



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Facoltà di Medicina e Chirurgia “A. Gemelli”

CAMPOBASSO

Corso di laurea in Infermieristica

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ASSISTENZA
DOMICILIARE: UN PUNTO DI RIFERIMENTO PER GESTIRE
LA SALUTE DEL PAZIENTE, SOSTENERE IL CAREGIVER E
SUPPORTARE LA FAMIGLIA**

Relatore:

Prof. Gianpiero MASTROGIORGIO

Correlatore:

Prof. Angelo DEL VECCHIO

Laureando:

Lorenzo Miglionico

Matricola: 5151983

Anno accademico: 2023/2024



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"

CAMPOBASSO

Corso di laurea in Infermieristica

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ASSISTENZA
DOMICILIARE: UN PUNTO DI RIFERIMENTO PER GESTIRE
LA SALUTE DEL PAZIENTE, SOSTENERE IL CAREGIVER E
SUPPORTARE LA FAMIGLIA**

Relatore:

Prof. Gianpiero MASTROGIORGIO

Correlatore :

Prof. Angelo DEL VECCHIO

Laureando:

Lorenzo Miglionico

Matricola:

5151983

Anno Accademico 2023/2024

A mia madre

*a te che mi hai insegnato i sogni e l'arte dell'avventura,
a te che credi nel coraggio e anche nella paura,
le forze della natura si concentrano in te,
che sei una roccia, sei una pianta, sei un uragano,
sei l'orizzonte che mi accoglie quando mi allontano.*

Sommario

ABSTRACT	5
INTRODUZIONE	1
CAPITOLO I - LA NASCITA E L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE	3
1.2 Cos'è l'Assistenza Domiciliare e come funziona?	5
1.4 Le figure professionali	7
CAPITOLO II- DALLA MEDICINA OSPEDALIERA ALLA MEDICINA TERRITORIALE: UN'ANALISI DEI MODELLI DI ASSISTENZA DOMICILIARE	11
2.1 Differenze tra medicina Ospedaliera e medicina Territoriale	11
2.2 Assistenza Domiciliare Integrata e Programmata: Quali sono le Differenze?	13
2.2 Come Richiedere l'Assistenza Domiciliare: Procedura e Fasi	14
2.3 Piano assistenziale individualizzato (PAI)	17
CAPITOLO III- RUOLO E COMPETENZE DELL'INFERMIERE	21
3.1 Il ruolo dell'infermiere	21
3.2 Come l'infermiere domiciliare può migliorare la qualità della vita	22
3.3 Infermiere di Famiglia e Comunità: una nuova chiave per il territorio	23
CAPITOLO IV- LA COMUNICAZIONE COME STRUMENTO DI CURA NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO	26
4.1 Il Codice Deontologico Infermieristico: Fondamento della Cura e della Comunicazione	28
4.2 L'importanza della comunicazione in sanità	30
4.3 La comunicazione tra infermiere e paziente	31
4.4 La comunicazione tra infermiere e famiglia	32
4.5 La comunicazione tra infermiere e caregiver	32
4.6 Le conseguenze di una comunicazione errata	33
CAPITOLO V -IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE:UN PUNTO DI RIFERIMENTO PER GESTIRE LA SALUTE DEL PAZIENTE, E SOSTENERE IL CAREGIVER E SUPPORTARE LA FAMIGLIA	35
5.1 Obiettivi	35
5.2 Materiale e metodi	36
5.3 Analisi dei dati	38

5.4 Discussione.....	58
5.5 Conclusioni	61
BIBLIOGRAFIA.....	62
SITOGRAFIA.....	62

ABSTRACT

Home care represents a fundamental model of care for patients with chronic conditions or those in the post-hospitalization phase, allowing for personalized treatment in a familiar environment, promoting a better

quality of life, and reducing the duration of hospital stays. The home care nurse plays a crucial role not only in administering therapies and monitoring vital signs but also in providing psychological and emotional support to the patient and their family. The nurse's role is to integrate medical care with empathetic communication, manage family dynamics, and support the caregiver, often a family member, who faces the emotional and practical burdens of caregiving. Collaboration between the nurse, patient, and family is essential to create a caregiving environment that promotes health, well-being, and peace of mind for all involved. This thesis will explore the role of the nurse in home care, analyzing both the practical and psychological aspects of their intervention, as well as the challenges and opportunities associated with this mode of care. It will also examine how home care fits within the context of modern healthcare policies that prioritize less institutionalized and more personalized care. Lastly, the value of communication, ongoing education, and psychological support that the nurse provides to both the patient and their family support network will be discussed, contributing to the creation of a comprehensive and integrated caregiving environment. The home care nurse, therefore, is a vital figure in restoring dignity and quality of life to the patient, transforming every home into a place of hope and care.

INTRODUZIONE

L'assistenza domiciliare rappresenta una delle modalità più efficaci di cura per i pazienti che necessitano di trattamenti a lungo termine, sia per patologie croniche che per situazioni di post-ospedalizzazione. Grazie all'evoluzione delle tecnologie mediche e alla crescente attenzione verso un'assistenza più umana e personalizzata, sempre più pazienti vengono seguiti a casa, in un ambiente che consente loro di mantenere una qualità di vita superiore e di ridurre la durata del ricovero ospedaliero. In questo contesto, l'infermiere a domicilio gioca un ruolo cruciale, non solo come professionista sanitario, ma anche come punto di riferimento per il paziente, il caregiver e la famiglia.

Il compito dell'infermiere nell'assistenza domiciliare va ben oltre la somministrazione di terapie o il monitoraggio dei parametri vitali. L'infermiere a domicilio deve, infatti, affrontare una serie di sfide specifiche legate alla gestione del paziente nel suo contesto familiare, alla comunicazione efficace con il caregiver e alla necessità di integrare l'assistenza medica con il supporto psicologico ed emotivo. La figura dell'infermiere diventa un punto di riferimento fondamentale, non solo per la cura diretta del paziente, ma anche per garantire che la famiglia e il caregiver ricevano il giusto sostegno per affrontare il carico emotivo e pratico derivante dalla malattia.

Il caregiver, spesso familiare, assume un ruolo centrale nel percorso di cura, ma si trova a dover gestire responsabilità enormi, spesso senza adeguate risorse o preparazione.

La collaborazione tra infermiere, paziente e famiglia è quindi essenziale per creare un ambiente di cura che favorisca la salute e la serenità di tutti.

Questa tesi si propone di esplorare il ruolo dell'infermiere nell'assistenza domiciliare, analizzando come la sua presenza e le sue competenze possano fare la differenza nella gestione della salute del paziente, nel sostegno al caregiver e nel supporto alla famiglia. Saranno esaminati gli aspetti pratici e psicologici dell'assistenza, con l'obiettivo di evidenziare le opportunità e le sfide che questa modalità di cura comporta, nonché l'importanza di un approccio multidimensionale nella gestione del paziente e del suo contesto familiare.

Inoltre, verrà esplorato come il lavoro dell'infermiere a domicilio si inserisca all'interno delle politiche sanitarie moderne, che tendono a favorire sempre di più l'assistenza domiciliare per alleggerire il sistema ospedaliero e promuovere un'assistenza più personalizzata e meno istituzionalizzata. Sarà infine approfondito il valore della comunicazione, della formazione e del supporto psicologico che l'infermiere fornisce non solo al paziente, ma anche a coloro che lo circondano, contribuendo a creare una rete di supporto che va oltre l'aspetto medico.

L'infermiere a domicilio è la forza silenziosa che restituisce dignità e qualità della vita, trasformando ogni casa in un luogo di cura e speranza.

CAPITOLO I - LA NASCITA E L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

1. Storia dell'Assistenza domiciliare



L'assistenza domiciliare ha radici profonde nella storia della cura e dell'umanità, con una figura centrale come Florence Nightingale, che nel 1869 si dedicava all'assistenza degli ammalati a domicilio, anche di notte. Conosciuta come "la signora con la lanterna", la Nightingale ha lasciato un segno indelebile nel mondo della sanità. Non solo è stata pioniera dell'assistenza infermieristica moderna, ma ha anche introdotto l'uso della statistica per migliorare le pratiche sanitarie, applicando il metodo scientifico per ottimizzare la cura dei pazienti.

Anche se l'assistenza domiciliare in Italia ha acquisito una forma ufficiale solo negli anni '70, il concetto di cura a casa esisteva già, ma in modo più

informale e limitato. Fino a quel momento, la cura a casa era affidata principalmente alle famiglie e a organizzazioni caritative, con un intervento sporadico di medici privati e infermieri. La vera trasformazione inizia con la Legge 833 del 1978, che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ponendo le basi per l'introduzione dell'assistenza domiciliare come parte del sistema sanitario pubblico. Nel corso degli anni '80 e '90, l'assistenza domiciliare si struttura ulteriormente grazie alla Legge 502/92, che riforma il sistema sanitario, e alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La riforma dei servizi sociali con la Legge 328/2000 integra l'assistenza sanitaria con il supporto sociale, riconoscendo l'importanza di un approccio globale che non riguarda solo la cura fisica, ma anche il supporto nelle attività quotidiane. Un altro passo cruciale avviene con il DPCM del 2001, che formalizza l'assistenza domiciliare come parte dei LEA, stabilendo che le cure a domicilio sono un diritto garantito dal SSN. Da allora, l'assistenza domiciliare è diventata una parte fondamentale del sistema sanitario italiano, specialmente con l'introduzione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che combina interventi sanitari e sociali per rispondere alle esigenze di pazienti cronici e anziani. Oggi, l'assistenza domiciliare è un servizio sempre più articolato e regolato a livello regionale, e continua a evolversi per rispondere alle sfide demografiche e sociali, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita di chi necessita di cure continue, promuovendo l'autonomia e il benessere del paziente direttamente nel proprio ambiente familiare.¹

¹ www.normattiva.it

1.2 Cos'è l'Assistenza Domiciliare e come funziona?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'assistenza domiciliare come “La possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione” (OMS 2008).²

L'assistenza domiciliare è un servizio di supporto che viene fornito direttamente nelle case delle persone non autosufficienti o con disabilità, e si occupa sia dell'aspetto sanitario che di quello sociale. Questo modello di cura mira a gestire le patologie croniche, stabilizzare le condizioni cliniche e prevenire il peggioramento delle capacità funzionali, migliorando la qualità della vita e le attività quotidiane.

Tale servizio, che rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), è generalmente gestito dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'assistenza viene erogata in base a un Piano Assistenziale Integrato (PAI), che si sviluppa attraverso una valutazione globale delle necessità sanitarie e sociali dell'individuo.

Il piano può comprendere trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, con la gestione coordinata dalle ASL e dal distretto sociosanitario locale. I comuni si occupano, invece, dei servizi di supporto quotidiano, come l'assistenza domestica, che può essere gratuita o a pagamento a seconda del reddito.

² <https://italianjournalofnursing.it>

1.3 I diversi tipi e livelli di assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare si articola in diverse forme a seconda delle necessità e delle condizioni del paziente. Ecco le principali tipologie:

- **Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)**
- **Ospedalizzazione Domiciliare:** Questa forma di assistenza è destinata a pazienti con gravi malattie croniche che richiedono trattamenti intensivi e costanti, oltre a attrezzature specializzate. Prevede l'intervento di un'équipe di medici e infermieri per un monitoraggio continuo.
- **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

L'ADI si suddivide in tre livelli, in base alla complessità del caso e alla durata dell'assistenza necessaria:

1. **ADI di I e II livello:** Comprende prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative, insieme a supporto farmaceutico. Questi livelli sono previsti per pazienti che necessitano assistenza continuativa fino a 5 o 6 giorni alla settimana.
2. **ADI di III livello:** Si tratta di un'assistenza continuativa anche nei 7 giorni, destinata a pazienti con condizioni particolarmente complesse e instabili.

In ogni caso, la responsabilità dell'assistenza è affidata al medico di medicina generale (o al pediatra nel caso di minori)³.

³ www.ceteco.it/evoluzione-dei-modelli-di-assistenza-domiciliare-efficienze-e-criticita

1.4 Le figure professionali

Le figure professionali coinvolte per l'erogazione del servizio sono molteplici e ciascuna ha un ruolo specifico e fondamentale.

Le prestazioni mediche devono essere erogate da personale in possesso dei seguenti requisiti:

1. laurea in Medicina e Chirurgia;
2. master universitario di alta formazione e qualificazione in cure palliative per medici o scuole di specializzazione equipollenti: anestesia, rianimazione e terapia intensiva, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia, oncologia medica, radioterapia o specializzazioni afferenti alla disciplina delle cure palliative;
3. possono essere altresì candidati all'attività medici che, indipendentemente dal possesso di una specializzazione, siano in possesso di un'esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative, di cui alla L. n.147/2013 e successivo DM 4.06.2015;
4. iscrizione all'Ordine dei medici - chirurghi.

Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica, è indispensabile che l'**infermiere** abbia conseguito la laurea e superato l'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione, e successiva iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI).

