

Traduzione di Roberta Baratti

Centro Studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi - Italia

www.ebn1.it - www.evidencebasednursing.it

Revised
2006
Supplement
Enclosed

July 2002

Nursing Best Practice Guideline

Shaping the future of Nursing

*supporting and strengthening families
through expected &
unexpected life events*



**Supporto e Rinforzo alle famiglie durante gli
eventi psicosociali stressanti attesi & inattesi
Ora in ITALIANO!**



RNAO

Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Association des Infirmières
et Infirmiers autorisés de
l'Ontario



Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Association des infirmières
et infirmiers autorisés de
l'Ontario



*Greetings from Doris Grinspun
Executive Director
Registered Nurses Association of Ontario*

It is with great excitement that the Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) disseminates this nursing best practice guideline to you. Evidence-based practice supports the excellence in service that nurses are committed to deliver in our day-to-day practice.

We offer our endless thanks to the many institutions and individuals that are making RNAO's vision for Nursing Best Practice Guidelines (NBPGs) a reality. The Ontario Ministry of Health and Long-Term Care recognized RNAO's ability to lead this project and is providing multi-year funding. Tazim Virani --NBPG project director-- with her fearless determination and skills, is moving the project forward faster and stronger than ever imagined. The nursing community, with its commitment and passion for excellence in nursing care, is providing the knowledge and countless hours essential to the creation and evaluation of each guideline. Employers have responded enthusiastically to the request for proposals (RFP), and are opening their organizations to pilot test the NBPGs.

Now comes the true test in this phenomenal journey: will nurses utilize the guidelines in their day-to-day practice?

Successful uptake of these NBPGs requires a concerted effort of four groups: nurses themselves, other health-care colleagues, nurse educators in academic and practice settings, and employers. After lodging these guidelines into their minds and hearts, knowledgeable and skillful nurses and nursing students need healthy and supportive work environments to help bring these guidelines to life.

We ask that you share this NBPG, and others, with members of the interdisciplinary team. There is much to learn from one another. Together, we can ensure that Ontarians receive the best possible care every time they come in contact with us. Let's make them the real winners of this important effort!

RNAO will continue to work hard at developing and evaluating future guidelines. We wish you the best for a successful implementation!

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD (candidate)

Executive Director
Registered Nurses Association of Ontario

Supporto e Rinforzo alle famiglie durante gli eventi psicosociali stressanti (Life Events) attesi & inattesi

Come usare questo documento

Queste linee guida di miglior pratica infermieristica sono un documento completo che fornisce le risorse necessarie per supportare la pratica infermieristica basata sulle evidenze. Tale documento deve essere sottoposto a revisione e applicato in funzione delle specifiche esigenze dell'organizzazione o del contesto/ambiente di pratica, così come dei bisogni e dei desideri dell'assistito. Le linee guida non dovrebbero essere interpretate alla lettera, come se si seguisse una sorta di ricettario da cucina, ma usate quale strumento utile ai fini del processo decisionale per personalizzare l'assistenza del paziente, e altresì per valutare se in loco sussistono appropriate strutture e supporti allo scopo di erogare la miglior assistenza possibile.

Gli infermieri, gli altri professionisti della salute e i responsabili amministrativi incaricati di proporre e agevolare i cambiamenti nella pratica, troveranno questo documento valido per lo sviluppo di politiche, procedure, protocolli, programmi formativi, nonché strumenti per la valutazione e la documentazione. Si raccomanda che le linee guida di miglior pratica infermieristica siano consultate come strumento di risorse. Gli infermieri che prestano assistenza diretta ai pazienti trarranno beneficio dalla rassegna delle raccomandazioni, dalle evidenze a supporto delle raccomandazioni, e dai processi impiegati per sviluppare le linee guida. Tuttavia è altamente raccomandato che i contesti/ambienti di pratica adattino queste linee guida in modo che risultino di facile uso per l'attività quotidiana.

Le organizzazioni che desiderano utilizzare le linee guida possono decidere di farlo in diversi modi:

- Valutare le attuali pratiche infermieristiche ed assistenziali tramite le raccomandazioni contenute nelle linee guida.
- Identificare le raccomandazioni volte a indirizzare le esigenze individuate oppure a colmare le lacune nei servizi.
- Sviluppare in modo sistematico un programma per implementare le raccomandazioni utilizzando gli strumenti e le risorse associate al documento.

L'implementazione delle risorse saranno rese disponibili tramite il sito Web di RNAO per aiutare individui ed organizzazioni a migliorare le linee guida. RNAO è interessata a sapere come avete implementato questa linea guida. Siete pregati di contattarci per condividere la vostra storia.

Membri del panel di sviluppo della Linea Guida

Claire Mallette, RN, PhD(cand.)

Team Leader

Chief Nursing Officer

Workplace Safety & Insurance Board

Toronto, Ontario

Susie Blair, RN

Staff Nurse

The University of Ottawa

Health Institute – Cardiac Surgery

Ottawa, Ontario

Naomi Cornelius, RPN

Programs Manager

Yorkview Lifecare Centre

Toronto, Ontario

Margot Jeffrey, RN, BScN

Care Coordinator,

Child and Family Team
Toronto Community Care Access Centre
Toronto, Ontario

Lianne Jeffs, RN, MSc
Chief of Nursing Practice
Hamilton Health Sciences
McMaster University Medical Centre Site
Hamilton, Ontario

Judi Kauffman, RN, MSN
Patient Care Coordinator
Toronto Community Care Access Centre
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

Cathy Sharpe, RN, MN
Clinical Nurse Specialist, Gerontology

Texas, U.S.A.

Fern Teplitzky, RN, MES
Senior Health Planner
Toronto District Health Council
Toronto, Ontario

Catherine Ward-Griffin, RN, PhD
Assistant Professor, School of Nursing
Faculty of Health Sciences
The University of Western Ontario
London, Ontario

Diane Williams, RN, MN
Advanced Practice Nurse
University Health Network
Princess Margaret Hospital
Toronto, Ontario

Project team:

Tazim Virani, RN, MScN
Project Director

Anne Tait, RN, BScN
Project Coordinator

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed.)
Project Coordinator

Carrie Scott
Administrative Assistant
Elaine Gergolas, BA
Administrative Assistant

**Registered Nurses Association of Ontario
Nursing Best Practice Guidelines Project
111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario
M5H 2G4
Website: www.rnao.org**

Ringraziamenti

La Registered Nurses Association of Ontario desidera ringraziare le seguenti persone ed organizzazioni per contributo offerto nel revisionare questa linea di best practice e nel fornire un valido feedback:

Sandra Bayne

Family Practice
Kanata, Ontario

CareWatch Toronto

Toronto, Ontario

Tracey Crosbie

Registered Practical Nurse
Nepean, Ontario

Jean Jackson

Executive Director
Interlink Community Cancer Nurses
Toronto, Ontario

Denise McIntyre

Registered Nurse
Pre Admit Unit, the Heart Institute
Ottawa, Ontario

Wendy Mouldsdale

Clinical Nurse Specialist/
Neonatal Practitioner
Sunnybrook & Women's College Health
Sciences Centre
Toronto, Ontario

Sandra Pollack

Social Worker, Psychosocial

Oncology Program
University Health Network
Princess Margaret Hospital
Toronto, Ontario

Linda Shaw

Registered Practical Nurse
Ottawa, Ontario

Family Support Group (anonimo)

Guelph, Ontario

Toronto District Health Council

Toronto, Ontario

Toronto Community Care

Access Centre

Toronto, Ontario

La Linea guida di best practice infermieristica: **Supporting and strengthening families Through Expected and Unexpected Life Events** è disponibile sul website RNAO: www.rnao.org

RNAO ringrazia sinceramente la guida e la dedizione dei ricercatori che hanno diretto la fase di valutazione del Nursing Best Practice Guidelines Project.

Il team di valutazione comprende:

Principal Investigators

Nancy Edwards, RN, PhD

Barbara Davies, RN, PhD

University of Ottawa

Evaluation Team Co-Investigators

Maureen Dobbins, RN, PhD

Jenny Ploeg, RN, PhD

Jennifer Skelly, RN, PhD

McMaster University

Patricia Griffin, RN, PhD

University of Ottawa

Research Associates

Marilynn Kuhn, MHA

Cindy Hunt, RN, PhD

Mandy Fisher, BN, MSc(cand.)

RNAO inoltre desidera ringraziare le seguenti organizzazioni presenti in Barrie, Ontario per il loro ruolo nel test pilota di questa linea guida:

**Royal Victoria Hospital
Simcoe County District Health Unit
Ended Beginnings**

Contact Information

Registered Nurses Association of Ontario

Nursing Best Practice Guidelines Project

111 Richmond Street West, Suite 1208

Toronto, Ontario

M5H 2G4

Registered Nurses Association of Ontario

Head Office

438 University Avenue, Suite 1600

Toronto, Ontario

M5G 2K8

Disclaimer

Queste linee guida di miglior pratica sono riferite solo alla pratica infermieristica e non sono predisposte per entrare nell'efficienza della contabilità fiscale. Queste linee guida non sono obbligatorie per gli infermieri ed il loro uso dovrebbe essere flessibile per conformarsi ai desideri degli assistiti, delle loro famiglie e delle situazioni locali. Esse non costituiscono un dovere o l'esenzione da un dovere. Sebbene sia stato fatto ogni sforzo per assicurare l'accuratezza dei contenuti al momento della pubblicazione, nessuno degli autori né la RNAO danno garanzie sull'accuratezza delle informazioni in essa contenute né accettano alcuna responsabilità rispetto a perdita, danno, infortuni o esborsi derivati da qualsiasi errore o omissione nei contenuti di questo lavoro.

Copyright

Fatta eccezione per alcune parti per le quali appare la proibizione o la limitazione di copia, il resto di questo documento può essere riprodotto e pubblicato in ogni modalità, anche elettronica per scopi formativi o non commerciali, senza richiedere il consenso o il permesso della "Registered Nurses' Association of Ontario", garantendo che sia esplicitamente dichiarata la seguente fonte:

Registered Nurses Association of Ontario (2002) *Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.

Indice

Sommario delle raccomandazioni	7
Responsabilità dello Sviluppo della Linea guida	11
Obiettivi e Scopi	11
Processo di Sviluppo della Linea guida	12
Definizione dei Termini	12
Background	14
Interpretazione delle evidenze	16
Raccomandazioni per la Pratica	17
Raccomandazioni per la Formazione	22
Raccomandazioni per l'Organizzazione e la Politica	23
Valutazione e Monitoraggio	26
Processo di revisione/aggiornamento della Linea Guida	28
Riferimenti	29
Bibliografia	32
Appendice A – Modelli e Strumenti della Valutazione dei Componenti della Famiglia	35
Appendice B – Domande-esempio della valutazione delle Aree-chiave della Famiglia	35
Appendice C – Toolkit: Implementazione delle Linee Guida di Pratica Clinica	38
Appendice D – Carta del Flower (Em)power	38
Supplemento Integrativo	40

Sommario delle raccomandazioni

Il Gruppo di Consenso RNAO (2000) per questa linea guida di migliore pratica infermieristica ha formulato una struttura basata sul processo della linea guida di migliore pratica. La struttura è denominata “Flower (Em)power” ed è descritta nella figura 1:

Questa struttura rappresenta un metodo completo e perenne delle migliori pratiche in questa area. Nel nucleo del fiore troviamo la ***nurse-family partnership*** (partnership infermiere-famiglia).

Senza un rapporto genuino, i quattro petali del fiore non possono sbocciare e sono un limite per la famiglia quando attraversa gli eventi psicosociali stressanti “life events” attesi ed inattesi. I quattro petali sono:

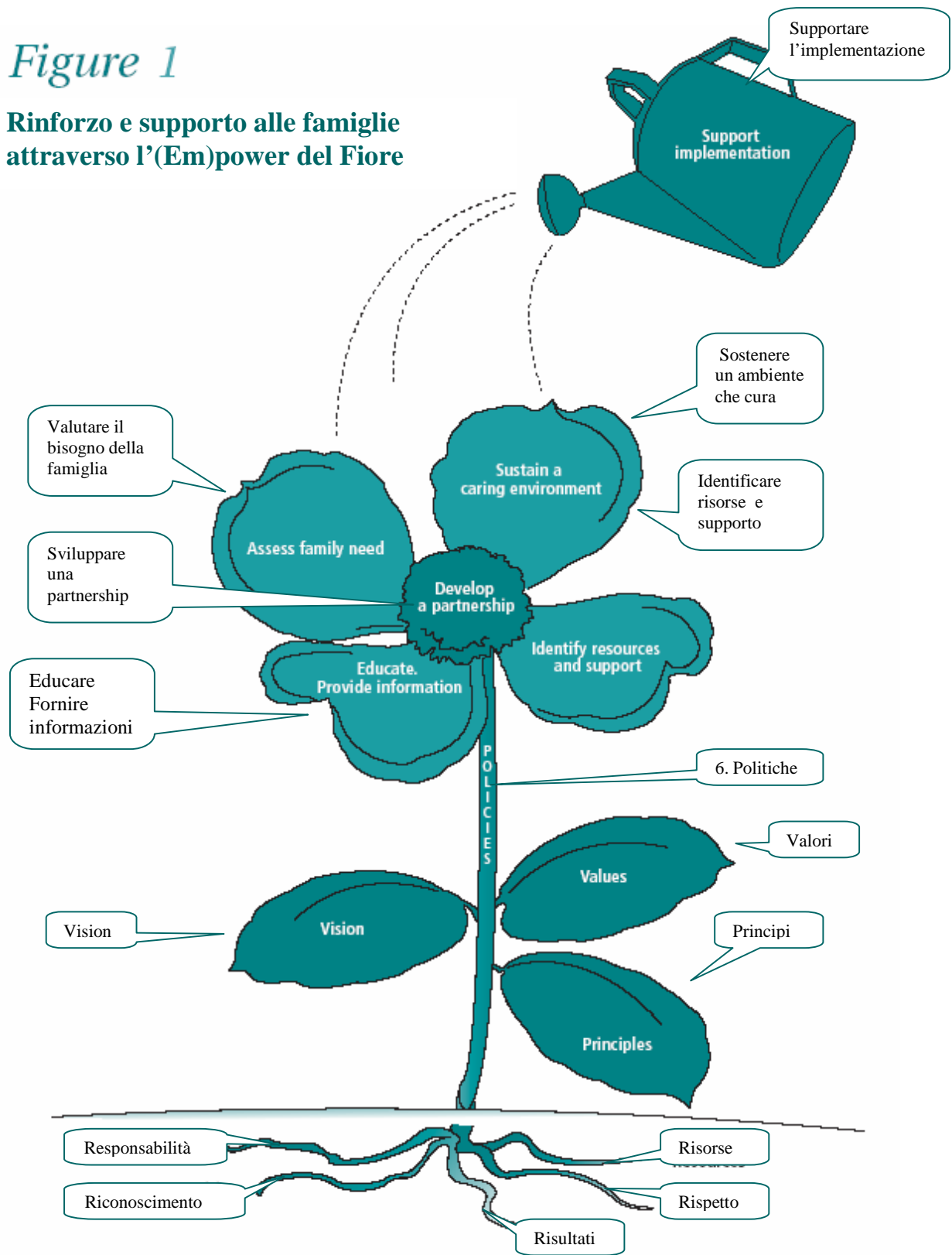
- Valutare i bisogni della famiglia;
- Sostenere un ambiente premuroso;
- Identificare le risorse ed i supporti; e
- Educare e fornire informazioni.

Sostenere un ambiente che cura rappresenta differenti componenti intercorrelate alla promozione della salute della famiglia. Il gambo del fiore simboleggia le attività di advocacy e i cambiamenti della politica necessari per assicurare che le attività infermieristiche che sostengono e rinforzano le famiglie possano svilupparsi e fiorire. Le foglie del fiore - vision, valori e principi - sono la fonte di un florido modello di sostegno e di rinforzo delle famiglie. Le radici del fiore rappresentano come questo modello di best practice è collegato nei seguenti cinque assiomi: responsabilità, risorse, rispetto, risultati e riconoscimento. Il Fiore del Sostegno e il Rinforzo alle Famiglie fiorisce nelle situazioni in cui il viene fornito il supporto per l’implementazione della best practice.

Vedere l'Appendice D per la busta perforata che contiene la carta del Strengthening and Supporting Families Flower (Em)power. La scheda visualizza il fiore dell’empowerment da un lato, e le domande chiave che gli infermieri possono considerare quando implementano nella loro pratica l’approccio centrato sulla famiglia.

Figure 1

Rinforzo e supporto alle famiglie attraverso l'(Em)power del Fiore



Le seguenti raccomandazioni si sviluppano sulla struttura “Flower (Em)power” (Fig. I)

Raccomandazione 1

Sviluppare un genuino rapporto con famiglie:

- Riconoscendo come essenziale la valutazione familiare della situazione;
- Riconoscendo e rispettando il ruolo importante della famiglia nelle situazioni sanitarie;
- Determinando il grado di partecipazione voluto dalla famiglia;
- Negoziando i ruoli sia dell’infermiere che della famiglia all'interno della partnership.

Raccomandazione 2

Valutare gli individui nel contesto familiare (come loro la definiscono) per identificare se l'assistenza richiesta all'infermiere è per rinforzare e sostenere la famiglia. Una valutazione della famiglia dovrebbe includere l'informazione nelle seguenti aree, e contemporaneamente, essere adattata per richiamare l'unicità di ciascuna famiglia:

- Struttura della famiglia;
- Dati ambientali;
- Forza della famiglia;
- Supporti della famiglia.

Raccomandazione 3

Identificare le risorse ed i supporti per aiutare le famiglie che riferiscono eventi personali, sia attesi che inattesi. Le risorse dovrebbero essere identificate all'interno delle seguenti tre categorie

- Intrafamigliari;
- Interfamigliari;
- Extrafamigliari.

Raccomandazione 4

Istruire e fornire informazioni a infermieri, famiglie, politici e pubblico per aiutare le famiglie a gestire gli eventi psicosociali stressanti (“life events”) attesi o inattesi.

Raccomandazione 5

Sostenere un ambiente che si prende cura il posto di lavoro e porta ad una pratica centrata sulla famiglia:

- Assicurando che lo staff infermieristico sia orientato verso la cura centrata sulla famiglia, compresa la valutazione della famiglia
- Assicurando che gli infermieri abbiano la consapevolezza e l'abilità ad accedere efficacemente alle risorse
- Offrendo occasioni continue di sviluppo professionale per lo staff infermieristico, compresa la conoscenza e l'abilità per quanto riguarda la cura centrata sulla famiglia.

Raccomandazione 6

Sostenere l'implementazione della pratica centrata sulla famiglia nel posto di lavoro:

- Assicurando appropriati livelli dello staff, delle assegnazioni e della categoria del personale;

- Implementando le pratiche e le politiche centrate sulla famiglia;
- Creando e mantenendo ambienti di lavoro tendenti a promuovere la partecipazione della famiglia;
- Sviluppando per i dipendenti programmi di assistenza che promuovano la salute della famiglia.

