, di problemi mentali, di malattie sessuali, di malattie trasmissibili, di crimini e violenze sessuali. La guerra incide in modo sostanziale sulla salute anche attraverso lo sfollamento della popolazione che disgrega le reti sociali nonché attraverso la distruzione dei servizi sociali e sanitari;
- **l'istruzione.** I livelli di istruzione producono significativi gradienti di rischio per la salute. Essi sono strettamente correlati a condizioni di privazione causate dalle barriere economiche, culturali e sociali che impediscono un accesso equo all'istruzione. Ciò è più evidente, in particolare, per le donne e per altri gruppi che si trovano in posizioni di svantaggio;
- **il cibo.** La disponibilità di adeguate quantità di cibo di buona qualità costituisce un elemento centrale per promuovere la salute e il benessere. La scarsità di cibo e la mancanza di varietà causano malnutrizione e malattie da deficienza, mentre l'eccesso di cibo contribuisce allo sviluppo di malattie cardiovascolari e metaboliche, di tumori, obesità e carie dentali;
- **il reddito e la continuità delle risorse.** La disoccupazione pone dei rischi significativi alla salute; è dimostrato che le persone disoccupate e le loro famiglie hanno maggiori probabilità di morte prematura. L'insicurezza del lavoro provoca un aumento dell'ansia e della depressione e di problemi cardiovascolari;
- **la stabilità dell'ecosistema.** Un ecosistema è un'unità ecologica fondamentale formata da una comunità di organismi viventi in una determinata area e dal suo specifico ambiente fisico, al quale gli organismi sono legati da complesse interazioni e scambi di energia e di materia;
- **la giustizia e l'equità sociale.** Equità vuol dire giustizia. Equità nella salute significa che i bisogni della gente devono guidare la distribuzione delle opportunità per conseguire il benessere; ciò implica che ciascuno dovrebbe avere le stesse opportunità di raggiungere il medesimo potenziale di salute. Significa anche poter aver accesso a servizi sanitari di qualità in termini di uguale accesso e utilizzo di essi a fronte di bisogni uguali (Wikipedia, enciclopedia libera).

Tre strategie stanno alla base della **promozione della salute** (vedi Par. 1.3): promuovere i prerequisiti con l'obiettivo di favorire la salute, permettere alle persone di sviluppare le proprie potenzialità (le abilità della vita quotidiana), mediare tra gli interessi della società.

La Dichiarazione di Jakarta del 1997 ha ribadito l'efficacia degli approcci globali alla salute che si basano su un'integrazione delle precedenti strategie; inoltre, un ruolo fondamentale è la partecipazione delle persone ai processi decisionali e agli interventi rivolti al miglioramento del benessere della popolazione.

Considerando, poi, il cammino della società, lo sviluppo economico e i profondi cambiamenti nei modelli di vita e di lavoro, la definizione di Promozione della salute del 1986 è in corso di evoluzione: una proposta avanzata nel 2008 da O'Donnel, e di seguito descritta, appare molto innovativa e interessante: “**la promozione della salute è l'arte e la scienza di aiutare la gente a scoprire le sinergie tra le loro passioni principali e la migliore salute, migliorando le motivazioni che portano a una salute ottimale, sostenendola nel cambiare i propri stili di vita per avanzare verso uno stato di salute ottimale. La salute ottimale è un equilibrio dinamico di salute fisica, emozionale, sociale, spirituale e intellettuale. Il cambia-**



mento dello stile di vita può essere facilitato attraverso la combinazione dell'apprendimento esperienziale, che aumenta la conoscenza, fa crescere la motivazione e crea capacità e, ancora più importante, attraverso la creazione di opportunità che aprono l'accesso ad ambienti che rendono scelte più facili le pratiche positive di salute".

I punti sottolineati dalla "nuova" definizione di Promozione della salute sono:

- la salute considerata come mezzo per concentrarsi sulle proprie passioni;
- l'importanza di rendere le persone capaci di praticare stili di vita sani, creando maggiori opportunità per accedere ad ambienti favorevoli alla salute;
- gli ambienti fisici e sociali nei quali viviamo sono i predittori principali dei nostri comportamenti salutistici (Briziarelli, 2009).

