



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

Sede di Ancona

**L'assistenza infermieristica e l'educazione sanitaria
del caregiver sul territorio**

**Nursing care and caregiver health education in the
community**

Relatore:

Dott. Giordano Cotichelli

Tesi di Laurea di:

Alessia Logiudice

Anno Accademico 2024/2025

“Si vede bene solo con il cuore. L’essenziale è invisibile agli occhi.”

— Il Piccolo Principe, Antoine de Saint-Exupéry

INDICE

1. INTRODUZIONE	1
1.1 Invecchiamento della popolazione e aumento delle patologie croniche	3
1.2 L'assistenza territoriale e domiciliare nel Servizio Sanitario Nazionale.....	4
1.3 Il ruolo del caregiver nel percorso assistenziale.....	6
2. OBIETTIVI.....	12
3. MATERIALI E METODI.....	13
4. RISULTATI.....	15
5. DISCUSSIONE	21
5.1 Tipologia di caregiver e contesti assistenziali	21
5.2 Modalità di educazione sanitaria.....	23
5.3 Outcome degli interventi educativi	29
5.4 Ruolo dell'infermiere nell'educazione sanitaria al caregiver.....	31
6. CONCLUSIONI	33
7. BIBLIOGRAFIA	36
8. SITOGRAFIA.....	40

ABSTRACT

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche hanno reso sempre più rilevante il ruolo dell'assistenza territoriale. In questo contesto il caregiver rappresenta una risorsa fondamentale e l'educazione sanitaria diventa uno strumento essenziale per supportare la gestione dell'assistenza.

Obiettivo

Il presente lavoro ha l'obiettivo di analizzare la letteratura scientifica relativa all'educazione sanitaria rivolta ai caregiver. In particolare, lo studio mira a individuare le principali modalità educative utilizzate e ad analizzarne i possibili esiti.

Materiali e metodi

È stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione della banca dati biomedica PubMed e di alcune riviste scientifiche italiane. La selezione degli articoli è stata effettuata sulla base della pertinenza rispetto agli obiettivi della revisione.

Discussione

Dall'analisi della letteratura emergono diverse modalità di educazione sanitaria rivolte ai caregiver, tra cui interventi educativi strutturati individuali e di gruppo e il supporto informativo. Tali interventi risultano associati a un miglioramento delle competenze assistenziali dei caregiver, e a un miglioramento di alcuni esiti clinici e organizzativi.

Conclusioni

L'educazione sanitaria rivolta ai caregiver rappresenta un elemento fondamentale nei percorsi di assistenza territoriale, favorendo una migliore gestione delle cure a domicilio. Il ruolo dell'infermiere risulta centrale nella promozione della continuità e nella programmazione degli interventi educativi.

Parole chiave

Caregiver; Educazione sanitaria; Assistenza domiciliare; Infermieristica territoriale.

1. INTRODUZIONE

La salute costituisce un diritto fondamentale per tutti i cittadini, come sancito dall'articolo 32 della Costituzione Italiana, ed è un elemento centrale per il benessere individuale e collettivo. In questo contesto, l'infermiere riveste un ruolo strategico che va oltre la semplice gestione clinica: è chiamato anche a promuovere la salute e a prevenire le malattie. Il profilo professionale evidenzia come l'attività infermieristica abbia una natura tecnica, relazionale e educativa, includendo quindi la responsabilità di sostenere il paziente e, quando possibile, i familiari nella comprensione e nella gestione consapevole della propria salute.

Il Codice Deontologico FNOPI ribadisce che l'infermiere ha il compito di prendersi cura della persona nella sua globalità, accompagnandola nell'acquisizione di conoscenze e competenze utili a gestire al meglio la propria salute. In questo senso, l'educazione sanitaria diventa uno strumento chiave: permette di tradurre le informazioni scientifiche in azioni concrete, favorendo comportamenti salutari e migliorando la qualità della vita sia del paziente sia della sua rete familiare. (FNOPI, 2025)

L'obiettivo è creare, da parte dell'infermiere, un approccio proattivo, orientato a una sanità di iniziativa, che punti alla prevenzione della malattia anziché alla sola gestione delle condizioni già presenti. In questo contesto, l'infermiere assume il ruolo di educatore, con il compito di indicare quali stili di vita adottare, quali comportamenti evitare e come gestire correttamente la propria salute, al fine di prevenire un peggioramento delle condizioni cliniche.

Tale prospettiva si inserisce pienamente nel più ampio concetto di promozione della salute, che considera la persona non come destinataria passiva delle cure, ma come

soggetto attivo nel mantenimento e nel miglioramento del proprio stato di salute. La promozione della salute può essere definita come il processo che consente alle persone, sia a livello individuale sia collettivo, di acquisire un maggiore controllo sui determinanti della salute, al fine di migliorare il proprio stato di benessere. Secondo la Carta di Ottawa, elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1986, la promozione della salute si fonda su tre strategie fondamentali: l'advocacy, orientata alla creazione delle condizioni essenziali per la salute; l'enabling, finalizzata a mettere le persone nelle condizioni di esprimere appieno il proprio potenziale di salute; e il mediating, inteso come mediazione tra i diversi interessi presenti nella società per il raggiungimento di obiettivi condivisi di salute.

La Carta di Ottawa individua, inoltre, cinque aree d'azione prioritarie che costituiscono il quadro operativo della promozione della salute: la costruzione di politiche pubbliche orientate alla salute, la creazione di ambienti favorevoli, il rafforzamento dell'azione comunitaria, lo sviluppo delle abilità personali e il ri-orientamento dei servizi sanitari verso una maggiore attenzione alla prevenzione e al benessere globale della popolazione.

In questo contesto, la promozione della salute si concentra principalmente sugli interventi rivolti ai determinanti di salute potenzialmente modificabili, adottando un approccio integrato che comprende strategie di "salute in tutte le politiche", la creazione di contesti di vita favorevoli e il rafforzamento dell'alfabetizzazione sanitaria (health literacy), intesa come capacità delle persone di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie per compiere scelte consapevoli.

Accanto alla promozione della salute, un ruolo centrale è rivestito dalla prevenzione delle malattie, che rappresenta uno degli ambiti prioritari dell'azione dell'OMS sin dalla sua istituzione. La prevenzione primaria è orientata alla riduzione dei principali fattori di rischio per lo sviluppo delle malattie croniche e trasmissibili, attraverso interventi educativi e di modificazione dei comportamenti a rischio, nonché azioni volte a contrastare determinanti ambientali, economici e sociali sfavorevoli. La prevenzione secondaria si propone invece di individuare precocemente le patologie già presenti, al fine di limitarne la progressione e le conseguenze, mediante programmi di screening e diagnosi precoce. Infine, la prevenzione terziaria comprende gli interventi di gestione

della malattia e di riabilitazione, finalizzati a ridurre il rischio di complicanze e a migliorare la qualità di vita delle persone con patologia conclamata, anche attraverso percorsi di educazione terapeutica e interventi riabilitativi. (OMS, 2021)

Un approccio di questo tipo è diventato particolarmente importante negli ultimi anni, in una società sempre più caratterizzata dall'invecchiamento della popolazione e dall'evoluzione dei bisogni di salute, che richiedono una maggiore attenzione alla prevenzione e al supporto attivo dei pazienti.

1.1 Invecchiamento della popolazione e aumento delle patologie croniche

L'aumento dell'età media della popolazione italiana è accompagnato da un incremento proporzionale della diffusione delle patologie croniche. Secondo i dati Istat il 40,9 % dei residenti in Italia dichiara di essere affetto da almeno una patologia cronica, dato che risulta in lieve aumento rispetto al periodo 2014–2017. La presenza di condizioni croniche cresce significativamente con l'età: già nella fascia 55–59 anni oltre la metà della popolazione (54,1%) riferisce almeno una patologia, mentre tra le persone con più di 75 anni la percentuale raggiunge l'85,4%.

L'analisi evidenzia inoltre importanti differenze di genere. Le donne risultano più frequentemente affette da patologie croniche, in particolare dopo i 55 anni, mentre negli uomini anziani si osserva una maggiore prevalenza di alcune condizioni specifiche, come le malattie cardiovascolari e la bronchite cronica. Un ulteriore elemento rilevante è rappresentato dalla comorbilità: il 21,1% della popolazione riferisce la presenza di due o più patologie croniche, percentuale che sale al 64,4% tra gli ultrasettantacinquenni. (Istat, 2020)

Un'analisi più approfondita della popolazione anziana consente di cogliere con maggiore chiarezza la complessità dei bisogni assistenziali emergenti. I dati del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento evidenziano come la policronicità, definita come la presenza di due o più patologie croniche, interessi circa un anziano su quattro nella fascia

di età superiore ai 65 anni. Tale condizione risulta fortemente associata all'età, passando dal 16% tra i 65 e i 74 anni fino a raggiungere il 37% nelle persone con più di 85 anni.

La diffusione delle patologie croniche e della policronicità non appare uniforme, ma è influenzata anche da fattori socioeconomici. In particolare, una maggiore prevalenza si osserva tra le persone con difficoltà economiche e livelli di istruzione più bassi, a conferma del ruolo determinante delle disuguaglianze sociali sullo stato di salute. Nel biennio 2023–2024 emergono inoltre differenze di genere, con una stima leggermente più elevata di policronicità nella popolazione maschile rispetto a quella femminile.

Un'ulteriore variabilità si riscontra a livello territoriale: nel Nord Italia la quota di ultrasessantacinquenni che riferisce almeno una patologia cronica si attesta intorno al 53%, mentre nel Centro e nel Sud del Paese le percentuali risultano più elevate, raggiungendo rispettivamente il 60%. Un andamento simile si osserva anche per la policronicità, che risulta più frequente nelle regioni del Centro e del Sud rispetto al Nord.¹

Questi dati descrivono un quadro epidemiologico complesso, caratterizzato da bisogni assistenziali crescenti e continuativi, che richiedono un ripensamento dei modelli di assistenza. In particolare, l'elevata diffusione delle patologie croniche e della comorbilità rende sempre più necessario un approccio orientato alla prevenzione, alla continuità delle cure e al supporto educativo, aspetti che trovano piena espressione nell'assistenza territoriale e domiciliare.