Raccomandazione 7

Farsi sostenitori dei cambiamenti nella politica pubblica:

- Facendo pressione per una discussione pubblica sull'assistenza fornita dai famigliari e per lo sviluppo di una posizione pubblica rispetto al livello di assistenza che è ragionevole attendersi dai caregivers famigliari, ed a che punto il pubblico può prevedere che il sistema sanitario provveda a fornire la cura;
- Facendo pressione per una formazione del pubblico riguardante il valore e la legittimità del ruolo di caregivers famigliari;
- Facendo pressione per una gamma completa di adeguati ed efficaci programmi di *respite care* (assistenza di sostituzione) che faciliti i caregivers famigliari;
- Facendo pressione per la consistente istituzione di un fondo, per la disponibilità e l'erogazione di programmi di *respite care* in Ontario;
- Facendo pressione per costituire un fondo per dei progetti di ricerca che esaminino la famiglia come destinatari di cura, di assistenza e di cura dilazionata, famiglia come caregiver, e premendo per l'applicazione delle lezioni imparate da questa ricerca nella politica pubblica e nello sviluppo di programmi;
- Facendo pressione per dei meccanismi all'interno delle organizzazioni affinché le famiglie dialoghino tra loro in un forum aperto.

Raccomandazione 8

La linea guida di best practice infermieristica può essere effettuata con successo soltanto se ci sono adeguate infrastrutture, risorse, supporti organizzativi ed amministrativi, così come adatte facilitazioni. Le organizzazioni possono desiderare di sviluppare un programma per l'implementazione che includa:

- Una valutazione della preparazione organizzativa e delle barriere alla formazione;
- Partecipazione di tutti i membri (se in funzione di appoggio diretta o indiretta) a contribuire al processo di implementazione;
- Dedicare un individuo qualificato a fornire il supporto necessario per la formazione e l'implementazione del processo;
- Occasioni continue di discussione e formazione per rinforzare l'importanza della best practice;
- Occasioni per la riflessione sulle esperienze personali ed organizzative vissute nell'implementare la linea guida.

A questo proposito, RNAO (attraverso un panel di infermieri, di ricercatori e di coordinatori) ha sviluppato il "*Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines*", basato sulle evidenze disponibili, prospettive teoriche e consenso. Il ToolKit è raccomandato per guidare l'implementazione della linea guida di best practice infermieristica della RNAO su *Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events* (Supporto e Rinforzo alle famiglie durante gli eventi psicosociali stressanti (Life Events) attesi & inattesi).

Responsabilità per lo sviluppo della linea guida

La **Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)**, con un fondo dell'Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, ha intrapreso un progetto pluriennale di sviluppo infermieristico, implementazione, valutazione e diffusione pilota della linea guida di best practice. “Supporto e Rinforzo alle famiglie durante gli eventi psicosociali stressanti (“life events”) attesi o inattesi”, è una delle sette (7) linee guida di best practice infermieristica che è stata sviluppata nel secondo ciclo del progetto. Questa linea guida è stata sviluppata da un gruppo di infermieri riuniti dalla RNAO che hanno condotto un lavoro indipendente da ogni pregiudizio o influenza del Ministry of Health and Long-Term Care.

Obiettivi e Scopi

Porre il focus sulla famiglia è una componente integrale della pratica infermieristica. Il panel di sviluppo della linea guida riconosce che la maggior parte degli infermieri hanno già conoscenze rilevanti e abilità di cura per le famiglie. Tuttavia, questa linea guida è stata sviluppata per promuovere e facilitare la formazione continua, la riflessione e la riaffermazione dell'importanza di occuparsi delle famiglie. L'ulteriore intenzione della linea guida è di costruire, migliorare ed approfondire le conoscenze e le abilità degli infermieri rivolte alla soddisfazione delle esigenze delle famiglie.

Questa linea guida di best practice è rivolta agli infermieri che lavorano in tutti i settori della sanità. L'obiettivo generale della linea guida è di aiutare gli infermieri nella promozione della salute della famiglia attraverso gli interventi ed i supporti forniti durante gli eventi psicosociali stressanti (Life Events) attesi & inattesi. I “life events” previsti possono includere la nascita, la scuola, l'adolescenza, l'invecchiamento e la morte, mentre i “life events” inattesi possono includere il trauma/incidenti, la malattia cronica, sviluppo ritardato ed inabilità. La linea guida inoltre include le raccomandazioni per mettere in collegamento gli infermieri con le famiglie allo scopo di potere aiutare le famiglie durante questi eventi. Infine, questa linea guida include le raccomandazioni per gli infermieri ed altri providers di assistenza sanitaria perché sostengano i cambiamenti nel sistema sanitario.

La linea guida di best practice infermieristica focalizza le sue raccomandazioni su:

Raccomandazioni per la Pratica dirette alle infermiere e alla pratica infermieristica.

Le raccomandazioni per la Formazione dirette alle competenze richieste per la pratica.

Raccomandazioni per l'Organizzazione e la Politica dirette al setting di pratica e all'ambiente per facilitare la pratica degli infermieri.

Questa linea guida contiene le raccomandazioni per tutti gli infermieri. È riconosciuto che la cura efficace dell'utente/paziente dipende da un approccio interdisciplinare coordinato che incorpora la comunicazione continua fra i professionisti sanitari ed i pazienti/utenti, nella consapevolezza delle preferenze personali e dei bisogni unici di ogni specifico paziente/utente.

Processo di sviluppo della linea guida

RNAO ha convocato un gruppo di infermieri con esperienza nell'assistenza familiare provenienti da settori della pratica, della ricerca, della politica e dall'ambito accademico. Il panel ha intrapreso i seguenti passaggi per sviluppare questa linea guida di best practice infermieristica:

- Ha definito gli scopi della linea guida;
- Ha condotto una vasta ricerca di letteratura;
- Ha articolato i valori che sono il fondamento del lavoro con le famiglie (questo lavoro è stato sostenuto dalla letteratura);
- Ha rivisto gli articoli comprensivi della ricerca, delle pubblicazioni teoriche e di altri documenti di discussione. E' stata identificata l'evidenza per supportare i valori e sono state raggruppate le azioni specifiche di pertinenza infermieristica;
- Ha identificato i temi derivati dalla letteratura che conducono allo sviluppo delle raccomandazioni in tre aree chiave.

Una bozza iniziale della linea guida di migliore pratica infermieristica su "Supporto e Rinforzo alle famiglie durante gli eventi psicosociali stressanti (Life Events) attesi & inattesi." di RNAO è stata revisionata dagli stakeholders rappresentativi e vi sono stati incorporati i loro feedback. Gli stakeholders che hanno revisionato questa linea guida hanno incluso i pazienti, le loro famiglie, gli staff infermieristici, i vari gruppi e le organizzazioni convenzionali; i ringraziamenti a loro rivolti sono nella prima parte di questo documento. Questa linea guida è stata ulteriormente rifinita dopo la fase di implementazione pilota di otto mesi in alcuni setting di pratica selezionati in Ontario. I setting pratici per le linee guida di best practice infermieristica della RNAO sono identificati con un processo di "adesione volontaria,.. La linea guida è stata ulteriormente rifinita prendendo in considerazione i feedback ed i risultati della valutazione forniti dal luogo pilota.

Definizione dei Termini

Consenso: Un processo per prendere decisioni politiche, non un metodo scientifico per creare nuova conoscenza. Al massimo lo sviluppo del consenso riguarda il miglior uso delle informazioni disponibili, sia che si tratti di dati scientifici che della saggezza collettiva dei partecipanti (Black ed altri, 1999).

Cura interdisciplinare: Un processo in cui i professionisti sanitari rappresentano l'esperienza tratta dalle varie discipline sanitarie che partecipano al sostegno dei pazienti e delle loro famiglie nel processo di cura.

Eventi psicosociali stressanti attesi: Eventi psicosociali stressanti che è probabile che accadano. Questi possono includere, ma non in senso limitativo, la condizione di genitore, il pensionamento, la nascita e la morte

Eventi psicosociali stressanti inattesi: Eventi psicosociali stressanti che non si pensa che possano accadere. Questi possono includere, ma non in senso limitativo, le malattie croniche, l'ospedalizzazione, il trauma fisico e/o mentale, e tutto ciò che porta verso una struttura assistenziale a lungo termine.

Evidenza: "Un'osservazione, un fatto o un corpo organizzato di informazioni offerte a supporto o a giustificazione di inferenze o di credenze nella dimostrazione di un qualche ragionamento o asserzione in questione., (Madjar & Walton, 2001, p.28)

Famiglia: Quella che le persone definiscono come famiglia. I membri della famiglia possono includere, ma non senso limitativo, genitori, bambini, fratelli, vicini e la gente significativa nella Comunità.

Gruppi o organizzazioni convenzionali: Il supporto e le risorse forniti da un'organizzazione di professionisti (Skemp Kelley, Pringle Specht e Maas, 2000). I gruppi o le organizzazioni convenzionali possono includere gli infermieri, i collaboratori domestici, le strutture di assistenza a lungo-termine, o i gruppi di *respite care* (assistenza di sostituzione) o di sostegno.

Linea Guida di Pratica Clinica o la Linea Guida di Migliore Pratica: “Dichiarazioni sistematicamente sviluppate per aiutare il paziente e il professionista a prendere le decisioni sulla cura adatta per specifiche circostanze cliniche (di pratica),, (Field & Lohr, 1990, p. 8). Le linea guida di pratica clinica o la linea guida di best practice sono sviluppate usando i risultati della migliore ricerca disponibile e, dove la ricerca presenta delle lacune, i processi di consenso.

Meta-analisi: L'uso dei metodi statistici per riassumere i risultati di studi indipendenti, che può fornire stime più precise degli effetti dell'assistenza sanitaria di quelli derivati dai singoli studi inclusi in una revisione (Clarke e Oxman, 1999).

Raccomandazioni per l'organizzazione e la politica: Affermazioni delle condizioni richieste da un setting di pratica, che permette un'implementazione di successo della linea guida di best practice. Le condizioni per il successo in gran parte rientrano nelle responsabilità dell'organizzazione, anche se possono avere implicazioni per la politica a livelli gestionali o sociali più ampi.

Raccomandazioni per la formazione: Dichiarazioni dei requisiti educativi e degli approcci/strategie educative utili all'introduzione, implementazione e sostenibilità della linea guida di best practice.

Raccomandazioni per la Pratica: Affermazioni di best practice dirette alla pratica dei professionisti sanitari, idealmente basate sull'evidenza.

Revisione sistematica: Applicazione di un rigoroso approccio scientifico alla preparazione di un articolo di revisione (National Health and Medical Research Centre, 1998). Le revisioni sistematiche permettono di stabilire dove gli effetti dell'assistenza sanitaria sono coerenti, dove i risultati della ricerca possono essere applicati nell'ambito della popolazione, dei contesti, e delle differenziazioni del trattamento (es., il dosaggio); e dove gli effetti possono variare significativamente. L'uso di una metodologia esplicita e sistematica limita i bias (errori sistematici) e riduce gli effetti legati al caso, fornendo così risultati più affidabili su cui trarre conclusioni e prendere decisioni (Clarke & Oxman, 1999).

Risorse Extrafamigliari: Risorse che esistono o si realizzano al di fuori della famiglia, come il governo o la comunità.

Risorse Interfamigliari: Risorse che esistono o che si producono attraverso il coinvolgimento di diverse famiglie.

Risorse Intrafamigliari: Quelle risorse che esistono o che si producono all'interno della famiglia

Setting Comunitario: Il setting di cura si trova in una struttura pubblica territoriale o al domicilio del cliente. I servizi sono forniti o dagli Infermieri di Assistenza territoriale (Sanità pubblica) o dagli Infermieri di Assistenza domiciliare. Gli esempi dei setting di Comunità sono l'hospice, l'unità di salute pubblica, la scuola, la chiesa, o il tempio.

Setting di Acute Care: Un'istituzione che fornisce servizi ai pazienti con necessità in fase acuta (fisiche e psicologiche). La riabilitazione e la cura palliativa possono essere una parte del Setting di Acute Care.

Sostituzione: Programmato, temporaneo sollievo del caregiver primario attuato con la disponibilità di assistenza sostitutiva (Gottlieb & Johnson, 2000).

Stakeholder: Individuo, gruppo, e/o organizzazione investiti di un interesse nelle decisioni e nelle azioni delle organizzazioni che può tentare di influenzare (Baker et al., 1999). Gli Stakeholders includono tutti gli individui o i gruppi che saranno, direttamente o indirettamente, influenzati dal cambiamento o dalla soluzione del problema; possono essere di diversa provenienza e suddividersi in oppositori, sostenitori e neutrali (Ontario Public Health Association, 1996).

Strutture di assistenza a lungo termine: Setting residenziale che fornisce servizi di assistenza a lungo termine che comprendono la presenza del medico, degli infermieri, del riabilitatore, dell'accompagnatore, l'attività ed il sostegno sociale, vitto e alloggio (Health Services Restructuring Commission, 1997).

Supporto informale: Il supporto e le risorse forniti da persone associate con la persona che riceve la cura. Le persone che forniscono il supporto informale possono includere, ma non limitatamente, la famiglia, gli amici, i membri di una chiesa o di una sinagoga, i vicini.

Background

La famiglia svolge un ruolo integrale nella promozione e nel mantenimento della salute dei membri della famiglia, come pure nel fornire supporto fisico ed emotivo. Questa linea guida di migliore pratica infermieristica è stata sviluppata per aumentare la consapevolezza degli infermieri del ruolo e dei bisogni della famiglia e per facilitare lo sviluppo della partnership con la famiglia e il team di cura.

Fin dagli esordi della loro professione, gli infermieri hanno identificato in modo costante l'importanza della famiglia in relazione alla salute (Thalman Boyd, 1996). Porre l'attenzione sulla famiglia è una componente integrale della pratica infermieristica, poiché i comportamenti di malattia e di salute si imparano all'interno del contesto familiare. Le famiglie sono influenzate quando uno o più membri ha avuto esperienza di problemi di salute. La famiglia è un fattore significativo nella salute e nel benessere degli individui e la promozione, il mantenimento ed il ripristino delle famiglie sono importanti per la sopravvivenza della società (Harmon Hanson & Thalman Boyd, 1996).

Il concetto di famiglia è carico di valori ed è variato nel tempo in risposta ai cambiamenti avvenuti all'interno di ideologie, valori e tendenze sociali predominanti (Fast & Keating, 2000; Wass, 2000). Le definizioni della famiglia tendono ad essere descritte secondo criteri strutturali (a che cosa assomiglia) o criteri funzionali (che cosa fa) (Fast & Keating, 2000). Un esempio di definizione strutturale è:

Coppia sposata (con o senza figli non sposati di uno o di entrambi i coniugi), coppia di conviventi (con o senza figli non sposati di uno o di entrambi i conviventi), o un genitore solo con qualsiasi stato civile, coabitante con almeno un figlio non sposato (statistiche Canada, 1994).

Una definizione funzionale della famiglia formulata dal *Vanier Institute of the Family* è la seguente:

La famiglia è definita come qualunque combinazione di due o più persone vincolate nel tempo da legami di mutuo consenso, da nascite, e/o adozioni/affidi e che insieme, assumono la responsabilità per il mantenimento e la cura dei membri del gruppo (Istituto Vanier della Famiglia, 1994).

Durante le tre decadi scorse ci sono stati significativi cambiamenti nell'ambito della famiglia: famiglie più piccole, aumento di diversi e più complessi rapporti familiari (Fast & Keating, 2000). Gli individui costruiscono la loro propria definizione di famiglia rispetto a come la definisce il ricercatore o il politico (Fast & Keating, 2000). Di conseguenza, per lo scopo di questa linea guida, la famiglia è definita come:

Unicamente e chiunque l'individuo identifichi come famiglia.

Le famiglie possiedono della forza, ma richiedono un supporto quando attraversano i *life events* attesi ed inattesi. Durante il ciclo della vita, i cambiamenti attesi sono sperimentati da tutte le famiglie (Rankin, 1989). I cambiamenti inerenti allo sviluppo di una famiglia quali la transizione alla condizione di genitore, al diventare genitori anziani, alla pensione ed alla morte, avvengono in fasi durante le quali si verificano degli squilibri che richiedono degli aggiustamenti (Kelly Martell, 1996). Un ruolo importante degli infermieri è di assistere le famiglie ed i loro membri che avanzano verso la complessità delle prove connesse allo sviluppo dell'individuo e della famiglia durante la durata della vita (Friedman, 1992; Miller, Hornbrook, Archbold & Stewart, 1996).

Quando si verificano gli eventi psicosociali stressanti inattesi e un membro della famiglia ha bisogno di assistenza a casa o in ospedale, la famiglia sperimenta un complesso numero di richieste (McDonald, di Stetz & Compton, 1996). Le recenti tendenze del sistema sanitario hanno aumentato la necessità di essere consapevoli dell'importanza della famiglia quando fornisce assistenza. La ristrutturazione dei sistemi sanitari ed i tagli del budget alle organizzazioni sanitarie hanno provocato l'aspettativa che le famiglie aiutino nel fornire assistenza quando un proprio membro è ospedalizzato (Marshall, 1994). L'aumento della percentuale di persone anziane con disabilità e malattie croniche di vario genere, ed i progressi tecnologici fanno sì che siano effettuati a domicilio quei trattamenti medici che una volta venivano fatti soltanto in ospedale, oltre a ciò è fortemente cambiata la natura dell'assistenza domiciliare (Ward-Griffin & McKeever, 2000). Queste tendenze hanno provocato un maggior ricorso alle famiglie e loro sfera amicale per soddisfare le esigenze del loro congiunto "fragile", malato o disabile (Fast & Keating, 2000). Le donne formano la maggior parte del personale di assistenza in ambito domestico, insieme ad infermieri domiciliari, terapisti e personale di supporto. (Martin Matthews, 1992). Le donne, prevalentemente mogli e figlie, forniscono inoltre la maggior parte di assistenza ai membri più anziani della famiglia (Aronson, 1991; Canadian Study of Health e di Aging, 1994). Il significato di questa persistente rappresentazione delle donne che forniscono assistenza a domicilio, sia in forma retribuita che non retribuita, è che il passaggio dell'erogazione di prestazioni sanitarie dall'ambito istituzionale a quello domestico tende ad interessare le donne molto più degli uomini (Gregor, 1999; McKeever, 1994).

Interpretazione delle Evidenze:

L'evidence-based practice è stata definita come "l'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso della migliore evidenza corrente nel prendere le decisioni circa la cura dei pazienti,, (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996, p.71). Per assicurare che nello sviluppo delle linee guida cliniche sia usata la migliore evidenza disponibile, è necessario valutare criticamente i metodi di identificazione e d'interpretazione dell'evidenza rilevante (Cluzeau, Littlejohns, Grimshaw, Feder & Moran, 1999). Generalmente, il "gold standard,, è dato da evidenze derivate da prove randomizzate e controllate (RCT), anche prese isolatamente, ma preferibilmente comprese in una revisione sistematica o meta-analisi (Sweeney, 1998). Nel considerare l'evidenza, tuttavia, Berg (1997) avverte gli infermieri di non negare gli aspetti meno quantificabili del lavoro infermieristico.

