



QUALITATIVE STUDY

Listening to caregivers: towards new quality indicators for family and community nursing care

Elisa Mantovani¹, Patrizia D'Incecco², Mara Marchetti³

1 Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, Ancona, Italy

2 Primary Home and Residential Care Service, Azienda Sanitaria Territoriale Ancona, Ancona, Italy

3 Bachelor School of Nursing, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italy

Findings:

The phenomenological analysis of 10 family caregiver interviews identified six key domains of high-quality family and community nursing care: accessibility and responsiveness, integrated care, psychological support, communication and technical competence, therapeutic education, and self-care skill development. Caregivers described the Family and Community Nurse as facilitating coordination with healthcare services, enhancing caregiving knowledge and confidence, promoting autonomy in home care, and providing substantial emotional support. These domains represent a preliminary framework for the future development and validation of quality indicators for community nursing care.

ABSTRACT

BACKGROUND: The growing burden of chronic conditions and dependency has strengthened the role of the Family and Community Nurse (FCN) in primary healthcare. However, validated quality indicators reflecting caregivers' perspectives remain limited.

OBJECTIVE: To explore family caregivers' experiences in order to identify preliminary domains that may inform the future development of quality indicators for Family and Community Nursing care.

METHODS: A descriptive phenomenological qualitative study was conducted. Ten family caregivers of patients receiving care from a Family and Community Nurse in a district of central Italy participated in semi-structured interviews. Convenience sampling was adopted until data saturation was achieved. Data were analysed using Colaizzi's method.

RESULTS: Caregivers identified several domains perceived as essential for high-quality nursing care, including accessibility and responsiveness, psychological support, communication and technical competence, integrated multidisciplinary care, therapeutic education, and self-care empowerment. Participants highlighted the FCN's contribution to care coordination, emotional support, health education, and increased confidence in managing chronic conditions.

CONCLUSIONS: Caregivers' experiences allowed the identification of preliminary domains that may support the future development of quality indicators for Family and Community Nursing, providing useful evidence to guide service evaluation, quality improvement, and future research.

KEYWORDS: *Family And Community Nurse, Primary Care, Quality Indicators, Nursing Care, Chronic Disease*

Corresponding author:

Elisa Mantovani: elisa.mantovani01@gmail.com

Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche Via
Conca 71 60126, Ancona (AN) ITALY



Milano University Press



STUDIO QUALITATIVO

Ascoltando i caregivers: verso nuovi indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità. Uno studio qualitativo.

Elisa Mantovani¹, Patrizia D'Incecco², Mara Marchetti³

1 Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, Ancona, Italy

2 Cure Primarie Domiciliari e Residenziali, Azienda Sanitaria Territoriale Ancona, Ancona, Italy

3 Corso di Laurea in Infermieristica, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italy

Riscontri:

L'analisi fenomenologica di 10 interviste a caregiver familiari ha identificato sei domini ritenuti centrali per un'assistenza infermieristica di famiglia o comunità di qualità: accessibilità e reattività, integrazione sociosanitaria, supporto psicologico, capacità comunicative e competenze tecniche, educazione terapeutica e sviluppo di abilità di self-care. I caregiver hanno descritto l'Infermiere di Famiglia o Comunità come una figura capace di facilitare il coordinamento con altri servizi, favorire l'acquisizione di competenze assistenziali, rafforzare sicurezza e autonomia nella gestione domiciliare e offrire un rilevante sostegno emotivo. I domini emersi costituiscono una base preliminare per il futuro sviluppo e la validazione di indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica territoriale.

ABSTRACT

BACKGROUND: L'aumento della cronicità e della non autosufficienza ha rafforzato il ruolo dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) nell'assistenza territoriale. Tuttavia, risultano ancora limitati gli indicatori di qualità in grado di valutarne l'assistenza dal punto di vista dei caregivers.

OBIETTIVO: Esplorare le esperienze dei caregivers familiari per identificare domini preliminari utili allo sviluppo di futuri indicatori di qualità dell'assistenza erogata dall'IFoC.

METODI: Studio qualitativo fenomenologico descrittivo. Sono stati intervistati mediante interviste semi-strutturate 10 caregivers familiari di assistiti presi in carico da un IFoC in un quartiere di una città marchigiana. Il campionamento è stato di convenienza fino a saturazione dei dati. Le interviste sono state analizzate secondo il metodo di Colaizzi.

RISULTATI: Dall'analisi sono emersi domini ritenuti rilevanti dai caregivers per definire un'assistenza di qualità: accessibilità e reattività del servizio, supporto psicologico, capacità comunicative e competenze tecniche, integrazione sociosanitaria e collaborazione multiprofessionale, educazione terapeutica e sviluppo delle competenze di self-care. I partecipanti hanno evidenziato il valore dell'IFoC nel supporto organizzativo, educativo ed emotivo e nella promozione dell'autonomia assistenziale.

CONCLUSIONI: Le esperienze dei caregivers hanno consentito di individuare domini preliminari potenzialmente utili per la futura costruzione di indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica di famiglia e comunità, fornendo elementi per orientare ricerca, valutazione e miglioramento dei servizi territoriali.

