

Cesarina Prandi
Pierluigi Badon

Assistenza infermieristica di famiglia e di comunità



Pianificazione
assistenziale con
**NANDA-I,
NOC e NIC**



RISORSE
ONLINE SU
 **florence**
 **laZ Ebook**



CASA EDITRICE AMBROSIANA

Cesarina Prandi
Pierluigi Badon

Assistenza infermieristica di famiglia e di comunità



CASA EDITRICE AMBROSIANA

Curatori



Cesarina Prandi

Dottore di ricerca in Scienze Infermieristiche, laureata in Pedagogia, Formazione in Counseling Analitico Transazionale, Consulente autobiografica, è Professoressa in Teoria e prassi nelle relazioni di cura presso il Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale della SUPSI (Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana). Docente in numerosi corsi di laurea magistrale dell'area sanitaria presso varie università italiane. Insegna dal 1986.

Consigliera dell'IPASVI di Torino per due mandati. È stata eletta nel Consiglio direttivo nazionale della Società Italiana di Cure Palliative per due mandati, occupando il ruolo per tre anni di Segretario Nazionale. È stata Presidente dell'Associazione Cespi (Centro Studi Professioni Infermieristiche) per un decennio. Per oltre vent'anni ha svolto attività di consulenza di high management per lo sviluppo dei modelli di cura implementando strumenti e metodologie di lavoro nei team sanitari.

È autrice di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali e ha scritto alcune opere rivolte a infermieri sul tema delle cure palliative e delle cure primarie e domiciliari. Nel campo della ricerca si è occupata di progetti di implementazione nella pratica in ambito oncologico, palliativo e di cronicità relativamente a malati, famiglie e professionisti. È attualmente impegnata nello sviluppo di progetti territoriali per implementare le cure di quartiere, di paese, di famiglia e di comunità.



Pierluigi Badon

Laureato in Infermieristica e Bioetica Sanitaria, è Professore a contratto di Infermieristica Clinica e Tutor Didattico presso il corso di laurea in Infermieristica, Azienda Ospedale-Università di Padova, con un'ampia esperienza accademica. Già docente in diversi corsi di laurea triennali dell'area sanitaria, nonché in corsi di laurea magistrale e master presso l'Università di Padova e altre università italiane.

Lavora presso la Direzione delle Professioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliera-Università di Padova, dove si occupa di didattica, valutazione, ricerca e sviluppo della qualità della formazione per l'apprendimento degli adulti. In qualità di docente formatore e consulente, ha contribuito a numerosi progetti di miglioramento continuo della qualità in varie aziende sanitarie, lavorando alla definizione e implementazione di strumenti operativi e documentazione clinica.

È autore di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali e ha scritto e curato diversi manuali per infermieri, tra cui *Assistenza infermieristica in pediatria* (2015), *Procedure infermieristiche* (2018), *Procedure infermieristiche in area pediatrica* (2021), *Assistenza infermieristica in area critica e in emergenza* (2022) e *Assistenza infermieristica in salute mentale* (2023). Ha anche lavorato come traduttore e co-curatore per le opere di Brunner e Suddarth, *Infermieristica medico-chirurgica*, e Craven e Hirnle, *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*.

Autori

Michael Aggrey

Infermiere
Servizio Infermieristico Assistenza Domiciliare,
ULSS 6 Euganea

Francisca Anaya Cintas

Infermiera specialista in Infermieristica di Famiglia
e Comunità
Infermiera Cure Primarie, Conselleria de Sanitat
di València (Spagna)
Professore associato, Universitat de València (Spagna)
Docente a contratto, Corso Diploma of Advanced
Studies di Infermiere di famiglia e Master of Science
in Cure Infermieristiche nell'ambito della pratica
avanzata, Scuola Universitaria Professionale
della Svizzera Italiana
Docente a contratto, Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Infermieristiche e Ostetriche,
Università di Verona, sede di Trento.

Domenico Antonelli

Infermiere ed economista
Direttore UOC Distretto Socio Sanitario 1, ASL BT
già Dirigente responsabile UOSD Ambulatori
della Cronicità, ASL BT
Docente a contratto di Infermieristica Clinica,
Università di Foggia

Pierluigi Badon

Infermiere
Docente a contratto di Infermieristica Clinica,
Università degli Studi di Padova
Tutor didattico, Azienda Ospedale-Università
di Padova

Erica Busca

Infermiera e Infermiera pediatrica
Assegnista di ricerca in Scienze Infermieristiche,
Università del Piemonte Orientale, Novara

Rosario Caruso

Infermiere
Ricercatore MEDS-24/C, Dipartimento di Scienze
Biomediche per la Salute, Università degli Studi
di Milano
Presidente AIIAO, Associazione Italiana Infermieri
di Area Oncologica

Jacopo Luca Casiraghi

Psicologo, Psicoterapeuta sistemico e della famiglia
Coordinatore degli psicologi dei Centri Clinici Nemo
Docente a contratto, Università Cattolica del Sacro
Cuore Milano
Docente presso la scuola di Specialità in Psicoterapia
Sistemica EIST

Francesca Cavalieri

Psicologa, Psicoterapeuta individuale e di gruppo
Libera professionista, Padova/Venezia

Dania Comparcini

Infermiera
Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche,
Ancona
Assegnista di Ricerca, Dipartimento Interdisciplinare
di Medicina, Università degli Studi di Bari "Aldo
Moro"

Giordano Cotichelli

Infermiere
PhD Sociologia ed Epidemiologia delle disuguaglianze di salute
Direttore ADP e Docente a contratto, Corso di Laurea in Infermieristica, Università Politecnica delle Marche

Valeria Crescini

Infermiera
Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, Ancona

Francesco Galli

Infermiere
Tutor Didattico e Docente a contratto, Corso di Laurea in Infermieristica, Università Politecnica delle Marche

Elena Gotti

Infermiera
Centro Clinico NeMO Milano
UOC Neuroriabilitazione
Università degli Studi di Milano

Pio Lattarulo

Infermiere
Dirigente delle Professioni Sanitarie, ASL Taranto
Docente a contratto di Discipline Infermieristiche, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" e Alma Mater Studiorum di Bologna

Giuseppina Ledonne

Infermiera
Direttrice didattica Corso di Laurea in Infermieristica e Coordinatrice Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, Ospedale L. Sacco – Polo Universitario, ASST Fatebenefratelli Sacco
Università degli Studi di Milano

Jessica Longhini

Infermiera
Ricercatore in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Padova

Doriana Maiorano

Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Forense
Assegnataria di borsa di studio, UOC di Psicologia Ospedaliera e di Malattie del Metabolismo, Azienda Ospedale-Università di Padova

Grazia Maria Menchise

Infermiera
Incarico Specialista in REMS (Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), ASL BT
Infermiera di Famiglia e di Comunità, ASL BT
Referente Ambulatori della Cronicità Spinazzola, Minervino Murge, Canosa di Puglia

Cesare Giovanni Moro

Infermiere
Coordinatore Aziendale NPJA, ASST Bergamo Ovest
Presidente SISISM, Società Italiana Scienze Infermieristiche Salute Mentale

Giorgio Nebuloni

Infermiere
già Direttore Scuola Infermieri, Gallarate (VA)
già Responsabile dei servizi di assistenza presso una RSA di grandi dimensioni del milanese

Paola Obbia

Infermiera di Famiglia e di Comunità
SSD Consultori Familiari, ASLCN1 Cuneo
Docente SSN e Referente del corso "Promozione della Salute e Infermieristica di Comunità", Università di Torino, sede di Cuneo
Docente ai Master in Infermieristica di Famiglia e di Comunità in varie università italiane ed estere
Presidente Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità AIFeC dal 2009 al 2020
Componente del gruppo di lavoro AGENAS per l'emanazione delle *Linee di indirizzo Infermiere di famiglia o comunità* (2023)

Marzia Paffetti

Infermiera
Esperto Strategico Miglioramento Continuo, SOS Laboratorio Innovazione Organizzativa, Dipartimento Assistenza Infermieristica ed Ostetrica, Azienda USL Toscana Centro

Mara Pellizzari

Infermiera
già Direttore Distretto Socio Sanitario di Udine
Direttore Residenza per Anziani "Rosa Mistica" di Cormons
Docente a contratto, Università degli Studi di Udine e Trieste, Università degli Studi di Trento, Università degli Studi di Verona
Componente del gruppo di lavoro AGENAS per l'emanazione delle *Linee di indirizzo Infermiere di famiglia o comunità* (2023)

Annalisa Pennini

Infermiera

Sociologa con indirizzo organizzativo, economico e del lavoro, specializzata in management dei servizi formativi

Consulente e Formatrice in ambito sanitario
Responsabile Scientifico Academy – Zucchetti Healthcare

Roberto Poli

Medico Chirurgo

Specialista in Psichiatria e in Neurologia
Direttore SerD e Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Cremona

Docente Corsi di Laurea in Infermieristica, Fisioterapia e Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università degli Studi di Brescia

Vanna Poli

Infermiera e Assistente Sanitaria

Incaricata di Funzione Organizzativa come Responsabile di Area Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Cremona (Psichiatria, Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Servizi per le Dipendenze) e Casa Circondariale

Docente Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Brescia

Cesarina Prandi

Infermiera

Professoressa, Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale della SUPSI (Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana)

Cristina Razzini

Infermiera

già Responsabile di Area Dipartimento Neuroscienze e della Visione, ASST Spedali Civili di Brescia

già Responsabile Articolazione DAPSS DSMD, ASST Spedali Civili di Brescia

già Docente a contratto e membro del Comitato Scientifico, Master in Nursing delle Neuroscienze, Università degli Studi di Torino

Past President ANIN, Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze

Gennaro Rocco

Infermiere

Direttore Scientifico CECRI, Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, OPI, Roma

Direttore CIRIM, Centro Internazionale di Ricerca Infermieristica Montianum, Università Cattolica UNIZKM, Tirana (Albania)

Docente di Scienze infermieristiche, Università di Tor Vergata, Roma

Giuseppe Saluzzi

Medico Chirurgo

Specialista in Ginecologia e Ostetricia
già Medico Dirigente Ospedaliero
Esperto in Omeopatia, Omotossicologia e Discipline Integrate

Alessandro Stievano

Infermiere

Presidente AIT, Associazione Infermieristica Transculturale

Docente di Infermieristica, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Messina

Adjunct Professor, Case Western Reserve University, Cleveland (Ohio)

Lara Tumino

Medico Chirurgo, Specialista in Psichiatria
Psicoterapeuta a indirizzo analitico transazionale
Master di II livello in Psicopatologia Forense e Criminologia

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Iseo (BS),
Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Franciacorta

Elena Visconti

Ostetrica

Coordinatore di Area Omogenea di Ostetricia e Neonatologia, Humanitas San Pio X, Milano

Daniela A. Zimmermann

Infermiera Pediatrica

Responsabile gestione processi Qualità e Ricerca, DAPSS, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano
Componente della Commissione Albo Infermieri Pediatrici 2021-2024 – FNOPI

Presidente Commissione Albo Infermieri Pediatrici, OPI Milano Lodi Monza-Brianza

Paolo Zoppi

Infermiere

Direttore Dipartimento Assistenza Infermieristica ed Ostetrica, Azienda USL Toscana Centro

Revisori

Marco Alaimo

Infermiere

Laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Dirigente Professioni Sanitarie, Area Infermieristica

Azienda ASL Toscana Centro

Docente a contratto, Università degli Studi di Firenze

- Capitolo 25 – Famiglie che convivono con persone affette da malattia oncologica
- Capitolo 26 – La persona in cure palliative
- Capitolo 30 – Famiglie che convivono con persone affette da malattie neuromuscolari degenerative

Monica Bianchi

Infermiera

Responsabile Master of Science in Cure

Infermieristiche, Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Professoressa ordinaria in Interprofessionalità nella formazione e nella pratica sociosanitaria

già Responsabile Infermieristica Istituto Oncologico della Svizzera Italiana e Istituto Europeo di Oncologia di Milano

- Capitolo 4 – Competenze dell'infermiere di famiglia e di comunità
- Capitolo 13 – Educazione alla salute
- Capitolo 14 – Presa in carico educativa della persona, della famiglia e della comunità
- Capitolo 15 – Pianificazione educativa per la persona, la famiglia e la comunità
- Capitolo 25 – Famiglie che convivono con persone affette da malattia oncologica
- Capitolo 26 – Persona in cure palliative

Giordano Cotichelli

Infermiere

PhD Sociologia ed Epidemiologia delle disuguaglianze di salute

Direttore ADP e Docente a contratto, Corso di Laurea in Infermieristica, Università Politecnica delle Marche

- Capitolo 27 – Famiglie che convivono con persone affette da dolore cronico
- Capitolo 34 – Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e persone con disabilità

Mara Pellizzari

Infermiera

già Direttore Distretto Socio Sanitario di Udine

Direttore Residenza per Anziani “Rosa Mistica” di Cormons

Docente a contratto, Università degli Studi di Udine e Trieste, Università degli Studi di Trento, Università degli studi di Verona

Componente del gruppo di lavoro AGENAS per l'emanazione delle *Linee di indirizzo Infermiere di famiglia o comunità* (2023)

- Capitolo 4 – Competenze dell'infermiere di famiglia e di comunità
- Capitolo 22 – Invecchiamento e bisogni di salute
- Capitolo 23 – Invecchiamento e disturbi cognitivi
- Capitolo 24 – Presa in carico integrata, multiprofessionale e interdisciplinare della persona anziana

Annalisa Pennini

Infermiera

Sociologa con indirizzo organizzativo, economico e del lavoro, specializzata in management dei servizi formativi

Consulente e Formatrice in ambito sanitario

Responsabile Scientifico Academy – Zucchetti Healthcare

- Capitolo 1 – *Uno sguardo d'insieme: nascita ed evoluzione dell'infermieristica di famiglia e di comunità*
- Capitolo 2 – Etica e deontologia dell'infermiere di famiglia e di comunità
- Capitolo 8 – Elementi normativi e organizzativi di sanità pubblica
- Capitolo 9 – Modelli organizzativi territoriali per l'infermieristica di famiglia e di comunità
- Capitolo, Modelli concettuali, professionali e organizzativi per l'infermieristica di famiglia e di comunità
- Capitolo 12 – Medicina e infermieristica di comunità
- Capitolo 22 – Invecchiamento e bisogni di salute
- Capitolo 23 – Invecchiamento e disturbi cognitivi
- Capitolo 24 – Presa in carico integrata, multiprofessionale e interdisciplinare della persona anziana
- Capitolo 30 – Famiglie che convivono con persone affette da malattie neuromuscolari degenerative

Salvatore Saluzzi

Psicologo, Psicoterapeuta a orientamento psicoanalitico

Libero professionista

Ricercatore, ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo

- Capitolo 28 – Ambiti di intervento condiviso in salute mentale

Collaboratori

Serena Barello

Psicologa

Professore Associato di Psicologia della Salute

Co-director Work and Health Psychology Lab

Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso

e del Comportamento, Università di Pavia

Associate Researcher, Unità di Psicologia Applicata,

IRCCS Fondazione Mondino, Pavia

Anna Fiore Palermo

Educatrice Professionale e Dottoressa in Scienze

Linguistiche per le Relazioni Internazionali

Giulia Villa

Infermiera

Ricercatore MEDS-24/C Scienze infermieristiche

generali, cliniche, pediatriche e ostetrico

ginecologiche e neonatali

Center for Nursing Research and Innovation

Facoltà di Medicina e Chirurgia,

Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Asiya Zrouki

Infermiera

Libera professionista, Fondazione Progetto Arca

ONLUS, Fondazione Casa della Carità "A. Abriani",

Filo di Arianna Società Cooperativa Sociale

ONLUS

Presentazione

di Barbara Mangiacavalli

Il presente volume rappresenta un testo di sicuro interesse per chiunque voglia approfondire il complesso tema dell'infermieristica di famiglia e di comunità. Non a caso, si colloca a corollario di un percorso intenso e ancora in atto, che finalmente pone a regime quelle prime modifiche strutturali sull'assistenza territoriale di cui il nostro Paese ha, e avrà, sempre più un gran bisogno.

Da anni, infatti, i dati epidemiologici e l'andamento dell'invecchiamento della popolazione hanno portato al riconoscimento, anche attraverso il documento dell'OMS "Health 21 – Health for all in the 21st century" (1998), della necessità di un cambiamento del paradigma assistenziale e di cura delle popolazioni, ponendo in risalto la centralità della prevenzione e della prossimità territoriale e sociale.

In Italia, dal 2012, con l'approvazione del decreto-legge n. 158, noto anche come "legge Balduzzi", convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189, "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", si è assistito all'inizio della riorganizzazione delle cure primarie, per favorire un processo di de-ospedalizzazione, accompagnato da un contestuale rafforzamento dell'assistenza sul territorio. Questo principio e l'attenzione alla multiprofessionalità per favorire le risposte ai bisogni di salute della popolazione hanno predisposto l'avvio del percorso verso l'istituzione dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC).

Su tale traccia, l'impegno della FNOPI (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche) ha portato alla formalizzazione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità. In Italia questa figura è stata introdotta per la prima volta nella scheda 8 del Patto per la salute 2019-2021, la cui efficacia è stata recentemente prorogata dal Ministero, in attesa della definizione di un nuovo Patto, che ne ha permesso l'istituzione col decreto-legge 34/2020, convertito nella legge 77/2020, prevedendo finanziamenti per far fronte alle necessità del territorio durante la pandemia di Covid-19, con l'introduzione di almeno 9600 unità.

Attraverso poi il DM 77/2022, l'IFeC viene previsto in tutte le strutture istituite dal PNRR per il rilancio del

territorio, specificando che "è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera". Non solo si occupa delle cure agli assistiti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali. Per quanto riguarda gli standard di dotazione delle strutture, è prevista una unità ogni 3000 abitanti, da intendersi come numero complessivo di infermieri di famiglia e di comunità "impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola".

La definizione più puntuale di questo ruolo deriva inoltre dai documenti, dalle norme e dai regolamenti che si sono susseguiti in questi ultimi anni, a seguito dell'emanazione del *position statement* sull'infermiere di famiglia e di comunità che la FNOPI ha realizzato proprio nel 2020.

A seguire, la Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni, con le "Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità ex legge 17 luglio 2020, n. 77" del settembre 2020, e l'Agenas, con le "Linee di indirizzo infermiere di famiglia o comunità" del settembre 2023, hanno regolamentato i passaggi determinanti per la formalizzazione e l'espansione di questa figura professionale in modo omogeneo ed efficace su tutto il territorio nazionale.

L'infermiere di famiglia e di comunità, nell'ambito delle cure primarie domiciliari e territoriali, è quindi oggi riconosciuto quale figura essenziale per l'assistenza sul territorio e rappresenta l'adeguamento del nostro Servizio Sanitario Nazionale alle necessità di tutela della salute.

La pregnanza di tale ruolo impone per il futuro un'evoluzione anche dell'assetto formativo, rappresentato, nella prima fase, da attività localizzate, quali corsi regionali e master, ma che, nel prossimo futuro, richiederà un corso di laurea magistrale *ad hoc*, come indicato da Agenas, per l'acquisizione di competenze metodologiche, di progettazione e presa in carico della popolazione e dei suoi

bisogni: “attraverso la formazione specialistica post-base, acquisisce e implementa conoscenze e competenze per la valutazione dei bisogni di salute della persona in tutte le fasi della vita, delle famiglie e della comunità attraverso approcci sistemici validati, come il modello di analisi e intervento familiare” (Agenas, 2023).

Nel prossimo futuro si dovrà, quindi, prevedere il pieno riconoscimento di tale ruolo anche dal punto di vista concorsuale, nonché di sbocchi economici e di carriera. In tale quadro, i professionisti infermieri del nostro Paese sono ora chiamati a implementare, sviluppare e rendere evidente tale ruolo specialistico nella quotidianità, agendo competenze cliniche, di network, relazionali e manageriali nei diversi setting del percorso di cura: dal domicilio alle strutture territoriali, agli ospedali, ecc.

Si ritiene ora anche necessario monitorare tale sviluppo di messa a regime di un ruolo che permetterà agli infermieri di dimostrare sempre più il potenziale di un ruolo specialistico in risposta alle complesse necessità della popolazione, guidando percorsi, erogando prestazioni anche specialistiche e favorendo l'integrazione dei diversi setting di cura.

In questa direzione tende già uno studio sviluppato nel 2023 dal Centro di Eccellenza per la Ricerca e lo Sviluppo dell'Infermieristica (CERSI-FNOPI), secondo

il quale il 91,7% dei pazienti ha giudicato più che positiva l'assistenza infermieristica domiciliare ricevuta e l'83,8% degli infermieri partecipanti ha dichiarato di essere soddisfatto o molto soddisfatto del proprio lavoro in tale contesto (FNOPI-Aidomus, 2024).

I dati rilevati hanno sottolineato la necessità di delineare modelli organizzativi condivisi ed efficaci, basati soprattutto sui bisogni delle differenti categorie di pazienti.

L'indagine, inoltre, conferma, da un punto di vista infermieristico, una maggiore attrattività del contesto domiciliare.

Partendo da tappe, percorsi e milestone qui descritti, che, in questi ultimi anni, la FNOPI, insieme a tanti colleghi italiani, ha costruito sul ruolo dell'IFeC, si deve ora procedere nell'impegno quotidiano, grazie anche a strumenti quali il presente testo, per rendere l'assistenza territoriale e l'infermieristica sempre più moderne, competenti, utili e riconosciute.

Per questo motivo, ringraziamo gli autori e i curatori per la passione, la cura e il rigore profusi nell'offrire un contributo alla messa a punto e alla diffusione di conoscenze e competenze specifiche in questo ambito, con l'auspicio che l'opera possa contribuire alla formazione dei futuri infermieri di famiglia e di comunità e alla ulteriore affermazione di questa figura professionale.

