

STUDIO **AIDOMUS-IT**

Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia
Report politico a cura del Comitato Centrale FNOPI
su dati raccolti ed elaborati dal CERSI

*Il contributo dell'Infermieristica
per lo sviluppo della salute del territorio*

Assistenza Infermieristica
Domiciliare in Italia:
la qualità e la sicurezza
per i cittadini

STUDIO AIDOMUS-IT 2023-2024

INTRODUZIONE

Il cambiamento demografico della popolazione e l'aumento della complessità assistenziale

I crescenti bisogni di salute della popolazione mondiale negli ultimi decenni hanno sottolineato la necessità di un cambiamento paradigmatico nella pianificazione delle cure nel contesto della salute pubblica (Carrilho et al., 2023) per il crescente invecchiamento della popolazione, la prevalenza e l'incidenza delle malattie croniche (Rudnicka et al., 2020) e la necessità di garantire cure di qualità elevata ed economicamente sostenibili (Strategy, 2017).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) afferma che entro il 2030 il numero di persone di età pari o superiore a 60 anni aumenterà, passando da 1 miliardo del 2020 a 1,4 miliardi ed entro il 2050 il numero di persone di età pari o superiore a 80 anni triplicherà e raggiungerà i 426 milioni. Con l'aumentare dell'età della popolazione, la prevalenza della multimorbidità e l'alta prevalenza della multimorbidità, comporterà diversi esiti negativi, tra cui l'elevato tasso di mortalità dei pazienti e l'aumento dell'utilizzo dei servizi sanitari e delle spese sanitarie (Makovski et al., 2019; McPhail, 2016; Nunes et al., 2016; Soley-Bori et al., 2021; Willadsen et al., 2018) .

L'assistenza infermieristica domiciliare in Italia: lo stato dell'arte

Secondo i dati del Ministero della Salute, nel 2021 le cure domiciliari hanno coinvolto 1.170.130 casi in Italia, con una incidenza di 1.982 prese in carico ogni 100.000 abitanti. Circa il 75% aveva un'età superiore a 65 anni e circa il 9,7% presentava una malattia terminale (Ministero della salute, 2022).

Pertanto, le cure domiciliari richiedono personale sanitario e sociosanitario che sia in grado di assistere le persone non autosufficienti e fragili, al fine di stabilizzarne il quadro clinico, ridurre la perdita funzionale e migliorare la qualità della vita degli assistiti. Nonostante il regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (DM n.77/2022) (Ministero della Salute, 2022, 2024) definisca il domicilio del paziente quale principale luogo per la cura, i dati attualmente disponibili mostrano che solo il 5% della popolazione over 65 anni riceve cure domiciliari. A tal proposito, il Ministero della Salute ha pianificato di incrementare tale percentuale fino al 10% entro il 2026 (Cinelli et al., 2021). Le recenti modifiche legislative in Italia stanno aiutando ad attuare i cambiamenti necessari per migliorare tale situazione e implementare l'assistenza territoriale su tutto il territorio nazionale, cercando di limitare le attività dei presidi ospedalieri alla gestione delle sole acuzie (Ministero della salute, 2022). Tali cambiamenti porteranno potenzialmente vantaggi per il sistema salute dei cittadini, come la riduzione delle ri-ospedalizzazioni e delle consulenze improprie, la razionalizzazione delle risorse e una migliore risposta ai bisogni dell'utenza (WHO, 2008; Yeoh et al., 2018).

Risultano pertanto necessarie attente indagini e valutazioni riguardanti i diversi modelli utilizzati sul territorio riguardo gli indicatori di struttura, processo ed esito delle cure territoriali, particolarmente impattanti sulla salute pubblica.

Nel contesto descritto, l'infermiere ricopre un ruolo cruciale nell'assistenza domiciliare, perché possiede competenze cliniche necessarie per assistere il paziente nel suo ambiente domestico e riveste anche un ruolo di mediatore tra il sistema sanitario, il paziente e la sua famiglia (Jackson et al., 2021). La sua formazione, orientata alla gestione della cronicità e alla promozione della salute, lo rende un professionista insostituibile all'interno dell'assistenza domiciliare, in grado di garantire continuità di cura e l'ottimizzazione delle risorse disponibili. Gli infermieri che erogano assistenza a domicilio si trovano in una posizione privilegiata per fornire una risposta efficace e concreta alle esigenze della popolazione assistita attraverso un processo continuo basato sulla prevenzione e sulla promozione di comportamenti sani, sull'educazione alla sicurezza e all'autocura (Bagnasco et al., 2022).