L'educazione acquisisce un ruolo da protagonista nel diffondere modalità efficaci di fare politiche per la salute e nello sviluppare capacità di praticare stili di vita sani.

La definizione di Seppilli di "educazione sanitaria" (vedi Par. 1.4) ha subito un'evoluzione negli anni Novanta, trasformandosi in "educazione alla salute", considerata un'espressione più ricca in quanto l'azione educativa non è di appartenenza esclusiva degli operatori sanitari, ma anche di altri come gli insegnanti, gli operatori sociali, i vigili urbani, gli esperti nei vari ambiti delle attività istituzionali. Educare alla salute rientra, perciò, nelle funzioni di molti professionisti della nostra società, rispettando le competenze istituzionali e sociali e aprendosi alla partecipazione della popolazione nel promuovere politiche e stili di vita sani.

L'educazione alla salute (vedi Definizione OMS, Par. 1.4) rappresenta la principale modalità di comunicazione nel favorire il processo di promozione.

La finalità dell'educazione alla salute è quella di aiutare gli individui o la comunità di acquisire la capacità di autotutela attraverso il rafforzamento dell'autonomia, delle abilità di vita quotidiana come per esempio la capacità di prendere delle decisioni, di risolvere i problemi, il senso critico, la consapevolezza di sé e dei rischi di salute correlati a stili di vita scorretti ecc.

L'autotutela rappresenta la capacità di difendere, di mantenere e gestire la propria salute che deriva dalle conoscenze che forniscono alla persona la possibilità di fare delle scelte consapevoli rispetto la propria salute. John Dewey (1859-1952), principale esponente dell'educazione progressiva, affermava che lo scopo dell'educazione è quello "di favorire lo sviluppo di personalità libere".

L'obiettivo dell'educazione alla salute è quello di migliorare la capacità del cittadino di gestire il proprio benessere intervenendo sulla realtà, nel cambiare se stessi e l'ambiente in cui vivono, riguardo:

- i rischi legati ad abitudini e stili di vita;
- i rischi legati ad ambiente di vita, di lavoro e ai rapporti sociali;
- il saper ricorrere in modo pertinente ai servizi sanitari, sociali ecc. (vedi Par. 1.4).

Il cittadino dovrebbe conoscere la salute, cioè raggiungere un livello di conoscenze, di capacità personali e di fiducia in se stesso, tale da spingere le persone ad agire per migliorare la propria salute e quella della collettività, modificando lo stile e le condizioni di vita personali (Glossario OMS, 2000).

L'educazione alla salute è un vero e proprio processo formativo che mira a modificare prima gli atteggiamenti e poi i comportamenti delle persone attraverso le conoscenze integrate da un apprendimento esperienziale.

L'empowerment, (vedi Par. 1.3) è il traguardo di qualsiasi intervento educativo. La situazione è critica quando le persone si sentono senza potere, perché sono più esposte all'adozione di comportamenti a rischio.

È un modello multidimensionale e di promozione della salute che si è sviluppato a partire dagli anni Settanta; inizialmente era solo *Precede* (precedere) poi, negli anni Ottanta, è stata aggiunta la parola *Proceed* (proseguire).

Questo modello permette di individuare le reali priorità d'intervento e le "possibili cause" rispetto ai problemi di salute di una popolazione, prima ancora di progettare un intervento di educazione alla salute. Nella figura 3.1 si riportano le nove fasi fondamentali su cui è strutturato il modello.

### 3.3.1 ♦ Lavorare insieme alla comunità

Da un punto di vista legislativo (vedi Par. 1.5), il **Codice Deontologico dell'infermiere** (2009), all'art. 47, introduce un valore etico, che sottolinea come l'infermiere può dare il proprio contributo alla comunità, cioè "ai diversi livelli di responsabilità contribuisce a orientare le politiche, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti". L'infermiere che occupa un ruolo in luoghi istituzionali può avere l'op-

