

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE.....1

1.PRESUPPOSTI SCIENTIFICI.....3

1.1 L'infermiere di famiglia o comunità.....3

1.2 Origini e contesto normativo.....4

1.3 Popolazione target e livelli di intervento.....5

1.4 La formazione e le competenze core.....7

1.5 La qualità.....9

1.6 I sistemi di monitoraggio.....11

2.MATERIALI E METODI.....13

2.1 La ricerca bibliografica.....13

2.2 Modello PICOM – Motori di ricerca – Parole chiave.....13

2.3 Criteri di inclusione ed esclusione.....14

3.RISULTATI.....15

3.1 Tabella esplorativa dei dati riguardanti la qualità percepita dalla persona.....15

3.2 Tabella esplorativa dei dati riguardanti la qualità per il professionista.....27

4.DISCUSSIONE.....	39
5.CONCLUSIONI.....	43
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	44

ABSTRACT

Introduzione: la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità è essenziale per garantire servizi sanitari efficaci e centrati sul paziente. Questo studio si propone di esaminare criticamente la situazione attuale, analizzando gli indicatori di qualità validati, da quelli focalizzati sugli aspetti clinici a quelli legati all'esperienza del paziente.

Materiali e metodi: è stata condotta una revisione narrativa della letteratura per ricercare indicatori utili all'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) su banche dati scientifiche come Pubmed. Sono stati esaminati articoli scientifici per rispondere a 2 domande di ricerca: 1) esistono indicatori validati che l'IFoC può utilizzare per valutare se i propri interventi sono di qualità? 2) quali sono i punti di incontro e/o differenze con i Patient Reported Experience Measures (PREMS), i quali prendono come indicatore di qualità l'esperienza delle persone?

Risultati: emergono criticità legate alla mancanza di indicatori validati e standardizzati, alla concentrazione predominante sugli aspetti clinici e alla disomogeneità nell'utilizzo degli stessi tra paesi. Viene valutato dal professionista il dolore, il rischio cadute, lo stato di coscienza, il carico del caregiver. L'assistito valuta più l'aspetto relazionale e di presa in carico, ma anche le varie forniture che possono ricevere a domicilio.

Discussione e conclusione: la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia e comunità richiede un approccio integrato che consideri sia gli aspetti clinici che quelli strutturali. È essenziale promuovere il coinvolgimento attivo dei pazienti nei processi decisionali e migliorare la comunicazione tra i professionisti sanitari per garantire una cura coordinata e di alta qualità. Inoltre, lo sviluppo e l'uso di indicatori validati e standardizzati sono fondamentali per valutare in modo completo la qualità dell'assistenza e per promuovere un miglioramento continuo dei servizi sanitari offerti alla comunità.

INTRODUZIONE

Nei prossimi dieci anni, è previsto che circa 8 milioni di anziani saranno affetti da almeno una malattia cronica grave. Entro il 2030, potrebbero essere circa 4 milioni e mezzo gli ultra 65enni che vivranno da soli, di cui 1.2 milioni avranno più di 85 anni (Rapporto Osservasalute).

Già dal 1995 l'OMS, nel documento salute per tutti nel 21° secolo, afferma che la figura infermieristica doveva evolversi e affermarsi ancor di più nel supportare gli individui ad adeguarsi a malattie e disabilità croniche, dedicando gran parte del proprio tempo a fornire assistenza direttamente presso il domicilio della persona assistita e della sua famiglia.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, adottato il 6 agosto 2020, con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, ha segnato un momento significativo introducendo per la prima volta la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità. Questo piano ha sottolineato l'importanza di realizzare interventi multiprofessionali per la prevenzione e la promozione della salute, coinvolgendo professionisti come gli Infermieri di Famiglia o di Comunità, i quali operano in modo proattivo negli ambienti di vita delle persone, collaborando con tutti i servizi sociosanitari e gli attori sociali del territorio per rispondere in modo integrato alle esigenze sia sanitarie che sociali della popolazione.

E', dunque cruciale, per affrontare efficacemente le sfide legate alla cronicità e alla multi-morbilità, garantire una maggiore diffusione e consapevolezza riguardo al ruolo dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC), assicurando una sua diffusione estesa sul territorio.

Durante il tirocinio formativo del corso di Laurea in Infermieristica, si ha avuto la possibilità di eseguire un periodo di esperienza nell'Azienda Sanitaria Territoriale Ancona, Cure Domiciliari Residenziali, presso il quartiere Ponterosso in cui si sta realizzando il progetto della sperimentazione dell'Infermiere di Famiglia o Comunità nella Regione Marche.

In questo lasso di tempo sono stati analizzati i punti deboli e quelli di forza del programma al fine di comprendere gli aspetti benefici e le sfide che esso comporta.

Questo elaborato è stato redatto con l'intento di esaminare se esista letteratura a supporto per l'utilizzo di indicatori che valutino la qualità degli interventi condotti dall'Infermiere di Famiglia o Comunità.

1. PRESUPPOSTI SCIENTIFICI

1.1 L'infermiere di famiglia o comunità

Il concetto moderno di Infermiere di Famiglia o di Comunità attinge alle radici teoriche che risalgono agli anni '50 in America. Sebbene la pratica infermieristica abbia sempre tratto ispirazione da diverse teorie, è il modello proposto dalla teorica americana Dorothea Orem a emergere come fondamentale nel contesto dell'IFoC.

Il modello concettuale di Orem considera l'individuo nella sua totalità, includendo le sue capacità di prendersi cura di sé stesso in varie fasi della vita, sia in salute che in situazioni particolari.

Orem introduce il concetto di self-care, definendolo come la somma di tutte le azioni intraprese dall'individuo per mantenere il proprio benessere, indirizzando così la domanda di assistenza dall'equilibrio tra bisogno di cure e capacità di autogestione, anche con l'aiuto di familiari e servizi sociali e sanitari disponibili. Le metodologie di assistenza di questa figura si concentrano sull'ottenimento del massimo benessere possibile per ciascun individuo, sfruttando sia le proprie competenze che le risorse disponibili dalla famiglia e dalla comunità, concetti che richiamano direttamente il modello teorico di Orem.

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è un professionista impegnato nella continuità dell'assistenza nella comunità, collaborando con altri operatori per garantire un'assistenza infermieristica integrata. Si concentra sulla prevenzione e gestione proattiva della salute, lavorando sul territorio per promuovere stili di vita sani e intervenire precocemente sui bisogni di salute. Monitora e facilita percorsi di assistenza in collaborazione con altri professionisti e fa parte di una rete più ampia che supporta pazienti, caregiver e comunità. Il suo tempo dedicato alla relazione con le persone e alla programmazione delle attività è considerato parte integrante della cura. Inoltre, svolge attività di intercettazione dei bisogni di salute, promuove il coinvolgimento della comunità, fornisce informazioni e counseling per promuovere comportamenti positivi e lavora in stretta collaborazione con

altre reti sociosanitarie, utilizzando anche strumenti digitali e telemedicina (AGENAS 2023)

1.2 Origini e contesto normativo

La figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) trova le sue radici già nel lontano 1998, attraverso il documento "Health 21" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questo documento, già all'epoca, evidenziava l'importanza dell'assistenza sanitaria di primo livello e suggeriva la presenza di un infermiere di famiglia adeguatamente formato come punto focale di tale assistenza.