Barbara Mangiacavalli
Presidente FNOPI

Presentazione

di *Walter De Caro*

Le sfide poste dai mutamenti demografici, dall'aumento delle patologie croniche e dall'invecchiamento della popolazione, oltre a inattese ciclicità di tipo pandemico, stanno mettendo in primo piano l'esigenza di sviluppare un'assistenza sanitaria e sociale più efficace e mirata.

In questo senso l'assistenza infermieristica di famiglia si basa sulla capacità dell'infermiere di operare all'interno di una relazione collaborativa e non gerarchica con le famiglie. Questo tipo di assistenza si concentra sui punti di forza piuttosto che sulla patologia e sostiene la legittimità di realtà multiple. L'assistenza infermieristica di comunità, invece, si colloca nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria. Essa mira a sviluppare le responsabilità del sistema sanitario nella promozione della salute e nell'offerta di interventi appropriati e sostenibili dal punto di vista economico, sociale e ambientale per gli assistiti di una determinata area geografica. Entrambi questi approcci rappresentano i cardini di una visione innovativa, inclusiva e sostenibile dei servizi.

Proprio per spostare l'asse sanitario fuori da un modello ospedale-centrico, come indicato dai curatori di questo libro, appare necessario un grande investimento formativo e questo volume risulta essere un ottimo strumento volto alla migliore comprensione, per i professionisti, per i decisori e per gli studenti ai diversi livelli, delle esigenze di salute e benessere delle persone, inserite nel proprio contesto familiare e sociale.

A livello europeo e internazionale, numerosi Paesi stanno progressivamente riconoscendo e potenziando questi ambiti professionali, prevedendo percorsi formativi di perfezionamento specialistico e di pratica avanzata, pur con aspetti talvolta differenziati, specie riguardo al concetto di assistenza di "famiglia" o di assistenza connessa alle "comunità", dovuti alla "filosofia" stessa di organizzazione dei servizi sanitari, ma con aspetti comuni come la progressiva maggiore autonomia infermieristica.

In Italia, seppur con ritardi e disparità regionali, in questi anni l'infermiere di famiglia e di comunità

va assumendo un maggior rilievo, grazie anche alle recenti riforme sanitarie, nate sulla base delle lezioni apprese dalla pandemia, che hanno previsto il suo inserimento a pieno titolo nelle strutture distrettuali, nelle future "case della comunità" e nei diversi servizi territoriali. In tale ambito appare cruciale sviluppare percorsi formativi a connotazione accademica volti a colmare tali lacune.

Tuttavia, rispetto ad altre realtà, il nostro Paese stenta ancora a riconoscere un modello formativo e di esercizio professionale granulare per infermiere generalista, infermiere specialista e infermiere di pratica avanzata, e i relativi riflessi rispetto allo specifico inquadramento giuridico ed economico, anche per via delle diseguglianze dovute a una eterogenea implementazione di formazione post-base a livello regionale, per esempio, nell'area dell'infermieristica di famiglia e di comunità.

Per converso, superare queste criticità rappresenta ora più che mai una sfida imprescindibile per il nostro sistema sanitario, al fine di sfruttare appieno le potenzialità dei professionisti dell'assistenza infermieristica. Una tempestiva e capillare istituzione di percorsi formativi post-base differenziati, stabili, standardizzati e certificati, in linea con quanto già avviene negli altri principali Paesi, doterebbe finalmente quest'area comunitaria delle competenze specialistiche e del livello di pratica avanzata richiesto dai cittadini in un contesto sanitario in continua evoluzione.

Ciò avrebbe notevoli ricadute positive sull'efficacia e la sostenibilità dei servizi sociali sanitari, favorendo soprattutto un virtuoso potenziamento delle attività territoriali.

In prospettiva, è auspicabile che l'Italia possa colmare rapidamente il proprio ritardo nel riconoscimento formale e sostanziale di questa ormai imprescindibile figura infermieristica, al fine di garantire con equità alla popolazione un'assistenza sociosanitaria realmente rispondente ai mutati bisogni di salute.

L'infermiere di famiglia e di comunità rappresenta infatti una leva strategica per il conseguimento di sistemi sanitari universalistici e resilienti, in grado non

solo di curare, ma soprattutto di prevenire le malattie, preservando il benessere delle comunità.

Grazie ai Curatori e all'Editore per aver creduto in questo progetto e per aver contribuito a realizzarlo.

La pubblicazione di questo manuale rappresenta un momento professionale significativo e innovativo, a

livello sia nazionale sia internazionale. Un volume meritorio, ricco di contenuti e spunti di approfondimento e riflessione, che sviluppa e implementa le lezioni apprese dal passato, osserva con certezza il quadro del presente e prova a orientare il futuro dell'assistenza infermieristica di famiglia e di comunità.

Walter De Caro
Presidente Nazionale CNAI
Executive Board EFNNMA

Prefazione

L'avventura intellettuale e pratica che ha portato alla creazione di questo manuale di infermieristica di famiglia e di comunità si è rivelata un percorso lungo e complesso, ricco di sfide e scoperte. Intraprendere questo progetto, scrivere e curare un'opera indispensabile per l'attualità della popolazione italiana e dei professionisti, ha richiesto un impegno costante e una dedizione assoluta. Ogni pagina del manuale riflette il delicato lavoro e la passione profusa dagli autori nel realizzare uno strumento didattico esaustivo e di qualità, bilanciando gli orientamenti professionali e normativi dell'infermiere di famiglia e di comunità con la necessità di fornire una guida operativa che permetta di applicare le conoscenze, anche metodologiche.

L'infermieristica di famiglia e di comunità rappresenta un'evoluzione significativa nel panorama sanitario contemporaneo, poiché rivolge l'attenzione alla salute e al benessere globale dell'individuo e della comunità. Questo ambito mira a estendere lo spazio della prevenzione e della promozione della salute, favorendo una gestione delle problematiche centrata sulla persona e sulla sua comunità. Tuttavia, le sfide non mancano, specialmente in termini di disparità di risorse e competenze tra diverse aree geografiche, che sottolineano la necessità di un sostegno continuo e di investimenti in questa branca dell'assistenza infermieristica.

In Italia, la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità¹ sta guadagnando riconoscimento e importanza, soprattutto nelle cure primarie. Fornisce un'assistenza che considera i bisogni fisici, emotivi e sociali dell'individuo, diventando un riferimento fondamentale nella costruzione di interventi educativi. Nonostante i progressi, gli infermieri di famiglia e di comunità si confrontano

ancora con sfide come il mancato riconoscimento professionale e la scarsa consapevolezza da parte della popolazione e di altri operatori sanitari sulla portata delle loro competenze e responsabilità.

Un altro ostacolo è la mancanza di norme e regolamentazioni chiare sull'infermieristica di famiglia e di comunità. In assenza di tale normativa, gli infermieri di famiglia e di comunità possono incontrare incertezze e limitazioni nella pratica professionale, che influenzano la loro capacità di svolgere appieno il proprio ruolo. L'efficacia dell'infermieristica di famiglia e di comunità dipende anche da una collaborazione interprofessionale efficace con altri operatori sanitari, che in alcune realtà può essere limitata. La variabilità della copertura territoriale degli infermieri di famiglia e di comunità contribuisce inoltre a disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nell'offerta di cure preventive e di supporto.

Questo manuale desidera rispondere ai bisogni già emersi e attualmente irrinunciabili nella presa in carico della popolazione anziana in crescita, affrontando problematiche di salute correlate all'invecchiamento e ampliando lo sguardo su altri gruppi di persone con nuove esigenze. Per far fronte a queste sfide, i percorsi di formazione specialistica per l'infermieristica di famiglia e di comunità devono fornire le conoscenze e le competenze necessarie per gestire situazioni legate a condizioni di fragilità e per attuare gli interventi descritti nel testo.

Una competenza chiave dell'infermiere di famiglia e di comunità è la capacità di valutazione olistica; un approccio che richiede di considerare non solo la salute fisica, ma anche i fattori psicologici, sociali, economici e culturali che influenzano il benessere degli individui e delle comunità. L'infermiere deve quindi essere

1. La scelta dei curatori e della casa editrice di utilizzare in tutto il testo la dicitura **infermiere di famiglia e di comunità** (e l'acronimo **IFeC**) è riferita alla letteratura internazionale e al significato di **“e” congiunzione**, per indicare che famiglia e comunità sono i due ambiti di pratica infermieristica che compongono specificatamente il settore specialistico in questione. Utilizzare la **“o” disgiuntiva** potrebbe fare riferimento a una realtà in cui l'attività si realizza nell'ambito della famiglia o della comunità; qualora la **“o”** fosse utilizzata con **funzione esplicativa e dichiarativa** significherebbe che quando si nomina famiglia equivale a nominare comunità (Treccani, 2024; [https://www.treccani.it/enciclopedia/congiunzioni-disgiuntive_\(La-grammatica-italiana\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/congiunzioni-disgiuntive_(La-grammatica-italiana)/)).

in grado di agire in contesti complessi, identificando e mobilitando risorse adeguate per supportare la salute e la resilienza delle persone assistite. Inoltre, per l'infermiere di famiglia e di comunità è cruciale una profonda comprensione del tessuto socioculturale in cui gli individui vivono: opera in contesti diversificati e, pertanto, deve possedere una certa sensibilità culturale e la capacità di adattare le pratiche di cura alle varie esigenze e realtà sociali.

Infine, la capacità di agire come leader e agente di cambiamento nel contesto della salute pubblica rappresenta una competenza fondamentale. L'infermiere di famiglia e di comunità deve essere un promotore attivo di iniziative di salute pubblica, lavorando per l'empowerment delle comunità e per la promozione di stili di vita sani, nonché per la prevenzione delle malattie.

Attraverso queste competenze, l'infermiere di famiglia e di comunità diventa un punto di riferimento non solo per la cura, ma anche per l'educazione e la promozione di un approccio alla salute che sia inclusivo e partecipativo, e garantisca un impatto positivo e duraturo sul benessere complessivo della società.

Il processo di ideazione e realizzazione di questo manuale è stato un'impresa notevole, caratterizzata da una fusione unica di conoscenza accademica e pratica clinica. L'integrazione di ricerca meticolosa ed esperienza ha reso possibile la realizzazione di un'opera che si propone di colmare un vuoto nel materiale didattico disponibile per studenti, docenti e professionisti dell'infermieristica di famiglia e di comunità.

Tre sono le chiavi di lettura con le quali affrontare il presente volume: culturale, metodologica e analitica.

1. Sul piano culturale, va precisato che la normativa del DM 77/2022 e le indicazioni del PNRR sono interpretate con un approccio che privilegia la facilitazione e le opportunità. Non sono state evidenziate le carenze, gli autori hanno piuttosto adottato una prospettiva sperimentale. Analizzando ciò che accade nelle realtà concrete italiane e internazionali, conosciute per esperienza diretta o per consultazione della letteratura e studio di sperimentazioni, vengono messe in risalto le opportunità di miglioramento individuate. La normativa viene interpretata seguendo il principio per cui "tutto ciò che non è esplicitamente vietato è consentito, purché risponda alle finalità della normativa stessa", piuttosto che la logica secondo cui "in un sistema pubblico tutto ciò che non è esplicitamente previsto può essere rischioso in termini di responsabilità personali". Il DM 77/2022 e la normativa del PNRR per la Missione 6 chiariscono esplicitamente gli obiettivi di prevenzione, presa in carico e tutela della salute per le persone con cronicità di bassa, media e alta intensità. Il manuale, da questa prospettiva culturale, offre a infermieri

e organizzatori un quadro d'insieme piuttosto esaustivo, sicuramente se si considera la ricca bibliografia a corredo di ogni capitolo.

2. L'aspetto metodologico si traduce in un approccio sperimentale. L'innovazione, per sua natura, non può basarsi su conoscenze consolidate e, nel campo dei sistemi sociali, non è possibile applicare il metodo delle "evidenze verificate in laboratorio". Di conseguenza, i contenuti da attribuire a case della comunità, ospedali di comunità, centrali operative territoriali e punti unici di assistenza possono essere definiti solo attraverso l'azione pratica. È possibile trovare ispirazione da esperienze di altri Paesi (come i *community hospitals* nel Regno Unito) o da esempi nel nostro Paese (case della salute, società della salute, UCCP, AFT, ecc.), ma per innovare veramente è necessario sfruttare gli spazi e le condizioni favorevoli senza attendere la definizione di "modelli uniformi", che risulterebbero con molta probabilità inadeguati in una realtà caratterizzata da molteplici differenze socioeconomiche, culturali e comportamentali nei confronti della salute. La lettura di questo manuale di assistenza infermieristica di famiglia e di comunità permette di conoscere e studiare differenti approcci metodologici, teorie di riferimento, framework costruiti per sperimentazioni. Questi aspetti sono particolarmente rilevanti perché modificano il modello assistenziale di un infermiere tradizionalmente formato alla pratica in ambito ospedaliero e/o sociosanitario. Uno degli aspetti più rilevanti del testo è la sua ampia panoramica dei modelli di presa in carico, la cui applicabilità è descritta in relazione al livello di complessità della popolazione target. Questi modelli sono frutto di un'approfondita ricerca e sono spiegati attraverso esempi pratici che illustrano l'assistenza a persone, famiglie e comunità. L'intento è quello di fornire un manuale che agisca non solo come fonte di informazioni, ma anche come guida pratica per l'implementazione di strategie di cura efficaci e compassionevoli.

Si tratta di mettere in pratica un nuovo metodo di lavoro. Con i recenti sviluppi della tecnologia, con la velocità con cui ogni cosa si realizza, non sarà una sorpresa se tra dieci anni (ma anche prima) almeno il 60-70% delle conoscenze dei professionisti sarà obsoleto; inoltre, molti esperti prevedono che il 75% delle professioni sarà di tipo ibrido (oltre a conoscere i contenuti specifici del lavoro di medico, infermiere, tecnico, occorreranno competenze di tipo digitale, di comunicazione, relazionali e di gestione di reti). Finora si è fatto poco per analizzare criticamente i modelli assistenziali, valutando quanto di ciò che viene insegnato nelle università risulti ormai superato. Questo problema è particolarmente evidente in quelle istituzioni che, fin dall'adozione

del loro primo piano di studi, non hanno mai intrapreso un processo di revisione dei contenuti. A questa carenza si aggiunge l'assenza di un lavoro sperimentale congiunto, che colleghi l'analisi della popolazione e dei suoi bisogni con l'individuazione delle risorse disponibili e con la pratica assistenziale. Tale lavoro dovrebbe essere portato avanti in modo coordinato dal management e dai formatori, ma questa sinergia, pur necessaria, rimane ampiamente inesplorata.

Questa mancanza rappresenta una lacuna significativa, che a nostro avviso richiede un intervento urgente. In ambito metodologico, è stato evidenziato come sia imprescindibile integrare la dimensione educativa e formativa attraverso approcci innovativi. Tra le proposte più rilevanti, emerge un framework inedito per la formazione degli infermieri di famiglia e di comunità, che sottolinea l'importanza di costruire un collegamento stabile e proficuo tra l'accademia e la pratica clinica.

Allo stesso tempo, concetti chiave come la multidisciplinarietà, l'interdisciplinarietà, l'interprofessionalità e la pratica collaborativa devono diventare pilastri metodologici sia per la formazione che per l'esercizio professionale degli infermieri. Questi principi non possono più essere considerati opzionali, ma devono rappresentare il fondamento su cui costruire modelli formativi e operativi al passo con i bisogni della popolazione e con le sfide contemporanee.

3. La terza direzione di lettura è quella analitica. Il manuale si distingue per il suo approccio biopsicosociale, che integra le più recenti evidenze scientifiche con le realtà quotidiane dell'assistenza sanitaria. Questa sinergia tra teoria avanzata e pratica concreta ha l'obiettivo di offrire agli utenti uno strumento didattico completo, capace non solo di informare, ma anche di orientare la pratica clinica. Le pagine del manuale affrontano progressivamente temi sempre più specifici ed esemplificativi, direttamente collegati alla pratica professionale degli infermieri di famiglia e di comunità.

Gli aspetti finora illustrati rendono quest'opera non solo una risorsa preziosa per l'apprendimento e l'insegnamento, ma anche un compagno indispensabile per la pratica quotidiana degli infermieri, che possono trarne ispirazione e guida per affrontare le sfide del loro lavoro quotidiano. In ultima analisi, il manuale si pone come una pietra miliare nel campo dell'infermieristica, indicando nuovi percorsi per l'assistenza centrata sulla persona e sulla comunità e offrendo un contributo significativo all'evoluzione della professione infermieristica.

Organizzazione del testo

La struttura dell'opera, organizzata in sette unità e trenta-quattro capitoli, è progettata per ottimizzare l'apprendimento. Ogni capitolo si concentra su obiettivi di apprendimento chiaramente definiti e concetti chiave relativi al tema trattato, facendo del manuale un riferimento per l'educazione continua e l'aggiornamento professionale nei diversi ambiti in cui può agire l'infermiere di famiglia e di comunità per la pianificazione di lezioni in aula rivolte a infermieri che si apprestano ad acquisire competenze avanzate nell'ambito dell'assistenza infermieristica rivolta a famiglia e comunità. Tabelle, riquadri riassuntivi e alert sono concepiti in modo da evidenziare gli argomenti più rilevanti e facilitare la comprensione e l'assimilazione delle informazioni.

La complessità e la diversità dell'assistenza infermieristica in questo ambito sono declinate secondo il modello di stratificazione del rischio Kaiser Permanente, che fornisce una struttura per comprendere e gestire i livelli variabili di complessità nella cura e nell'assistenza. Il manuale descrive e propone l'applicazione di diversi modelli innovativi di presa in carico, come Chronic Care Model, Health Literacy, Calgary Family Assessment and Intervention Model, Omaha System e Disease Management, tra gli altri. L'attuazione di questi modelli è esemplificata da scenari con relativo sviluppo di un progetto educativo di presa in carico integrata multidisciplinare da parte dell'infermiere di famiglia e di comunità. Molti di questi progetti sono arricchiti da piani educativi definiti e supportati dalle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC, per aiutare il lettore a definire e classificare il bisogno di assistenza ed educazione e attuare set di interventi mirati.

Le **Appendici** contengono una raccolta di schede operative con linee guida pratiche per l'applicazione di tecniche e metodi educativi e di self-care. Questi strumenti sono particolarmente utili nell'infermieristica di comunità, dove l'autogestione della salute e l'educazione della persona rivestono un ruolo fondamentale.

Per non rendere troppo voluminoso il libro cartaceo, le Appendici e alcuni capitoli sono resi disponibili solo in versione digitale sul sito dedicato al volume (all'indirizzo universita.zanichelli.it/ifec) e nell'ambito della versione ebook dell'opera. Si tratta del capitolo 2 ("Etica e deontologia dell'infermiere di famiglia e di comunità"), del capitolo 3 ("Responsabilità dell'infermiere di famiglia e di comunità"), del capitolo 5 ("Competenze digitali dell'infermiere di famiglia e di comunità") e del capitolo 21 ("Abuso e maltrattamento in famiglia"). Sul volume cartaceo è riportato un breve riassunto di questi capitoli.

Sempre sul sito universita.zanichelli.it/ifec sono poi resi disponibili spunti di riflessione sugli argomenti trattati nel testo, presentati sotto forma di **esercizi di pensiero critico** e **quiz a risposta multipla di verifica dell'apprendimento**. Allo stesso indirizzo è disponibile anche la **bibliografia** a supporto dell'opera.

Con il testo, viene poi offerta la possibilità di esercitarsi nella pianificazione dell'assistenza con le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC accedendo a un'apposita sezione del sistema di simulazione avanzato **Florence**. Maggiori informazioni al riguardo sono disponibili nelle prossime pagine.

UNITÀ I – Principi generali dell'infermieristica di famiglia e di comunità

Questa unità raccoglie sette capitoli, che trattano tematiche trasversali e funzionali alla presa in carico integrata della persona, della famiglia e della comunità. Intende fornire una cornice di riferimento per infermieri e organizzazioni dei servizi.

Capitolo 1 – Uno sguardo d'insieme: nascita ed evoluzione dell'infermieristica di famiglia e di comunità.

Questo capitolo illustra l'evoluzione dell'infermieristica di famiglia e di comunità in Italia, evidenziando le tappe chiave della sua crescita e il suo ruolo nel contesto sanitario nazionale. Parallelamente, offre uno sguardo comparativo sulle pratiche infermieristiche di famiglia e di comunità in otto Paesi stranieri, arricchendo la discussione con una prospettiva internazionale che sottolinea l'importanza vitale dell'infermieristica di famiglia e di comunità nel fornire assistenza e cura personalizzate a livello globale.

Capitolo 2 – Etica e deontologia dell'infermiere di famiglia e di comunità. Questo capitolo, disponibile in versione digitale sul sito dedicato al testo e nell'ambito della versione ebook dell'opera, tratta l'importanza dell'etica relazionale in infermieristica, sottolineando come la gestione delle emozioni tra infermiere e persona assistita sia fondamentale. Affronta la sfida dell'equilibrio tra professionalità ed empatia, evidenziando l'isolamento emotivo che gli infermieri possono sperimentare e propone la condivisione e il supporto di squadra come soluzioni per il benessere emotivo degli infermieri. Sottolinea il ruolo del Codice deontologico come guida etica e culturale, che non solo regola, ma eleva la pratica infermieristica, conferendole valore umanistico e sociale. Conclude con l'introduzione di modelli per affrontare dilemmi etici in ambito comunitario.

Capitolo 3 – Responsabilità dell'infermiere di famiglia e di comunità. Questo capitolo, disponibile in versione digitale sul sito dedicato al testo e nell'ambito della versione ebook dell'opera, spiega la responsabilità giuridica degli infermieri di famiglia e di comunità sotto il profilo penale, civile, deontologico e amministrativo. Sottolinea inoltre l'importanza del consenso informato e della gestione adeguata della documentazione clinica, evidenziando l'intreccio tra pratica infermieristica e questioni legali, e rimarca la necessità che l'infermiere rimanga informato sui propri obblighi e sui diritti degli assistiti.