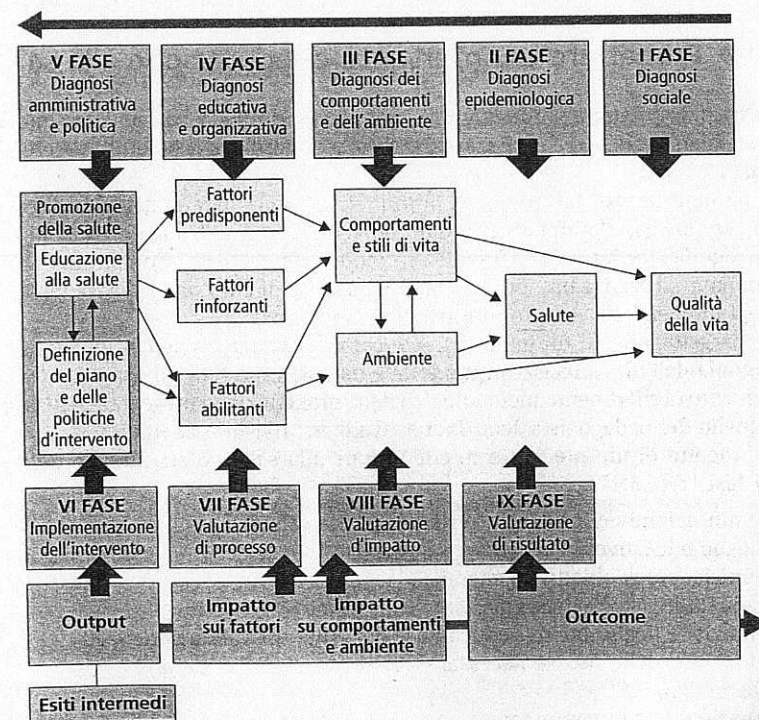


Figura 3.1 Fasi del Modello *Precede-Proceed* (Green et al., 1991).



portunità di contribuire a scelte politiche che riguardano la promozione della salute di una popolazione oppure di una comunità locale.

Per **“lavorare insieme alla comunità”** si intende partecipare come professionista a interventi di promozione alla salute che possono essere identificati attraverso una diversa tipologia di azioni:

- lavorare con gruppi e organizzazioni di cittadini per affrontare problemi di una comunità, intervenendo sui determinanti della salute;
- coordinare o collaborare nell'ambito di gruppi di studio e ricerca costituiti da cittadini, rappresentanti politici, operatori (per es., progetti sulla prevenzione degli incidenti stradali, inquinamento, disagio giovanile ecc.);
- coordinare o collaborare nella gestione di iniziative rivolte all'educazione alla salute;
- partecipare come educatore in campagne educative integrandosi con altri operatori, come insegnanti, sociologi, dietisti, vigili urbani ecc.;
- collaborare con i rappresentanti dei cittadini nell'ambito di attività rivolte alla promozione della salute: volontariato, scuole, sindacato, enti pubblici, associazioni sportive.

L'azione educativa diventa, per l'infermiere, la modalità principale per lavorare insieme ai cittadini di una comunità: **quale opportunità migliore per valorizzare e rendere prestigiosa la professione infermieristica?**

### 3.3.2 ♦ Progettare un intervento di educazione alla salute

Con il termine **progetto** si identifica il complesso di attività correlate tra loro e finalizzate a creare idee o a realizzare dei servizi rispondenti a obiettivi specifici determinati.

Il termine deriva dal latino *proiectum*, traducibile letteralmente con **gettare avanti** (Wikipedia). “Mandare avanti un progetto, come indica la derivazione della parola, significa estrarre da sé un'idea in modo tale che essa acquisti una propria autonomia e sia realizzata non soltanto dagli sforzi di chi l'ha originata ma anche da quelli indipendenti dal proprio Io” (Czeslaw Milosz).

La progettazione di un intervento educativo deve far sì che chi lo legge abbia la fotografia dell'idea precisa, in modo tale da coglierne tutti gli aspetti.

Il quadro di riferimento metodologico della progettazione presentata nella figura 3.2 è quello del pedagogo Jean Jaques Guilbert, rivisto e adattato.

**Il progetto** di un intervento di educazione alla salute è **strutturato nelle seguenti fasi** (Tab. 3.17):

1. identificazione del problema o rischio per la salute;
2. bisogno educativo;
3. definizione dell'obiettivo generale;
4. destinatari;
5. definizione degli obiettivi educativi e dei criteri di valutazione;
6. definizione delle risorse necessarie (valutazione di fattibilità);
7. programma;
8. attuazione del programma;
9. valutazione *in itinere* e dei risultati.