Nella realizzare questa linea guida, il panel di sviluppo ha disegnato le evidenze da una varietà di fonti (come discusso nel capitolo "Background"). L'evidenza è stata basata non solo su RCTs, ma anche su un certo numero di fonti qualitative, compresi gli studi che hanno fornito descrizioni approfondite delle percezioni che infermieri e famiglie hanno avuto rispetto alle loro interazioni con gli altri e delle informazioni sulla rilevanza e sulla necessità degli interventi infermieristici che coinvolgono le famiglie nella cura. Il consenso di esperti inoltre è stato utilizzato in questa linea guida quando non era disponibile nessuna altra conoscenza, scientificamente formalizzata. In questo modo è stato possibile intercettare diversi modelli di sapere: empirici, etici, personali ed estetici (Carper, 1978).

Vision, Valori e Principi

Il panel di sviluppo è stato guidato "dalle 5 R,, per promuovere la salute negli eventi psicosociali stressanti attesi ed inattesi:

Rispetto: Alta considerazione per l'unicità delle famiglie.

Riconoscimento: Riconoscimento continuo del valore del ruolo delle famiglie e degli infermieri.

Risorse: Consapevolezza della necessità di accedere alle fonti di supporto per alleviare le difficoltà e/o recuperare le forze.

Responsabilità: Responsabilità da parte delle famiglie e degli infermieri.

Risultati: Necessità di monitorare i risultati e valutare le pratiche infermieristiche.

Il panel ha poi sviluppato la seguente visione per il sostegno ed il rinforzo delle famiglie, ritenendo che **"in un mondo perfetto,,:**

- Le famiglie sarebbero sostenute nella continuità di cura in modo accogliente, costante, efficace ed in tempo reale.
- Sarebbero riconosciute le necessità e la forza delle famiglie e sarebbe previsto il bisogno di supporto.
- Le famiglie avrebbero accesso ad informazioni complete ed in tempo reale.
- Le famiglie potrebbero scegliere da una gamma completa di servizi di assistenza e di sostegno che sarebbero costantemente erogati, in Ontario, in modo flessibile, accessibile e cultura-sensibile.
- Le famiglie sarebbero sostenute completamente dagli infermieri e da altri providers di cura perché ci sarebbe la disponibilità delle risorse per far sì che questo avvenga.
- Le famiglie direbbero che, durante l'esperienza di cura, le loro esigenze sono state considerate, sostenute e rinforzate.

Infine, il panel ha sviluppato i seguenti **Valori e Principi** per il sostegno ed il rinforzo delle famiglie:

- Crediamo che per gli infermieri sia importante riconoscere i loro propri assunti e valori rispetto alle famiglie ed alle convinzioni culturali ed adeguino di conseguenza la loro cura.
- Crediamo che le famiglie e le relazioni famigliari siano uniche e diverse e che possano modificarsi nel tempo.
- Crediamo che alle famiglie dovrebbero essere fornite tutte le informazioni sufficienti per prendere decisioni consapevoli.
- Crediamo che le famiglie abbiano conoscenze ed abilità esperte che le aiutano a determinare i loro bisogni e a rispondere agli eventi psicosociali stressanti attesi ed inattesi.
- Crediamo che la partnership con le famiglie sia sviluppata sulla fiducia, sull'onestà e sulla collaborazione reciproche. Sugeriamo, tuttavia, che le famiglie dovrebbero partecipare alla cura fin quando lo desiderano o per quanto sono capaci.
- Crediamo che l'uso di partnership come mezzo primario di sostegno e di rinforzo delle famiglie aumenti la probabilità che le infermiere seguiranno un approccio all'assistenza centrato sulla famiglia.
- Crediamo che le famiglie debbano essere sostenute nelle loro scelte.
- Capiamo che i membri della famiglia ed il paziente possano avere bisogni differenti, che confliggono.
- Crediamo che gli infermieri debbano supportare le situazioni famigliari in accordo con il College of Nurses of Ontario's Ethical Framework for Registered Nurses and Registered Practical Nurses (College of Nurses of Ontario, 1999).

Raccomandazioni per la Pratica

A. Partnership tra infermiere-famiglia

Lo sviluppo della partnership infermiere-famiglia è centrale per il rinforzo ed il sostegno alle famiglie (Skemp Kelley ed altri., 2000; Ward-Griffin & McKeever, 2000). La partnership comincia a svilupparsi al primo contatto con la famiglia ed evolve man mano che, nel tempo, cambia la relazione tra infermiere-famiglia e le persone che vi partecipano (Friedemann, Montgomery, Maiberger & Smith, 1997; Hoskins Noll ed altri., 1996; Magliano ed altri., 1998a; Magliano ed altri., 1998b; Ward-Griffin & McKeever, 2000; Ward-Griffin, 2001).

Per sviluppare una partnership genuina fra l'infermiere e la famiglia deve esserci rispetto, fiducia, comunicazione positiva ed aperta, ascolto e scambio reciproco (Friedemann ed altri., 1997; Magliano ed altri., 1998a; McDonald ed altri., 1996).

Una partnership implica che sia l'infermiere che la famiglia contribuiscano alla cura del paziente (Ward-Griffin & McKeever, 2000; Ward-Griffin, 2001). Come dichiarato dai membri della famiglia, *“ora aspetto che i professionisti che sostengono la mia famiglia vengano alla mia tavola come uguali; ugualmente stimati... ed ugualmente responsabili.”* (Fisher, 1995, p.4).

Raccomandazione 1

Sviluppare un genuino rapporto con le famiglie:

- Riconoscendo come essenziale la valutazione della situazione da parte della famiglia;
- Riconoscendo e rispettando l'importante ruolo della famiglia nelle situazioni sanitarie;
- Determinando il grado di coinvolgimento desiderato dalla famiglia; e
- Negoziando i ruoli sia dell'infermiere che della famiglia nella partnership.

Discussione delle Evidenze

Anche se la letteratura sostiene fortemente l'importanza di riconoscere la conoscenza specifica, basata sull'esperienza, della famiglia ed il suo desiderio di fungere da partner nell'assistenza al proprio congiunto, poca attenzione è stata data alla relazione fra i caregivers formali (professionisti) ed informali (famiglia). Di conseguenza, le famiglie e gli infermieri hanno necessità di discutere le loro reciproche preoccupazioni circa l'adeguatezza delle risorse per fornire l'assistenza (Ward-Griffin e McKeever, 2000; Ward-Griffin, 2001). Friedman (1992) e Hertzberg e Ekman (1996) ammettono che quando i familiari trasferiscono ad altri la responsabilità della cura fisica di un membro della famiglia, questo non allevia necessariamente il loro senso di difficoltà e un modo per ridurre questo disagio è di coinvolgere la famiglia maggiormente nella cura di un proprio caro.

Friedman (1992), McDonald et al. (1996) confermano che le famiglie sono sia una risorsa che un contenitore del servizio infermieristico, poichè portano nella relazione la conoscenza, le abilità e l'esperienza. Gli infermieri dovrebbero incoraggiare le famiglie a condividere la loro esperienza (McCubbin e McCubbin, 1993). Questo è essenziale per incorporare, nel programma di cura, le credenze culturali e le preoccupazioni condivise dai membri della famiglia (Davidhizar e Giger, 1998) e riconoscere le infinite varietà o la mancanza di stereotipi nelle famiglie dei vari gruppi etnici (Wright e Leahey, 1994). In più, è importante capire che le differenze di credenze e di valori, di cui la famiglia è portatrice, possono influire sulla partnership infermiere-famiglia.

Hupcey (1999) ammonisce che le famiglie dovrebbero sempre avere il modo di scegliere il loro livello di partecipazione alla partnership e le famiglie che scelgono di fornire l'assistenza dovrebbero essere riconosciute come partner attivo (Friedemann ed altri, 1997; Hertzberg e Ekman, 1996). La maggior parte delle famiglie cercano più cooperazione da parte dei professionisti (Friedemann ed altri, 1997) e desiderano partecipare alle discussioni del team (McDonald ed altri, 1996) ed alla risoluzione di problemi (Grant, 1999). Skemp Kelley ed altri (2000) citano la necessità di aiutare la famiglia a trovare ruoli di caregivers significativi e soddisfacenti.

B. Valutare il bisogno

Le valutazioni della famiglia sono critiche nell'identificare come la famiglia è stata influenzata dal *life event* atteso o inatteso. Una valutazione della famiglia è un'esplorazione tra infermiere e famiglia per conquistare una comprensione profonda del punto di vista della famiglia rispetto all'evento, della sua forza e della necessità di avere un supporto (Neabel, Fothergill-Bourbonnais, e Dunning, 2000). Questa prospettiva fornisce una comprensione di come la qualità di salute della famiglia si intrecci con la salute dei suoi membri (Lapp, Diemert, e Enestvedt, 1993). Tramite una valutazione completa, l'infermiere svolge un ruolo chiave nell'aiutare le famiglie ad adattarsi agli eventi psicosociali stressanti attesi e inattesi. Sulla base dei risultati della letteratura, così come del parere di esperti, il panel di sviluppo della linea guida formula la seguente raccomandazione:

Raccomandazione 2

Valutare gli individui nel contesto della famiglia (come la definiscono) per identificare se l'assistenza è richiesta all'infermiere per rinforzare e sostenere la famiglia. Una valutazione della famiglia dovrebbe includere le informazioni nelle seguenti aree, e nello stesso tempo essere confermata per indicare, tramite l'esame, l'unicità di ogni famiglia:

- Struttura della famiglia;
- Dati ambientali
- Forza della famiglia;
- Supporti della famiglia.

Discussione delle evidenze

La letteratura conferma che il processo di valutazione è una componente critica nell'esplorazione generale della salute dell'individuo e della famiglia. Le componenti chiave di una struttura di valutazione e di intervento dell'assistenza infermieristica familiare includono l'ascoltare la famiglia, intrecciando un dialogo partecipativo fra l'infermiere ed i membri della famiglia, riconoscendo i modelli ed identificando, in modo collaborativo, le azioni ed i cambiamenti positivi (Neabel ed altri, 2000). Questi dati sono ottenibili nel tempo, con domande dirette ai membri, con osservazioni e con l'uso, da parte dell'infermiere, di conoscenze e professionalità.

Nel valutare una famiglia, è importante ricordarsi che ogni famiglia è unica e che il processo di valutazione è un percorso di raccolta dati in continua evoluzione poiché i bisogni della stessa cambiano. Le caratteristiche della famiglia, le esperienze precedenti, il livello di sviluppo e le risorse personali sono interattive con l'ambiente e influenzeranno il modo in cui le famiglie gestiscono gli eventi psicosociali stressanti (life events) attesi ed inattesi. (Stover, Vaughan-Cole, O' Neill Conger, Abegglen, e McCoy, 1998).

Le famiglie possono essere valutate utilizzando approcci, tecniche e modelli diversi (Harmon Hanson, 1996). Alcuni esempi (vedere Appendice A) sono il Friedman Family Assessment Model (Friedman, 1992), il Calgary Family Assessment Model (Wright & Leahy, 1994), e il McGill Model/Developmental Health Model (Feeley & Gottlieb, 1998). Il panel di sviluppo della linea guida ammonisce che nessun modello di valutazione potrà dare indicazioni per tutti i bisogni dell'infermiere e della famiglia in ogni situazione. Tuttavia, sulla base di un confronto di modelli e strumenti di valutazione della famiglia, è chiaro che una sua valutazione dovrebbe esplorare e richiamare le aree chiave della struttura della stessa, dei dati ambientali, delle forze messe in atto e del supporto richiesto. (Feeley e Gottlieb, 1998; Friedman, 1992; Laitinen, 1993; Lynn McHale e Smith, 1993; McCubbin e McCubbin, 1993; Skemp Kelley ed altri, 2000; Ward Griffin e McKeever, 2000; Wright & Leahy, 1994).

La struttura della famiglia include le informazioni su: composizione del nucleo familiare, cultura/origine etnica, credo religioso, condizione economica, stile di vita, comportamenti sanitari, grado di sviluppo, struttura del potere e del ruolo all'interno della famiglia, come la famiglia comunica e come può essere contattata. I dati ambientali esplorano il tipo e le caratteristiche della casa come le caratteristiche della comunità quale l'accesso all'assistenza sanitaria, alla ricreazione, alla scuola ed ai rischi ambientali. La forza della famiglia identifica i suoi valori e credenze sulla salute. Altre forze che dovrebbero essere valutate sono i valori fondamentali della famiglia, i meccanismi di risposta e le strategie di problem solving, le risorse e le capacità. I supporti della famiglia rappresentano un'altra area che dovrebbe essere valutata.

I supporti della famiglia esaminano i tipi di sostegno familiari richiesti durante gli eventi psicosociali stressanti attesi o inattesi. I problemi che dovrebbero essere valutati includendo la valutazione dei fattori stressanti da parte della famiglia, delle preoccupazioni, della vulnerabilità, dei bisogni informativi e del grado della coinvolgimento che la famiglia desidera avere nel fornire assistenza e nei processi decisionali. (L'Appendice B include le domande esplorative in ciascuna di queste aree).

Wright e Leahy (1999) identificano che il motivo più comune offerto dagli infermieri per non valutare abitualmente e coinvolgere le famiglie nella loro pratica è che "non hanno tempo,..". Essi propongono che un'intervista di 15 minuti alla famiglia possa essere utile, efficace, informativa, e perfino terapeutica per i membri della famiglia. Le componenti chiave di un'intervista alla famiglia di 15 minuti includono le discussioni e le domande terapeutiche, identificando i componenti del nucleo familiare, le forze della famiglia e quelle individuali.

Per recuperare i dati sulla famiglia, Wright e Leahy (1999) suggeriscono che l'infermiere ha bisogno di cercare attivamente le opportunità di stimolare intenzionalmente delle discussioni con i membri della

famiglia. Ciò può essere realizzato invitando la famiglia ad accompagnare il paziente all'unità, alla clinica o all'ospedale. La famiglia può essere inclusa di routine nelle procedure di ammissione. Durante l'orientamento del paziente, la famiglia può essere invitata routinariamente a fare domande e partecipare.

Per sapere di più circa il nucleo e la struttura familiare, gli infermieri possono fare domande sull'età e sull'attuale stato di salute dei membri che compongono la famiglia. Una volta che queste informazioni sono state raccolte, l'infermiere può valutare le informazioni esterne alla struttura familiare facendo domande come “chi, al di fuori dalla vostra cerchia familiare, rappresenta per voi una risorsa o uno stress importante?,” (Wright e Leahey, 1999). Per valutare come, nel passato, il cliente e la famiglia hanno gestito i problemi di salute, gli infermieri possono chiedere alla famiglia di descrivere le abitudini in ambito domestico. Infine, gli infermieri dovrebbero consultare le famiglie ed i clienti circa le loro idee e preoccupazioni rispetto ai trattamenti ed alla dimissione (Wright e Leahey, 1999).

Nell'intervista di 15 minuti, Wright e Leahey (1999) identificano le domande che richiamano temi importanti come la condivisione delle informazioni, le aspettative e le sfide degli eventi psicosociali stressanti e le preoccupazioni/problematiche più pressanti che devono essere valutate. Laforet-Fliesser e Ford-Gilboe (1996) inoltre identificano cinque problemi ampi che possono essere esplorati con le famiglie per aiutare gli infermieri ad identificare il modo migliore per sostenere le stesse. (Esempi di queste domande possono essere trovati nell'Appendice B).

C. Fornire Informazioni, Accedere alle Risorse e Sostenere la Famiglia

Il panel di sviluppo della linea guida crede che le famiglie svolgano un ruolo cruciale nella qualità della cura. Se si forniscono supporti e consigli, si realizza il miglioramento della qualità di vita sia per il paziente che le loro famiglie. Come professionista di fiducia, l'infermiere è in una posizione unica per guidare la famiglia ad accedere ai supporti richiesti durante il continuum di cura.

Raccomandazione 3

Identificare le risorse ed i supporti per aiutare le famiglie rispetto agli eventi psicosociali stressanti, se questi sono attesi o inattesi. Le risorse dovrebbero essere identificate all'interno delle seguenti tre categorie:

- Intrafamigliare;
- Interfamigliare;
- Extrafamigliare.

Discussione delle evidenze

La letteratura ha notato che le famiglie che accedono alle risorse guadagneranno un senso di controllo (gli aiuti alleviano la difficoltà e lo sforzo del caregiver) e ridurrà i problemi di salute mentale (es. depressione) spesso associati ai caregivers familiari (Bourgeois, Schulz e Burgio, 1996; Gottlieb e Johnson, 2000; Ostwald, Hepburn, Caron, Bums & Mantell, 1999). Riconoscendo ed identificando queste risorse che possono essere classificate come intrafamigliari, interfamigliari e extrafamigliari, gli infermieri possono guidare le famiglie ad accedere a questi mezzi, riconoscendo che questi possono richiedere un approccio multi-focale che comprenda tutte e tre le aree (Bourgeois ed altri, 1996).

Intrafamigliare: Gli infermieri possono sostenere le famiglie nel riconoscere la loro forza e nell'investire su questa; nei momenti di stress ogni famiglia fa fronte in un unico modo. Durante la valutazione, dovrebbero essere identificati i meccanismi reattivi individuali:

- Spiritualità es. preghiera, religione formale (Hawkins, 1996; Magliano ed altri, 1998a);
- Counseling individuale (Bourgeois ed altri, 1996);
- Forza culturale (Fast e Keating, 2000); e
- Implementazione di strategie di auto-cura, es. il diario personale, accettazione di aiuto, riconoscimento del bisogno di riposo e di ricaricarsi di energie. (McDonald ed altri, 1996).

Interfamigliare: È importante aiutare i pazienti e le loro famiglie ad accedere a servizi di gruppi di sostegno (Bourgeois ed altri, 1996; Hawkins, 1996; McDonald ed altri, 1996; Wysocki ed altri, 1997) e di reti informali. Alcune risorse che le famiglie possono considerare sono:

- Gruppi di sostegno specifici per i bisogni della famiglia: es. Gruppo di sostegno Alzheimer (Bourgeois ed altri, 1996);
- Newletters: es. Bone Marrow Transplant Newsletter -Notiziario del Trapianto di Midollo Osseo- (McDonald ed altri, 1996);
- Organizzazione di programmi educativi per le famiglie relativi all'addestramento di abilità specifiche (Bourgeois ed altri, 1996; McDonald ed altri, 1996; Wysocki ed altri, 1997); e
- Amici o famiglie che prestano aiuto rispetto a: governo della casa, necessità alimentari, trasporto e compagnia (Dokken e Sydnor-Greenberg, 1998).