1.2 L'assistenza territoriale e domiciliare nel Servizio Sanitario Nazionale

In risposta all'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione, il Servizio Sanitario Nazionale ha avviato un processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, formalizzato con il Decreto Ministeriale 77/2022, che ridefinisce modelli e servizi per garantire una presa in carico più continuativa e prossima al cittadino. Questo decreto sottolinea la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali, con l'obiettivo di

¹ <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/croniche>; consultato in data 02/01/2026

garantire in modo uniforme i Livelli Essenziali di Assistenza e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure. Il decreto promuove un modello di assistenza condiviso e omogeneo sul territorio nazionale, ponendo al centro la persona e i suoi bisogni, in un'ottica di continuità e prossimità delle cure.

In questo contesto, l'assistenza primaria rappresenta il primo punto di accesso al Servizio Sanitario Nazionale e si configura come un sistema di servizi integrati e centrati sulla persona, in grado di rispondere alla maggior parte dei bisogni di salute individuali e della comunità. Tale modello prevede l'erogazione delle cure da parte di équipe multiprofessionali che operano in collaborazione con il paziente e i caregiver, all'interno dei contesti di vita quotidiana, favorendo il coordinamento e la continuità dell'assistenza.

Il Servizio Sanitario Nazionale persegue questa visione attraverso il rafforzamento dei servizi territoriali e distrettuali, il potenziamento dell'assistenza domiciliare e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale. Particolare attenzione viene posta alla presa in carico delle persone con bisogni complessi, mediante modelli assistenziali multidisciplinari e personalizzati, orientati alla gestione della cronicità e della fragilità.

All'interno di questo modello, il domicilio viene individuato come il setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, previste nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, consentono di erogare interventi assistenziali a diverso grado di intensità e complessità direttamente a casa della persona, sulla base di un piano assistenziale personalizzato. Esse comprendono interventi infermieristici, medici, riabilitativi e sociosanitari rivolti a persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con l'obiettivo di stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. La pianificazione degli interventi domiciliari avviene a seguito di una valutazione multidimensionale dei bisogni, che permette di definire un Progetto Assistenziale Individualizzato, garantendo un'assistenza continuativa e appropriata nel tempo. In questo contesto, il ruolo dell'infermiere risulta centrale nel coordinamento dell'assistenza, nel supporto al paziente e nel coinvolgimento attivo dei caregiver, elementi fondamentali per la riuscita del percorso di cura domiciliare. (D.Lgs., 2022)

In tale quadro, l'infermiere assume un ruolo fondamentale. I dati più recenti relativi all'assistenza domiciliare confermano infatti il ruolo centrale svolto dalla figura infermieristica. Nel 2023, a fronte di 1.645.234 pazienti assistiti a domicilio, numero in

significativo aumento rispetto ai 1.244.891 dell'anno precedente, il personale infermieristico ha erogato circa il 67% delle ore complessive di assistenza, con una media di 10 ore per paziente su un totale di 15 ore di cure.

Tale contributo risulta particolarmente rilevante nell'assistenza alla popolazione anziana, che rappresenta il 74,9% dei pazienti seguiti a domicilio: in questo contesto, gli infermieri garantiscono mediamente 9 ore di assistenza su un totale di 14 ore complessive. Un impegno ancora più marcato si osserva nell'assistenza ai malati terminali, pari al 7% dei pazienti assistiti, per i quali l'intervento infermieristico raggiunge le 20 ore su 29 totali, corrispondenti a circa il 70% delle cure erogate.²

Questi dati evidenziano come l'infermiere rappresenti la figura professionale maggiormente presente nell'ambito dell'assistenza domiciliare, assumendo un ruolo fondamentale nel garantire la continuità assistenziale, la qualità delle cure e il monitoraggio costante delle condizioni cliniche della persona assistita.

1.3 Il ruolo del caregiver nel percorso assistenziale

Nonostante il ruolo centrale dell'infermiere, in un modello assistenziale sempre più orientato alla gestione territoriale delle patologie croniche emerge con crescente evidenza la figura del caregiver, inteso come colui che si prende cura di un individuo non autonomo o con bisogni assistenziali continuativi, offrendo supporto nelle attività quotidiane, nella gestione della malattia e nell'organizzazione delle cure.

All'interno dell'assistenza domiciliare si distingue il caregiver familiare, che opera in stretta collaborazione con i professionisti sanitari coinvolti nella presa in carico e che, nella maggior parte dei casi, coincide con un familiare di riferimento, dal caregiver professionale, comunemente identificato come assistente familiare o "badante". Quest'ultimo fornisce supporto alla persona non autosufficiente sotto la supervisione,

² <https://www.fnopi.it/2025/02/14/annuario-2023/> ; consultato in data 02/01/2026

diretta o indiretta, della famiglia, contribuendo alla gestione delle attività quotidiane e assistenziali.

Il ruolo del caregiver familiare ha ricevuto un primo riconoscimento normativo con la Legge di Bilancio 2018 (Legge n. 205/2017, art. 1, commi 254–256), che ne ha delineato il profilo giuridico. In particolare, il comma 255 definisce il caregiver come la persona che assiste e si prende cura di un familiare o affine entro specifici gradi di parentela, tra cui il coniuge, il partner dell'unione civile, il convivente di fatto o altri familiari, in presenza di condizioni di non autosufficienza e titolarità di indennità di accompagnamento.

Il Piano Nazionale della Cronicità sottolinea come il caregiver rappresenti una risorsa fondamentale all'interno dei percorsi assistenziali delle persone con patologie croniche, contribuendo in modo determinante alla continuità delle cure, alla permanenza al domicilio e al mantenimento della qualità della vita della persona assistita. (Ministero della Salute, 2025)

A conferma della rilevanza sociale e sanitaria del caregiver familiare, i dati statistici evidenziano come questa figura rappresenti una componente numericamente significativa della popolazione italiana. Secondo i dati consolidati del 2019 elaborati da ISTAT, il numero di adulti (> 15 anni) che dichiarano di fornire assistenza e cure almeno una volta alla settimana a un familiare, supera i 7 milioni di persone.

All'interno di questo gruppo emerge una marcata prevalenza femminile: circa 4,1 milioni sono donne, pari a circa il 60% del totale dei caregiver familiari, mentre gli uomini ammontano a circa 2,9 milioni. Considerando anche coloro che prestano assistenza in modo non continuativo o a persone non appartenenti al nucleo familiare, il numero complessivo di caregiver in Italia raggiunge circa 8 milioni di individui.³ Questi dati mettono in evidenza come l'assistenza informale costituisca una risorsa fondamentale per il sistema sanitario, contribuendo in modo determinante alla continuità delle cure, soprattutto in ambito domiciliare.

³ <https://temi.camera.it/leg19/post/normativa-vigente-e-proposte-di-legge-sulla-figura-del-caregiver-familiare.html>; consultato in data 05/01/2026

Numerosi studi evidenziano come l'assistenza informale prestata dai caregiver familiari rappresenti un ruolo complesso e spesso gravoso, con potenziali ricadute negative sulla salute fisica, psicologica ed emotiva di chi se ne fa carico. A differenza dei caregiver formali, i caregiver informali forniscono generalmente un'assistenza continuativa, non retribuita, rivolta allo svolgimento delle attività di base e strumentali della vita quotidiana, a favore di persone affette da patologie croniche o condizioni di disabilità.

In un contesto caratterizzato dall'aumento dell'aspettativa di vita e dalla crescente prevalenza di condizioni croniche e di non autosufficienza, il caregiver familiare è destinato a rimanere una risorsa fondamentale per il sistema di assistenza, sia nei Paesi sviluppati sia in quelli in via di sviluppo. Di conseguenza, il cosiddetto 'carico del caregiver' (caregiver burden) rappresenta una problematica rilevante di sanità pubblica, destinata a incidere sulla qualità della vita di un numero sempre maggiore di persone. (del-Pino-Casado et al., 2021)

Se da un lato l'assistenza a un familiare può offrire benefici sul piano personale, quali il senso di realizzazione, la soddisfazione e il valore attribuito al prendersi cura di una persona cara, dall'altro essa è frequentemente associata a oneri significativi di natura fisica, psicologica, emotiva ed economica. Le situazioni di assistenza sono spesso caratterizzate da fattori di stress persistenti, imprevedibili e difficilmente controllabili, che nel tempo possono compromettere l'equilibrio e il benessere del caregiver. Circa un terzo dei caregiver riferisce livelli elevati di carico assistenziale, con maggiore probabilità tra coloro che presentano un livello di istruzione più basso, convivono con la persona assistita o percepiscono di non aver avuto possibilità di scelta nell'assumere il ruolo di cura.

Le conseguenze dell'assistenza continuativa si riflettono anche sulla vita sociale e personale del caregiver. La maggior parte riferisce una riduzione del tempo dedicato alla famiglia e alle relazioni sociali, un aumento dello stress emotivo e una progressiva trascuratezza della propria salute, manifestata attraverso alterazioni del sonno, riduzione dell'attività fisica e peggioramento delle abitudini alimentari. Uno degli aspetti più critici riguarda il rischio che il caregiver si ammali a sua volta: studi evidenziano una maggiore prevalenza di insonnia, sintomi depressivi e patologie croniche tra chi presta assistenza

continuativa. Circa la metà dei caregiver presenta almeno una patologia cronica e una quota significativa valuta il proprio stato di salute come discreto o scarso, attribuendo un peggioramento delle condizioni di salute al ruolo assistenziale, soprattutto nei casi di assistenza protratta per più anni o caratterizzata da un aumento progressivo dell'intensità delle cure.

Un ulteriore elemento di criticità riguarda la preparazione del caregiver ad affrontare i compiti assistenziali richiesti. La maggior parte dei caregiver dichiara di non aver ricevuto alcuna formazione formale e di sentirsi inadeguatamente preparato rispetto alle competenze necessarie per gestire in sicurezza l'assistenza domiciliare. Tra i principali bisogni insoddisfatti emergono la gestione della sicurezza della persona assistita, il controllo dello stress fisico ed emotivo, l'organizzazione delle attività quotidiane e la difficoltà a ritagliarsi spazi di tempo per la cura di sé.