KEYWORDS: Infermiere di Famiglia e di Comunità, Assistenza Primaria, Indicatori di Qualità, Assistenza Infermieristica, Malattia Cronica

Corresponding author:

Elisa Mantovani: elisa.mantovani01@gmail.com

Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche Via
Conca 71 60126, Ancona (AN) ITALY



Milano University Press



INTRODUZIONE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, invecchiare è un privilegio e una meta della società (1). L'evoluzione del panorama sanitario con importanti cambiamenti epidemiologici dovuti sia all'invecchiamento della popolazione che all'aumento delle malattie croniche, ha reso necessario ripensare ai piani di intervento e di pianificazione delle cure che si sono focalizzati sull'assistenza alla patologia cronica, promuovendo lo sviluppo di sistemi d'assistenza territoriale (2).

Secondo le stime dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) riportate nel Rapporto Annuale 2024, nel nostro Paese i residenti over 65 anni sono aumentati di oltre 3 milioni (rispetto al 2004) (3). Riportando ancora i dati ISTAT, questi indicano nel nostro Paese un tasso medio di cronicità di 147,22 persone per mille abitanti con almeno una malattia cronica grave e di 211,06 persone ogni mille abitanti con due o più malattie croniche (4).

Un ripensamento dei modelli organizzativi dell'assistenza territoriale è stato necessario a seguito dei cambiamenti sociodemografici del Paese.

Per affrontare il complesso bisogno di assistenza, il Patto per la Salute 2019-2021, in accordo con il Piano Nazionale Cronicità 2016, e il recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) hanno proposto una riorganizzazione sanitaria con percorsi di presa in carico della cronicità centrati su una continuità assistenziale e medicina di iniziativa (5). Il Decreto Ministeriale 77 del 2022 ha definito i nuovi standard da seguire al fine di rimodulare l'assistenza territoriale in Italia.

All'interno del decreto viene definito l'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) come figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica sul territorio, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i

professionisti, relazionandosi con il singolo e con la sua rete sociale, tenendo conto del fatto che la salute è un concetto multidimensionale. Prove empiriche crescenti dimostrano che è la figura adatta ad abbracciare la complessità dell'attuale domanda di assistenza sanitaria (6).

Gli esiti da valutare nelle Cure Primarie sono molteplici, questo perché è un'assistenza complessa per la quantità di interventi che può offrire. Infatti, sarebbe importante valutare tanto gli aspetti clinici quanto la rilevazione degli esiti dalle esperienze dei pazienti o dei caregivers quali diretti destinatari dell'assistenza; purtroppo, in questo settore sono scarsamente utilizzati metodi Patient Reported Outcomes Measures (PROM) e Patient Reported Experience Measures (PREM) (7).

I PREM sono strumenti progettati per descrivere e quantificare la soddisfazione di un paziente rispetto ad un servizio. Schick-Makaroff et al., sono d'accordo all'utilizzo sempre maggiore dei questionari PROM e PREM per valutare e migliorare l'assistenza attraverso i risultati percepiti non solo dal paziente, ma anche dai loro familiari caregivers (8).

OBIETTIVO

In mancanza di indicatori validi presenti in letteratura per valutare l'assistenza fornita dall'Infermiere di Famiglia o Comunità, si sono volute ascoltare le esperienze e le percezioni dei caregivers con l'obiettivo di individuare, sulla base di ciò che considerano importante per una presa in carico di qualità, misure sensibili all'assistenza infermieristica di famiglia o comunità per la costruzione di futuri indicatori di qualità.

Corresponding author:

Elisa Mantovani: elisa.mantovani01@gmail.com

Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche Via
Conca 71 60126, Ancona (AN) ITALY



Milano University Press



MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio qualitativo utilizzando un approccio fenomenologico di tipo descrittivo. Per la raccolta dei dati qualitativi, si è scelto di condurre un'intervista semi strutturata ai caregivers con il fine di indagare il loro pensiero e giudizio dell'assistenza infermieristica.

L'intervistatore che ne ha preso parte è una studentessa di infermieristica al terzo anno; i risultati sono stata elaborati dall'intervistatore in collaborazione con l'IFoC e il supervisore della tesi.

Campione e campionamento

In questa indagine il campione è costituito da 10 caregivers familiari di pazienti presi in carico dall'Infermiere di Famiglia o Comunità di un quartiere periferico di circa 5.000 abitanti, di una città marchigiana.

La strategia di campionamento utilizzata è stata quella di convenienza, sono stati selezionati dall'IFoC i caregivers disponibili a partecipare fino a saturazione dei dati, quest'ultima raggiunta per mancanza di informazioni inedite aggiuntive.

Setting

L'informazione generale del progetto e la richiesta di partecipazione è stata effettuata telefonicamente dall'IFoC, accordando nello stesso momento l'incontro per l'intervista presso le abitazioni dei caregivers partecipanti. Le interviste sono state condotte nel mese di Luglio 2024. Durante gli incontri l'intervistato e l'intervistatore erano le uniche persone presenti e in media le interviste hanno avuto una durata di circa 45 minuti.