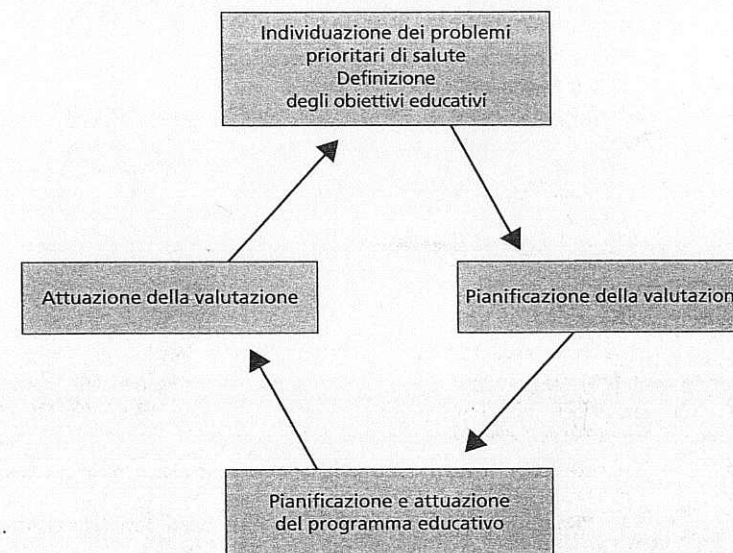


Figura 3.2 Spirale dell'educazione (Guilbert, 2002).

Tabella 3.17 ♦ Fasi progetto intervento educazione alla salute

<b>Identificazione del problema o dei rischi per la salute</b>	<p>È il punto di partenza di tutta la progettazione; è la fase che richiede il maggior impegno, lo studio dei dati scientifici, un eventuale avvio di indagini nel territorio.</p> <p>I punti da affrontare in questa fase sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• studio dei dati della letteratura scientifica nazionale e internazionale;</li> <li>• analisi del profilo di salute del territorio: dati epidemiologici, determinanti, indicatori ambientali e sociali;</li> <li>• eventuale utilizzo di pareri da parte di esperti nell'ambito oggetto dello studio;</li> <li>• ascolto dei cittadini sulla percezione del problema o rischio di salute:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– testimoni privilegiati (rappresentanti di gruppi o associazioni);</li> <li>– organizzazione di focus group;</li> <li>– interviste, somministrazione di questionari;</li> <li>– analisi di eventi diffusi attraverso i mass-media locali (eventuale situazione di allarmismo nella popolazione).</li> </ul> </li> </ul> <p>Nell'identificazione del problema possono aiutare, come guida, le seguenti domande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ci troviamo di fronte a un problema di salute che richiede un intervento educativo?</li> <li>• Quali dati epidemiologici, cause, motivano la scelta di intervenire?</li> <li>• Riguarda stili di vita non sani?</li> <li>• Nel territorio locale quali cittadini sono interessati dal rischio di salute?</li> <li>• Si tratta di un rischio rispetto al quale l'evidenza scientifica ritiene efficace l'educazione alla salute?</li> </ul>
----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Segue)



