



NARRATIVE REVIEW

Nursing Care of Families: A Comparison Between the Calgary Model and the Omaha System. A Narrative Review

Johana Raga¹, Paola Arcadi², Eleonora Zanella²

¹ ASST Melegnano e della Martesana, Melegnano, Italy

² Bachelor School of Nursing, ASST Melegnano e della Martesana, Melegnano, Italy

Findings:

This narrative review of 20 studies identified eight comparison domains between the Calgary Model and the Omaha System: target population, assessment, tools, interventions, data management, outcomes, purposes, and taxonomy. The Calgary Model emphasizes family dynamics, relational interventions, and qualitative outcomes, whereas the Omaha System focuses on standardized classification, outcome monitoring, service management, and health information systems. The findings indicate that the two models are complementary rather than mutually exclusive.

ABSTRACT

BACKGROUND: Disability and chronic conditions are recognized as decisive incidents in life changes not only of those affected or affected by the discomfort, but of the entire family and community of which they are part. The exercise of care occurs through phases and interactions that concern family and community. To effectively manage them, organizational and conceptual models have been designed that allow nurses to orient themselves, structure and carry out professional action in the area, aimed at quality and results. The Calgary models and the Omaha system are compass instruments.

OBJECTIVE: Compare the Calgary and Omaha System models as potentially diversified in their approach to caring for families and microcommunities.

METHODS: Narrative literature review conducted in Cinahl, Scopus and Pubmed, with a final selection process of 20 articles.

RESULTS: 6 main areas of comparison emerged which allow us to identify the strengths of the two models and any choices of implementation appropriateness based on the contexts, manifest health problems, family or community dynamics: target population, context evaluation, interventions, results, model purposes and taxonomies.

CONCLUSION: The choice of implementation between the two models depends on the health or socio-health issues inherent in taking care of vulnerable groups included in networks of services and stakeholders with activation difficulties. Or from problems inherent to dysfunctional models of roles and relationships in families. Or complex educational interventions.

KEYWORDS: *Family Nursing, Family Care, Family Assessment, Community, Calgary Model, Omaha System*

Corresponding author:

Eleonora Zanella Eleonora.zanella@asst-melegnano-martesana.it, ASST Melegnano e della Martesana, Via Sandro Pertini 1 20077, Melegnano (MI) ITALY



Milano University Press

171

Submission received: 05/11/2025

End of Peer Review process: 21/04/2026

Accepted: 01/06/2026



NARRATIVE REVIEW

La presa in carico infermieristica delle famiglie: confronto tra Calgary Model e Omaha System. Una revisione narrativa

Johana Raga¹, Paola Arcadi², Eleonora Zanella²

¹ ASST Melegnano e della Martesana, Melegnano, Italy

² Corso di Laurea in Infermieristica, ASST Melegnano e della Martesana, Melegnano, Italy

Riscontri:

La revisione narrativa di 20 studi ha identificato otto ambiti di confronto tra Calgary Model e Omaha System: popolazione target, accertamento, strumenti, interventi, gestione dei dati, esiti, finalità e tassonomia. Il Calgary Model emerge come approccio sistemico centrato sulle dinamiche familiari, sugli interventi relazionali e su esiti qualitativi; l'Omaha System privilegia classificazione standardizzata, monitoraggio degli esiti, gestione dei servizi e integrazione nei sistemi informativi. I due modelli risultano complementari piuttosto che alternativi.

ABSTRACT

INTRODUZIONE: Le condizioni di disabilità e cronicità sono riconosciute come incidenti determinanti nei cambiamenti di vita non solo di coloro colpiti o colpiti dal disagio, ma sull'intera famiglia e comunità di cui fa parte. L'esercizio della cura avviene attraverso fasi e interazioni che riguardano famiglia e comunità. Per effettuare una gestione efficace delle stesse, sono stati progettati modelli organizzativi e concettuali che consentono agli infermieri, di orientarsi, strutturare e svolgere un'azione professionale sul territorio, finalizzata alla qualità e ai risultati. I modelli di Calgary e il sistema Omaha sono strumenti bussola.

OBIETTIVO: Confrontare i modelli Calgary e Omaha System come potenziali diversificati nell'approccio alla cura delle famiglie e microcomunità.

METODI: Revisione narrativa della letteratura condotta su Cinahl, Scopus e Pubmed, con un processo di selezione finale di 20 articoli.

RISULTATI: sono emersi 8 principali ambiti di confronto che consentono di individuare i punti di forza dei due modelli e le eventuali scelte di appropriatezza attuativa in base ai contesti, ai problemi di salute manifesti, alle dinamiche familiari o comunitarie: popolazione target, valutazione contesti, interventi, risultati, finalità dei modelli e tassonomie.

CONCLUSIONI: La scelta di implementazione tra i due modelli dipende dalla problematica sanitaria o sociosanitaria insita nella presa in carico di gruppi vulnerabili inseriti in reti di servizi e portatori di interesse con difficoltà di attivazione, da problemi inerenti a modelli disfunzionali di ruoli e relazioni nelle famiglie o interventi educativi complessi.