Al fine di minimizzare i bias di condizionamento negli incontri è stata esclusa la presenza dell'Infermiere di Famiglia o Comunità. L'intervistatore durante

l'intervista si è posto nella condizione di ascolto puro dell'esperienza vissuta dal partecipante.

Strumenti

A tutti è stata fornita un'informativa scritta sotto forma di brochure, di elaborazione propria, contenente le finalità, modalità e implicazioni della ricerca. Lo studio è stato condotto nel rispetto dei principi della Dichiarazione di Helsinki e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018). Tutti i partecipanti hanno fornito consenso informato scritto alla partecipazione e all'audioregistrazione delle interviste. I dati sono stati anonimizzati e trattati esclusivamente per finalità di ricerca; le registrazioni audio sono state eliminate al termine della trascrizione integrale.

È stato somministrato un questionario esplorativo e in forma anonima, a risposta chiusa e di fonte propria, per la raccolta dei dati sociodemografici; mentre per la raccolta dei dati qualitativi, attraverso i macrotemi delle domande individuati a seguito di una ricerca in letteratura, con il supporto dell'Infermiere di Famiglia o Comunità sono state formulate 15 domande al fine di creare una traccia per condurre un'intervista semi strutturata.

Le aree di interesse esplorate attraverso le domande hanno riguardato l'accessibilità al servizio, l'educazione terapeutica erogata, la capacità di coordinare l'assistenza e di integrare l'accesso ai servizi dell'IFoC, nonché le competenze comunicative e tecniche, l'empatia e la capacità di ascolto.

Queste sono state inviate per conoscenza in allegato, prima dell'avvio dello studio, nella richiesta per l'autorizzazione aziendale rivolta al Direttore ad Interim UOC OSSB del distretto, al Dirigente UOC Professioni Sanitarie Area Infermieristica e Ostetrica dell'AST e all'IFO UOC Direzione Area





Infermieristica Ostetrica Formazione e Ricerca dell'AST in questione e ottenuta in data 2 Luglio 2024. In considerazione della natura osservazionale dello studio, del coinvolgimento esclusivo di caregivers adulti e dell'assenza di interventi clinici o sperimentali, non è stato richiesto il parere del Comitato Etico, secondo le procedure adottate dall'Azienda.

Analisi

Per l'analisi dei dati qualitativi ci si è avvalsi del metodo Colaizzi (1978) (9). Ogni intervista è stata svolta individualmente e con la sola presenza dell'intervistatore per limitare il rischio di bias. Dopo l'acquisizione del consenso informato scritto, le interviste sono state registrate e successivamente trascritte verbatim utilizzando il programma Word dall'intervistatore e successivamente visionate anche dall'IFoC per evitare il bias di un'unica interpretazione. Non sono stati rilevati punti di disaccordo tali da richiedere un parere di supervisione.

In una prima fase, il ricercatore ha effettuato una lettura approfondita delle trascrizioni per familiarizzare con i contenuti emersi. Successivamente, le informazioni sono state esaminate al fine di individuare i significati più rilevanti, identificare elementi ricorrenti e riconoscere analogie tra le esperienze riportate. I dati così ottenuti sono stati organizzati in categorie e raggruppati in temi principali, consentendo una sintesi strutturata dei risultati. I risultati prodotti dal metodo sono stati inseriti in tabelle. Non è stato trascritto alcun nome in quanto lo studio ha rispettato l'anonimato dei dati, assegnando ad ogni intervistato un numero identificativo; sono stati altresì evitati riferimenti a luoghi o dettagli che potessero identificare l'IFoC.

Per assicurare l'attendibilità dell'analisi, gli esiti dell'elaborazione sono stati sottoposti ai partecipanti, che hanno potuto verificarne la coerenza con la

propria esperienza e confermare la correttezza interpretativa.

RISULTATI

Dall'analisi dei dati sociodemografici dei caregivers risulta che è predominante il genere femminile tra i caregivers intervistati (7 su 10); la metà dei caregivers partecipante all'indagine ha un'età superiore a 70 anni; la metà dei caregivers intervistati sono pensionati; il grado di parentela tra il caregiver l'assistito è di coniuge o di figli. Inoltre, la maggior parte dei partecipanti era preso in carico dall'IFoC da un anno circa, i restanti da 2 anni o più.

Per analizzare i dati ed ottenere i risultati è stato utilizzato il metodo Colaizzi (1978), questi sono stati organizzati in tabelle. Inizialmente è stata creata una tabella per ogni dominio, successivamente ognuna di queste è stata suddivisa in quattro colonne: temi, sottotemi, affermazioni ed interpretazione (tabella esemplificativa in Allegato 1).

Nel macrotema "Accessibilità e Reattività" i temi ricavati riguardano la conoscenza dell'IFoC, la tempestività d'intervento e la facilità nell'ottenere una prenotazione.

"da parte del medico curante che mi ha informato di questa cosa ... è stato il medico ad informarmi."

"... l'ho trovata per caso diciamo, poi era vicino casa mia ..."

"Sono molto efficaci, passa pochissimo tempo ..."