In "Health 21" si fa riferimento ad un'ampia rete di servizi interconnessi, che mirano al raggiungimento degli obiettivi di assistenza alla popolazione, sottolineando il ruolo chiave del medico e dell'infermiere di famiglia. Questi operatori, operando direttamente presso il domicilio dei pazienti, possono avere una visione più completa e approfondita dei fattori influenzanti la salute, come gli stili di vita, i comportamenti a rischio e il contesto culturale.

Il successivo sviluppo dell'IFoC in Italia è stato guidato dal "Patto per la Salute 2020", che ha delineato le caratteristiche principali di questa nuova figura professionale. Queste caratteristiche sono diventate particolarmente cruciali durante la crisi pandemica da COVID-19 e sono state successivamente incorporate nel "Decreto Rilancio 2020", che ha formalmente introdotto IFoC nell'ordinamento sanitario italiano.

Con la legge n°77 del 2020 è stato ufficialmente riconosciuto come una risorsa essenziale per l'assistenza primaria su tutto il territorio italiano. Questa figura comprende due ambiti di competenza fondamentali per la gestione delle patologie croniche sul territorio: l'infermiere di Famiglia o l'infermiere di Comunità.

Il passo successivo è stato compiuto con il D.M. n°77 del 2022, basato sulla missione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che ha ridefinito la struttura della sanità territoriale e identificato gli standard necessari per offrire un'assistenza di qualità a livello territoriale. Questa nuova ottica di gestione territoriale è fondamentale per contrastare

l'avanzamento delle patologie croniche in una popolazione sempre più longeva, come evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

1.3 Popolazione target e livelli di intervento

L'IFoC adotta un approccio equo per fornire assistenza a tutti i cittadini, indipendentemente dallo stato di salute, identificando le fasce di popolazione più vulnerabili sul territorio e concentrando gli sforzi su progetti specifici di promozione della salute, prevenzione e cura. Considerando la sua azione multifocale a livello individuale, familiare e comunitario e le caratteristiche del territorio nazionale, è opportuno individuare un target prioritario di intervento (AGENAS, 2023). Questo potrebbe includere persone con malattie croniche o fasce di popolazione considerate fragili, contribuendo così alla creazione di reti di supporto.

Le attività dell'IFoC indicate nelle Linee di Indirizzo dell'AGENAS si articolano su tre livelli:

- Livello ambulatoriale: l'IFoC funge da punto di riferimento per gli utenti, fornendo informazioni sui servizi disponibili e offrendo prestazioni di assistenza basate sulla prevenzione collettiva, la sanità pubblica e l'assistenza di base. Queste prestazioni possono includere anche interventi educativi sulla salute.
- Livello domiciliare: dopo aver valutato i bisogni del singolo e della famiglia, l'IFoC organizza l'erogazione dell'assistenza domiciliare per promuovere l'autonomia e mantenere la salute della persona, evitando il ricorso alle strutture di ricovero. Fornisce informazioni e sostegno ai caregiver, valuta i bisogni socioassistenziali e individua strumenti per il monitoraggio a distanza.
- Livello comunitario: l'IFoC lavora trasversalmente per favorire l'accesso ai servizi, garantire la continuità delle cure e integrare gli operatori sanitari e sociali. Collabora con enti locali, inclusa la scuola, per promuovere la salute e agire in ottica preventiva. Accerta le risorse disponibili e cerca soluzioni per le necessità specifiche dei singoli individui e delle comunità attraverso il lavoro di rete con altri professionisti.

Infine, l'IFoC fornisce attività di consulenza, monitoraggio e attivazione di risorse presso strutture residenziali e intermedie per garantire la continuità assistenziale in diversi contesti di cura, coinvolgendo attivamente individui, famiglie e comunità nella ricerca di soluzioni appropriate per le loro esigenze specifiche.

1.4 La formazione e le competenze core

La formazione dell'IFoC è centrale ed indispensabile, considerando la crucialità del ruolo da svolgere. Al fine di garantire lo sviluppo delle competenze è dunque richiesto il Master universitario di primo livello in Infermieristica di Famiglia o Comunità, come stabilito dal documento finale sulla formazione specialistica delle professioni sanitarie, approvato il 17 dicembre 2018 dall'Osservatorio Nazionale delle professioni sanitarie istituito presso il MIUR, poi divulgato dal Ministero della Salute alle regioni con circolare del 13 marzo 2019. Le abilità che, in seguito al periodo di formazione richiesto, devono palesarsi sono desunte dal profilo di competenza proposto dall' AIFeC nel 2018, dai risultati del progetto europeo ENHANCE, dal Position Statement della FNOPI e dall'esperienza formativa pluriennale del master di I° livello. Queste competenze includono:

- Valutazione dei bisogni di salute utilizzando approcci sistemici.
- Analisi dei fattori di rischio prevalenti nel territorio.
- Promozione della salute e prevenzione delle malattie.
- Cura delle persone in tutte le fasi della vita.
- Affronto dei disagi psicologici e comportamenti di dipendenza.
- Educazione sanitaria nelle scuole.
- Supporto alle persone e alle famiglie.
- Programmazione di interventi basati su evidenze scientifiche.
- Utilizzo di strumenti digitali per la documentazione e il monitoraggio.
- Identificazione e prevenzione dei rischi.
- Promozione di stili di vita sani e coinvolgimento delle persone nelle decisioni sulla salute.
- Collaborazione con altri professionisti e organizzazioni territoriali.

- Garanzia di continuità e integrazione dei servizi sanitari.
- Promozione e prevenzione della salute rivolta alla comunità.
- Informazione sulla salute e sui rischi.
- Organizzazione di incontri per favorire l'auto mutuo aiuto.

Al fine di mettere a disposizione queste abilità, la legge n. 77 del 17.7.2020 ha definito gli standard di personale e le modalità di assunzione, introducendo l'infermiere di famiglia o di comunità per potenziare i servizi infermieristici, in particolare per la presa in carico dei pazienti COVID-19. Le ASL possono reclutare infermieri in base alla popolazione, con un limite di 8 unità ogni 50.000 abitanti. Il DM 77/2022 stabilisce uno standard di 1 infermiere ogni 3.000 abitanti, variabile in base alle caratteristiche geografiche.

1.5 La qualità

La qualità dell'assistenza infermieristica rappresenta un obiettivo importante per i pazienti e una promessa fondamentale degli infermieri. Tuttavia, la sua complessità e ambiguità, evidenziate nella letteratura, pongono sfide nel passaggio dall'asserzione della necessità di assistenza di qualità al raggiungimento degli standard di eccellenza nella cura fornita. Dunque, si tratta di un concetto ampio e articolato che va oltre le sole cure cliniche incomplete e la sicurezza dei pazienti, comprendendo anche le prospettive degli infermieri e dei pazienti, così come le aspettative delle famiglie e altre variabili rilevanti (Koy et al., 2015).