**Tabella 3.17** ♦ Fasi progetto intervento educazione alla salute (*Continua*)

<b>Bisogno educativo</b>	<p>Esprime la carenza o la necessità di conoscenze che possono riguardare diversi aspetti del problema o del rischio di salute.</p> <p>L'efficacia di un'azione educativa è correlata alla percezione, all'interesse che la comunità ha verso il problema di salute. Se un rischio di salute prioritario non è percepito tale dai cittadini, il primo intervento sarà quello di aumentare la consapevolezza del rischio, prima di passare ad azioni educative più sostanziali.</p> <p>Il bisogno educativo si può esprimere come segue, attraverso un esempio semplificato:</p> <p><i>dall'analisi del problema di salute, si evidenzia la necessità di intraprendere azioni educative al fine di:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rafforzare la consapevolezza del rischio cardiovascolare;</li> <li>• fornire le indicazioni preventive per adottare stili di vita "protettivi" (non fumare, alimentazione equilibrata, adeguata attività fisica, controlli sanitari rivolti al monitoraggio della pressione arteriosa ecc.).</li> </ul>
<b>Obiettivo generale</b>	<p>Definisce l'obiettivo complessivo dell'azione educativa, cioè il soddisfacimento globale del fabbisogno educativo nel suo insieme.</p> <p>L'obiettivo generale può essere sostituito con il titolo descrittivo del progetto.</p> <p>Un esempio:</p> <p><i>Progetto di educazione alla salute rivolto alla promozione di stili di vita per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.</i></p>
<b>Destinatari</b>	<p>Definire a chi si intende rivolgere l'intervento educativo.</p> <p>È necessario dichiarare con precisione i destinatari, per esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gli studenti delle classi terza, quarta e quinta del liceo scientifico del Comune di...</li> <li>• le donne appartenenti alla fascia di età fra i 50 e i 60 anni del Comune di...</li> </ul>
<b>Definizione degli obiettivi educativi specifici e criteri di valutazione</b>	<p>L'analisi e la definizione degli obiettivi specifici è un procedimento indispensabile perché aiuta a focalizzare le intenzioni, in modo da essere in grado di prendere delle decisioni rispetto alla fattibilità del progetto.</p> <p>Gli obiettivi educativi saranno estrapolati dal bisogno educativo.</p> <p><b>L'obiettivo educativo specifico rappresenta il traguardo che occorre far raggiungere ai destinatari:</b> l'acquisizione della consapevolezza del rischio, la dimostrazione di un comportamento, che dovranno essere osservate e misurate per poter valutare l'apprendimento.</p> <p>I criteri di qualità in un obiettivo educativo sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la <b>pertinenza</b> rispetto al problema;</li> <li>• la <b>precisione</b>, cioè l'obiettivo non deve essere confuso o ambiguo, non troppo astratto;</li> <li>• la <b>fattibilità</b>, cioè l'obiettivo deve essere realizzabile;</li> <li>• l'<b>obiettivo deve poter essere osservabile</b>, cioè misurabile e verificabile.</li> </ul> <p>Come elaborare un obiettivo educativo? È necessario descrivere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'<b>atto</b>, cioè l'azione che descrive il compito, utilizzando il verbo attivo all'infinito;</li> <li>• il <b>contenuto</b>, cioè l'argomento del compito;</li> <li>• la <b>condizione e il criterio di valutazione</b> dell'apprendimento, la modalità e il livello di performance attraverso le quali si valuta il raggiungimento dell'obiettivo da parte del destinatario (vedi Par. 1.4.2).</li> </ul>

(Segue)