La professione infermieristica in Italia

La dinamicità e continua evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) hanno portato a una ridefinizione della domanda di salute e, in risposta a questi cambiamenti, alla luce del rinnovato quadro normativo nazionale ed europeo, sono seguite alcune azioni correttive quali, ad esempio, l'introduzione di nuovi modelli assistenziali e ruoli infermieristici, in particolare quello dell'Infermiere di Famiglia e Comunità in ambito territoriale (Repubblica Italiana, 2020). Purtroppo però, l'Italia deve far fronte ad un'importante criticità, quella della carenza di infermieri, una questione che influisce direttamente sulla qualità e sull'accessibilità delle cure sanitarie nel paese (Sasso et al., 2019). Questa carenza è dovuta a diversi fattori, quali il ridotto numero di laureati in infermieristica rispetto alle necessità del Paese e l'emigrazione di infermieri all'estero. Negli ultimi anni, infatti, gli infermieri sono attratti da Paesi dove la professione viene maggiormente valorizzata (Kingma, 2007). Pertanto, è necessario tener conto del fatto che è sempre più difficile garantire il turnover; infatti, il numero degli infermieri annualmente formati è inferiore rispetto a quelli che nel prossimo futuro andranno in pensione e/o abbandoneranno la professione.

Il fenomeno dell'aumentato numero di infermieri che decidono di abbandonare la professione è dovuto alle condizioni di lavoro ritenute sfavorevoli, e all'elevato carico di lavoro con conseguente malessere organizzativo e aumento dei livelli di stress e *burnout* (Zaghini et al., 2020) che impattano sull'intenzione di abbandonare la professione (Al Zamel et al., 2020).

Per affrontare questa sfida sono necessarie azioni immediate e strategie a lungo termine che richiedono un approccio multifattoriale e coordinato da parte del governo, delle istituzioni formative e degli operatori sanitari. In questo modo sarà possibile garantire un futuro sostenibile per il sistema sanitario nel suo complesso e per la professione infermieristica.

L'indagine nazionale AIDOMUS-IT

In questo scenario, la FNOPI ha voluto esaminare la presa in carico infermieristica e la qualità delle cure in ambito domiciliare dal punto di vista del paziente, dell'infermiere e dell'organizzazione. Il presente report riassuntivo della ricerca, si pone nell'ottica di offrire una panoramica sulla situazione dell'organizzazione dell'assistenza domiciliare italiana e sulle condizioni lavorative degli infermieri. Tali dati contribuiranno a stimolare riflessioni o faranno da guida per implementare nuove strategie di miglioramento di erogazione dell'assistenza domiciliare nel panorama sanitario italiano, facilitando l'individuazione delle prestazioni infermieristiche erogate/erogabili, le rispettive codifiche e l'ipotizzato valore di produzione potenziale.

Le questioni organizzative indagate nella *survey* dedicata agli infermieri fanno riferimento ai possibili fattori impattanti in modo diretto sul tipo e sulla qualità dell'attività infermieristica, che a loro volta, impattano inevitabilmente in modo significativo sulla salute pubblica. Questo è il primo studio finalizzato ad esaminare in dettaglio gli elementi organizzativi del lavoro infermieristico nell'assistenza domiciliare/ territoriale in Italia sui pazienti ed i *caregiver*.

1. METODI

Criteria di inclusione dei partecipanti

Nello studio AIDOMUS-IT sono state incluse le seguenti popolazioni: (i) infermieri che esercitavano assistenza diretta nei servizi di assistenza domiciliare, (ii) pazienti presi in carico dai servizi di assistenza domiciliare, e (iii) *caregiver* informali dei pazienti (dati riferiti ai pazienti). Sono stati esclusi dallo studio gli infermieri che non erogavano assistenza diretta e pazienti presi in carico da servizi differenti da quello di assistenza domiciliare.