Capitolo 4 – Competenze dell'infermiere di famiglia e di comunità. A partire da un'analisi del concetto di competenza, il capitolo presenta le competenze dell'infermiere di famiglia e di comunità basandosi sulle principali e più autorevoli fonti internazionali. Le competenze previste a livello italiano per l'infermiere di famiglia e di comunità, in accordo con FNOPI e Agenas, sono illustrate in maniera analitica. A partire da questo quadro di riferimento, viene riportata la posizione dell'International Council of Nurses rispetto alla pratica infermieristica avanzata e ai differenti livelli di formazione delle competenze, considerando le caratteristiche attuali italiane e la necessità di formazione continua, come quella prevista dal programma di educazione continua in medicina (ECM). Infine, viene proposto un inedito framework per la progettazione della formazione degli infermieri di famiglia e di comunità, da sperimentare.

Capitolo 5 – Competenze digitali dell'infermiere di famiglia e di comunità. Questo capitolo, disponibile in versione digitale sul sito dedicato al testo e nell'ambito della versione ebook dell'opera, presenta una panoramica delle principali tecnologie digitali che stanno cambiando il profilo della sanità: *health information technology* (HIT), intelligenza artificiale (AI), dispositivi digitali, telemedicina e app per il monitoraggio della salute ottimizzano la comunicazione e l'efficienza e l'accesso alle informazioni, supportando decisioni cliniche rapide ed efficaci.

Capitolo 6 – Assistenza centrata sulla persona, sulla famiglia e sulla comunità. Esamina l'assistenza centrata sulla persona, la famiglia e la comunità (PFCC), sottolineando come un approccio olistico all'assistenza sanitaria, che valorizzi la partecipazione attiva delle persone e delle famiglie, l'adozione di piani di cura personalizzati e la collaborazione fra tutte le parti coinvolte, possa migliorare significativamente l'esperienza di cura.

Capitolo 7 – Relazione di aiuto e counseling. Illustra come la relazione di aiuto e il counseling, basati sull'empatia e il rispetto, siano essenziali nell'assistenza infermieristica per offrire sostegno emotivo e aiutare le persone a gestire i problemi di salute attraverso strategie personalizzate. Sottolinea l'importanza della formazione specifica per gli infermieri per promuovere il benessere delle persone assistite e delle loro famiglie, evidenziando il valore del silenzio, dell'ascolto attivo e del dialogo nell'instaurare relazioni umane profonde, basate sulla comprensione e la responsabilità reciproca.

UNITÀ II – Elementi di sanità pubblica

Questa unità, che comprende cinque capitoli, offre una panoramica degli elementi costitutivi che caratterizzano la sanità pubblica – dalle fonti normative alla medicina e all'infermieristica di famiglia e di comunità – previsti dal piano sanitario nazionale e regionale.

Capitolo 8 – Elementi normativi e organizzativi di sanità pubblica. Sottolinea l'importanza degli elementi organizzativi e normativi nella sanità pubblica e nell'infermieristica di famiglia e di comunità, focalizzandosi su prevenzione, gestione delle malattie croniche e promozione della salute. Evidenzia il ruolo chiave degli infermieri di famiglia e di comunità nella realizzazione di queste strategie, grazie alla collaborazione con enti vari, per offrire cure preventive e supporto a persone vulnerabili presentando il nuovo modello di assistenza sanitaria territoriale.

Capitolo 9 – Modelli organizzativi territoriali per l'infermieristica di famiglia e di comunità. Esplora l'organizzazione dell'infermieristica di famiglia e di comunità, analizzando vari modelli organizzativi e strutture territoriali nel settore della salute. Si concentra sulle cure integrate, esaminando le cure primarie, intermedie e di transizione, e dettaglia le componenti di strutture quali il distretto sociosanitario, la casa della comunità, i dipartimenti di prevenzione, salute mentale e dipendenze. Inoltre, pone enfasi sui modelli organizzativi regionali, illustrando quattro casi di implementazione, per evidenziare l'importanza di queste strutture nell'assistenza sanitaria.

Capitolo 10 – Modelli concettuali, professionali e organizzativi per l'infermieristica di famiglia e di comunità. Discute i modelli di sanità pubblica e di infermieristica di famiglia e di comunità, inclusi il Chronic Care Model, l'Expanded Chronic Care Model, la piramide del rischio Kaiser Permanente e le Community Care, insieme agli approcci predittivi e di stratificazione della popolazione. Approfondisce l'Health Equity Audit e il mapping basato sulla teoria degli asset di salute. Il focus si sposta poi sull'organizzazione assistenziale dell'infermiere di famiglia e di comunità in Italia, evidenziando ruoli come case manager, care manager, disease manager, health coach e population-wide management.

Capitolo 11 – Aspetti di sanità pubblica e medicina di comunità. Analizza i vari aspetti della salute pubblica e le strategie di valutazione dei bisogni, essenziali per gli infermieri di famiglia e di comunità nella promozione della salute e nell'erogazione di cure di base. Affronta l'epidemiologia, la prevenzione delle malattie e la pianificazione sanitaria e identifica i fattori di rischio e le strategie di prevenzione efficaci.

Capitolo 12 – Medicina e infermieristica di comunità. Analizza la riforma che ha introdotto in Italia un sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria più integrato e coordinato, con enfasi sui livelli essenziali di assistenza (LEA) e i Piani sanitari nazionali e regionali: lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, il servizio infermieristico domiciliare (SID) e le forme di assistenza domiciliare

derivate dal lavoro congiunto con il MMG, come l'assistenza domiciliare integrata (ADI).

UNITÀ III – Strumenti e metodi per l'educazione alla salute

L'unità raccoglie tre ampi capitoli, che insieme affrontano in un continuum i principi, i metodi e gli strumenti per l'educazione alla salute.

Capitolo 13 – Educazione alla salute. Descrive l'educazione alla salute come un processo volto a istruire le persone sul mantenimento e sulla gestione autonoma della salute, evidenziando le competenze infermieristiche essenziali per l'educazione sanitaria. Viene posta l'attenzione sui modelli teorici dell'apprendimento degli adulti e sulle strategie motivazionali per il cambiamento, oltre che sull'importanza del self-care e sulle tecniche per promuovere l'engagement delle persone assistite nel loro percorso di salute.

Capitolo 14 – Presa in carico educativa della persona, della famiglia e della comunità. Viene descritto il processo educativo in sanità, partendo dall'accertamento delle necessità fino alla definizione di obiettivi per migliorare l'informazione sanitaria e incoraggiare lo sviluppo dell'autogestione e il cambiamento degli stili di vita. Vengono esplorate le pratiche educative, gli strumenti per l'autogestione e l'adozione di comportamenti salutari, con un focus particolare sull'importanza del colloquio motivazionale come strumento chiave nell'educazione infermieristica.

Capitolo 15 – Pianificazione educativa per la persona, la famiglia e la comunità. Il capitolo evidenzia l'importanza della pianificazione educativa nell'assistenza sanitaria, proponendo modelli specifici per l'infermiere di famiglia e di comunità, adeguati a vari livelli di rischio e caratteristiche della popolazione. Vengono trattati gli approcci e il ruolo dell'infermiere nella gestione personalizzata della salute, il Disease Management come modello sistematico per la gestione delle cronicità, l'Health Coach e il Calgary Family Assessment and Intervention Model e il Community Care Model per gli interventi educativi sulla persona, la famiglia e la comunità.

UNITÀ IV – Salute della famiglia

Questa unità comprende sei capitoli dedicati alla salute degli individui e delle differenti tipologie di famiglia.

Capitolo 16 – Salute della famiglia: definizione e funzionamento. Esplora il ruolo della famiglia nel contesto sociale, evidenziando l'importanza di comprendere gli aspetti relazionali, numerici e multifattoriali che caratterizzano le comunità domestiche. Viene sottolineata l'importanza della dimensione relazionale tra la persona (micro), la famiglia (meso) e la comunità

(macro), utilizzando l'acronimo DIES AEQUO come guida per creare interventi equi e rispondenti ai bisogni identificati.

Capitolo 17 – Assistenza a famiglie con bambini. Il capitolo esamina le sfide sanitarie dall'infanzia all'adolescenza e il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nel promuovere la salute attraverso approcci educativi, interventi personalizzati e la comprensione dei bisogni di bambini, adolescenti e genitori per migliorare il benessere familiare. Viene enfatizzata l'importanza delle competenze genitoriali e della prevenzione per assicurare una crescita sana.

Capitolo 18 – Salute della donna. Il capitolo sottolinea la necessità di rispondere ai bisogni specifici della salute femminile, incluse la salute sessuale e riproduttiva, e spiega come la legislazione italiana tutela la maternità e i diritti delle donne lavoratrici. Enfatizza l'importanza di un'esperienza sessuale sicura e gratificante, libera da costrizioni, e di poter avere una gravidanza sicura e voluta. L'educazione alla salute sessuale emerge come strumento fondamentale per il benessere femminile, con il ruolo cruciale degli infermieri di famiglia e di comunità nel fornire supporto, consulenza ed educazione.

Capitolo 19 – Salute del bambino: dalla nascita all'età adulta. Il capitolo evidenzia l'importanza dell'ambiente familiare e del supporto sociale nella crescita e nello sviluppo del bambino, dal ruolo dell'allattamento materno al sostegno necessario in caso di condizioni di salute particolari. L'infermiere di famiglia e di comunità emerge come figura chiave nel collegare famiglie e servizi, assicurando il benessere complessivo del bambino e promuovendo un ambiente favorevole alla sua crescita.

Capitolo 20 – Salute della famiglia di migranti e rom. Viene trattata l'assistenza infermieristica alle famiglie di migranti e rom in Italia, evidenziando le sfide poste dalla diversità culturale, dalle difficoltà di inserimento e dall'accesso ai servizi sanitari. Si pone particolare attenzione ai bambini migranti, che affrontano conflitti identitari crescendo tra due culture, sottolineando il ruolo fondamentale di un supporto infermieristico empatico e della competenza culturale per garantire un'accoglienza inclusiva e priva di discriminazioni.

Capitolo 21 – Abuso e maltrattamento in famiglia. Questo capitolo, disponibile in versione digitale sul sito dedicato al testo e nell'ambito della versione ebook dell'opera, esamina il problema degli abusi e dei maltrattamenti in famiglia, sottolineandone l'impatto negativo su vittime e società. Abusi psicologici, fisici, morali e sessuali colpiscono soprattutto bambini, donne, anziani e disabili, a causa di dipendenze e vulnerabilità varie.

L'infermieristica di famiglia e di comunità gioca un ruolo chiave nell'identificazione dei segnali di pericolo e nella pianificazione di strategie per assistere le vittime, mirando al loro benessere e recupero.

UNITÀ V – Salute della persona anziana

L'unità è costituita da tre capitoli interamente dedicati alle problematiche della persona anziana e al bisogno di assistenza continuativa in presenza di fragilità correlate all'invecchiamento e a condizioni di malattia.

Capitolo 22 – Invecchiamento e bisogni di salute. Sono affrontate le caratteristiche degli anziani in Italia, mettendo in luce l'importanza di promuovere un invecchiamento sano attraverso stili di vita attivi e salutari. Si evidenzia l'impatto della fragilità e della disabilità sul benessere di questa fascia di popolazione, sottolineando come la perdita di autonomia nelle attività quotidiane e la vulnerabilità influiscano profondamente sulla loro qualità di vita. Il capitolo si conclude ricordando le principali sfide legate all'invecchiamento, inclusi i problemi di salute fisica e mentale e le difficoltà socioeconomiche.

Capitolo 23 – Invecchiamento e disturbi cognitivi. Il capitolo analizza le demenze, spiegando come compromettano funzioni cognitive essenziali e come condizionino la vita degli individui e delle loro famiglie. Sottolinea l'incremento dell'incidenza di demenze e malattia di Parkinson con l'età, un dato influenzato da vari fattori, inclusi quelli stressanti, che possono accelerare l'invecchiamento. Viene messo in luce il ruolo cruciale dell'infermiere di famiglia e di comunità nell'adozione di un approccio centrato sulla persona per una gestione precoce ed efficace, evidenziando l'importanza di contrastare lo stigma associato alle demenze, che può incidere negativamente sulla ricerca di aiuto e sui trattamenti.

Capitolo 24 – Presa in carico integrata, multiprofessionale e interdisciplinare della persona anziana. Un ampio capitolo dedicato all'approccio integrato per la valutazione infermieristica degli anziani, tramite l'uso di una valutazione multidimensionale per analizzare la salute, le capacità cognitive, il supporto sociale e altri fattori che influenzano la qualità di vita. Viene analizzato il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nel valorizzare le risorse personali degli anziani e nel coinvolgere attivamente la comunità, promuovendo un'assistenza centrata sull'individuo mediante l'adozione di modelli di presa in carico integrata.

UNITÀ VI – Salute di famiglie con persone affette da condizioni croniche

Questa unità dedica sei capitoli alle problematiche delle famiglie che hanno in carico una persona affetta da condizioni di cronicità.

Capitolo 25 – Famiglie che convivono con persone affette da malattia oncologica. Il capitolo illustra il programma oncologico nazionale, affrontando tutte le fasi della malattia, dalla prevenzione ai trattamenti, con un focus sulle nuove pratiche per gli infermieri di famiglia e di comunità. Sono discussi la prevenzione, gli screening, i trattamenti e le loro conseguenze, evidenziando l'importanza del supporto a famiglie e iniziative del terzo settore. Vengono inoltre esplorati l'impatto della malattia sui familiari, le sfide e le strategie di superamento, e introdotti concetti come l'epigenetica e l'applicazione del sistema Omaha, che vede individuo, famiglia e comunità come sistemi interconnessi, arricchendo l'intervento infermieristico nella salute pubblica.

Capitolo 26 – Persona in cure palliative. Viene sottolineata l'importanza dell'assistenza infermieristica nei confronti delle persone con malattie croniche, specialmente durante l'aggravarsi delle condizioni e nelle ultime fasi di vita. Gli infermieri, collaborando con vari professionisti, offrono un supporto fondamentale alle persone assistite e alle loro famiglie concentrandosi sulle cure palliative, che mirano a migliorare la qualità di vita tramite il controllo del dolore e la gestione di sintomi e bisogni psicosociali e spirituali. Il capitolo dettaglia altresì i principi delle cure palliative, le disposizioni organizzative in Italia e l'integrazione tra infermieri specializzati e infermiere di famiglia e di comunità, utilizzando modelli come Health Literacy, Calgary Model e Case Management.

Capitolo 27 – Famiglie che convivono con persone affette da dolore cronico. Il capitolo descrive il dolore cronico, evidenziando il suo impatto sulla vita delle persone e delle loro famiglie, con effetti su sonno, sessualità, umore e relazioni. Sottolinea il ruolo cruciale dell'infermiere di famiglia e di comunità nell'assistenza, che include terapie farmacologiche, educazione della persona assistita e coordinamento dei servizi per un approccio integrato alla gestione del dolore. Enfatizza l'importanza di competenze infermieristiche avanzate per aiutare le persone malate a adattarsi, tramite l'insegnamento di tecniche di gestione del dolore e la promozione di un trattamento multidisciplinare efficace per migliorare l'aderenza ai trattamenti e supportare le famiglie.

Capitolo 28 – Ambiti di intervento condiviso in salute mentale. Vengono discusse le difficoltà delle famiglie nel gestire i disturbi mentali al domicilio, con particolare attenzione all'impatto sulle relazioni e all'isolamento sociale. Si pone in evidenza l'importanza dell'infermiere di famiglia e di comunità nell'assistenza post-dimissione, nel facilitare la cura domiciliare e collaborare per un trattamento integrato. L'infermiere di famiglia e di comunità supporta l'educazione familiare e combatte lo stigma sui

disturbi mentali, applicando il case management per rispondere efficacemente alle esigenze specifiche della persona assistita e dei suoi familiari.

Capitolo 29 – Famiglie che convivono con persone affette da malattie croniche. Il capitolo discute della sfida posta dalle malattie croniche, sottolineando l'importanza di gestire stili di vita e rischi modificabili nelle malattie come il diabete, le patologie cardiovascolari e respiratorie e il cancro. Tratta di interventi preventivi, educazione sanitaria e supporto ai familiari curanti, sovraccarichi di responsabilità, e del ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nel fornire educazione, supporto e facilitare l'accesso alle risorse, sostenendo le persone e le famiglie nella gestione complessiva della malattia.

Capitolo 30 – Famiglie che convivono con persone affette da malattie neuromuscolari degenerative. Il capitolo tratta delle malattie neuromuscolari degenerative (MNM), tra cui le distrofie muscolari e la SLA, con un focus sulla debolezza progressiva e i problemi respiratori e di nutrizione. Sottolinea il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nel supporto alle persone assistite e alle loro famiglie attraverso la cura quotidiana, la valutazione dei sintomi e l'educazione sulla gestione della malattia.

UNITÀ VII – Salute delle comunità

Questa settima e ultima unità si concentra sui comportamenti e gli stili di vita che possono compromettere la salute degli individui e sulle problematiche e le aree di promozione della salute nelle differenti ed emblematiche comunità presenti sul territorio nazionale.

Capitolo 31 – Comportamenti a rischio e stili di vita. Il capitolo sottolinea l'importanza di uno stile di vita sano per prevenire le malattie croniche e spiega come avviene la trasformazione di alcune abitudini in dipendenze, analizzando gli aspetti biopsicosociali comuni a queste ultime. Enfatizza le difficoltà che si incontrano nel superare le dipendenze e propone strategie di trattamento, concludendo con esempi di progetti per un'assistenza integrata da parte dell'infermiere di famiglia e di comunità.

Capitolo 32 – Comunità scolastica. Il capitolo descrive il ruolo dell'infermiere scolastico nella promozione della salute e nell'educazione sanitaria nelle scuole, evidenziando l'evoluzione e l'importanza per il benessere degli studenti. Inoltre, esamina le sfide sanitarie specifiche degli studenti e propone modelli educativi per interventi efficaci, in cui l'infermiere collabora con la comunità scolastica per creare ambienti salutaris, supportando studenti e famiglie verso una maggiore consapevolezza sanitaria.

Capitolo 33 – Comunità di migranti, comunità rom e persone senza dimora. Viene enfatizzata la necessità di un'assistenza culturalmente competente, rispettosa delle diverse culture e tradizioni, per adattare le pratiche infermieristiche alle esigenze specifiche, superando le barriere linguistiche e informative per promuovere la health literacy.

Capitolo 34 – Comunità residenziali e semiresidenziali per anziani e persone con disabilità. Il capitolo tratta delle strutture semiresidenziali e residenziali per anziani e disabili, distinguendo tra i servizi offerti a seconda delle necessità di cura, della normativa nazionale e regionale che regola requisiti e organizzazione di tali strutture e del ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nell'assicurare continuità assistenziale ed educazione sanitaria, collaborando per un approccio di cura personalizzato e promuovendo il benessere collettivo delle persone nelle diverse strutture.

Siamo consapevoli che il profilo operativo dell'infermiere di famiglia e di comunità affermato e sviluppato in questo manuale rappresenta un passo audace e innovativo per l'infermieristica di prossimità, che necessariamente deve riconsiderare modelli di welfare delineati in risposta ai bisogni di salute del singolo e delle comunità e che vede come fulcro di questo cambiamento l'IFeC, proiettato nel rinnovamento dell'organizzazione sanitaria territoriale e del modello di cure. Il profilo professionale dell'infermiere

di famiglia e di comunità delineato nel testo si distingue per le sue competenze specialistiche, che lo rendono un professionista indispensabile per rispondere alle esigenze di un sistema sanitario in continua evoluzione.

Questo manuale mira a diventare una risorsa essenziale per tutti gli operatori del settore, sottolineando l'importanza di un approccio alla cura sanitaria che sia efficace, empatico e centrato sulle necessità individuali. La visione proposta nel testo è quella di un sistema sanitario resiliente, dove ogni individuo, con il supporto dell'infermiere di famiglia e di comunità, possa gestire in modo ottimale la propria salute e il proprio benessere. In questo contesto, l'infermiere di famiglia e di comunità non è solo un fornitore di cure, ma anche un facilitatore nel processo di salute e benessere, che lavora a stretto contatto con la comunità e agisce come un collegamento vitale tra la persona assistita e il sistema sanitario più ampio.

L'auspicio è che questo manuale possa rappresentare una pietra miliare nel campo dell'infermieristica di famiglia e di comunità, segnando un nuovo inizio nel modo di percepire e gestire la salute e il benessere nel contesto comunitario.

Invitiamo pertanto i lettori a concentrarsi su questi contenuti attraverso le pagine del manuale, sperando che questo possa ispirare e informare non solo gli operatori sanitari, ma anche i policy maker e chiunque sia interessato a comprendere e partecipare attivamente al miglioramento della salute comunitaria.

*Cesarina Prandi
Pierluigi Badon*

Perché questo libro?

È la domanda che ci siamo posti quando, come curatori, abbiamo pensato di realizzare un manuale di assistenza infermieristica di famiglia e di comunità. Sapevamo di avere un'idea ambiziosa e sfidante. Aspetti che conosciamo nella pratica, grazie ai lunghi anni in cui abbiamo svolto la nostra professione.