I caregiver esprimono inoltre un forte bisogno di informazioni e orientamento rispetto ai servizi di supporto disponibili sul territorio e alle modalità di gestione dell'assistenza. Una quota rilevante di essi riferisce di ricercare informazioni attraverso canali informali, quali Internet o il contatto diretto con i professionisti sanitari, a testimonianza di una richiesta crescente di supporto informativo e formativo. (Collins & Swartz, 2011)

Tali evidenze sottolineano come il caregiver familiare rappresenti una figura centrale nei percorsi di assistenza domiciliare, ma al tempo stesso una popolazione vulnerabile, che necessita di un adeguato sostegno, in particolare attraverso interventi educativi strutturati e continuativi.

L'assistenza garantita dal caregiver rappresenta una componente essenziale della qualità complessiva delle cure, in quanto integra e completa il supporto sanitario e assistenziale fornito dai professionisti. Il contributo del caregiver, infatti, si estende oltre l'assistenza diretta, includendo aspetti organizzativi, relazionali ed emotivi che incidono in modo significativo sul benessere della persona assistita.

Sebbene le evidenze scientifiche sul rapporto diretto tra benessere del caregiver e qualità dell'assistenza siano ancora limitate, alcuni studi suggeriscono una correlazione significativa tra le condizioni psicofisiche del caregiver e gli esiti assistenziali. In particolare, è emerso che le persone assistite presentano una maggiore probabilità di

bisogni non soddisfatti quando il caregiver manifesta limitazioni funzionali o elevati livelli di stress, con ripercussioni sulle attività di base della vita quotidiana. Inoltre, ridotta capacità funzionale e sintomi depressivi del caregiver sono stati associati a un aumento del rischio di situazioni di trascuratezza e maltrattamento negli anziani fragili.

Alla luce di tali evidenze, emerge con chiarezza come la tutela del benessere del caregiver non rappresenti un obiettivo secondario, ma una componente essenziale per garantire la qualità, la sicurezza e la continuità dell'assistenza domiciliare. (Litzelman, 2019)

In tale prospettiva, la centralità del caregiver emerge con particolare evidenza nei momenti di transizione dall'ospedale al domicilio, fasi critiche in cui la continuità assistenziale e la sicurezza delle cure possono risultare maggiormente compromesse.

Il rientro al domicilio dei pazienti dimessi dall'ospedale con attivazione dell'assistenza infermieristica domiciliare rappresenta un passaggio complesso, in cui si verifica il passaggio da un ambiente altamente strutturato, caratterizzato dalla presenza continua di professionisti sanitari, a un contesto non medico, in cui l'assistenza è affidata in larga parte ai caregiver informali, con il supporto periodico degli infermieri domiciliari. In questa fase, pazienti e caregiver si trovano spesso a dover gestire un elevato carico informativo, talvolta frammentato o incoerente, derivante dalle indicazioni fornite da diversi professionisti durante il ricovero e successivamente al momento della dimissione.

Parallelamente, gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza territoriale possono disporre di una conoscenza parziale delle reali condizioni ambientali del domicilio e delle effettive capacità del paziente e del caregiver di gestire le cure richieste. Nonostante tali criticità, al rientro a casa viene frequentemente richiesto ai pazienti e ai loro familiari di assumere un ruolo attivo nella gestione della malattia, nell'assunzione delle terapie e nel monitoraggio delle condizioni cliniche, compito che può risultare particolarmente gravoso e complesso.

La sicurezza delle cure al domicilio assume quindi un'importanza pari a quella garantita in ambito ospedaliero, poiché condizioni di insicurezza all'interno dell'ambiente domestico possono determinare eventi avversi e ricoveri ospedalieri evitabili.

Sebbene l'assistenza domiciliare sia associata a una riduzione dei costi sanitari, a un miglioramento degli esiti di salute e a una diminuzione delle ospedalizzazioni, la letteratura evidenzia la presenza di criticità rilevanti. Una quota non trascurabile di pazienti assistiti a domicilio sperimenta eventi avversi, frequentemente correlati alla gestione della terapia farmacologica, con problematiche che includono errori di assunzione, reazioni avverse e difficoltà nella corretta somministrazione dei farmaci.

In questo contesto, sia il personale di assistenza domiciliare sia i caregiver informali possono essere coinvolti, in modo diretto o indiretto, nel verificarsi di tali eventi, spesso in relazione a una comunicazione inefficace o incompleta durante la fase di dimissione e di presa in carico territoriale. Gli infermieri domiciliari segnalano frequentemente una trasmissione inadeguata delle informazioni cliniche essenziali, ricevendo documentazione eccessiva e poco mirata oppure, al contrario, informazioni insufficienti per una valutazione completa del paziente. In assenza di dati clinici chiari e tempestivi, gli infermieri sono spesso costretti ad affidarsi alle informazioni fornite dai pazienti e dai caregiver, che possono risultare incomplete o imprecise a causa di difficoltà comunicative, scarsa comprensione o problemi di memoria.

Tali criticità rendono più complessa la pianificazione assistenziale e possono esporre il paziente a rischi evitabili, contribuendo a riammissioni ospedaliere potenzialmente prevenibili. La necessità di migliorare la comunicazione e lo scambio informativo tra ospedale, territorio, infermiere domiciliare e caregiver appare pertanto un elemento centrale per garantire sicurezza, continuità e qualità dell'assistenza domiciliare. (Romagnoli et al., 2013)

Alla luce di quanto esposto, appare evidente come l'assistenza domiciliare si configuri come un ambito complesso, in cui il caregiver familiare riveste un ruolo fondamentale ma al tempo stesso vulnerabile. In tale contesto, l'infermiere assume una funzione centrale nel garantire continuità assistenziale, sicurezza delle cure e supporto educativo, ponendosi come figura di riferimento nel percorso di presa in carico del paziente e del suo caregiver.

2. OBIETTIVI

Il presente lavoro vuole mettere in evidenza il quadro generale della letteratura scientifica prodotta in ambito infermieristico in relazione all'educazione sanitaria rivolta ai caregiver.

In particolare, ricerca quali sono le varie modalità a supporto dell'educazione al caregiver nel contesto internazionale e nazionale, sottolineando il ruolo della figura infermieristica all'interno di tale processo educativo.

Vengono poi analizzati gli outcome delle varie modalità educative, con l'obiettivo finale di evidenziare le migliori strategie esistenti a supporto dell'educazione sanitaria rivolta ai caregiver in ambito territoriale.

3. MATERIALI E METODI

Il presente elaborato consiste in una revisione narrativa della letteratura, finalizzata ad analizzare le evidenze scientifiche disponibili riguardo all'assistenza infermieristica sul territorio e, in particolare, al ruolo dell'educazione sanitaria rivolta al caregiver nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

La revisione narrativa della letteratura è una metodologia utilizzata per fornire una panoramica su un determinato argomento, andando ad analizzare i risultati di studi disponibili in un settore. Viene infatti definita come una 'sintesi narrativa', in quanto ha l'obiettivo di mettere a punto e sintetizzare le conoscenze su problematiche rilevanti o di interesse attuale. (Chiappinotto et al., 2023)

La ricerca degli articoli è stata condotta mediante la consultazione della banca dati biomedica PubMed e delle principali riviste italiane indicizzate, con l'obiettivo di analizzare le evidenze disponibili sia a livello internazionale sia nel contesto nazionale, al fine di ottenere una visione più completa della tematica.

All'interno della banca dati PubMed la ricerca è stata effettuata utilizzando tre differenti stringhe di ricerca, costruite mediante l'utilizzo di parole chiavi in lingua inglese e operatori booleani. Le stringhe utilizzate sono state le seguenti:

- nurs* [title] AND education [title] AND caregiver [title]
- caregiver education [title]
- caregiver training [title] AND home health care [title]

Con l'obiettivo di restringere il campo di ricerca e individuare articoli maggiormente pertinenti e attuali sono inoltre stati applicati i seguenti filtri:

- disponibilità del full text gratuito

- intervallo di pubblicazione a partire dall'anno 2010
- limitazione della ricerca al campo 'title'

Parallelamente è stata effettuata una ricerca manuale all'interno delle principali riviste italiane indicizzate in ambito infermieristico, tra cui FNOPI, Professioni Sanitarie, AIR, Dissertation e Scenario.

La ricerca è stata condotta utilizzando come parola chiave il termine 'caregiver'. Al termine della consultazione, gli articoli pertinenti al tema della presente revisione sono risultati disponibili esclusivamente nella rivista FNOPI, mentre nelle altre gli articoli individuati non erano accessibili in full text oppure non coerenti con l'argomento oggetto di studio.

In entrambe le ricerche la selezione degli articoli è stata effettuata sulla base della pertinenza rispetto al tema dell'assistenza infermieristica territoriale e dell'educazione sanitaria rivolta al caregiver.

In particolare, sono stati esclusi gli studi non coerenti con gli obiettivi della revisione, a seguito della lettura del titolo e dell'abstract, nonché gli articoli focalizzati su ambiti assistenziali differenti, quali l'educazione rivolta a madri di bambini o a contesti non riconducibili alla gestione di condizioni croniche nella popolazione adulta e anziana.

Sono stati inoltre esclusi gli articoli che, pur includendo la figura del caregiver, non affrontavano in modo specifico il ruolo educativo dell'infermiere.

4. RISULTATI

A seguito della ricerca condotta attraverso le stringhe di ricerca utilizzate nella banca dati PubMed e della consultazione delle riviste scientifiche italiane indicizzate, come descritto nel capitolo precedente, sono stati inizialmente individuati 323 articoli.

Dopo l'applicazione dei criteri di inclusione relativi alla disponibilità del testo completo gratuito e al periodo di pubblicazione considerato, sono stati esclusi 95 articoli, ottenendo 228 studi per la valutazione.