Strumenti di raccolta dati

La raccolta dati è avvenuta tra gennaio e ottobre 2023 attraverso tre indagini:

- la prima, rivolta ai dirigenti delle professioni sanitarie afferenti alle ASL partecipanti, finalizzata a rilevare gli aspetti organizzativi del servizio di assistenza domiciliare (orari apertura, pazienti in carico, organizzazione dei servizi, ecc.);
- la seconda, rivolta agli infermieri, finalizzata a rilevare le caratteristiche professionali degli infermieri, della loro attività lavorativa e delle condizioni di lavoro (percezione del carico di lavoro, condizioni psicosociali, *missed nursing care*, episodi di violenza, ecc.);
- la terza, rivolta ai pazienti, finalizzata a rilevare la qualità e la soddisfazione per l'assistenza ricevuta (caratteristiche sociodemografiche, condizioni di salute, esperienza assistenza domiciliare ricevuta, ecc.).

2. RISULTATI DELLO STUDIO AIDOMUS-IT

Territorio e Popolazione

All'indagine hanno aderito 77 ASL su un totale di 110 ([Tabella 1](#) tratta dal [Report integrale](#)).

Rispetto alla tipologia del territorio¹, 58 delle 77 ASL è di tipo misto, quindi composta da aree sia rurali che urbane e i servizi attivi considerati presso le ASL partecipanti all'indagine sono stati 15; nello specifico: servizio infermieristico territoriale, casa della comunità, casa della salute, centri di cure intermedie, continuità assistenziale, centrale operativa territoriale, ospedale di comunità, unità di degenza infermieristica, rete di cure palliative, hospice adulto, hospice pediatrico, servizi di salute mentale, consultorio familiare, servizi di sanità digitale e supporto del terzo settore ([Tabella 5a](#) e [Tabella 5b](#)).

Con riferimento a quanto previsto dal DM n. 77/2022, risultano scarsamente diffuse le case di comunità, con il 27,3% delle ASL mentre, i servizi di sanità digitale risultano presenti nel 57,1% delle ASL.

Cure domiciliari e presa in carico

Il servizio di cure domiciliari mostra un tempo medio di attesa, sia per la visita che per l'accesso alle cure domiciliari, di 2 giorni, con scarse variazioni in ambito territoriale. ([Tabella 6](#)).

Personale

Le ASL che garantiscono il servizio di cure domiciliari con personale infermieristico dipendente sono 71 (92,2%) su 77.

41 ASL (53,2%) affidano il servizio di cure domiciliari ad infermieri di cooperative o agenzie interinali e 14 hanno risposto di avvalersi di infermieri in regime di libera professione (18,2%)² ([Tabella 8](#)).

Tra il personale in regime di dipendenza, gli infermieri sono i professionisti con l'età media più elevata, 45,7 anni ([Tabella 12](#)), mentre il personale di cooperative e agenzie interinali è mediamente più giovane ([Tabella 13](#)).

Tra il personale delle ASL partecipanti solamente il 18,5% degli infermieri, operanti in assistenza domiciliare, dichiara di avere una formazione post-base.

¹ Aree geografiche: Nord-Ovest (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia), Nord-Est (Bolzano, Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna), Centro (Toscana, Umbria, Marche, Lazio), Sud (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna). Nelle tabelle sono escluse le regioni Friuli-Venezia Giulia e Marche che non hanno partecipato allo studio.

² Si tenga presente che alcune ASL hanno dichiarato difficoltà a quantificare la percentuale di personale di cooperative o agenzie interinali o in libera professione.

Giorni di apertura

Il servizio di cure domiciliari è aperto 7 giorni su 7 solamente nel 54,5% delle ASL, mentre il 28,6% ha il servizio aperto 6 giorni su 7 e il 14,3% 5 giorni su 7 ([Tabella 16](#)).

Attività erogate dal servizio di cure domiciliari

Il numero medio di attività erogate per ASL (su un totale di 17 attività) è pari a 10,1, con scarsa differenziazione per area geografica.