In un'epoca in cui i cambiamenti demografici e sociali stanno ridefinendo le esigenze di salute delle comunità, specialmente con l'aumento della popolazione anziana, emerge con forza la necessità di una formazione specialistica per gli infermieri. Pertanto, la risposta è intrinsecamente legata alla sua rilevanza e originalità nel panorama attuale della letteratura infermieristica. Il nostro lavoro, svolto nell'ambito sia della formazione sia della consulenza organizzativa, ha posto le basi di conoscenza esperienziale di quanto si è affrontato per la preparazione del manuale. I professionisti, i contesti, le persone assistite, i volontari, i politici, gli accademici e i rappresentanti di società scientifiche, di associazioni di malati e familiari incontrati dai curatori hanno inconsapevolmente tessuto una trama fertile, che ha reso possibile la nascita di questo manuale. Si tratta di un'opera corale, concepita in un'agorà durata a lungo, molto prima che il lavoro si concretizzasse in una forma compiuta e pronta per essere condivisa e diffusa.

Questo libro, come abbiamo ribadito nella prefazione, si propone come una risorsa indispensabile per colmare una lacuna significativa nel campo dell'infermieristica di famiglia e di comunità. Nasce dall'esperienza di infermieri che hanno saputo prima di altri interpretare il presente e preparare un futuro adatto alle reali esigenze delle famiglie e delle comunità. Offre non solo un'ampia panoramica dei modelli di presa in carico della persona, ma anche contenuti specifici e metodi applicativi spesso non noti agli infermieri con formazione di base.

In un contesto in cui i servizi sanitari pubblici si trovano a fronteggiare sfide crescenti, l'importanza dell'infermiere di famiglia e di comunità diventa sempre più evidente. Abbiamo cercato di far fronte a tale esigenza in questo libro, delineando i contenuti di percorsi di formazione innovativi, che permettano di acquisire

le competenze specialistiche e avanzate necessarie a rispondere efficacemente ai bisogni della popolazione e della comunità. Quel che desideriamo precisare è la nostra posizione intellettuale, che si caratterizza nello sforzo di mettere in evidenza aspetti significativi, offrire opportunità di conoscenza e creare occasioni per esercitare un approccio critico rispetto ai contenuti espressi. Chiaramente, abbiamo condiviso una visione sia del sistema salute sia del sistema professionale.

Abbiamo individuato una metafora che può aiutarci a illustrare il nostro lavoro di curatori di questo manuale. Si è immaginato un grande scenario ambientale, ove si collocano delle salienze e ogni componente è in relazione con il resto del paesaggio. Le salienze identificabili sono le persone di cui ci si occupa in ambito sanitario, ovvero gli assistiti con le loro necessità e risorse. Famiglie e comunità sono altre salienze, come lo sono le organizzazioni dei servizi che erogano assistenza, i volontari, le associazioni, i politici, i decisori. L'approccio adottato è stato sistemico, orientato a considerare ogni elemento e componente come parte di un insieme interconnesso, in cui le relazioni reciproche sono fondamentali. Particolare attenzione è stata dedicata alla complessità che caratterizza la nostra epoca, una complessità definita da dinamiche di retroazione e flessibilità, oltre che dalla necessità di comprendere e analizzare i confini tra sistemi, discipline e ruoli. Questi confini, intesi non come barriere rigide, ma come aree di transizione e dialogo, richiedono di essere interpretati alla luce delle regole, delle interconnessioni e dei sistemi di comunicazione che li attraversano.

Si sono così venuti a definire quattro "corner", come in un grande campo da gioco: le persone assistite e loro famiglie, i professionisti con le loro rappresentanze formative, ordinistiche e associative, il sistema economico-amministrativo-politico e le risorse delle comunità. Ognuno di questi corner partecipa al gioco, non per vincere da solo, in competizione con gli altri, quanto piuttosto per concorrere al benessere di ognuno dei soggetti costituenti i singoli corner. Una difficile e sfidante condizione di *win-win* per condurre le pratiche

in maniera coerente. La posta in gioco è alta, si tratta del benessere dei cittadini, del rispetto del ruolo dei singoli professionisti e del suo sviluppo, di una spesa ragionevole riguardo alle politiche intraprese dal Paese Italia, di una maggior consapevolezza del valore della solidarietà e della co-costruzione della salute. In questo paesaggio i curatori hanno camminato, osservato, intrapreso e interpretato. Quel che ci preme è mettere a disposizione di altri le conoscenze acquisite e attivare un dibattito e, di conseguenza, migliorare il testo. Non ci sono quindi prese di posizione sulla regolamentazione dell'esercizio professionale degli infermieri di famiglia e di comunità.

La nostra convinzione è che non si possa più rimandare l'istituzione di un percorso di formazione universitaria specialistica per gli infermieri. È essenziale implementare un programma biennale di specializzazione e proporre master di II livello che forniscano agli infermieri le competenze avanzate richieste in un contesto sanitario in rapida evoluzione. Pertanto, è necessario un impegno concreto da parte dei responsabili a tutti i livelli, per garantire che l'infermiere di famiglia e di comunità sia riconosciuto come un professionista autonomo e competente. Questo ruolo deve essere valorizzato non solo in termini di capacità cliniche, ma anche per la sua fondamentale funzione nella promozione della salute all'interno delle comunità.

Tale riconoscimento avrà un impatto significativo non solo sul benessere delle persone assistite, ma anche sull'efficacia generale del sistema sanitario. Gli infermieri specializzati sono in grado di assumere un ruolo più

attivo nella gestione della salute della comunità, contribuendo a ridurre la pressione sugli altri servizi sanitari e migliorando l'accesso alle cure per tutti.

Concludendo, desideriamo enfatizzare l'importanza cruciale di questa evoluzione nell'ambito della formazione e del riconoscimento professionale degli infermieri di famiglia e di comunità. La nostra visione è quella di un futuro in cui questi professionisti siano pienamente equipaggiati e valorizzati, e giochino un ruolo chiave nel sistema sanitario per il miglioramento della salute comunitaria. L'applicazione di nuovi modelli di pratica va accompagnata e supportata da strumenti metodologici idonei, di cui diamo cenno nelle Appendici, ed è certamente meritevole di sperimentazione e di approfondimento.

In questo contesto di crescita e cambiamento, auguriamo buon lavoro a tutti coloro che intraprenderanno questo percorso di formazione specialistica, sperando che possano trovare nella loro carriera non solo il successo professionale, ma anche la soddisfazione di contribuire significativamente alla salute e al benessere delle comunità che serviranno.

Allo stesso modo, auguriamo buon lavoro a coloro che si adopereranno per realizzare questi cambiamenti, dalla creazione di programmi di formazione alla promozione del riconoscimento professionale fino a sfidare la consuetudine sperimentando modelli di implementazione.

Insieme, come infermieri, possiamo lavorare per un futuro in cui la salute sia accessibile e sostenibile per tutti.

*Cesarina Prandi
Pierluigi Badon*

Nota terminologica

Già da diversi anni la CEA, Casa Editrice Ambrosiana, sta operando, attraverso diverse iniziative che coinvolgono professionisti e studiosi del settore infermieristico, per dare il suo contributo sia alla definizione, in termini di contenuti e metodi, del campo di attività dell'infermiere (fenomeni che affronta, interventi che eroga, risultati a cui mira), sia alla standardizzazione del linguaggio infermieristico.

Il primo passo formale in questo senso è stato compiuto con la pubblicazione, avvenuta nel 2004, della traduzione ufficiale del testo NANDA International, *Diagnosi infermieristiche. Definizioni e classificazione 2003-2004*. A somiglianza di quanto realizzato in altri Paesi per altre lingue, a fianco del traduttore principale è stato costituito un gruppo di lavoro composto da numerosi professionisti dell'ambito infermieristico, di diversa provenienza e formazione, che si è occupato di concordare la terminologia con la quale scrivere in lingua italiana i titoli e le definizioni delle diagnosi infermieristiche.

Il repertorio che il gruppo di lavoro ha prodotto nel corso degli anni è stato utilizzato da CEA per uniformare il linguaggio infermieristico nell'ambito diagnostico per tutti i propri testi. Tale repertorio è mantenuto aggiornato attraverso la pubblicazione periodica, ogni due anni fino al 2008 e ogni tre anni a partire dal 2009, delle nuove edizioni del manuale ufficiale di NANDA International (nel frattempo diventata NANDA-I), la cui ultima edizione, al momento di andare in stampa, è relativa al triennio 2024-2026.

Il successo ottenuto da questa iniziativa ha stimolato la definizione di un progetto analogo finalizzato alla realizzazione di una traduzione condivisa dei titoli della versione 2004 delle classificazioni NOC e NIC. Anche in questo caso, un gruppo di esperti dell'ambito

infermieristico è riuscito a concordare una terminologia comune e il repertorio messo a punto è stato utilizzato per uniformare il linguaggio infermieristico per quanto riguarda la definizione dei risultati di salute e dei relativi interventi infermieristici.

La pubblicazione dei testi di S. Moorhead, M. Johnson e M. Maas, *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*, e di McCloskey Dochterman J. e Bulechek G., *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*, avvenuta nel 2007 e relativa alle versioni del 2004 delle due tassonomie, ha costituito un'importante occasione di confronto sul lavoro effettuato e ha permesso di aggiornare la terminologia messa a punto per la traduzione dei titoli dei risultati NOC e degli interventi NIC e di utilizzare una traduzione condivisa all'interno del gruppo di lavoro anche per le relative definizioni. Questa attività è proseguita negli anni successivi e le più recenti edizioni italiane delle due tassonomie NOC e NIC sono state pubblicate nel 2025 (quarta edizione italiana sulla settima edizione originale, per la classificazione NOC, e quarta edizione italiana sull'ottava edizione originale per la classificazione NIC).

Attraverso questi processi, il repertorio terminologico utilizzato dalla Casa Editrice Ambrosiana si arricchisce di nuovi importanti contributi e i volumi CEA, tradotti impiegando questa terminologia ufficiale, si presentano a studenti infermieri, infermieri clinici, infermieri formatori, ricercatori e dirigenti con un linguaggio coerente, che permette di favorire il confronto e lo sviluppo della comunità professionale infermieristica nel nostro Paese.

La conformità dei molteplici testi infermieristici di CEA alla terminologia NNN qui illustrata viene evidenziata con l'inserimento dei loghi di "Traduzione verificata NANDA-I" e di "Traduzione verificata NOC e NIC".



Indice

Curatori	VII
Autori	VIII
Revisori	XI
Collaboratori	XIII
Presentazione di Barbara Mangiacavalli	XV
Presentazione di Walter De Caro	XVII
Prefazione	XIX
Perché questo libro?	XXVII
Nota terminologica	XXIX
Declaratoria di non responsabilità	XXX
Come accedere alle risorse online	XXXI

UNITÀ I

PRINCIPI GENERALI DELL'INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

Capitolo 1. Uno sguardo d'insieme: nascita ed evoluzione dell'infermieristica di famiglia e di comunità	3
1.1 INFERMIERE DI FAMIGLIA: LA NASCITA IN EUROPA	4
1.2 ESPERIENZE INTERNAZIONALI	6
Canada	6
Stati Uniti	10
Regno Unito	12
Slovenia	15
Spagna	17
Francia	20
Svizzera	21
Svezia	22
Portogallo	24
1.3 STORIA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ IN ITALIA	25
Percorsi formativi	26
Cenni storici	27

Capitolo 2. Etica e deontologia dell'infermiere di famiglia e di comunità	31
--	----

ONLINE universita.zanichelli.it/ifec

2.1 ASPETTI ETICI E DEONTOLOGICI DELL'INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ	2
Quale riflessione per un nuovo statuto epistemologico e disciplinare?	2
La lampada etica	4
L'etica: perché?	5
2.2 QUALITÀ DI VITA E CRONICITÀ	6
2.3 COMUNICAZIONE ED ENGAGEMENT	6
Principi di non maleficenza e giustizia	6
Principi di beneficenza e autonomia	9
2.4 PROSSIMITÀ E ALTERITÀ	9
2.5 SULL'ETICA DELLE COMUNITÀ	10
Infermieristica ed etica delle comunità	11
2.6 FAMIGLIA E CODICE DEONTOLOGICO	12
Codice deontologico delle professioni infermieristiche 2019	12
2.7 QUALI PROBLEMI MORALI PER GLI INFERMIERI DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ	14
2.8 OSTACOLI IN ETICA INFERMIERISTICA	15
2.9 MODELLI PER LA PRESA DI DECISIONE ETICA	16
Modello di Verena Tschudin	16
Modello ETHICS di Ann Gallagher	20
Modello dei sette passi	22
Modello dell'etica narrativa	23
2.10 CONSIDERAZIONI FINALI	24

Capitolo 3. Responsabilità dell'infermiere di famiglia e di comunità	33
---	----

ONLINE universita.zanichelli.it/ifec

3.1 ASPETTI GIURIDICI DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ	1
Responsabilità professionale	1
Responsabilità dell'infermiere	4
Responsabilità di équipe	5
Gestione della documentazione sanitaria	8

Capitolo 4. Competenze dell'infermiere di famiglia e di comunità	35	Supporto per la cura della demenza	10
4.1 COMPETENZE	35	Educazione alla salute nelle scuole	11
<i>Hard, soft e life skills</i>	36	Sostegno dell'anziano fragile	12
Evoluzione delle competenze nel lavoro e nell'apprendimento: dal comportamentismo al costruttivismo	39	5.5 STRUMENTI DIGITALI PER LA PRESA IN CARICO AL DOMICILIO	12
Sviluppare le competenze dei professionisti: il modello di Guy Le Boterf	41	Cartella clinica elettronica	12
Andragogia e motivazione all'apprendimento	42	Strumenti di valutazione	13
4.2 PERCORSI DI FORMAZIONE PER L'ACQUISIZIONE DEI LIVELLI DI COMPETENZA	47	Applicazioni per la valutazione multidimensionale	13
Livelli di competenza secondo l'International Council of Nurses (ICN)	48	Sistemi di e-health monitoring	13
Orientamenti internazionali	51	5.6 CONSIDERAZIONI ETICHE E ALFABETIZZAZIONE DIGITALE	14
Orientamenti nazionali	58	Intelligenza artificiale e questioni etiche	15
4.3 PROGETTARE PERCORSI DI FORMAZIONE PER LO SVILUPPO DI COMPETENZE SPECIALISTICHE PER L'IFEC	60	Capitolo 6. Assistenza centrata sulla persona, sulla famiglia e sulla comunità	81
Framework per la formazione degli infermieri di famiglia e di comunità (IFeC)	61	6.1 ASSISTENZA CENTRATA SULLA PERSONA E SULLA FAMIGLIA: DEFINIZIONE	82
Percorsi di formazione e livelli di competenza infermieristica	67	Advocacy nell'ambito dell'infermieristica centrata sulla persona, sulla famiglia e sulla comunità	82
Framework per lo sviluppo delle competenze dell'IFeC: ambiti di applicazione dei modelli PEPPA, N-REM e Iowa	69	6.2 COMPETENZE AVANZATE: SVILUPPARE L'ASSISTENZA CENTRATA SULLA PERSONA, SULLA FAMIGLIA E SULLA COMUNITÀ	82
4.4 ETICA DELLE COMPETENZE	76	Infermiere caratterizzato da una forte leadership	82
Utilizzo etico delle competenze	77	Monitoraggio regolare e segnalazione dei dati di feedback degli assistiti	83
Capitolo 5. Competenze digitali dell'infermiere di famiglia e di comunità	79	Coinvolgimento di assistiti, famiglie e caregiver	84
ONLINE universita.zanichelli.it/ifec		Miglioramento delle risorse nell'erogazione delle cure e nella gestione dell'ambiente	84
5.1 NUOVI MODELLI DI INFERMIERISTICA E TECNOLOGIE	1	Capacità del personale sanitario e ambiente di lavoro favorevole	85
Teoria della Technological Competency as Caring in Nursing (TCCN)	1	Definizione delle responsabilità delle prestazioni	85
Dalla tecnologia come mezzo alla tecnologia come risorsa	2	Riprogettazione e coprogettazione dell'erogazione dei servizi	87
Tecnologia digitale ed educazione alla salute	3	Sostegno di una cultura dell'apprendimento organizzativo	87
Raccolta e analisi dei dati: studi e valutazioni clinico-assistenziali	4	6.3 CONCETTI FONDAMENTALI DELL'ASSISTENZA CENTRATA SULLA PERSONA E SULLA FAMIGLIA	87
5.2 EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE E TELEMEDICINA	6	Dignità e rispetto	87
Lavoro in team multidisciplinare e opportunità della telemedicina	7	Condivisione delle informazioni	87
5.3 STRUMENTI DIGITALI PER L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ	7	Partecipazione	88
5.4 AREE DI APPLICAZIONE DELLA TECNOLOGIA DIGITALE, DELL'INFORMATICA E DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN SANITÀ	8	Collaborazione	88
Comunicazione e relazione	8	6.4 ASSISTENZA PERSONALIZZATA	89
Supporto per la salute mentale	9	Capitolo 7. Relazione di aiuto e counseling	91
		7.1 RELAZIONE DI AIUTO	91
		Presupposti della relazione di aiuto	92
		Relazione terapeutica	93
		Relazione professionale	94
		Consapevolezza del "sé personale" e del "sé professionale"	94

Importanza della personalità dell'operatore nella relazione con l'assistito e la famiglia	95	Finalità delle cure di comunità	154
Ascolto attivo ed empatico	96	Reti delle cure di comunità	154
7.2 COUNSELING	97	9.3 FRAMEWORK DEI MODELLI	154
Counseling infermieristico di famiglia e di comunità: finalità	98	Modelli e metodi di intervento a livello macro	155
Counseling infermieristico: formazione	98	Modelli e metodi di intervento a livello meso	161
Counseling infermieristico: tecniche e competenze	99	Modelli, strumenti e metodi di intervento a livello micro	161
Counseling infermieristico: colloquio	100		
Counseling infermieristico e relazione di aiuto digitale	104		
7.3 RELAZIONE DI AIUTO E COUNSELING COME BASE PER IL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE	104		
7.4 CONSIDERAZIONI ETICHE	105		
Valenza filosofica ed etica del silenzio, dell'ascolto e del dialogo	106		

UNITÀ II

ELEMENTI DI SANITÀ PUBBLICA

Capitolo 8. Elementi normativi e organizzativi di sanità pubblica	111	Capitolo 10. Modelli concettuali, professionali e organizzativi per l'infermieristica di famiglia e di comunità	163
8.1 POLITICHE DI WELFARE IN ITALIA	112	10.1 DAL MODELLO BIOMEDICO AL MODELLO BIOPSICOSOCIALE	163
Piano nazionale della cronicità (PNC)	114	Modelli concettuali che caratterizzano la salute e le cure di comunità	164
Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025	121	Modelli professionali	170
Decreto ministeriale 77/2022: una svolta nell'assistenza territoriale	126	Modelli organizzativi, predittivi e di stratificazione	172
8.2 POLITICHE E MODELLI ORGANIZZATIVI PER LA CRONICITÀ	127	10.2 ESPERIENZE REGIONALI DI IMPLEMENTAZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI	179
Evoluzione storica delle politiche di welfare per la cronicità	128	Friuli-Venezia Giulia	181
Il <i>welfare state</i>	129	Piemonte	183
<i>Welfare state</i> : origine, espansione, crisi e nuovi modelli	131	Toscana	184
Principi e linee guida portanti delle nuove politiche sociosanitarie di welfare	132	Puglia	186
Organizzazione del nuovo welfare e ruolo centrale della famiglia	134	10.3 MODELLO PROFESSIONALE E ORGANIZZATIVO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ	187
Ripensare la presa in carico	134	Destinatari del modello dell'IFeC	188
		Presa in carico integrata	188
Capitolo 9. Modelli organizzativi territoriali per l'infermieristica di famiglia e di comunità	137	Capitolo 11. Aspetti di sanità pubblica e medicina di comunità	195
9.1 MODELLI ORGANIZZATIVI E STRUTTURE TERRITORIALI	137	11.1 GLOBALITÀ DEI BISOGNI DI SALUTE IN ITALIA	195
Cure integrate	138	Pandemia da SARS-CoV-2	195
9.2 MODELLI ORGANIZZATIVI DI SALUTE PUBBLICA E CURE DI COMUNITÀ	152	Povertà in Italia	196
		11.2 MORTALITÀ, MORBILITÀ E PRINCIPALI CAUSE DI MORTE	197
		Mortalità infantile	198
		Principali cause di morte	199
		Fattori o cause che influenzano il mantenimento della salute	199
		11.3 RACCOMANDAZIONI INTERNAZIONALI PER LA SALUTE GLOBALE	203
		11.4 SVILUPPO E PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLA COMUNITÀ	204
		Reti intersectoriali e servizi per la promozione della salute	205

Capitolo 12. Medicina e infermieristica di comunità	211
12.1 RIFERIMENTI NORMATIVI	211
Livelli essenziali di assistenza (LEA)	212
Piano sanitario nazionale e regionale	214
Prestazioni in regime ambulatoriale	215
Prestazioni in regime di ricovero	216
12.2 INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	217
Integrazione istituzionale	217
Integrazione gestionale	217
Integrazione professionale	217
12.3 SISTEMA SOCIOSANITARIO TERRITORIALE	218
Area dipartimentale sociosanitaria	218
Home care	219
Infermiere domiciliare	223
Servizi sociosanitari integrati	225
Distretti sociosanitari	226
Servizi residenziali	234
12.4 SERVIZI SOCIALI	236

UNITÀ III

STRUMENTI E METODI PER L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Capitolo 13. Educazione alla salute	241
13.1 AMBITI DI INTERVENTO PER L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE	243
Educazione della persona	243
Educazione della famiglia	244
Educazione della comunità	244
13.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE	246
Health literacy e promozione della salute	246
13.3 COMPETENZE INFERMIERISTICHE IN AMBITO EDUCATIVO	247
13.4 MODELLI TEORICI PER L'EDUCAZIONE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE	249
Modello Self-Management Education	256
Modello Patient-Family-Centered Care (NHS England, 2022)	256
Modello Collaborative Care	258
Teoria del self-care	259
13.5 TEORIE DELL'APPRENDIMENTO DEGLI ADULTI	264
Teoria dell'apprendimento adulto di Malcolm Shepherd Knowles	265
Teoria dell'apprendimento esperienziale di David Kolb	265
Teoria dell'apprendimento trasformativo di Jack Mezirow	266
Teoria dell'autoefficacia di Albert Bandura	268
Modello transteorico del cambiamento di Prochaska e DiClemente	268
Modello Patient Health Engagement	272