Extrafamigliare: Gli infermieri possono fungere da difensori, coordinatori e facilitatori dell'accesso alla cura e fornire informazioni su:

- Risorse e programmi della comunità es. assistenza domiciliare e *respite care* (Bourgeois ed altri, 1996; Dokken e Sydnor-Greenberg, 1998; Gottlieb e Johnson, 2000; Hawkins, 1996; Laitinen, 1993).
- Guide alle risorse della comunità: es. Carta dei Servizi territoriali; e
- Programmi educativi e di addestramento delle abilità (Hawkins, 1996, Magliano ed altri, 1998a, McDonald ed altri, 1996).

D. Formazione per gli infermieri, la famiglia, i politici e il pubblico

La formazione continua per *tutte* le parti coinvolte (infermiere, famiglia, politici e pubblico) è la chiave per il sostegno alle famiglie.

Per gli **infermieri**, questa formazione è una componente essenziale per capire il loro ruolo nel fare fronte e facilitare la famiglia. La formazione aiuterebbe gli infermieri a riconoscere i propri pregiudizi (per esempio culturali, spirituali), a riconoscere la specificità del ruolo della famiglia nella vita del paziente/utente, e a valutare la sua capacità di rispondere con strumenti di valutazione pertinenti. La formazione nella pratica infermieristica è un'aspettativa che dura tutta la vita. (Vedere le Raccomandazioni per la Formazione per una discussione sulle competenze richieste dalla pratica infermieristica, nella cura centrata sulla famiglia).

La formazione per le **famiglie ed i clienti** supporta la loro capacità di risposta fornendo informazioni malattia-specifiche, informazioni relative allo sviluppo di abilità e di risposte adeguate, ed informazioni sul come muoversi nel sistema sanitario. Fornire formazione e informazioni è un passaggio importante nel coinvolgimento della famiglia nella cura dei loro membri, poiché non sempre lo è quanto desidera. (Laitinen, 1993).

Infine, la formazione per i **politici ed il pubblico** è essenziale nella famiglia che fa fronte ai *life events* attesi ed inattesi; gli infermieri devono istruire i politici ed il pubblico sui problemi che influiscono sulla cura (vedere le Raccomandazioni per l'Organizzazione & la Politica).

Raccomandazione 4

Formare e fornire le informazioni agli infermieri, alle famiglie, ai politici ed al pubblico per aiutare le famiglie a controllare gli eventi psicosociali stressanti attesi o inattesi.

Discussione delle evidenze

La letteratura indica che alcuni setting pratici non supportano la nozione che le famiglie e gli infermieri richiedono della formazione per intensificare la consapevolezza della necessità che venga coinvolta la famiglia (Friedemann ed altri, 1997), anche se, attraverso la ricerca, è ampiamente conosciuto che gli infermieri coinvolti in aree specialistiche hanno bisogno di aumentare le attività educative (Bromberg & Higginson, 1996; Kovach & Meyer-Arnold, 1996; Wehtje-Winslow & Carter, 1999). Dal momento che la relazione tra operatori sanitari e le famiglie è cambiata nel tempo, gli infermieri hanno la necessità di essere preparati ad adattare la cura ai bisogni delle famiglie ed al loro stile preferito di interazione. Dixon (1996) concorda sul fatto che la formazione faciliterà questo adattamento.

La formazione riguardante il ruolo delle famiglie nel fornire assistenza è un'altra importante area di supporto. Dal momento che continuano ad essere implementate delle Riforme di Assistenza Sanitaria, questo produce un grande impatto sulla famiglia. Alcune famiglie desiderano più controllo e partecipazione nella cura del loro familiare, mentre altre ritengono che le istituzioni debbano assumere maggiori responsabilità nei problemi assistenziali. Skemp Kelley ed altri (2000) esaminano una partnership negoziata nei problemi di assistenza sanitaria. Sono stati ricercati i programmi di sostegno che comprendono delle componenti educative e le indicazioni sono che i supporti devono essere resi disponibili per le famiglie in una fase precoce (Magliano ed altri., 1998a). Le famiglie devono essere consapevoli delle opzioni possibili e delle aspettative del sistema sanitario (Dokken & Sydnor-Greenberg 1998; Mayer ed altri, 1990; McDonald ed altri., 1996). I programmi di formazione malattia-specifici come per es. la gestione del comportamento delle persone con demenza per i caregivers, possono diminuire il peso della cura degli stessi (Buckwalter ed altri, 1999); è necessaria la valutazione dei programmi di formazione per stimare la loro efficacia e validità (Bauman, Drotar, Leventhal, Perrin & Pless, 1997; Briggs & Thompson, 2000).

Cambiare la politica della visita ai degenti nelle istituzioni che ne limitano l'accesso, avrà un impatto positivo sulle famiglie che fronteggiano i *life events* (Giganti, 1998). Sono essenziali ulteriori ricerche per guidare le decisioni riguardanti le politiche ed i problemi dei finanziamenti per supportare i caregivers (Fast e Keating, 2000).

Raccomandazioni per la Formazione

La cura centrata sulla famiglia dovrebbe essere compresa e posta in luce a tutti i livelli della formazione infermieristica. L'esame della definizione della cura centrata sulla famiglia di Dunst, Trivette e Deal(1994) rivela un certo numero di credenze che enfatizza un approccio partecipativo e altamente responsivo a lavorare con le famiglie. Grande enfasi dovrebbe essere data a:

- Creazione di opportunità perché le famiglie diventino più competenti ed indipendenti;
- Rinforzo alle famiglie che poggia sulle loro forze e risorse naturali piuttosto che sostituire la loro rete sociale di sostegno con un servizio professionale "esperto,," e
- Aumento dell'acquisizione, da parte della famiglia, di un'ampia varietà di competenze e di risorse.

Porre il focus sulla famiglia (non sul paziente), sulla capacità della famiglia (non sui deficit) e sulla promozione dei comportamenti che facilitano la crescita (non sul trattamento dei problemi) contrasta con un più tradizionale approccio all'assistenza infermieristica. Concettualizzare il rapporto fra infermiere e famiglia come una condivisione reciproca della responsabilità e della soluzione dei problemi, richiede un cambiamento sostanziale delle modalità con cui i professionisti interagiscono con le famiglie. I programmi formativi professionali potrebbero, in parte, aiutare questo cambiamento e l'espansione dei ruoli che l'infermiere gioca nel lavoro con le famiglie.

Un orientamento rivolto alla cura centrata sulla famiglia dovrebbe includere la valutazione della famiglia (dati ambientali, struttura, identificazione della forza, supporti e bisogni, stadio dello sviluppo e storia della famiglia) e la vision, i valori ed i principi del sostegno e del rinforzo delle famiglie. In più, è importante assicurare che lo staff infermieristico abbia la consapevolezza e la capacità di accedere realmente alle risorse (intrafamigliari, interfamigliari e extrafamigliari), le informazioni e l'attuale ricerca sulla cura centrata sulla famiglia.

Offrendo le occasioni di sviluppo professionale, le organizzazioni permettono agli infermieri di:

- Aumentare la conoscenza e le abilità sulla cura centrata sulla famiglia (per es. comunicazione efficace e abilità a gestire conflitti, negoziazioni, advocacy, ecc.).
- Accedere a una varietà di attività di sviluppo professionale (per es. workshop e corsi interni o esterni), con una programmazione flessibile, il rimborso spese o il pagamento delle attività di sviluppo professionali ecc.

Raccomandazione 5

Sostenere un ambiente che abbia cura del posto di lavoro, tendente alla pratica centrata sulla famiglia:

- Assicurando che lo staff infermieristico sia orientato alla cura centrata sulla famiglia, compresa la valutazione della famiglia;
- Assicurando che gli infermieri abbiano la consapevolezza e la capacità di accedere efficacemente alle risorse;
- Offrendo occasioni continue per lo sviluppo professionale dello staff infermieristico, comprendendo la conoscenza e l'abilità riguardanti la cura centrata sulla famiglia .

Raccomandazioni per l'Organizzazione & la Politica

Promuovere un ambiente assistenziale

Molte delle raccomandazioni contenute in questa linea guida sono sostenute da politiche che curano e supportano il posto di lavoro/ambiente. Se i setting pratici non sono favorevoli al sostegno ed al rinforzo delle famiglie, sarà difficile per gli infermieri mettere in atto la gamma di attività di best practice suggerite in questo documento. Il panel di sviluppo della linea guida ritiene con forza che il setting pratico ha delle responsabilità verso la persona che riceve la cura, la sua famiglia e verso i dipendenti. Questo comporta di generare, promuovere e sostenere quei setting di pratica che sono ambienti attenti all'assistenza, centrati sulla filosofia del sostegno e del rinforzo alle famiglie. I dipendenti in tutti i settori devono sviluppare i programmi di assistenza che promuovono la salute della famiglia.

Raccomandazione 6

Sostenere l'implementazione della pratica centrata sulla famiglia nel posto di lavoro:

- Assicurando livelli appropriati dello staff, le assegnazioni e le categorie del personale richieste;
- Implementando le pratiche e le politiche centrate sulla famiglia;
- Creando e mantenendo ambienti fisici di lavoro tendenti a promuovere la partecipazione della famiglia;
- Programmando un programma di assistenza dei dipendenti che promuovano la salute della famiglia.

Discussione delle Evidenze

La letteratura supporta il concetto di assicurare **appropriati livelli dello staff** (es. posizioni a tempo indeterminato con orario completo e part-time), staff misto, modelli di erogazione dell'assistenza e risorse che promuovono la continuità e la coerenza del caregiver per permettere agli infermieri di sostenere le famiglie (Kirk, 1998; Ward-Griffin & McKeever, 2000). L'allocazione di uno staff adeguato e appropriato e l'erogazione di un modello assistenziale che faciliti la coerenza e la continuità di cura potrebbe fornire un tempo sufficiente per significative occasioni di interazione tra infermieri, paziente/cliente ed i membri della famiglia, che supportano e rinforzano la famiglia attraverso l'esperienza di assistenza.

Le pratiche e le politiche centrate sulle famiglie (es. politiche di visite aperte, compresi l'orario, il numero dei membri della famiglia e la flessibilità rispetto a chi è considerato famiglia) promuovono e mantengono la partecipazione della famiglia e del paziente alla progettazione, alla presa di decisioni ed alla prestazione assistenziale, come un'attività core dell'organizzazione (Friedemann et al., 1997; Giganti, 1998; Powers, Goldstein, Plank, Thomas & Conkright, 2000). I valori centrati sulla famiglia, sono integrati nella mission, nella vision e nei valori dei settings di pratica, e lo staff infermieristico, attraverso l'orientamento, l'esperienza e l'assimilazione incorpora questi valori nella propria pratica.

L'assistenza centrata sulla famiglia inoltre è supportata dalla **creazione e mantenimento dell'ambiente fisico di lavoro** (per esempio una piacevole atmosfera domestica nella stanza di degenza e nella sala d'attesa), che può accogliere i membri della famiglia (Giganti, 1998; Hertzberg & Ekman, 1996).

I programmi di assistenza dei dipendenti (es. la programmazione flessibile, i periodi di riposo, il gruppo di sostegno e il day care in loco) sono supporti supplementari alla pratica centrata sulla famiglia (Hawkins, 1996).

Advocacy

Molte delle raccomandazioni offerte in questa linea guida dipendono dalla disponibilità di fondi adeguati per l'Assistenza Sanitaria in Ontario, così come dall'appropriata allocazione di fondi da parte delle organizzazioni sanitarie. Se non è disponibile un sufficiente finanziamento pubblico, gli infermieri non avranno né il tempo né la capacità di effettuare la gamma di attività di best practice suggerite in questa linea guida. Per assicurare un adeguato sostegno alla pratica centrata sulla famiglia, gli infermieri devono farsi sostenitori dei cambiamenti di politica pubblica. L'advocacy, o l'atto di promozione di una particolare politica o presa di posizione, è una strategia per il cambiamento ben conosciuta. Mentre l'advocacy è stata storicamente pensata come un approccio politico e fuori dal normale ventaglio di attività dei professionisti sanitari, sempre più le associazioni professionali, le organizzazioni che forniscono assistenza sanitaria ed i politici riconoscono che i professionisti sanitari in particolare (e in generale tutti i cittadini) devono farsi sostenitori dei cambiamenti che ritengono necessari nell'ambito della sanità dell'Ontario.

Negli decenni scorsi le Riforme Sanitarie in Canada hanno spostato il peso della responsabilità del caregiver dagli ospedali e dalle istituzioni, in cui forniscono la cura i caregivers istituzionali, al domicilio ed alla comunità, luoghi cui si pensa che siano le famiglie a fornire l'assistenza (Fast & Keating, 2000). Questi cambiamenti, risultato di uno spostamento significativo della direzione politica, hanno avuto un impatto profondo sugli utenti di tutte le età e sulle loro famiglie. Gli infermieri, come caregivers di pazienti e della sua famiglia, sono influenzati profondamente da questi cambiamenti. Le quote di lavoro pesante, gli ambienti di lavoro stressanti e le risorse limitate inevitabilmente influiscono sulla vita degli infermieri e dei loro pazienti.

Il panel di sviluppo della linea guida sostiene fortemente la raccomandazione che gli infermieri devono assumere un ruolo attivo nel patrocinare i cambiamenti di politica sanitaria e di finanziamento dell'assistenza sanitaria che assicurino adeguate risorse ed appropriati livelli di personale infermieristico nel continuum di cura in tutto l'Ontario.

Gli infermieri devono cogliere ogni opportunità per presentare i loro punti di vista sulla politica sanitaria a tutti gli organismi preposti: amministratori, politici, associazioni di provider e rappresentanti sindacali.

Raccomandazione 7

Patrocinare i cambiamenti nella politica pubblica:

- Facendo pressione per la discussione pubblica sull'assistenza familiare e per lo sviluppo di una presa di posizione pubblica sul livello di assistenza che è ragionevole attendersi dai caregivers familiari e a che punto il pubblico possa aspettarsi che il sistema sanitario si faccia avanti per fornire l'assistenza;
- Facendo pressione per una formazione pubblica sul valore e la legittimità del ruolo dei caregivers familiari;
- Facendo pressione per una gamma completa di programmi adeguati ed efficaci di *respite care* (assistenza di sostituzione) che facilitano il caregiver familiare;
- Facendo pressione per una coerenza nei finanziamenti, nella disponibilità e nell'erogazione di programmi di assistenza di sostituzione in Ontario;
- Facendo pressione per finanziare i progetti di ricerca che esaminino la famiglia come destinatario di cura, assistenza e *respite care*, famiglia come caregiver, e l'applicazione delle lezioni imparate da questa ricerca alla politica pubblica ed allo sviluppo di programmi;
- Facendo pressione per dei meccanismi all'interno delle organizzazioni affinché le famiglie dialoghino con gli altri in un forum aperto.

Discussione delle Evidenze

Lewis (1999) propone di sostenere gli infermieri per:

- Una discussione pubblica sull'assistenza familiare;
- Lo sviluppo di una presa di posizione pubblica su quale livello di assistenza sia ragionevole attendersi dai caregivers familiari; e
- La conferma di quando il pubblico possa aspettarsi che il sistema sanitario inizi a fornire l'assistenza.

La letteratura inoltre sostiene il ruolo degli infermieri come sostenitori di:

- Formazione pubblica sul valore e la legittimità del ruolo dei caregivers familiari (CareWatch Phonenumber, 1999; Laitinen, 1993);
- Una gamma completa di programmi adeguati ed efficaci di assistenza di sostituzione che facilitino i caregivers familiari (Beisecker, Wright, Chrisman, & Ashworth, 1996; Community Care Access Centre, 1999; Hoskins Noll et al., 1996; Laitinen, 1993);
- Coerenza nei finanziamenti, disponibilità ed erogazione di programmi di assistenza di sostituzione nella comunità in Ontario (Beisecker et al., 1996; Bourgeois et al., 1996; CareWatch Phonenumber, 1999; Hanson, Tetley & Clarke, 1999); e
- Costituzione di un fondo per progetti di ricerca che esaminano l'assistenza della famiglia e la *respite care*, e l'applicazione alla politica pubblica ed allo sviluppo del programma della lezione imparata da questa ricerca, (Fast & Keating, 2000; Lewis, 1998).

Raccomandazione 8

Le linee guida di best practice infermieristica possono essere implementate con successo soltanto se ci sono pianificazione, risorse, supporto organizzativo ed amministrativo adeguati e facilitazioni adatte. Le organizzazioni possono desiderare di sviluppare un programma d'implementazione che includa:

- Una valutazione della preparazione organizzativa e delle barriere formative;
- Partecipazione di tutti i membri (in una funzione di supporto sia diretto che indiretto) che contribuiranno al processo di implementazione;
- Predisposizione di un individuo qualificato dedicato che fornisca il supporto necessario per la formazione e il processo di implementazione;
- Opportunità continue di discussione e formazione per rinforzare l'importanza della best practice.
- Opportunità di riflessione sull'esperienza personale ed organizzativa nell'implementare le linee guida.

A questo proposito, RNAO (attraverso un gruppo di infermieri, ricercatori e amministratori) ha sviluppato il *“Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines”* basato sulle evidenze disponibili, punti di vista teorici e consenso (vedere l'Appendice C). Il Toolkit è raccomandato per guidare l'implementazione della linea guida di best practice infermieristica della RNAO su *Sostegno e Rinforzo alle famiglie durante gli eventi psicosociali stressanti attesi ed inattesi*

Valutazione & Monitoraggio

Le organizzazioni che implementano le raccomandazioni di questa linea guida di best practice infermieristica sono raccomandate di considerare come l'implementazione ed il suo impatto saranno monitorati e valutati. La seguente tabella, basata su una struttura descritta nel Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines (2002), illustra alcuni indicatori per il monitoraggio e la valutazione.