Il percorso per il paziente oncologico è presente nel 40,3% delle strutture e le attività per i pazienti cronici sono erogate dal 74% delle ASL, mentre quelle per gli utenti con disabilità dal 59,7%. I servizi di infermieristica di famiglia e di comunità sono erogati dal 68,8% delle aziende mentre, il 26% delle ASL lo codifica come “infermiere di prossimità”.

La metà circa delle ASL eroga consulenze infermieristiche specialistiche e i servizi di sanità digitale risultano presenti in oltre la metà delle ASL (51,9%), di cui il 26% con attività di Teleassistenza ([Tabella 17a](#) e [Tabella 17 b](#)).

Attività assistenziali specifiche dell'Infermiere

Le attività di assistenza erogate dagli infermieri (prelievi ematici, medicazioni, somministrazione di farmaci, gestione di *device*, educazione terapeutica, educazione sanitaria, formazione dei *caregiver*, monitoraggio delle condizioni di salute, valutazione delle condizioni familiari) vengono garantite dalla quasi totalità delle ASL ([Tabella 18a](#) e [Tabella 18b](#)).

Prese in carico nei servizi di Cure domiciliari

Rispetto alla popolazione over 65, sono 49,5 per 1.000 abitanti le persone prese in carico nelle cure domiciliari; il 16,8 per 1.000 abitanti le prese in carico delle persone con gravi limitazioni per disabilità e solamente 8,2 per 1.000 abitanti la presa in carico di malati cronici ([Tabella 20](#)).

Cartella territoriale

Delle 74 ASL che hanno risposto alla domanda sul sistema di cartella infermieristica utilizzato, 61 (82,4%) risultano avere la cartella territoriale mista (cartacea e informatica), 8 solo quella cartacea e 5 solo la cartella informatica ([Tabella 21](#)).

Risultati ottenuti dall'indagine rivolta agli infermieri

Alla *survey* hanno partecipato 3.949 infermieri, il 42,4% dei quali possiede un diploma regionale, il 53,1% una laurea triennale e il 4,4% una laurea magistrale. Solo il 25,3% dichiara un'esperienza nel *setting* di assistenza domiciliare compresa tra i 2 e i 4 anni.

Il 25,9% dei partecipanti dichiara di aver svolto un corso post-base specifico per l'ambito domiciliare.

Rispetto alla durata media dell'accesso al domicilio del paziente, gli intervistati dichiarano una durata media dell'accesso di 23,5 minuti ([Tabella 30](#)).

Rispetto all'abilità e *leadership* del coordinatore infermieristico, l'83% dei partecipanti ha conseguito un punteggio maggiore di 2,5, riportando quindi una valutazione positiva mentre, rispetto all'adeguatezza dello staff, il 38,4% ha riportato un punteggio negativo (<2,5).

Circa un terzo dei partecipanti (37%) ha dichiarato un carico di lavoro medio-alto mentre il 10,3% un carico elevato ([Tabella 41](#)).

Rispetto al clima del gruppo di lavoro e la possibilità di erogazione di cure sicure, il 65,8% ha riportato punteggi migliori, con una media di punteggio di 76,9 (Tabella 42).

Rispetto alle condizioni psicosociali nei luoghi di lavoro, il 65,8% dei partecipanti ha riferito una criticità media ([Tabella 42](#)).

Rispetto agli episodi di violenza subiti, il 20,5% dichiara di aver subito un episodio di violenza negli ultimi 12 mesi. Il 2,6% dei partecipanti ha dichiarato di aver subito una violenza verbale con contatto fisico negli ultimi 12 mesi. Rispetto al numero di episodi di violenza subiti, il 36,9% dichiara di aver subito tre o più episodi di violenza negli ultimi 12 mesi.

L'83,8% dei partecipanti ha dichiarato di essere soddisfatto o molto soddisfatto del proprio lavoro, con poca variabilità tra i diversi sottogruppi. Al contrario, solo il 20,1% degli intervistati ha dichiarato che se potesse, lascerebbe il lavoro nei successivi 12 mesi.

Risultati ottenuti dall'indagine rivolta ai pazienti

I rispondenti sono stati 9.780 e il questionario è stato compilato nel 50,4% dei casi dal caregiver, nel 44,0% dei casi direttamente dal paziente e il 5,6% non ha riportato quest'informazione.