**Tabella 3.17** ♦ Fasi progetto intervento educazione alla salute (*Continua*)

Un esempio:	
<b>Obiettivi educativi</b>	<b>Valutazione dell'apprendimento</b>
Individuare gli alimenti poveri di sodio	Griglia-Questionario
Identificare i rischi correlati all'abuso di alcol prima della guida	Performance: 16 risposte corrette su 20 (80%)
Dimostrare l'applicazione corretta di un Dispositivo di Protezione Individuale (mascherina FFP2)	Simulazione/prova pratica, utilizzo di una check list di controllo
Mostrare il seggiolino auto idoneo per un bambino, in base all'età, al peso e all'altezza	Performance: 9 variabili di controllo corrette su 10 predefinite (90%)
<p>Porre attenzione al verbo all'infinito utilizzato per la costruzione dell'obiettivo: Guilbert fornisce un elenco di verbi, da ritenere non esaustivo. Il verbo utilizzato non deve poter essere soggetto a interpretazioni, ma l'azione deve essere osservabile e misurabile.</p> <p>Un esempio:</p>	
<b>Verbi soggetti a molte interpretazioni</b>	<b>Verbi che si prestano a minori interpretazioni</b>
Sapere, conoscere, sensibilizzare, migliorare la comprensione...	Identificare, riconoscere, individuare, distinguere...
Comprendere bene, avere fiducia...	Elaborare, scrivere...
Il criterio di valutazione deve essere correlato ai livelli di apprendimento dell'azione educativa:	
<b>Obiettivi cognitivi</b>	<b>Modalità di valutazione</b>
Comprendere, memorizzare, descrivere	Questionario, griglie, uso di poster, filmati
Analisi, progettazione, soluzione di problemi	Elaborazione di progetti, analisi di casi
<b>Obiettivi manuali</b>	<b>Modalità di valutazione</b>
Imitazione di gesti, discreta e ottima padronanza di gesti	Simulazioni, prove pratiche, lavoro di gruppo
<p><b>Definizione delle risorse necessarie</b></p> <p>Arrivati a questa fase, si dovrebbe già essere in grado di fare una valutazione di <b>fattibilità dell'iniziativa educativa</b>, conoscendo il budget a disposizione.</p> <p>Le risorse necessarie da considerare sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• in base al numero dei destinatari, quante edizioni dell'intervento educativo effettuare;</li> <li>• il numero e le ore degli educatori/esperti;</li> <li>• le sale da prenotare;</li> <li>• le tecnologie a disposizione e l'eventuale costo del loro noleggio (PC, videoproiettore, stampante ecc.);</li> <li>• il materiale bibliografico ed educativo da consegnare ai partecipanti;</li> <li>• la produzione di materiale educativo.</li> </ul> <p>Se, dopo una prima valutazione di fattibilità, ci si rende conto di non disporre di sufficienti risorse, si dovranno ridimensionare gli obiettivi educativi e/o i destinatari. Se, al fine dell'efficacia educativa, si ritiene opportuno, rimandare la progettazione all'anno successivo.</p>	

(Segue)



**Tabella 3.17** ♦ Fasi progetto intervento educazione alla salute (*Continua*)

<b>Programma e sua attuazione</b>	Si raccomanda di formulare sempre il programma, cioè di impostare una griglia di sintesi che riporti: contenuti e metodi educativi, docenti, sede, date e orari. Un esempio:			
	<b>Contenuti</b>	<b>Metodi</b>	<b>Docenti</b>	<b>Sede e orari</b>
<b>Valutazione in itinere e dei risultati</b>	Gli incidenti domestici:	Visione di un filmato	Dott. _____ Dott. ssa _____	Sede Date
	frequenza e comportamenti preventivi	Discussione Esposizione delle principali raccomandazioni		Orari
	Il programma è fondamentale per chi deve effettuare l'intervento educativo ed è molto utile per monitorare l'andamento (vedi la valutazione in itinere).			
	<b>Valutazione in itinere</b> Nel caso di progetti educativi che richiedono più edizioni, l'educatore deve programmare una serie di tappe che riguardano la valutazione del corso educativo. Questi momenti di riflessione sull'andamento dell'iniziativa sono estremamente rilevanti, in quanto ci si può accorgere che è necessario modificare i contenuti oppure la metodologia educativa in modo da renderla più attiva. A volte può succedere che la sede e gli orari del corso non siano adeguati e scoraggino la partecipazione dei cittadini, per cui è bene intervenire subito e non aspettare il termine dell'intervento educativo.			
	<b>La valutazione dei risultati comprende:</b>			

- **la valutazione dell'apprendimento**, che può riguardare obiettivi cognitivi, manuali e relazionali; può essere a breve termine, cioè al termine dell'intervento educativo, oppure anche a medio termine, cioè dopo un periodo di tempo, per verificare se i destinatari hanno appreso e si ricordano a distanza di tempo e per effettuare un rinforzo formativo;
- **la valutazione del gradimento** eseguita attraverso un questionario al termine dell'intervento educativo per misurare la soddisfazione dei destinatari;
- **la valutazione dell'impatto**, cioè la modificazione reale e duratura dei comportamenti personali e del loro trasferimento nella realtà. Richiede il monitoraggio dei dati epidemiologici, lo studio e l'analisi dell'andamento del rischio di salute, l'avvio di indagini. La valutazione dell'impatto avviene a lungo termine, da pochi a diversi anni di osservazione.

Ciascuna fase rappresenta una precisa scelta nella progettazione, in grado di influenzare quelle successive; per esempio, se come metodologia educativa si opta per l'attività in gruppi di lavoro, questo dovrà essere tenuto in considerazione nella scelta del numero dei partecipanti all'intervento educativo e anche nella quantità di risorse umane e materiali. Si riscontra un'interdipendenza nella successione delle varie fasi.