	Struttura	Processi	Risultati
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutare i supporti disponibili nell'organizzazione che permettono agli infermieri di praticare l'assistenza centrata sulla famiglia con i propri utenti. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutazione i cambiamenti nella pratica che portano verso una partnership infermiere-famiglia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutare l'impatto dell'implementazione delle raccomandazioni
Organizzazione/ Unità	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisione delle raccomandazioni della linea guida da parte di comitati organizzativi responsabili delle politiche/procedure. ▪ Mission organizzativa che supporti l'assistenza centrata sulla famiglia e la partnership infermiere/famiglia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modificazione delle politiche e procedure coerenti con i valori dell'assistenza centrata sulla famiglia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento della pratica di assistenza centrata sulla famiglia. ▪ Soddisfazione dello staff.
Provider	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impegno ad assicurare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riconoscimento auto- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo staff infermieristico

	<p>la continuità dell'assistenza centrata sulla famiglia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentuale di infermieri che assistono alle sessioni formative (orientamento, opportunità di sviluppo professionale) sull'assistenza centrata sulla famiglia. ▪ Percentuale di non-infermieri che assistono alle sessioni formative (orientamento, opportunità di sviluppo professionale) sull'assistenza centrata sulla famiglia. 	<p>valutato dell'infermiere sull'importanza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistenza centrata sulla famiglia. ▪ Partnership infermiere-famiglia. ▪ Documentazione della comprensione della famiglia di una situazione piuttosto che il giudizio dell'infermiere del paziente. ▪ Percentuale di auto-segnalazione degli infermieri: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutazione adeguata del desiderio di una famiglia ad essere un partner attivo nell'assistenza ad un proprio membro. ▪ Sviluppo ed adeguata documentazione di un piano di assistenza centrata sulla famiglia. ▪ Condivisione delle preoccupazioni della famiglia con gli altri membri del team sanitario. 	<p>e non riferisce un coinvolgimento attivo nel processo di implementazione</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentuale di assistiti/famiglie con valutazione della famiglia registrata in cartella.
Utenti			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miglioramento della soddisfazione di utente/famiglia ▪ Le famiglie riferiscono di essere incluse nel piano di cura come partner a pieno titolo, e sentono di essere ascoltate.
Costi finanziari	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risorse finanziarie adeguate allo staff per fornire l'assistenza centrata sulla famiglia. ▪ Costi del turnover infermieristico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costi per la formazione ed altri interventi. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampia utilizzazione delle risorse.

La linea guida revisionata sarà sottoposta a disseminazione in base alle strutture ed ai processi stabiliti

Processo di revisione /aggiornamento della linea guida

Il Registered Nurses' Association of Ontario propone di aggiornare le linee guida di miglior pratica secondo le seguenti modalità:

1. Dopo la disseminazione, tutte le linee guida di miglior pratica infermieristica saranno sottoposte a revisione da un gruppo di specialisti nell'area di interesse (*Review Team*) a distanza di tre anni dall'ultima revisione.
2. Durante il periodo di tre anni che intercorre dallo sviluppo delle linee guida alla relativa revisione, il gruppo del *Nursing Best Practice Guidelines Program* dell'RNAO effettuerà un regolare monitoraggio delle nuove revisioni sistematiche, metanalisi e *trials* controllati randomizzati nel settore.
3. In base ai risultati del monitoraggio, il gruppo incaricato del progetto potrebbe raccomandare di anticipare l'attuazione della revisione. Un'appropriata consultazione con il gruppo dei membri del comitato originale e ad altri specialisti del settore aiuterà a stabilire se le linee guida devono essere revisionate prima del periodo prestabilito di tre anni.
4. Tre mesi prima della scadenza del periodo prestabilito, il personale incaricato del progetto intraprenderà la pianificazione del processo di revisione mediante:
 - a. convocare gli specialisti del settore per partecipare al Gruppo di Revisione. Il Gruppo di Revisione sarà formato dai membri del comitato originale così come da altri specialisti raccomandati
 - b. comporre i *feedback* ricevuti, le problematiche riscontrate durante la fase di disseminazione, altre annotazioni ed esperienze maturate nelle sedi di implementazione
 - c. elencare le nuove linee guida di pratica clinica del settore, le revisioni sistematiche, le metanalisi, le revisioni tecniche, e la ricerca di *trials* controllati randomizzati
 - d. sviluppare un dettagliato piano di lavoro, incluso un calendario con le scadenze da rispettare (date degli obiettivi e di consegna)

Le linee guida così revisionate saranno disseminate secondo i processi e le strutture prestabiliti.

Riferimenti

- Aronson, J. (1991). Dutiful daughters and undemanding mothers. Constraining images of giving and receiving care in middle and later life. In C. Baines, P. Evans, & S. Neysmith (Eds.), *Women's caring: Feminist perspectives on social welfare*. (pp. 138-168). Toronto, ON: McClelland & Stewart.
- Baker, D., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying takeholder analysis to merger life-cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 11-20.
- Bauman, L. J., Drotar, D., Leventhal, J. M., Perrin, E. C., & Pless, I. B. (1997). A review of psychosocial interventions for children with chronic health conditions. *Pediatrics*, 100(2 Part I), 244-251.
- Beisecker, A. E., Wright, L. J., Chrisman, S. K., & Ashworth, J. (1996). Family caregiver perceptions of benefits and barriers to the use of adult day care for individuals with Alzheimer's disease. *Research on Aging*, 18(4), 430-450.
- Berg, M. (1997). Problems and promises of the protocol. *Social Science and Medicine*, 44(8), 1081-1088.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., & Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236-248.
- Bourgeois, M. S., Schulz, R., & Burgio, L. (1996). Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: A review and analysis of content, process, and outcomes. *International Journal of Aging and Human Development*, 43(1), 35-92.
- Briggs, M. & Thompson, C. (2000). Support for carers of people with Alzheimer's type dementia. *The Cochrane Library*, 1(1), 1- 14.
- Bromberg, H. M. & Higginson, I. (1996). Bereavement follow-up: What do palliative support teams actually do? *Journal of Palliative Care*, 12(1), 12-17.
- Buckwalter, K. C., Gerdner, L., Kohout, F., Hall, R. G., Kelly, A., Richards, B. et al. (1999). A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(2), 80-88.
- Canadian Study of Health and Aging (1994). Patterns for caring for people with dementia. *Canadian Journal of Aging*, 13(4), 70-487.
- CareWatch Phoneline (1999). *Behind Closed Doors: Home Care Stories from the Community*. Community Care Access Centre Toronto [On-line]. Available: <http://www.torontoccac.com/caregiver.pdf>.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Clarke, M. & Oxman, A. D. (1999). *Cochrane Reviewer's Handbook 4.0 (Version 4.0)* [Computer software]. Oxford, England: The Cochrane Collaboration.
- Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G., & Moran, S. (1999). Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(1), 21-28.
- College of Nurses of Ontario (1999). *Standard for the therapeutic nurse-client relationship for registered nurses and registered practical nurses in Ontario*. Toronto, ON: College of Nurses of Ontario.
- Community Care Access Centre (1999). *Sustaining caregivers - a position paper of the board of directors of the Toronto Community Care Access Centre* [On-line]. Available: <http://www.torontoccac.com/caregiver.pdf>.
- Davidhizar, R. & Giger, J. (1998). *Canadian transcultural care: Assessment and intervention*. St. Louis: Mosby.
- Dixon, D. M. (1996). Unifying concepts in parents' experiences with health care providers. *Journal of Family Nursing*, 2(2), 111.
- Dokken, D. & Sydnor-Greenberg, N. (1998). Helping families mobilize their personal resources. *Pediatric Nursing*, 24(1), 66-69.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M. & Deal, A. G. (Eds.). (1994). *Supporting and Strengthening Families: Volume 1, Methods, strategies and practices*. Brookline Books: Cambridge, Massachusetts.
- Fast, J. E. & Keating, N. C. (2000). *Family caregiving and consequences for carers: Toward a policy research agenda. - CPRN discussion paper*. Ottawa, Ontario: Canadian Policy Research Networks, Inc.

- Feeley, N. & Gottlieb, L. N. (1998). Classification systems for health concerns, nursing strategies, and client outcomes: Nursing practice with families who have a child with a chronic illness. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(1), 45-59.
- Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- Fisher, K. L. (1995). Equally responsible partnerships. *Rehabilitation and Community Care Management*, 12(4), 2-4.
- Friedemann, M. L., Montgomery, R. J., Maiberger, B., & Smith, A. A. (1997). Family involvement in the nursing home: Family-oriented practices and staff-family relationships. *Research in Nursing & Health*, 20(6), 527-537.
- Friedman, M. M. (1992). Family development theory. In M. M. Friedman (Ed.), *Family Nursing: Theory and practice*. (pp. 81-112). Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Giganti, A. W. (1998). Families in pediatric critical care: The best option. *Pediatric Nursing*, 24(3), 261-265.
- Gottlieb, B. H. & Johnson, J. (2000). Respite programs for caregivers of persons with dementia: A review with practice implications. *Aging & Mental Health*, 4(2), 119-129.
- Grant, J.S. (1999). Social problem-solving partnerships with family caregivers. *Rehabilitation Nursing*, 24(6), 254-60.
- Gregor, F. (1999). From women to women: Nurses, informal caregivers and the gender dimensions of health care reform in Canada. *Health and Social Care in the Community*, 5(1), 30-36.
- Hanson, E. J., Tetley, J., & Clarke, A. (1999). Respite care for frail older people and their family carers: Concept analysis and user focus group findings of a pan-European nursing research project. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6), 1396-1407.
- Harmon Hanson, S. M. (1996). Family assessment and intervention. In S.M. Harmon Hanson & S. Thalman Boyd (Eds.) *Family health care nursing*, 147-172.
- Harmon Hanson, S. M. & Thalman Boyd, S. (1996). Family nursing: An overview. In S.M. Harmon Hanson, & S. Thalman Boyd (Eds.) *Family health care nursing* (pp.5-37). Philadelphia: F. A. Davis.
- Hawkins, B. (1996). Daughters and caregiving - taking care of our own. *American Association of Occupational Health Nurses*, 44 (9), 433-437.
- Health Services Restructuring Commission (1997). *Rebuilding Ontario's Health System: Interim planning guidelines and implementation strategies. A discussion paper*. Toronto, ON: Health Services Restructuring Commission.
- Hertzberg, A. & Ekman, S. L. (1996). How the relatives of elderly patients in institutional care perceive the staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(4), 205-211.
- Hoskins Noll, C., Baker, S., Sherman, D., Bohlander, J., Bookbinder, M., Maislin, G., et al. (1996). Social support and patterns of adjustment to breast cancer. *An International Journal*, 10(2), 99-123.
- Hupcey, J. E. (1999). Looking out for the patient and ourselves - the process of family integration into the ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 8(3), 253-262.
- Kelly Martel, L. (1996). Family nursing with childbearing families. In S. M. Harmon Hanson & S. Thalman Boyd (Eds.), *Family health care nursing* (pp. 215-236).
- Kirk, S. (1998). Families' experiences of caring at home for a technology-dependent child: A review of the literature. *Child: Care, Health and Development*, 24(2), 101-114.
- Kovach, C. R. & Meyer-Arnold, E. A. (1996). Coping with conflicting agendas: The bathing experience of cognitively impaired older adults. *School Inquiry for Nursing Practice*, 10(1), 23-36.
- Laforet-Fliesser, Y. & Ford-Gilboe, M. (1996). Learning to nurse families using the developmental health model: Educational strategies for undergraduate students. *Journal of Family Nursing*, 2(4), 383-399.
- Laitinen, P. (1993). Participation of caregivers in elderly-patient hospital care: Informal caregiver approach. *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1480-1487.
- Lapp, C. A., Diemert, C. A., & Enestvedt, R. (1993). Family based practice: Discussion of a tool merging assessment with intervention. In G. D. Wegner & R. J. Alexander (Eds.), *Readings in family nursing* (pp.280-290). Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.
- Lewis, S. (Speaker) (1999). *Informal caregivers and public policy: Reconciling diverse interests*. Toronto, ON: Canadian Association of Retired Persons National Forum on Home Care.

- Lynn McHale, D. J. & Smith, A. (1993). Comprehensive assessment of families of the critically ill. In G. D. Wegner & R. J. Alexander (Eds.), *Readings in family nursing* (pp. 309-328).
- Madjar, I. & Walton, J.A. (2001). What is problematic about evidence? In J. M. Morse, J. M. Swanson & A. J. Kuzel (Eds.), *The Nature of Qualitative Evidence* (pp. 28-45). Thousand Oaks: Sage.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Xavier, M., Held, T., Guarneri, M. et al. (1998a). Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry Epidemiology*, 7(3), 413-419.
- Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., Almeida de Caldas, J. M., Held, T., Guarneri, M. et al. (1998b). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry Epidemiology*, 33(4), 405-412.
- Marshall, V. (1994). A critique of Canadian aging and health policy. In C.B. Danielson, B. Hamel- Bissell, & P. Winstead-Fry (Eds.), *Aging: Canadian Perspectives*. Peterborough, ON: Broadview Press.
- Martin Matthews, A. (1992). *Final report - Homemakers services to the elderly: Provider characteristics and client benefit*. Guelph, ON: University of Guelph.
- Mayer, J. B., Kapust, L. R., Mulcahey, A. L., Helfand, L., Heinlein, A.N., Seltzer, M.M., et al. (1990). Empowering families of the chronically ill: a partnership experience in the hospital setting. *Social Work Health Care*, 14(4), 73-90.
- McCubbin, A. & McCubbin, H. (1993). Families coping with illness: The Resiliency Model of family stress, adjustment, and adaptation. In C. B. Danielson, B. Hamel-Bissell, & P. Winstead-Fry (Eds.), *Families health and illness: Perspectives on coping and intervention*. St. Louis: Mosby YearBook.
- McDonald, J. C., Stetz, K. M., & Compton, K. (1996). Educational interventions for family caregivers during marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 23(9), 1432-1439.
- McKeever, P. (1994). Between women: Nurses and family caregivers. *Canadian Journal of Nursing Research*, 26(4), 15-21.
- Miller, L. L., Hornbrook, M. C., Archbold, P. G., & Stewart, B. J. (1996). Development of use and cost measures in nursing interventions for family caregivers and frail elderly patients. *Research in Nursing & Health*, 19(4), 273-285.
- National Health and Medical Research Centre (1998). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. [Online]. Available: <http://www.dcita.gov.au/infoaccess/infoaccessnetwork/index.html>
- Neabel, B., Fothergill-Bourbonnais, F., & Dunning J. (2000). Family assessment tools: A review of the literature from 1978-1997. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 29(3), 196-209.
- Ontario Public Health Association (OPHA) (1996). *Making a difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto, ON: Government of Ontario.
- Ostwald, S. K., Hepburn, K. W., Caron, W., Burns, T., & Mantell, R. (1999). Reducing caregiver burden: a randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist*, 39(3), 299-309.
- Powers, P. H., Goldstein, C., Plank, G., Thomas, K. & Conkright, L. (2000). The value of patient-and family-centred care. *American Journal of Nursing*, 100(5), 84-8.
- Rankin, S. (1989). Family transitions: Expected and unexpected. In C. L. Gillis, B. L. Highly, B. M. Roberts, & I. M. Martinson (Eds.), *Towards a science of family nursing*. Don Mills, ON: Addison Wesley.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't: It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- Skemp Kelley, L., Pringle Specht, J. K., & Maas, M.L. (2000). Family involvement in care for individuals with dementia protocol. *Journal of Gerontological Nursing*, 8(3), 13-21.
- Statistics Canada (1994). *Health status of Canadians: Report of the 1991 General Social Survey* [On-line]. Available: <http://www.statcan.ca/english/IPS/Data/11-612-MPE1994008.htm>
- Stover, L. J., Vaughan-Cole, B., O'Neill Conger, C., Abegglen, J. C., & McCoy, M. (1998). Interviewing the family unit. In B. Vaughan-Cole, M. Johnson, J. A. Malone, & B. L. Walker (Eds.). *Family Nursing Practice* (pp. 61-87). Toronto, Canada: W.B. Saunders.

- Sweeney, K. G. (1998). The information paradox. In M. Evans & K. Sweeney (Eds.), *The human side of medicine*. (pp. 17-25). London: The Royal College of General Practitioners.
- Thalman Boyd, S. (1996). Theoretical and research foundations of family nursing. In S. M. Harmon Hanson & S. Thalman Boyd (Eds.), *Family health care nursing*. (pp. 41-56). Philadelphia: F.A. Davis.
- Vanier Institute of the Family (1994). *Profiling Canada's families*. Ottawa, ON: Vanier Institute of the Family.
- Ward-Griffin, C. (2001). Negotiating care of frail elders: Relationships between community nurses and family caregivers. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(2), 63-81.
- Ward-Griffin, C. & McKeever, P. (2000). Relationships between nurse and family caregivers: Partners in care? *Advances in Nursing Science*, 22(3), 89-103.
- Wass, A. (2000). *Promoting health: The primary health care approach*. (2 ed.) Toronto, ON: Harcourt Saunders.
- Wehtje-Winslow, B. & Carter, P. (1999). Patterns of burden in wives who care for husbands with dementia. *Nursing Clinics of North America*, 34(2), 275-287.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (1999). Maximizing time, minimizing suffering: The 15-minute (or less) family interview. *Journal of Family Nursing*, 5(3), 259-274.
- Wright, L. & Leahy, M. (1994). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. (2nd ed.) Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Wysocki, T., Harris, M. A., Greco, P., Harvey, L. M., McDonnell, K., Elder Danda, C.L. et al. (1997). Social validity of support group and behavior therapy interventions for families of adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(5), 635-649.

Bibliografia

- Bailey, D. A. & Mion, L. C. (1997). Improving caregivers' satisfaction with information received during hospitalization. *Journal of Nursing Administration*, 27(1), 21-27.
- Blanchard, C. G., Toseland, R. W., & McCallion, P. (1996). The effects on a problem-solving intervention with spouses of cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14(2), 2-21.
- Bloch, S., Szmukler, G. I., Herrman, H., Coluss, S., & Benson, A. (1995). Counselling caregivers of relatives with schizophrenia: Themes, interventions, and caveats. *Family Process*, 34(4), 413-425.
- British Columbia Seniors' Advisory Council (1995). *Building partnerships: Support for informal caregivers - position paper* [On-line]. Available: <http://www.hlth.gov.bc.ca/seniors/SAC/docs/caregive.html>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058-1062.
- Chang, B. L. (1999). Cognitive-behavioral intervention for homebound caregivers of persons with dementia. *Nursing Research*, 48(3), 173-182.
- Clarke, E. J., Preston, M., Bengtson, V. L., & Raksin, J. (1999). Types of conflicts and tensions between older parents and adult children. *The Gerontologist*, 39(3), 261-270.
- Comana, T. M., Brown, M. V., & Tomas, D. J. (1998). The effect of reminiscence therapy on family coping. *Journal of Family Nursing*, 4(2), 182-197.
- Compton, K., McDonald, C. J., & Stetz, M. K. (1996). Understanding the caring relationship during marrow transplantation: Family caregivers and healthcare professionals. *Oncology Nursing Forum*, 23(9), 1428-1432.
- Diemer, G. A. (1997). Expectant fathers: Influence of perinatal education on stress, coping and spousal relations. *Research in Nursing & Health*, 20(4), 281-293.
- Falk-Rafael, A. (2000). Evidence-based practice: The good, the bad, the ugly. *Registered Nurse*, 12(4), 5-6, 9.
- Farhood, L. F. (1999). Testing a model of family stress and coping based on war and non-war stressors, family resources and coping among Lebanese families. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(4), 192-203.
- Federal/Provincial/Territorial Committee (Seniors) (1999). *Innovations in best-practice models of continuing care for seniors*. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Gerdner, A. L., Hall, R. G., & Buckwalter, C. K. (1996). Caregiver training for people with Alzheimer's based on a stress threshold model. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 28(3), 241-246.
- Gross, M. L. (1999). Ethics education and physician morality. *Social Science and Medicine*, 49(3), 329-342.