L'infermiere deve operare nel rispetto dell'ordinamento legislativo relativo al suo profilo professionale, garantendo un'assistenza di qualità che include, tra le altre cose, la gestione delle necessità quotidiane del paziente, la somministrazione dei farmaci e il monitoraggio dei parametri vitali.

Il personale **OSS (Operatore Socio-Sanitario)**, che si occupa di supportare il paziente nelle attività quotidiane come l'igiene personale e la mobilizzazione, deve avere un attestato di qualifica professionale conseguito tramite un corso di formazione riconosciuto. Inoltre, l'OSS dovrebbe avere almeno tre anni di esperienza nel campo delle cure palliative.

Ulteriori figure professionali, richieste in base ai Piani di Assistenza Individuali (PAI), includono:

1. **Psicologo:** La figura dello psicologo è fondamentale per supportare emotivamente il paziente e la sua famiglia. Lo psicologo deve essere laureato in Psicologia, iscritto all'Albo degli Psicologi e deve offrire un supporto nella gestione delle difficoltà emotive legate alla malattia terminale e alla fase di lutto. Partecipa anche alla definizione di piani di assistenza individuali in collaborazione con l'équipe multidisciplinare.
2. **Fisioterapista:** Deve possedere un diploma di fisioterapia, conforme alle normative comunitarie, e essere iscritto all'albo professionale. Il fisioterapista si occupa della riabilitazione e del recupero delle capacità motorie dei pazienti, migliorando la loro qualità della vita attraverso esercizi fisici e terapie specifiche.
3. **Dietista:** Il dietista deve avere un diploma riconosciuto che attesti la sua formazione professionale. Si occupa della gestione nutrizionale del paziente, creando piani alimentari personalizzati che rispondano alle esigenze terapeutiche o di recupero del paziente.

4. **Terapista occupazionale:** È il professionista che, in possesso di un diploma universitario, lavora con pazienti che necessitano di riabilitazione, aiutandoli a recuperare le capacità di svolgere attività quotidiane. Utilizza tecniche di terapia manuale e attività espressive per favorire l'autonomia del paziente.
5. **Assistente sociale:** L'assistente sociale ha un ruolo fondamentale nell'analizzare le necessità socio-economiche del paziente e della sua famiglia, supportando anche nel processo di accesso alle risorse sociali e nella gestione delle difficoltà familiari. Deve possedere una laurea in Servizio Sociale o un diploma equipollente, e iscrizione all'Albo Professionale degli Assistenti Sociali.

Inoltre, le **associazioni di volontariato** possono essere coinvolte nel supporto alle figure professionali, in particolare con i **volontari dello stare**. Questi ultimi, grazie alle loro competenze e attitudini, offrono un sostegno diretto al malato e alla sua famiglia, aiutando l'equipe sanitaria nelle cure quotidiane e nell'assistenza emotiva, sia in contesti residenziali che domiciliari.

Queste figure lavorano in sinergia per garantire una cura globale, personalizzata e continua, affrontando in modo professionale le esigenze sanitarie, psicologiche e sociali dei pazienti in fase terminale o con gravi disabilità. L'intervento di ciascun professionista si integra nell'équipe multidisciplinare, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei pazienti e supportare le loro famiglie in un momento delicato e complesso⁴.

⁴ **Cappellini, F., & Monti, L. (2020).** *Il Lavoro dell'Infermiere nelle Cure Palliative: Competenze, Pratiche e Metodologie* (3^a ed.). Bologna: Zanichelli.

CAPITOLO II- DALLA MEDICINA OSPEDALIERA ALLA MEDICINA TERRITORIALE: UN'ANALISI DEI MODELLI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

2.1 Differenze tra medicina Ospedaliera e medicina Territoriale

La medicina ospedaliera e la medicina territoriale rappresentano due approcci distinti ma complementari nell'assistenza sanitaria, ognuno con specifici obiettivi, modalità operative e focus sulla persona assistita. Analizzare le differenze tra questi due modelli consente di comprendere meglio i rispettivi ruoli nel sistema sanitario e come collaborino per garantire il benessere del paziente.

- medicina ospedaliera, la diagnosi si concentra sull'identificazione del danno, delle sue cause e sulla quantificazione delle perdite funzionali. L'obiettivo principale in questo contesto è affrontare la malattia stessa, intervenendo per curarla attraverso trattamenti specifici. La cura è orientata alla guarigione, quando possibile, o alla stabilizzazione cronica della patologia nei casi più complessi.

L'intervento si concentra principalmente sulla cura del paziente all'interno dell'ospedale, dove il focus è la gestione diretta del problema clinico. Il professionista medico, pur lavorando in team, si trova spesso ad operare in autonomia, poiché i trattamenti sono legati alla patologia da curare. Inoltre, il paziente viene spesso visto come un'entità separata dal suo ambiente di vita, con minore considerazione per il contesto familiare e sociale che lo circonda. L'obiettivo finale è dimettere il paziente in condizioni stabili, con


un'attenzione principalmente alla risoluzione immediata del problema sanitario.

- la *medicina territoriale* si concentra sulla persona nel suo contesto quotidiano, tenendo conto di una visione più globale della salute. La valutazione multidimensionale è il cardine di questo approccio, che include non solo l'analisi del danno fisico, ma anche la valutazione delle capacità residue del paziente. Si cerca di capire come il paziente possa gestire autonomamente le sue attività quotidiane e come le sue condizioni influenzino la qualità della vita. L'intervento in medicina territoriale non riguarda solo il trattamento della malattia, ma si estende al miglioramento del benessere complessivo della persona. La cura si concentra sull'ambiente di vita del paziente e sulla sua famiglia, con l'obiettivo di favorire l'autosufficienza del paziente, garantendo un'assistenza continua nel tempo. L'approccio è multidisciplinare, con una equipe di professionisti che lavora insieme per rispondere alle esigenze non solo sanitarie, ma anche sociali e psicologiche del paziente. L'obiettivo primario in medicina territoriale è garantire la continuità dell'assistenza, prevenire il peggioramento delle condizioni del paziente e aiutarlo a vivere in modo il più indipendente possibile.⁵

⁵ **Manzoli, L., Pippa, L., & Paci, A. (2015).** "L'approccio multidimensionale in medicina territoriale: dall'assistenza alla promozione della salute." *Journal of Community Medicine*, 25(3), 197-204.


2.2 Assistenza Domiciliare Integrata e Programmata: Quali sono le Differenze?

Come già detto quindi l'assistenza domiciliare si suddivide principalmente in due tipologie: integrata e programmata, e la differenza tra le due dipende in gran parte dalle condizioni di salute del paziente.

 L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un insieme di servizi complessi e articolati, rivolti a pazienti con gravi condizioni di salute, che richiedono un trattamento continuo e multidisciplinare direttamente a casa. Questi servizi includono interventi medici, infermieristici, riabilitativi, socio-assistenziali e, quando necessario, cure palliative. L'ADI è destinata a chi non è in grado di accedere a strutture sanitarie come ospedali o ambulatori a causa di patologie gravi o invalidanti. Tra i principali beneficiari vi sono:

- Pazienti con malattie terminali.
- Persone affette da patologie progressivamente invalidanti che richiedono cure complesse.
- Pazienti con problematiche vascolari acute.
- Anziani non autosufficienti con gravi fratture.
- Malattie psicotiche acute gravi o temporaneamente invalidanti.
- Persone che necessitano di riabilitazione o che provengono da dimissioni protette da ospedali.

Al contrario

 L'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) si applica in situazioni meno complesse, dove gli interventi sono mirati e a tempo determinato. È destinata a pazienti che, per un periodo limitato, non possono recarsi presso strutture sanitarie per motivi di salute, ma non richiedono un'assistenza continuativa o intensiva come nell'ADI. L'ADP, quindi, fornisce supporto per interventi meno complessi, che si protraggono solo finché il paziente non è in grado di tornare a gestire autonomamente le proprie necessità sanitarie o di recarsi nelle strutture appropriate.

In sintesi, mentre l'ADI è indicata per chi necessita di assistenza complessa e continua, l'ADP si applica a situazioni più temporanee e meno gravose, in cui è previsto un supporto assistenziale mirato e limitato nel tempo.⁶

2.2 Come Richiedere l'Assistenza Domiciliare: Procedura e Fasi

L'accesso ai servizi di assistenza domiciliare è un processo strutturato che parte dal Medico di Medicina Generale (MMG) e coinvolge il distretto sanitario di residenza. L'obiettivo è garantire un'adeguata presa in carico del paziente e, se necessario, del suo caregiver o della famiglia, attraverso un iter ben definito.

Segnalazione e Accettazione:

Il primo passo per l'accesso ai servizi è la segnalazione del bisogno

⁶ www.informazioneoggi.it/2022/10/11/assistenza-domiciliare-integrata

assistenziale al Distretto di competenza, che può essere effettuata dal paziente stesso, dal medico di medicina generale, dal medico ospedaliero, dai servizi sociali comunali, dai familiari o da altri supporti informali come i volontari. Una volta ricevuta la segnalazione, viene analizzata la situazione socio-sanitaria del paziente, e, a seconda dei bisogni identificati, vengono stabiliti gli obiettivi dell'intervento. Se la condizione è particolarmente complessa, si attiva l'**Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)**. In alcune regioni, la segnalazione e accettazione avviene tramite servizi centralizzati come il punto unico di accesso o sportelli dedicati alla fragilità.

Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM):

L'UVM si occupa di valutare il bisogno socio-sanitario del paziente utilizzando strumenti specifici. La valutazione avviene tramite visita domiciliare o, in alcuni casi, direttamente in ospedale. L'esito di questa valutazione determina l'ammissione o meno del paziente al servizio di assistenza domiciliare.

Preso in Carico e Piano Assistenziale Integrato (PAI):

Una volta definito l'obiettivo dell'intervento, l'UVM redige il Piano Assistenziale Integrato (PAI), che include le necessità specifiche del paziente e gli interventi da attuare. Viene inoltre individuato un **case manager** (responsabile del caso), che coordina le attività dell'équipe assistenziale e monitora l'andamento del piano.

Svolgimento delle Attività e Rivalutazione:

Le attività previste dal PAI vengono eseguite a domicilio o presso i servizi ASL competenti. Durante questo periodo, viene mantenuta una documentazione costante, la cosiddetta **cartella di assistenza domiciliare**, che raccoglie i dati anagrafici e socio-sanitari del paziente e viene utilizzata come strumento di comunicazione tra i vari professionisti coinvolti nell'assistenza.⁷

⁷ www.altroconsumo.it/salute/diritti-in-salute/speciali/assistenza-domiciliare

Dimissione:

La prestazione termina quando si verificano diverse condizioni, tra cui: il raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel PAI, il ricovero ospedaliero a causa di un peggioramento delle condizioni cliniche, l'ingresso in un altro programma assistenziale (es. semiresidenziale o residenziale), o nel caso di decesso del paziente. Nel caso di pazienti terminali, l'assistenza è organizzata dalla struttura ospedaliera di ricovero e fornita dalla rete di cure palliative dell'Azienda Sanitaria locale.

2.3 Piano assistenziale individualizzato (PAI)

Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) è uno strumento fondamentale nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e nelle strutture sanitarie residenziali (RSA). Al centro c'è sempre l'assistito, con i suoi bisogni unici, e la sua personalizzazione permette di offrire la migliore assistenza possibile. Esso rappresenta il cuore del processo di cura, coordinando l'intervento di tutti i professionisti sanitari per garantire che l'assistito riceva le cure adeguate alle sue necessità, in modo continuo e integrato.

Il PAI si sviluppa attraverso un ciclo di fasi che si ripetono, adattandosi alle evoluzioni delle condizioni dell'assistito. Queste fasi sono mutuabili da metodiche di problem solving, e sono:

1. Osservazione: Durante questa fase, il paziente viene osservato nel suo contesto quotidiano per identificare le sue reali necessità. Si raccolgono informazioni riguardanti gli aspetti clinici, sociali e

psicologici, in modo da avere una visione complessiva del suo stato di salute e del suo ambiente di vita.

2. Pianificazione: Sulla base delle informazioni raccolte durante l'osservazione, viene elaborato un piano personalizzato che definisce gli interventi necessari, le risorse da impiegare e gli obiettivi da raggiungere nel tempo. In questa fase si stabiliscono le modalità con cui gli interventi saranno realizzati, coinvolgendo i vari professionisti competenti.
3. Intervento: Una volta pianificato, il piano viene messo in atto. I professionisti coinvolti – che possono essere medici, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti e altri operatori – intervengono direttamente sul paziente per attuare gli interventi previsti, secondo le modalità stabilite nella fase di pianificazione.
4. Verifica: Dopo l'attuazione degli interventi, si verifica l'efficacia degli stessi, monitorando i risultati ottenuti. Se necessario, si apportano modifiche al piano per adattarlo alle nuove esigenze, alle evoluzioni della condizione del paziente, o a situazioni impreviste che emergono.

La caratteristica principale del PAI è che queste fasi non sono fisse e lineari. Al contrario, esse si intersecano continuamente in un ciclo continuo di valutazione, adattamento e miglioramento. Ogni verifica dei risultati può portare a una nuova osservazione, e ogni intervento può generare la necessità di una nuova pianificazione o verifica. Questo

approccio dinamico garantisce che l'assistenza sia sempre adeguata e risponda tempestivamente ai cambiamenti nelle condizioni del paziente.