Infatti, la definizione e l'interpretazione della qualità nelle varie discipline sanitarie rimangono ambigue, soggettive e dipendenti dagli attori coinvolti, generando notevoli sfide sia nella misurazione che nel miglioramento. La letteratura infermieristica evidenzia chiaramente la natura soggettiva e specifica degli stakeholder della qualità. Gli infermieri che valutano la qualità possono concentrarsi su diversi aspetti, come la valutazione, la pianificazione o l'efficacia nella somministrazione dei trattamenti e dei farmaci. D'altra parte, i pazienti tendono a dare maggiore importanza alla comunicazione, all'ascolto, alla gentilezza e alla reattività degli infermieri. Nel frattempo, i manager infermieristici spesso preferiscono concentrarsi sugli aspetti organizzativi dell'efficienza e del rapporto costo-efficacia. Queste divergenze riflettono le conoscenze, i punti di vista e i valori dei diversi partecipanti all'esperienza sanitaria. (Burhans & Alligood, 2010).

Per cui con il bisogno di misurare e sviluppare indicatori e scale validate per valutare gli interventi eseguiti, si è affermato anche il concetto che l'esperienza del paziente è fondamentale nel sondare le prestazioni del sistema sanitario e nella progressione della qualità. Al centro di questi sforzi sta il riconoscimento del fatto che i pazienti sono gli attori principali o addirittura gli unici qualificati a fornire informazioni su ciò che è importante per loro e su come percepiscono le diverse componenti delle loro interazioni con gli operatori sanitari; solo il paziente stesso può indicare se ha ricevuto rispetto o se le informazioni sono state fornite in modo comprensibile. Le informazioni sull'esperienza

dei pazienti possono variare da dati qualitativi raccolti tramite interviste o focus group a grandi insiemi di dati quantitativi derivati da indagini standardizzate. Quest'ultima categoria acquisisce dati tramite le Patient Reported Experience Measures (PREM), che offrono un vasto e in costante aumento volume di resoconti individuali dei pazienti sulle loro esperienze di cura (Gilmore et al., 2023)

Difatti la valutazione dell'esperienza del paziente offre risultati chiari, tangibili e affidabili che possono guidare e influenzare le iniziative di miglioramento della qualità. Le Patient Reported Experience Measures (PREM) sono strumenti efficaci per misurare la qualità dell'assistenza e la centralità del paziente. L'utilizzo dei dati PREM può portare a miglioramenti significativi nelle pratiche amministrative e nei settori cruciali dell'esperienza del paziente, contribuendo a ristrutturare e trasformare l'assistenza sanitaria. Inoltre, le indagini condotte sui pazienti possono essere preziose per introdurre e valutare nuovi servizi e innovazioni (Rosis et al., 2020).

Altresì, è di vitale importanza, sottolineare che *esperienza e soddisfazione* rappresentano concetti distinti. L'esperienza valuta se specifici processi di cura sono stati effettivamente eseguiti, mentre, la soddisfazione del paziente riguardo alla cura, potrebbe non essere necessariamente legata ai processi di cura o ai risultati clinici, in quanto è possibile che i pazienti si sentano soddisfatti di un'assistenza di qualità inferiore o insoddisfatti di un servizio altamente efficace, per cui, integrare misure sull'esperienza del paziente, nella valutazione delle prestazioni sanitarie, consente di identificare le aree problematiche, come i processi di cura erogati in modo inadeguato, che possono essere indirizzate per migliorare la qualità dell'assistenza. Le Patient Reported Experience Measures (PREM) forniscono una valutazione oggettiva e affidabile dell'esperienza degli utenti, offrendo così un approccio pratico per esplorare modelli di cura integrata centrati sulla persona (Cinocca et al., 2017).

1.6 I sistemi di monitoraggio

Gli indicatori di qualità (QI) sono strumenti standardizzati e basati sull'evidenza utilizzati nel settore sanitario per valutare e tracciare i cambiamenti nella qualità dell'assistenza e per individuare le aree di miglioramento. Secondo il modello Donabedian, la qualità dell'assistenza può essere valutata attraverso tre categorie principali: la struttura, i processi e i risultati. La struttura riguarda le caratteristiche del contesto in cui viene erogata l'assistenza, come le risorse umane e l'organizzazione; i processi si riferiscono alle attività svolte per fornire l'assistenza; mentre i risultati indicano gli effetti delle cure fornite, positivi o negativi. È fondamentale comprendere come queste categorie interagiscono e si influenzano a vicenda, sia per lo sviluppo degli indicatori di qualità, sia per supportare il personale nel comprendere l'importanza della loro applicazione. Gli indicatori di qualità devono essere validi, affidabili, fattibili, accettabili e sensibili, al fine di consentire ai governi e ai fornitori di monitorare, confrontare e promuovere miglioramenti nella qualità dell'assistenza in modo efficace (Foong et al., 2022).

Le linee di indirizzo emanate dall'AGENAS propongono un monitoraggio su due livelli: il primo tiene in considerazione il processo, in cui si va a stabilire gli indicatori che valutino la progressione del processo di implementazione dell'infermieristica di famiglia e comunità, si vanno ad attivare le reti di prossimità per la persona-gruppo di persone prese in carico e si tiene conto dei piani assistenziali individuali e percorsi preferenziali attivati e del coinvolgimento di attori istituzionali; il secondo livello mette in evidenza l'impatto e il risultato, attraverso l'utilizzo di un modello di valutazione che esamini l'effetto sulla persona, sulla famiglia, sulla comunità, sull'organizzazione e sullo staff.

La valutazione degli interventi infermieristici, soprattutto nell'ambito della famiglia e della comunità, dovrebbe essere orientata verso esiti sensibili che riflettano il miglioramento della qualità di vita, l'incremento delle capacità di autogestione, i cambiamenti nei comportamenti e negli stili di vita dei pazienti, nonché il loro coinvolgimento attivo nel percorso di cura. Strumenti validati, come quelli per valutare

le abilità di self-care nello scompenso cardiaco o l'engagement del paziente, sono essenziali per una valutazione accurata.

Sebbene gli esiti clinici tradizionali siano comunemente utilizzati per la loro disponibilità e facilità di misurazione, dovrebbe esserci una maggiore considerazione per gli esiti sensibili all'infermieristica nelle cure primarie. Questi includono esiti come la riduzione delle cadute, che potrebbero essere utilizzate per valutare l'efficacia degli interventi preventivi a domicilio o nella comunità.

Tuttavia, l'utilizzo di questi deve essere valutato attentamente per garantire che riflettano effettivamente l'assistenza infermieristica ricevuta e che siano interpretati correttamente.

Inoltre, è importante considerare gli esiti riportati direttamente dai pazienti e dai caregiver, come la qualità di vita e il carico assistenziale. Attualmente, la valutazione degli esiti rimane principalmente focalizzata sugli aspetti clinici e sull'utente, mentre sarebbe importante includere anche la prospettiva delle famiglie e valutare il loro coinvolgimento e il mantenimento nel tempo.

La misurazione degli esiti dovrebbe essere condotta nel tempo, in modo da valutare sia i cambiamenti nel breve termine che quelli nel lungo termine. Ciò è particolarmente importante per interventi di prevenzione terziaria in pazienti stabili e poco complessi, dove potrebbero essere necessari tempi più prolungati per valutare gli effetti.