L'assistenza domiciliare, nel 49,6% dei casi è attivata su richiesta del medico di famiglia e nel 40,4% a seguito di un ricovero ospedaliero. Solo nel 5,4% dei casi l'attivazione delle cure domiciliari segue la dimissione da una struttura di riabilitazione o da una casa di cura e la quasi totalità dei pazienti ha dichiarato che il servizio ADI è stato attivato appena ne ha avuto bisogno (96%), con una elevata percentuale di pazienti cui è stato spiegato che tipo di cure e quali servizi avrebbe ricevuto dagli infermieri (91,2%). Circa tre pazienti su quattro hanno anche ricevuto spiegazioni su come dovessero essere organizzati gli spazi della casa, il 60,9% ha ricevuto informazioni riguardo ai farmaci che stava assumendo.

Molto positiva è anche la valutazione degli aspetti comunicativi tra pazienti e infermieri. L'86,7% dei pazienti che soffrono di dolore fisico hanno avuto modo di parlarne con gli infermieri dell'assistenza domiciliare; la quota sale al 87,5% tra le donne e al 91,7% per gli anziani di 65-74 anni.

I pazienti esprimono, nella quasi totalità, un giudizio positivo sull'assistenza ricevuta nell'ultimo periodo.

Il 91,7% dei pazienti dichiara di essere stati sempre trattati con cortesia e rispetto dagli infermieri, l'86,0% di aver percepito sempre che si stessero prendendo cura di loro, l'83,3% di essere stati sempre ascoltati attentamente, l'82% di essere sempre stati informati su quando sarebbero arrivati a casa loro e l'81,6% di aver sempre ricevuto spiegazioni chiare e comprensibili. Queste percentuali risultano ancora più elevate tra i pazienti over 85 anni.

Anche il giudizio sull'assistenza domiciliare ricevuta, espresso con un voto da 0 e 10, si concentra sui voti più elevati: il 57,1% dei pazienti ha attribuito un voto pari a 10, il 22,5% dei pazienti ha indicato un voto pari a 9. Il 4,8% dei pazienti ha espresso un voto pari a 6 o 7. Sebbene il giudizio sia generalmente ottimo (voto medio 9,3), si registra un incremento positivo della soddisfazione per i pazienti molto anziani (voto medio 9,4) rispetto ai pazienti meno anziani (voto medio 9,1) ([Figura 1](#)).

Solo il 6,2% ha dichiarato di aver avuto problemi con l'assistenza ricevuta e la percentuale scende al 4,9% tra i pazienti più fragili con uno stato di salute scarso o insufficiente.

Stima del costo di un singolo accesso a domicilio

Dal questionario AIDOMUS-IT sono state ricavate 3.949 risposte di infermieri sulle attività svolte. A ogni infermiere è stato chiesto di indicare le dieci prestazioni generalmente erogate durante le attività domiciliari. Data l'alta variabilità delle prestazioni nei termini utilizzati, le stesse sono state aggregate in macroprestazioni, stante l'assenza di una tassonomia nazionale riferibile ad una branca specialistica assistenziale ufficiale.

Le macrocategorie individuate sono le seguenti:

1. accesso vascolare, terapia infusiva, prelievo ematico
2. cure palliative
3. educazione sanitaria
4. medicazioni avanzate
5. medicazioni semplici
6. monitoraggi e misurazioni
7. PAI, pianificazione, valutazione
8. procedure clinico assistenziali (ad es. gestione del catetere vescicale, gestione della nutrizione/dei dispositivi per la somministrazione di nutrizione enterale, ecc.)

Le macroprestazioni contenenti le prestazioni riportate dagli infermieri nell'indagine presentano la ripartizione in valori percentuali riportata nella [Tabella 82](#) dello studio.

Per ipotizzare i costi menzionati e la produzione di valore delle prestazioni, è stato necessario definire il costo orario o giornaliero degli infermieri, che sostiene il Servizio Sanitario Nazionale.

Sono stati considerati i profili salariali del personale infermieristico riferiti al Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro del triennio 2019 - 2021.

Il numero medio stimato di accessi giornalieri è pari a 6,84.