KEYWORDS: Infermieristica Di Famiglia, Assistenza Alla Famiglia, Accertamento Familiare, Accertamento Di Comunità, Modello Calgary, Sistema Omaha

Corresponding author:

Eleonora Zanella Eleonora.zanella@asst-melegnano-martesana.it, ASST Melegnano e della Martesana, Via Sandro Pertini 1 20077, Melegnano (MI) ITALY



Milano University Press

172

Submission received: 05/11/2025

End of Peer Review process: 21/04/2026

Accepted: 01/06/2026



INTRODUZIONE

Le condizioni di cronicità e disabilità rappresentano una delle principali sfide per i sistemi sanitari contemporanei, con un impatto che si estende ben oltre la dimensione individuale, coinvolgendo l'intero nucleo familiare e la comunità di appartenenza. (1) In tale prospettiva, la malattia non può essere interpretata esclusivamente come evento biologico, ma come esperienza complessa che modifica equilibri relazionali, ruoli e dinamiche familiari, influenzando la qualità della vita di tutti i membri (2)

La famiglia si configura pertanto come un sistema dinamico, caratterizzato da interazioni reciproche, in cui le condizioni di salute e malattia di un individuo producono effetti sull'intero assetto relazionale. Essa può costituire una risorsa fondamentale nei percorsi di cura, favorendo l'aderenza terapeutica e il supporto emotivo, ma anche rappresentare un contesto di vulnerabilità, in presenza di dinamiche disfunzionali o carichi assistenziali elevati. (2)

Le trasformazioni socio-demografiche e culturali, tra cui l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche e la ridefinizione delle strutture familiari, hanno ulteriormente accentuato la complessità dei bisogni assistenziali. In questo scenario, l'infermiere di famiglia e comunità assume un ruolo strategico nella presa in carico globale, contribuendo alla costruzione di percorsi assistenziali personalizzati attraverso interventi di educazione terapeutica, supporto ai caregiver e promozione del self-management. (1,3)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato come l'assistenza centrata sulla famiglia richieda competenze specifiche, in grado di integrare dimensioni cliniche, relazionali e socio-ambientali, all'interno di reti multiprofessionali e territoriali. (2) Tale orientamento implica un superamento del modello biomedico tradizionale, a favore di un approccio sistemico e contestualizzato.

In questo contesto, l'utilizzo di modelli concettuali rappresenta un elemento fondamentale per guidare l'agire infermieristico, fornendo riferimenti teorici e operativi per l'accertamento, la pianificazione e la valutazione degli interventi. (4) Tra i modelli maggiormente utilizzati nella letteratura infermieristica emergono il Calgary Family

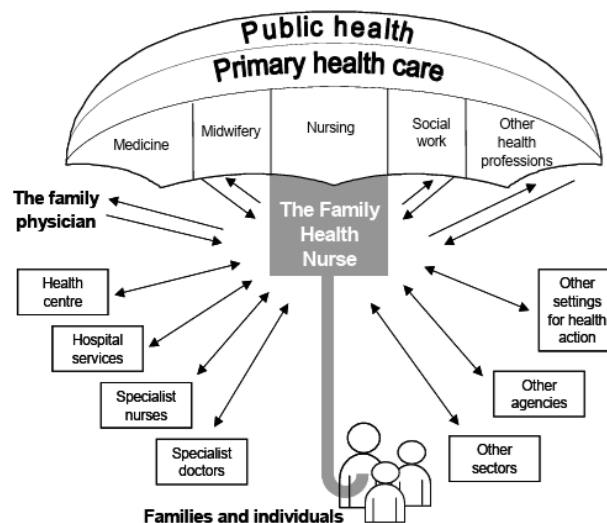
Assessment and Intervention Model (CFAM/CFIM) e l'Omaha System (OS), che si distinguono per presupposti epistemologici e modalità applicative.

Il Calgary Model si fonda su una prospettiva sistemico-relazionale e orienta l'assistenza alla comprensione delle dinamiche familiari, ponendo al centro la famiglia come unità di cura. L'Omaha System, al contrario, si configura come un sistema classificatorio strutturato, finalizzato all'identificazione dei problemi di salute, alla pianificazione degli interventi e alla misurazione degli esiti. (5)

Nonostante entrambi i modelli siano ampiamente utilizzati nella pratica infermieristica, la letteratura evidenzia una limitata comparazione critica tra essi, soprattutto in relazione agli esiti, agli ambiti di applicabilità e alle implicazioni operative per l'infermiere di famiglia e comunità.

Alla luce della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista in Italia dalle normative in essere dal 2021 post covid sull'infermieristica di famiglia e comunità (6), risulta particolarmente rilevante analizzare tali modelli in una prospettiva comparativa.

Figura 1. Rappresentazione schematica del ruolo dell'infermiere di famiglia. Riprodotta da Hennessy et al. (2)



A tal fine, è possibile far riferimento in particolare a due modelli di gestione della salute che in letteratura trovano applicazione anche dell'esercizio infermieristico. Il modello

Corresponding author:

Eleonora Zanella Eleonora.zanella@asst-melegnano-martesana.it, ASST Melegnano e della Martesana, Via Sandro Pertini 1 20077, Melegnano (MI) ITALY



Milano University Press



Calgary Family Assessment Model (CFAM) consiste in un framework multidimensionale composto da tre categorie principali, che a loro volta contengono differenti sottocategorie (1):

1. Strutturale
2. Evolutiva
3. Funzionale

Il modello Calgary Family Assessment Model (CFAM) viene accompagnato dal Calgary Family Intervention Model (CFIM), introdotto nel 1994 dopo 10 anni dall'uscita del CFAM da parte dello stesso gruppo di ricerca. Il CFIM permette di visualizzare l'intersezione tra un particolare funzionamento della famiglia accertato e l'intervento specifico offerto dall'infermiere. Gli elementi costitutivi del CFIM sono: gli interventi, i domini di funzionamento familiare e l'efficacia (adattamento) dell'intervento applicato. Il CFIM si concentra quindi sul promuovere, migliorare e sostenere un funzionamento familiare efficace su tre domini: cognitivo, affettivo e comportamentale. La personalizzazione dell'intervento si esplica, pertanto, in una personalizzazione per il nucleo familiare, per la comunità e non più su un solo singolo. Diviene così uno strumento capace di concettualizzare la corrispondenza tra domini del funzionamento familiare e gli interventi offerti dal personale infermieristico; supporta quindi nel determinare il dominio di funzionamento che deve essere modificato, che consiste solitamente nel dominio in cui è presente maggior sofferenza. Il genogramma e l'ecomappa sono due strumenti particolarmente utili per delineare la struttura interna ed esterna di una famiglia.