In pratica, ogni fase del processo alimenta e supporta la fase successiva. Un intervento che mostra risultati insoddisfacenti porterà a una revisione delle modalità operative, mentre un esito positivo potrà orientare la pianificazione futura. Il ciclo continuo di osservazione, pianificazione, intervento e verifica rende il PAI uno strumento estremamente flessibile, in grado di adattarsi alle esigenze in evoluzione dell'assistito.

Possiamo dire dunque che non è solo un documento amministrativo, ma il perno centrale a cui tutti i professionisti sanitari devono fare riferimento per raggiungere gli obiettivi socio-sanitari del paziente. La sua personalizzazione è ciò che consente di soddisfare al meglio le esigenze dell'assistito, attraverso un approccio integrato e coordinato. Esso coinvolge diverse aree di intervento, come quella clinico-assistenziale (medici, infermieri, OSS), sociale (assistenti sociali, animatori, educatori) e riabilitativa (fisioterapisti, tecnici della riabilitazione), con l'obiettivo di affrontare i bisogni complessi del paziente in modo globale.

Ogni fase del PAI si adatta continuamente alle necessità del paziente, grazie alla sua capacità di essere un processo dinamico. Il monitoraggio costante e la rivalutazione periodica delle condizioni del paziente sono essenziali per l'efficacia del piano. Questo implica che, ogni volta che si verifica una variazione dello stato clinico, sociale o assistenziale del paziente, il PAI debba essere messo in discussione, rivalutato e modificato di conseguenza.

In questo contesto l'infermiere svolge un ruolo cruciale agendo come figura centrale nella gestione quotidiana dell'assistenza e nella supervisione dell'intero processo, assicurando che gli obiettivi di cura siano raggiunti con efficacia e in sicurezza.⁸

⁸ www.dimensioneinfermiere.it/piano-assistenziale-individualizzato-o-pai

CAPITOLO III- RUOLO E COMPETENZE DELL'INFERMIERE

3.1 Il ruolo dell'infermiere

L'infermiere di assistenza domiciliare è una figura fondamentale nell'offrire cure sanitarie direttamente a casa del paziente, lavorando in un contesto che richiede competenze specifiche e un forte coinvolgimento emotivo. Il suo ruolo è cruciale non solo nella gestione delle condizioni di salute, ma anche nel supporto psicologico e sociale del paziente, creando un ambiente di fiducia che favorisce una cura personalizzata e globale. L'infermiere, infatti, è coinvolto attivamente nella creazione e nell'attuazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), lavorando in stretta collaborazione con il team multidisciplinare. La sua presenza quotidiana consente di monitorare l'evoluzione della salute del paziente, rivalutare il piano assistenziale in base ai cambiamenti clinici e garantire che le cure siano sempre appropriate e tempestive. L'infermiere è anche il punto di riferimento per la famiglia e i caregiver, offrendo loro formazione e supporto per gestire la situazione quotidiana e prevenire complicanze. In questo ruolo, l'infermiere è il garante della **continuità assistenziale**, gestendo non solo gli aspetti clinici ma anche quelli emotivi e relazionali, assicurando che il paziente riceva una cura globale che rispetti la sua dignità e benessere⁹.

⁹ www.infermieritalia.com/2024/03/06/infermiere-di-assistenza-domiciliare

3.2 Come l'infermiere domiciliare può migliorare la qualità della vita

. L'infermiere domiciliare può svolgere un ruolo fondamentale nel migliorare la qualità della vita del paziente e delle loro famiglie, come:

- **Controllo dei sintomi:** può aiutare il paziente a gestire i sintomi della malattia o della disabilità, migliorando il loro comfort e la loro capacità di svolgere le attività quotidiane.
- **Gestione delle cure:** può fornire un'assistenza personalizzata, adattando le cure alle esigenze individuali del paziente e migliorando l'efficacia delle cure.
- **Prevenzione delle complicazioni:** può identificare precocemente eventuali complicazioni o problemi di salute e intervenire tempestivamente per prevenire ulteriori problemi.
- **Educazione del paziente:** può fornire informazioni e formazione al paziente e alla sua famiglia sulla gestione della malattia, sui farmaci, sulle procedure mediche e su come prevenire complicazioni.
- **Supporto emotivo:** può fornire supporto emotivo e psicologico al paziente e alla sua famiglia, aiutandoli a gestire lo stress e l'ansia legati alla malattia o alla disabilità.
- **Monitoraggio della salute:** può monitorare la salute del paziente e intervenire tempestivamente in caso di problemi, contribuendo a prevenire complicazioni e a migliorare la sua qualità di vita.
- **Autonomia:** può aiutare il paziente a mantenere l'autonomia e l'indipendenza, fornendo assistenza nelle attività quotidiane e

supportando il paziente nella gestione della propria malattia o disabilità.¹⁰

- **Coordinamento delle cure:** può coordinare le cure tra il medico curante e gli altri professionisti sanitari coinvolti, assicurandosi che il paziente riceva una cura completa e coordinata.

3.3 Infermiere di Famiglia e Comunità: una nuova chiave per il territorio

L'infermiere di famiglia e comunità è un professionista fondamentale nel sistema delle cure primarie, con competenze specialistiche in ambito sanitario e pubblico. Il suo compito non è solo fornire assistenza, ma anche promuovere la salute, prevenire malattie e gestire i processi di salute di individui, famiglie e comunità. Lavora all'interno di una rete multiprofessionale, rispondendo ai bisogni di salute di un distretto territoriale specifico, stabilendo con le persone legami affettivi e di fiducia che diventano parte integrante della presa in carico.

Non è semplicemente un assistente del medico di medicina generale, ma una figura autonoma che, insieme ad altri professionisti, forma una rete integrata di supporto territoriale. Ha un ruolo proattivo, educando la comunità e i singoli ad adottare stili di vita sani e comportamenti adeguati per prevenire patologie. Il suo lavoro si estende ben oltre la semplice assistenza: è un attivatore di risorse locali, un ponte tra i bisogni della popolazione e i servizi sanitari e sociali disponibili sul territorio.

¹⁰ ambulatori.it/assistenza-domiciliare-privata/infermiere-domiciliare

Il ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità è stato ufficialmente riconosciuto con il Patto per la salute e il Decreto Rilancio, rispondendo a una forte richiesta da parte dei cittadini: secondo una ricerca CENSIS-FNOPI, oltre il 91% degli italiani ritiene fondamentale questa figura per potenziare le cure domiciliari e la sanità di territorio, soprattutto per le persone con malattie croniche e non autosufficienti.

○ *Come diventare infermiere di famiglia e comunità?*

Per diventare infermiere di famiglia e comunità è necessario:

1. Essere laureati in Infermieristica (laurea triennale).
2. Specializzarsi attraverso corsi di perfezionamento o master specifici, che approfondiscono tematiche relative alla sanità pubblica, prevenzione e gestione dei processi di salute sul territorio.
3. Esperienza pratica nelle cure primarie, nei servizi di assistenza domiciliare o in ambito sanitario territoriale, che arricchisce le competenze professionali necessarie per lavorare in autonomia.

Questo percorso permette di acquisire le competenze relazionali, organizzative e pratiche necessarie per affrontare le sfide quotidiane nella gestione della salute a livello familiare e comunitario.

CAPITOLO IV- LA COMUNICAZIONE COME STRUMENTO DI CURA NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO

Dal latino comunicare, cioè «mettere in comune con altri». Comunicare significa mettere insieme, scambiare informazioni, conoscenze, bisogni, atteggiamenti, emozioni, percezioni tra soggetti coinvolti in un determinato contesto spazio-temporale su tematiche comuni.

La comunicazione, quindi, non è solo passaggio unidirezionale di notizie e di informazioni, non è divulgazione.¹¹



<https://www.orientamentoinrete.eu/2021/03/21/empatia-professione-medica/>

“Le parole sono fatte, prima che per essere dette, per essere capite: proprio per questo, diceva un filosofo, gli dei ci hanno dato una lingua e due orecchie. Chi non si fa capire viola la libertà di parola dei suoi ascoltatori. È un maleducato, se parla in privato e da privato. È qualcosa di peggio se è un giornalista, un insegnante, un dipendente pubblico, un

¹¹www.epicentro.iss.it

eletto dal popolo. Chi è al servizio di un pubblico ha il dovere costituzionale di farsi capire” (Tullio De Mauro).¹²

¹² www.nurse24.it/dossier/salute

4.1 Il Codice Deontologico Infermieristico: Fondamento della Cura e della Comunicazione

Il Codice Deontologico Infermieristico stabilisce un insieme di regole e principi che orientano il comportamento degli infermieri, definendo un patto esplicito tra i professionisti e la società. Esso rappresenta il più importante atto di autoregolamentazione della professione, volto a garantire la qualità dell'assistenza e il rispetto dei diritti dei pazienti. In particolare, il Codice evidenzia la centralità della relazione di cura, la valorizzazione del punto di vista del paziente e l'importanza di adottare strategie comunicative efficaci, anche in situazioni in cui l'espressione del paziente è limitata.

ART. 4 - RELAZIONE DI CURA

L'infermiere cura creando con le persone una relazione, in cui l'empatia è una componente fondamentale. L'infermiere si fa garante che le persone assistite non siano mai lasciate in abbandono coinvolgendo, con il consenso degli interessati, le persone di riferimento nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di cura è tempo di relazione.

ART. 19 - RAPPORTO CON LA PERSONA ASSISTITA NEL PERCORSO DI CURA

Nel percorso di cura l'infermiere accoglie e valorizza il contributo della persona assistita, il suo punto di vista e le sue emozioni,

facilitando l'esternazione e l'espressione della sofferenza.

L'infermiere informa, coinvolge, educa e supporta la persona assistita e, con il libero consenso di quest'ultima, le sue persone di riferimento, al fine di favorire l'adesione al percorso di cura e di valutare e attivare le risorse disponibili.

ART. 22 - STRATEGIE E MODALITÀ COMUNICATIVE

L'infermiere sostiene la relazione con la persona assistita, anche quando questa si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci

Questi articoli, parte integrante del nuovo Codice deontologico, delineano non solo l'importanza di una comunicazione basata sull'ascolto e sull'empatia, ma anche la necessità di adottare modalità che rispondano alle specifiche esigenze dei pazienti, garantendo sempre il loro benessere e la loro dignità.



Attraverso l'ascolto ed il dialogo (art 4)



Accogliendo la persona ed il suo punto di vista, coinvolgendola, accogliendo le sue emozioni e la sua sofferenza (art 19)



Trovando strategie e modalità alternative efficaci (art 22)¹³

¹³ www.assocarenews.it/nuovo-codice-deontologico-infermieri-2025-come-cambia-la-professione

4.2 L'importanza della comunicazione in sanità

La comunicazione riveste un ruolo centrale nel processo di cura del paziente e nella relazione che si instaura tra infermiere e assistito. Per anni, la comunicazione è stata vista come un processo spontaneo, affidato alle capacità individuali dell'operatore sanitario. Oggi, però, questa visione non è più sufficiente. Non basta più fare affidamento sulla sensibilità del singolo professionista: è fondamentale che gli infermieri acquisiscano competenze specifiche e tecniche di comunicazione per svolgere un'assistenza di qualità. Come sottolineato da Paul Watzlawick, uno dei pionieri della moderna teoria della comunicazione, "comunicare diversamente significa cambiare la realtà". Pertanto, considerare la comunicazione come una competenza professionale è essenziale per migliorare l'efficacia dell'assistenza e l'interazione con il paziente, trasformando il lavoro dell'infermiere.