La successiva selezione effettuata mediante la lettura del titolo e dell'abstract ha portato all'esclusione di 207 articoli, in quanto non pertinenti rispetto agli obiettivi della revisione. Sono pertanto rimasti 21 articoli sottoposti a lettura integrale.

A seguito della lettura del testo completo, ulteriori 6 studi sono stati esclusi per mancata coerenza con il tema dell'assistenza infermieristica territoriale e dell'educazione sanitaria rivolta al caregiver.

Il numero finale di articoli inclusi nella revisione della letteratura è risultato quindi pari a 15. Il processo di identificazione, selezione e inclusione degli studi è rappresentato nel diagramma di flusso Prisma Flow Chart (Tabella 1).

Le caratteristiche principali degli articoli inclusi sono invece riportate in forma schematica nella Tabella riassuntiva (Tabella 2), che ne sintetizza titolo, anno di pubblicazione, autori, tipologia di studio e sintesi dell'elaborato.

Identificazione degli articoli tramite motore di ricerca PubMed e riviste indicizzate

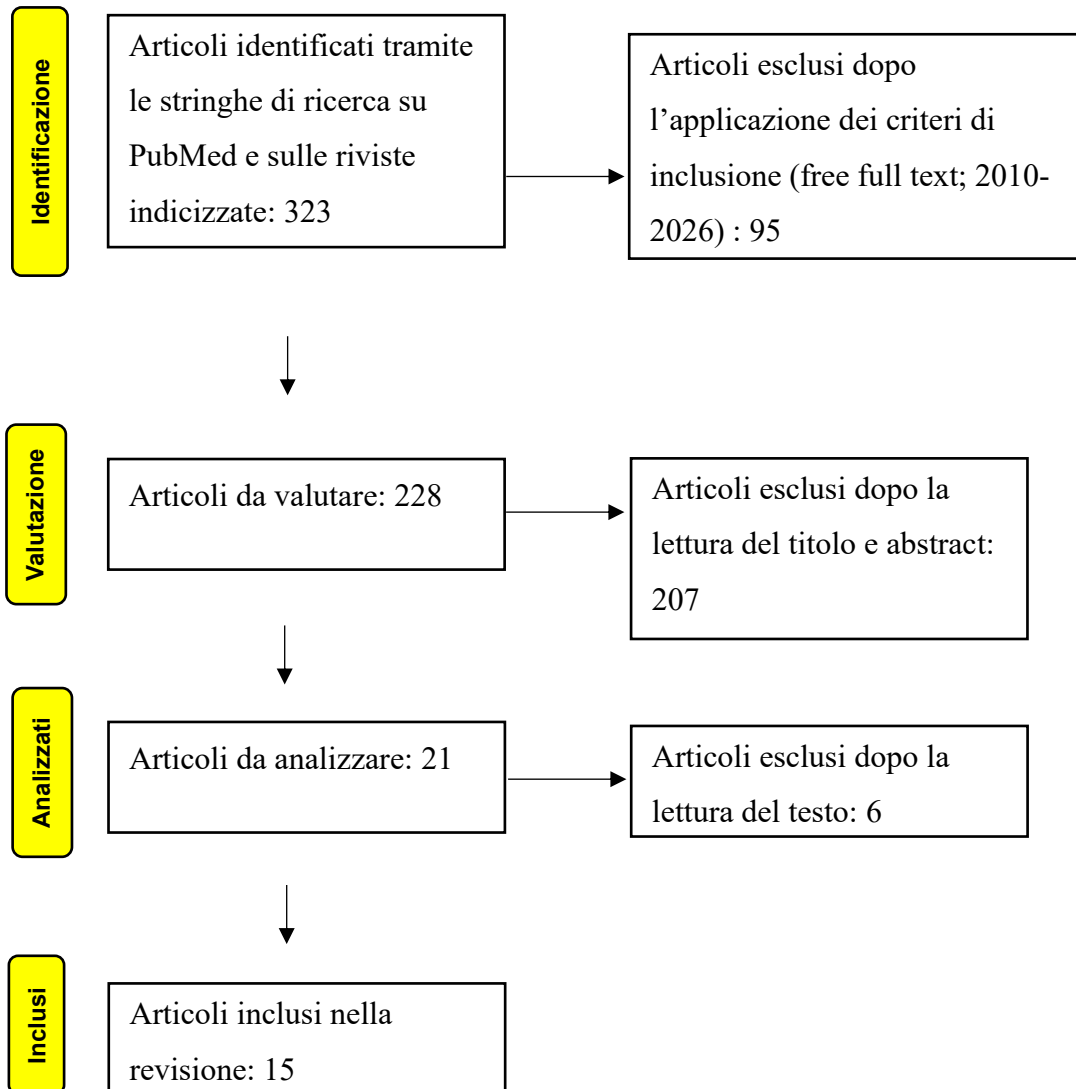


Tabella 1 – Prisma Flow Chart (elaborazione propria): descrive il processo di selezione degli articoli nella ricerca

Titolo	Anno	Autori	Tipo di studio	Sintesi elaborato
Caregiver Burden in Bladder Cancer Patients with Urinary Diversion Post-Radical Cystectomy and the Need for Comprehensive Nursing Education: A Narrative Literature	2024	Tian Zhang, Xiangxiu Qi	Revisione narrativa	Lo studio si pone come obiettivo quello di evidenziare le principali preoccupazioni percepite dai caregiver che assistono pazienti affetti da tumore alla vescica e di verificare l'efficacia degli interventi condotti dagli infermieri nell'alleviare tali preoccupazioni.
Effect of family caregiver nursing education on patients with rheumatoid arthritis and its impact factors: A randomized controlled trial	2021	Jing Li, Ying Zhang, Ya-Juan Kang, Nan Ma	Studio randomizzato controllato	Questo studio randomizzato controllato valuta l'efficacia della formazione infermieristica rivolta ai familiari che assistono pazienti affetti da artrite reumatoide. L'intervento ha mostrato una riduzione significativa degli indici di infiammazione, dell'attività della malattia e dei disturbi dell'umore nei pazienti rispetto al gruppo di controllo.
Controlled Education of patients after Stroke (CEOPS)- nurse-led multimodal and long-term interventional program involving a patient's caregiver to optimize secondary prevention of stroke: study protocol for a randomized controlled trial	2018	Mendyk A. M., Duhamel A., Bejot Y., Leys D., Derex L., Dereeper O., Detante O., Garcia P. Y., Godefroy O., Montoro F. M., Neau J. P., Richard S., Rosolacci T., Sibon I., Sablot D., Timsit S., Zuber M., Cordonnier C., Bordet R.	Studio randomizzato controllato	Lo studio ha come obiettivo quello di valutare l'efficacia di un programma condotto da infermieri, che prevede un follow-up infermieristico strutturato e sessioni educative rivolte al paziente e al caregiver, con lo scopo di migliorare il controllo dei fattori di rischio rispetto al follow-up standard. I risultati mostrano che tale approccio può migliorare la gestione post-ictus e ridurre le recidive.
Building Capacity for Caregiver Education in Yap, Micronesia	2020	Ritabelle Fernandes Pius You, Martina Reichhardt, Christina Wang, Daniel Langston, Lam Nguyen	Studio descrittivo	Lo studio descrive un programma formativo rivolto alla preparazione di formatori per caregiver familiari nelle Isole del Pacifico, con l'obiettivo di prevenire il burnout e rafforzare l'assistenza domiciliare. Il workshop ha evidenziato un miglioramento delle competenze e della fiducia nell'assistenza, sottolineando l'importanza di una formazione strutturata.

Patient and Caregiver Education to Support Self-Efficacy and Self-Management During Immunotherapy—An Integrative Review	2025	Camilla S Rothausen, Karin B Dieperink, Christina H Ruhlmann, Helle Pappot, Lærke K Tolstrup	Revisione integrativa	Questa revisione analizza l'impatto dell'educazione rivolta ai pazienti oncologici in trattamento con immunoterapia e ai loro caregiver. I risultati evidenziano come interventi educativi strutturati, soprattutto se integrati con strumenti digitali e follow-up, possano migliorare l'autoefficacia e l'autogestione, sottolineando l'importanza di un approccio personalizzato.
A WeChat-based caregiver education program improves satisfaction of stroke patients and caregivers, also alleviates poststroke cognitive impairment and depression: A randomized, controlled study	2022	Kaining Kang, Shurui Li	Studio randomizzato controllato	Questo studio valuta l'efficacia di un programma di formazione per caregiver basato su WeChat, nei pazienti colpiti da ictus. L'intervento ha portato ad un miglioramento della funzione cognitiva, una riduzione di ansia e depressione e un aumento della soddisfazione sia dei pazienti sia dei caregiver, sottolineando l'efficacia di programmi educativi strutturati e supportati da strumenti digitali.
Barriers and Facilitators to Implementing Web-Based Dementia Caregiver Education From the Clinician's Perspective: Qualitative Study	2020	Anthony J Levinson, Stephanie Ayers, Lianna Butler, Alexandra Papaioannou, Sharon Marr, Richard Sztramko	Studio qualitativo	Lo studio condotto in Canada esplora barriere e facilitatori nell'implementazione di un programma di formazione online per i caregiver di persone con demenza (iGeriCare), attraverso interviste a professionisti sanitari. I risultati evidenziano una percezione positiva dell'intervento, ma sottolineano la necessità di ulteriori studi per valutarne l'efficacia nel tempo.
Learning to PERSEVERE: A Pilot Study of Peer Mentor Support and Caregiver Education in Lewy Body Dementia	2023	Jori E Fleisher, Madhuvanthi Suresh, Melissa E Levin, Serena P Hess, Faizan Akram, Danielle Dodson, Michelle Tosin, Glenn T Stebbins, Katheryn Woo, Bichun	Studio pilota	Questo studio pilota valuta la fattibilità e l'efficacia di un intervento di mentoring tra pari della durata di 16 settimane rivolto a caregiver di persone con demenza a corpi di Lewy. Il programma, condotto tramite supporto telefonico settimanale tra caregiver esperti e nuovi caregiver, ha mostrato un miglioramento significativo delle conoscenze e degli atteggiamenti verso la demenza, con elevati livelli di