"C'è sempre stata una disponibilità rapida ..."

Le esperienze dei caregivers riportate hanno evidenziato che la conoscenza del servizio avviene spesso in un momento di necessità e tramite canali non strutturati, come la referenza di un medico curante o un passaparola. D'altro canto, la facilità di prenotazione, unitamente alla disponibilità, flessibilità e puntualità del professionista, ha generato nei caregivers un profondo senso di gratitudine e serenità,

Corresponding author:

Elisa Mantovani: elisa.mantovani01@gmail.com

Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche Via
Conca 71 60126, Ancona (AN) ITALY



Milano University Press



rassicurati dalla possibilità di poter contare su un supporto concreto.

Nel macrotema “Coordinare l’assistenza e l’accesso ai servizi” sono emersi due temi che descrivono il ruolo dell’IFoC come facilitatore dell’integrazione sociosanitaria e di supporto in materia di promozione e prevenzione della salute.

“contattare il geriatra è diventato sempre molto difficile e invece tramite l’infermiera sono riuscita ad ottenere questo contatto”

“mi ha dato dei consigli non indifferenti riguardo ai urocondom ... è stata veramente favolosa”

“con lei sono stata serena, si era impegnata pure per i trasporti”

Le esperienze dei caregivers dimostrano il ruolo collaborativo dell’IFoC con altri professionisti, finalizzato a semplificare il contatto con gli specialisti e a contenere il carico assistenziale dei caregivers. Inoltre, tali affermazioni sottolineano l’efficacia del supporto informativo dell’IFoC anche in materia di promozione e prevenzione, che si traduce in un alleggerimento del carico assistenziale e in un aumento della tranquillità dei caregivers nella gestione della cronicità.

All’interno del macrotema “Empatia e capacità di ascolto”, l’analisi delle interviste ha evidenziato il ruolo fondamentale dell’IFoC nel fornire sostegno e utilità attraverso l’ascolto attivo delle difficoltà dei caregivers. Queste caratteristiche si sono dimostrate catalizzatori per la costruzione di un legame solido e sereno tra l’infermiere e il caregiver, influenzando positivamente sulla percezione del percorso assistenziale.

“... è entrata in punta di piedi nella nostra situazione, è stata davvero d’aiuto dal punto di vista sia pratico che psicologico.”

“... quando avevo bisogno di qualcosa non andavamo più in cerca, telefonavo ad essa ... sempre gentile e graziosa, sempre

puntualissima ... ci veniva a trovare anche se non avevo bisogno dell’intervento ...”

“...ci si parla bene, quando parli con un medico magari sei un po’ in soggezione invece con lei è come se ci conoscevamo da tanti anni ...”

“Un rapporto molto molto professionale però soprattutto amichevole ed empatico ... anche nel rapporto con mia madre ...”

“... alla minima cosa ho pensato di chiamare lei, anche per il mio problema, ho pensato di chiamare lei perché forse mi dà le indicazioni ...”

Queste affermazioni descrivono l’empatia, il tatto, la capacità di ascolto e di comunicazione come essenziali per fornire assistenza e per alleggerire il peso quotidiano che grava sui caregivers. La reperibilità insieme alla gentilezza concorrono ad un rapporto di fiducia, un porto sicuro, tra l’infermiere e il caregiver.

Nel macrotema “Capacità comunicativa e competenze tecniche” grazie ai risultati si è potuto indagare il tipo di assistenza desiderata dal caregiver, l’efficienza del giusto linguaggio e della corretta terminologia nonché dell’adeguatezza delle cure.

“... sono stata sempre diciamo esaudita nelle mie richieste.”

“Le assistenze per un malato ce ne sarebbero tante da richiedere ... ci sarebbe bisogno di qualcuno che ti assiste un po’ di più ... soprattutto per le persone sole ... ci sarebbe bisogno di un’assistenza più vicina”

“... per il momento è sufficiente questo poi se il bisogno richiede qualcos’altro so sempre a chi mi devo rivolgere.”

In queste tematiche le esperienze dei caregivers mostrano una variabilità, mentre alcuni ritengono di essere soddisfatti dell’assistenza ricevuta, o riconoscono di poter contare su una figura di riferimento nel momento del bisogno, altri avvertono





delle mancanze, soprattutto nell'assistenza più vicina e continuativa.

Nel macrotema "Educazione terapeutica" i dati hanno fornito una visione sulle seguenti tematiche: dall'educazione terapeutica come ampliamento delle conoscenze del caregiver e la responsabilità acquisita, fino ai cambiamenti osservati nello stato di salute o alla risoluzione del motivo per cui si è attivato il percorso di cura con l'IFoC.

"... io ho capito la situazione di mio marito con le indicazioni dell'infermiera e dei medici, ho imparato tante cose."

"sì, ci ha dato qualche dritta che lei sapeva per il mestiere che fa e noi invece siamo un po' all'oscuro ... specialmente sul cambio delle sacche mi ha detto come meglio comportarsi onde evitare infezioni che poi possono essere importanti ..."

"... se prima non le conoscevi adesso le sai e quindi la responsabilità è sempre maggiore."