Una comunicazione inefficace, infatti, può causare frustrazione, stress e senso di isolamento nel paziente, peggiorando la sua condizione psicologica. Per prevenire questi effetti negativi, è fondamentale che l'infermiere sappia instaurare una relazione basata sulla fiducia e sull'empatia, che permetta al paziente di sentirsi ascoltato e compreso. La capacità di coinvolgere emotivamente l'assistito in un processo terapeutico è un aspetto che va ben oltre l'aspetto tecnico dell'assistenza. Il codice deontologico infermieristico, all'articolo 21, ribadisce il dovere dell'infermiere di supportare la relazione con la persona assistita

utilizzando strategie comunicative efficaci, che tengano conto delle difficoltà psicologiche legate alla malattia.¹⁴

4.3 La comunicazione tra infermiere e paziente

La comunicazione tra infermiere e paziente a domicilio non riguarda solo il trasferimento di informazioni cliniche, ma anche l'instaurarsi di una relazione che permette di comprendere la dimensione psicologica ed emotiva del paziente. L'infermiere, operando in un contesto familiare, è in grado di percepire meglio il livello di comfort e le difficoltà quotidiane del paziente, come ad esempio le barriere psicologiche o fisiche che potrebbero ostacolare il suo recupero. A differenza di una struttura ospedaliera, l'ambiente domestico è caratterizzato da una maggiore intimità, che permette una comunicazione più diretta e personale, rendendo il paziente più incline a esprimere i propri timori o preoccupazioni. L'infermiere deve essere particolarmente attento alla non verbale, come il linguaggio del corpo e l'atteggiamento del paziente, per comprendere se ci sono segni di disagio non espressi verbalmente. Inoltre, la gestione del tempo e la personalizzazione dell'assistenza sono facilitati dalla conoscenza dell'ambiente domestico, dove l'infermiere può adattare le sue azioni alle esigenze specifiche del paziente

¹⁴ <https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-comunicazione-paziente.html>

4.4 La comunicazione tra infermiere e famiglia

La comunicazione tra infermiere e famiglia si distingue per la necessità di un approccio educativo e di supporto. Gli infermieri non solo trasmettono informazioni riguardanti la malattia o la cura del paziente, ma si trovano anche a dover supportare emotivamente i familiari che, spesso, si sentono sopraffatti dalla situazione. Un aspetto fondamentale di questa comunicazione è la capacità dell'infermiere di spiegare il percorso assistenziale in modo semplice e comprensibile, alleviando le preoccupazioni della famiglia e aiutandola a prendere decisioni informate. La famiglia, inoltre, può essere una risorsa vitale nella gestione delle cure quotidiane; quindi, l'infermiere deve lavorare per includere i familiari nel processo decisionale, in modo che si sentano coinvolti e responsabili. Un altro aspetto distintivo è la variabilità delle risposte emotive dei familiari: mentre alcuni potrebbero essere sollevati e collaborativi, altri potrebbero avere difficoltà ad accettare la malattia del proprio caro. Gli infermieri devono quindi essere sensibili a queste dinamiche, adattando la propria comunicazione a seconda delle reazioni e delle necessità emotive della famiglia.

4.5 La comunicazione tra infermiere e caregiver

La comunicazione con il caregiver è fondamentale in un contesto di assistenza a lungo termine, poiché il caregiver è il principale punto di riferimento nella gestione quotidiana del paziente. L'infermiere deve essere in grado di stabilire un dialogo costante e proattivo con il caregiver, non

solo per dare indicazioni pratiche su come gestire i bisogni del paziente, ma anche per monitorare lo stato fisico ed emotivo del caregiver stesso. La relazione tra infermiere e caregiver è spesso caratterizzata da un supporto reciproco: l'infermiere fornisce gli strumenti necessari per affrontare le difficoltà quotidiane, mentre il caregiver offre informazioni vitali sul comportamento e sul benessere del paziente che solo lui può osservare. Un aspetto differente in questo tipo di comunicazione è l'empatia che l'infermiere deve dimostrare verso il caregiver, poiché quest'ultimo può sentirsi isolato, stanco o incapace di gestire da solo la cura. In questi casi, l'infermiere non solo fornisce supporto pratico, ma diventa un punto di riferimento emotivo, capace di rassicurare e motivare il caregiver nel proseguire con l'assistenza¹⁵.

4.6 Le conseguenze di una comunicazione errata

Le conseguenze di una comunicazione errata possono variare significativamente a seconda delle persone coinvolte. Con il paziente, una comunicazione scorretta può portare a una scarsa aderenza al trattamento, aumentando il rischio di complicazioni mediche. Inoltre, il paziente

¹⁵ **Giacalone, G. (2019).** *Psicologia delle Cure Palliative: Approcci Integrati alla Cura del Paziente e del Caregiver*. Milano: FrancoAngeli, pp 98-120.

potrebbe sentirsi abbandonato o trascurato, il che comprometterebbe la sua motivazione al recupero. Con la famiglia, un errore comunicativo può creare confusione riguardo al piano di cura, portando a decisioni sbagliate e a un'ulteriore tensione nelle dinamiche familiari. Quando l'infermiere non è chiaro o non affronta in modo sensibile le preoccupazioni dei familiari, questi ultimi potrebbero sentirsi impotenti o incapaci di supportare adeguatamente il paziente. Infine, con il caregiver, una comunicazione inadeguata può portare a una gestione inefficace della cura quotidiana, con conseguenti danni fisici o emotivi per il paziente, e un notevole stress per il caregiver. Una scarsa comunicazione può anche causare un esaurimento emotivo del caregiver, compromettendo la qualità dell'assistenza fornita. In tutti questi casi, le conseguenze di una comunicazione errata non solo ostacolano la cura, ma minano anche la fiducia tra tutte le parti coinvolte, rendendo difficile stabilire un rapporto terapeutico solido e produttivo.

Quindi possiamo dire che la comunicazione tra infermiere, paziente, famiglia e caregiver è la linfa vitale che trasforma la cura in un atto di

compassione e responsabilità, dove ogni parola e ogni gesto possono fare la differenza tra speranza e abbandono.¹⁶

CAPITOLO V -IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE:UN PUNTO DI RIFERIMENTO PER GESTIRE LA SALUTE DEL PAZIENTE, E SOSTENERE IL CAREGIVER E SUPPORTARE LA FAMIGLIA

5.1 Obiettivi

L'obiettivo della mia tesi è valutare l'importanza del ruolo dell'infermiere nell'assistenza domiciliare, con un focus non solo sulla cura diretta del paziente, ma anche sul supporto fornito alla famiglia e al caregiver. L'intento è analizzare quanto questi ultimi percepiscano come fondamentale l'assistenza domiciliare e come essa influisca sulla qualità della vita del paziente e delle figure di riferimento. Inoltre, si intende esplorare in che modo un intervento infermieristico adeguato possa migliorare l'efficacia dell'assistenza e il benessere complessivo, riducendo il carico emotivo e pratico del caregiver e favorendo un ambiente familiare più equilibrato.

¹⁶ www.dimensioneinfermiere.it

5.2 Materiale e metodi

Lo studio è stato condotto da Agosto 2024 a Gennaio 2025, attraverso la somministrazione di un questionario creato con Google Moduli, distribuito tramite piattaforme social.

Questa metodologia ha permesso di raccogliere dati in modo ampio, raggiungendo pazienti, famiglie e caregiver in tutta Italia.

Grazie a questo approccio, sono state raccolte 211 risposte, così suddivise: 80 risposte dai pazienti, 60 dai caregiver e 71 dalle famiglie, che offrono una base solida e significativa per analizzare le opinioni, fornendo così un contributo prezioso alla comprensione del tema trattato.

I partecipanti hanno compilato il questionario in modo anonimo, previo consenso, e i dati sono stati raccolti e archiviati in conformità con le normative sulla privacy e la protezione dei dati.

Il questionario è costituito da 22 domande a risposta multipla strutturato in cinque sezioni, ciascuna con un obiettivo specifico, si presenta al rispondente con una pagina iniziale dove può selezionare se è un paziente, un familiare, o un caregiver.

Sezione 1 :

- *5 domande riguardanti il consenso e dati demografici
(genere, età, zona d'Italia di appartenenza)*

Sezione 2:

- *4 domande riguardanti l'esperienza con l'assistenza domiciliare infermieristica*

(esperienza, accessibilità, tempi di attesa e valutazione professionale)

Sezione 3:

- *7 domande riguardanti il supporto ricevuto durante il percorso di cura*

(interazione con il personale infermieristico)

Sezione 4:

- *5 domande riguardanti i vantaggi dell'assistenza domiciliare, sicurezza e supporto psicologico*

(professionalità, benessere e sicurezza garantito dall'infermiere a domicilio)

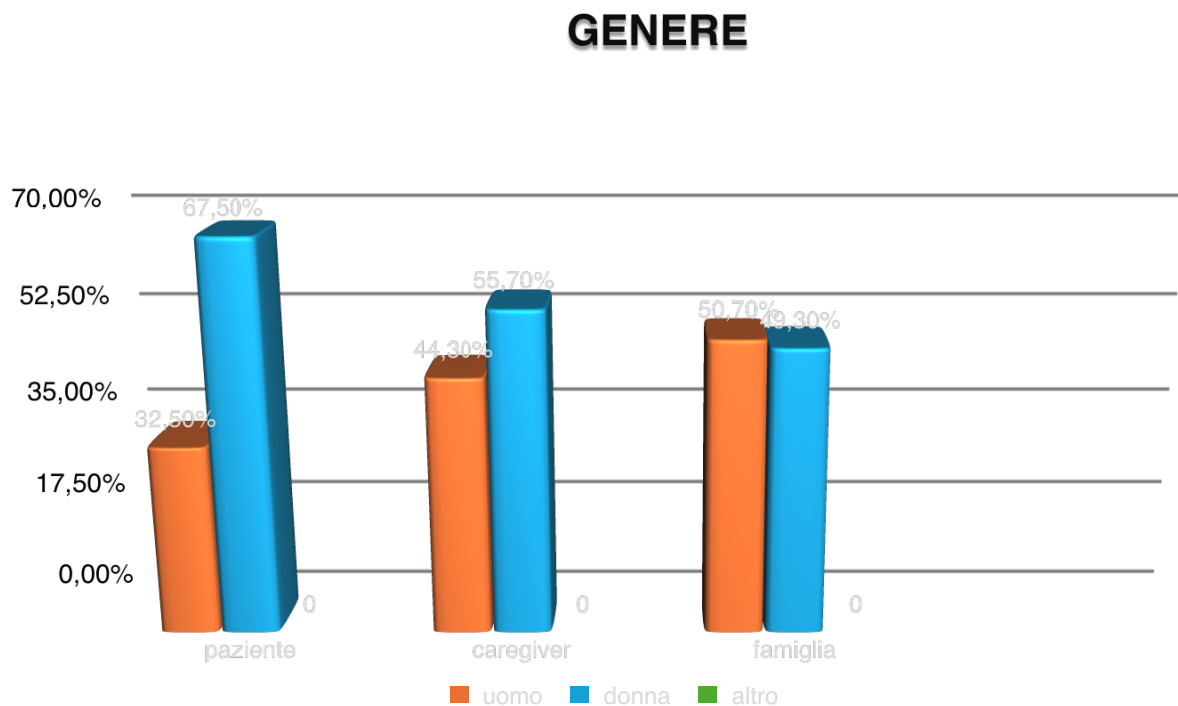
Sezione 5:

- *1 domanda riguardante i suggerimenti per una migliore assistenza*

5.3 Analisi dei dati

Il genere degli intervistati è per il paziente 32,5% uomo, 67,5% donna, 0% altro; per il caregiver 44,3% uomo, 55,7% donna, 0% altro; per la famiglia 50,7% uomo, 49,3% donna, 0% altro. (figura 1)

Figura 1. Genere

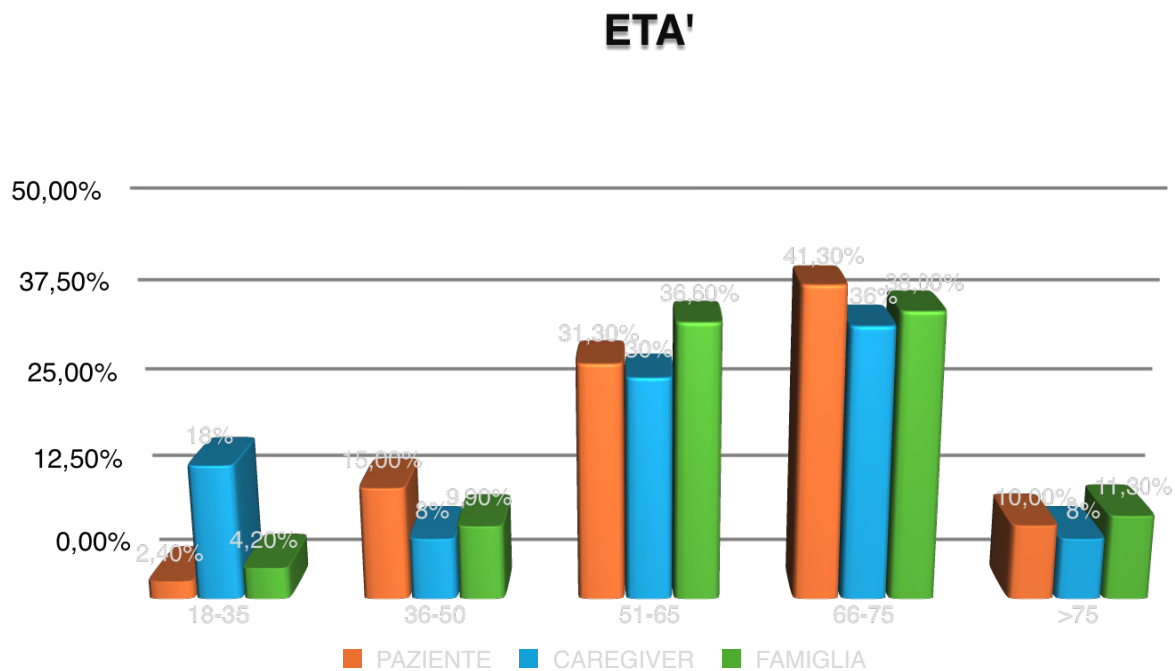


L'età degli intervistati è per il paziente del 2,4% di 18-35, 15% di 36-50, 31,3% di 51-65, 41,3% di 66-75 e 10% >75 anni ;

per il caregiver 18% di 18-35, 8,2% di 36-50, 29,5% di 51-65, 36,1% di 66-75, 8,2% > 75 anni;