		Ouyang, Joshua Chodosh		soddisfazione, dimostrandosi un intervento educativo promettente e ben accettato.
Identifying treatment effects of an informal caregiver education intervention to increase days in the community and decrease caregiver distress: a machine-learning secondary analysis of subgroup effects in the HI-FIVES randomized clinical trial	2020	Megan Shepherd-Banigan, Valerie A Smith, Jennifer H Lindquist, Michael Paul Cary Jr, Katherine E M Miller, Jennifer G Chapman, Courtney H Van Houtven	Analisi secondaria di uno studio randomizzato controllato	Questa analisi esplora come gli effetti di un intervento educativo per caregiver varino in base alle caratteristiche individuali. I risultati mostrano che l'intervento è più efficace nei caregiver con minore carico assistenziale e minori sintomi depressivi iniziali, suggerendo la necessità di approcci personalizzati.
Enhancing quality of life for activity-limited older adults in Sri Lanka: a need-based caregiver education intervention study	2025	H S Maliga S K Wijesiri, Sudharshani Wasalathanthri, Shreenika D S Welinge, K P Chamila Dalpatadu, Chandrika N Wijeyaratne	Studio quasi-sperimentale con gruppo di controllo	Questo studio condotto in Sri Lanka valuta l'efficacia di un intervento educativo basato sui bisogni rivolto ai caregiver di anziani con limitazioni funzionali. Dopo sei mesi, il gruppo di intervento ha mostrato un miglioramento significativo della qualità di vita rispetto al gruppo di controllo.
Current practices of family caregiver training during home health care: A qualitative study	2022	Julia G Burgdorf, Alicia I Arbaje, Jo-Ana Chase, Jennifer L Wolff	Studio qualitativo	Lo studio esplora le pratiche attuali di valutazione e formazione dei caregiver familiari nell'assistenza domiciliare. Dai risultati emerge la mancanza di strumenti strutturati e materiali standardizzati, suggerendo la necessità di supporti organizzativi per migliorare qualità ed efficacia della formazione.
Unmet family caregiver training needs associated with acute care utilization during home health care	2021	Julia G Burgdorf, Alicia I Arbaje, Elizabeth A Stuart, Jennifer L Wolff	Studio di coorte osservazionale	Questo studio analizza l'associazione tra bisogni formativi insoddisfatti dei caregiver e utilizzo di cure acute durante l'assistenza domiciliare. I risultati mostrano che gli anziani i cui caregiver presentano necessità formative non soddisfatte hanno più probabilità di accesso al pronto soccorso o ospedalizzazione.

Bisogni di supporto dei caregiver di pazienti affetti da demenza: revisione integrativa della letteratura	2015	Valentina Simonetti, Giancarlo Cicolini, Dania Comparcini, Carla Cremonini, Patricia Ciapanna, Tiziana Traini, Mariella Amadio, Silvano Troiani	Revisione della letteratura	Questa revisione analizza i principali bisogni di supporto dei caregiver di pazienti con malattia di Alzheimer. I risultati sottolineano il ruolo centrale dell'infermiere, in particolare del case manager e dell'infermiere di famiglia nell'identificazione precoce dei bisogni e nell'orientamento ai servizi.
Come aiutare i caregiver? Risultati di un corso teorico-pratico sulle tecniche assistenziali di base	2014	Mario Degan, Federico Pegoraro, Cristina Dalla Riva, Stefania Zulpo, Elena Colalto, Francesca Vivian	Report di progetto formativo	L'articolo descrive un'esperienza formativa condotta in Veneto rivolta ai caregiver familiari, finalizzata all'apprendimento di tecniche assistenziali di base attraverso moduli teorico-pratici. L'intervento ha evidenziato elevati tassi di adesione e gradimento, evidenziando il bisogno formativo legato al deficit di competenze tecniche assistenziali.
Ictus cerebrale: studio qualitativo su esperienze e bisogni dei caregivers informali	2012	Paola Montanari, Valerio Dimonte	Studio qualitativo	Lo studio mira ad indagare i bisogni dei caregiver di pazienti colpiti da ictus, attraverso interviste narrative ai familiari dei pazienti. Tra le criticità individuate emergono la comunicazione con il personale sanitario e la preparazione in vista della dimissione a domicilio, che indicano la necessità di interventi educativi e di supporto durante l'iter ospedaliero.

Tabella 2 – Tabella riassuntiva degli articoli selezionati (elaborazione propria)

Dall'analisi delle pubblicazioni emerse dalla ricerca si osserva come la maggior parte degli articoli risultano concentrati negli anni più recenti, evidenziando un crescente interesse della letteratura scientifica verso questa tematica e confermandone l'attualità nel contesto assistenziale territoriale. Inoltre, sebbene in numero minore, anche nelle riviste italiane sono emersi alcuni risultati, che ci indicano un interesse crescente verso la tematica nel contesto nazionale.

5. DISCUSSIONE

I risultati della revisione evidenziano come l'educazione sanitaria sia un elemento centrale dell'assistenza e come la formazione dei caregiver rappresenti un processo volto a rendere il caregiver più consapevole delle proprie scelte e dei comportamenti che possono migliorare la gestione quotidiana della malattia.

Gli studi inclusi nella revisione mostrano una varietà di approcci educativi che spaziano dall'educazione tradizionale in presenza a programmi innovativi.

In questo capitolo verranno discusse quindi le diverse modalità di educazione sanitaria che sono emerse dall'analisi degli articoli, partendo da un approfondimento sulle tipologie di caregiver e i vari contesti assistenziali emersi e concludendo con i principali outcome conseguenti alla formazione, con l'obiettivo di evidenziare le strategie educative più efficaci e quali sono i fattori che ne influenzano il successo.

Infine, verrà analizzato il ruolo dell'infermiere nel percorso educativo territoriale, che risulta centrale nella presa in carico e nella gestione di un approccio personalizzato.

5.1 Tipologia di caregiver e contesti assistenziali

I caregiver costituiscono una componente essenziale della rete assistenziale sul territorio e in ambito domiciliare, garantendo continuità assistenziale, supervisione e supporto emotivo ai pazienti.

Essi possono essere familiari, amici o caregiver formali, come badanti o assistenti domiciliari; ciascuna tipologia si caratterizza per specifiche competenze, disponibilità di tempo, esperienza pregressa e grado di coinvolgimento nella cura quotidiana.

Gli studi inclusi evidenziano come i caregiver familiari assumano ruoli differenti a seconda della condizione clinica del paziente e del contesto assistenziale: la complessità delle necessità assistenziali varia in base alla patologia, all'età e al livello di autonomia del paziente. Questa variabilità implica che le strategie educative debbano essere adattate al profilo del caregiver e alla complessità della malattia. Per questo motivo, la presente discussione distingue quattro principali tipologie di caregiver ritrovate dall'analisi degli studi inclusi nella revisione, suddivisi sulla base del tipo di paziente che assistono, elencati di seguito:

- pazienti oncologici
- pazienti neurologici o post-ictus
- pazienti con demenza o malattie neurodegenerative
- pazienti cronici o anziani fragili.

Nell'assistere i pazienti oncologici, ad esempio, i caregiver affrontano sfide complesse legate alla gestione dei trattamenti avanzati, come la chemioterapia o l'immunoterapia, e devono quindi acquisire competenze specifiche nella gestione degli effetti collaterali e nel monitoraggio dei sintomi. Inoltre, si ritrovano a dover affrontare l'impatto emotivo della malattia, richiedendo quindi, nella maggior parte dei casi, un supporto psicologico (Zhang et al., 2024). In questo contesto, l'educazione sanitaria deve quindi essere intensiva e continuativa, al fine di garantire l'autoefficacia del caregiver e il supporto necessario.

I caregiver che si occupano di pazienti neurologici o post-ictus si trovano ad affrontare difficoltà legate al recupero funzionale, alla prevenzione delle recidive e alla gestione di deficit cognitivi e fisici. Il caregiver in questo caso deve essere preparato non solo a gestire la mobilità, l'alimentazione e l'igiene personale, ma anche a riconoscere segnali di deterioramento cognitivo o recidiva (Kang et al., 2022).

I caregiver che assistono persone con demenza o malattie neurodegenerative, invece, si trovano a fronteggiare un carico emotivo e cognitivo elevato, dovendo gestire

comportamenti complessi e progressivi deterioramenti. L'educazione dei caregiver in questi casi non si limita a trasmettere conoscenze tecniche, ma promuove strategie di coping, gestione dello stress, capacità di problem solving e padronanza delle competenze assistenziali.

Infine, i caregiver che si occupano di pazienti cronici o anziani fragili affrontano sfide legate alla gestione delle limitazioni funzionali e delle attività quotidiane, e rispondono positivamente a interventi personalizzati e basati sui bisogni specifici, che ne migliorano la competenza e la fiducia nell'assistenza.

Tale suddivisione dei caregiver in base alla tipologia di pazienti che assistono ci permette di comprendere le diverse necessità di supporto a loro necessarie, ma dagli articoli esaminati emerge come anche l'età di questi, l'etnia e la lingua, le caratteristiche psicologiche, sociali ed economiche, nonché il contesto culturale e organizzativo del territorio rappresentano fattori determinanti nell'adattamento degli interventi educativi. (Shepherd-Banigan et al., 2020)

Numerosi studi sottolineano infatti come il benessere psicologico del paziente e del caregiver siano fortemente interconnessi, andando a rimarcare la necessità di un supporto per questi ultimi.

In sintesi, la suddivisione dei caregiver in base alla tipologia di pazienti che assistono e al contesto assistenziale permette quindi di comprendere meglio le diverse esigenze educative e di evidenziare come l'educazione sanitaria debba essere modulata e ampliata per essere realmente efficace.