"È peggiorata perché purtroppo la malattia fa il suo corso."

"quando doveva affrontare la terapia del dolore, mamma era sempre restia nell'usare farmaci, l'infermiera è stata molto dolce nell'entrare nel discorso, infatti, è stata efficace ..."

"... la piaga è stata guarita quindi l'intervento è stato notevole ..."

"... alla risoluzione ci stiamo lavorando, io senza di lei non saprei cosa fare, veramente sono persa ... devo dire orgogliosa ..."

Queste esperienze confermano il duplice ruolo dell'IFoC come supporto tecnico per l'accrescimento delle conoscenze degli assistiti e dei caregivers e, al contempo, come supporto psicologico. Questa sinergia, unita ai consigli di prevenzione promuove una buona educazione terapeutica, che responsabilizza i caregivers, sia nell'accezione positiva che negativa, nella gestione della patologia. Tuttavia, è importante riconoscere che, sebbene in alcuni casi le prestazioni offerte dall'IFoC e la continuità

assistenziale hanno reso possibile la risoluzione del problema, la realtà della malattia cronica a volte non lascia spazio ad una guarigione, ricordando che l'assistenza non equivale a guarigione ma mira a migliorare la qualità di vita e la gestione della condizione.

Affine al macrotema precedente, in "Abilità di self-care e autogestione acquisite", sono emerse le seguenti tematiche: empowerment e self-care, sicurezza e abilità nella gestione del malato e cambiamenti nell'assistenza.

"... mi ha facilitata sulla cosa ... mi ha detto come devo fare, come gestire la cosa ... mi ha portato anche dei fogli dove c'è scritto tutto in elenco, dove posso segnare i parametri."

"È stato più facile perché conoscendo di più diventa più facile la cosa."

"... mi sentivo io più sicura perché prima avevo paura di sbagliare ..."

"... diventa sempre più difficile quindi per quanto io sono fortunata ad avere la figura dell'infermiere di quartiere ... alla fine dopo che ho chiuso la porta sono sola pur avendo tante persone che mi supportano ..."

"... è molto diretto il rapporto che magari dover telefonare allo specialista ... con l'infermiera di quartiere è più immediato se ho un problema prendo il telefono e la risposta arriva nel giro di poco tempo ..."

Si specifica che in alcuni casi l'intervistato individua l'IFoC come "infermiere di quartiere".

Rafforzare l'empowerment rientra tra gli obiettivi dell'educazione terapeutica con il fine di facilitare l'assistenza al caregiver; infatti, l'infermiere ha fornito gli strumenti e le istruzioni giuste per poter facilitare l'apprendimento delle procedure e per meglio organizzare l'assistenza al malato. Questo aumento delle conoscenze si riflette in un altro tema, quello della sicurezza e dell'autonomia del caregiver.





Tuttavia, i caregivers riconoscono i limiti dell'assistenza per la malattia cronica e il suo decorso, quindi seppure abbiano aumentato le loro abilità di supporto avvertono che non verranno mai abbandonati dalla sensazione di solitudine e dal peso della responsabilità assistenziale.

In ultimo, i caregivers hanno fornito una valutazione finale: molti di questi hanno considerato il servizio efficace ed efficiente, come riferito da una partecipante *“Lo consiglierei perché è un aiuto non soltanto pratico ma soprattutto psicologico ed aumenta le possibilità di riuscita nell'intento dell'assistenza ... riesci a dare di più rispetto a quello che daresti essendo sola, è un sostegno.”*; mentre altri caregivers hanno espresso il bisogno di avere più professionisti come l'IFoC a disposizione sul territorio, *“Sì, è fondamentale, dovrebbero averlo tutti i quartieri ... è una figura che non sapevo esistesse sinceramente o comunque sapevo che veniva l'infermiere ma non in questi termini ... mi sono trovata questa persona che ci ha dato tante informazioni, direttive e aiuti.”*

DISCUSSIONE

L'indagine ha rilevato che il Medico di Medicina Generale rappresenta la principale fonte di conoscenza del servizio IFoC per la maggior parte dei caregivers, in linea con l'indagine condotta dal CERSI (2023-2024) che evidenzia un'attivazione dell'assistenza domiciliare nel 49,6% dei casi su richiesta del medico di famiglia (10). Tuttavia, un'altra buona parte dei partecipanti, ne è venuta a conoscenza attraverso la rete sociale o per casualità, evidenziando la poca informazione pubblica del servizio; tanto che, gli stessi caregivers, hanno consigliato di potenziare le campagne informative per aumentare la visibilità del servizio e, conseguentemente, valutare l'incremento di professionisti disponibili in risposta a una maggiore domanda.

L'assistenza incentrata sul paziente richiede l'integrazione di più professionisti e l'IFoC in alcuni casi, come rilevato anche nello studio di Guo e colleghi, ha risolto e semplificato il contatto con specialisti riducendo il carico di lavoro del caregiver (11). In altre occasioni, l'infermiere si è attivato proponendo ausili per la prevenzione, migliorando la gestione del paziente, o organizzando trasporti per gli assistiti disabili. I caregivers hanno valutato il servizio come facile da prenotare; inoltre, hanno espresso la loro gratitudine e la serenità di poter contare sul servizio grazie anche alla disponibilità, flessibilità e puntualità del professionista IFoC. Nello studio di Macklin et al. la soddisfazione per l'assistenza integrata e centrata sul paziente è stata associata alla riduzione degli accessi in pronto soccorso e l'aumento di quelli ai servizi ambulatoriali (12).