Capitolo 14. Presa in carico educativa della persona, della famiglia e della comunità	277
14.1 PECULIARITÀ DEL PROCESSO EDUCATIVO	278
Relazione	278
Responsabilità e autonomia	279
14.2 PIANIFICAZIONE DELL'AZIONE EDUCATIVA	279
Valutazione delle condizioni per l'apprendimento	281
Accertamento del bisogno educativo	286
Modelli di accertamento	302
Colloquio motivazionale	304
Diagnosi infermieristica	310
Definizione degli obiettivi	316
Pianificazione e attuazione degli interventi	318
Utilizzo delle tassonomie NOC e NIC	322
Valutazione	322
Pianificazione critica e riflessione fondata sull'esperienza	324

Capitolo 15. Pianificazione educativa per la persona, la famiglia e la comunità	327
--	-----

15.1 MODELLI DI PRESA IN CARICO BASATI SULLO STATO DI SALUTE, LA MALATTIA E IL LIVELLO DI COMPLESSITÀ	328
Chronic Care Model	329
Modello Health Coaching	331
Modello Disease Management	332
Modello Case Management	333
Modello JA-CHRODIS	335
Calgary Family Assessment and Intervention Model (CFAM/CFIM)	338
Modello Community-Centered Care	343
Modello Precede-Proceed	348
Modello Health Literacy	354
Omaha System	356
Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)	361
Strumento WHODAS 2.0 per la valutazione dello stato di salute	366

UNITÀ IV

SALUTE DELLA FAMIGLIA

Capitolo 16. Salute della famiglia: definizione e funzionamento	371
16.1 FAMIGLIA	371
Famiglia come unità base della società	372
Tipologie di famiglie	372
16.2 FUNZIONAMENTO DELLA FAMIGLIA	374
Famiglia funzionale e disfunzionale	374
16.3 WELFARE COMMUNITY	377
Famiglia: nucleo centrale del welfare community	378

Politiche sanitarie per la famiglia	378	Capitolo 18. Salute della donna	419
Uso della SWOT analysis nell'intervento dell'infermiere di famiglia e di comunità	379	18.1 PROSPETTIVA INTERNAZIONALE E NAZIONALE	420
Health literacy	384	Politiche internazionali	420
Variabili e ostacoli dell'intervento infermieristico	386	Politiche nazionali	421
Presa in carico integrata della famiglia	386	18.2 SALUTE SESSUALE, SALUTE RIPRODUTTIVA E SALUTE DI GENERE	422
Differenti modelli di presa in carico della famiglia	388	Salute sessuale e salute riproduttiva	422
Assistenza infermieristica al familiare di una persona affetta da malattia cronica	389	Approccio di genere alla salute delle donne	424
Assistenza infermieristica a una famiglia omogenitoriale	390	18.3 DONNA: CORPO E CORPOREITÀ	424
Assistenza infermieristica a una famiglia monogenitoriale	391	Ciclo mestruale	426
Utilizzo della tassonomia NANDA-I	393	Menopausa	426
Capitolo 17. Assistenza a famiglie con bambini	395	18.4 FERTILITÀ, GRAVIDANZA, PARTO, PUERPERIO	427
17.1 CARATTERISTICHE DELLE MADRI ITALIANE E STRANIERE E DEI LORO NEONATI	396	Contraccezione e gravidanza	427
Epidemiologia neonatale	396	Aborto spontaneo e interruzione volontaria di gravidanza	429
17.2 NASCITA DI UN BAMBINO	396	18.5 PRINCIPALI PROBLEMI DI SALUTE DELLE DONNE	429
Neonato, lattante e sano sviluppo del bambino	397	Malattie cardiache e differenza di genere	430
Quando nasce un bambino malato	398	Disturbi del pavimento pelvico	431
Promozione dell'allattamento materno	400	Vaginiti, vaginosi, infezioni sessualmente trasmesse (IST) e malattia infiammatoria pelvica (PID)	432
Alimentazione con latte formulato	401	Cistite	433
Nascere in casa	402	Incontinenza urinaria	433
17.3 STILI DI VITA	403	Prolasso uterino, cistocele e rettocele	434
17.4 SVILUPPO PSICOFISICO DEL NEONATO E DEL BAMBINO	404	Endometriosi	435
Crescita e sviluppo del bambino in famiglie omogenitoriali	404	Disturbi sessuali: dispareunia, vaginismo, vulvodinia, anorgasmia	435
Famiglie con particolari condizioni sociali e sanitarie	406	Patologie tumorali	436
Ruolo dei genitori	406	Mutilazioni genitali femminili	438
Ruolo dei nonni	407	18.6 VIOLENZA CONTRO LE DONNE	438
Fratelli e sorelle: la situazione dei gemelli	407	<i>Presa in carico integrata della donna</i>	438
Famiglia allargata	408	Capitolo 19. Salute del bambino: dalla nascita all'età adulta	441
Relazioni tra famiglie	408	19.1 SALUTE DEL BAMBINO: LA PROSPETTIVA INTERNAZIONALE E NAZIONALE	442
17.5 GARANTIRE ASSISTENZA E CONTINUITÀ DELLE CURE ALLE PERSONE IN ETÀ EVOLUTIVA	410	Prospettiva internazionale	442
17.6 SERVIZI TERRITORIALI ALLA FAMIGLIA CON BAMBINI	410	Prospettiva nazionale	444
Unità multidisciplinare dell'età evolutiva (UMEE)	411	19.2 SERVIZI TERRITORIALI PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEL BAMBINO	445
Sostegni economici alla gravidanza e alla nascita	412	Consultorio familiare	445
Pianificazione familiare	413	Servizi di cura	445
Servizi educativi, di tutela e di integrazione per mamme e papà	413	Bambini e ambiente	446
<i>Presa in carico integrata della famiglia con bambini</i>	414	19.3 SORVEGLIANZE EPIDEMIOLOGICHE E PROFILO DI SALUTE	446
<i>Assistenza centrata sulla famiglia: promuovere la salute e il benessere della madre e del neonato</i>	416	Sorveglianza "Zero-due"	446
<i>Utilizzo della tassonomia NANDA-I</i>	418	Sorveglianza "Okkio alla salute" sull'obesità	447
		Comportamenti relativi alla salute dei ragazzi in età scolare	448
		19.4 I PRIMI MILLE GIORNI DI VITA E LE "CURE CHE NUTRONO"	449
		Aree tematiche rilevanti per i primi mille giorni	450
		19.5 DAI 2 ANNI ALLA PUBERTÀ	461

Impatto di videogiochi o filmati violenti	461
Sedentarietà	461
Alimentazione durante l'accrescimento	462
19.6 I SECONDI MILLE GIORNI	462
Cambiamenti fisici	462
Schemi di pensiero, abilità sociali e identità	462
Comunicazione e relazione sociale	462
Sessualità	463
Salute mentale	464
19.7 MALATTIE ACUTE E CRONICHE IN ETÀ EVOLUTIVA	464
Malattie oncologiche	465
Interazione con le famiglie	465
Presenza in carico integrata di soggetti in età evolutiva	466
Promozione della salute	475
Promuovere l'empowerment della famiglia con bambini	477
Promuovere stili di vita sani nelle famiglie	479
Utilizzo della tassonomia NANDA-I	480
Capitolo 20. Salute della famiglia di migranti e rom	483
20.1 FAMIGLIA IMMIGRATA	483
Ruolo delle famiglie immigrate	484
Ruoli e relazioni di genere	484
Condizioni socioeconomiche delle famiglie di migranti	486
20.2 FAMIGLIE DI MIGRANTI IN ITALIA	488
Famiglia musulmana	489
Famiglia africana	491
Famiglia cinese	494
Famiglia indiana	496
Presenza in carico integrata della famiglia di migranti	498
Alfabetizzazione ed educazione alla salute	505
Assistenza infermieristica: sostenere il coping della famiglia	506
Utilizzo della tassonomia NANDA-I	507
20.3 FAMIGLIA ROM	508
Caratteristiche della famiglia rom	508
Capitolo 21. Abuso e maltrattamento in famiglia	511
ONLINE universita.zanichelli.it/ifec	
21.1 LA FAMIGLIA COME ISTITUZIONE TOTALE	2
21.2 VIOLENZA IN FAMIGLIA	3
Violenza sugli anziani	4
Violenza in famiglia su donne e minori	7
Presenza in carico integrata della famiglia	15
Promozione della salute in famiglia	16
Educazione della comunità	18
21.3 CONSIDERAZIONI ETICHE	19
Abuso e maltrattamento in famiglia	20

UNITÀ V

SALUTE DELLA PERSONA ANZIANA

Capitolo 22. Invecchiamento e bisogni di salute	515
22.1 INVECCHIAMENTO	515
Transizione demografica e indice di dipendenza degli anziani	516
Piano per la non autosufficienza	516
Invecchiamento, salute e autonomia	517
Età e impatto sulla salute	519
Richiesta di servizi	520
Stima del bisogno di assistenza	520
22.2 FRAGILITÀ E DISABILITÀ NELLA PERSONA ANZIANA	521
Invecchiare in famiglia	521
Invecchiare a casa propria	523
Ambiente a misura delle persone anziane	524
22.3 PRINCIPALI PROBLEMI CORRELATI ALL'INVECCHIAMENTO	528
Sindrome da immobilizzazione (ipocinetica)	528
Rischio di trauma da caduta	528
Mobilità e rischio di caduta	529
Rischio di lesioni da pressione	534
Assunzione sicura di farmaci al proprio domicilio	534
Nutrizione e idratazione	535
Eliminazione urinaria e intestinale	538
Dolore cronico	539
Sonno e riposo	539
Rischio di infezione	539
Astenia	540
Problemi di vista, udito e masticazione	540
22.4 ASPETTI PSICOSOCIALI DELLA PERSONA ANZIANA	541
Relazioni sociali, solitudine e depressione	541
Affettività e salute sessuale	543
Suicidio	545
Capitolo 23. Invecchiamento e disturbi cognitivi	549
23.1 DEMENZA	549
Caratteristiche psicopatologiche e sintomi della demenza	550
Disturbi neurocognitivi maggiori	550
Disturbi neurocognitivi minori	550
Epidemiologia	551
23.2 FAMILIARE DELLA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA	554
23.3 STIGMA E DISCRIMINAZIONE NEI CONFRONTI DELLE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA	556
Stigma e Alzheimer	556

Discriminazione verso le persone affette da Alzheimer	556
Conseguenze dello stigma nella malattia di Alzheimer	556
Preso in carico integrata della persona affetta da demenza e della sua famiglia	557
Gestione della malattia	562
Alfabetizzazione sanitaria per la comunità	565
Utilizzo della tassonomia NANDA-I	567

■ **Capitolo 24. Presa in carico integrata, multiprofessionale e interdisciplinare della persona anziana**

24.1 PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLA PERSONA ANZIANA	571
Continuità dell'assistenza e integrazione fra professionisti	572
Determinanti strutturali (non biologici)	574
24.2 VALUTAZIONE	574
Valutazione multidimensionale	574
Unità di valutazione geriatrica	574
Valutazione con i modelli funzionali di salute di Gordon	576
Valutazione fisica	584
Valutazione del bisogno educativo della persona	587
Valutazione del bisogno educativo dei caregiver	587
24.3 ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALL'ANZIANO FRAGILE	588
Ridurre l'astenia	589
Sostenere la nutrizione	589
Prevenire la sindrome da immobilizzazione	591
Trattare l'incontinenza urinaria	591
Trattare la stipsi	592
Trattare l'incontinenza fecale	592
Prevenire errori di terapia ed educare alla corretta conservazione dei farmaci	593
Migliorare il sonno e il riposo	595
Prevenire i traumi da caduta	596
Prevenire le infezioni	598
Prevenire le lesioni da pressione	598
Prevenire la depressione e il suicidio	599
24.4 MODELLI PER LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA ANZIANA E DELLA SUA FAMIGLIA	600
Preso in carico della persona anziana affetta da malattie croniche	600
Preso in carico della famiglia che assiste una persona anziana convivente	601
Preso in carico centrata sulla persona	603
Anziano fragile: pianificazione dell'assistenza con utilizzo della tassonomia NANDA-I	608

UNITÀ VI

SALUTE DI FAMIGLIE CON PERSONE AFFETTE DA CONDIZIONI CRONICHE

■ **Capitolo 25. Famiglie che convivono con persone affette da malattia oncologica**

	615
25.1 EPIDEMIOLOGIA	615
Incidenza	616
Mortalità e morti evitate per tumore	616
Andamento dello screening	616
Fattori di rischio	617
25.2 REGISTRI TUMORI	618
25.3 CURE ONCOLOGICHE	618
Programma europeo	618
Piano oncologico nazionale (PON) 2023-2027	619
Multidisciplinarietà e interdisciplinarietà	622
Reti oncologiche	622
25.4 INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ IN ONCOLOGIA	624
Infermiere pivot-navigator	624
IFeC case manager	630
Teleassistenza	632
25.5 PREVENZIONE ONCOLOGICA	633
Prevenzione primaria	633
Prevenzione secondaria	633
Prevenzione terziaria	636
Esame istologico e stadiazione	636
25.6 TRATTAMENTI	637
Trattamento chirurgico	637
Trattamento radioterapico	638
Trattamento medico sistemico	638
Terapie adiuvanti e neoadiuvanti	640
Trattamento combinato: chemioterapia, radioterapia, chirurgia	640
Medicina personalizzata	640
Follow-up	641
Aspetti emotivi dei malati oncologici	642
25.7 RISVOLTI PSICOSOCIALI DEI FAMILIARI CON UN PARENTE AMMALATO DI CANCRO	644
Necessità dei familiari caregiver e problemi quotidiani	646
Qualità di vita e reinserimento sociale dei malati/lungoviventi oncologici e dei guariti dal cancro	647
Provvedimenti a sostegno della condizione di malattia	647
Diritti delle persone malate di cancro e dei loro caregiver	649
Basi epigenetiche per la comprensione della malattia oncologica	653
Stakeholder del terzo settore	657
Preso in carico integrata della famiglia con un componente affetto da malattia oncologica	658

Assistenza centrata sulla famiglia e sulla persona	660	Dolore cronico e alimentazione	708
Assistenza centrata sulla famiglia	664	Dolore cronico e riduzione o eliminazione dell'attività fisica	709
■ Capitolo 26. Persona in cure palliative	669	27.4 DOLORE CRONICO NELL'ANZIANO	709
26.1 PROSPETTIVA INFERMIERISTICA DELLE CURE PALLIATIVE	669	27.5 TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO	710
Cure palliative in rete	670	Scala analgesica dell'OMS	710
Assistere i malati in cure palliative	672	Dolore cronico, abuso di sostanze e dipendenza	712
Relazione infermiere-persona assistita nelle cure palliative	673	Trattamento non farmacologico del dolore cronico	712
Il contributo di Paterson e Zderad e del nursing umanistico	673	Presa in carico integrata della persona con dolore cronico e della sua famiglia	716
Il contributo di Jean Watson e dello <i>human caring</i>	674	Presa in carico della famiglia che assiste una persona affetta da dolore cronico	725
26.2 CURE PALLIATIVE E BISOGNI DELLE PERSONE ASSISTITE E DELLE FAMIGLIE	677	Assistenza centrata sulla persona: promuovere l'autogestione del dolore cronico	726
Bisogni della persona assistita e pratica del caring di mantenimento e di compassione	677	Gestione multidisciplinare del dolore cronico integrata a un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA)	728
Bisogni della famiglia della persona assistita	678	Supporto all'adattamento dopo amputazione: gestione del dolore, riabilitazione e sostegno psicologico della persona	730
26.3 SERVIZI DI CURE PALLIATIVE	679	Utilizzo della tassonomia NANDA-I	732
Infermieri di cure palliative	680	27.6 CONSIDERAZIONI ETICO-DEONTOLOGICHE SUL DOLORE	735
IFeC e cure palliative	681	Da codici salvifici a prassi concreta: l'evoluzione etica e deontologica nella gestione infermieristica del dolore	735
Lavorare insieme	689	Dolore e bellezza: una riflessione "sull'ultimo viaggio"	736
Presa in carico integrata della persona, della famiglia e della comunità	694	■ Capitolo 28. Ambiti di intervento condiviso in salute mentale	739
Intervento di educazione sanitaria alla comunità sulle cure palliative	694	28.1 DISABILITÀ, DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO E DISTURBO MENTALE	740
Assistenza centrata sulla famiglia	695	28.2 PANORAMICA DEI DISTURBI MENTALI NEGLI ADULTI	740
Cure palliative domiciliari integrate nel fine vita	696	Organizzazione del DSM-5	740
26.4 ASPETTI ETICI DELL'ASSISTENZA E CURA NEL FINE VITA	698	Disturbi schizofrenici e altri disturbi psicotici	741
Etica del limite e dell'accettazione nella gestione del fine vita	698	Disturbi dell'umore	741
■ Capitolo 27. Famiglie che convivono con persone affette da dolore cronico	701	Disturbi dell'umore di particolare impatto in età evolutiva e in età adulta	742
27.1 CONCETTO DI DOLORE	701	Disturbi di personalità	743
Dalla nocicezione al modello biopsicosociale	701	28.3 DISAGIO DEI CAREGIVER DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBO MENTALE	744
Definizione del dolore	701	28.4 GESTIONE DELL'AGGRESSIVITÀ	744
Dolore acuto, persistente e cronico	702	Ciclo dell'aggressività	745
Classificazione dei tipi di dolore	702	28.5 ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (ASO) E TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO)	745
27.2 DOLORE CRONICO	703	Presa in carico integrata della persona affetta da disturbo mentale e della sua famiglia	748
Principali tipi di dolore cronico	703	Educazione della comunità	753
27.3 CONVIVERE CON IL DOLORE CRONICO	705	Presa in carico integrata della famiglia	755
Dolore cronico e disturbi del sonno	705		
Associazione tra dolore cronico e peso corporeo	706		
Dolore cronico e genere	706		
Dolore cronico e sessualità	707		
Dolore cronico e stress psicosociale	707		
Dolore cronico e salute mentale	707		

■ **Capitolo 29. Famiglie che convivono con persone affette da malattie croniche**

	759
29.1 MALATTIE CRONICHE	759
Natura della condizione cronica di malattia	760
Epidemiologia	760
Politiche di prevenzione	761
Fattori di rischio	762
29.2 PRINCIPALI MALATTIE CRONICHE	762
Malattia diabetica	763
Malattia renale	763
Malattie respiratorie	764
Malattie cardiovascolari	765
Malattie tumorali	766
29.3 FAMILIARI CHE CONVIVONO CON PERSONE AFFETTE DA MALATTIE CRONICHE	767
Caratteristiche dei familiari curanti	767
Necessità dei familiari curanti	768
Diade caregiver-persona assistita	768
Supporti ai familiari curanti nella cronicità	771
Presenza in carico integrata della famiglia che convive con una persona affetta da malattia cronica	771

■ **Capitolo 30. Famiglie che convivono con persone affette da malattie neuromuscolari degenerative**

	779
30.1 MALATTIE NEUROMUSCOLARI	779
Epidemiologia	779
Distrofie muscolari	780
Malattie del primo e secondo motoneurone	781
Prevenzione	782
30.2 ASPETTI PSICOLOGICI	782
Considerazioni psicologiche per l'età evolutiva	782
Considerazioni psicologiche per la persona adulta affetta da malattia neurodegenerativa e la famiglia	783
30.3 BURDEN DELLE FAMIGLIE DI PERSONE CON DISTROFIE MUSCOLARI	783
Presenza in carico integrata della persona con malattia neuromuscolare	784
Sostegno alla famiglia	792
Presenza in carico integrata della persona	794
30.4 CONSIDERAZIONI ETICHE E DEONTOLOGICHE	800
Una storia, fra le storie...	801

UNITÀ VII

SALUTE DELLE COMUNITÀ

■ **Capitolo 31. Comportamenti a rischio e stili di vita**

	807
31.1 COMPORTAMENTI E STILI DI VITA SANI	808
Alimentazione	808
Sonno	811
Attività fisica	812
Ambiente domestico	814
Ambiente di lavoro	816
31.2 DIPENDENZE DA SOSTANZE LEGALI E ILLEGALI	817
Dipendenza da sostanze legali	818
Dipendenza da sostanze illegali	819
31.3 DIPENDENZE COMPORTAMENTALI	822
Dipendenza da gioco d'azzardo	822
Altre dipendenze comportamentali	823
31.4 BULLISMO E CYBERBULLISMO	824
31.5 COMPORTAMENTI SESSUALI A RISCHIO	824
Presenza in carico integrata di persone con comportamenti a rischio per la salute	825
Promozione della salute e prevenzione delle malattie	831
Utilizzo della tassonomia NANDA-I	834

■ **Capitolo 32. Comunità scolastica**

	843
32.1 EVOLUZIONE STORICA DEL RUOLO DELL'INFERMIERE SCOLASTICO	843
Realtà presenti sul territorio nazionale	845
Profilo dell'infermiere scolastico	846
32.2 SCUOLA COME COMUNITÀ DI SALUTE	847
Promozione della salute a scuola	848
32.3 LAVORO IN TEAM	854
Contributo dello psicologo	855
Contributo dell'educatore	856
Contributo dell'infermiere	857
32.4 PROBLEMI SCOLASTICI NEGLI ADOLESCENTI: CAUSE E IMPLICAZIONI	861
Presenza in carico integrata della comunità scolastica	861
Promozione e prevenzione della salute a scuola	865
Promozione della salute	866
Promozione della salute mentale	867
Promozione della salute: contrasto ai comportamenti a rischio	869
Utilizzo della tassonomia NANDA-I	869