Nello specifico, sono computati:

1. tempo medio utilizzato dall'infermiere per recarsi al domicilio del paziente;
2. tempo medio utilizzato dall'infermiere per ritornare presso la struttura;
3. tempo medio speso a domicilio;
4. tempo medio dedicato all'attività di *back-office*;

Quindi, il costo di un infermiere per il **singolo accesso**, escluso il valore intrinseco della prestazione professionale, è pari ad € 20,28 ([Tabella 83](#)). Seguendo la stessa logica, il costo **giornaliero** di un infermiere considerando i dichiarati 6,84 accessi/pazienti è pari a **138,73€** ([Tabella 84](#)). L'adeguatezza delle stime di costo è stata comparata e confermata anche dall'analisi di 12 capitolati di gara a livello nazionale in 10 Regioni italiane; da questi il costo-orario medio ottenuto è stato di 21,13 € (*Range* 16,59-26,10).

Il costo di un infermiere per il **singolo accesso** (include tutte le attività quali il tempo presso il domicilio, il tempo per recarsi al domicilio, il tempo impiegato in *back-office* e il costo sostenuto per tornare presso la struttura), escluso il costo della prestazione è pari a 22,24€ ([Tabella 85](#)).

Seguendo la stessa logica il **costo giornaliero** di un infermiere (comprendente tempo speso a domicilio, tempo per recarsi al domicilio, tempo per ritornare presso la struttura, tempo per *back-office* e considerando il costo-orario medio appaltato dalle aziende sanitarie secondo capitolato di gara) considerando 6,84 accessi/pazienti è pari a **152,12€** ([Tabella 86](#)).

Al fine di assegnare un valore alla prestazione infermieristica, si è ipotizzata l'assunzione del nomenclatore ambulatoriale (Decreto del Ministero della Salute 23 giugno 2023).

Secondo quanto previsto del nomenclatore, il valore delle prestazioni erogate (mediamente 3 per ogni accesso) è stimato in 93,03 euro a singolo accesso, *versus* un costo di produzione a carico del Sistema Sanitario Nazionale di euro 20,28 con un differenziale medio di euro 72,74 ad accesso ([Tabella 87](#)).

Seguendo la stessa logica, il valore delle prestazioni infermieristiche giornaliere, considerando i 6,84 accessi medi per ogni infermiere, è pari a 636,31 euro, a fronte di un costo di produzione di 138,73 euro, con un differenziale giornaliero di 497,58 euro ([Tabella 88](#)).

3. DISCUSSIONI

Lo studio AIDOMUS-IT ha fornito una descrizione dello stato dell'assistenza domiciliare in Italia, anche in considerazione del fatto che tale studio ha previsto il coinvolgimento di tutti gli stakeholders interessati. Sono emersi dunque diversi punti di forza e criticità dell'assistenza

erogata, aprendo la strada a diverse riflessioni e suggerimenti inerenti sia gli aspetti organizzativi che la ricerca futura.

In prima istanza, l'organizzazione dei servizi illustra un quadro eterogeneo in termini di servizi erogati e per la presa in carico dei soggetti fragili che avrebbero bisogno di assistenza sul territorio. Inoltre, la percentuale di strutture in cui è possibile ricevere cure primarie, quali case della comunità o unità di degenza infermieristiche, è piuttosto bassa, evidenziando la sostanziale assenza di strutture "intermedie" tra gli ospedali e il domicilio del paziente.

I dati suggeriscono di attenzionare le strutture coinvolte dal momento che, attraverso tali strutture sarebbe possibile incrementare la quantità e la complessità degli interventi erogati in ambito territoriale, senza il coinvolgimento delle strutture ospedaliere, con un evidente impatto in termini di risposte ai problemi di salute del cittadino e di riduzione dei costi sanitari.

In aggiunta, la distribuzione della tipologia di servizi disponibili, nonché delle relative risorse, non sembrerebbe essere sempre in linea con la densità abitativa e dunque con le richieste della popolazione, contrariamente a quanto sottolineato dalla letteratura riguardo alla necessità di adattare il più possibile i modelli alle esigenze dell'utenza (Huffstetler et al., 2023).