L'IFoC, nel suo ruolo di promotore della salute e dei corretti stili di vita, è stato giudicato soddisfacente con esiti di semplificazione dell'assistenza e di riduzione delle complicanze. Anche l'educazione terapeutica è stata valutata positivamente, la maggioranza dei caregivers ha potuto imparare ed apprendere nuove conoscenze della malattia e dell'assistenza, il che li ha resi più abili e sicuri nelle attività. Tuttavia, una minima parte ha avuto difficoltà nel mettere in pratica i consigli a causa di una rete sociale povera, oppure ha avvertito un'aumentata responsabilità a causa di maggiori sforzi richiesti. La comunicazione tra professionista e caregiver è fondamentale nell'ottica di accudire a casa la persona malata, proprio perché questi ultimi spesso non sono consapevoli dei rischi che comporta assistere un anziano non autosufficiente (13).

Le attività educative dell'IFoC, rispetto a quanto riportato dai caregivers intervistati, sono state sempre accompagnate da un linguaggio comprensibile e, ove necessario, con spiegazione delle terminologie più complesse; è anche emerso che la cura dell'IFoC, nell'accertarsi che l'interlocutore avesse compreso





quanto gli era stato detto, rendeva i caregivers soddisfatti delle competenze comunicative. Secondo Macias-Colorado et al. gli infermieri di comunità possiedono le competenze necessarie per identificare i rischi e correggere l'assistenza, senza tralasciare che l'essenziale per la comprensione dei caregivers è racchiuso in un buon rapporto tra i due e nella presenza di una buona comunicazione (13).

A volte, nonostante un buon sostegno, i caregivers continuano a sentirsi soli durante la quotidianità, accompagnati anche dall'amarezza di non poter raggiungere alcuna risoluzione, a causa delle condizioni di salute del paziente. In uno studio affine, emerge per l'appunto che le delusioni dei caregivers spesso non dipendono dalle cure dell'IFoC ma dal carico di lavoro che aumenta assieme alle responsabilità. Nonostante ciò, grazie ai professionisti sanitari, i caregivers si sono sentiti supportati, ascoltati, coinvolti tanto da sentirsi motivati ad affrontare la quotidianità e le situazioni difficili (14).

Anche in altri studi, si è potuto riscontrare che l'aiuto dell'IFoC al caregiver non è soltanto di natura tecnica, ma ha anche una grande componente psicologica/emotiva. Infatti, è stato dimostrato che, quando gli sforzi dei caregivers venivano lodati dagli infermieri, la loro soddisfazione si rifletteva in un'assistenza migliore al malato (11).

Le capacità comunicative e di ascolto risultano essere di fondamentale importanza per un legame solidale basato sulla fiducia. Questi risultati sono compatibili anche con lo studio di Guo et al., in cui è emerso che le capacità interpersonali dell'infermiere di comunità sono apprezzate anche di più di quelle professionali (11).

Dunque, siccome valutare la qualità dei servizi forniti da un'organizzazione sanitaria permette di supervisionare e migliorare la qualità, la sicurezza e l'efficienza di un servizio (15), il modo migliore per ottenere feedback sull'assistenza sanitaria è la raccolta

dell'esperienza individuale (16). Nella ricerca sono emersi pochissimi studi sui presunti indicatori di qualità che hanno spesso concluso con indicazioni allo sviluppo futuro; contestualmente altri studi discutono l'importanza di implementare questionari PREM per valutare l'assistenza, mettendo in risalto il bisogno di indicatori per la formulazione di PREM e PROM adatti allo scopo.

Nei risultati, la soddisfazione per le attività di assistenza nelle varie forme ha consentito di pensare a possibili domini da cui potrebbero ispirarsi nuove misure di qualità, che sono: accessibilità e reattività, supporto psicologico, capacità comunicative e competenze tecniche, integrazione sociosanitaria e collaborazione con altri professionisti della salute, educazione terapeutica e competenze acquisite. Riportando Horrocks et al., questi hanno studiato gli indicatori di qualità per l'assistenza infermieristica di comunità, commentando gli indicatori disponibili poco utili e sperando che in futuro potranno essere potenziati, con il consiglio di coinvolgere gli stessi utenti del servizio e i professionisti che lavorano in prima linea nel processo di identificazione delle misure idonee (17).

I domini individuati in questo studio rappresentano pertanto una fase preliminare del processo di sviluppo di indicatori di qualità, che richiederà successive fasi di costruzione degli item, validazione di contenuto e valutazione psicometrica.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

La valutazione dell'assistenza infermieristica è cruciale per guidare miglioramenti in termini di qualità, sicurezza ed efficacia dei servizi. Lo studio ha risposto a numerosi quesiti, ha fornito un'immagine dell'assistenza infermieristica di famiglia o comunità e ha identificato domini preliminari su cui poter sviluppare, in studi successivi, indicatori di qualità. Inoltre, i risultati di questa indagine offrono un contributo significativo alla pratica clinica degli





Infermieri di Famiglia e Comunità, fornendo una valutazione qualitativa delle loro attività e stimolando ulteriori indagini nel campo.