Il genogramma costituisce “*un diagramma di costellazione familiare*” attraverso il quale si raccoglie una grande quantità di informazioni sotto forma di rappresentazione gestalt che servono come strumento per raccogliere dati sulle relazioni nel corso del tempo e può includere anche dati relativi a salute, occupazione, spiritualità, etnia e migrazioni. (1)

La complessità del sistema famiglia e le numerose variabili che lo influenzano necessitano un orientamento costante alla multiprofessionalità (4), utilizzando terminologie chiare e uniformi sia nella forma che nei contenuti per

favorir la diffusione di strategie operative assistenziali efficaci. (4)

L'Omaha System (OS) è un approccio strutturato che comprende modalità per condurre valutazioni, identificare problemi e classificare gli interventi possibili. Tuttavia, presenta anche una tassonomia interna che codifica i dati in base ai principi del modello stesso. Ciò permette di integrare elementi tassonomici in risposta alla diversità comunicativa tra i professionisti che utilizzano il sistema. Comprende tre fasi fondamentali, progettate per essere completamente integrate (1):

- Problem Classification Scheme: valutazione centrata sul paziente, coinvolge i pazienti e le loro famiglie
- Intervention Scheme: piani, percorsi, erogazione di servizi per migliorare sicurezza, qualità ed efficacia dell'intervento
- Problem Rating Scale for Outcomes: valutazione che fornisce informazioni utili per il miglioramento della qualità.

Tabella 1. Panoramica sintesi concettuale tassonomia OS.

Adattata da (18)

COMPONENTI	TERMINI	SCOPO
Schema di classificazione dei problemi	• 4 domini • 42 problemi • 2 insiemi di modificatori • Raggruppamenti di segni/sintomi specifici del problema	Organizzare la valutazione (bisogni e punti di forza) per individui, famiglie e comunità
Schema di intervento	• 4 categorie • 75 obiettivi e 1 altro • Informazioni specifiche sul cliente	Organizzare i piani di cura dei professionisti multidisciplinari e i servizi che forniscono
Scala di valutazione dei problemi per risultati	• 3 concetti • Scala tipo Likert a 5 punti	Valutare il cambiamento di individuo, famiglia o comunità nel tempo

Corresponding author:

Eleonora Zanella Eleonora.zanella@asst-melegnano-martresana.it, ASST Melegnano e della Martesana, Via Sandro Pertini 1 20077, Melegnano (MI) ITALY



Milano University Press



La prima fase di accertamento viene anche definita fase di “classificazione del problema” (PCS) in cui il personale infermieristico raccoglie i dati di valutazione, come segni e sintomi al fine di identificare i problemi clinici del paziente e formulare una diagnosi infermieristica. Il PCS è una gerarchia che comprende 4 domini (ambientale, psicosociale, fisiologico e dei comportamenti legati alla salute), 42 problemi incentrati sul paziente, sulla famiglia e sulla comunità, 2 set di modificatori e un gruppo di problemi specifici per segni e sintomi.

La seconda fase costituisce l'intervento vero e proprio che viene applicato dall'infermiere di famiglia e comunità. Esistono 4 categorie di classificazione degli interventi : insegnamento della salute, orientamento e consulenza; trattamenti e procedure; gestione dei casi e sorveglianza. Gli interventi specifici per ogni categoria sono invece declinati tramite l'uso di 75 obiettivi (come “assistenza cardiaca” o “dieta”) e strutturate tramite l'elencazione delle informazioni specifiche destinate al paziente. La terza ed ultima fase riguarda la valutazione dei risultati in cui l'infermiere misura attraverso scale Likert il processo di cura in base agli *outcomes*, intesi come competenze raggiunte, in termini di conoscenza, comportamento e stato di ciascun problema (5). Il Sistema Omaha è stato progettato per essere relativamente semplice, gerarchico, multidimensionale, compatibile con il software computerizzati per la gestione di flussi informativi e utilizzato da operatori interdisciplinari per documentare e comunicare informazioni sulla cura del paziente, dall'ammissione alla dimissione, per tutto il percorso di presa in carico.

Obiettivo confrontare criticamente il Calgary Model e l'Omaha System, evidenziando le differenze nei processi di accertamento e intervento, le diverse modalità di definizione e misurazione degli esiti, gli ambiti di applicabilità nei contesti familiari e comunitari, le implicazioni per la pratica infermieristica nel contesto territoriale

Disegno dello studio

Il presente lavoro si configura come una revisione narrativa della letteratura, condotta con l'obiettivo di

analizzare e confrontare criticamente il Calgary Model e l'Omaha System nell'ambito dell'assistenza infermieristica alla famiglia e alla comunità.

Quesiti di ricerca

La revisione è stata guidata dai seguenti quesiti:

quali principi teorici sottendono la costruzione dei modelli Calgary e Omaha System;

quali strategie di accertamento e intervento vengono proposte nei due modelli;

quali strumenti e competenze sono disponibili per infermieri di famiglia e comunità;

quali differenze emergono in termini di esiti e ambiti di applicabilità tra i due modelli.

Strategia di ricerca

Per rispondere ai quesiti di ricerca è stata condotta una ricerca bibliografica nelle banche dati PubMed, CINAHL e Scopus nel mese di gennaio 2023.

Le parole chiave utilizzate sono state: “Calgary model”, “Omaha system” e “Family nursing”, combinate tramite operatori booleani (“AND”, “OR”). Sono stati inoltre utilizzati termini MeSH (Medical Subject Headings), tra cui:

"Family"[Mesh], "Family Nurse Practitioners"[Mesh], "Family Nursing"[Mesh], "Nurse-Patient Relations"[Mesh], e termini equivalenti adattati alle specificità delle singole banche dati.