È fondamentale anche misurare la fedeltà o la compliance degli interventi, ossia il grado in cui vengono erogati come pianificato nel protocollo di ricerca. Tuttavia, date le complessità delle cure primarie, è importante tenere traccia delle eventuali modifiche apportate agli interventi e valutare come queste influenzano gli esiti. Questo può essere fatto attraverso diversi metodi di valutazione della fedeltà, come questionari auto-compilati, osservazioni dirette, registrazioni audio/video, che consentono di valutare l'aderenza agli interventi e l'efficacia delle modifiche apportate.

2. MATERIALI E METODI

L'obiettivo di questo elaborato consiste nella ricerca di letteratura che parli di indicatori di qualità ed eseguire un confronto tra l'esperienza del paziente e ciò che invece è importante per il professionista nello stabilire se un determinato intervento sia stato di qualità.

2.1 La ricerca bibliografica

È stata realizzata una revisione autonoma della letteratura sul motore di ricerca online PubMed e Google Scholar con l'obiettivo di ricavare quanti più articoli possibili che parlassero di indicatori di qualità utili all'infermiere di famiglia e comunità.

2.2 Modello PICOM - Motore di ricerca – Parole chiave

Sono stati considerati due quesiti di ricerca distintivi del problema considerato:

- a) Vi sono degli indicatori validati che l'infermiere di famiglia o comunità può utilizzare per valutare se gli interventi sono di qualità?
- b) Quali sono i punti di incontro e le differenze fra i questionari PREMS, i quali prendono come indicatore di qualità l'esperienza delle persone e gli indicatori di qualità considerati importanti per gli infermieri di famiglia o comunità?

P	Interventi effettuati dall'Infermiere di famiglia
I	Qualità percepita dall'assistito
C	Qualità valutata dall'infermiere
O	Indicatori comuni
M	Revisione narrativa della letteratura

Tabella 1, modello PICOM

-Parole chiave derivanti dalla schematizzazione del problema:

- family and community nurse
- common indicators

- home care
- experience of people
- quality perceived

2.3 Criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione ritenuti opportuni per la raccolta dati sono stati i seguenti:

- Testo completo gratuito;
- Articoli in lingue inglese e italiano appropriati all'argomento;
- Sesso: maschio-femmina;
- Articoli pubblicati negli ultimi 10 anni

Criteri di esclusione ritenuti idonei:

- Articoli relativi a pazienti con un'età inferiore ai sessantacinque anni;

La selezione degli articoli è avvenuta valutando la presenza delle esperienze o di ciò che è ritenuto importante dal fruitore dei servizi domiciliari e selezionando anche articoli che parlassero di indicatori più misurati o considerati più importanti dal professionista.

3. RISULTATI

Per riassumere i risultati, sono state predisposte due tabelle: la prima dove vengono riassunti gli articoli che tengono conto delle esperienze e di ciò che la persona si aspetterebbe dal professionista sanitario; la seconda raccoglie gli articoli che sviluppano scale o indicatori che possono essere utilizzati dall'infermiere di famiglia o comunità per valutare i propri interventi in base alle evidenze e, dunque, per sapere se l'assistenza erogata sia stata di qualità. In totale sono stati trovati 11 articoli: 5 riguardanti il primo argomento e 6 riguardanti il secondo.

3.1 Tabella esplorativa dei dati riguardanti la qualità percepita

ARTICOLO	AUTORE RIVISTA ANNO	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO DELLO STUDIO	CARATTERISTICHE PARTECIPANTI	INTERVENTI EFFETUATI/INTERVENTI VALUTATI	ESITI MISURATI	RISULTATI PRINCIPALI
1.A Patient Reported Experience Measure (PREM) for use by older people in community services	EA Teale, JB Giovane, <i>Age and Ageing</i> , Volume 44, Issue 4, July 2015, Pages 667–672	Studio trasversale	Descrivere lo sviluppo di PREM adatti all'uso nei servizi IC ed esaminarne la fattibilità, l'accettabilità e le proprietà di scalabilità.	50 utenti allettati e 250 utenti a domicilio	Sono stati somministrati i questionari PREMS alla popolazione presa in considerazione	Sono stati esaminati i tassi di restituzione e i modelli dei dati mancanti. Le proprietà di ridimensionamento dei PREM sono state esaminate con l'analisi Mokken	Sono state ricevute 1.832 risposte dai pazienti dei servizi a letto e 4.627 dai pazienti a domicilio, con tassi di restituzione del 28% e del 13% rispettivamente. I dati mancanti sono risultati essere rari. L'analisi dei Patient-

							Reported Experience Measures (PREM) completati dai pazienti a letto (1.398 risposte) ha identificato 8 elementi che misuravano lo stesso concetto, formando una scala di resistenza media (Loevinger H 0,44) con affidabilità accettabile ($p = 0,76$). L'analisi dei PREM completati dai
--	--	--	--	--	--	--	---

							pazienti a domicilio (3.392 record) ha rivelato una scala di media intensità composta da 12 elementi (Loevinger H 0,41) con affidabilità accettabile ($\rho = 0,81$).
2.Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of	Sabina De Rosis, Domenico Cerasuolo, Sabina Nuti, Ris. Servizio	Studio di ricerca-azione	Presentare i risultati di una ricerca-azione in corso, che comprende l'innovazione nella raccolta, rendicontazione	La popolazione coinvolta nello studio comprende operatori sanitari, pazienti ospedalizzati, manager e amministratori sanitar	Le innovazioni presentate combinano i metodi tradizionali di indagine con gli avanzamenti nella metodologia dei Patient-Reported Experience Measures (PREMs) per superare le limitazioni	Il tasso di partecipazione, misurato come rapporto tra numero di pazienti invitati e numero di pazienti dimessi, è aumentato nel	In due regioni italiane è stato implementato con successo un osservatorio continuo e sistematico sui Patient-

<p>the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy.</p>	<p>Sanitario BMC, 2020</p>		<p>e utilizzo dei PREM, attualmente adottata da 21 ospedali di due regioni italiane</p>		<p>riscontrate. Le principali innovazioni includono la proposta di coinvolgere tutti i pazienti ricoverati in un'indagine PREM, l'adozione di un sondaggio ibrido che combina domande standard con sezioni narrative, l'uso di un questionario web-based per ridurre i costi e migliorare la precisione nella raccolta dati, la raccolta immediata dei dati post-ricovero dai pazienti e la fornitura di un sistema di reportistica online in tempo reale per consentire il benchmarking e l'accesso a dati specifici su diversi livelli ospedalieri.</p>	<p>tempo. Complessivamente, il tasso medio di partecipazione delle ASL ai PREM è influenzato principalmente dalla data di implementazione negli ospedali a gestione diretta. Durante il periodo iniziale, caratterizzato da attività di messa a punto tecnica, il tasso di partecipazione è variabile. Tuttavia, successivamente si è stabilizzato</p>	<p>Reported Experience Measures (PREMs). Nel corso del tempo, si è osservato un costante aumento nei tassi di partecipazione e di risposta ai PREMs, stabilizzandosi a percentuali affidabili dopo i primi mesi. Il feedback narrativo fornisce una narrazione positiva di</p>
---	--------------------------------	--	---	--	---	--	--