LIMITI DELLO STUDIO

Tra i limiti dello studio si segnalano il campionamento di convenienza e il possibile bias di selezione, poiché i partecipanti sono stati identificati dall'Infermiere di Famiglia o Comunità. Inoltre, il coinvolgimento dello stesso professionista nella fase di analisi dei dati potrebbe aver introdotto un potenziale confirmation bias. Sebbene l'interpretazione dei risultati sia stata condivisa con il supervisore della ricerca e sottoposta a member checking, non è possibile escludere una parziale influenza sul processo interpretativo.

BIBLIOGRAFIA

1. Epicentro - Istituto Superiore di Sanità. Invecchiare è un privilegio e una meta della società. È anche una sfida, che ha un impatto su tutti gli aspetti della società del XXI secolo. Available from: <https://www.epicentro.iss.it/anziani/> [consultato il 29 settembre 2024].
2. Busca E, Savatteri A, Calafato TL, et al. Barriers and facilitators to the implementation of nurse's role in primary care settings: an integrative review. *BMC Nurs.* 2021;20(1):171. doi:10.1186/s12912-021-00696-y.
3. Chelli MF. Rapporto annuale 2024. La situazione del Paese – Sintesi. Ministero della Salute, Piano Nazionale della Cronicità. 2024. Available from: <https://www.sanita24.ilsole24ore.com>.
4. Aceti T, Del Bufalo P, Nardi S, Ruggieri MP. Il Piano Nazionale della Cronicità per l'equità—6° Report. *SalutEquità*; 2021.
5. Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del servizio sanitario nazionale, direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità, Aggiornamento 2024. Ministero della Salute; 2024.
6. Dellafiore F, Caruso R, Cossu M, et al. The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(7):4382. doi:10.3390/ijerph19074382.
7. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità. Roma: Agenas; 2023. Available from: www.agenas.gov.it.
8. Schick-Makaroff K, Karimi-Dehkordi M, Cuthbertson L, et al. Using Patient- and Family-Reported Outcome and Experience Measures Across Transitions of Care for Frail Older Adults Living at Home: A Meta-Narrative Synthesis. *Gerontologist.* 2021;61(3):e23-e38. doi:10.1093/geront/gnz162
9. Colaizzi, P.F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R.S. Valle & M. King (Eds), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). Oxford University Press.
10. Bagnasco A, Alvaro R, Lancia L, et al. Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia AIDOMUS-IT: primo studio nazionale del Centro di Eccellenza per la Ricerca e lo Sviluppo dell'Infermieristica CERSI-FNOPI. *Riv L'Infermiere.* 2022;59(6):e113-22.
11. Guo P, Zhang S, Niu M, et al. A qualitative study of the interaction experiences between

Corresponding author:

Elisa Mantovani: elisa.mantovani01@gmail.com

Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche Via Conca 71 60126, Ancona (AN) ITALY



Milano University Press



family caregivers and community nurses for disabled elderly people at home. BMC Geriatr. 2023;23(1):243. doi:10.1186/s12877-023-03917-y.

12. Macklin N, Morris C, Dowell A. Hearing the patient voice: a qualitative interview study exploring the patient experience of a nurse-led initiative to integrate and enhance primary and secondary healthcare pathways. Integr Healthcare J. 2022;4(1):e000067. doi:10.1136/ihj-2020-000067
13. Macías-Colorado ME, Rodríguez-Pérez M, Rojas-Ocaña MJ, Teresa-Morales C. Communication on Safe Caregiving between Community Nurse Case Managers and Family Caregivers. Healthcare (Basel). 2021;9(2):205. doi:10.3390/healthcare9020205
14. Warkentin N, Wilfling D, Laag S, Goetz K. Experiences of family caregivers regarding a community-based care- and case-management intervention. A qualitative study. Health Soc Care Community. 2022;30(1):e204-e212. doi:10.1111/hsc.13430
15. Vitale E, Mea R, Chang YC. The Nursing-Home Care Quality Perceived Levels from Patients and Caregivers: An Explanatory Study. Patient Prefer Adherence. 2023;17:1237-1245. doi:10.2147/PPA.S409961
16. Smith S, Martin-Khan M, Travers C. What constitutes a quality community aged care service-client perspectives: An international scoping study. Health Soc Care Community. 2022;30(6):e3593-e3628. doi:10.1111/hsc.13998
17. Horrocks S, Pollard K, Duncan L, et al. Measuring quality in community nursing: a

mixed-methods study. NIHR Journals Library; 2018.

X



Corresponding author:

Elisa Mantovani: elisa.mantovani01@gmail.com

Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche Via
Conca 71 60126, Ancona (AN) ITALY



Milano University Press



DISSERTATION NURSING

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



ALLEGATI

Allegato 1. Tabella esemplificativa.