Criteri di inclusione:

- studi in lingua italiana o inglese;
- studi che trattano esplicitamente il Calgary Model e/o l'Omaha System;
- studi focalizzati sull'assistenza infermieristica alla famiglia, alla comunità o all'assistenza territoriale che contemplino i due modelli

Corresponding author:

Eleonora Zanella Eleonora.zanella@asst-melegnano-martesana.it, ASST Melegnano e della Martesana, Via Sandro Pertini 1 20077, Melegnano (MI) ITALY



Milano University Press



Criteri di esclusione:

- studi non pertinenti ai modelli oggetto di analisi;
- articoli duplicati;
- contributi privi di riferimenti applicativi o teorici ai modelli Calgary o Omaha;
- studi che abbiano utilizzato i due modelli di accertamento ma in contesto esclusivamente ospedaliero

La ricerca ha identificato complessivamente 158 record: 37 da CINAHL, 54 da Scopus e 67 da PubMed.

In una prima fase, sono stati rimossi 45 duplicati ottenendo un totale di 113 record unici.

Successivamente, è stato effettuato uno screening per titolo e abstract, che ha portato all'esclusione di 74 articoli non pertinenti rispetto agli obiettivi dello studio. I restanti 39 articoli sono stati analizzati in full-text. Al termine di questa fase, 20 studi sono stati inclusi nella revisione. Il processo di selezione è stato condotto in modo iterativo, privilegiando la pertinenza rispetto ai quesiti di ricerca e la rilevanza dei contenuti rispetto ai modelli analizzati.

Estrazione e analisi dei dati

Gli studi inclusi sono stati analizzati mediante tabelle di estrazione dati, contenenti: titolo, autore, anno di pubblicazione, disegno dello studio, setting, campione, obiettivi e principali risultati.

I dati sono stati successivamente rielaborati attraverso l'individuazione di topic, finalizzata all'identificazione di dimensioni comparative tra i due modelli.

Una successiva consultazione della letteratura è stata effettuata tra febbraio e maggio 2025 per verificare l'eventuale disponibilità di altre fonti nell'arco temporale intercorso rispetto alla prima selezione bibliografica. Non sono risultati articoli aggiuntivi rispondenti ai criteri di inclusione.

RISULTATI

L'analisi degli studi inclusi ha evidenziato come il Calgary Model e l'Omaha System si differenzino in modo

significativo per impostazione teorica, modalità di accertamento, tipologia di intervento ed esiti, configurandosi come modelli complementari più che alternativi.

Topic 1 : Popolazioni target

Per quanto riguarda la popolazione target, il Calgary Model si caratterizza per una prospettiva sistemica, in cui la famiglia è considerata unità primaria di cura. In tale approccio, la condizione di malattia di un singolo individuo viene interpretata come evento che coinvolge l'intero sistema familiare, influenzandone ruoli, dinamiche e funzionamento. (8-12) Questo orientamento consente di identificare precocemente fattori di rischio e criticità relazionali, configurando la presa in carico della famiglia come intervento preventivo oltre che terapeutico. L'Omaha System, pur includendo la famiglia e la comunità come possibili destinatari dell'assistenza, si orienta maggiormente verso specifiche popolazioni target o condizioni cliniche, come nel caso della diade caregiver-assistito in contesti di cronicità. (7) In questo senso, la famiglia viene prevalentemente considerata come contesto funzionale alla gestione del problema di salute

Topic 2 : Ambiti di Accertamento

Le differenze tra i due modelli emergono chiaramente anche nella fase di accertamento. Il Calgary Model propone un'analisi approfondita delle dinamiche familiari, articolata nelle dimensioni strutturali, evolutive e funzionali, con particolare attenzione alle relazioni, ai ruoli e alla presenza del caregiver (8-12). L'Omaha System, al contrario, si basa su una classificazione sistematica dei problemi di salute, organizzata in domini ambientali, psicosociali, fisiologici e comportamentali, includendo una forte attenzione alla rete dei servizi e al contesto territoriale (15). Ne deriva una differenza sostanziale: il Calgary Model mira a comprendere il funzionamento del sistema familiare, mentre l'Omaha System è orientato all'identificazione e alla categorizzazione dei problemi

Topic 3 : Strumenti

L'*Omaha guideline* per la classificazione dei problemi /interventi ed esiti target è lo strumento principe del OS. Il Problem Rating Scale for Outcomes del Sistema Omaha





risulta funzionale per mappare coorti di pazienti affetti dalle medesime condizioni cliniche nei medesimi contesti di vita, specialmente se rurali all'interno degli archivi di sanità pubblica (PHN). (16) Questa distinzione si riflette anche negli strumenti utilizzati. Il Calgary Model privilegia strumenti narrativi e relazionali, quali genogramma ed ecomappa, che consentono di rappresentare la struttura familiare e le relazioni con il contesto esterno, offrendo una lettura complessa e dinamica della situazione assistenziale. (13,14,19,20) L'Omaha System utilizza invece strumenti standardizzati, come il Problem Classification Scheme e il Problem Rating Scale for Outcomes, che permettono di raccogliere dati comparabili e di monitorare gli esiti nel tempo anche su popolazioni ampie. (16,17) Pertanto, mentre il Calgary Model favorisce una comprensione approfondita ma meno formalizzata, l'Omaha System garantisce maggiore uniformità e tracciabilità

Topic 4: Interventi

Le differenze tra Calgary Model e Omaha System si riflettono in modo evidente nella tipologia di interventi. Nel Calgary Model, attraverso il CFIM, gli interventi sono orientati alla trasformazione del funzionamento familiare, agendo sulle dimensioni cognitive, affettive e comportamentali, con un forte utilizzo della relazione terapeutica e del counselling. (10,13) L'Omaha System propone invece interventi codificati e strutturati — educazione sanitaria, trattamenti, case management e sorveglianza — con un approccio maggiormente operativo e organizzativo. (16,21) In questo senso, il Calgary Model si configura come strumento di cambiamento relazionale, mentre l'Omaha System come strumento di gestione del processo assistenziale.