5.2 Modalità di educazione sanitaria

Dall'analisi della letteratura emerge come le modalità educative identificate nei diversi contesti assistenziali mostrino una crescente strutturazione degli interventi, orientata alla personalizzazione, alla continuità nel tempo e all'integrazione di strumenti tradizionali e

innovativi. Di seguito vengono elencate e definite le principali modalità educative rilevate:

- **Programmi educativi strutturati e multimodali**

Tra le modalità di educazione sanitaria rivolte ai caregiver emergono i programmi educativi strutturati, caratterizzati da un'organizzazione formativa articolata e multidimensionale. In alcuni interventi, l'educazione è stata sviluppata attraverso programmi specifici progettati da team multidisciplinari e prevedono una combinazione di diversi approcci formativi, tra cui formazione di gruppo, incontri individuali con il caregiver, distribuzione di materiale informativo scritto e utilizzo di strumenti digitali per la diffusione delle informazioni. In alcuni percorsi è spesso previsto anche un sistema di valutazione delle conoscenze acquisite, con eventuali momenti di riqualificazione o approfondimento per i partecipanti che non raggiungono gli obiettivi formativi prefissati. (Li et al., 2021)

In altri contesti sono stati inoltre sviluppati corsi multidimensionali rivolti non solo ai familiari ma anche ad altre figure di supporto, come volontari e assistenti domiciliari. Questi percorsi affrontano sia aspetti pratici dell'assistenza (come la gestione della mobilità, dell'igiene, dell'alimentazione, dell'eliminazione o del disorientamento) sia tematiche legate al benessere del caregiver, come la gestione dello stress e l'orientamento ai servizi sociosanitari disponibili sul territorio. Tali programmi vengono spesso realizzati con il contributo di diverse figure professionali, tra cui infermieri, fisioterapisti, logopedisti, dietisti ed assistenti sociali, con l'obiettivo di offrire un supporto educativo completo alla gestione assistenziale. (Degan M. et al., 2014)

- **Educazione personalizzata**

Un'altra modalità di educazione sanitaria emersa dalla letteratura riguarda l'adozione di interventi formativi personalizzati, sviluppati a partire dalla valutazione delle caratteristiche e dei bisogni specifici del caregiver e del contesto assistenziale.

In alcuni programmi educativi, ai partecipanti vengono inizialmente somministrati questionari o strumenti di valutazione con l'obiettivo di identificare le principali difficoltà assistenziali e orientare i contenuti formativi verso le tematiche più

pertinenti alla situazione vissuta dal caregiver, tralasciando invece gli argomenti ritenuti meno rilevanti. Questo approccio consente di rendere la formazione più mirata ed efficace, adattando i contenuti alle reali necessità assistenziali. (Degan M. et al., 2014)

Diversi studi evidenziano inoltre come l'efficacia degli interventi educativi sia influenzata da molteplici fattori che riguardano non solo il caregiver, ma anche l'organizzazione dei servizi e la qualità delle relazioni con il team sanitario. Tra questi assumono particolare rilievo fattori strutturali, come la disponibilità di risorse formative e di personale dedicato, fattori interpersonali legati alla comunicazione e al rapporto di fiducia tra caregiver, paziente e professionisti sanitari, e fattori individuali, tra cui il livello di istruzione del caregiver e la complessità dei bisogni assistenziali del paziente.

In alcuni contesti clinici, la valutazione delle competenze e dei bisogni del caregiver viene effettuata attraverso osservazioni e valutazioni informali da parte dei professionisti sanitari, che considerano in modo olistico sia le capacità del caregiver sia le caratteristiche dell'ambiente domestico. Tuttavia, la mancanza di strumenti standardizzati di valutazione può comportare il rischio di interpretazioni soggettive e potenziali bias nella definizione dei bisogni formativi. (Burgdorf et al., 2022)

Infine, la letteratura sottolinea come gli interventi educativi possano risultare meno efficaci nei caregiver che presentano livelli elevati di stress o difficoltà emotive. In questi casi, risulta particolarmente importante adottare strategie educative maggiormente personalizzate, basate su una valutazione approfondita delle esigenze del caregiver e sullo sviluppo di percorsi formativi adattati alle specifiche condizioni assistenziali e psicologiche. (Shepherd-Banigan et al., 2020)

- **Utilizzo del digitale**

L'utilizzo di strumenti digitali e piattaforme online, impiegati per fornire informazioni, supporto e follow-up ai caregiver familiari consentono di superare alcune limitazioni legate alla distanza geografica e alla difficoltà di accesso ai servizi, favorendo una comunicazione continua tra caregiver e professionisti sanitari.

In uno studio preso in esame è stato sviluppato il programma di formazione per caregiver WBCE (WeChat-Based Caregiver Education), basato sull'utilizzo

dell'applicazione WeChat, ampiamente diffusa in Cina. Il programma prevedeva la condivisione di contenuti educativi e indicazioni riabilitative attraverso brevi video realizzati da infermieri qualificati, riguardanti tematiche come la conoscenza dell'ictus, la prevenzione secondaria, la gestione della terapia farmacologica, la riabilitazione fisica, l'alimentazione e il supporto psicologico. La piattaforma consentiva inoltre una comunicazione in tempo reale tra caregiver e infermieri, permettendo di porre domande e ricevere chiarimenti in caso di dubbi o difficoltà nella gestione domiciliare. Parallelamente veniva effettuato un follow-up periodico: gli infermieri contattavano i caregiver tramite chat individuale ogni due settimane per monitorare lo stato di recupero del paziente e fornire ulteriori indicazioni assistenziali. (Kang & Li, 2022)

Un altro esempio è rappresentato da iGeriCare, un intervento di e-learning sviluppato dalla McMaster University per supportare i familiari che assistono persone con demenza. Il programma è stato progettato da esperti nel campo della demenza e dell'apprendimento online, in collaborazione con caregiver familiari, con l'obiettivo di rispondere in modo mirato ai loro bisogni informativi. iGeriCare è strutturato in dieci lezioni multimediali online e mira a migliorare le conoscenze e le competenze dei caregiver, fornendo strategie pratiche di gestione della malattia e informazioni sui servizi disponibili, con l'obiettivo di migliorare sia la qualità di vita del caregiver sia quella della persona assistita. (Levinson et al., 2020)

- **Mentoring tra pari e gruppi di supporto**

Il mentoring tra pari consiste in un intervento basato sull'evidenza nel quale un caregiver con maggiore esperienza offre sostegno e orientamento a un caregiver meno esperto che si trova ad affrontare per la prima volta le difficoltà legate all'assistenza di un familiare. Questo tipo di relazione permette di condividere conoscenze pratiche, strategie di gestione della malattia e modalità per affrontare le difficoltà quotidiane dell'assistenza domiciliare. Sebbene i programmi possano differire per struttura, durata e contenuti, diversi studi evidenziano come il mentoring tra pari possa favorire il miglioramento dei comportamenti di autogestione dei caregiver e contribuire al loro benessere psicologico e fisico. In alcuni interventi, ad esempio, il supporto viene organizzato attraverso incontri o contatti telefonici periodici tra mentor e caregiver,

talvolta guidati da materiali informativi o manuali che forniscono indicazioni sulla gestione della patologia e delle problematiche assistenziali. (Fleisher et al., 2023)

Accanto al mentoring individuale, anche i gruppi di supporto rappresentano uno strumento importante di educazione e sostegno. In questi contesti i caregiver hanno l'opportunità di partecipare a incontri strutturati, spesso guidati da professionisti sanitari o da figure di riferimento per il supporto ai caregiver, durante i quali vengono affrontate le problematiche più comuni legate all'assistenza di pazienti complessi. Le sessioni di gruppo permettono non solo di acquisire informazioni e competenze utili, ma anche di confrontarsi con altre persone che vivono situazioni simili, creando uno spazio di condivisione e di sostegno reciproco. La possibilità di ascoltare le esperienze altrui, discutere delle proprie difficoltà e condividere strategie di coping può contribuire a ridurre il senso di isolamento spesso sperimentato dai caregiver e favorire una maggiore consapevolezza del proprio ruolo assistenziale. (Simonetti V. et al., 2015)

- **Follow-up strutturato:**

La letteratura evidenzia inoltre l'importanza del follow-up strutturato, realizzato tramite visite domiciliari, contatti telefonici programmati o monitoraggio da remoto. Il follow-up permette di verificare l'applicazione pratica delle competenze, correggere eventuali errori e intervenire precocemente in caso di difficoltà.

Un esempio di follow-up strutturato si ritrova in uno studio clinico in cui l'educazione viene avviata già prima della dimissione del paziente, attraverso incontri dedicati tra personale infermieristico, paziente e familiare coinvolto nell'assistenza. Durante queste sessioni vengono affrontati aspetti legati alla gestione della terapia farmacologica, al monitoraggio dei parametri vitali e all'adozione di corretti stili di vita, con momenti successivi di verifica della comprensione delle informazioni fornite. Il percorso educativo prosegue poi nel periodo successivo alla dimissione tramite contatti programmati, come interviste telefoniche periodiche finalizzate a rispondere a eventuali dubbi, rinforzare le indicazioni ricevute e individuare precocemente eventuali difficoltà nella gestione domiciliare. In altri programmi di follow-up, i caregiver partecipano a sessioni telefoniche di educazione individuale mirate a migliorare specifici aspetti dell'assistenza, come la gestione dei farmaci o

altre problematiche selezionate in base ai bisogni del caregiver. Sono inoltre previsti momenti di verifica a distanza di tempo per valutare se le indicazioni fornite vengono effettivamente applicate nella pratica assistenziale. Questo tipo di interventi evidenzia come l'educazione sanitaria non rappresenti un evento isolato, ma un processo continuativo che richiede monitoraggio, supporto e rinforzo nel tempo. (Mendyk et al., 2018)