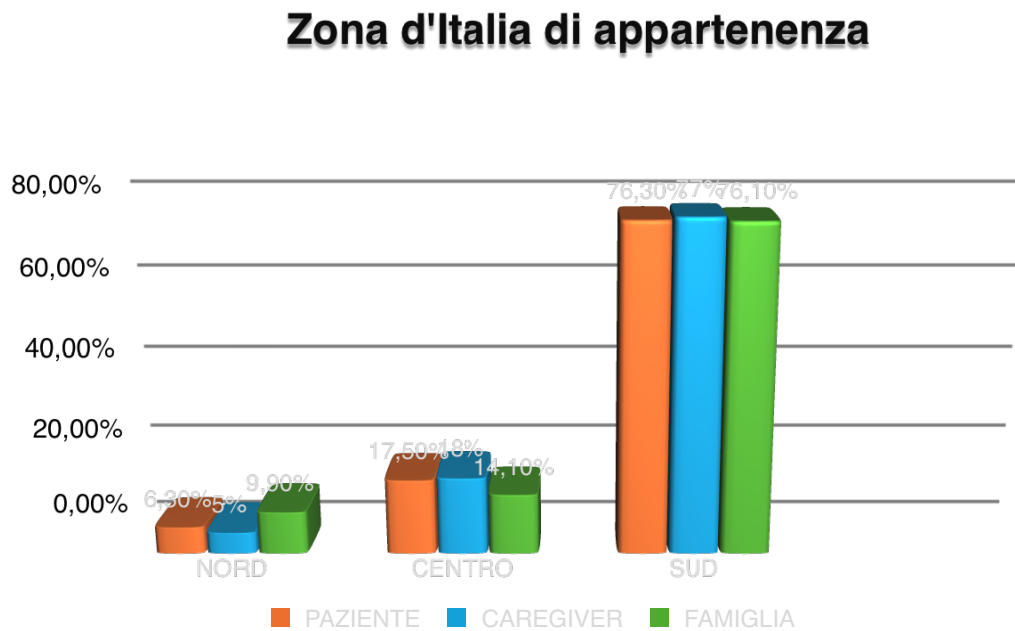
per la famiglia 4,2% di 18-35, 9,9% di 36-50, 36,6% di 51-65, 38% di 66-75, 11,3% >75 anni. (figura 2)

Figura 2. Età



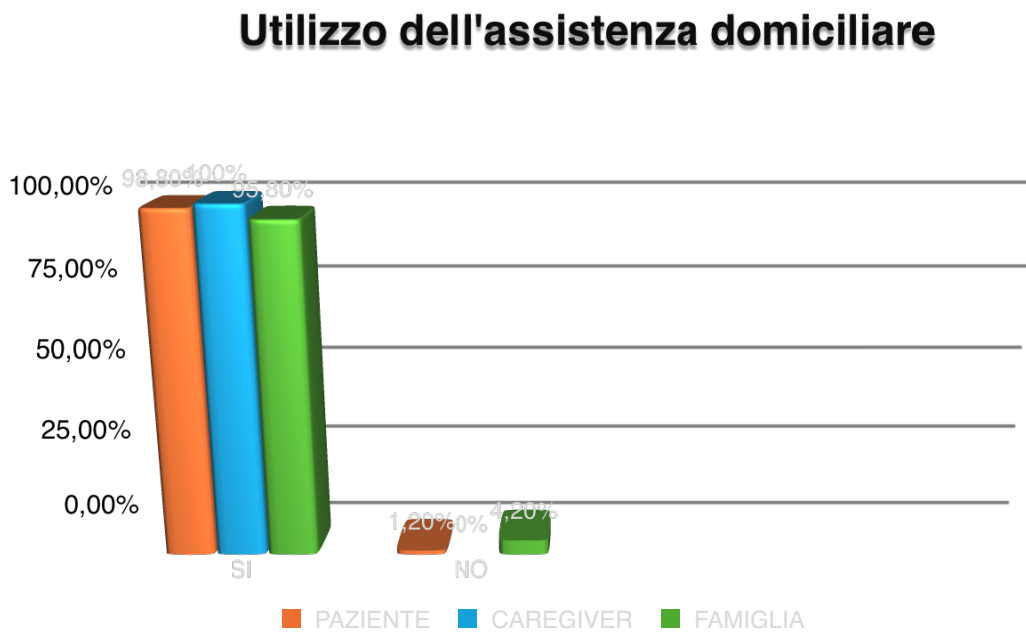
La zona d'Italia di appartenenza degli intervistati è per il paziente 6,3% Nord, 17,5% Centro, 76,3% Sud; per il caregiver 5% Nord, 18% Centro, 77% Sud; per la famiglia 9,9% Nord, 14,1% Centro, 76,1% Sud. (figura 3)

Figura 3. Zona d'Italia di appartenenza



Alla domanda “Hai mai usufruito di servizi di assistenza domiciliare infermieristica”, il 98,8% dei pazienti ha risposto sì, mentre l’ 1,2% no; il 100% dei caregiver ha risposto sì, il 95,8% della famiglia ha risposto sì, mentre il 4,2% ha risposto no. (figura 4)

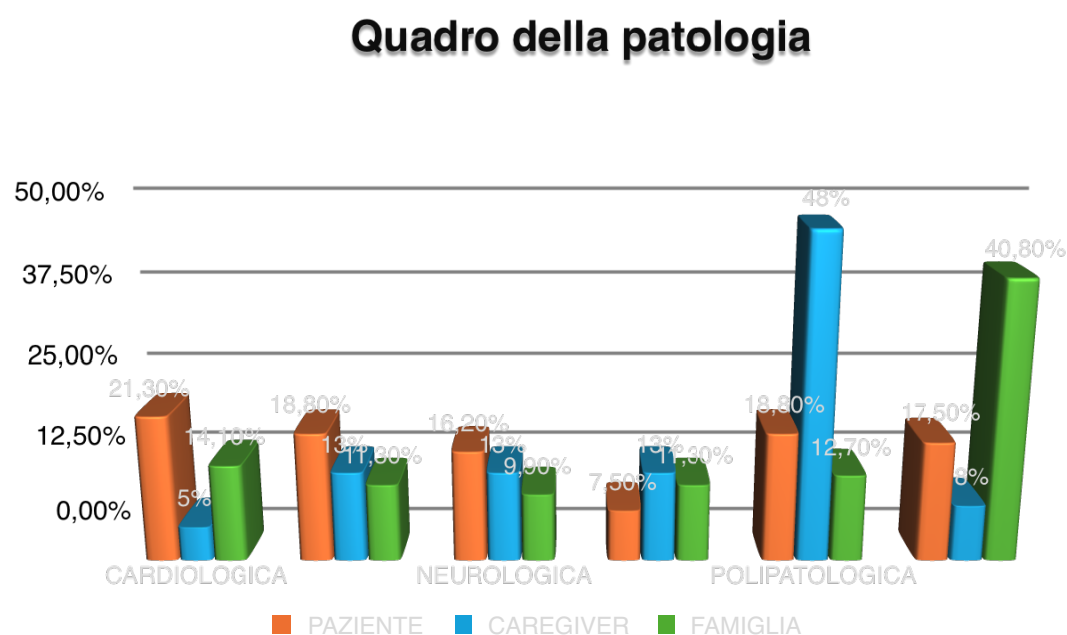
Figura 4. Utilizzo dell’assistenza domiciliare



Come riportato nella figura 5, il quadro della patologia del paziente è 21,3% cardiologica, 18,8% oncologica, 16,2% neurologica, 7,5% metabolica, 18,8% polipatologica, 17,5% altro; del paziente di ogni rispettivo caregiver è 5% cardiologica, 13,1% oncologica, 13,1% neurologica, 13,1% metabolica, 47,5% polipatologica, 8,2% altro; del paziente di ogni rispettivo familiare è 14,1% cardiologica, 11,3% oncologica, 9,9% neurologica, 11,3% metabolica, 12,7% polipatologica, 40,8% altro.

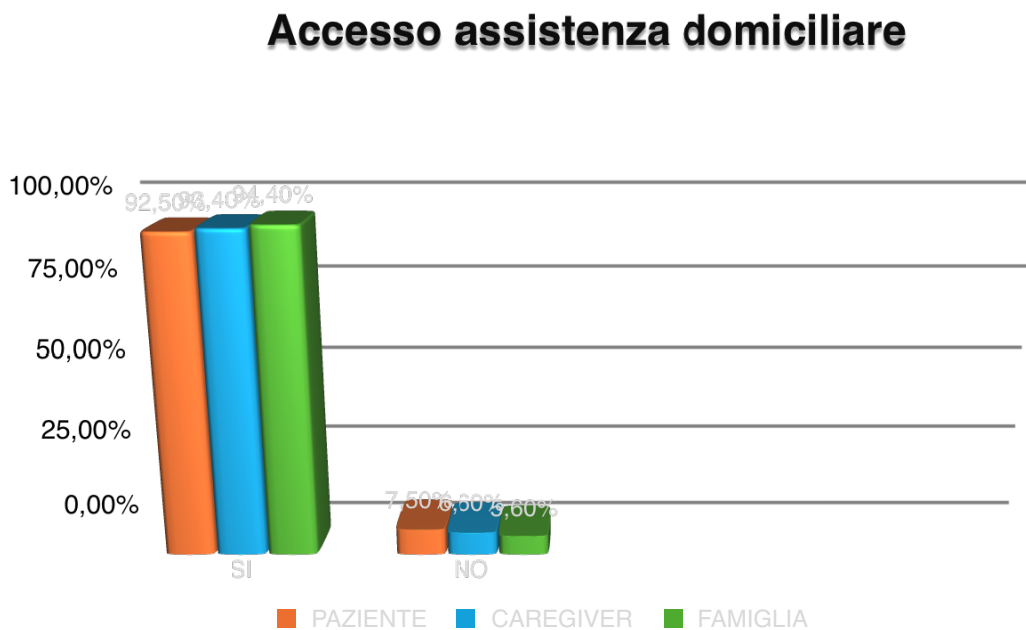
(figura 5)

Figura 5. Quadro della patologia



Il 92,5% dei pazienti considera semplice l'accesso all'assistenza domiciliare nella propria area, mentre il 7,5% non la trova altrettanto facile. Per quanto riguarda i caregiver, il 93,4% afferma di poter ottenere agevolmente supporto, con un 6,6% in disaccordo. Infine, il 94,4% delle famiglie ritiene che l'assistenza sia facilmente accessibile, contro il 5,6% che non la ritiene tale. (figura 6)

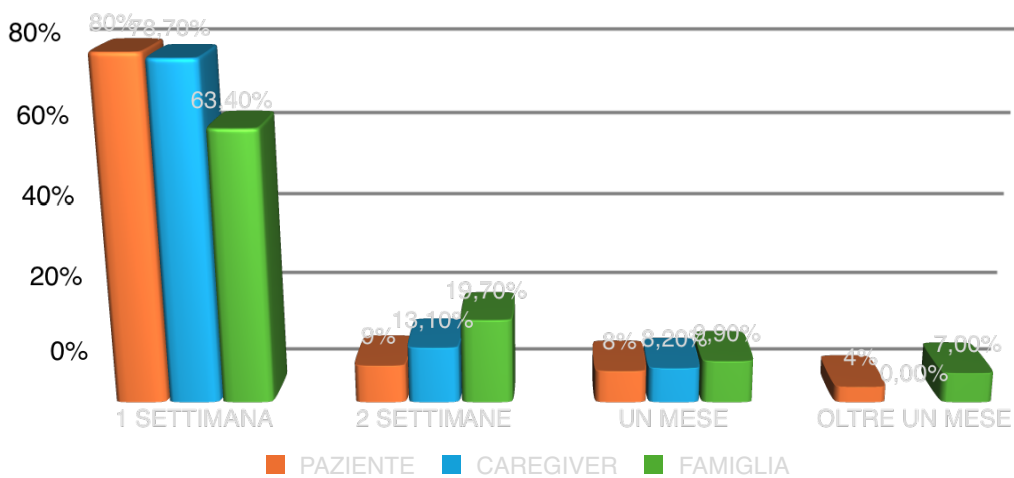
Figura 6. Accesso assistenza domiciliare



Come illustrato nella figura 7, riguardo al tempo trascorso tra la richiesta di assistenza e l'inizio effettivo delle cure domiciliari, per l'80% dei pazienti il periodo di attesa è stato di una settimana, mentre l'8,8% ha atteso due settimane, il 7,5% un mese e il 3,7% oltre un mese. Per i pazienti assistiti dai caregiver, il 78,7% ha iniziato le cure dopo una settimana, il 13,1% dopo due settimane, l'8,2% dopo un mese, e nessuno ha atteso più di un mese. Infine, per le famiglie che forniscono assistenza, il 63,4% ha ricevuto le cure dopo una settimana, il 19,7% dopo due settimane, il 9,9% dopo un mese, e il 7% ha dovuto aspettare oltre un mese. (figura 7)