In ambito educativo, l'Omaha System privilegia interventi centrati sull'acquisizione di conoscenze e abilità tecniche, valorizzando attività di teaching e guidance finalizzate al controllo della patologia. (16) Il Calgary Model, invece, integra la dimensione cognitiva con quella relazionale, promuovendo interventi educativi co-costruiti con la famiglia e sostenuti da strategie di counselling, particolarmente rilevanti nei contesti territoriali. (10,13)

Per quanto riguarda gli interventi non educativi, il Calgary Model pone attenzione anche alle dimensioni psicologiche e ambientali che influenzano la presa in carico. In particolare, consente di individuare e intervenire su fattori contestuali che ostacolano l'autocura — come isolamento geografico, difficoltà di accesso ai servizi o condizioni abitative critiche — che possono generare resistenza o interruzione dei percorsi assistenziali. (10)

Topic 5: Strumenti di raccolta e gestione dati

Un elemento di particolare rilevanza riguarda la gestione dei dati. L'Omaha System è progettato per essere integrato con sistemi informativi sanitari, consentendo la raccolta, la codifica e l'analisi dei dati attraverso database strutturati, come i sistemi di sanità pubblica. (16) Il Calgary Model, al contrario, non dispone di una struttura informativa standardizzata, rendendo più difficile la comparabilità dei dati e la loro integrazione nei sistemi organizzativi.

Topic 6: Esiti

La differenza più significativa tra i due modelli riguarda tuttavia la concezione degli esiti. Nel Calgary Model, gli esiti sono prevalentemente qualitativi e si riferiscono alla qualità di vita, all'adattamento familiare e al benessere relazionale, spesso rilevati attraverso conversazioni terapeutiche e strumenti narrativi. (10,13,26) L'Omaha System utilizza invece esiti standardizzati e misurabili, basati su scale che valutano conoscenza, comportamento e stato di salute, con particolare attenzione alla capacità di gestione della malattia e alla prevenzione delle riacutizzazioni. (17,23-25) Questa differenza evidenzia una tensione tra profondità e misurabilità: il Calgary Model consente di cogliere cambiamenti complessi e relazionali, mentre l'Omaha System permette una valutazione oggettiva e comparabile, pur rischiando di semplificare la complessità dell'esperienza assistenziale

Topic 7: finalità modelli

Le finalità dei due modelli riflettono i rispettivi orientamenti teorici. Il Calgary Model è finalizzato a promuovere l'adattamento della famiglia alla condizione di malattia e la riorganizzazione delle dinamiche interne (8,14), mentre l'Omaha System è orientato alla continuità assistenziale, alla gestione dei servizi e all'integrazione nella rete

Corresponding author:

Eleonora Zanella Eleonora.zanella@asst-melegnano-martesana.it, ASST Melegnano e della Martesana, Via Sandro Pertini 1 20077, Melegnano (MI) ITALY



Milano University Press



territoriale. (24,27-29) In tale prospettiva, il primo si focalizza sul sistema familiare, il secondo sul sistema dei servizi.

Topic 8: tassonomia

Ultimo topic in considerazione post revisione narrativa quello relativo alla tassonomia contemplata dai modelli. L'Omaha System include un sistema classificatorio strutturato che consente di standardizzare problemi, interventi ed esiti, favorendo la comunicazione

interdisciplinare. (27,29,30) Il Calgary Model, pur offrendo un quadro teorico articolato, non prevede una tassonomia formalizzata, elemento che può rappresentare un limite in termini di uniformità, ma che al contempo garantisce maggiore flessibilità clinica. (10)

La *Tabella S1* in Allegato presenta compendia i risultati riscontrati.

Nel complesso, i due modelli rappresentano approcci complementari: il Calgary Model orientato alla comprensione e trasformazione delle dinamiche familiari, l'Omaha System focalizzato sulla gestione dei problemi di salute e sulla misurazione degli esiti.

Tabella 2. Confronto fra i modelli.

Dimensione	Calgary Model	Omaha System
Contesti di utilizzo	Contesti ad alta complessità familiare, cronicità, dinamiche relazionali	Sanità pubblica, territorio, gestione dei servizi e programmi assistenziali
Popolazione target	Famiglia come unità di cura (sistema)	Individuo, famiglia o comunità focalizzati sul problema di salute
Tipologia di famiglie	Famiglie fragili, con elevato carico emotivo e relazionale	Famiglie con bisogni clinici definiti e problemi specifici
Accertamento	Analisi delle dinamiche familiari (struttura, sviluppo, funzionamento)	Classificazione dei problemi in domini (ambientale, psicosociale, fisiologico, comportamentale)
Strumenti	Genogramma, ecomappa, intervista	Scale standardizzate e tassonomic (Problem Classification Scheme, Outcome Scales)
Interventi	Relazionali, educativi, trasformativi (counselling, supporto familiare)	Tecnici, strutturati, gestionali (teaching, trattamento, case management)
Competenze richieste	Relazionali, comunicative, counselling, approccio sistemico	Cliniche, organizzative, digitali, capacità di classificazione e valutazione
Esiti	Qualitativi: qualità di vita, adattamento, benessere relazionale	Quantitativi: conoscenza, comportamento agito, livello di salute
Gestione dei dati	Non standardizzata, narrativa	Standardizzata, informatizzata e integrata nei sistemi informativi
Finalità	Adattamento familiare e trasformazione delle dinamiche relazionali	Continuità assistenziale, gestione dei servizi e monitoraggio dei risultati
Tassonomia	Assente	Presente e strutturata
Punti di forza	Profondità, personalizzazione, approccio olistico	Misurabilità, standardizzazione, comparabilità dei dati
Limiti	Scarsa standardizzazione e difficoltà di misurazione degli esiti	Rischio di riduzione della complessità relazionale
Coerenza applicabilità nel contesto italiano	Elevata: presa in carico globale e centralità della famiglia	Elevata: monitoraggio, organizzazione e integrazione dei servizi