Nella cultura della promozione della salute, il gruppo di studio relativo a un progetto educativo deve prevedere diversi attori, dagli esperti ai rappresentanti dei cittadini o dei destinatari ai quali è rivolta l'azione educativa. Per esempio, se il rischio riguarda l'abuso di sostanze alcoliche prima di guidare, il progetto è rivolto ai ragazzi delle scuole superiori, e il gruppo di studio dovrà essere arricchito dalla presenza di alcuni dei seguenti professionisti: l'epidemiologo, l'infermiere, l'assistente sanitario,

il tecnico della prevenzione, il medico dei servizi di tossicodipendenze, gli addetti alla pubblica sicurezza, un insegnante delle scuole superiori, i rappresentanti dei ragazzi delle scuole superiori. Ciascun partecipante del gruppo di lavoro è portatore di una specifica conoscenza, di una diversa percezione del rischio e questo permetterà di considerare tutti i punti di vista rispetto all'argomento di salute.

Non esistono metodi migliori o peggiori, l'individuazione del **metodo** dipende principalmente dalla tipologia degli obiettivi educativi, da quelli cognitivi a quelli più complessi.

Alcuni **criteri aiutano a orientare la scelta della metodologia** educativa:

- scegliere metodi e sussidi **in coerenza con il livello degli obiettivi educativi** specifici (intellettuale e manuale);
- nella realtà la scelta più opportuna è **dovuta a esigenze e scopi diversi**;
- la scelta del metodo **deve tener conto dei destinatari** (*target* e numero) dell'intervento educativo (Baratta et al., 1999).

Le **tecniche educative** possono essere: lezioni frontali, letture, dialogo, dimostrazioni in aula, esercitazioni individuali e di gruppo, simulazioni e giochi, analisi di casi, testimonianza di esperienze reali.

Se gli obiettivi educativi prevedono l'adozione di comportamenti con una ripetizione di gesti è bene utilizzare metodi educativi più complessi come simulazioni e analisi di casi.

La **comunicazione del rischio** è una tipologia di comunicazione che ha come obiettivo finale quello di aiutare le persone a evitare o ridurre un rischio di salute. Si tratta di una comunicazione tecnico-scientifica. Fornisce le conoscenze per prevenire le conseguenze di un'esposizione a un rischio, ma anche per individuare precocemente i segni di un danno. Tale comunicazione è rivolta a correggere una percezione del rischio errata (sovrà o sottostimata) per raggiungere un atteggiamento di consapevolezza appropriato rispetto al rischio di salute reale.

La comunicazione del rischio è meglio definita come segue: "lo scambio di informazioni e di valutazioni sul rischio tra gli esperti, le pubbliche amministrazioni, i mass media, i gruppi di interesse e i cittadini, finalizzato ad aiutare a prendere delle decisioni circa l'accettare, ridurre o evitare il rischio" (La comunicazione istituzionale dei rischi, Linee Guida, vedi sitografia).

È noto che, per modificare i comportamenti relativi a stili di vita non sani, bisogna incidere attivamente sulla percezione del rischio. La percezione del rischio è influenzata da diversi fattori: il tempo, le tipologie di rischio, il contesto sociale, i mass media, le conoscenze e, infine, i valori e credenze delle persone. Tra le credenze se ne ritrova una particolare: "ciascuno nell'intimo del suo cuore è convinto che lui, proprio lui tra milioni di persone, per un inesplicabile, ma fortunato caso, lui non morirà (C. Zavattini).

L'educatore dovrà calibrare i contenuti partendo dalla valutazione del rischio, in quanto il cittadino valuta il rischio attraverso l'intuizione che si basa sulla propria percezione. Per trasmettere i dati sul rischio in modo tale da provocare un impatto emotivo sulle persone e rendere l'azione educativa più efficace, è sempre bene facilitare ai destinatari la valutazione del proprio rischio individuale e la lettura dei dati statistici; per esempio, anziché il 10% è meglio dire 10 persone su 100. Un altro elemento è fare un confronto del rischio, per esempio confrontare il dato nazionale con quello locale.