Capitolo 33. Comunità di migranti, comunità rom e persone senza dimora	877	Capitolo 34. Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e persone con disabilità	905
33.1 COMUNITÀ DI MIGRANTI	877	34.1 CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI CURA	906
Il fenomeno migratorio	877	34.2 CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE E SOCIALI	906
Rischio di complicazioni del processo migratorio	878	Classificazione nazionale	906
Comunità straniere	878	Classificazione regionale	908
Integrazione: aspetti sociali e culturali	881	34.3 STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI	909
Politiche per gli immigrati nei sistemi di welfare	885	Strutture residenziali per anziani autosufficienti o lievemente non autosufficienti	909
Presa in carico integrata delle comunità di migranti	885	Strutture residenziali per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti	911
Promozione della salute della comunità	892	Strutture semiresidenziali per anziani	915
Educazione della comunità migrante	893	34.4 STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI	915
33.2 COMUNITÀ ROM	894	Strutture residenziali per disabili	916
Organizzazione sociale	895	Strutture semiresidenziali per disabili	917
Cultura della salute	895	Presa in carico integrata della persona ospitata in strutture semiresidenziali o diurne	918
Determinanti di salute e di malattia	895	Assistenza continua e coordinata domiciliare e semiresidenziale	919
Educazione sanitaria	896		
Prevenzione ed educazione sanitaria	896		
33.3 PERSONE SENZA DIMORA	897		
Epidemiologia	898		
Condizioni di salute di chi vive senza dimora (<i>homelessness</i>)	900		
Presa in carico integrata di una persona senza dimora	901		
Assistenza ed educazione alla salute	902		
		<i>Indice analitico</i>	923

Indice degli scenari clinici

■ CAPITOLO 2

SCENARIO 2.1	Analisi etica utilizzando il modello di Tschudin per la presa di decisioni	19
SCENARIO 2.2	Risoluzione di un quesito etico utilizzando il modello dei sette passi	22

■ CAPITOLO 3

SCENARIO 3.1	Fattispecie di reati penali	5
SCENARIO 3.2	Responsabilità di équipe	6
SCENARIO 3.3	Rivelazione di segreto d'ufficio (art. 326 c.p.)	11

■ CAPITOLO 4

SCENARIO 4.1	Utilizzo delle <i>soft skills</i>	38
SCENARIO 4.2	Apprendimento esperienziale	43
SCENARIO 4.3	Apprendimento cooperativo	44
SCENARIO 4.4	Apprendimento organizzativo	45

■ CAPITOLO 6

SCENARIO 6.1	Leadership	83
SCENARIO 6.2	Monitoraggio regolare	84
SCENARIO 6.3	Coinvolgimento	84
SCENARIO 6.4	Assistenza domiciliare	85
SCENARIO 6.5	Assistenza distrettuale	86
SCENARIO 6.6	Presa in carico integrata multi- e interdisciplinare	86

■ CAPITOLO 12

SCENARIO 12.1	Chronic Care Model e Continuum of Care Model	216
---------------	--	-----

■ CAPITOLO 15

SCENARIO 15.1	Applicazione del framework JA-CHRODIS	337
SCENARIO 15.2	Presa in carico con Omaha System	360
SCENARIO 15.3	Pianificazione dell'assistenza con il modello ICF	364

■ CAPITOLO 16

SCENARIO 16.1	Sostegno a un familiare	389
SCENARIO 16.2	Aumentare la consapevolezza e l'accettazione della comunità nei confronti delle famiglie omogenitoriali	390
SCENARIO 16.3	Famiglia monogenitoriale: affrontare le sfide nella cura di un bambino affetto da disabilità	391

■ CAPITOLO 17

SCENARIO 17.1	Salute e comunità: il potere del sostegno reciproco nella resilienza familiare	409
SCENARIO 17.2	Assistenza durante il puerperio	416

■ CAPITOLO 19

SCENARIO 19.1	Programma comunitario per sostenere la crescita sana degli adolescenti	475
SCENARIO 19.2	Sostegno al bambino e alla famiglia durante la transizione scolastica	477
SCENARIO 19.3	Promuovere una sana alimentazione per i bambini	479

■ CAPITOLO 20

SCENARIO 20.1	Disparità di genere e assistenza sanitaria	485
SCENARIO 20.2	Sostegno a una donna somala	492
SCENARIO 20.3	Rischio di mutilazione genitale femminile	494
SCENARIO 20.4	Salute e comunità: integrazione culturale e cura condivisa nelle scuole	496
SCENARIO 20.5	Sostegno a un familiare	497
SCENARIO 20.6	Alfabetizzazione sulla salute	505
SCENARIO 20.7	Convivere con una condizione cronica	506
SCENARIO 20.8	Educazione e promozione della salute	509

■ CAPITOLO 21

SCENARIO 21.1	Sospetto di maltrattamento e incuria di anziani e minori in famiglia	16
SCENARIO 21.2	Sensibilizzazione e contrasto alla violenza domestica	18

■ CAPITOLO 22

SCENARIO 22.1	Laura, una signora anziana di 75 anni che vive da sola nella propria casa	523
---------------	---	-----

■ CAPITOLO 23

SCENARIO 23.1	Persona anziana affetta da demenza di Alzheimer assistita in famiglia	562
SCENARIO 23.2	Aumento dei casi di demenza in una comunità rurale	565
SCENARIO 23.3	Caregiver di persona affetta da demenza di Alzheimer	567

■ CAPITOLO 24

SCENARIO 24.1	Anziano affetto da diabete di tipo 2, ipertensione e osteoartrite	600
SCENARIO 24.2	Persona anziana assistita in famiglia	601
SCENARIO 24.3	Promuovere la partecipazione dell'anziano ad attività comunitarie	603
SCENARIO 24.4	Persona anziana affetta da malattie	608

■ CAPITOLO 25

SCENARIO 25.1	Donna mastectomizzata con modificazione dell'immagine corporea	660
SCENARIO 25.2	Cancro al polmone in trattamento chemioterapico	664

■ CAPITOLO 26

SCENARIO 26.1	Aumentare la conoscenza sulle cure palliative	694
SCENARIO 26.2	Sostegno al coping delle famiglie che hanno subito una perdita	695
SCENARIO 26.3	Persona al domicilio in fase avanzata di malattia	696

■ CAPITOLO 27

SCENARIO 27.1	Donna affetta da dolore cronico correlato ad artrosi	725
SCENARIO 27.2	Persona affetta da cefalea primaria cronica	726
SCENARIO 27.3	Persona affetta da dolore lombare cronico	728
SCENARIO 27.4	Persona affetta da dolore cronico all'arto post-amputazione	730
SCENARIO 27.5	Educazione alla salute: persona affetta da lombalgia cronica	732

■ CAPITOLO 28

SCENARIO 28.1	Stigmatizzazione della persona con disturbo psichico	753
SCENARIO 28.2	Famiglia che assiste a casa un figlio con grave disturbo psichico	755

■ CAPITOLO 29

SCENARIO 29.1	Applicazione del <i>systems thinking</i>	772
SCENARIO 29.2	Approccio multidisciplinare integrato con il modello di Dahlgren e Whitehead	773

■ CAPITOLO 30

SCENARIO 30.1	Presa in carico della famiglia	792
SCENARIO 30.2	Persona affetta da SLA	794

■ CAPITOLO 31

SCENARIO 31.1	Famiglia con comportamenti a rischio per la salute	831
SCENARIO 31.2	Abuso di alcol e sostanze	834

■ CAPITOLO 32

SCENARIO 32.1	Programma SHE nelle scuole	853
SCENARIO 32.2	Promozione della salute	858
SCENARIO 32.3	Salute e comunità: un viaggio condiviso nelle scuole	865
SCENARIO 32.4	Educazione alla nutrizione	866
SCENARIO 32.5	Educazione alla salute mentale nelle scuole	867
SCENARIO 32.6	Comportamenti a rischio in una comunità scolastica	869
SCENARIO 32.7	Educazione alla salute: adolescente con comportamenti a rischio	870

■ CAPITOLO 33

SCENARIO 33.1	Promuovere la salute, l'integrazione e la coesione sociale	892
SCENARIO 33.2	Educare la comunità migrante su come navigare nel sistema sanitario italiano	893
SCENARIO 33.3	Campo rom alla periferia di una grande città	896
SCENARIO 33.4	Presa in carico di una persona senza dimora	902

■ CAPITOLO 34

SCENARIO 34.1	Il caso di Vittorio e della sua famiglia	919
---------------	--	-----

27

Famiglie che convivono con persone affette da dolore cronico

Pierluigi Badon



OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Al termine dello studio di questo capitolo, il lettore sarà in grado di:

- Spiegare come il dolore cronico influenzi la vita dell'individuo a livello fisico, emotivo e sociale.
- Descrivere il ruolo dell'IFeC nella presa in carico di persone affette da dolore cronico e delle loro famiglie.
- Descrivere le competenze dell'IFeC nel promuovere l'adattamento dell'individuo, enfatizzando l'importanza dell'educazione personalizzata.
- Selezionare il modello di presa in carico in base alla specifica condizione della persona e/o della famiglia.
- Spiegare gli ambiti di intervento multidisciplinare, nella valutazione continua e nel trattamento del dolore.



CONCETTI CHIAVE

- Dolore cronico
- Educazione
- Gestione del dolore
- Trattamento multidisciplinare

Il dolore cronico rappresenta una sfida complessa che coinvolge non solo chi ne soffre, ma anche le famiglie, influenzando profondamente la qualità di vita. Il capitolo esamina le diverse dimensioni di questa condizione e il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nel fornire assistenza. Vengono discussi gli approcci per il trattamento e le strategie di supporto alla famiglia, inclusi l'ascolto empatico e la promozione di tecniche di gestione del dolore. Casistiche concrete dimostrano poi come l'assistenza infermieristica si adatti al contesto familiare, offrendo strumenti pratici per il percorso di trattamento.

27.1 CONCETTO DI DOLORE

Il concetto di dolore è complesso e articolato, con diverse sfumature e aspetti da esplorare. Esistono vari tipi di dolore, ciascuno con le sue caratteristiche e implicazioni. Innanzitutto, il dolore può essere un meccanismo di salvaguardia; ne sono consapevoli coloro che soffrono di un disturbo raro chiamato "insensibilità congenita al dolore". Tuttavia, il dolore può anche trasformarsi in un problema quando diventa persistente ed eccessivamente intenso rispetto alla causa fisica sottostante, o persino quando si manifesta senza alcuna ragione apparente. In queste situazioni, il dolore non è più un segnale protettivo, ma si evolve in una vera e propria condizione patologica, che richiede attenzione e trattamento.

Dalla nocicezione al modello biopsicosociale

Il dolore è un'esperienza complessa, che va oltre la semplice nocicezione, coinvolgendo fattori fisici, cognitivi ed emotivi. Nelle prime due note esplicative della definizione di dolore dell'International Association for the Study of Pain (Raja et al., 2020) si distingue il dolore dalla nocicezione, essendo quest'ultima il sistema sensoriale che trasmette segnali di danni tissutali al cervello. Edwards e collaboratori (2016) sottolineano che il dolore non è unicamente una questione fisica, ma include anche la percezione e gli aspetti emotivi. Il modello biopsicosociale evidenzia come il dolore possa essere influenzato da motivazione, emozioni, pensieri, esperienze e contesto ambientale: una prospettiva particolarmente pertinente per il dolore cronico, dove il sistema del dolore può persistere disfunzionale per oltre 3 mesi senza un danno tissutale evidente.

Definizione del dolore

La definizione di dolore dell'International Association for the Study of Pain (Raja et al., 2020) lo identifica come un'esperienza sia sensoriale che emozionale, che può essere legata a un danno tissutale reale o potenziale, o anche manifestarsi in assenza di un danno (box 27.1). Questa descrizione evidenzia il carattere soggettivo

del dolore e la sua complessità, che va oltre la semplice risposta a stimoli nocivi, includendo componenti emotive e motivazionali influenzate dalle esperienze personali (Magni et al., 2016). Il dolore può essere un sintomo di altre condizioni (“dolore sintomo”) o un problema cronico a sé stante (“dolore malattia”), in cui il dolore stesso perpetua un ciclo di conseguenze negative, che includono disturbi emotivi e l’impatto sulla vita sociale e psicologica della persona assistita (Magni et al., 2016).

Dolore acuto, persistente e cronico

Il dolore si classifica in acuto, persistente e cronico, ognuno con caratteristiche distinte (Magni et al., 2016).

- **Dolore acuto:** di breve durata, segnala la presenza di danni tissutali o stimoli pericolosi. È direttamente collegato alla causa che lo ha generato e tende a risolversi con la guarigione del danno, come nel caso del dolore per un ascesso dentario, che scompare con il trattamento dell’infiammazione.
- **Dolore persistente:** è simile al dolore acuto nelle caratteristiche, ma si mantiene nel tempo a causa di fattori algogeni persistenti o ripetitivi. Non è cronico e si risolve con il trattamento della causa; per esempio, il dolore da coxartrosi scompare con la sostituzione protesica dell’anca.
- **Dolore cronico:** dura oltre 3 mesi o persiste dopo la guarigione della condizione iniziale. Può diventare una malattia autonoma, con modificazioni biologiche, psicologiche e sociali che complicano il quadro clinico. Il “dolore malattia” – dolore cronico – affligge il 20% della popolazione italiana, con un’incidenza simile in Europa, e rappresenta una sfida

sociale significativa (Bacchini, 2015; Ministero della Salute, 2010).

Classificazione dei tipi di dolore

Il dolore può essere suddiviso in due principali categorie, a seconda dell’origine della lesione che scatena lo stimolo doloroso: dolore nocicettivo e dolore neuropatico.

- **Dolore nocicettivo:** a sua volta, può essere ulteriormente categorizzato in infiammatorio e meccanico-strutturale.
 - *Dolore nocicettivo infiammatorio:* è causato da danni ai tessuti e sensibilizzazione dei nocicettori periferici da parte di mediatori dell’infiammazione. È caratterizzato dalla presenza di allodinia primaria, in cui stimoli non dolorosi diventano dolorosi, segno distintivo di una natura infiammatoria.
 - *Dolore nocicettivo meccanico-strutturale:* è associato a cambiamenti anatomici, come nelle malattie degenerative delle articolazioni, dove la distruzione della cartilagine espone i nocicettori a stimoli meccanici intensi, causando dolore in assenza di processi infiammatori attivi.
- **Dolore neuropatico:** origina da lesioni o malattie del sistema nervoso somatosensoriale, sia periferico sia centrale. La diagnosi richiede la valutazione dell’integrità delle vie nervose implicate nella trasmissione del dolore.

Viene poi introdotta una possibile terza categoria, il **dolore misto**, che si riferisce a condizioni in cui coesistono componenti neuropatiche e nocicettive. Questo tipo di dolore si caratterizza per un aumento dell’area del dolore percepita e per la presenza di allodinia secondaria, dove stimoli leggeri diventano spiacevoli o

BOX 27.1 – Nuova definizione di dolore dell’International Association for the Study of Pain (IASP, 2019).

La definizione del dolore come “esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata o simile a quella associata a un danno tissutale reale o potenziale” viene implementata dall’aggiunta di sei note integrative, utili per un migliore inquadramento.

1. Il dolore è sempre un’esperienza personale, influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali.
2. Il dolore e la nocicezione sono fenomeni diversi; il dolore non può essere dedotto solo dall’attività neurosensoriale.
3. Le persone apprendono il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.
4. Il racconto di un’esperienza come dolorosa dovrebbe essere rispettato.
5. Sebbene il dolore di solito abbia un ruolo adattativo, può avere effetti negativi sulla funzionalità e il benessere sociale e psicologico.
6. La descrizione verbale è solo uno dei numerosi modi per esprimere il dolore; l’incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale provino dolore.

Adattato da: Raja S.N., Carr D.B., Cohen M., Finnerup N.B., Flor H., Gibson S., Keefe F.J., Mogil J.S., Ringkamp M., Sluka K.A., Song X.J., Stevens B., Sullivan M.D., Tutelman P.R., Ushida T., Vader K., *The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises*, «Pain», 161(9), 1976–1982, 2020; <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.

dolorosi. Queste condizioni implicano una maggiore eccitabilità dei neuroni nelle corna dorsali del midollo spinale, suggerendo la complessità delle interazioni tra i diversi tipi di dolore e l'importanza di un approccio di valutazione e trattamento che consideri entrambi i meccanismi.

27.2 DOLORE CRONICO

Il dolore cronico è una questione di salute pubblica globale, con impatti sociali ed economici significativi (Goldberg e McGee, 2011). Questa condizione affligge tutte le età e ha una maggiore prevalenza nelle donne, incidendo sul 21,7% della popolazione italiana (Panorama Sanità, 2021). Le cause variano da malattie croniche a lesioni, a disturbi con dolore primario. Nonostante la maggior parte dei casi di dolore cronico sia trattabile, molti non sono consapevoli delle cure disponibili o incontrano ritardi nella diagnosi e nel trattamento. L'epidemia di Covid-19 ha complicato ulteriormente la gestione del dolore cronico, sia per le persone già in cura sia per i nuovi casi. I costi associati al dolore cronico sono elevati, dato che superano i 4000 euro pro-capite all'anno. La "terapia del dolore" come disciplina pone diverse sfide per quanto riguarda la comprensione e il riconoscimento della condizione, e implica un approccio multidisciplinare per un trattamento efficace.

Il dolore cronico incide profondamente sulla salute globale dell'individuo, richiedendo un approccio che consideri il benessere complessivo, in linea con la definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Ministero della Salute, 2017). La presenza concomitante di depressione e ansia può intensificare l'esperienza del dolore, evidenziando la necessità di affrontare sia i sintomi fisici che quelli psicologici. L'ambiente sociale della persona assistita può influenzare l'esperienza del dolore, e ciò sottolinea l'importanza di un supporto comunitario e familiare nella gestione del dolore cronico.

Principali tipi di dolore cronico

Le principali fonti del dolore cronico comprendono problemi muscoloscheletrici, emicrania, fibromialgia, artrite, cancro, diabete e condizioni neurologiche. Tuttavia, fattori soggettivi e personali rendono difficile determinarne l'origine e misurarne l'impatto (Crofford, 2015). Di seguito, sono descritte sinteticamente le principali categorie di dolore cronico.

- **Fibromialgia:** sindrome dolorosa cronica diffusa, ha una prevalenza del 2-3% nella popolazione, che interessa di più le donne, ma con una crescente diagnosi negli uomini dovuta a criteri diagnostici meno focalizzati sui punti dolenti locali. La causa ipotizzata è

una sensibilizzazione centrale che altera la regolazione del dolore, con vie nocicettive e centri di elaborazione iper-reattivi agli stimoli (Watson, 2022; Galvez-Sánchez e Reyes del Paso, 2020; Häuser et al., 2021).

- **Dolore neuropatico:** il dolore neuropatico è causato da danni o disfunzioni del sistema nervoso ed è spesso caratterizzato da una risposta dolorosa sproporzionata rispetto alla lesione, sensazioni anomale (come formicolii o bruciore) e segni neurologici che indicano un danno ai nervi. Il trattamento può includere farmaci adiuvanti (come anticonvulsivanti o antidepressivi), fisioterapia e tecniche di neuromodulazione. Le principali sindromi di dolore neuropatico includono:
 - nevralgia post-erpetica: dolore persistente che segue un'infezione da herpes zoster;
 - avulsioni radicolari: danno o distacco delle radici nervose dal midollo spinale;
 - mononeuropatie dolorose: interessano un singolo nervo e sono spesso causate da compressioni o traumi;
 - polineuropatie: danni ai nervi periferici, spesso associati a condizioni come il diabete;
 - sindrome da dolore neuropatico centrale e post-chirurgico: causata da danni alle vie somatosensoriali nel sistema nervoso centrale, provocati per esempio da ictus, lesioni spinali o sclerosi multipla; questo tipo di dolore può essere facilmente confuso con disturbi muscoloscheletrici.
- Un altro esempio di dolore neuropatico è la sindrome dolorosa regionale complessa (CRPS – *Complex Regional Pain Syndrome*), che comprende:
 - CRPS tipo I, caratterizzata da dolore cronico senza una lesione nervosa evidente;
 - CRPS tipo II, o causalgia, associata a una lesione nervosa identificabile, con dolore bruciante e alterazioni della funzione nervosa.

In entrambe le forme, il dolore è spesso mediato da un'iperattività del sistema simpatico.

- **Dolore da deafferentazione:** risulta da una riduzione o interruzione dell'attività nervosa afferente e può essere presente in varie sindromi di dolore neuropatico. Questo tipo di dolore può comportare una sensibilizzazione dei neuroni centrali, portando a una maggiore attivazione e all'espansione dei campi recettivi, come accade nella sindrome del dolore simpatico-riflesso.
- **Dolore oncologico:** è distinto dal dolore cronico non-cancerogeno a causa delle caratteristiche uniche e del contesto di una malattia in evoluzione. È spesso esacerbato dai trattamenti anticancro, che possono peggiorare la sintomatologia dolorosa (Nazzicone, 2022). Nel panorama dell'oncologia, il dolore fisico è parte del concetto più ampio di "dolore totale", che abbraccia tutte le dimensioni dell'essere: fisiche, psicologiche, sociali e spirituali (fig. 27.1).

Un approccio complessivo, che includa le cure palliative sin dalle fasi iniziali, è cruciale per migliorare la qualità di vita dei malati e potenzialmente la loro sopravvivenza (Nazzicone, 2022).