Corresponding author:

Eleonora Zanella Eleonora.zanella@asst-melegnano-martesana.it, ASST Melegnano e della Martesana, Via Sandro Pertini 1 20077, Melegnano (MI) ITALY



Milano University Press



DISCUSSIONE

I risultati della presente revisione narrativa evidenziano come Calgary Model e Omaha System si fondino su paradigmi teorici differenti, configurandosi come approcci distinti ma complementari nella presa in carico infermieristica della famiglia e della comunità.

Il Calgary Model si basa su una prospettiva sistemico-relazionale, in cui la famiglia è considerata un sistema dinamico e interdependente e la malattia un evento che modifica equilibri e relazioni. (8,10,11) L'Omaha System adotta invece un approccio classificatorio orientato ai problemi di salute e alla misurazione degli esiti, configurandosi come uno strumento operativo e organizzativo. (5,27) Questa differenza si riflette nelle strategie di accertamento e intervento: il Calgary Model privilegia la comprensione delle dinamiche familiari e interventi relazionali ed educativi (10,13), mentre l'Omaha System struttura l'accertamento e propone interventi standardizzati orientati alla gestione clinica e al monitoraggio degli esiti (17,25). Le differenze emergono anche nella natura degli esiti: qualitativi e legati all'adattamento familiare nel Calgary Model (10,26), quantitativi e misurabili nell'Omaha System (17,25), evidenziando una complementarità tra profondità interpretativa e misurabilità.

In termini di applicabilità, il Calgary Model risulta particolarmente efficace nei contesti caratterizzati da complessità familiare e bisogni educativi, mentre l'Omaha System è più adeguato nei contesti di sanità pubblica e pianificazione dei servizi (27,29). I due modelli possono quindi essere letti come espressione di due livelli dell'assistenza: un livello micro, centrato sulla famiglia e sugli stili di vita, e un livello macro, orientato alla comunità e alla gestione dei sistemi di cura. Questa integrazione è coerente con il panorama internazionale della primary health care, in cui il family nurse opera su più livelli, dal contesto familiare alla comunità, in continuità con modelli di pratica differenziati tra practitioner e advanced practice

nurse. In tale prospettiva, il Calgary Model si allinea agli approcci di family nursing centrati sulla relazione e sulla promozione della salute, mentre l'Omaha System supporta la gestione dei problemi e la valutazione degli esiti a livello di popolazione.

Dal punto di vista formativo e organizzativo, emerge la necessità di sviluppare competenze integrate. I modelli e gli strumenti di presa in carico non sono neutri, ma richiedono livelli di competenza differenti, funzionali agli obiettivi assistenziali. La loro conoscenza consente di mappare il fabbisogno del contesto e orientare percorsi formativi e professionali differenziati, in linea con modelli internazionali (NP/APN).

Alla luce della normativa italiana (6), entrambi i modelli risultano applicabili solo se integrati: il Calgary Model per la presa in carico globale e la centralità della famiglia, l'Omaha System per la standardizzazione e la governance dei processi.

La revisione presenta alcuni limiti, tra cui la natura narrativa, la maggiore disponibilità di studi sul Calgary Model e la limitata diffusione dell'Omaha System nei contesti non anglofoni.

Nel complesso, l'integrazione tra i due modelli rappresenta una risposta efficace alla complessità dell'assistenza territoriale contemporanea

CONCLUSIONI

Il Calgary Model e l'Omaha System rappresentano approcci complementari alla pratica infermieristica territoriale, rispettivamente orientati alla comprensione delle dinamiche familiari e alla gestione strutturata dei problemi di salute e degli esiti.

La loro integrazione consente di coniugare personalizzazione della cura e standardizzazione dei processi, in linea con i principi della primary health

Corresponding author:

Eleonora Zanella Eleonora.zanella@asst-melegnano-martesana.it, ASST Melegnano e della Martesana, Via Sandro Pertini 1 20077, Melegnano (MI) ITALY



Milano University Press



DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



care. Le principali implicazioni riguardano lo sviluppo di competenze integrate, la definizione di percorsi professionali differenziati e l'adozione di modelli organizzativi e sistemi informativi multidimensionali.

Ulteriori studi sono necessari per validare modelli integrati e supportarne l'applicazione nella pratica clinica