Figura 7. Periodo attesa per avvio assistenza a domicilio

Periodo attesa per avvio assistenza a domicilio



Per quanto riguarda la valutazione della professionalità e competenza infermieristica, il 40% dei pazienti la considera eccellente, il 53,8% la giudica buona, il 5% sufficiente e solo l'1,2% la ritiene insufficiente. Dal punto di vista dei caregiver, il 31,1% la definisce eccellente, il 65,6% buona, il 3,1% sufficiente e nessuno la considera insufficiente. Per le famiglie, il 43,7% attribuisce un giudizio eccellente, il 49,3% la ritiene buona, il 7% sufficiente e nessuna la considera insufficiente. (figura 8)

Figura 8. Professionalità e Competenza

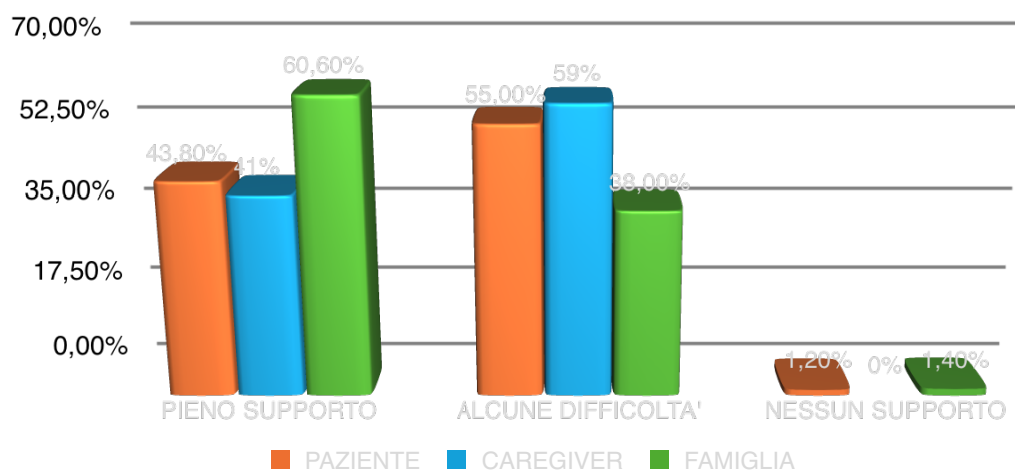


Come evidenziato nella figura 9, il 43,8% dei pazienti ha dichiarato di aver ricevuto tutto il supporto necessario, mentre il 55% ha percepito un aiuto

adeguato, seppur con alcune difficoltà. Solo l'1,2% non ha ritenuto sufficiente il supporto ricevuto. Per quanto riguarda i caregiver, il 41% ha affermato di essersi sentito pienamente supportato, il 59% ha ricevuto assistenza con qualche difficoltà, e nessuno ha avuto problemi nel ricevere supporto. Infine, tra le famiglie, il 60,6% ha riferito di essere stato completamente supportato, il 38% ha riscontrato solo piccole difficoltà, e l'1,4% non ha percepito alcun aiuto o supporto. (figura 9)

Figura 9. Supporto durante il percorso di cure

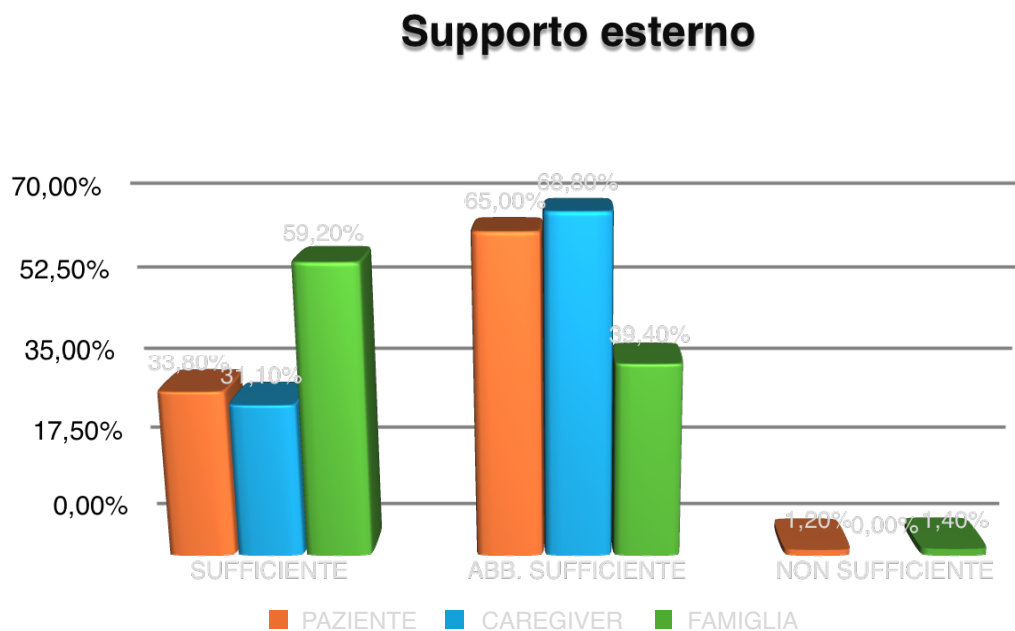
Supporto durante il percorso di cure



Alla domanda “L'assistenza domiciliare è stata sufficiente per le tue necessità, o hai dovuto cercare ulteriori supporti?”, per i pazienti il 33,8% ha dichiarato di aver ricevuto un supporto sufficiente, il 65% ha ritenuto il supporto abbastanza adeguato, mentre solo l'1,2% lo ha giudicato

insufficiente. Per i caregiver, il 31,1% ha ritenuto l'assistenza adeguata, il 68,8% l'ha trovata abbastanza utile, mentre nessuno ha dichiarato di aver avuto bisogno di supporto esterno. Per le famiglie, il 59,2% ha percepito il supporto come sufficiente, il 39,4% lo ha ritenuto abbastanza utile e solo l'1,4% non ha cercato supporto esterno. (figura 10)

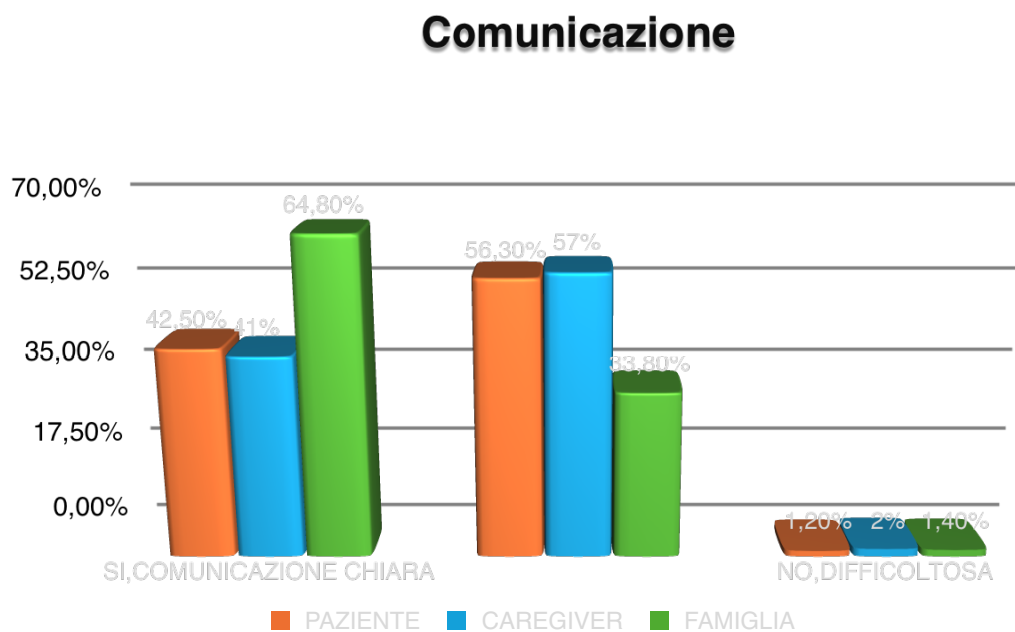
Figura 10. Supporto esterno



Come mostrato nella figura 11, alla domanda “Hai trovato facile comunicare e mantenere una comunicazione attiva con gli infermieri?”, per i pazienti il 42,5% ha valutato la comunicazione come chiara, tempestiva e sempre disponibile, il 56,3% ha riscontrato alcune difficoltà, mentre l'1,2% ha avuto problemi. Per i caregiver, il 41% ha trovato la comunicazione ottima, il 57,4% ha incontrato qualche difficoltà, e l'1,6% ha avuto difficoltà. Per le famiglie, il 64,8% ha percepito la comunicazione

come ottima, il 33,8% ha riscontrato alcune difficoltà, e solo l'1,4% ha avuto problemi. (figura 11)

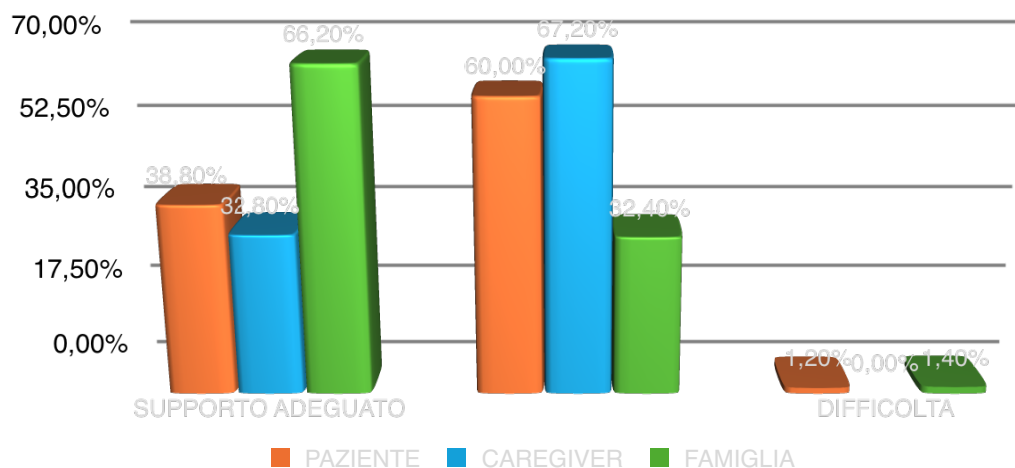
Figura 11. Comunicazione



Il 38,8% dei pazienti ha ritenuto adeguato il supporto ricevuto nella gestione dei farmaci e nel monitoraggio della condizione, il 60% ha incontrato alcune difficoltà, mentre l'1,2% ha avuto problemi. Tra i caregiver, il 32,8% ha giudicato il supporto adeguato, mentre il 67,2% con qualche difficoltà, 0% con completa difficoltà. Per le famiglie, il 66,2% ha valutato il supporto come adeguato, il 32,4% ha avuto qualche difficoltà, e solo l'1,4% ha riscontrato problemi. (figura 12)

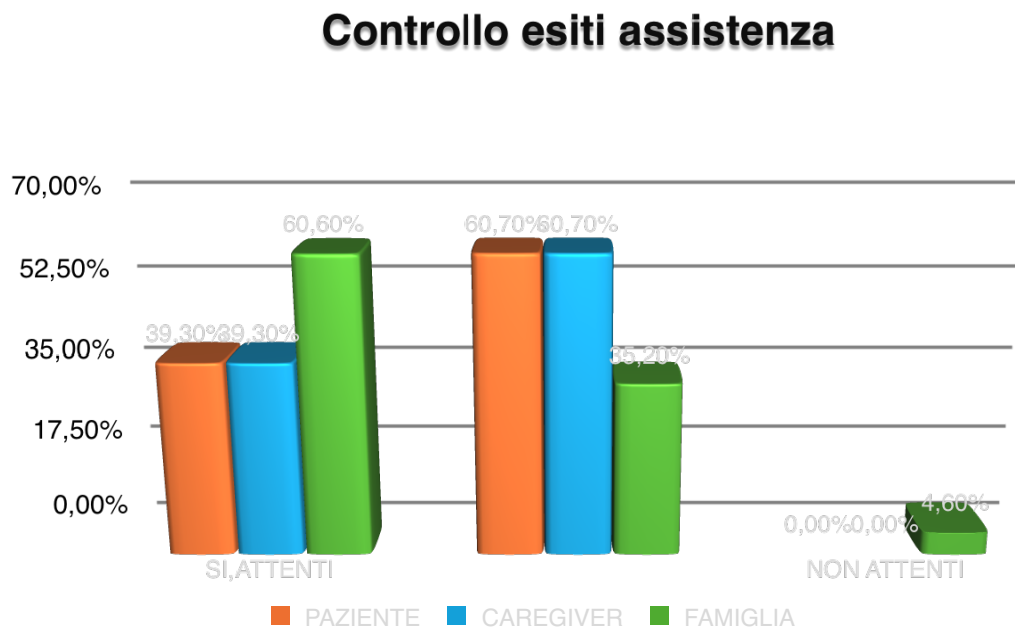
Figura 12. Supporto gestione farmaci e monitoraggio condizione