						<p>intorno al 30%, raggiungendo talvolta anche oltre l'80% della popolazione ricoverata. Nel primo anno dell'Osservatorio PREMs, 15.771 pazienti hanno fornito i propri recapiti per essere invitati all'iniziativa.</p>	<p>esperienze e comportamenti che hanno avuto un impatto significativo sui pazienti, offrendo spunti preziosi per migliorare la qualità dei servizi. Grazie al reporting in tempo reale di dati quantitativi e qualitativi, è stato avviato un gratificante processo di miglioramento del servizio e di gestione del</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							personale a tutti i livelli ospedalieri.
3.Validation of the Italian version of the Patient Reported Experience Measures for intermediate care services.	Cinocca, Rucci P, Randazzo C, Teale E, Pianori D, Ciotti E, Fantini MP, Dove Press Journal, 2017	Indagine trasversale	Esaminare la fattibilità e le proprietà di scalabilità della versione italiana dei questionari PREM da utilizzare nei servizi IC.	Pazienti a letto e pazienti a domicilio.	Somministrazione dei questionari PREMS	La principale misura di esito erano i risultati del questionario PREM. Sono stati esaminati i tassi di ritorno e le risposte. L'analisi Mokken è stata utilizzata per esaminare le proprietà di ridimensionamento dei PREM	L'analisi condotta sui PREM relativi ai pazienti a letto (N = 154) ha individuato 13 elementi che misuravano lo stesso concetto, formando una scala di resistenza moderata (Loevinger H = 0,488) con un'alta affidabilità (alfa di Cronbach =

							0,843). Per quanto riguarda i PREM domiciliari (N = 134 record), l'analisi ha rivelato che 15 elementi costituivano una scala robusta (Loevinger H = 0,543) con una buona affidabilità (alfa di Cronbach = 0,875).
4.Consumer selection and home health agency quality and	Margot L. Schwartz, Momotazur Rahman, Kali S.	Studio longitudinale	Confrontare l'impatto dell' introduzione di due serie distinte di	Campione casuale del 5% di ricoveri (186.498 ricoveri) per i nuovi utenti sanitari a	Introduzione di valutazioni a stelle che descrivessero la qualità e le esperienze della persona che era soggetta ad una prestazione erogata da	Questa valutazione ha confrontato la selezione delle agenzie di assistenza	L'introduzione delle valutazioni a stelle ha comportato un aumento del

patient experience stars.	Thomas, R. Tamara Konetzka e Vincent Mor, Health Serv Res. 2022		valutazioni in stelle, qualità dell'assistenza ed esperienza del paziente, sulla selezione dell'agenzia sanitaria domiciliare (HHA).	domicilio Medicare Fee-for-Service.	un'agenzia domiciliare assistenza	domiciliare (HHA) prima (luglio 2014- giugno 2015) e dopo (febbraio- dicembre 2016) l'introduzione delle valutazioni a stelle. È stato utilizzato un modello logit condizionale a scelta discreta, considerando tutte le possibili HHA che ogni paziente avrebbe potuto selezionare in base al codice postale. Le variabili di interesse includevano le interazioni tra le	0,88% nella probabilità di scegliere un'agenzia di assistenza domiciliare (HHA) di alta qualità e un aumento del 0,81% nella probabilità di scegliere un paziente con esperienza di HHA di alto livello. Questo effetto è stato più significativo per i pazienti ricoverati dalla comunità e i
---------------------------------	--	--	---	--	---	--	--

						<p>valutazioni a stelle e il periodo temporale (pre/post stelle), stratificate per razza, fonte di ammissione e idoneità a Medicaid, con aggiustamenti per le caratteristiche delle HHA e la distanza tra le case dei pazienti e le HHA.</p>	<p>beneficiari neri di Medicare-Medicaid a doppia idoneità, rispetto ai pazienti ricoverati, bianchi e non duali.</p>
<p>5.Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention</p>	<p>(Karin Bölenius , Kristina Lämås, Per-Olof Sandman, David</p>	<p>Studio controllato non randomizzato</p>	<p>Questo studio si propone di valutare gli impatti e l'importanza di un intervento HCS (Human-</p>	<p>270 anziani >65 anni che ricevono servizi di assistenza domiciliare, 270 parenti e 65 membri del personale, nonché un gruppo di controllo di pari dimensioni</p>	<p>L'intervento si fonda sui principi teorici della centralità della persona e della promozione della salute, articolandosi in quattro fasi pedagogiche: comprensione della teoria, apprendimento</p>	<p>Alle persone anziane, ai loro familiari e al personale sanitario (sia nel gruppo di intervento che in quello di controllo)</p>	<p>Questo studio si propone di affrontare l'insoddisfazione verso gli attuali servizi di assistenza</p>

<p>in home care services - a study protocol of a non-randomised controlled trial.</p>	<p>Edvardson, BMC geriatric, 2017.)</p>		<p>Centered Service) focalizzato sul benessere e sulla promozione della salute negli anziani. Si esamineranno gli effetti sull'aumento della qualità della vita e della prosperità, nonché sulla soddisfazione per l'assistenza ricevuta. Inoltre, si valuteranno gli effetti sull'ansia</p>		<p>pratico, implementazione e supervisione clinica. Le specifiche di queste fasi sono descritte di seguito. Dopo una fase iniziale di 10 mesi, seguirà una seconda fase di attuazione, durante la quale l'HCS assumerà la responsabilità di continuare l'intervento con il supporto del gruppo di ricerca.</p>	<p>verrà richiesto di compilare un questionario contenente dati demografici e variabili relative agli obiettivi dello studio. Questo questionario sarà somministrato al basale e poi a 12 e 24 mesi di follow-up.</p>	<p>domiciliare centrati sui compiti, che spesso non riescono a soddisfare i bisogni psicosociali ed esistenziali delle persone anziane fragili. Inoltre, si concentra sul limitato coinvolgimento nei processi decisionali riguardanti la pianificazione e la fornitura di assistenza per gli anziani che</p>
---	---	--	--	--	--	---	---

			<p>dei caregiver, sull'assistenza informale e sulla soddisfazione dei familiari, oltre alla soddisfazione lavorativa e allo stress etico del personale sanitario.</p>				<p>vivono a casa con questi servizi. Gli interventi centrati sulla persona, già sperimentati nelle case di cura e nell'assistenza domiciliare, hanno dimostrato in passato di migliorare la qualità della vita e la soddisfazione per l'assistenza fornita.</p>
--	--	--	---	--	--	--	---

3.2 Tabella esplorativa dei dati riguardanti la qualità che interessa al professionista

ARTICOL O	AUTORE RIVISTA ANNO	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO DELLO STUDIO	CARATTERISTICHE E PARTECIPANTI	INTERVENTI EFFETUATI/INTERVENTI VALUTATI	ESITI MISURATI	RISULTATI PRINCIPALI
1.Quality indicators for home- and community-based aged care: A critical literature review to inform policy directions	Hui Yuan Foong, Joyce Siette, Mikaela Jorgensen, Australas J. Ageing, 2022	Revisione critica della letteratura	L'obiettivo di questo studio era individuare e valutare i set di indicatori di qualità per l'assistenza domiciliare utilizzati a livello internazionale per gli anziani, al fine di guidare il futuro sviluppo e	Età pari o superiore ai 65 anni.	La ricerca si è concentrata sull'identificazione e sulla valutazione dei set di indicatori di qualità (QI) utilizzati a livello internazionale per l'assistenza domiciliare agli anziani. Dei 45 QI identificati, la maggioranza sono misure di risultato, con solo una piccola percentuale rappresentata da misure di processo. Inoltre, nessuno dei QI identificati misura la struttura dell'assistenza.	Gli esiti principali dell'analisi riguardavano la natura e la copertura dei QI nei diversi set identificati, nonché la loro adattabilità al contesto australiano	Questa rassegna ha messo in luce lacune significative nei set di indicatori di qualità esistenti. Tali lacune dovrebbero essere prese in considerazione da politici, ricercatori e altre parti interessate nel contesto australiano durante lo sviluppo e l'applicazione dei futuri indicatori di qualità.