Macrotema 2: Coordinare l'assistenza e accesso ai servizi

- L'IFoC è stata una figura che le ha semplificato la comunicazione tra più figure professionali e/o altri servizi sanitario sociali?
- Le sono state offerte proposte e/o iniziative dall'IFoC per la promozione e la prevenzione della salute e i corretti stili di vita?

TEMI	SOTTOTEMI	AFFERMAZIONI	INTERPRETAZIONE
Integrazione socio sanitaria	Attivazione di altri professionisti	“Mi ha aiutato tantissimo con il cardiologo mi ha dato i dati e detto come fare ...”	La collaborazione con altri professionisti è parte integrante del servizio che offre l'Infermiere di Famiglia o Comunità. Semplificare il contatto con lo specialista e velocizzare i tempi, ha scaricato il caregiver dal peso di doverlo fare da solo con tutte le difficoltà del caso.
		“... contattare il geriatra è diventato sempre molto difficile e invece tramite l'infermiera sono riuscita ad ottenere questo contatto.”	
		“Sì abbastanza con l'assistente sociale.”	
	Informazioni su servizi (ausili e trasporti) e prevenzione	“... con lei io sono stata serena, tranquilla. Si era impegnata pure per i trasporti ...”	Per l'approccio della presa in carico globale, l'IFoC ha le competenze per rispondere ai bisogni sanitari e socio sanitari, trovare una soluzione al caregiver permette a quest'ultimo di vivere con più tranquillità e lo rende fiero delle nuove informazioni fornitegli dall'infermiere.
		“... mi ha dato dei consigli non indifferenti riguardo ai condom ... è stata veramente favolosa.”	
		“Qualche consiglio ce lo ha sempre dato se avevamo bisogno ... consigliato da chi rivolgerci per fare il vaccino a casa.”	
	Assenza di altri bisogni al di fuori di quelli per cui è stato attivato	“... veniva per il prelievo e basta, serviva a me ci facevamo qualche volta una chiacchierata.”	Nella solitudine del caregiver la figura dell'IFoC svolge un ruolo importante.
		“... sicuramente nel momento che avverrà che si aspetta a	La sicurezza del caregiver risiede nell'avere una persona

Corresponding author:

Elisa Mantovani: elisa.mantovani01@gmail.com Azienda
Ospedaliero-Universitaria delle Marche Via Conca 71

119

Submission received: 10/11/2025

End of Peer Review process: 28/07/2026

Accepted: 30/07/2026



DISSERTATION NURSING

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

		quel punto dovrò risolvere tramite l'infermiera.”	di cui ci si può fidare, a cui sa di potersi affidare quando ne avrà più bisogno.
Promozione e prevenzione della salute e i corretti stili di vita	Consigli per la prevenzione	“Sì, ad esempio la mobilitazione, già ne ero a conoscenza però avere una persona di fiducia, una persona competente è stato molto importante.”	Le indicazioni dell'IFoC per la prevenzione aumentano la sicurezza nelle attività svolte di un caregiver, anche quando questo possedeva già le conoscenze.
		“... mi ha dato consigli quando ho avuto bisogno, soprattutto per queste piaghe da decubito ...”	L'IFoC si impegna a educare il caregiver rispetto alla condizione di salute di chi assiste e integra i servizi necessari per aiutare la gestione domiciliare. Ad esempio, promuovendo ausili risolutivi per il problema facilitando l'assistenza al caregiver.
		“... ha visto che aveva diversi pannoloni era tutto bagnato c'era una piccola piaga e lei mi ha parlato di questi condom assolutamente è stata una svolta ...”	
	Consigli per la gestione della malattia	“... ha dato dei consigli, quando ho avuto bisogno, per esempio, dello spuntino ... che potevo dargli siccome è diabetico ...”	Consigli pratici sulla condizione clinica dell'assistito facilitano il caregiver e permettono l'adozione di corretti stili di vita.
	Supporto emotivo	“... mi ha consigliato di trovare uno spazio per studiare come fare perché sono una persona brava che impara ...”	Oltre all'assistenza tecnica l'IFoC offre anche un supporto psicologico attraverso consigli ed incoraggiamenti.
		“Sì piccoli consigli ... per farmi stare più serena ...”	
	Scarsa comprensione	“... si è sempre attivata per sapere la situazione ... ha detto a cosa stare attenti.”	In alcuni casi, per il caregiver è risultato difficile ricordare quale indicazione o consiglio era stato fornito, segno di una scarsa comprensione.
		“... qualche consiglio sullo stare attento a quello e quell'altro ...”	
	Difficoltà	“... quello che ho potuto fare l'ho fatto, quello che mi era più difficile magari non lo ho fatto.”	La solitudine del caregiver si può riflettere anche nelle attività incompiute a causa delle difficoltà riscontrate.

Corresponding author:

Elisa Mantovani: elisa.mantovani01@gmail.com Azienda
Ospedaliero-Universitaria delle Marche Via Conca 71

120

Submission received: 10/11/2025

End of Peer Review process: 28/07/2026

Accepted: 30/07/2026