BIBLIOGRAFIA

1. Wright LM, Leahey M. Nurses and families: a guide to family assessment and intervention. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2009.
2. Hennessy D, Gladin L. Report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 [cited 2023 Jan 11]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/107761>
3. Fairfax A, Brehaut J, Colman I, Sikora I, Kazakova A, Chakraborty P, et al. A systematic review of the association between coping strategies and quality of life among caregivers of children with chronic illness and/or disability. *BMC Pediatr.* 2019;19(1):215. doi: 10.1186/s12887-019-1587-3.
4. Marucci AR, De Caro W, Petrucci C, Lancia L, Sansoni J. ICNP®: Classificazione Internazionale per la pratica infermieristica: origini, strutturazione e sviluppo. *Prof Inferm.* 2015;68(2):131-40. doi: 10.7429/pi.2015.682131.
5. Topaz M, Golfenshtein N, Bowles KH. The Omaha System: a systematic review of the recent literature. *J Am Med Inform Assoc.* 2014;21(1):163-70. doi: 10.1136/amiajnl-2012-001491.
6. Italia. Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. *Gazz Uff Repub Ital Ser Gen.* 2022 Jun 22;(144).
7. Aktas B, Yilmaz M, Kaplan N, Cankiri B. Application of the Omaha System in the determination of healthcare needs of individuals receiving home healthcare. *J Gerontol Geriatr Res.* 2017;6(1):379.
8. Dias BC, Marcon SS, Reis P, Lino IGT, Okido ACC, Ichisato SMT, et al. Family dynamics and social network of families of children with special needs for complex/continuous cares. *Rev Gaucha Enferm.* 2020;41. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190178.
9. Zimansky M, Stasielowicz L, Franke I, Remmers H, Friedel H, Atzpodien J. Effects of implementing a brief family nursing intervention with hospitalized oncology patients and their families in Germany: a quasi-experimental study. *J Fam Nurs.* 2020;26(4):346-57. doi: 10.1177/1074840720967022.
10. Voltelen B, Konradsen H, Østergaard B. Family nursing therapeutic conversations in heart failure outpatient clinics in Denmark: nurses' experiences. *J Fam Nurs.* 2016;22(2):172-98. doi: 10.1177/1074840716643879.
11. Misto K. Family perceptions of family nursing in a Magnet institution during acute hospitalizations of older adult patients. *Clin Nurs Res.* 2019;28(5):548-66. doi: 10.1177/1054773817748400.
12. Radovanovic CAT, Cecilio HPM, Marcon SS. Structural, developmental and functional evaluation of the family of individuals with arterial hypertension. *Rev Gaucha Enferm.* 2013;34(1):45-54. doi: 10.1590/S1983-14472013000100006.
13. Thome M, Arnardottir SB. Evaluation of a family nursing intervention for distressed pregnant

Corresponding author:

Eleonora Zanella Eleonora.zanella@asst-melegnano-martesana.it, ASST Melegnano e della Martesana, Via Sandro Pertini 1 20077, Melegnano (MI) ITALY



Milano University Press



- women and their partners: a single group before and after study. *J Adv Nurs*. 2013;69(4):805-16. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06063.x.
14. Sassá AH, Marcon SS. Evaluation of families of infants with very low birth weight in home care. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):442-51. doi: 10.1590/S0104-07072013000200021.
 15. Ardic A, Esin MN, Koc S, Bayraktar B, Sunal N. Using the Omaha System to determine health problems of urban Syrian immigrants. *Public Health Nurs*. 2019;36(2):126-33. doi: 10.1111/phn.12563.
 16. Monsen KA, Radosevich DM, Johnson SC, Farri O, Kerr MJ, Geppert JS. Benchmark attainment by maternal and child health clients across public health nursing agencies. *Public Health Nurs*. 2012;29(1):11-8. doi: 10.1111/j.1525-1446.2011.00967.x.
 17. Garcia C, McNaughton DB, Radosevich DM, Brandt J, Monsen KA. Family home visiting outcomes for Latina mothers with and without mental health problems. *Public Health Nurs*. 2013;30(5):429-38. doi: 10.1111/phn.12054.
 18. Garvin JH, Martin KS, Stassen DL, Bowles KH. The Omaha System: coded data that describe patient care. *J AHIMA*. 2008;79(3):44-9; quiz 51-2.
 19. Camilo LA, Couto LL, Barreto ACM, Santos ACS, Regazzi ICR, Pinto LF. Family violence against children: approach to nursing through genogram and ecomap. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2021;13:1554-60. doi: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10443.
 20. Alarcon MFS, Cardoso BC, Ala CB, Damaceno DG, Sponchiado VBY, Marin MJS. Elderly victims of violence: family assessment through the Calgary model. *Rev Gaucha Enferm*. 2022;43. doi: 10.1590/1983-1447.2022.20200218.
 21. Park YS, McNaughton DB, Mathiason MA, Monsen KA. Understanding tailored public health nursing interventions and outcomes of Latina mothers. *Public Health Nurs*. 2019;36(1):87-95. doi: 10.1111/phn.12559.
 22. Mileski M, McClay R, Heinemann K, Dray G. Efficacy of the use of the Calgary Family Intervention Model in bedside nursing education: a systematic review. *J Multidiscip Healthc*. 2022;15:1323-47. doi: 10.2147/JMDH.S370053.
 23. Kumar P, Khan AM, Inder D, Anu. Provider's constraints and difficulties in primary health care system. *J Family Med Prim Care*. 2014;3(2):102-6. doi: 10.4103/2249-4863.137610.
 24. Thompson HJ, Monsen KA, Wanamaker MH, Augustyniak K, Thompson M. Using the Omaha System for clinical data management and outcomes measurement in practice, quality improvement, and research. *Appl Clin Inform*. 2012;3(4):419-437. doi:10.4338/ACI-2012-05-RA-0016.
 25. Wei L, Wang J, Li Z, Zhang Y, Gao Y. Design and implementation of an Omaha System-based integrated nursing management model for patients with newly-diagnosed diabetes. *Prim Care Diabetes*. 2019;13(2):142-9. doi: 10.1016/j.pcd.2018.11.001.
 26. Silva MCLSR, Moules NJ, Silva L, Bousso RS. The 15-minute family interview: a family health strategy tool. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):634-9. doi: 10.1590/S0080-623420130000300016.
 27. Martin KS, Monsen KA, Bowles KH. The Omaha System and meaningful use: applications for practice, education, and research. *Comput Inform Nurs*. 2011;29(1):52-8. doi: 10.1097/NCN.0b013e3181f9ddc6.