			<p>l'utilizzo di indicatori di qualità nel contesto australiano.</p>		<p>I set di dati interRAI di prima e seconda generazione, insieme all'ASCOT, presentano diversi QI, con alcuni punti in comune. I QI sono suddivisi in quattro categorie principali: funzionali, clinici, sociali e di utilizzo, con una sovrapposizione significativa tra i set interRAI di prima e seconda generazione. Tuttavia, l'ASCOT si concentra esclusivamente sugli indicatori dell'assistenza sociale. Complessivamente, i tre set di dati contengono sia indicatori di prevalenza (proporzione di individui al follow-up) che di incidenza</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					(cambiamento tra basale e follow-up).		
2. Identifying the key performance improvement domains for home health agencies.	Günes Kuru, Dari Alhuwail e Robert J. Rosati, SAGE Open Med, 2015.	Ricerca qualitativa	Questo studio mirava a fornire sostegno alle agenzie sanitarie domiciliari (HHA) negli Stati Uniti (USA) nel loro impegno personalizzato per valutare la qualità e migliorare le prestazioni (QAPI), identificando i	I professionisti disponibili a livello locale che sono informati sui problemi di qualità dell'assistenza nella fornitura di servizi di assistenza domiciliare sono stati reclutati attraverso annunci fatti tramite le loro associazioni professionali e tramite contatti personali	Focus group	I dati qualitativi, raccolti attraverso schede, lavagne e appunti, sono stati sottoposti a un'analisi dettagliata. Utilizzando un approccio iterativo, i temi comuni sono stati identificati e codificati, contribuendo alla creazione di un quadro concettuale. Da	Il feedback dei focus group sottolinea la complessità del miglioramento delle prestazioni nelle agenzie sanitarie domiciliari (HHA), andando oltre la semplice verifica delle attività cliniche svolte. I KPID individuati possono fornire un'utile guida per le iniziative personalizzate di valutazione e miglioramento delle prestazioni (QAPI)

			principali domini di miglioramento delle prestazioni (KPID).			questa analisi sono emersi resoconti descrittivi dei KPID insieme alla loro categorizzazione, il tutto soggetto a convalida continua.	delle HHA. Di conseguenza, i risultati di questo studio saranno rilevanti, interessanti e utili per il settore dell'assistenza domiciliare e per i decisori politici negli Stati Uniti.
3. Identifying Associations between Quality Initiatives and Quality Measures among Home Health Agencies:	Jacqueline S Zinn, Heather Ladd, Eugene Nuccio, Susan L Ettner, Dara H Sorkin, Dana B Mukamel,	Studio osservazionale e longitudinale	L'obiettivo di questo studio è identificare l'associazione tra le iniziative di qualità adottate dagli HHA e il miglioramento	Il campione dell'indagine è stato costituito utilizzando i rapporti sui costi Medicare CMS del 2013 e del 2018. Sono stati inclusi 8.388 HHA.	Il sondaggio nazionale ha raccolto informazioni su 23 iniziative di qualità adottate dalle agenzie sanitarie domiciliari (HHA) negli Stati Uniti	Gli esiti principali misurati sono stati associati a 5 misure composite di Super Qualità (SQM), che includono ADL/dolore, autotrattamento,	Le relazioni tra 16 coppie di iniziative SQM/qualità mostrano un impatto positivo sul miglioramento, mentre 7 coppie sono associate a un declino. Le tecnologie basate sul web migliorano le

Findings from a National Study.	Health Serv. Insights, 2021		o delle prestazioni			assistenza tempestiva, ricoveri e esperienza del paziente	prestazioni del personale e degli operatori sanitari, ma possono compromettere l'esperienza dei pazienti. I gruppi di supporto web e la revisione delle classifiche HHC contribuiscono a ridurre i tassi di ospedalizzazione. Sebbene lo studio offra suggerimenti per migliorare la qualità, la mancanza di sensibilità nell'implementazione e potrebbe costituire un limite. Si
---------------------------------	-----------------------------	--	---------------------	--	--	---	---

							raccomanda di utilizzare questo studio come base per future indagini sulle iniziative con il maggior potenziale di miglioramento della qualità.
4.Exploring nurse-sensitive patient outcomes in Dutch district nursing care: A survey study.	Jessica D. Veldhuizen, Marieke J. Schuurmans, Misja C. Mikkers, Nienke Bleijenberg, Health Soc Community, 2022.	Studio esplorativo trasversale	L'obiettivo dello studio è stato esplorare tre aspetti: primo, i risultati dei pazienti considerati importanti dagli infermieri e come vengono	132 infermieri che lavorano per varie organizzazioni distrettuali di assistenza infermieristica nei Paesi Bassi	Indagine distribuita online	Sono state analizzate le risposte degli infermieri, dimostrando che diversi strumenti o questionari sono disponibili e utilizzati nell'assistenza infermieristica distrettuale come	Gli infermieri frequentemente misurano risultati sensibili ai pazienti come il dolore, il delirio, la perdita di peso e il carico del caregiver utilizzando strumenti validati. Tuttavia, misure come le cadute e la soddisfazione del cliente spesso non

			<p>misurati; secondo, come gli infermieri di distretto utilizzano tali risultati per migliorare la loro pratica; terzo, le sfide e gli elementi che agevolano l'utilizzo di tali risultati nella pratica infermieristica a distrettuale.</p>			<p>misure di risultato.</p>	<p>sono validate. Questi risultati sono comunicati al team infermieristico per migliorare la pratica. Nonostante un atteggiamento positivo verso l'utilizzo dei risultati, mancano supporti adeguati. Ulteriori ricerche sono necessarie per comprendere meglio i bisogni degli infermieri. Linee guida internazionali potrebbero promuovere l'uniformità</p>
--	--	--	--	--	--	-----------------------------	---

							nell'utilizzo di tali risultati.
5.Measuring quality in community nursing: a mixed-methods study	Sue Horrocks, Katherine Pollard, Lorna Duncan, Christina Petsoulas, Emma Gibbard, Jane Cook, Ruth McDonald, Lesley Wye, Pauline Allen, Pete Husband, Lizanne Harland,	Studio con metodi misti	L'obiettivo è analizzare la selezione, l'applicazione e l'utilità degli indicatori di qualità (QI) nell'assistenza infermieristica di comunità per i pazienti, gli accompagnatori, commissari e il personale erogatore.	145 (68,7%) CCG in tutta l'Inghilterra	Sondaggio tramite e-mail e telefono	Un'indagine nazionale sugli indicatori di "Commissioning per la qualità e l'innovazione" nell'assistenza infermieristica di comunità è stata condotta nel 2014/15. I dati sono stati analizzati in modo descrittivo utilizzando IBM SPSS Statistics 20.0. Successivamente, uno studio di caso è	A livello nazionale, sono stati impiegati diversi indicatori, prevalentemente concentrati sui processi organizzativi, ma la mancanza di coinvolgimento degli infermieri e degli utenti nei processi di selezione ha compromesso la loro utilità. La raccolta dati degli indicatori è stata ostacolata da problemi di connettività e