- Hansell, S. P., Hughes, B. C., Caliandro, G., Russo, P., Budin, C. W., Hartman, B., et al (1998). The effect on a social support boosting intervention on stress, coping and social support in caregivers of children with HIV / AIDS. *Nursing Research*, 47(2), 79-86.
- Hawley, D. R. & Dehaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35(3), 283-298. Health Canada (2000). *A guide to end-of-life care for seniors*. Ottawa, ON: Health Canada.
- Hernandez, N. & Kolb, S. (1998). Effects of relaxation on anxiety in primary caregivers of chronically ill children. *Pediatric Nursing*, 24(1), 51-56.
- Horn, D. J., Feldman, M. H., & Ploof, L. D. (1995). *Parent and professional perceptions about stress and coping strategies during a child's lengthy hospitalization*. Pittsburgh: The Haworth Press, Inc.
- Howe, A. L., Scholfield, H., & Herrman, H. (1997). Caregiving : A common or uncommon experience? *Social Science and Medicine*, 45(7), 1017-1029.
- Hull, M. M. (1992). Coping strategies of family caregivers in hospice homecare. *Oncology Nursing Forum*, 19(8), 1179-1187.
- Jocelyn, L. J., Beattie, D., Bow, J., & Kneisz, J. (1998). Treatment of children with autism: A randomized controlled trial to evaluate a caregiverbased intervention program in community day-care centers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19(5), 326-334.
- Krause, N. (1998). Early parental loss, recent life events, and changes in health among older adults. *Journal of Aging and Health*, 10(4), 395-421.
- Labonte, R. (1998). *Health promotion and empowerment: Practice frameworks*. Toronto, ON: University of Toronto, Centre of Health Promotion.
- Lamb, J. M., Puskar, K. R., Sereika, S. M., & Corcoran, M. (1998). School-based intervention to promote coping in rural teens. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 23(4), 187-194.
- Leith, B. A. (1999). Patients' and family members' perceptions of transfer from intensive care. *Heart & Lung*, 28(3), 210-218.
- Low, J., Payne, S., & Roderick, P. (1999). The impact of stroke on informal carers: A literature review. *Social Science and Medicine*, 49(3), 711-725.
- Magyary, D. & Brandt, P. (1996). A school-based self-management program for youth with chronic health conditions and their parents. *Canadian Journal of Nursing Research*, 28(4), 57-77.
- Mazurek, B. M. & Gillis Alpert, L. J. (1996). Enhancing coping outcomes of mothers and young children following marital separation: A pilot study. *Journal of Family Nursing*, 2(3), 266.
- Mead, P. (2000). Clinical guidelines: Promoting clinical effectiveness or a professional minefield? *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 110-116.
- Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Shulman, E., Steinberg, G., & Levin, B. (1996). A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *The Journal of the American Medical Association*, 276(21), 1725-1731.
- Molassiotis, A., Akker, D. V., & Boughton, B. J. K. (1997). Perceived social support, family environment and psychosocial recovery in bone marrow transplant long-term survivors. *Social Science and Medicine*, 44(3), 317-325.
- Murphy, S. A., Johnson, C., Cain, K. C., & Das Gupta, A. (1985). Broad spectrum group treatment for parents bereaved by the violent deaths of their 12-to-28-year-old children: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 22(3), 209-235.
- Ogden Burke, S., Kauffmann, E., Costello, E., Wiskin, N., & Harrison, B. M. (1998). Stressors in families with a child with a chronic condition: An analysis of qualitative studies and a framework. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(1), 71-95.
- Ong, L. M. L., DeHaes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1994). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40(7), 903-918.
- Ontario Coalition of Senior Citizens' Organizations. (1998). *A snapshot of caregiving in Ontario* (Rep. No. Final Report).
- Pomeroy, E. C., Rubin, A., & Walker, R. J. (1996). A psychoeducational group intervention for family members of persons with HIV/AIDS. *Family Process*, 35(299), 312.

- Popay, J. & Williams, G. (1998). Qualitative research and evidence-based healthcare. *Journal of Royal Society of Medicine*, 91(35), 32-37.
 - Roberts, J., Browne, G., Milne, C., Spooner, L., Gafni, A., Drummond-Young, M., et al. (1998). Problem-solving counseling for caregivers of the cognitively impaired: Effective for whom? *Nursing Research*, 48(3), 162-172.
 - Robertson, J. (1998). Stress point interventions for parents of children in hospital with chronic conditions reduced stress and improved child and family functioning- Commentary. *Evidence-Based Nursing*, 1(3), 79.
 - Robinson, S. M., Mackenzie Ross, S., Hweson, C. G. L., Egleston, C. V., & Prevost, A. T. (1998). Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *The Lancet*, 352(9128), 614-617.
 - Schut, H. A. W., Stroebe, M. S., Bout, V D. J., & Keijser, D. J. (1997). Intervention for the bereaved: Gender differences in the efficacy of two counselling programmes. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(Pt 1), 63-72.
 - Steffen, A. M., Tebb, S., & McGillick, J. (1999). How to cope: Documenting the changing information needs of Alzheimer's caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14(5), 262-269.
 - Toseland, R. W., Blanchard, C. G., & McCallion, P. (1994). A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Social Science and Medicine*, 40(4), 517-528.
- Woods, N. & Catanzaro, M. (1988). *Nursing research: Theory and practice*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.

Appendice A

Modelli e Strumenti per la Valutazione dei componenti della famiglia

Friedman Family Assessment (Friedman, 1992)	Calgary Family assessment Model (Wright & Leahy, 1994)	Resslency Model of Family Stress, Adjustment & Adaptation (McCubbin & McCubbin, 1993)	McGill Model (Feeley & Gottlieb, 1998; Conference Proceedings from: Professional Approach to Nursing Practice: The McGill Model (1985).	Family Involvement in Care (Skemp Kelley, L., Pringle Specht, J.K., & Maas, M.L., 2000)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificazione dei dati. ▪ Stadio dello sviluppo e storia della famiglia. ▪ Dati ambientali. ▪ Struttura della famiglia. ▪ Funzioni della famiglia. ▪ Capacità di risposta della famiglia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stadio dello sviluppo e storia della famiglia ▪ Strutturale. ▪ Evolutivo. ▪ Funzionale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fase di aggiustamento ▪ Fase di adattamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La famiglia come sottosistema. ▪ Salute come focus del lavoro. ▪ Apprendimento come processo attraverso cui sono acquisiti i comportamenti sanitari. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dati identificativi. ▪ Persona con malattia di Alzheimer. ▪ Membri della famiglia. ▪ Provider convenzionale di cura.

Appendice B

Domande campione per le aree chiave della valutazione della famiglia

Struttura familiare

Identificazione dei dati (Nome, età, indirizzo - Chi è la persona primaria con cui mettersi in contatto? La famiglia ha difficoltà di trasporto?).

Composizione (Unità della famiglia - Può dirmi i componenti della famiglia? C'è qualcun altro che, anche se non è un parente, lei ritiene essere la sua famiglia? Quanto sentite vicina la famiglia?).

Cultura/origine etnica (Conoscenze ed abitudini della famiglia - Potreste dirmi il background culturale della famiglia? L'origine etnica influenza le credenze sulla salute della famiglia? Ci sono abitudini etniche da cui la famiglia può attingere forza o che possono aiutare l'assistenza?).

Identificazione spirituale (Valori caratteristici di una persona che possono o no rappresentare un'affiliazione religiosa - Le vostre credenze spirituali sono una risorsa per i membri della famiglia? C'è qualcuno che può essere contattato per aiutare la famiglia con i suoi bisogni spirituali?).

Condizione economica (Reddito della famiglia - Chi è il sostegno della famiglia? La famiglia è in grado di fronteggiare i bisogni attuali e futuri? Che tipo di lavoro svolge?).

Stile di vita e comportamenti salutari (Nutrizione, droghe, alcool, fumo, attività ed altro).

Stadio dello sviluppo (Attuale stadio di sviluppo della famiglia e storia dello stesso [per esempio nascite, pensioni, genitori anziani, morti], misura entro cui la famiglia soddisfa le prove inerenti allo sviluppo adeguate alla sua fase di sviluppo).

Potere e struttura del ruolo (Chi prende che decisioni? I membri della famiglia sono soddisfatti del modo con cui sono prese le decisioni e di chi lo fa? Che posizione e ruolo agisce pienamente ciascuno dei membri della famiglia? Ci sono conflitti di ruolo? Come sono suddivise le mansioni della famiglia?).

Comunicazione (La capacità della famiglia di interagire con altri. I membri della famiglia sono in grado di comunicare apertamente l'uno con l'altro? Il conflitto è apertamente espresso e discusso? I membri della famiglia si rispettano reciprocamente?).

Dati ambientali

Caratteristiche domestiche (Descrivere le caratteristiche della casa - Può descrivere la sua casa? E' di proprietà o in affitto? Considera il suo ambiente domestico sufficiente per i suoi bisogni?).

Caratteristiche della Comunità (Descrivere i vicini/la comunità, es. rurale o urbano, scuole, attività ricreative, accesso alla sanità, tasso di crimine, rischi ambientali, ecc.?).

Forza della famiglia

Modelli di salute (Credenze, valori e comportamenti della famiglia riguardanti la salute - Come valuta la famiglia il proprio stato di salute attuale? Che problema attuale di salute la famiglia ha identificato?)

Valori (Idee fondamentali, opinioni e presupposti della famiglia – Quali valori/credenze della famiglia l'hanno fin qui aiutata ad adattarsi con o senza successo?)

Meccanismi di risposta ad una situazione difficile (Capacità di adattarsi allo stress e di mantenere benessere emotivo e stabilità dei propri membri - Come la famiglia ha fatto fronte alle crisi passate? Che cosa ha aiutato in maggior/minima parte? Quali forze ha la famiglia per rispondere in modo adeguato? I membri della famiglia differiscono nel modo con cui fronteggiano le situazioni difficili?)

Soluzione dei problemi (Capacità della famiglia di organizzare i possibili fattori stressanti, trattandone le componenti e identificando le linee di condotta per risolverli efficacemente - Come la famiglia ha risolto i problemi nel passato? Che risorse ha usato?)

Risorse e capacità della famiglia (Risorse che la famiglia usa per facilitare l'adattamento ai possibili fattori stressanti – Quali sono le risorse intra, inter e extra famigliari che la famiglia sta usando e su cui richiede delle informazioni?).

Segreti della famiglia

Valutazione dei fattori stressanti (stressor) da parte della famiglia (Qual è la stima della forza e della durata dei possibili fattori stressanti fatta dalla famiglia?).

Preoccupazioni maggiori (Quali sono le preoccupazioni principali della famiglia?).

Adapted from: Feeley & Gottlieb, 1998; Friedman, 1992; Laitinen, 1993; Lynn McHale & Smith, 1993; McCubbin & McCubbin, 1993; Skemp Kelley et al., 2000; Ward-Griffin & McKeever, 2000; Wright & Leahey, 1994.

Esempi delle domande generali per guidare la valutazione e l'intervista con la famiglia:

1. Con chi della vostra famiglia e dei vostri amici desiderate o no condividere le informazioni? (Identifica le alleanze, le risorse e le relazioni conflittuali).
2. Come possiamo essere più utili a voi ed ai vostri famigliari o amici durante l'ospedalizzazione? (Chiarisce le aspettative, l'aumento di collaborazione).
3. Che cosa vi è stato più/meno utile in passato durante l'ospedalizzazione o le visite domiciliari? (Identifica le forze passate, e i problemi per evitare tali momenti ed i successi per ripeterli)
4. Quale è ora la sfida più grande per la vostra famiglia? (Indica le attuali/potenziali sofferenze, i ruoli e le credenza).
5. Di che cosa avete bisogno per preparare meglio voi e i membri della vostra famiglia alla dimissione? (Assistere con una precoce pianificazione della dimissione).
6. Chi credete che attualmente stia soffrendo di più nella vostra famiglia? (Identifica il membro della famiglia che richiede il supporto e l'intervento maggiore).
7. A quale domanda maggiormente desiderate una risposta? (Esamina il problema o la preoccupazione più pressante).
8. Come sono stato più utile a voi in questa riunione con la famiglia? Come potrei migliorare? (Dimostra compiacenza a imparare dalle famiglie e lavorare in collaborazione) (Adattato da Wright & da Leahey, 1999).

Laforet-Fliesser & Ford-Gilboe (1996) identificano cinque domande che possono essere esplorate con le famiglie per aiutare gli infermieri quando effettuano una valutazione della famiglia:

1. Su cosa sta lavorando o come si sta comportando la famiglia?
2. Come sta andando la famiglia riguardo a ciò?
3. Che cosa la famiglia vuole o in quale direzione sta lavorando?
4. Quali risorse sta usando la famiglia e quali altre risorse potrebbero essere mobilitate?
5. Quali aspetti di un più vasto contesto di vita familiare possono spiegare l'attuale comportamento o situazione di salute della famiglia?

Appendice C

Toolkit: Implementazione delle Linee Guida di Pratica Clinica

Le linee guida di best practice possono essere implementate con successo soltanto se ci sono: progettazione, risorse, supporti organizzativi ed amministrativi adeguati e facilitazioni appropriate. A questo proposito, RNAO, attraverso un gruppo di infermieri, ricercatori e emministratori ha sviluppato un “Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines,, basato sulle evidenze disponibili, sulle prospettive teoriche e sul consenso. Il Toolkit è raccomandato per guidare l'implementazione di qualsiasi linea guida di pratica clinica in un'organizzazione sanitaria.

Il “Toolkit” fornisce passo a passo le indicazioni ad individui e gruppi coinvolti nel pianificare, coordinare e facilitare l'implementazione della linea guida. Nello specifico, il Toolkit indirizza i seguenti punti chiave:

1. Identificazione di una ben sviluppata linea guida di pratica clinica basata sull'evidenza.
2. Identificazione, valutazione ed ingaggio di stakeholders
3. Valutazione della preparazione ambientale per l'implementazione della linea guida.
4. Identificazione e pianificazione delle strategie di implementazione basate sull'evidenza.
5. Pianificare ed implementare la valutazione
6. Identificazione e garanzia delle risorse richieste per l'implementazione.

Implementare le linee guida nella pratica che, con successo, producano dei cambiamenti della pratica e un positivo impatto clinico è un'impresa complessa. Il “Toolkit” è una risorsa chiave per gestire questo processo.

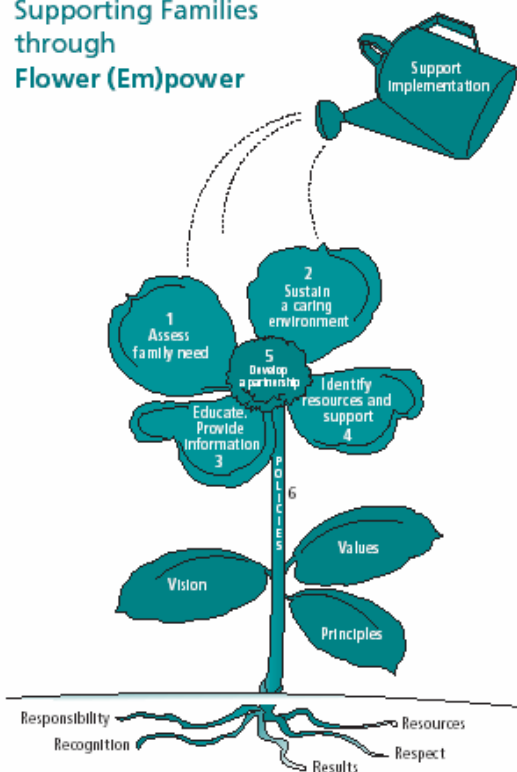
Il “Toolkit” è disponibile presso la Registered Nurses Association of Ontario. E' reperibile in numero ridotto di copie a pagamento per un uso personale, ed è inoltre disponibile gratuitamente sul sito RNAO. Per maggiori informazioni, visitare il website RNAO www.rnao.org.

Appendice D

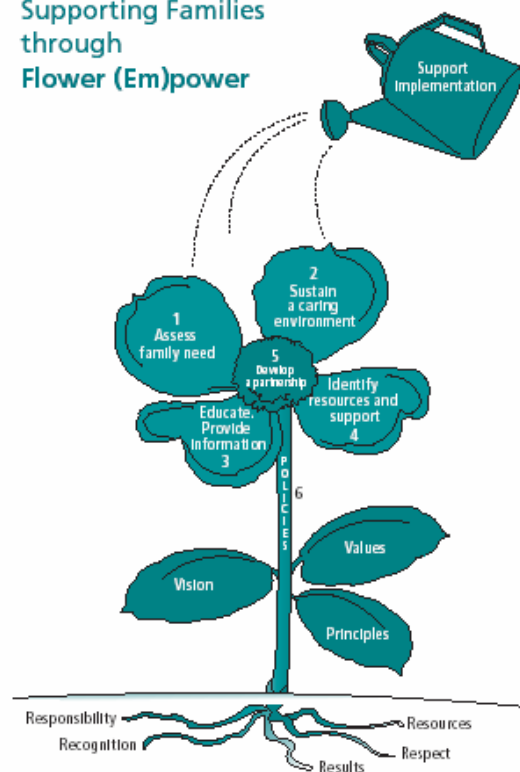
Carta del (Em)Power del fiore (The Flower (Em)Power Pocket Card)

Le due carte sotto riportate possono essere rimosse, riprodotte/laminate; esse mostrano, da un lato, il fiore dell'empowerment e, dall'altro, le domande chiave che gli infermieri possono prendere in considerazione quando implementano/incorporano nella loro pratica un approccio di cura incentrato sulla famiglia.

Strengthening & Supporting Families through Flower (Em)power



Strengthening & Supporting Families through Flower (Em)power



1. Viene completata una valutazione della famiglia nel tempo, che esamini la struttura della famiglia, le forze e le aree di supporto?
2. In che modo ho dimostrato la cura incentrata sulla famiglia?
3. Che insegnamento reciproco è stato adottato?
4. Ci sono adeguate risorse e supporti per soddisfare i bisogni della famiglia?
5. Come è coinvolta la famiglia nell'assistenza del paziente?
6. Come posso sostenere la pratica centrata sulla famiglia?

1. Viene completata una valutazione della famiglia nel tempo, che esamini la struttura della famiglia, le forze e le aree di supporto?
2. In che modo ho dimostrato la cura incentrata sulla famiglia?
3. Che insegnamento reciproco è stato adottato?
4. Ci sono adeguate risorse e supporti per soddisfare i bisogni della famiglia?
5. Come è coinvolta la famiglia nell'assistenza del paziente?
6. Come posso sostenere la pratica centrata sulla famiglia?