- **Supporto psico-educativo**

Alcuni studi sottolineano come la comprensione dei bisogni di supporto psico-educativo dei caregiver sia fondamentale per sviluppare strategie capaci di sostenere l'intero sistema familiare nel complesso compito assistenziale. Questi programmi hanno l'obiettivo di fornire conoscenze e consigli pratici per migliorare la gestione quotidiana dell'assistenza, ma anche di rafforzare le competenze relazionali e comunicative all'interno del nucleo familiare. L'educazione viene quindi integrata con interventi di supporto emotivo, volti ad aiutare il caregiver a gestire lo stress, le difficoltà relazionali e il carico psicologico legato al ruolo di cura. In alcuni casi tali interventi assumono una dimensione multidisciplinare, coinvolgendo diverse figure professionali, come il medico di medicina generale, lo psicologo e l'assistente sociale, con l'obiettivo di offrire un supporto globale che includa aspetti clinici, psicologici e sociali, valorizzando il tema della multidisciplinarietà. All'interno di questi percorsi assume inoltre particolare rilevanza la partecipazione a gruppi di confronto e discussione, che consentono ai caregiver di condividere esperienze, difficoltà e strategie di adattamento con persone che vivono situazioni simili. (Simonetti V. et al., 2015) Questo tipo di approccio appare particolarmente significativo se si considera che il benessere psicologico del caregiver e quello del paziente risultano strettamente interconnessi, influenzandosi reciprocamente nel corso del percorso assistenziale. (Zhang & Qi, 2024)

- **Formazione dei formatori**

Un ulteriore aspetto riguarda la formazione dei professionisti coinvolti nell'educazione dei caregiver. Alcuni interventi descrivono infatti programmi di "formazione dei formatori", finalizzati a preparare operatori sanitari e figure di

assistenza a svolgere attività educative rivolte ai familiari. In uno di questi programmi è stato organizzato un workshop per il conseguimento di un Certificato di Assistenza Familiare, articolato in diverse aree di competenza, tra cui l'alfabetizzazione sanitaria del caregiver, la salute mentale, la formazione pratica e il tirocinio sul campo. Durante il percorso formativo sono stati affrontati temi quali le attività della vita quotidiana, la gestione dei problemi assistenziali più comuni, la cura delle ferite, l'utilizzo corretto delle attrezzature sanitarie, la gestione dei comportamenti difficili e la prevenzione del burnout del caregiver. Il programma, della durata complessiva di 32 ore, ha coinvolto diversi professionisti sanitari, tra cui assistenti sanitari, operatori di comunità, infermieri e medici, formati con l'obiettivo di diventare istruttori e supportare successivamente i caregiver nel percorso assistenziale. (Fernandes et al., 2020)

Nel complesso, le modalità educative descritte mostrano come l'educazione del caregiver debba essere considerata un processo dinamico, continuo e integrato, in cui l'infermiere territoriale assume un ruolo centrale di educatore, facilitatore e coordinatore dei programmi assistenziali. L'efficacia degli interventi appare strettamente legata alla loro strutturazione, personalizzazione e continuità nel tempo, confermando che il sostegno al caregiver costituisce un elemento strategico per garantire qualità, sicurezza e sostenibilità dell'assistenza domiciliare.

5.3 Outcome degli interventi educativi

Gli studi analizzati mostrano che gli interventi educativi effettuati hanno prodotto outcome impattanti e nella maggior parte dei casi positivi.

Innanzitutto, è importante sottolineare quali sono gli esiti sui caregiver stessi: diversi studi evidenziano come gli interventi educativi possano contribuire a migliorare le loro conoscenze e le competenze necessarie per la gestione dell'assistenza domiciliare. I caregiver che partecipano a programmi formativi riportano frequentemente un aumento

della preparazione percepita e una maggiore sicurezza nello svolgimento delle attività assistenziali (Li et al., 2021). Ad esempio, in seguito a corsi educativi strutturati, i partecipanti hanno espresso elevati livelli di soddisfazione rispetto alla formazione ricevuta, sottolineando di aver acquisito una preparazione più completa sia nella fase preoperatoria sia nella gestione dell'assistenza successiva, oltre a una maggiore padronanza delle competenze pratiche richieste per la cura quotidiana (Zhang et al., 2024).

Sono state ritrovate spesso notevoli difficoltà da parte del caregiver nell'affrontare il momento della dimissione del paziente dall'ospedale, ovvero quando si devono assumere nuove responsabilità. In questo contesto emerge con particolare evidenza il bisogno di ricevere informazioni chiare e supporto da parte dei professionisti sanitari, soprattutto riguardo alla gestione quotidiana della persona assistita, al monitoraggio dei parametri e alla corretta gestione delle terapie (Montanari et al., 2012).

Alcuni studi evidenziano inoltre come un'educazione strutturata possa contribuire a ridurre il carico assistenziale percepito e a migliorare il benessere psicologico. In particolare, emerge l'importanza del supporto sociale: i caregiver hanno spesso espresso il desiderio di poter condividere le proprie esperienze con altri caregiver, attraverso gruppi di supporto o momenti di confronto, evidenziando come lo scambio di esperienze e il sostegno reciproco possano rappresentare un'importante risorsa nel percorso assistenziale. Inoltre, per i caregiver che presentano livelli elevati di stress o difficoltà emotive, gli interventi standardizzati potrebbero risultare meno efficaci, rendendo necessario un approccio più personalizzato che tenga conto dei bisogni specifici (Shepherd-Banigan et al., 2020).

Parallelamente agli effetti osservati sui caregiver, dall'analisi degli articoli si evidenziano anche esiti positivi sui pazienti assistiti. Il coinvolgimento e la formazione dei caregiver familiari sembrano infatti contribuire a migliorare la gestione quotidiana della malattia, favorendo una maggiore partecipazione del paziente ai processi di autocura e di autogestione della propria condizione di salute (Zhang et al., 2024).

Gli studi riportano infatti miglioramenti in diversi indicatori di salute dei pazienti, tra cui il benessere psicologico, la qualità della vita correlata alla salute e i livelli di autoefficacia nella gestione della malattia. In alcuni casi sono stati associati anche a

miglioramenti di specifici parametri clinici e a una riduzione dell'attività di malattia o dei sintomi correlati (Li et al., 2021). Programmi educativi basati su strumenti digitali o su interventi strutturati di formazione e follow-up hanno inoltre mostrato effetti positivi su alcuni esiti psicologici nei pazienti, come ansia, depressione e soddisfazione rispetto all'assistenza ricevuta.

Accanto agli esiti su caregiver e pazienti, la letteratura suggerisce che la formazione dei caregiver possa avere ricadute anche sul piano organizzativo e assistenziale. Si nota infatti come possa influenzare diversi aspetti dell'assistenza, tra cui l'intensità delle visite assistenziali, la tipologia di servizi utilizzati e i tempi o le modalità di dimissione dai servizi sanitari (Burgdorf et al., 2022). È stato osservato che quando i caregiver presentano bisogni formativi non soddisfatti, i pazienti possono avere una maggiore probabilità di ricorrere a cure acute durante il periodo di assistenza domiciliare (Burgdorf et al., 2021). Questi risultati suggeriscono come il supporto educativo ai caregiver possa rappresentare un elemento rilevante anche per la qualità e l'organizzazione dei percorsi assistenziali.

5.4 Ruolo dell'infermiere nell'educazione sanitaria al caregiver

All'interno degli interventi educativi analizzati emerge il ruolo centrale dell'infermiere, che rappresenta una figura chiave nella gestione dell'assistenza domiciliare e nell'educazione sanitaria.

In diversi studi, l'infermiere risulta coinvolto nella realizzazione di sessioni educative pre-dimissione, durante le quali fornisce al paziente e al caregiver informazioni relative alla gestione delle terapie prescritte, agli stili di vita da adottare, alle modalità di controllo dei parametri clinici e alle strategie per promuovere l'aderenza terapeutica. Il personale infermieristico svolge inoltre un ruolo fondamentale nel follow-up, si rende disponibile attraverso contatti telefonici o incontri programmati, garantendo continuità assistenziale e supporto nel tempo. (Mendyk et al., 2018)

Anche nelle modalità educative che prevedono l'utilizzo del digitale, gli infermieri si occupano della condivisione di informazioni sanitarie tramite video registrati da loro e gestiscono la comunicazione in tempo reale per rispondere a domande e fornire supporto e chiarimenti. (Kang et al., 2022)

In generale, l'infermiere contribuisce alla valutazione dei bisogni formativi dei caregiver e adatta gli interventi educativi, strutturando questionari di valutazione e corsi educativi e guidando gli incontri nei gruppi di supporto, in alcuni casi con la collaborazione di altre figure professionali.

Tali elementi evidenziano come la figura infermieristica sia centrale nel promuovere l'empowerment del caregiver e nel migliorare la qualità complessiva dell'assistenza sul territorio.

6. CONCLUSIONI

Il presente elaborato ha avuto l'obiettivo di analizzare il ruolo dell'educazione sanitaria rivolta ai caregiver nell'ambito dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento alle modalità educative utilizzate e agli outcome associati a tali interventi. Attraverso una revisione della letteratura scientifica nazionale e internazionale è stato possibile delineare un quadro delle principali strategie educative adottate e del loro impatto su caregiver, pazienti assistiti e organizzazione dei percorsi assistenziali.

Dall'analisi degli studi emerge come il caregiver rappresenti una figura fondamentale all'interno dell'assistenza domiciliare, soprattutto nel contesto attuale caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle patologie croniche. Il caregiver familiare, pur non essendo un professionista sanitario, assume spesso un ruolo centrale nella gestione quotidiana della malattia, contribuendo alla continuità delle cure, al monitoraggio delle condizioni cliniche e al supporto emotivo della persona assistita. Tuttavia, tale ruolo è frequentemente accompagnato da un elevato carico assistenziale e da una preparazione limitata rispetto alle competenze richieste per la gestione dell'assistenza. In questo contesto, l'educazione sanitaria rivolta ai caregiver si configura come uno strumento essenziale per supportare queste figure e migliorare la qualità complessiva dell'assistenza.

La revisione della letteratura ha evidenziato come gli interventi educativi rivolti ai caregiver possano assumere forme differenti, tra cui programmi educativi strutturati, interventi personalizzati basati sui bisogni, strumenti digitali, gruppi di supporto e interventi di supporto psico-educativo. La presenza di queste diverse strategie riflette la crescente attenzione della letteratura scientifica verso approcci formativi flessibili, in

grado di rispondere in modo più efficace alla complessità delle situazioni assistenziali e ai bisogni specifici.