	<p>Ailsa Cameron, and Chris, NIHR Journals Library 2018.</p>					<p>stato condotto in cinque siti, raccogliendo dati qualitativi tramite osservazioni, interviste, focus group e documenti. L'analisi tematica dei dati è stata eseguita con QSR NVivo 10. I risultati delle prime due fasi sono stati sintetizzati utilizzando un quadro teorico per esaminare l'influenza dei</p>	<p>software informatici, mentre il personale di prima linea ha trovato gli indicatori progettati per contesti acuti inadatti per l'uso nel contesto comunitario. Inoltre, gli indicatori non riflettevano aspetti dell'assistenza apprezzati dal personale e dagli utenti. Tuttavia, i partecipanti al workshop hanno approvato i risultati e formulato una guida alle buone pratiche.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

						contesti locali e distali sull'applicazione dei QI nell'assistenza infermieristica di comunità.	
6.Quality indicators for community care for older people: A systematic review.	(Karlijn J. Liza van Eeno, Davide L. Vetrano, Veerle R. Smaardijk, Anja Declercq, Hein P. J. van Hout, Henriëtte G. van der	Revisione sistematica	Questa revisione sistematica ha identificato i QI esistenti per l'assistenza comunitaria agli anziani e ne ha valutato la qualità metodologica	Popolazione con età pari o superiore ai 65 anni	Gli studi rilevanti sono stati identificati mediante ricerche nei database di riferimento elettronici e selezionati da due revisori in modo indipendente. Le pubblicazioni ammissibili descrivono lo sviluppo o l'applicazione dei QI per valutare la qualità dell'assistenza comunitaria per gli anziani. Sono state estratte informazioni sui QI,	La qualità metodologica dei set di QI è stata valutata con lo strumento Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE). Un punteggio pari o superiore al 50% in un dominio è	Le ricerche hanno condotto all'identificazione di 25 articoli inclusi, i quali descrivono 17 set di indicatori di qualità (QI) comprendenti un totale di 567 QI. La maggior parte degli indicatori si riferisce ai processi assistenziali (80%) e focalizza sulle

	Roest, PLoS One, 2018.)				sul campione di studio e sul contesto specifico	stato considerato indice di un'elevata qualità metodologica.	problematiche cliniche (63%), in particolare sul follow-up, monitoraggio, esami e trattamenti. Circa due terzi dei QI sono rivolti a specifici gruppi di malattie. La qualità metodologica dei set di indicatori variava notevolmente, con il livello più elevato raggiunto nel dominio "Evidenze aggiuntive, formulazione e utilizzo" (51%), seguito da "Evidenze scientifiche" (39%) e
--	-------------------------	--	--	--	---	--	--

							"Coinvolgimento delle parti interessate" (28%).
--	--	--	--	--	--	--	---

4. DISCUSSIONE

La ricerca degli articoli e il confronto tra essi mette in risalto la mancanza di scale o indicatori validati utilizzati dagli infermieri di famiglia e comunità. In questi ultimi anni la ricerca ha evidenziato questa lacuna, cercando in seguito di sviluppare e trovare indicatori che il professionista erogatore del servizio domiciliare potesse utilizzare per poter valutare il proprio intervento. La difficoltà sta nello scegliere indicatori che possano descrivere, oltre la condizione clinica, anche altre caratteristiche che rappresentino la situazione generale. Un'altra problematica sta nell'uniformare l'utilizzo di questi, poiché dalla ricerca emerge disomogeneità tra i vari paesi e le varie agenzie.

Aspetti deficitari nella ricerca di indicatori di qualità utilizzati dagli IFoC	Caratteristiche degli indicatori
Mancanza di scale o indicatori validati utilizzati dagli IFoC	<ul style="list-style-type: none">• Difficoltà nella scelta di indicatori che descrivano la situazione generale, oltre alla condizione clinica• Disomogeneità nell'utilizzo degli indicatori tra paesi e agenzie
Predominanza di indicatori focalizzati sugli aspetti clinici, funzionali ed esperienziali	<ul style="list-style-type: none">• Maggiore utilizzo e misurazione di indicatori come dolore• Concentrazione sugli aspetti clinici, funzionali ed esperienziali, tralasciando le misure di qualità che considerano la struttura dell'assistenza
Mancanza di indicatori che valutino il processo di cura	<ul style="list-style-type: none">• Concentrazione sugli indicatori di risultato, con scarsa attenzione al processo di cura• Nessun indicatore che misuri la struttura dell'assistenza

<p>Importanza dell'esperienza del paziente come indicatore di qualità</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Necessità di coinvolgere i pazienti nei processi decisionali riguardanti il loro piano assistenziale • Emersione di elementi chiave come la comunicazione, l'ascolto attivo e la compassione come aspetti rilevanti per l'esperienza del paziente • Rilevanza dell'esperienza del paziente come uno degli indicatori più importanti della qualità dell'assistenza
---	---

Tabella 4. Indicatori per infermiere di famiglia o comunità

Gli indicatori più utilizzati e più misurati dai professionisti sanitari sono risultati sensibili ai pazienti come il dolore, il delirio, la perdita di peso e il carico del caregiver utilizzando strumenti validati mentre altri parametri sono misurati utilizzando misure di risultato non convalidate, come per esempio le cadute e la soddisfazione. Andando nel generale, la maggior parte degli indicatori sono di risultato, pochi vanno a valutare il processo di cura, nessuno va a misurare la struttura dell'assistenza, evidenziando una maggiore concentrazione sugli aspetti clinici, funzionali ed esperenziali e tralasciando, quasi del tutto, le misure di qualità che considerano la struttura dell'assistenza, cioè aspetti che riguardano il fornitore come la quantità e l'adeguatezza delle strutture e delle attrezzature. Queste sono importanti poiché possono delineare la struttura organizzativa nel suo insieme.

Per la persona, invece, si evince il bisogno di essere considerati nei processi decisionali riguardanti il loro piano assistenziale. Molti degli articoli considerati mettono in luce questo desiderio e, dunque, questa mancanza da parte degli erogatori dei servizi di assistenza domiciliare. Altri fattori considerati importanti dall'assistito che riceve la prestazione sono la comunicazione, l'ascolto attivo e la compassione. In particolare, questi elementi sono emersi grazie alle domande aperte presenti nei questionari somministrati, in quanto consentono alla persona di rielaborare la loro esperienza,

lasciandoli liberi di sottolineare le loro necessità. Un'altra carenza evidenziata è il mancato passaggio di informazioni tra i vari professionisti sanitari, da cui emerge la difficoltà da parte dei vari protagonisti della salute di creare un team multidisciplinare al cui centro dovrebbe esserci la persona.