Supporto gestione farmaci e monitoraggio condizione



Come evidenziato nella figura 13, riguardo all'attenzione degli infermieri nel monitorare gli esiti dell'assistenza, il 39,3% dei pazienti ritiene che gli infermieri siano molto attenti, mentre il 60,7% li considera attenti, seppur con possibilità di miglioramento. Nessun paziente ha segnalato problemi in questo ambito. Per i caregiver, il 39,3% ha valutato gli infermieri come molto attenti, il 60,7% li ha trovati attenti, ma con margini di miglioramento, senza riscontrare alcun problema. Tra le famiglie, il 60,6% ritiene che gli infermieri siano molto attenti nel controllo degli esiti, il 35,2% pensa che ci siano spazi per migliorare, mentre solo il 4,6% segnala che gli infermieri non sono sempre sufficientemente attenti. (figura 13)

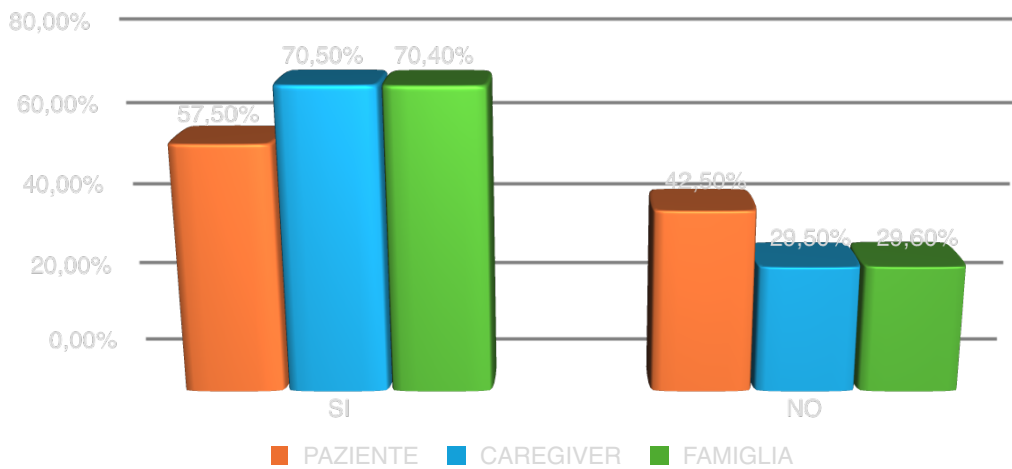
Figura 13. Controllo esiti assistenza



Alla domanda "Ti è più facile accedere alle cure mediche specialistiche con il supporto degli infermieri?", il 57,5% dei pazienti ha risposto positivamente, mentre il 42,5% negativamente. Tra i caregiver, il 70,5% ha indicato di sì, mentre il 29,5% ha risposto no. Per le famiglie, il 70,4% ha confermato la facilità di accesso, mentre il 29,6% ha riscontrato difficoltà. (figura 14)

Figura 14. Accesso cure mediche

Accesso cure mediche

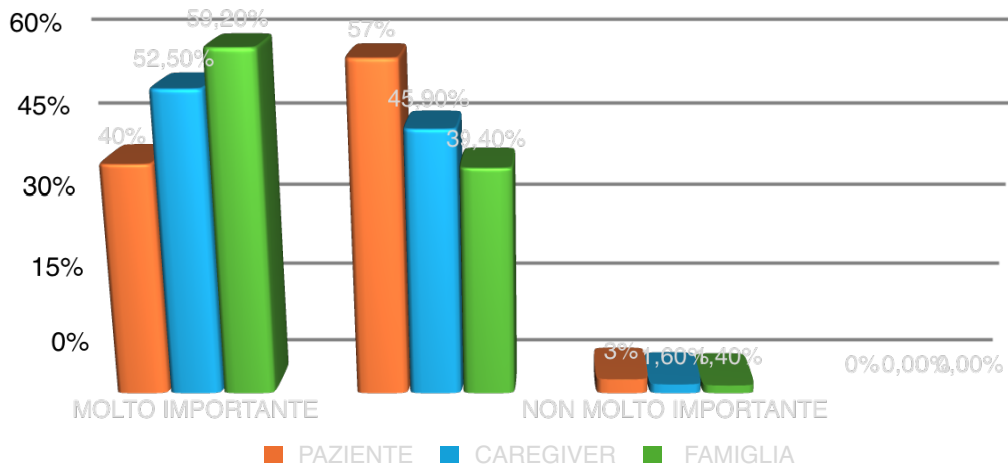


Come mostrato nella figura 15, riguardo all'importanza di ricevere cure in un ambiente familiare, come la propria casa, rispetto all'ambiente ospedaliero, il 57,5% dei pazienti considera la possibilità abbastanza importante, il 40% la ritiene molto importante, e solo il 2,5% la considera poco rilevante. Tra i caregiver, il 45,9% la trova abbastanza importante, il 52,5% molto importante, e l'1,6% la considera poco importante. Per le famiglie, il 39,4% giudica la possibilità abbastanza importante, il 59,2% molto importante, e l'1,4% poco rilevante. (figura 15)

Figura 15. L'importanza delle cure in ambiente familiare

L'importanza delle cure in ambiente familiare

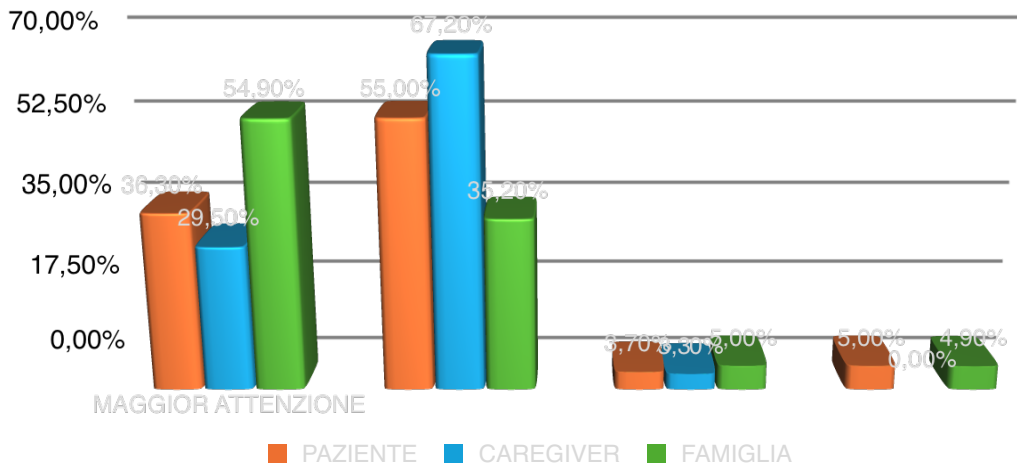
A 11 a



domanda "Quali vantaggi percepisci nel trattamento ricevuto dall'infermiere a domicilio rispetto a quello ospedaliero", i pazienti hanno indicato principalmente i seguenti vantaggi: il 36,3% percepisce un'attenzione maggiore e un trattamento più personalizzato, il 55% apprezza la continuità, avendo sempre lo stesso infermiere, il 3,7% segnala una maggiore possibilità di dedicare tempo alla relazione con l'infermiere e il 5% considera vantaggiosa la libertà di adattare il trattamento alle proprie esigenze di comfort. Per i caregiver, il 29,5% rileva una maggiore attenzione, il 67,2% evidenzia la continuità del trattamento e il 3,3% apprezza il tempo extra per la relazione paziente infermiere, 0% adattare il trattamento alle proprie esigenze di comfort. Infine, per la famiglia, il 54,9% maggiore attenzione e trattamento più personalizzato, il 35,2% percepisce una maggiore continuità e il 5% apprezza il tempo dedicato alla relazione, mentre il 4,9% segnala la libertà nel trattamento. (figura 16)

Figura 16. Vantaggi nel trattamento a domicilio

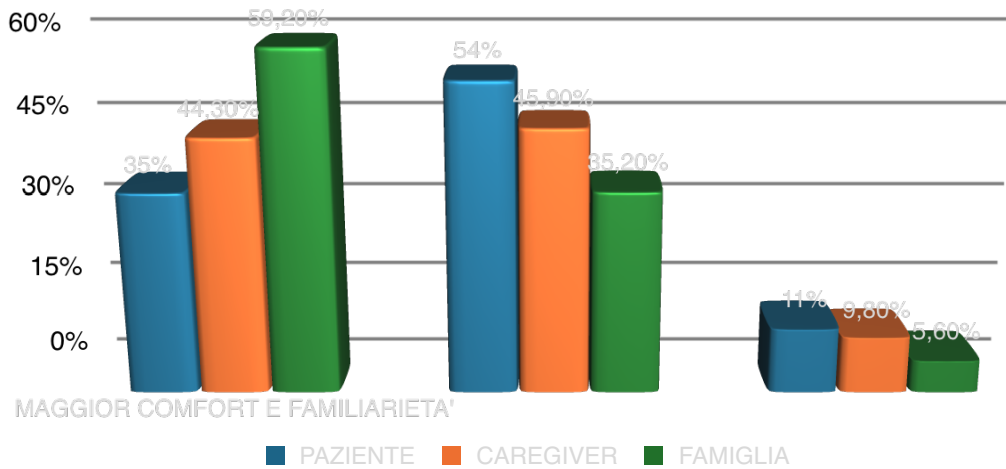
Vantaggi nel trattamento a domicilio



Come mostrato in figura 17, riguardo alla domanda "Cosa ti fa preferire l'assistenza domiciliare rispetto al ricovero ospedaliero", i pazienti hanno risposto come segue: il 35% indica un maggior comfort e familiarità, il 53,8% una maggiore autonomia, mentre l'11,3% sottolinea l'importanza del supporto emotivo da parte dei familiari. Per i caregiver, il 44,3% evidenzia un maggiore comfort e familiarità, il 45,9% una maggiore autonomia, e il 9,8% apprezza il supporto emotivo da parte dei familiari. Infine, per la famiglia, il 59,2% sottolinea il maggior comfort e familiarità, il 35,2% la maggiore autonomia, e il 5,6% il supporto emotivo da parte dei familiari.

Figura 17. Preferenze trattamento a domicilio

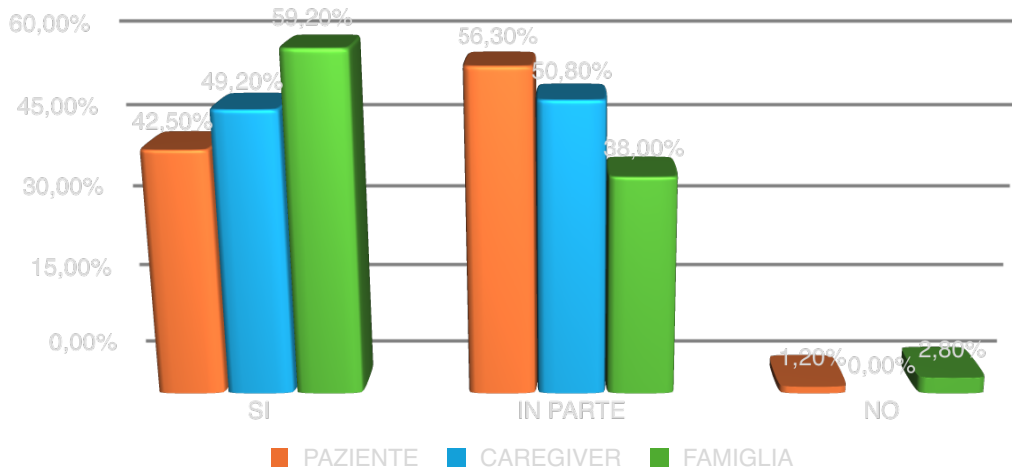
Preferenze trattamento a domicilio



Alla domanda "Gli infermieri che ti assistono fanno il possibile per farti sentire al sicuro e senza preoccupazioni", i pazienti hanno risposto nel seguente modo: il 42,5% ha affermato di sentirsi completamente rassicurato, il 56,3% ha dichiarato di ricevere un supporto parziale, mentre l'1,2% ha indicato di non sentirsi sempre al sicuro. Tra i caregiver, il 49,2% ha confermato una sensazione di sicurezza completa, il 50,8% ha percepito un supporto parziale, e nessuno ha espresso insoddisfazione. Infine, per i familiari, il 59,2% ha riferito di sentirsi pienamente rassicurato, il 38% ha vissuto un supporto parziale, e solo il 2,8% ha dichiarato di non sentirsi sempre al sicuro. (figura 18)