- **Dolore lombare:** è la problematica più diffusa nei Paesi industrializzati e in Italia affligge circa 8 milioni di persone, con un impatto economico significativo sul Servizio Sanitario Nazionale e sull'economia nazionale. Ciononostante, spesso le cure non seguono le linee guida raccomandate e mancano di un approccio multiprofessionale, cosa che evidenzia la necessità di una gestione più olistica del problema (Alleati per la salute, 2023). Il dolore lombare cronico va oltre l'impatto fisico, influenzando la sfera psicologica dell'individuo e la sua capacità di condurre una vita piacevole (Robertson et al., 2017).
- **Dolore poliarticolare:** può essere sintomo di artralgia o artrite ed essere localizzato sia all'interno sia intorno alle articolazioni. Questo tipo di dolore può derivare da infiammazione, problemi meccanici o altri fattori, ed è classificato in base al numero di articolazioni coinvolte. L'artrite acuta poliarticolare è spesso correlata a infezioni o malattie infiammatorie, mentre quella cronica può essere associata a condizioni come l'artrite reumatoide o le spondiloartropatie. L'artrosi è comunemente legata al dolore poliarticolare non infiammatorio. Un'accurata valutazione delle cause è essenziale per un trattamento efficace del dolore articolare (Villa-Forte, 2023; Akhondi e Gupta, 2023).
- **Dolore osteoarticolare:** può essere acuto o cronico, ed è legato a patologie infiammatorie o degenerative delle articolazioni, sia intrarticolari, come l'osteoartrosi, l'artrite reumatoide e le artropatie da cristalli, sia periarticolari, come borsiti e tendinopatie. Le articolazioni più coinvolte sono quelle maggiormente sollecitate dal carico, in particolare nelle persone attive o in età avanzata. Nella popolazione

CONSIDERAZIONI PER L'ETÀ EVOLUTIVA

Nei bambini, l'artralgia poliarticolare cronica è tipicamente dovuta all'artrite idiopatica giovanile.

pediatrica, si associa spesso a osteocondrosi o a dolore muscoloscheletrico cronico, terza causa di dolore nei bambini e negli adolescenti, ed è influenzato da fattori come deviazioni assiali o sovrappeso (Molfetta et al., 2022; Pozzoni, 2019). In Italia, l'osteoartrosi colpisce circa il 10% degli over 60 e circa 4 milioni di persone in totale, diventando così una delle maggiori cause di disabilità lavorativa anche tra i soggetti più giovani. Il trattamento richiede una valutazione olistica e un approccio terapeutico personalizzato per ridurre il dolore e migliorare la funzionalità e la qualità di vita degli individui (Pozzoni, 2019). Clinicamente, il dolore osteoarticolare si presenta spesso con infiammazione, episodi di sinovite, riduzione della mobilità e, a volte, deformità ossee come osteofiti. Il dolore tende a intensificarsi con il movimento e il carico, specialmente negli arti inferiori, costringendo le persone a fermarsi frequentemente durante la deambulazione (Pozzoni, 2019).

RICORDA!

Il dolore osteoarticolare richiede un'accurata valutazione e una gestione appropriata, che può comprendere terapie conservative o interventi chirurgici, in base alla gravità della condizione e ai fattori individuali.

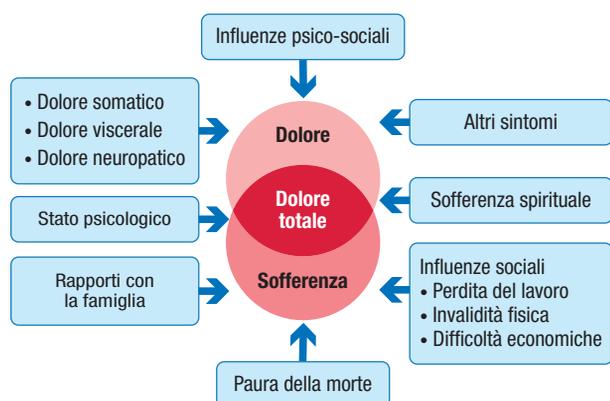


Figura 27.1 – Dimensioni che caratterizzano il “dolore totale”.

- **Cefalea:** è un tipo di dolore che può interessare diverse parti della testa e rappresenta uno dei principali motivi di accesso alle cure mediche (Silberstein, 2023). Può essere una condizione primaria, come nel caso di mal di testa di tipo tensivo, emicrania e cefalea a grappolo, o secondaria ad altre patologie. In Italia, la cefalea primaria cronica è riconosciuta come malattia sociale rilevante per il suo impatto sulla qualità di vita (Perego, 2021). Chi ne soffre deve affrontare un dolore continuo e sfidante, che spesso non trova sollievo nei trattamenti convenzionali. Questo dolore incide sulla vita sociale e lavorativa, perciò è necessario riconoscerne la gravità indipendentemente dalla causa fisica sottostante. I fattori psicologici, come ansia e depressione, possono peggiorare la percezione del dolore, influenzando negativamente sia la salute mentale che le relazioni personali. Tuttavia, fattori come l'ottimismo e la resilienza possono aiutare nella gestione del dolore cronico, potenzialmente riducendone l'intensità e favorendo l'aderenza alle terapie (Keefe e Wren,

2013; Kratz et al., 2007). L'approccio terapeutico alla cefalea dovrebbe integrare interventi psicologici e farmacologici, per trattare sia il disagio fisico che quello emotivo. Il supporto psicologico gioca un ruolo cruciale nel migliorare la qualità di vita di chi soffre di cefalea cronica, e l'attenzione alle variabili psicologiche è fondamentale per il controllo del sonno e la promozione di un atteggiamento positivo (Klonowski et al., 2022).

27.3 CONVIVERE CON IL DOLORE CRONICO

Il dolore cronico è una condizione complessa, che va oltre le definizioni tradizionali, essendo una sfida sia emotiva che fisica, che raramente trova soluzioni rapide (Neuraxpharm, 2021). Può variare da una sensazione sorda e persistente a episodi di dolore acuto e bruciore, influenzando negativamente la funzione fisica e psicologica dell'individuo e toccando profondamente la vita familiare, sociale e lavorativa.

A livello globale, il dolore cronico è una delle principali cause di disabilità e interessa circa 95 milioni di persone in Europa, portando spesso a discriminazioni e stigma nel lavoro e nella società. Le persone che ne soffrono si trovano ad affrontare conseguenze come l'isolamento sociale, le preoccupazioni per le relazioni personali e la perdita del lavoro, con ripercussioni che si estendono agli amici e ai familiari, come illustrato nel box 27.2 (Neuraxpharm, 2021). Queste conseguenze mostrano l'importanza di riconoscere il dolore cronico non solo come una condizione medica, ma anche come una questione sociale, che richiede una comprensione e un'attenzione più ampie.

Il dolore cronico primario è ora riconosciuto come una malattia a sé stante dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ne evidenzia la gravità e la complessità. I sanitari si trovano di fronte la sfida di gestire una condizione dove causa ed effetto sono spesso indistinti e complicati dallo stress psicologico che il dolore genera nelle persone. Leslie J. Crofford (2015) sottolinea

l'importanza di considerare anche ogni grado di dolore residuo, dopo un significativo alleviamento, poiché per la persona assistita rappresenta la totalità del suo disagio attuale.

Il dolore cronico, specialmente di tipo muscoloscheletrico, è accompagnato da emozioni negative e disagio psicologico. Le reazioni psicologiche possono variare notevolmente in base a fattori come personalità, capacità di coping, adattamenti comportamentali e supporto sociale, che influenzano significativamente la risposta psicologica al dolore. Si osserva che le persone con amplificazione del dolore centrale, come accade nella fibromialgia, possono sperimentare maggiori livelli di disagio psicologico e comportamenti alterati a causa della malattia. La correlazione tra il dolore cronico, l'amplificazione del dolore centrale e il disagio psicologico sottolinea l'interconnessione tra i sintomi fisici e psicologici, che insieme riducono drasticamente la qualità di vita delle persone (Crofford, 2015).

Dolore cronico e disturbi del sonno

Il dolore cronico può influenzare notevolmente il sonno, alterando le fasi del riposo notturno e compromettendo la qualità di vita. Questa condizione di dolore, che può variare in intensità durante la notte o a causa di specifiche posizioni assunte durante il sonno, spesso impedisce un sonno ristoratore. In contesti come ospedali o strutture di assistenza a lungo termine, ulteriori fattori quali rumori ambientali o il comfort del letto possono aggravare i disturbi del sonno (Pacheco e Rehman, 2023).

Le persone affette da dolore cronico sperimentano frequenti risvegli notturni, che contribuiscono a un ciclo di sonno interrotto, causando stanchezza diurna, e a un riposo non ristoratore. Disturbi concomitanti, quali apnea notturna e sindrome delle gambe senza riposo, insieme agli effetti collaterali dei farmaci antidolorifici, possono ulteriormente compromettere la qualità del sonno. Inoltre, condizioni psicologiche come ansia e depressione, comunemente associate al dolore cronico, tendono a esacerbare le problematiche legate al sonno (Pacheco e Rehman, 2023).

BOX 27.2 – Impatto del dolore cronico sulle persone che ne soffrono.

- Il 21% riceve una diagnosi di depressione.
- Il 61% è meno efficiente o addirittura inabile al lavoro al di fuori di casa.
- Il 19% perde il lavoro, mentre il 13% lo cambia.
- Solo il 2% è trattato da uno specialista in terapia del dolore.
- Il 33% non riceve alcun tipo di trattamento.

Adattato da: European Pain Federation, *Pain Proposal: Improving the current and future management of chronic pain. A European consensus report*, 2016; https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2016/06/pain_proposal.pdf.

- In che modo interagiscono tra loro i membri della famiglia?
- C'è qualche difficoltà particolare nella comunicazione all'interno della famiglia, legata alla situazione di dolore cronico di Giovanna?
- **Funzionamento familiare**
 - Come viene organizzata la routine quotidiana all'interno della famiglia?
 - Quali attività o tradizioni familiari sono importanti per tutti i membri?
 - Come ha influenzato le abitudini e la dinamica quotidiana della famiglia il dolore cronico di Giovanna?
- **Ruolo dei familiari nel fornire supporto**
 - Chi si prende maggiormente cura di Giovanna nel quotidiano?
 - In che modo il figlio di Giovanna partecipa all'assistenza e fornisce supporto alla madre?
 - I nipoti sono coinvolti nell'assistenza a Giovanna per ovviare agli effetti del dolore sulla sua autonomia? E, se sì, in che modo sono coinvolti?

■ Fase 3 – Intervento

Basandosi sulla comprensione acquisita durante la fase di valutazione, l'infermiere sviluppa un piano di intervento mirato. Potrebbe suggerire a Giovanna strategie di gestione del dolore, incluse terapie fisiche, farmaci e misure di comfort. Potrebbe anche collaborare con la famiglia per sviluppare piani di assistenza condivisi, che bilancino le esigenze di Giovanna con quelle dei familiari.

Per esempio, l'infermiere potrebbe affrontare un piano di gestione del dolore insieme a Giovanna che includa esercizi di rilassamento, terapie fisiche e l'uso consapevole dei farmaci. Con il figlio e i nipoti, potrebbe discutere di come possono condividere in modo equo la cura di Giovanna, affinché il figlio possa dedicare tempo sia alla sua famiglia che alla madre. L'infermiere potrebbe anche educare i nipoti su come assistere la nonna nelle attività quotidiane in modo sicuro e confortevole.

■ Fase 4 – Risoluzione

Nella fase di risoluzione, l'infermiere collabora con la famiglia per valutare l'efficacia degli interventi e apportare eventuali modifiche. Potrebbe incoraggiare Giovanna a tenere un diario del dolore per monitorare i cambiamenti e continuare a supportare la famiglia nella gestione delle dinamiche familiari.

Per esempio, l'infermiere programmerà incontri di follow-up con Giovanna per valutare il suo livello di dolore e l'efficacia delle strategie di gestione. Inoltre, continuerà a lavorare con la famiglia per affrontare le nuove sfide che potrebbero emergere e suggerire ulteriori risorse comunitarie o fornire supporto formale, se necessario.

ASSISTENZA CENTRATA SULLA PERSONA: PROMUOVERE L'AUTOGESTIONE DEL DOLORE CRONICO

IFeC con funzione di health coach: applicazione del modello Health Coaching

SCENARIO 27.2

Persona affetta da cefalea primaria cronica

LIVELLO KAISER: 1 – BASSA COMPLESSITÀ: SOSTEGNO ALL'AUTOGESTIONE

Laura, 35 anni, single, ricopre la posizione di responsabile delle risorse umane in una grande azienda. Da quando aveva 30 anni, soffre di cefalea primaria cronica, con episodi di dolore ricorrente localizzato principalmente nell'area temporale e frontale della testa, accompagnato da sensazioni di tensione e pressione. La gravità del dolore può variare da moderata a grave e spesso la donna lo descrive come opprimente. Laura riferisce che questa condizione di dolore cronico le crea ansia e a volte si sente depressa; situazioni di maggiore stress legate alle sue responsabilità lavorative spesso scatenano il riaccutizzarsi del disturbo. L'ansia riguardo alla capacità di adempiere alle sue responsabilità lavorative e la preoccupazione per le frequenti assenze dal lavoro hanno contribuito a un circolo vizioso in cui lo stato emotivo negativo peggiora il dolore, il quale a sua volta alimenta ulteriori reazioni psicologiche negative. Questo ha influenzato negativamente la sua produttività e l'immagine di sé come professionista. Le assenze ripetute hanno anche generato tensioni con i colleghi e la dirigenza, che potrebbero non comprendere appieno la natura debilitante della sua condizione. Laura attualmente fa uso di farmaci antidolorifici, ma con risultati limitati. I farmaci aiutano solo a controllare il dolore in modo parziale e temporaneo, ma non riescono a risolvere il problema alla radice. La dipendenza dai farmaci e la loro inefficacia hanno aumentato la frustrazione e il senso di impotenza di Laura.

L'approccio infermieristico con modello Health Coaching per la condizione di Laura (scenario 27.2) si basa sull'empowerment e sulla collaborazione, con l'obiettivo di aiutarla a gestire la cefalea cronica in modo più efficace e migliorare il suo benessere generale.

Mediante l'azione di guida, sostegno e educazione, l'infermiere aiuta Laura a sviluppare le abilità e le strategie necessarie per affrontare le sfide legate al dolore cronico e per raggiungere un maggiore controllo sulla sua salute. Le domande dovrebbero essere poste con empatia e rispetto, creando uno spazio in cui Laura si senta a suo agio nel condividere le sue esperienze e le sue emozioni. L'obiettivo è quello di raccogliere informazioni

significative, che possano guidare il percorso di assistenza e supporto promuovendo l'empowerment.

Le tempistiche di attuazione delle varie fasi saranno concordate con la persona assistita sulla base dei risultati emersi dalla rivalutazione affettuata all'inizio di ogni nuova fase.

Progetto per la presa in carico educativa della persona affetta da cefalea primaria cronica

■ Fase 1 – Stabilire la relazione e valutare la prontezza al cambiamento da parte della persona assistita

- Iniziare l'interazione con Laura in modo empatico, creando un ambiente di accoglienza e rispetto.
- Attraverso l'ascolto attivo, raccogliere informazioni sulla sua esperienza con il dolore cronico, le emozioni che ne derivano e la sua motivazione a cambiare la situazione.

Esperienza con il dolore cronico

- “Può descrivermi come si manifesta il suo dolore cronico?”
- “In che circostanze avverte il dolore con maggiore intensità?”
- “Da quanto tempo sta vivendo questa situazione di dolore cronico?”

Emozioni legate al dolore

- “Come si sente emotivamente quando il dolore si acutizza?”
- “Quali emozioni emergono quando pensa alle conseguenze del dolore sulla sua vita?”
- “Come pensa che il dolore abbia influenzato il suo stato emotivo complessivo?”

Motivazione al cambiamento

- “Cosa la spinge a cercare un miglioramento nella gestione del dolore?”
- “Quali aspetti della sua vita le piacerebbe cambiare per poter gestire il dolore?”
- “In che modo il raggiungimento degli obiettivi che stabiliremo potrebbe influenzare positivamente la sua vita?”

Risposte al dolore

- “Come reagisce solitamente quando il dolore si intensifica?”
- “Ha sperimentato strategie che l'hanno aiutata a gestire il dolore in modo efficace?”
- “Come coinvolge le persone intorno a lei quando il dolore diventa più intenso?”

Supporto sociale e risorse

- “Ha familiari, amici o colleghi con cui condivide il suo stato di salute?”
- Quali persone o risorse l'hanno aiutata a far fronte alle difficoltà legate al dolore?”

- In che modo il supporto sociale potrebbe influenzare positivamente la sua capacità di affrontare il dolore?”

■ Fase 2 – Identificare opportunità e difficoltà della persona assistita

L'obiettivo di queste domande è comprendere meglio la situazione di Laura, le sue risposte al dolore e le risorse che potrebbero esserle utili nel suo percorso di gestione del disturbo. Questo processo aiuterà a stabilire una base solida per la costruzione di strategie atte a migliorare il benessere e affrontare le difficoltà legate al dolore cronico.

- Esplorare insieme a Laura le sfide quotidiane legate al dolore cronico, comprese le situazioni di stress che possono scatenare l'aggravarsi del dolore.
 - “Può condividere con me le principali sfide che incontra nella gestione del dolore cronico durante la giornata?”
 - “Ci sono momenti specifici in cui il dolore tende a intensificarsi? Cosa succede in quelle situazioni?”
 - “Come reagisce di solito quando il dolore diventa più intenso? Quali strategie ha adottato finora per far fronte a queste situazioni?”
 - Indagare sulle risorse personali e sociali di Laura che potrebbero essere utilizzate per affrontare il dolore e migliorare il benessere.
 - “Quali attività o interessi le danno piacere e potrebbero agire come distrazioni positive dal dolore?”
 - “Nella sua vita ci sono persone con cui si sente a suo agio nel condividere le esperienze legate al dolore?”
 - “Ha mai sperimentato strategie di rilassamento o di gestione dello stress che l'hanno aiutata a sentirsi meglio?”
 - “Quali sono i suoi punti di forza personali che potrebbe utilizzare per affrontare le sfide legate al dolore?”
 - Esplorare le strategie attualmente utilizzate.
 - “Ci sono stati momenti in cui ha notato che alcune strategie l'aiutavano a sentirsi meglio rispetto al dolore?”
 - “Ha mai cercato fonti di supporto online o presso gruppi di persone che affrontano situazioni simili?”
 - “Come potrebbe sfruttare queste risorse e strategie per affrontare le sfide quotidiane legate al dolore?”
- #### ■ Fase 3 – Assistere la persona nella definizione degli obiettivi
- Collaborare con Laura per stabilire obiettivi specifici e realistici, come ridurre l'intensità del dolore, migliorare l'adattamento allo stress e accrescere il benessere emotivo.
 - Assicurarsi che gli obiettivi siano in linea con le sue priorità e i suoi valori.

■ Fase 4 – Strutturare l'interazione di coaching

Le domande che seguono hanno l'obiettivo di coinvolgere Laura attivamente nella costruzione del piano d'azione, fornendo informazioni rilevanti e guidandola nell'esplorazione di strategie che possano aiutarla a gestire meglio il dolore cronico.

- Utilizzare domande aperte per guidare Laura nell'esplorazione delle sue esperienze e delle sue reazioni al dolore.
 - “Può condividere con me alcuni esempi di situazioni in cui ha sperimentato il dolore cronico?”
 - “Come ha affrontato il dolore in queste situazioni? Cos'ha fatto per cercare sollievo?”
 - “Quali emozioni emergono in lei quando il dolore si acutizza? In che modo queste emozioni influenzano la sua giornata?”
 - “Ha notato delle situazioni o dei fattori scatenanti specifici che potrebbero essere collegati all'aggravarsi del dolore?”
 - “Come vedrebbe la sua vita se riuscisse a gestire meglio il dolore?”
- Fornire informazioni sulla cefalea cronica, sui fattori scatenanti e sulle possibili strategie di gestione, coinvolgendo attivamente Laura nella costruzione di un piano d'azione.
 - “In base alle sue esperienze e ai fattori scatenanti che ha identificato, quali strategie di gestione del dolore potrebbe considerare?”
 - “Quali tecniche di rilassamento o di gestione dello stress si sente più incline a sperimentare?”
 - “Come potrebbe integrare queste strategie nella sua routine quotidiana per affrontare il dolore in modo più efficace?”
 - “Quali cambiamenti nello stile di vita, per esempio migliorare la qualità del sonno o adottare un'alimentazione più equilibrata, potrebbero influenzare positivamente la sua esperienza con il dolore?”

■ Fase 5 – Consentire alla persona assistita di raggiungere i propri obiettivi

- Sostenere Laura nell'implementazione delle strategie concordate, per esempio, adozione di tecniche di rilassamento, gestione dello stress e comunicazione efficace con i colleghi.
- Incoraggiarla a monitorare i progressi e, se necessario, a fare adattamenti per raggiungere gli obiettivi.

■ Fase 6 – Aiutare la persona assistita a definire in che misura gli obiettivi sono stati raggiunti

- Valutare con Laura i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi stabiliti.
- Utilizzare strumenti oggettivi, come registri del dolore, valutazioni dell'ansia e del benessere psicologico per verificare l'efficacia delle strategie adottate.

GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DEL DOLORE CRONICO INTEGRATA A UN PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

IfeC con funzione di care manager: applicazione del modello Disease Management

SCENARIO 27.3

Persona affetta da dolore lombare cronico

LIVELLO KAISER: 2 – MEDIA COMPLESSITÀ

Guido, 45 anni, lavora come muratore. Due anni fa, a seguito di uno sforzo eccessivo mentre sollevava un peso, gli è stata diagnosticata una lombalgia, trattata con riposo e antinfiammatori. Tuttavia Guido non ha rispettato le prescrizioni mediche e ha continuato a lavorare. Attualmente, soffre di dolore lombare cronico, che è iniziato come una sensazione di fastidio e nel corso del tempo è diventato sempre più intenso e debilitante. Guido riferisce che è localizzato nella parte bassa della schiena e a volte si irradia fino all'arto inferiore, causando una lombosciatalgia. Il dolore è spesso accompagnato da rigidità muscoloarticolare, che rende difficile eseguire movimenti e piegamenti anche semplici.