Membri del Panel di Revisione
Catherine Ward-Griffin, RN, PhD

Co-Team Leader
 Associate Professor
 University of Western Ontario
 London, Ontario

Claire Mallette RN, PhD
Co-Team Leader

Chief Nursing Officer
 Worker's Safety and Insurance Board
 Toronto, Ontario

Holly Quinn RN, BScN

Director of Clinical Programs
 Bayshore Home Health
 Mississauga, Ontario

LeeAnne Rankin-Greene, RN, BScN(c)

Staff Nurse
 Royal Victoria Hospital
 Barrie, Ontario

Maria Rugg RN, BScN, MN, ACNP, CHPCN(c)

Clinical Nurse Specialist
 The Hospital for Sick Children
 Toronto, Ontario

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)

Program Manager
 Nursing Best Practice Guidelines Program
 Registered Nurses' Association of Ontario
 Toronto, Ontario

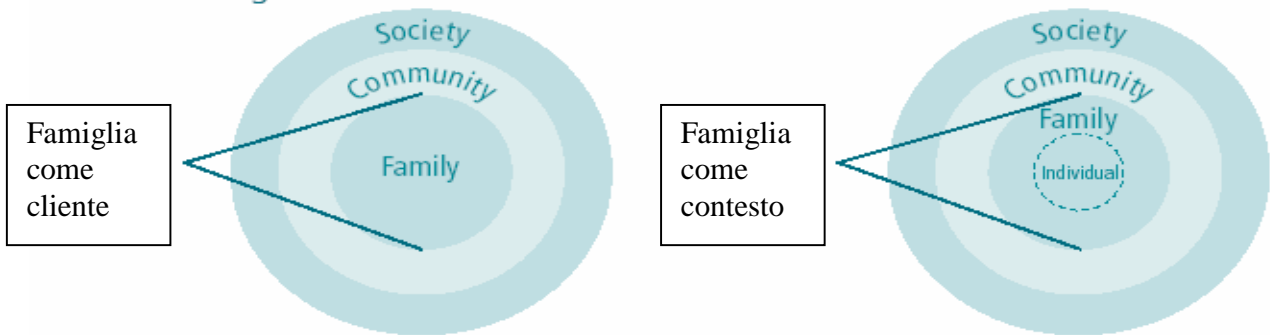
Supplemento Integrativo

Questo supplemento alla linea guida di best practice infermieristica "Supporto e Rinforzo alle famiglie durante gli eventi psicosociali stressanti ("life events") attesi o inattesi,, è il risultato di una revisione triennale programmata della linea guida. Il materiale supplementare è stato fornito nel tentativo di fornire al lettore la ricerca attuale per sostenere la pratica infermieristica. Similmente alla pubblicazione originale della linea guida, questo documento necessita di essere revisionato e applicato, sulla base dei bisogni specifici dell'organizzazione e del setting/ambiente pratico, come pure dei bisogni e dei desideri dell'assistito e della famiglia.

Questo supplemento dovrebbe essere usato assieme alla linea guida come uno strumento per aiutare a prendere decisioni nella cura individualizzata, così come per assicurare che strutture e supporti adeguati siano in loco per fornire la cura migliore alle famiglie. L'infermiere familiare è una specialità complessa dell'assistenza infermieristica. Richiede che l'infermiere, non solo curi l'individuo all'interno del gruppo familiare (famiglia come contesto), ma che sia anche l'infermiere della famiglia come l'unità di cura (famiglia come cliente). Riferirsi alla figura 1. Inoltre il termine

“famiglia come partner” ha teso a porre il focus sui membri della famiglia che assistono altri membri – se agiscono o si sentono come partner di cura è discutibile. (Ward-Griffin & McKeever, 2000). Il concetto di “cura incentrata sulla famiglia” necessita di essere esaminato ulteriormente per andare oltre il modello di caregiver della famiglia e per assumere una *empowering partnership* con la famiglia. Lo scopo di questo approccio alla pratica infermieristica famigliare è di promuovere la salute della famiglia.

Figure 1



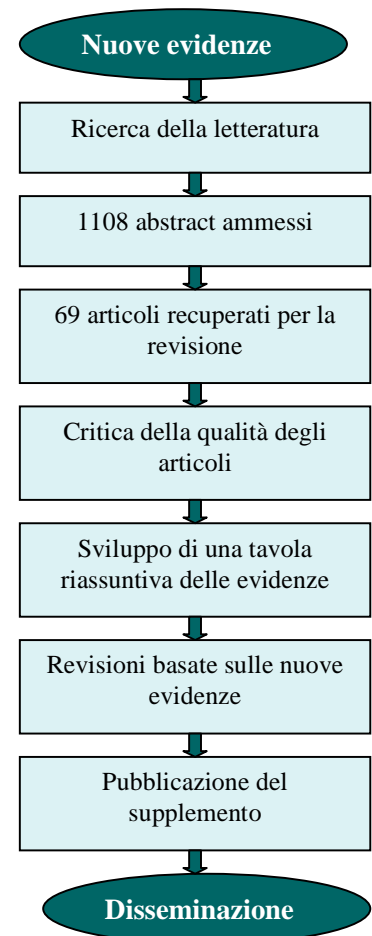
Processo di revisione

La **Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)** si è impegnata per assicurare che questa linea guida sia basata sulle migliori evidenze disponibili. Per soddisfare questo impegno, è stato stabilito, per ciascuna linea guida, un monitoraggio e un processo di revisione ogni tre anni.

I membri del panel di revisione (esperti provenienti da diversi setting di pratica) hanno avuto il mandato di rivedere la linea guida concentrandosi sulle raccomandazioni e sugli scopi originali della linea guida.

Il panel di revisione per la linea guida “Supporto e Rinforzo alle famiglie durante gli eventi psicosociali stressanti (“life events”) attesi o inattesi è formato dal gruppo di membri originali, rappresentanti delle organizzazioni che hanno avuto esperienza nell’implementare la linea guida ed altri esperti segnalati.

Il panel di revisione ha riflettuto sulla struttura del “Flower (Em)power” (potere del fiore) e sulle componenti della relazione infermiere-famiglia; sulle attività di advocacy e politica; fiore fondando sulla vision, su valori e su principi di rispetto, riconoscimento, risorse, responsabilità e risultati. La struttura è stata usata per organizzare le discussioni di rassegna/revisione al fine di assicurare la coerenza dell’approccio con la linea guida originale.



Definizioni: La seguente definizione è aggiunta a quelle riportate nella sezione “Definizioni dei Termini,, della linea guida.

Empowering Partnership

Una partnership empowering fra un'infermiere e una famiglia è un rapporto di collaborazione costruito sul rispetto e sulla fiducia reciproci, come pure sulla condivisione di conoscenza, abilità ed esperienza. Infine, le famiglie e gli infermieri hanno la capacità di crescere ed imparare insieme come partner nella promozione della salute della famiglia.

Sommario delle evidenze

Il seguente contenuto riflette l'evidenza revisionata che sostiene le raccomandazioni originali, e/o fornisce le evidenze per le revisioni. attraverso il processo di revisione, nessuna raccomandazione è stata aggiunta o cancellata, comunque è stato ripetuto un certo numero di raccomandazioni per rispecchiare la nuova conoscenza.



Cambiato



Non cambiato



Informazioni aggiuntive


Raccomandazione 1



Sviluppare una partnership empowering con le famiglie usando le seguenti modalità:





- Riconoscendo come essenziale la valutazione della situazione familiare;
- Riconoscendo e rispettando il ruolo importante della famiglia nelle situazioni di assistenza sanitaria;
- Determinando il grado desiderato di partecipazione della famiglia; e
- Negoziando i ruoli sia dell'infermiere che della famiglia all'interno della partnership.

La formulazione di questa raccomandazione è stata modificata per rispecchiare il concetto di “una partnership empowering,, che comprenda il concetto precedente di “partnership genuina,, – che conosce realmente la famiglia e supporta il “qui ed ora,, della persona. Il Developmental Model of Health and Nursing (DMHN) (Modello di Sviluppo dell'Assistenza Infermieristica) sostiene il concetto di partnership empowering, come modello che enfatizza la salute come un processo e le capacità che tutte le famiglie hanno, compreso il loro potenziale di crescita e cambiamento. La salute è vista come un processo sociale modellato dal contesto sociale di vita della famiglia, che comprende le realtà politiche e sociali che possono limitare le scelte riguardanti la salute della famiglia e dell'individuo. L'infermiere è visto come partner nel processo di sviluppo della salute della famiglia (Ford-Gilboe, 2002). Una partnership empowering è vista come una relazione collaborativa costruita sul rispetto e fiducia reciproci, come pure sulla condivisione della conoscenza, delle abilità e dell'esperienza.

Centrale per una partnership empowering è la negoziazione dei ruoli e l'apprezzamento di tipi di conoscenze e di autorità che entrambi, infermieri e famiglie, portano al rapporto. Essere in grado di capire la differenza tra gli approcci “potere con,, e “potere dall'alto,, in una relazione aiuterà gli infermieri a sviluppare maggiori strategie empowering di negoziazione con le famiglie. Esplorando i fattori intrinseci che modellano i differenti tipi di rapporti familiari, revisionando le strategie empowering di negoziazione e la riflessione sulle specifiche esperienze con le famiglie aiuteranno gli infermieri a sviluppare relazioni positivi abbastanza flessibili da promuovere una condivisione genuina sia dell'autorità che delle competenze (Ward-Griffin ed altri., 2003).

<p>Raccomandazione 2</p> <p>Valutare la famiglia nel contesto degli eventi per identificare se è richiesta l'assistenza dell'infermiere per rinforzare e sostenere la famiglia. Una valutazione della famiglia dovrebbe includere le informazioni nelle seguenti aree, e, contemporaneamente dovrebbe essere adattata all'unicità di ogni famiglia esaminando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La percezione degli eventi da parte della famiglia; ▪ La struttura della famiglia; ▪ Le condizioni ambientali; e ▪ Le forze della famiglia. 	
<p>La formulazione della raccomandazione è stata modificata per renderla più aderente al concetto di valutare la famiglia nel contesto delle sue percezioni dell'evento e come unità di cura (famiglia come cliente).</p> <p>Ward-Griffin ed altri (2005) hanno intrapreso degli studi descrittivi che esplorano le prospettive degli individui che assistono un membro della famiglia con malattia mentale, con particolare attenzione alle prospettive familiari dell'esperienza relativa all'alloggio, alla qualità dei supporti e dei servizi convenzionali di cura, inoltre per identificare le potenziali soluzioni alle difficoltà incontrate dalle famiglie. I ricercatori hanno trovato che queste famiglie erano parte di un percorso chiuso di cura, poiché offrivano il supporto ai loro membri con malattia mentale per promuovere la loro indipendenza, ma allo stesso tempo tendevano a proteggerli dalla realtà del sistema. Risorse e supporti inadeguati ed inappropriati hanno spinto le famiglie in una particolare situazione di caregiving che ha compromesso la loro salute e quella del loro familiare.</p> <p>Le revisioni all'Appendice che supportano questa raccomandazione sono incluse in questo supplemento.</p> <p>----- Letteratura Aggiuntiva Allen & Warner, 2002; Astedt-Kurki et al., 2002; Ballard-Reisch & Letner, 2003; Callahan, 2003; Ford-Gilboe, 2002; Gill, 2001; Holden et al., 2002; Hong et al., 2003; Hopia et al., 2005; Knafi & Deatrick, 2003; Kristjanson, 2004; Mok et al., 2002; Sharpe et al., 2005; Ward-Griffin et al., 2005</p>	+
<p>Raccomandazione 3</p> <p>Identificare le risorse ed i supporti per aiutare le famiglie a rievocare gli eventi psicosociali stressanti (Life events), attesi o inattesi. Le risorse dovrebbero essere identificate all'interno delle seguenti tre categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intrafamigliare; ▪ Interfamigliare; ▪ Extrafamigliare. 	✓
<p>Sharpe ed altri. (2005) hanno esplorato il bisogno, non realizzato, della disponibilità di supporto delle persone con cancro avanzato, dei loro caregivers familiari e dei loro professionisti sanitari. I risultati di questo studio indicano che gli individui con cancro avanzato hanno teso a sottovalutare il livello di supporto che hanno ricevuto o di cui avevano bisogno. I professionisti sanitari hanno identificato più elevati livelli di bisogno di quelli segnalati dai caregivers familiari e dall'individuo, ma anche loro hanno sottovalutato la necessità di sostegno delle persone e della loro famiglia. Fornire alle famiglie sia l'opportunità di identificare i bisogni, sia l'accesso alle risorse per indirizzare tali bisogni avrà un impatto positivo sulle forze della famiglia.</p>	+

<p>Gli studi etnografici intrapresi da Gill (2001) hanno trovato che gli infermieri hanno sostenuto le madri nell'allattamento al seno fornendo loro informazioni e supporto interpersonale.</p> <p>Le madri che allattavano al seno hanno accertato la loro necessità di sostegno sotto forma di informazioni, incoraggiamento e supporto interpersonale. La conclusione di questo studio è stato che gli infermieri hanno un effetto positivo sulle madri che allattamento al seno (e sulle famiglie), ma le risorse ed il supporto offerto deve essere quello che le madri (famiglie) desiderano.</p> <p>I membri della famiglia forniscono il supporto al proprio congiunto malato ed hanno bisogno di supporto dai professionisti sanitari. I membri della famiglia che non hanno avuto soddisfatto il proprio bisogno di supporto sono meno in grado di mantenere il loro ruolo supportivo e fanno più facilmente esperienza di problemi di salute mentale e fisica (Kristjanson, 2004). Le risorse e i supporti identificati per sostenere la famiglia, in una revisione da Kristjanson (2004), includono: dare informazioni e assistenza pratica con requisiti di cura fisica, facilitare il supporto emotivo, la comunicazione e l'assistenza alle famiglie con difficoltà di cura di tipo finanziario. Queste aree chiave di sostegno hanno la necessità di intersecarsi con le categorie delle risorse intrafamigliari, interfamigliari e extrafamigliari.</p> <p>L'Appendice revisionata sostiene questa raccomandazione in relazione alla valutazione delle risorse intra, inter e extrafamigliare.</p> <p>-----</p> <p>Letteratura Aggiuntiva Ford-Gilboe, 2002; Gill, 2001; Holden et al., 2002; Hong et al., 2003; Hopia et al., 2005; Knafi & Deatrick, 2003; Kristjanson, 2004; Kuuppelomäki, 2002; Petrie, Logan & DeGrasse, 2001; Scott et al, 2003; Sharpe et al., 2005; Taainila, Syrjala, Kokkonen & Jarvelin, 2002; Thyen, Sperner, Morfield, Meyer & Ravens-Sieberer, 2003</p>	
<p>Raccomandazione 4</p> <p>Formare gli infermieri, le famiglie, i politici ed il pubblico per rispondere agli eventi psicosociali stressanti (Life events) attesi o inattesi in ambito famigliare.</p>	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata modificata per riflettere l'inclusione di infermieri, famiglie, politici e pubblico nello scambio di informazioni e di formazione.</p> <p>Il patnership-approccio alla cura ha il potenziale di realizzare un'assistenza efficace e di qualità. Empowering e ottimizzazione del potenziale umano esistente (fornendo nuovi modi di risposte agli eventi personali previsti o inattesi) possono essere efficaci a livello personale ed organizzativo. Fornire conoscenza e strutture che permettono, a tutti coloro che sono coinvolti nell'assistenza, di rispondere ai bisogni della famiglia, dà potere alla stessa e permette un trasferimento di autorità. Le organizzazioni ed i sistemi con culture che favoriscono una patnership di cura empowering sono in grado di decentrare il professionista nella relazione con il paziente e decentrare l'organizzazione il relazione a coloro che sono coinvolti nell'assistenza. (McWilliam ed altri., 2003).</p> <p>-----</p> <p>Letteratura Aggiuntiva Allen & Warner, 2002; Gill, 2001; Holden et al., 2002; Hong et al., 2003; Hopia et al., 2005; Kristjanson, 2004; McWilliam et al., 2003; Mok et al, 2002; Petrie et al., 2001; Taainila et al., 2002; Thyen et al., 2003</p>	

<p>Raccomandazione 5</p> <p>Sostenere un ambiente che assiste nel posto di lavoro tendente a una pratica centrata sulla famiglia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accertarsi che lo staff infermieristico sia orientato verso i valori e la valutazione dell'assistenza centrata sulla famiglia; ▪ Accertarsi che gli infermieri abbiano la conoscenza, l'abilità e la capacità di giudizio per implementare un'assistenza centrata sulla famiglia; e ▪ Provvedere occasioni continue di sviluppo professionale per lo staff infermieristico. 	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata modificata per rispecchiare ed aumentare il focus sullo sviluppo di abilità e l'applicazione alla pratica incentrata sulla famiglia.</p> <p>La capacità di facilitazione deve essere inclusa come outcome in un orientamento alla cura centrata sulla famiglia (vedi Linea guida).</p> <p>Gill (2001) e Ford-Gilboe (2002) hanno identificato che gli individui e le famiglie si aspettano l'incoraggiamento e il sostegno da parte degli infermieri rispetto alla risposta agli eventi psicosociali stressanti (life events).</p> <p>Le famiglie, nel lavoro di assistenza, fanno conto su se stessi e così imparano dai “life events” personali che incontrano. Tuttavia, gli infermieri facilitano questo apprendimento quando l'assistenza è stata cercata per supportare gli sforzi della famiglia nel gestire una situazione particolare (Ford-Gilboe, 2002).</p> <p>Lo sviluppo di abilità che sostiene l'emergenza di una relationship centrata sulla cura è essenziale, come le interazioni tra le persone sono il fondamento di ogni attività terapeutica. Questa relationship esiste a molti livelli, compresi quelli fra i pazienti, le loro famiglie, lo staff di tutte le discipline e la comunità in senso ampio. Queste relazioni sono il mezzo per uno scambio di informazioni, sensazioni e preoccupazioni, necessario per una comprensione migliore dei “life events” personali (Nolan ed altri., 2004).</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Letteratura Aggiuntiva</p> <p>Bruce et al., 2002; Ford-Gilboe, 2002; Gill, 2001; Holden et al., 2002; Hong et al., 2003; Hopia et al., 2005; Knafl & Deatrick, 2003, Kristjanson, 2004; Nolan, Davies, Brown, Keady & Nolan, 2004</p>	
<p>Raccomandazione 6</p> <p>Sostenere l'implementazione nel posto di lavoro della pratica interdisciplinare centrata sulla famiglia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assicurare le risorse adatte (es., tempo, organico); ▪ Sviluppare ed implementare le pratiche e le politiche centrate sulla famiglia; ▪ Creare e mantenere gli ambienti che conducono alla cura centrata sulla famiglia; e ▪ Sviluppare programmi che promuovono l'equilibrio fra vita/lavoro per i dipendenti. 	
<p>La formulazione di questa raccomandazione è stata modificata per riflettere la nuova conoscenza per quanto riguarda l'esecuzione della pratica centrata sulla famiglia.</p> <p>La pratica centrata sulla famiglia richiede risorse di tempo e di organico. Kristjanson, 2004 descrive l'importanza di assegnare del tempo per lo scambio di informazioni con l'assistito e le famiglie. I professionisti sanitari possono limitare le informazioni condivise con i pazienti e le famiglie a causa dei loro programmi di lavoro. Quando si condividono le informazioni, questo spesso avviene nei corridoi, al telefono o negli spazi pubblici con privacy limitata. Non</p>	

predisponendo di tempo e di spazio per le discussioni con la famiglia e non condividendo le informazioni, i posti di lavoro fanno passare il messaggio che questo scambio non è importante.