In definitiva, i dati organizzativi sottolineano la necessità di delineare modelli organizzativi condivisi ed efficaci e basati soprattutto sulle necessità delle differenti categorie di pazienti. I diversi livelli di *staffing* e *skill mix* condizionano l'efficienza della risposta del sistema assistenziale. Alla luce di tali considerazioni, è auspicabile l'implementazione di modelli che prevedano il coinvolgimento di infermieri con formazione specifica nelle cure territoriali.

Riguardo alle necessità espresse dai pazienti, l'indagine ha mostrato un'utenza soddisfatta dei servizi ricevuti.

L'indagine condotta sulla soddisfazione degli infermieri rispetto al proprio lavoro impatta sulla "*retention*" degli infermieri stessi e dimostra una maggiore attrattività del *setting* domiciliare specifico.

I dati rilevati sulle *missed care* permetteranno, con approfondimenti futuri, di determinare i predittori delle *nursing missed care* sul territorio (anche riferiti alla singola attività) con ricadute positive sui costi dell'assistenza in termini di re-ricoveri impropri.

L'ipotesi dei costi ed il valore delle prestazioni hanno evidenziato una differenza tra valore calcolato delle prestazioni erogate e il reale costo di produzione, evidenziando un sostanziale risparmio economico, se la gestione delle cure territoriali rimane a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Spunti politici:

1. È necessario provvedere alla stesura di un nomenclatore delle prestazioni infermieristiche, anche ai fini della definizione e quantificazione delle stesse all'interno dei LEA, ricomprese in una branca assistenziale specifica.
2. È necessario implementare modelli organizzativi che valorizzino le competenze già in essere e in prospettiva che le amplino, nell'ottica di una reale leadership di presa in carico, che continui a garantire la sostenibilità di un sistema pubblico.

Roma, giugno 2024

A cura del Comitato Centrale FNOPI

[Link alla Bibliografia di riferimento](#)

[Link al Report integrale dello studio](#)

Elenco delle pubblicazioni scientifiche (in aggiornamento)

Bagnasco, A., Alvaro, R., Lancia, L., Manara, D. F., Zega, M., Rocco, G., Rasero, L., Mazzoleni, B., Sasso, L., & AIDOMUS-IT Collaborator Group (2023). [Protocol for evaluating quality and safety for the public through home care nursing in Italy: a multicentre crosssectional descriptive observational study \(AIDOMUS-IT\)](#) BMJ open, 13(5), e071155. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071155>

Bagnasco, A., Alvaro, R., Lancia, L., Manara, D. F., Rasero, L., Rocco, G., Zega, M., Mangiacavalli, B., Mazzoleni, B., & Sasso, L. (2022). [Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia AIDOMUS-IT: primo studio nazionale del Centro di Eccellenza per la Ricerca e lo Sviluppo dell'Infermieristica CERSI- FNOPI](#). L'Infermiere, 59(6), e113–e122.

Bagnasco, A., Alvaro, R., Lancia, L., Manara, D. F., Rasero, L., Rocco, G., Burgio, A., Landa, P., Zanini, M., Mangiacavalli, B., & Sasso, L. (2023). [Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia AIDOMUS-IT: i dati preliminari](#). L'Infermiere, 60(2), 75–96. <https://doi.org/10.57659/SSI.2023.008>

Bagnasco, A., Alvaro, R., Lancia, L., Manara, D. F., Rasero, L., Rocco, G., Burgio, A., Di Nitto, M., Zanini, M., Mangiacavalli, B., & Sasso, L. (2023). [Studio osservazionale dell'Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia-AIDOMUS-IT: condizione lavorativa, cure mancate e le esperienze degli assistiti](#). L'Infermiere, 60(4), 190–208. <https://doi.org/10.57659/SSI.2023.016>

Bagnasco, A., Alvaro, R., Lancia, L., Manara, D. F., Rasero, L., Rocco, G., Burgio, A., Di Nitto, M., Zanini, M., Zega, M., Cicolini, G., Sasso, L., & Mazzoleni, B. (2024). [Working conditions missed care and patient experience in home care nursing in Italy AIDOMUS](#). Public Health Nursing, 1–14. <https://doi.org/10.1111/phn.13320>