Il dolore lombare ha avuto un impatto significativo sulla vita quotidiana di Guido e sulla sua attività lavorativa: quando è particolarmente intenso e persistente, lo costringe a sospendere il lavoro e a rimanere a letto in cerca di sollievo. Anche attività semplici come lavarsi, vestirsi o fare le scale possono diventare difficili a causa del dolore e della rigidità.

Per gestire il disturbo, Guido fa ricorso all'uso di farmaci antinfiammatori, che gli forniscono un certo grado di sollievo temporaneo. Tuttavia, in situazioni più gravi, il dolore diventa così debilitante che Guido ha bisogno di aiuto da parte della moglie per eseguire le attività quotidiane.

Il caso descritto nello scenario 27.3 offre un esempio di piano per la presa in carico infermieristica con approccio Disease Management integrato con l'utilizzo di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA). La collaborazione multidisciplinare, l'intervento di educazione alla gestione del dolore e il supporto psicologico potranno aiutare Guido a migliorare la qualità di vita, a recuperare la mobilità e a gestire in modo più efficace la sua condizione di lombalgia cronica.

Progetto di presa in carico infermieristica

■ Fase 1 – Valutazione iniziale e pianificazione individuale

In questa fase iniziale, c'è una stretta collaborazione tra diversi professionisti sanitari e l'assistito. Il medico di medicina generale, lo specialista in ortopedia e l'infermiere di famiglia e di comunità lavorano a stretto contatto con Guido per ottenere una comprensione approfondita della sua storia clinica e dei sintomi che sta sperimentando. Questo coinvolgimento diretto dell'uomo nel team medico-infermieristico è fondamentale per pianificare un percorso di cura adeguato.

Si procede con una valutazione dettagliata della lombalgia di Guido per comprendere non solo la natura e l'intensità del dolore che prova, ma anche la frequenza con cui il dolore si irradia all'arto inferiore, causando lombosciatalgia. Questa analisi aiuta il team sanitario a definire la portata del problema e a pianificare un trattamento mirato.

Un aspetto importante di questa fase è l'analisi della storia lavorativa. Il team vuole capire se l'attività di Guido continua a comportare lavori particolarmente gravosi o movimenti ripetitivi che potrebbero contribuire allo sviluppo del suo stato di salute attuale. Questo è cruciale per avere una visione completa del contesto in cui si è sviluppata la lombalgia cronica.

Inoltre, insieme all'assistito, vengono definiti gli obiettivi di gestione, che includono il controllo del dolore, il miglioramento della mobilità e il recupero delle attività quotidiane. Lavorando a stretto contatto con l'assistito, il team medico stabilisce obiettivi chiari e realistici, che saranno il punto focale del suo percorso di cura. Questa collaborazione assicura che le decisioni prese siano orientate al miglioramento della qualità di vita di Guido.

■ Fase 2 – Educazione e self-management

Nel corso di questa fase, Guido è in contatto diretto con il team di professionisti sanitari, composto dal suo medico di medicina generale, da uno specialista in ortopedia, dall'infermiere di famiglia e di comunità e da uno psicologo specializzato nel trattamento del dolore cronico. Questi professionisti lavorano insieme per fornire a Guido informazioni approfondite riguardo alla sua condizione di lombalgia cronica e lombosciatalgia. Inoltre, l'uomo riceve spiegazioni dettagliate sui rischi connessi al mancato rispetto delle prescrizioni mediche, che comprendono la necessità di riposo e di autoconsapevolezza, al fine di prevenire ulteriori danni alla sua salute.

Parte integrante di questo processo è l'assistenza fornita dall'infermiere, il quale non solo lavora a stretto contatto con Guido per indirizzarlo nella comprensione

della terapia, ma lo aiuta anche nell'uso appropriato dei farmaci antinfiammatori. Inoltre, l'infermiere gli dà consigli su come affrontare il dolore in modo opportuno. Questa guida mirata e personalizzata assicura che l'uomo sia in grado di gestire il suo dolore in modo sicuro e più efficace.

■ Fase 3 – Strategie di gestione del dolore e riabilitazione

Durante questa fase del percorso di cura di Guido, si instaura una stretta collaborazione tra il medico ortopedico, il fisioterapista, l'IFeC e lo psicologo; questi professionisti lavorano in sinergia per sviluppare un piano di trattamento del dolore e di riabilitazione personalizzato per l'uomo.

L'obiettivo del team interdisciplinare è creare un piano che si adatti alle esigenze di Guido e migliori la sua qualità di vita. Nel piano possono essere incluse varie strategie, tra cui sedute di fisioterapia mirate ad accrescere la mobilità, per aiutare Guido a riacquistare gradualmente la capacità di eseguire movimenti senza dolore e limitazioni, terapie farmacologiche e psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) (si vedano le precedenti trattazioni).

Il piano educativo-assistenziale potrebbe prevedere l'esecuzione di esercizi fisici appropriati, per rinforzare i muscoli interessati dalla lombalgia e migliorare la stabilità dell'area lombare. Questi esercizi, svolti sotto la supervisione del fisioterapista e implementati anche con l'aiuto dell'infermiere, contribuiranno a promuovere il recupero e a prevenire ulteriori danni.

Un aspetto cruciale che l'infermiere di famiglia e di comunità può sottolineare con l'assistito è l'importanza di trovare un equilibrio tra periodi di attività e periodi di riposo. Guido dev'essere educato ad ascoltare il proprio corpo e ad adottare un approccio bilanciato alle attività quotidiane. Questo aiuta a prevenire il sovraccarico e a evitare situazioni che potrebbero peggiorare il dolore.

■ Fase 4 – Supporto psicologico ed educazione continua

In questa fase, l'approccio interdisciplinare mira a prendersi cura di tutti gli aspetti del benessere di Guido, affrontando sia i fattori fisici che quelli psicologici legati al suo dolore cronico. L'obiettivo principale è aiutare l'uomo a sviluppare le competenze necessarie per affrontare il dolore in modo efficace, migliorando la sua qualità di vita nel lungo termine.

La collaborazione tra il medico di medicina generale, lo psicologo specializzato nel trattamento del dolore cronico e l'IFeC permette di affrontare gli aspetti psicologici correlati al dolore e di educare Guido sull'importanza di affrontare il problema attraverso strategie di coping per la gestione dello stress e il coinvolgimento dei familiari.

L'infermiere può fornire a Guido risorse e materiale educativo sul self-management del dolore e sull'importanza di mantenere uno stile di vita sano.

■ Fase 5 – Monitoraggio e follow-up

Questa fase del percorso di cura serve a pianificare regolari follow-up con il medico di medicina generale, l'ortopedico e l'infermiere. Gli appuntamenti periodici consentono al team di valutare il progresso di Guido nel suo percorso di gestione del dolore e riabilitazione.

Durante gli appuntamenti di follow-up, il team medico può raccogliere dati aggiornati sulla condizione di Guido e sui risultati ottenuti fino a quel momento. Tali valutazioni sono essenziali per capire come sta rispondendo al piano di trattamento e se ci sono state variazioni nei sintomi o nel suo stato di salute generale.

Uno degli aspetti positivi di questi follow-up è la possibilità di adattare il piano di trattamento in base ai risultati e alle esigenze in continua evoluzione di Guido. Se si osserva un progresso significativo o emergono nuove difficoltà nel corso del tempo, il piano può essere modificato, per garantire che sia sempre allineato alle necessità attuali dell'assistito. Questo approccio flessibile assicura che il percorso di cura sia sempre personalizzato e adattabile alle circostanze specifiche del soggetto preso in carico.

■ Fase 6 – Coinvolgimento della famiglia e supporto sociale

In questa fase del percorso di cura, si rafforzano la collaborazione e la partecipazione della moglie nel fornire il sostegno emotivo e l'assistenza necessari nelle attività quotidiane. Il ruolo della moglie come caregiver può favorire l'autonomia e il self-care di Guido, aiutandolo a gestire più efficacemente il dolore.

L'educazione continua della famiglia è un elemento importante di questa fase: il team si impegna a fornire costantemente ai familiari di Guido informazioni e orientamento sulle strategie di supporto più efficaci. Questo non solo li aiuta a comprendere meglio le sfide che il loro congiunto sta affrontando, ma fornisce loro anche gli strumenti necessari per sostenerlo nel percorso di recupero.

SUPPORTO ALL'ADATTAMENTO DOPO AMPUTAZIONE: GESTIONE DEL DOLORE, RIABILITAZIONE E SOSTEGNO PSICOLOGICO DELLA PERSONA

IFeC con funzione di case manager: applicazione del modello Case Management

SCENARIO 27.4

Persona affetta da dolore cronico all'arto post-amputazione

LIVELLO KAISER: 3 – ELEVATA COMPLESSITÀ

Carlo, 33 anni, si trova in una situazione complessa e sfidante in seguito a un grave incidente stradale, che gli ha causato l'amputazione dell'arto inferiore sinistro. Questo evento drammatico ha lasciato una profonda impronta nella sua vita, generando una serie di problematiche.

Dopo l'amputazione, Carlo accusa un dolore persistente dell'arto residuo; questo dolore non solo ha un impatto negativo sulla sua qualità di vita, ma rappresenta anche un ostacolo significativo per la riabilitazione. Anche semplici attività quotidiane come camminare, spostarsi in città e occuparsi di se stesso sono diventate complesse a causa di questo dolore persistente.

Prima dell'incidente, Carlo era un impiegato bancario e aveva una passione per la corsa in bicicletta. Queste attività facevano parte integrante della sua vita e rappresentavano fonti di benessere e realizzazione personale. La perdita dell'arto e la compromissione funzionale stanno mettendo a dura prova il suo senso di identità personale e la speranza di poter riprendere a fare le attività che amava.

Carlo vive con il suo compagno in un appartamento nel centro città. Questo ambiente, che un tempo era familiare e confortante, ora si è trasformato per lui in una sfida logistica ed emotiva. È trascorso un mese dall'incidente e Carlo sta sperimentando una serie di reazioni emotive intense: ansia, preoccupazione, rabbia e momenti di umore depresso si alternano in modo imprevedibile. Il dolore costante e le sfide psicologiche stanno influenzando anche la relazione con il compagno; Carlo teme che la sua nuova condizione possa compromettere il legame con il partner e generare un senso di dipendenza che non aveva mai sperimentato in precedenza. Inoltre, la speranza di tornare alla sua vita pre-incidente sembra sbiadire sempre di più, lasciandolo nell'incertezza e nella paura del futuro.

bellezza, non avremmo la stessa percezione del dolore” sintetizzò efficacemente, nel suo intervento, l'importante teologo Vito Mancuso (Mancuso, 2020). E ancora: “La bellezza nel dolore ci permette di ri-scoprire l'altro, la sua essenza, la sua ultima verità” chiosò lo scrivente di questo pezzo (Lattarulo, 2020).

Nell'ultimo miglio del loro percorso terreno, talune fra le persone che scelgono di essere accompagnate nel gran balzo verso l'ignoto chiedono di non essere sedate completamente, per poter vivere quei momenti con le persone particolarmente significative che le attorniano. Quindi, la ricerca di un ultimo tempo, quasi sempre supplementare, anche di redenzione e conciliazione. È un tempo sospeso, lo si può immaginare come il librarsi nell'aria dell'atleta, immortalato per l'eternità nella celebre maiolica detta per l'appunto “del tuffatore”, rinvenuta nella sua tomba, e che si può ammirare nel Museo Archeologico di Paestum. In quell'avvicinarsi di attimi, non più organizzati in tempo cronologico, bensì vissuto, si alternano mille stati d'animo. È l'ora del congedo, il dolore è alleviato, e la situazione permette anche alle persone coinvolte in tutto ciò di chiarire gravi situazioni di vita occorse tra familiari, amici, amanti, altri individui ritenuti significativi.

È tempo di rappacificazione, del saluto privo di rimorsi e rimpianti che permetterà a chi resta di compiere un bilancio di vita e di morte più sereno. Storie tipiche di assistenza *in limine vitae* in ambiente domestico o in setting di cura nei quali l'infermiere di famiglia e di comunità, con la sua presenza discreta, potrà fungere da tramite, svolgere il periglioso lavoro di un Caron nocchiero, che viaggia senza sosta tra le sponde di *algos* e *pathos*. Esplorando il dolore che ci viene raccontato da quegli uomini, donne e bambini che abbiamo il privilegio di accogliere nelle nostre braccia e nelle nostre anime, possiamo meglio comprendere l'intensità del nostro dolore. Anche noi, uomini e donne, infermieri, siamo investiti come da un turbine di onde di dolore, che ci spingono al largo, ben al di là di una riva che in realtà appare sempre meno raggiungibile.

Illusoriamente crediamo di poter controllare tutto, ma poi, all'improvviso, la forza con la quale ci liberiamo delle emozioni diviene quella di un fiume in piena, che nella sua folle e disperata corsa lascia segni spesso indelebili. La difficoltà maggiore risiede certo nella comprensione del dolore, nostro e dell'altro da noi, da poter rendere più lieve non soltanto con l'ausilio della chimica, ma anche con le leve dell'emozionalità.

SOMMARIO

Il dolore cronico rappresenta una sfida complessa che va oltre le semplici manifestazioni fisiche, influenzando profondamente la qualità di vita di chi ne soffre e del nucleo familiare che lo circonda. Questo capitolo esamina le molteplici dimensioni del dolore cronico, evidenziando le ripercussioni emotive, sociali ed economiche che ne derivano. La trattazione dedica ampio spazio alle interferenze del dolore nella vita quotidiana, incluse le ripercussioni sul sonno, la sessualità, l'umore, le relazioni sociali e l'autopercezione dell'individuo. L'infermiere di famiglia e di comunità gioca un ruolo chiave nel fornire assistenza e sostegno all'individuo affetto da dolore cronico e alla sua famiglia. L'approccio dell'IFeC prevede interventi farmacologici su prescrizione, educazione della persona assistita e

coordinamento dei servizi sanitari e sociali, per garantire una gestione integrata del dolore. Essenziali le competenze avanzate dell'infermiere nel promuovere strategie di adattamento attraverso l'ascolto empatico e l'educazione personalizzata, nonché l'insegnamento di tecniche complementari per la gestione del dolore. Gli scenari offrono esempi pratici di come l'assistenza infermieristica possa essere efficacemente implementata in un contesto familiare e comunitario in base alla tipologia di persona assistita e all'eziologia del dolore. Inoltre, l'approccio multidisciplinare riveste un ruolo fondamentale, soprattutto per quanto riguarda la valutazione continua del dolore, l'aderenza della persona ai trattamenti e agli insegnamenti e la compliance della famiglia.

Sul sito Internet dedicato a quest'opera (all'indirizzo universita.zanichelli.it/ifec) sono disponibili:

- esercizi di pensiero critico relativi al contenuto di questo capitolo
- domande di verifica dell'apprendimento
- la bibliografia completa a supporto dei contenuti trattati.

I diritti di pubblicazione, riproduzione, comunicazione, distribuzione, trascrizione, traduzione, noleggio, prestito, esecuzione, elaborazione in qualsiasi forma o opera, di memorizzazione anche digitale e di adattamento totale o parziale su supporti di qualsiasi tipo e con qualsiasi mezzo (comprese le copie digitali e fotostatiche), sono riservati per tutti i paesi. L'acquisto della presente copia dell'opera non implica il trasferimento dei suddetti diritti né li esaurisce.

Fotocopie per uso personale (cioè privato e individuale, con l'esclusione quindi di strumenti di uso collettivo) possono essere effettuate, nei limiti del 15% di ciascun volume, dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941, n. 633. Tali fotocopie possono essere effettuate negli esercizi commerciali convenzionati SIAE o con altre modalità indicate da SIAE.

Per le riproduzioni ad uso non personale (per esempio: professionale, economico, commerciale, strumenti di studio collettivi come dispense e simili) l'editore potrà concedere a pagamento l'autorizzazione a riprodurre un numero di pagine non superiore al 15% delle pagine del presente volume.

Le richieste vanno inoltrate a:

CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali

Corso di Porta Romana 108

20122 Milano

e-mail: autorizzazioni@clearedi.org e sito web: www.clearedi.org

L'editore, per quanto di propria spettanza, considera rare le opere fuori del proprio catalogo editoriale. La loro fotocopia per i soli esemplari esistenti nelle biblioteche è consentita, anche oltre il limite del 15%, non essendo concorrenziale all'opera. Non possono considerarsi rare le opere di cui esiste, nel catalogo dell'editore, una successiva edizione, né le opere presenti in cataloghi di altri editori o le opere antologiche. Nei contratti di cessione è esclusa, per biblioteche, istituti di istruzione, musei e archivi, la facoltà di cui all'art. 71 - ter legge diritto d'autore.

Per permessi di riproduzione, anche digitali, diversi dalle fotocopie rivolgersi a direzione@ceaedizioni.it

Realizzazione editoriale: Studio Cromac, Pavia

Immagini: Giuseppe Maserati

Copertina: Claire Biliotte

Immagini di copertina

Foto grande: immagine Shutterstock © SewCreamStudio

Foto piccola: immagine Shutterstock © PPixel-Shot

Prima edizione: marzo 2025

Ristampa

4 3 2 1 0 2025 2026 2027 2028 2029

Realizzare un libro è un'operazione complessa, che richiede numerosi controlli: sul testo, sulle immagini e sulle relazioni che si stabiliscono tra loro. L'esperienza suggerisce che è praticamente impossibile pubblicare un libro privo di errori. Saremo quindi grati ai lettori che vorranno segnalarceli.

Per segnalazioni o suggerimenti relativi a questo libro rivolgersi a:

C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana

viale Romagna 5, 20089 Rozzano (MI)

fax 02 52202260

e-mail: redazione@ceaedizioni.it

Sul sito universita.zanichelli.it/ifec è possibile verificare se sono disponibili **errata corrige** per questo volume.

Stampato da Rotomail

via Rivoltana 12, Vignate (MI)

per conto della C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana

viale Romagna 5 - 20089 Rozzano (MI)



**Pianificazione
assistenziale con
NANDA-I,
NOC e NIC**

RISORSE ONLINE SU

 **florence**

 **la 2 Ebook**

*Questo testo è arricchito
da numerose risorse digitali.*

*Sul sito dedicato,
universita.zanichelli.it/ifec,
è possibile trovare:*

- **4 capitoli integrativi**
in versione PDF,
- **le appendici** con linee guida
*pratiche per l'applicazione
di tecniche e metodi
educativi e di self-care,*
- **domande di pensiero
critico,**
- **quiz di autovalutazione,**
- **la bibliografia completa.**

*È inoltre possibile consultare
il **testo in versione elettronica**
e accedere a una sezione
dedicata del sistema
di simulazione **Florence** per
esercitarsi nella pianificazione
dell'assistenza con le
tassonomie NNN.*

*Maggiori informazioni sul retro
della copertina e nelle pagine
iniziali del testo*

**Cesarina Prandi
Pierluigi Badon**

Assistenza infermieristica di famiglia e di comunità

L'infermieristica di famiglia e di comunità rappresenta un'evoluzione significativa nel panorama sanitario contemporaneo, poiché rivolge l'attenzione alla salute e al benessere globale dell'individuo e della comunità.

Questo manuale vuole offrire un contributo alla crescita del settore con l'obiettivo di diventare un punto di riferimento per i professionisti coinvolti, sottolineando l'importanza di un approccio all'assistenza sanitaria che sia efficace, empatico e centrato sulle necessità individuali. Il testo propone un infermiere di famiglia e di comunità capace di effettuare una valutazione olistica e di agire in contesti complessi e diversificati, identificando e mobilitando risorse adeguate per supportare la salute e la resilienza, dotato di una sensibilità culturale che gli consente di adattare le pratiche assistenziali alle diverse esigenze e alle varie realtà sociali. Un infermiere di famiglia e di comunità capace di agire come leader e promotore attivo di iniziative di salute pubblica lavorando per l'empowerment delle comunità e per la promozione di stili di vita sani, nonché per la prevenzione delle malattie.

Il manuale si distingue per il suo approccio biopsicosociale tra teoria e pratica, che incorpora le più recenti evidenze scientifiche nel contesto delle realtà quotidiane dell'assistenza sanitaria. Questa sinergia tra teoria all'avanguardia e pratica concreta mira a fornire ai lettori uno strumento didattico completo, che non solo informa ma guida nella pratica clinica. Nelle pagine del manuale si susseguono trattazioni di ambiti sempre più specifici ed esemplificativi inerenti la pratica degli infermieri di famiglia e di comunità.

Grande importanza è attribuita agli aspetti metodologici. La complessità e la diversità dell'assistenza infermieristica in questo ambito sono declinate secondo il modello di stratificazione del rischio Kaiser Permanente, che fornisce una struttura per comprendere e gestire i livelli variabili di complessità nella cura e nell'assistenza. Il manuale descrive e propone l'applicazione di diversi modelli innovativi di presa in carico, come Chronic Care Model, Health Literacy, Calgary Assessment Family and Intervention Model, Omaha System e Disease Management. L'attuazione di questi modelli è esemplificata da scenari con relativo sviluppo di un progetto assistenziale e/o educativo di presa in carico integrata multidisciplinare. Molti di questi progetti sono arricchiti da piani di assistenza e piani educativi definiti e supportati dalle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC per aiutare il lettore a definire e classificare il bisogno di assistenza ed educazione e attuare set di interventi mirati.

ISBN 978-88-08-48008-8



9 788808 480088