I risultati di uno studio narrativo femminista (Ward-Griffin ed altri., 2006) suggeriscono che i professionisti sanitari donne, che assumono le responsabilità di fornire assistenza familiare, negoziano continuamente i limiti fra il loro lavoro di cura professionale e personale. Anche se usano una varietà di strategie per gestire le richieste di assistenza loro rivolte, molte donne hanno vissuto una certa confusione dei limiti professionali/personali, con conseguente senso di isolamento, tensione ed estremo esaurimento fisico e mentale. Questi risultati suggeriscono che le donne che sono caregivers come secondo lavoro, specialmente quelle con limite di tempo, di finanze, o di altri supporti tangibili, possono fare esperienza di effetti negativi sulla loro salute. Avere dei programmi disponibili per i dipendenti, che promuovono l'equilibrio di vita/lavoro si è dimostrato essere un impegno orientato alla pratica interdisciplinare centrata sulla famiglia.

Letteratura Aggiuntiva

Bruce et al., 2002; Gill, 2001; Hong et al., 2003; Hopia et al., 2005; Knafl & Deatrck, 2003; Kristjanson, 2004; Legrow & Rossen, 2005; Mok et al., 2002; Ward-Griffin, C., Brown, J. B., Vandervoort, A., McNair, S., & Dashnay, I., 2006

Raccomandazione 7

Patrocinare i cambiamenti nella politica pubblica:

- Fare pressione per una discussione pubblica sul caregiving familiare e per lo sviluppo di una posizione pubblica su quale livello di assistenza è ragionevole aspettarsi dalle famiglie;
- Fare pressione per una formazione pubblica circa il valore e la legittimità del ruolo dei caregivers familiari e le modalità con cui i diversi membri della famiglie rispondono ai *life events*;
- Fare pressione per una gamma completa di programmi adeguati ed efficaci per i membri della famiglia che sono coinvolti nell'assistenza ed in altri eventi nell'ambito della famiglia;
- Fare pressione per la costituzione di un fondo, la disponibilità e l'erogazione di programmi di assistenza di sostituzione e di altri sostegni per le famiglie in Ontario;
- Fare pressione per un fondo per progetti di ricerca che esaminino la famiglia come fornitore e destinatario di cura, e l'applicazione, di quanto appreso da questa ricerca, nello sviluppo di programmi e di politica pubblica; e
- Fare pressione per creare, all'interno delle organizzazioni, dei meccanismi affinché le famiglie dialoghino tra loro in un forum aperto.

La formulazione di questa raccomandazione è stata modificata per rispecchiare l'esigenza di attività di advocacy al di là del focus sul caregiving/caregiver familiare.

Nel loro studio sulle prospettive delle persone che si occupano di un membro della famiglia con malattia mentale, Ward-Griffin ed altri. (2005) hanno accertato la necessità per gli infermiere di costruire una collaborazione di fiducia e rispetto con le famiglie e di mettere in atto una forma di advocacy per promuovere dei cambiamenti di politica e di servizio in vari settori di governo locale, municipale e federale. Ci sono delle opportunità per gli infermiere di rinforzare e sostenere le famiglie nell'informare la politica, per esempio, durante il processo di riforma della legge di salute mentale. Fare pressione per politiche pubbliche che supportano i

<p>fattori determinanti di salute più ampi, quale l'accessibilità all'abitazione, attraverso le organizzazioni di sostegno alla famiglia, provinciali e nazionali, che sono ulteriori occasioni di advocacy.</p> <p>L'applicazione di quanto appreso dalla ricerca, in ambito di politica pubblica e di programmi, è critica. Il processo di disseminazione e di utilizzazione della ricerca è complesso, inoltre esso è determinato da numerose variabili d'intervento relative alle innovazioni (evidenze della ricerca), all'organizzazione, all'ambiente ed all'individuo (Dobbins ed altri., 2002).</p> <hr/> <p>Letteratura Aggiuntiva Dobbins, Ciliska, Cockerill, Barnsley & DiCenso, 2002; Ford-Gilboe, 2002; Gill, 2001; Holden et al., 2002; Hong et al., 2003; Hopia et al., 2005; Knafl & Deatrick, 2003; Kristjanson, 2004; Ward-Griffin et al., 2005.</p>	
<p>Raccomandazione 8</p> <p>La linea guida di best practice infermieristica può essere implementata con successo soltanto se ci sono progettazione, risorse, infrastrutture organizzative ed amministrative adeguate, così come appropriate agevolazioni. Le organizzazioni possono voler sviluppare un programma per l'implementazione che include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una valutazione di prontezza organizzativa e delle barriere alla formazione; ▪ La partecipazione di tutti i membri (in una funzione di appoggio diretta o indiretta) che contribuiranno al processo di implementazione; ▪ Attribuzione di un individuo qualificato dedicato che fornisca il supporto necessario per il processo di implementazione e di formazione; ▪ Occasioni continue di discussione e di formazione per rinforzare l'importanza della best practice; e ▪ Opportunità di riflettere sull'esperienza personale ed organizzativa vissuta nell'implementare la linea guida. 	✓
<p>Letteratura Aggiuntiva Dobbins, Davies, Danseco, Edwards & Virani, 2005; Graham, Harrison, Brouwers, Davies, & Dunn, 2002</p>	

Strategie d'implementazione

La Registered Nurses' Association of Ontario ed il panel della linea guida hanno compilato una lista delle strategie d'implementazione per aiutare le organizzazioni o le discipline sanitarie interessate ad implementare questa linea guida. Segue un sommario di queste strategie:

- Fornire il supporto organizzativo, come avere le strutture in loco per facilitare le pratiche centrate sulla famiglia. Per esempio, avere una filosofia e una vision organizzativa che riflette il valore della best practice attraverso le politiche e le procedure. Sviluppare nuovi strumenti di valutazione e di documentazione (Davies & Edwards, 2004).
- Identificare e sostenere gli esempi designati di best practice in ogni unità per promuovere e sostenere l'implementazione. Celebrare gli aspetti determinanti ed i successi, riconoscendo il lavoro ben fatto (Davies & Edwards, 2004).
- Stabilire un processo per facilitare che venga coltivata una relationship positiva tra famiglia/infermiere. Questo processo può includere tempo e risorse adeguati, documentazione delle transazioni di assistenza alla famiglia, e di assistenza centrata sulla famiglia come componente

delle revisioni di prestazioni del personale. Questi metodi possono contribuire a sostenere un metodo centrato sulla famiglia per un approccio assistenziale e raggiungere un rapporto fra le famiglie e gli infermieri (Ward-Griffin ed altri., 2003).

- Le organizzazioni che implementano questa linea guida dovrebbero adottare una gamma di self-learning, group-learning, attività di mentore e strategie di rinforzo a posteriori, sviluppare la conoscenza e la riservatezza degli infermieri nel fornire l'assistenza centrata sulla famiglia. L'attività di mentore dei leaders dello staff infermieristico può contribuire a promuovere le pratiche centrate sulla famiglia (Ward-Griffin ed altri., 2003).

Lacune ed Implicazioni della Ricerca

Al fine di aiutare gli infermieri nel provvedere l'assistenza centrata sulla famiglia, una ricerca supplementare avvantaggerebbe la pratica nelle seguenti aree:

- Come determinare il grado desiderato di coinvolgimento della famiglia nella cura;
- Strategie per fornire agli infermieri le abilità richieste per negoziare i ruoli all'interno della partnership;
- Componenti chiave di una valutazione completa "dell'evento,,;
- Necessità di supporto dei bambini quando un membro adulto della loro famiglia è il centro "dell'evento,,;
- Strategie efficaci che gli infermieri usano nel trasferire le conoscenze che hanno significato per la famiglia; e
- Requisiti per specifici tipi di supporto, di politiche pubbliche ecc. relativi a determinati eventi personali.

Appendici

Il processo di rivisitazione/revisione non ha accertato la necessità di Appendici supplementari; tuttavia revisioni significative sono state fatte all'Appendice B, che è stata sostituito con la seguente revisione soddisfacente.

Appendice B (modificato):

Nel condurre la valutazione della famiglia, l'infermiere assume una partnership con la famiglia per valutare la sua percezione dei *life events* e la sua capacità di indirizzarli.

Esempio di Domande per le Aree Chiave della Valutazione della Famiglia

PERCEZIONI DEGLI EVENTI DA PARTE DELLA FAMIGLIA

- **Valutazione dell'evento da parte della famiglia:** Qual è la percezione dell'evento della famiglia? È atteso o inatteso? Qual è la valutazione della famiglia della forza e della durata dell'evento?
- **Preoccupazioni maggiori:** Quali sono le preoccupazioni principali della famiglia?

STRUTTURA DELLA FAMIGLIA

- **Identificazione dei dati:** Nomi, età, indirizzi. Chi è la persona principale con cui mettersi in contatto? La famiglia ha difficoltà di trasporto?
- **Composizione:** Insieme familiare - Potreste dirmi chi c'è nella famiglia? C'è qualcuno che non è un parente, ma che sentite come un familiare? Quanto è vicina la famiglia? Chi vive con voi? Avete degli animali domestici? C'è niente altro che vogliate aggiungere?
- **Cultura/origine etnica:** Conoscenza ed abitudini della famiglia - Potreste parlarvi del background culturale della famiglia? L'origine etnica influenza le credenze della famiglia sulla salute? Ci sono

delle abitudini etniche che, alla famiglia, possono apportare forza o necessità di assistenza?

- **Identificazione religiosa:** Valori caratteristici di una persona che può o meno avere un'affiliazione religiosa – La vostra credenza religiosa è una risorsa per i membri della famiglia? Chi si può contattare per aiutare la famiglia con i suoi bisogni spirituali?
- **Identificazione sessuale:** L'orientamento sessuale con cui un membro della famiglia s'identifica o è identificato – Alcune persone che stanno affrontando un'esperienza simile a quella della vostra famiglia sono preoccupate per le loro abilità sessuali e per i loro partner sessuali. Può essere utile discutere tutte le domande o le preoccupazioni che potete avere.
- **Condizione economica:** Reddito della famiglia - Chi è (sono) che mantiene la famiglia? La famiglia è in grado di fare fronte ai bisogni attuali e futuri? Che tipo di lavoro svolgono i membri della famiglia?
- **Stili di vita e comportamenti sanitari:** Nutrizione, droghe ed alcool, fumo, attività e altro.
- **Stadio dello sviluppo:** l'attuale stadio di sviluppo della famiglia e storia dello stesso [per esempio, nascite, pensionamento, genitori anziani, morti], esteso fin dove la famiglia soddisfa i compiti di sviluppo adeguati per il suo stadio di sviluppo.
- **Strutture di potere e di ruolo:** Chi prende le decisioni? I membri della famiglia sono soddisfatti delle decisioni prese e di chi lo fa? Quale posizione e ruolo occupa ciascuno dei membri della famiglia? Ci sono conflitti di ruolo? Come sono divise le mansioni della famiglia?
- **Comunicazione:** Capacità della famiglia di interagire con gli altri - che lingua parlate a casa o con i membri della vostra famiglia? I membri della famiglia possono comunicare apertamente tra loro? Il conflitto è espresso e discusso apertamente? I membri della famiglia si rispettano?

CONDIZIONI AMBIENTALI

- **Caratteristiche abitative:** Tipi di caratteristiche della casa - Potete descrivere la vostra casa? E' di proprietà o in affitto? Considerate la vostra casa sufficiente per i vostri bisogni?
- **Caratteristiche della Comunità:** Descrivete il vostro quartiere/comunità, per esempio, rurale o urbano, le scuole, i divertimenti, l'accesso all'assistenza sanitaria, il tasso di crimine, i rischi ambientali, ecc.

FORZE DELLA FAMIGLIA

- **Modelli di salute:** Credenze sanitarie, valori e comportamenti della famiglia – Come valuta la famiglia il proprio stato di salute attuale? Qual è l'attuale problema di salute della famiglia?
- **Valori:** Idee fondamentali, opinioni e assunzioni della famiglia – Quali valori/credenze la famiglia possiede che l'ha assistita nell'adattarsi con o senza successo?
- **Meccanismi di risposta:** Capacità di adattarsi agli eventi psicosociali stressanti e di mantenere il benessere e la stabilità emotiva dei relativi membri - Come ha risposto la famiglia agli eventi personali passati? Che cosa ha aiutato in modo maggiore o minore? Che forza la famiglia ha per dare supporto alla sua risposta? I membri della famiglia differiscono nelle loro modo di rispondere?
- **Problem solving:** Capacità della famiglia di organizzare un *life event* in componenti gestibili e di identificare le linee di condotta per risolverlo efficacemente. Come la famiglia ha risolto i problemi nel passato? Che risorse ha usato?
- **Risorse e supporti della famiglia:** Risorse che la famiglia usa per aiutare nell'adattarsi ai *life events* - Che risorse o supporti interni (inter e intra) ed esterni (extra) la vostra famiglia sta usando?

Gli esempi generali delle domande per guidare l'intervista e la valutazione della famiglia (vedi linea guida) rimangono identiche.

Riferimenti

- Allen, M. F. & Warner, M. (2002). A development model of health and nursing, *Journal of Family Nursing*, 8(2), 96-134.
- Astedt-Kurki, P., Tarkka, M. T., Paavilainen, E., & Lehti, K. (2002). Development and testing of a family nursing scale. *Western Journal of Nursing Research*, 24(5), 567-579.
- Ballard-Reisch, D. S. & Letner, J. A. (2003). Centering families in cancer communication research: Acknowledging the impact of support, culture and process on client/provider communication in cancer management. *Patient Education and Counselling*, 50(1), 61-66.
- Bruce, B., Letourneau, N., Ritchie, J., Larocque, S., Dennis, C., Elliott, M. R. (2002). A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care. *Journal of Family Nursing*, 8(4), 408-429.
- Callahan, H. E. (2003). Families dealing with advanced heart failure: A challenge and an opportunity. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26(3), 230-243.
- Clark, P. C. & Dunbar, S. B. (2003). Family partnership intervention: A guide for a family approach to care of patients with heart failure. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute and Critical Care*, 14(4), 467-476.
- Davies, B. & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), 21-23.
- Dobbins, M., Ciliska, D., Cockerill, R., Barnsley, J. & DiCenso, A. (2002). A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 9(7).
- Dobbins, M., Davies, B., Danseco, E., Edwards, N. & Virani, T. (2005). Changing nursing practice: Evaluating the usefulness of a best-practice guideline implementation toolkit. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 18(1), 34-45.
- Ford-Gilboe, M. (2002). Developing knowledge about family health promotion by testing the Development Model of Health and Nursing, *Journal of Family Nursing*, 8(2), 140-156.
- Gill, S. L. (2001). The little things: Perceptions of breastfeeding support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30(4), 401-409.
- Graham, I., Harrison, M., Brouwers, M., Davies, B. & Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31(5), 599-611.
- Holden, J., Harrison, L., & Johnson, M. (2002). Families, nurses and intensive care patients: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 140-148.
- Hong, T. M., Callister, L. C., & Schwartz, R. (2003). First-time mothers' views of breastfeeding support from nurses. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 28(1), 10-15.
- Hopia, H., Tomlinson, P. S., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2005). Child in hospital: Family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 212-222.
- Knafl, K. & Deatrick, J. (2003). Further refinement of the family measurement style framework. *Journal of Family Nursing*, 9(3), 232-256.
- Kristjanson, L. (2004). Caring for families of people with cancer: Evidence and interventions. *Cancer Forum*, 28(3), 123-128.
- Kuuppelomäki, M. (2002). Spiritual support for families of patients with cancer: A pilot study of nursing staff assessments. *Cancer Nursing*, 25(3), 209-218.
- LeGrow, K. & Rossen, B. (2005). Development of professional practice based on a family systems nursing framework: Nurses' and families' experiences. *Journal of Family Nursing*, 11(1), 38-58.
- McWilliam, C., Coleman, S., Melito, C., Sweetland, D., Saidak, J., Smit, J., Thompson, T. & Milak, G. (2003). Building empowering partnerships for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 17(4), 363-376.
- Mok, E., Chan, F., Chan, V., & Yeung, E. (2002). Perception of empowerment by family caregivers of patients with a terminal illness in Hong Kong. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(3), 137-145.

- Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: A new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing*, 13(3a), 45-53.
- Petrie, W., Logan, J., & DeGrasse, C. (2001). Research review of the supportive care needs of spouses of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(10), 1601-1607.
- Sharpe, L., Butow, P., Smith, C., McConnell, D., & Clarke, S. (2005). The relationship between available support, unmet needs and caregiver burden in patients with advanced cancer and their carers. *Psycho-Oncology*, 14(2), 102-114.
- Taanila, A., Syrjala, L., Kokkonen, J., & Jarvelin, M.R. (2002). Coping of parents with physically and/or intellectually disabled children. *Child: Care, Health & Development*, 28(1), 73-86.
- Thyen, U., Sperner, J., Morfeld, M., Meyer, C., & Ravens-Sieberer, U. (2003). Unmet health care needs and impact on families with children with disabilities in Germany. *Ambulatory Pediatrics*, 3(2), 74-81.
- Ward-Griffin, C. & McKeever, P. (2000). Relationships between nurses and family caregivers: Partners in care? *Advances in Nursing Science*, 22(3), 89-103.
- Ward-Griffin, C., Bol, N., Hay, K. & Dashnay, I. (2003). Relationships between families and registered nurses in long-term care facilities: A critical analysis. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(4), 150-174.
- Ward-Griffin, C., Schofield, R., Vos, S., & Coatsworth-Puspoky, R. (2005). Canadian families caring for members with mental illness: A vicious cycle. *Journal of Family Nursing*, 11(2), 140-161.
- Ward-Griffin, C., Brown, J. B., Vandervoort, A. & McNair, S., Dashnay, I. (2006). Double-duty caregiving: Women in the health professions. *Canadian Journal on Aging*, 24(4) 379-394.

Citazioni:

Registered Nurses' Association of Ontario (2006). *Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events*. (rev. suppl.) Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

July 2002

Nursing Best Practice Guideline

*supporting and strengthening families through
expected and unexpected life events*

A cura di Paolo Chiari e Luciana Modena

Centro Studi EBN

Direzione Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Via Massarenti, 9 – 40138 Bologna - Italia

www.ebn1.it - www.evidencebasednursing.it

paolo.chiari@aosp.bo.it



*This project is funded by the
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*



RNAO

Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Association des Infirmières
et Infirmiers autorisés de
l'Ontario