Un elemento che emerge in modo trasversale dagli studi analizzati riguarda l'importanza della personalizzazione degli interventi educativi. L'efficacia dei programmi formativi appare infatti strettamente legata alla capacità di adattare i contenuti e le modalità di erogazione alle caratteristiche del caregiver, alla patologia del paziente e al contesto assistenziale di riferimento. Per questo motivo, la valutazione dei bisogni formativi rappresenta un passaggio fondamentale nella progettazione di programmi educativi efficaci.

Per quanto riguarda gli esiti, la formazione dei caregiver risulta associata prevalentemente a outcome positivi. Diversi studi riportano miglioramenti nelle conoscenze e nelle competenze assistenziali dei caregiver, un aumento della fiducia nelle proprie capacità di gestione dell'assistenza e una riduzione del carico assistenziale percepito. Effetti positivi emergono anche sugli esiti dei pazienti assistiti, con una migliore gestione quotidiana della malattia, maggiore partecipazione del paziente ai processi di autocura e un miglioramento del benessere psicologico.

Gli impatti sono rilevanti anche sul piano organizzativo e assistenziale. Alcuni studi suggeriscono che il livello di preparazione dei caregiver possa influenzare l'utilizzo dei servizi sanitari, la frequenza delle visite assistenziali e il ricorso alle cure acute.

In questo contesto emerge il ruolo centrale dell'infermiere, che rappresenta una figura chiave di riferimento per il paziente e per il caregiver durante il percorso di cura domiciliare e di educazione sanitaria. L'infermiere contribuisce alla valutazione dei bisogni formativi, alla pianificazione degli interventi educativi e al monitoraggio delle competenze acquisite.

Nonostante i risultati complessivamente positivi evidenziati dalla letteratura, è importante sottolineare alcune limitazioni emerse. In primo luogo, gli studi analizzati presentano una notevole eterogeneità in termini di contesti assistenziali, tipologie di intervento educativo e strumenti di valutazione utilizzati per misurare gli outcome. Questa variabilità rende talvolta difficile il confronto diretto tra i risultati degli studi e l'individuazione di modelli educativi universalmente applicabili. Inoltre, il numero

relativamente limitato di studi disponibili in ambito nazionale suggerisce la necessità di sviluppare ulteriori ricerche nel contesto italiano.

Alla luce delle evidenze emerse, appare evidente come il supporto educativo ai caregiver rappresenti una componente fondamentale dell'assistenza territoriale e domiciliare. Investire nello sviluppo di programmi educativi strutturati, personalizzati e continuativi nel tempo può contribuire a migliorare la qualità delle cure, a sostenere il benessere dei caregiver e a favorire una gestione più efficace delle patologie croniche al domicilio. In questo scenario, il rafforzamento del ruolo educativo dell'infermiere e la promozione di modelli assistenziali integrati e centrati sulla persona rappresentano elementi strategici per affrontare le sfide poste dall'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione.

7. BIBLIOGRAFIA

- Burgdorf, J. G., Arbaje, A. I., Chase, J.-A., Wolff, J. L. (2022). Current practices of family caregiver training during home health care: A qualitative study. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 70(1), pp. 218-227. <https://doi.org/10.1111/jgs.17492>.
- Burgdorf, J. G., Arbaje, A. I., Stuart, E. A., Wolff, J. L. (2021). Unmet family caregiver training needs associated with acute care utilization during home health care. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 69(7), pp. 1887-1895. <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.17138>.
- Chiappinotto, S., Bassi, E., Palese, A. (2023). La revisione narrativa della letteratura: aspetti metodologici. *L'Infermiere* 2023, vol. 60(3), pp. 131-141. <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2023/10/LInfermiere-60-3-2023-pages-e131-e141.pdf>.
- Collins, L. G., Swartz, K. (2011). Caregiver care. *American Family Physician*, vol. 83(11), pp. 1309–1317. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/0601/p1309.html>.
- Decreto legislativo 23 maggio 2022, n.77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG>.
- Degan, M., Pegoraro, F., Dalla Riva, C., Zulpo, S., Colalto, E., Vivian, F. Come aiutare i caregiver? Risultati di un corso teorico-pratico sulle tecniche assistenziali di base. (2014). *Fnopi L'infermiere, Rivista L'Infermiere N° 3 - 2014*. <https://www.infermiereonline.org/2014/07/29/come-aiutare-i-caregiver-risultati-di-un-corso-teorico-pratico-sulle-tecniche-assistenziali-di-base/>.

- del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C., Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, vol. 16(3): e0247143. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247143>.
- Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. (2025). Codice deontologico delle professioni infermieristiche. https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI_CodiceDeontol2025_web.pdf.
- Fernandes, R., You, P., Reichhardt, M., Wang, C., Langston, D., Nguyen, L. (2020). Building Capacity for Caregiver Education in Yap, Micronesia. *Hawai'i Journal of Health & Social Welfare*, vol. 79(6 Suppl 2), pp. 78–81. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7311946/>.
- Fleisher, J. E., Suresh, M., Levin, M. E., Hess, S. P., Akram, F., Dodson, D., Tosin, M., Stebbins, G. T., Woo, K., Ouyang, B., Chodosh, J. (2023). Learning to PERSEVERE: A Pilot Study of Peer Mentor Support and Caregiver Education in Lewy Body Dementia. *Parkinsonism & related disorders*, vol. 113, 105492. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2023.105492>.
- Istituto Nazionale di Statistica. (2020). Annuario statistico italiano 2020 – Sanità e salute. <https://www.istat.it/it/files/2020/12/C04.pdf>.
- Kang, K., Li, S. (2022). A WeChat-based caregiver education program improves satisfaction of stroke patients and caregivers, also alleviates poststroke cognitive impairment and depression: A randomized, controlled study. *Medicine*, vol. 101(27), e29603. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029603>.
- Levinson, A. J., Ayers, S., Butler, L., Papaioannou, A., Marr, S., Sztramko, R. (2020). Barriers and Facilitators to Implementing Web-Based Dementia Caregiver Education From the Clinician's Perspective: Qualitative Study. *JMIR Aging*, vol. 3(2), e21264. <https://doi.org/10.2196/21264>.
- Li, J., Zhang, Y., Kang, Y.-J., Ma, N. (2021). Effect of family caregiver nursing education on patients with rheumatoid arthritis and its impact factors: A randomized controlled trial. *World Journal of Clinical Cases*, vol. 9(28), pp. 8413–8424. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i28.8413>.

- Litzelman, K. (2019). Caregiver Well-being and the Quality of Cancer Care. *Seminars in Oncology Nursing*, vol. 35(4), pp. 348–353. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.06.006>.
- Maliga-Wijesiri, H. S., Wasalathanthri, S., Weliange, S. D. S., Dalpatadu, C. K. P., Wijeyaratne, C. N. (2025). Enhancing quality of life for activity-limited older adults in Sri Lanka: a need-based caregiver education intervention study. *BMC Geriatrics*, vol. 25(552). <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-025-06215-x>.
- Mendyk, A.-M., Duhamel, A., Bejot, Y., Leys, D., Derex, L., Dereeper, O., Detante, O., Garcia, P.-Y., Godefroy, O., Montoro, F. M., Neau, J.-P., Richard, S., Rosolacci, T., Sibon, I., Sablot, D., Timsit, S., Zuber, M., Cordonnier, C., Bordet, R. (2018). Controlled Education of patients after Stroke (CEOPS)- nurse-led multimodal and long-term interventional program involving a patient’s caregiver to optimize secondary prevention of stroke: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, vol. 19(137). <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2483-0>.
- Ministero della Salute. (2025). Piano nazionale della cronicità. <https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2025-11/Piano%20nazionale%20cronicita%C3%A0.pdf>.
- Montanari, P., Dimonte, V. (2012). Ictus cerebrale: studio qualitativo su esperienze e bisogni dei caregivers informali. *Fnopi L’infermiere, Rivista L’Infermiere* N° 1 - 2012. <https://www.infermiereonline.org/2012/03/14/ictus-cerebrale-studio-qualitativo-su-esperienze-e-bisogni-dei-caregivers-informali/>.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. (2021). Glossario OMS della promozione della salute. https://www.dors.it/wp-content/uploads/2024/01/Glossario-OMS-POST- -BOOK_231120.pdf.
- Romagnoli, K. M., Handler, S. M., Hochheiser, H. (2013). Home Care: More Than Just A Visiting Nurse. *BMJ Quality & Safety*, vol. 22(12), pp. 972–974. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002339>.
- Rothausen, C. S., Dieperink, K. B., Ruhlmann, C. H., Pappot, H., Tolstrup, L.K. (2025). Patient and Caregiver Education to Support Self-Efficacy and Self-Management During Immunotherapy—An Integrative Review. *Wiley Online*

Library, vol. 34(3), e70100.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.70100>.

- Shepherd-Banigan, M., Smith, V. A., Lindquist, J. H., Cary, M. P., Miller, K. E. M., Chapman, J. G., Van Houtven, C. H. (2020). Identifying treatment effects of an informal caregiver education intervention to increase days in the community and decrease caregiver distress: A machine-learning secondary analysis of subgroup effects in the HI-FIVES randomized clinical trial. *Trials*, vol. 21(189). <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4113-x>.
- Simonetti, V., Cicolini, G., Comparcini, D., Cremonini, C., Ciapanna, P., Traini, T., Amadio, M., Troiani, S. (2015) Bisogni di supporto dei caregiver di pazienti affetti da demenza: Revisione integrativa della letteratura. *Fnopi L'infermiere, Rivista L'Infermiere* N° 5 - 2015. <https://www.infermiereonline.org/2015/11/26/bisogni-di-supporto-dei-caregiver-di-pazienti-affetti-da-demenza-revisione-integrativa-della-letteratura/>.
- Zhang, T., Qi, X. (2024). Caregiver Burden in Bladder Cancer Patients with Urinary Diversion Post-Radical Cystectomy and the Need for Comprehensive Nursing Education: A Narrative Literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, vol. 17, pp. 3825–3834. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S476029>.

8. SITOGRAFIA

- www.epicentro.iss.it
- www.fnopi.it
- www.parlamento.it