Corresponding author:

Eleonora Zanella Eleonora.zanella@asst-melegnano-martesana.it, ASST Melegnano e della Martesana, Via Sandro Pertini 1 20077, Melegnano (MI) ITALY



Milano University Press



28. Monsen KA, Swenson SM, Klotzbach LV, Mathiason MA, Johnson KE. Empirical evaluation of the changes in public health nursing interventions after the implementation of an evidence-based family home visiting guideline. *Kontakt*. 2017;19(2). doi: 10.1016/j.kontakt.2017.03.002.
29. İncirkuş K, Nahcivan N. Hypertension management in primary care: feasibility of using the Omaha System as a clinical information system. *Int J Caring Sci*. 2020;13(2):1629-38.
30. Jasemi M, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Keogh B. A concept analysis of holistic care by hybrid model. *Indian J Palliat Care*. 2017;23(1):71-80. doi: 10.4103/0973-1075.197960.
31. Pilarska A, Zimmermann A, Zdun-Ryżewska A. Access to health information in the Polish healthcare system: survey research. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(12):7320. doi: 10.3390/ijerph19127320.
32. Kang C, Tomkow L, Farrington R. Access to primary health care for asylum seekers and refugees: a qualitative study of service user experiences in the UK. *Br J Gen Pract*. 2019;69(685). doi: 10.3399/bjgp19X701309.
33. Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. Rafforzare l'assistenza infermieristica sul territorio: la necessità del futuro [Internet]. Roma: FNOPI; 2019 Oct 30. Available from: <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/infermieristica-territoriale/>



Corresponding author:

Eleonora Zanella Eleonora.zanella@asst-melegnano-martesana.it, ASST Melegnano e della Martesana, Via Sandro Pertini 1 20077, Melegnano (MI) ITALY



Milano University Press



DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTP://WWW.DISSERTATIONNURSING.COM](http://www.dissertationnursing.com)

ALLEGATI:

ALLEGATO 1, Tabella S1. Sintesi degli studi inclusi.

TOPIC		Risultati		Articoli di riferimento
Popolazione target	Omaha system	Genitori-figli		Garcia et al., 2013; Altiner et al., 2019;
	Calgary model	Famiglia con soggetti con patologie croniche		Zimansky et al., 2020; Dias et al., 2020; Voltelen et al., 2016; Misto 2017; Radovanovic et al., 2013
		Famiglia-care givers		Thome & Arnardottir, 2012; Sassà&Marcon, 2013
Accertamento	Ambiti	Omaha system	Rete sociale	Ardic et al., 2018
		Calgary model	Dinamiche familiari (relazionali)	Radovanovic et al., 2013; Zimansky et al., 2020; Alarcon et al., 2022; Thome & Arnardottir, 2012; Sassà&Marcon, 2013;
			Caregivers	Dias et al., 2020; Misto 2017
	Strumenti	Omaha system	Omaha guideline classificazione problemi	Monsen et al., 2012; Garcia et al., 2013; Incirkus & Nahcivan, 2020; Park et al., 2018; Ardic et al., 2018
		Calgary model	Intervista	Ribeiro silva et al., 2013; Misto 2017
			Ecomappa	Camilo et al., 2021; Alarcon et al., 2022; Sassà&Marcon, 2013; Dias et al., 2020; Radovanovic et al., 2013
			Genogramma	Thome & Arnardottir, 2012; Sassà&Marcon, 2013; Dias et al., 2020; Camilo et al., 2021; Radovanovic et al., 2013; Alarcon et al., 2022

Corresponding author:

183

Submission received: 05/11/2025

End of Peer Review process: 21/04/2026

Accepted: 01/06/2026

Eleonora Zanella Eleonora.zanella@asst-melegnano-martesana.it, ASST Melegnano e della Martesana, Via Sandro Pertini 1 20077, Melegnano (MI) ITALY



DISSERTATION NURSING

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTP://WWW.DISSERTATIONNURSING.COM](http://www.dissertationnursing.com)

Interventi	Educativi	Omaha system	Abilità	Monsen et al., 2017
		Calgary model	Cognitivo	Thome & Arnardottir, 2012
			Relazionale	Voltelen et al., 2016
	Non educativi	Omaha system	Health behaviour	Garcia et al 2013
		Calgary model	Calgary CFMI psychological environment	Voltelen et al 2016
	Strumenti	Omaha system	PHN	Park et al., 2018; Monsen et al., 2012
			EB-FHV	Monsen et al., 2017; Garcia et al., 2013;
		Calgary model	CFIM system	Thome & Arnardottir, 2012; Misto 2017
Esiti	Omaha system	Cognitivi	Conoscenza segni e sintomi	Garcia et al. 2013
		Abilità	Compliance terapia (selfcare)	Wei et al., 2018
	Calgary model	Cognitivi	Qualità vita (cognitive knowledge, mindfulness)	Alarcon et al., 2022; Voltelen et al., 2016
		Relazione	Di gruppo/interna	Thome & Arnardottir, 2012; Sassà&Marcon, 2013; Ribeiro silva et al., 2013
Finalità modelli	Omaha system	Individuazione criticità rete sociale (informative system)		Gestione famiglie (microcomunità)
		Strategie di coping		Monsen et al., 2017
		Continuità assistenziale Rete socioassistenziale	based continuing care	Incirkus & Nanciivan 2020
	Calgary model	Adattamento situazioni patologiche	Famiglie con soggetti cronici	Dias et al. 2020
		Ridefinizione ruoli e relazioni		Dias et al., 2020; Sassà&Marcon, 2013;
Tassonomia	Omaha system	Omaha system guideline	Classificazione problemi, nomenclatura interventi, macroaree esiti	Monsen et al, 2012. Incirkus & Nahcivan 202, Altiner et al 2019
	Calgary model	CFMA + CFMI e determinazione macroaree (strategie)		Thome 2012, Voltele 2016

Corresponding author:

184

Submission received: 05/11/2025

End of Peer Review process: 21/04/2026

Accepted: 01/06/2026

Eleonora Zanella Eleonora.zanella@asst-melegnano-martesana.it, ASST Melegnano e della Martesana, Via Sandro Pertini 1 20077, Melegnano (MI) ITALY