Figura 18. Sicurezza nel percorso di cura

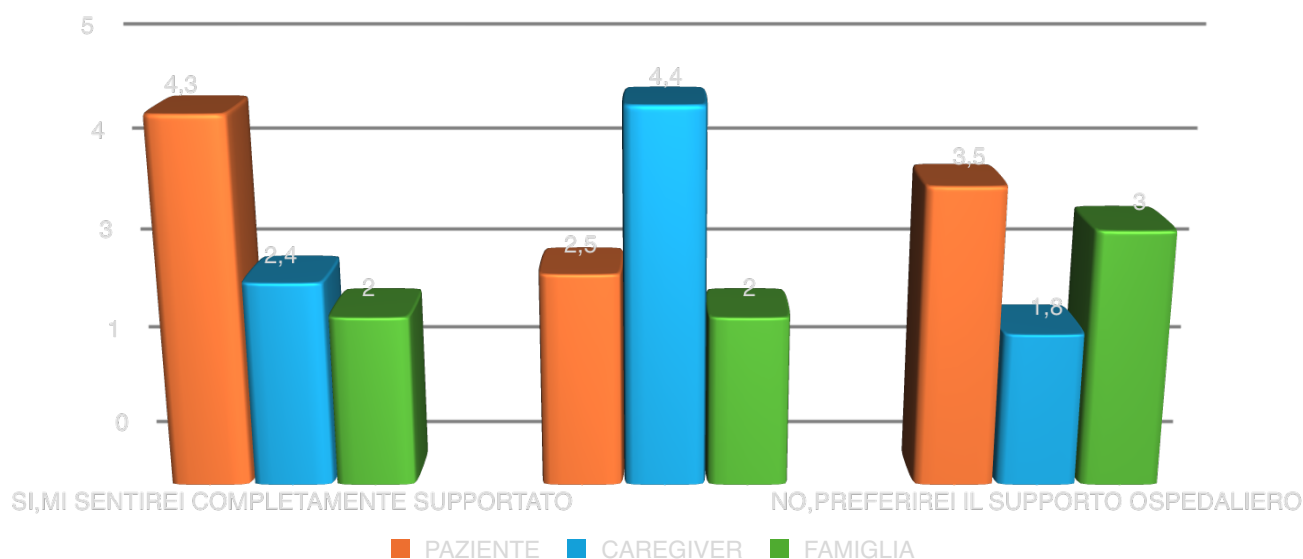
Sicurezza nel percorso di cura



Il 38,8% dei pazienti, si sentirebbe completamente supportato in caso di necessità dal personale di assistenza domiciliare rispetto ai servizi ospedalieri, il 61,3% risponde con un forse, ciò dipende dalla gravità della situazione, nessuno risponde con un no preferendo assolutamente il supporto ospedaliero, per i caregiver il 42,6% si sentirebbe completamente supportato, il 57,4% dipende dalla gravità della situazione, nessun no, per la famiglia il 53,5% si sentirebbe completamente supportato, il 43,7% in base alla situazione e solo il 2,8% preferisce il supporto ospedaliero. (figura 19)

Figura 19. Supporto domiciliare in urgenza

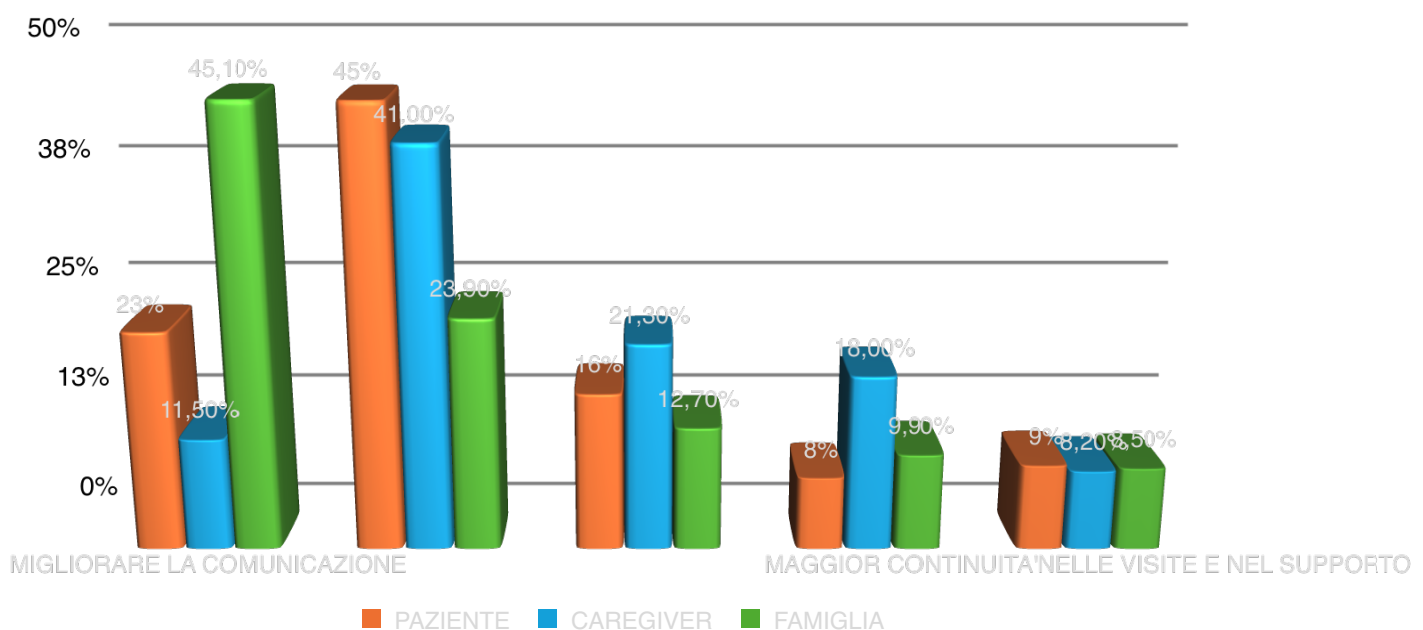
Supporto domiciliare in urgenza



Come mostrato in figura 20, riguardo alla domanda "Cosa cambieresti o miglioreresti nell'assistenza domiciliare infermieristica", le risposte dei pazienti evidenziano i seguenti aspetti: il 22,5% suggerisce di migliorare la comunicazione, il 45% richiede una maggiore disponibilità e flessibilità negli orari, il 16,2% desidera un supporto più completo nella gestione dei farmaci, il 7,5% chiede più informazioni per i familiari o caregiver, e l'8,8% indica la necessità di una maggiore continuità nelle visite e nel supporto; per i caregiver, le risposte sono le seguenti: l'11,5% suggerisce di migliorare la comunicazione, il 41% chiede maggiore disponibilità e flessibilità negli orari, il 21,3% desidera un supporto più completo nella gestione dei farmaci, il 18% richiede più informazioni per i familiari o caregiver, e l'8,2% evidenzia l'importanza di una maggiore continuità nelle

visite e nel supporto; infine, per la famiglia, il 45,1% propone di migliorare la comunicazione, il 23,9% ritiene necessaria una maggiore disponibilità e flessibilità negli orari, il 12,7% suggerisce un supporto più completo nella gestione dei farmaci, il 9,9% richiede più informazioni per i familiari o caregiver, e l'8,5% sottolinea l'importanza di una maggiore continuità nelle visite e nel supporto.

Figura 20. Cambiamenti e miglioramenti nell'assistenza domiciliare
Cambiamenti e miglioramenti nell'assistenza domiciliare



5.4 Discussione

L'assistenza domiciliare infermieristica rappresenta una risorsa chiave nel percorso di cura dei pazienti, come evidenziato dai dati raccolti. Il 98,8% dei pazienti e il 100% dei caregiver hanno avuto accesso a questo servizio, dimostrando l'importanza e la diffusione dell'assistenza a domicilio rispetto ad altre forme di cura. Il 92,5% dei pazienti e il 94,4% delle famiglie ritengono che l'accesso all'assistenza domiciliare sia facile, segnalando la buona disponibilità e la presenza di una rete assistenziale ben distribuita sul territorio. Questo aspetto è fondamentale per ridurre la pressione sugli ospedali e migliorare la qualità della vita del paziente, che può restare nel proprio ambiente familiare.

L'assistenza domiciliare è preferita da pazienti, caregiver e famiglie per diversi motivi. Il 59,2% delle famiglie e il 53,8% dei pazienti sottolineano

l'importanza di ricevere le cure in un ambiente familiare rispetto a un ricovero ospedaliero. Questo tipo di supporto consente al paziente di vivere in modo più autonomo, come evidenziato dal 53,8% dei pazienti che apprezzano la maggiore indipendenza che il trattamento domiciliare consente loro. Anche i caregiver e le famiglie riconoscono l'importanza di mantenere il paziente nel contesto familiare, con il 52,5% dei caregiver e il 59,2% delle famiglie che apprezzano particolarmente l'ambiente domestico per il comfort e la familiarità.

Tuttavia, ci sono alcune aree che necessitano di miglioramento. La flessibilità degli orari è uno dei temi più evidenti: il 45% dei pazienti, il 41% dei caregiver e il 23,9% delle famiglie suggeriscono la necessità di maggior disponibilità e adattamento delle tempistiche. Questo punto è cruciale, poiché la possibilità di adattare gli orari alle esigenze quotidiane del paziente e dei suoi familiari migliora ulteriormente la qualità del servizio. Inoltre, il supporto nella gestione dei farmaci risulta essere un'altra area di attenzione, con il 60% dei pazienti e il 67,2% dei caregiver che indicano di aver incontrato alcune difficoltà in questo ambito. Questo suggerisce la necessità di migliorare le modalità di assistenza per garantire che i pazienti ricevano il trattamento corretto e tempestivo.

Anche la comunicazione con gli infermieri, sebbene generalmente positiva, potrebbe essere migliorata. Il 56,3% dei pazienti e il 57,4% dei caregiver dichiarano di aver incontrato alcune difficoltà nel mantenere una comunicazione fluida con gli infermieri. Questo è un aspetto fondamentale per la gestione delle cure, e una comunicazione più chiara e tempestiva potrebbe ottimizzare ulteriormente il percorso di cura, riducendo

l'incertezza o la confusione che spesso può sorgere nel trattamento domiciliare.

Inoltre, un altro aspetto da considerare riguarda la continuità del supporto. Sebbene il 55% dei pazienti e il 67,2% dei caregiver apprezzino la continuità del trattamento grazie alla presenza dello stesso infermiere, c'è ancora spazio per migliorare nella continuità delle visite. L'8,8% dei pazienti, l'8,2% dei caregiver e l'8,5% delle famiglie indicano la necessità di una maggiore continuità nelle visite, sottolineando che un supporto più costante potrebbe migliorare l'efficacia dell'assistenza.

Infine, nonostante il giudizio generalmente positivo riguardo alla professionalità degli infermieri, con il 40% dei pazienti che considera il supporto infermieristico eccellente, e la stessa valutazione da parte del 43,7% delle famiglie e del 31,1% dei caregiver, è comunque importante che l'assistenza continui a migliorare anche in termini di formazione e aggiornamenti professionali. Questo assicura che gli infermieri siano sempre pronti a rispondere alle esigenze dei pazienti, specialmente in un contesto di cure domiciliari dove la varietà delle patologie e delle situazioni cliniche richiede un approccio altamente qualificato.

5.5 Conclusioni

L'assistenza domiciliare si conferma come una risorsa fondamentale nel percorso di cura del paziente, apprezzata da pazienti, famiglie e caregiver per il comfort, la continuità e l'autonomia che offre. Nonostante i numerosi aspetti positivi, emergono aree di miglioramento, come la comunicazione, la disponibilità degli orari e il supporto nella gestione dei farmaci. L'introduzione di dispositivi ospedalieri a domicilio potrebbe ottimizzare ulteriormente questo servizio, riducendo i ricoveri inappropriati e alleviando la pressione sui sistemi ospedalieri, creando un modello di assistenza più efficiente e sostenibile per il futuro.

BIBLIOGRAFIA

Cappellini, F., & Monti, L. (2020). *Il Lavoro dell'Infermiere nelle Cure Palliative: Competenze, Pratiche e Metodologie* (3^a ed.). Bologna: Zanichelli, 104-220.

Manzoli, L., Pippa, L., & Paci, A. (2015). "L'approccio multidimensionale in medicina territoriale: dall'assistenza alla promozione della salute." *Journal of Community Medicine*, 25(3), 197-204

Giacalone, G. (2019). *Psicologia delle Cure Palliative: Approcci Integrati alla Cura del Paziente e del Caregiver*. Milano: FrancoAngeli, pp 98-120.

SITOGRAFIA

www.normattiva.it

<https://italianjournalofnursing.it>

www.ceteco.it/evoluzione-dei-modelli-di-assistenza-domiciliare-efficienze-e-criticita

www.informazioneoggi.it/2022/10/11/assistenza-domiciliare-integrata

www.altroconsumo.it/salute/diritti-in-salute/speciali/assistenza-domiciliare

www.dimensioneinfermiere.it/piano-assistenziale-individualizzato-o-pai

www.infermieritalia.com/2024/03/06/infermiere-di-assistenza-domiciliare

ambulatori.it/assistenza-domiciliare-privata/infermiere-domiciliare

www.epicentro.iss.it

www.nurse24.it/dossier/salute

www.assocarenews.it/nuovo-codice-deontologico-infermieri-2025-come-cambia-la-professione

<https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-comunicazione-paziente.html>

www.dimensioneinfermiere.it