Aspetti di Interesse	Pazienti	Professionisti Sanitari
Indicatori Utilizzati	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento nei processi decisionali; • comunicazione; • ascolto attivo; • compassione; 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolore; • stato di coscienza; • cadute; • livello di autonomia;
Tipologia degli Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> • Esperienza personale; • aspetti comunicativi; • aspetti relazionali; 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspetti clinici, • funzionali; • esperenziali;
Carenze Ricontrate	<ul style="list-style-type: none"> • Mancato coinvolgimento nei processi decisionali; • mancanza di comunicazione e informazioni; • difficoltà nel creare un team multidisciplinare centrato sulla persona 	<ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di indicatori validati; • disomogeneità nell'utilizzo; • concentrazione sugli aspetti clinici e di risultato;

Tabella 5. Punti di incontro e differenze tra PREMS ed indicatori professionali

Quello che emerge sono sfide e aree di miglioramento nell'identificazione e nell'utilizzo degli indicatori di qualità nell'assistenza infermieristica, ponendo un'enfasi particolare sull'importanza dell'esperienza del paziente e sul coinvolgimento attivo degli attori coinvolti. Integrare, inoltre, gli aspetti clinici con quelli strutturali e promuovere una maggiore collaborazione tra infermieri, utenti e altri professionisti sanitari potrebbe portare a un miglioramento complessivo della qualità dell'assistenza infermieristica. I

limiti di questo studio sono stati il trovare articoli che parlassero di indicatori di qualità da poter utilizzare nell' infermieristica di famiglia o comunità attraverso la stringa di ricerca.

5. CONCLUSIONI

Dallo studio emerge chiaramente la complessità e l'importanza della valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica, in particolare nell'ambito dell'infermieristica di famiglia o comunità (IFoC). La ricerca ha evidenziato una mancanza di indicatori validati e standardizzati utilizzati dagli infermieri di famiglia e comunità per valutare la qualità dei propri interventi, con una predominanza di indicatori focalizzati sugli aspetti clinici, funzionali ed esperienziali.

Tuttavia, vi è un crescente riconoscimento dell'importanza di includere nella valutazione anche le prospettive e le esperienze dei pazienti, con un focus sull'esperienza del paziente come uno degli indicatori più significativi della qualità dell'assistenza. Ciò richiede una maggiore attenzione verso il coinvolgimento attivo dei pazienti nei processi decisionali relativi al loro piano assistenziale e una migliore comunicazione tra i vari professionisti sanitari per creare un approccio più centrato sulla persona e multidisciplinare.

Inoltre, si evidenzia la necessità di sviluppare e utilizzare indicatori che riescano a cogliere non solo gli aspetti clinici, ma anche quelli legati alla struttura dell'assistenza, garantendo così una valutazione più completa e bilanciata della qualità dell'assistenza fornita. Questo richiede un impegno continuo nella ricerca e nello sviluppo di strumenti validati e standardizzati, nonché un maggiore sforzo nella promozione dell'uso uniforme di tali indicatori tra i diversi contesti e paesi.

In conclusione, la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia e comunità è un processo complesso che richiede un approccio olistico e inclusivo, che tenga conto sia degli aspetti clinici che delle esperienze e delle prospettive dei pazienti. Solo attraverso un impegno continuo nella ricerca, nello sviluppo e nell'implementazione di indicatori validati e standardizzati, sarà possibile garantire un'elevata qualità dell'assistenza e un miglioramento continuo dei servizi sanitari offerti alla comunità.

6. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- AGENAS. (2023, November 23). <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2298-agenas-pubblica-le-linee-di-indirizzo-infermiere-di-famiglia-o-comunit%C3%A0>
- Bölenius, K., Lämås, K., Sandman, P., & Edvardsson, D. (2017). Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention in home care services - a study protocol of a non-randomised controlled trial. *BMC Geriatrics (Online)*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0445-0>
- Burhans, L. M., & Alligood, M. R. (2010). Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1689–1697. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05344.x>
- Cinocca, S., Rucci, P., Randazzo, C., Teale, E., Pianori, D., Ciotti, E., & Fantini, M. P. (2017). Validation of the Italian version of the Patient Reported Experience Measures for intermediate care services. *Patient Preference and Adherence, Volume 11*, 1671–1676. <https://doi.org/10.2147/ppa.s140041>
- De Rosis, S., Cerasuolo, D., & Nuti, S. (2020). Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy. *BMC Health Services Research (Online)*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05099-4>
- Fnopi. (2019, November 15). Aumentano le cronicità e diminuiscono medici e infermieri: altolà di Osservasalute sulla tenuta del sistema - fnopi. Fnopi. <https://www.fnopi.it/2019/02/18/aumentano-le-cronicita-e-diminuiscono-medici-e-infermieri-altola-di-osservasalute-sulla-tenuta-del-sistema/>
- Foong, H. Y., Siette, J., & Jorgensen, M. (2022). Quality indicators for home- and community-based aged care: A critical literature review to inform policy directions. *Australasian Journal on Ageing*, 41(3), 383–395. <https://doi.org/10.1111/ajag.13103>

- Gilmore, K. J., Corazza, I., Coletta, L., & Allin, S. (2023). The uses of Patient Reported Experience Measures in health systems: A systematic narrative review. *Health Policy, 128*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.07.008>
- Horrocks, S., Pollard, K., Duncan, L., Petsoulas, C., Gibbard, E., Cook, J., McDonald, R., Wye, L., Allen, P., Husband, P., Harland, L., Cameron, A. M., & Salisbury, C. (2018). Measuring quality in community nursing: a mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research (Print), 6*(18), 1–132. <https://doi.org/10.3310/hsdr06180>
- Joling, K. J., Van Eenoo, L., Vetrano, D. L., Smaardijk, V. R., Declercq, A., Onder, G., Van Hout, H., & Van Der Roest, H. (2018). Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLOS ONE, 13*(1), e0190298. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190298>
- Koru, G., Alhuwail, D., & Rosati, R. J. (2015). Identifying the key performance improvement domains for home health agencies. *Sage Open Medicine, 3*, 205031211562192. <https://doi.org/10.1177/2050312115621924>
- Koy, V., Yunibhand, J., & Angsuroch, Y. (2016). The quantitative measurement of nursing care quality: a systematic review of available instruments. *International Nursing Review (1954), 63*(3), 490–498. <https://doi.org/10.1111/inr.12269>
- Schwartz, M., Rahman, M., Thomas, K. S., Konetzka, R. T., & Mor, V. (2021). Consumer selection and home health agency quality and patient experience stars. *Health Services Research, 57*(1), 113–124. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13867>
- Teale, E., & Young, J. (2015). A Patient Reported Experience Measure (PREM) for use by older people in community services. *Age And Ageing, 44*(4), 667–672. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv014>
- Veldhuizen, J. D., Schuurmans, M. J., Mikkers, M., & Bleijenberg, N. (2022). Exploring nurse-sensitive patient outcomes in Dutch district nursing care: A survey study. *Health & Social Care in the Community, 30*(6). <https://doi.org/10.1111/hsc.13988>

Zinn, J. S., Ladd, H., Nuccio, E., Ettner, S. L., Sorkin, D. H., & Mukamel, D. B. (2021). Identifying Associations between Quality Initiatives and Quality Measures among Home Health Agencies: Findings from a National Study. *Health Services Insights.*, 14, 117863292199209. <https://doi.org/10.1177/1178632921992092>