

Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia AIDOMUS-IT: i dati preliminari

*Annamaria Bagnasco¹, Rosaria Alvaro², Loreto Lancia³, Duilio Fiorenzo Manara⁴, Laura Rasero⁵,
Gennaro Rocco⁶, Alessandra Burgio⁷, Paolo Landa⁸, Milko Zanini⁹, Barbara Mangiacavalli¹⁰,
Loredana Sasso¹¹*

¹PhD, MNS, RN, MEdSc, FFMRCISI, Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI, Professore Ordinario Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova - Genova

²MSN, RN, FAAN, FESC, Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI, Professore Ordinario Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione Facoltà di Medicina Università degli Studi di Roma Tor Vergata - Roma

³MSN, RN, Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI, Professore Ordinario Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della vita e dell'Ambiente, Università degli Studi dell'Aquila – L'Aquila

⁴MSN, RN, Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI, Professore Associato Università Vita-Salute San Raffaele - Milano

⁵MSN, RN Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI, Professore Associato Dipartimento di Scienze della Salute Università di Firenze - Firenze

⁶PhD, MSN, RN, FAAN, FFMRCISI Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI, Direttore Scientifico Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica c/o OPI Roma – Roma

⁷PhD Statistico Istituto Nazionale di Statistica – ISTAT – Roma

⁸PhD Docente e Ricercatore di Economia Sanitaria Laval University, Québec, Canada

⁹PhD, MSoc, MSN, RN Docente e Ricercatore Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova – Genova

¹⁰MSN, RN Presidente FNOPI, Presidente CERSI – FNOPI – Roma

¹¹MSN, MEdSc, RN, FAAN, FFMRCISI, Direttore Scientifico CERSI-FNOPI, Professore Ordinario Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova - Genova

Corrispondenza: annamaria.bagnasco@unige.it

RIASSUNTO

Introduzione Le cure domiciliari in Italia sono un'opzione di assistenza sanitaria mirata a fornire cure a lungo termine direttamente a casa dei pazienti. Tuttavia, essendo di competenza regionale, possono variare da una regione all'altra.

Obiettivi Descrivere l'organizzazione dell'assistenza infermieristica sul territorio italiano, in termini di caratteristiche generali dei servizi erogati e definire una rete nazionale di contatti e collaborazioni con le Aziende territoriali.

Materiali e metodi Studio osservazionale descrittivo trasversale condotto tra novembre 2022 e marzo 2023. Il questionario è stato somministrato ai Dirigenti infermieristici delle Aziende territoriali in formato elettronico.

Risultati Hanno aderito 77 (72,6%) Aziende Sanitarie Locali (ASL) su 106. In termini di popolazione residente, la copertura ammonta al 75,3%. Dei 15 servizi in media per ASL ne sono disponibili 9. Mediamente diffuse le Case della salute, i Centri di cure intermedie, e la Centrale operativa territoriale, rispettivamente nel 48,1%, 41,6%, e 50,6% delle ASL. Il tempo di attesa è stato mediamente di 2 giorni per la prima visita e il primo accesso. Il personale è prevalentemente dipendente. Infermieri e operatori socio-sanitari (OSS) hanno l'età media più elevata.

Discussione e conclusioni L'offerta dei servizi territoriali appare ampia e articolata, con forti disomogeneità su tutto il territorio nazionale. Questa prima fase dello studio ha permesso di attivare una rete di contatti nazionale con i 76 dirigenti e referenti dell'assistenza infermieristica territoriale e con altri oltre cento infermieri sul territorio. I risultati finali di questo studio permetteranno adattare l'assistenza domiciliare alle richieste del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e della popolazione.

Parole chiave: Assistenza infermieristica domiciliare, dirigenti di aziende territoriali, complessità assistenziale, studio osservazionale descrittivo trasversale.

Home Care Nursing in Italy AIDOMUS-IT: Preliminary data

ABSTRACT

Introduction Home care in Italy is a health care option aimed at providing long-term care directly in patients' homes, but may vary across regions, as each region is responsible for their organization.

Objectives To describe the organization of home care nursing across Italy, in terms of general characteristics of the services provided and set up a national network of contacts and collaborations with community health services.

Materials and methods A cross-sectional descriptive observational study conducted between November 2022 and March 2023. The questionnaire was administered online to the nursing managers of the community services.

Results Out of 106 local health authorities (LHAs), 77 (72.6%) participated in this study. In terms of resident population, this included a coverage of 75.3%. Of 15 services in each LHA, 9 were available on average. Community Health Centres, Intermediate Care Centres, and Community Operations Centres were evenly spread in 48.1%, 41.6%, and 50.6% of the LHAs respectively. Mean waiting time was 2 days for the first visit and first access. Staff were prevalently employees. Nurses and healthcare assistants had the highest average age.

Discussion and conclusions Community services were widespread, had varying structures, and differed across Italy. This first phase of the study enabled to establish a national network of contacts with 76 managers and contact persons of the community nursing services and with over one hundred other nurses in the community. The final results of this study will enable to adapt home care to the demands of the National Recovery and Resilience Plan (NRRP) and the population.

Key words: Home care nursing, directors of community services, healthcare complexity, cross-sectional descriptive observational study.

INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno in progressivo aumento a livello globale (OECD, 2017; WHO, 2022). L'incremento della popolazione anziana, con relative patologie cronico-degenerative, comporta un aumento della complessità dell'assistenza richiesta e determina la necessità di porre particolare attenzione ai servizi sanitari sul territorio, oltre che all'assistenza erogata in ambito ospedaliero (Spasova, Baeten & Vanhercke, 2018; Chapman et al., 2019). In questo contesto, l'assistenza domiciliare assume un ruolo fondamentale ed è indispensabile adeguarla alle crescenti necessità della popolazione, in modo da garantire la sostenibilità dei servizi e la risposta ai bisogni assistenziali (Poghosyan et al., 2017; Chapman et al., 2019; Veenstra et al., 2020).

In Italia, le cure domiciliari si riferiscono all'assistenza sanitaria fornita direttamente presso il domicilio dei pazienti anziché in ospedale o in strutture sanitarie. Sono principalmente offerte a pazienti con condizioni croniche o disabilità che richiedono cure a lungo termine, ma possono essere estese ad altre situazioni a discrezione del medico curante (Fattore et al., 2021; Sannella & Toniolo, 2015). Le cure domiciliari sono organizzate e coordinate da un'équipe di professionisti sanitari, compresi medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali e altri operatori sanitari. Questa équipe valuta le esigenze del

paziente, stabilisce un piano di cura personalizzato e fornisce le prestazioni necessarie direttamente a casa del paziente. Le cure domiciliari possono comprendere diverse attività, come somministrazione di farmaci, monitoraggio delle condizioni vitali, gestione delle ferite, assistenza nell'igiene personale, terapie fisiche e riabilitative, supporto psicologico e consulenza per il paziente e i suoi familiari. L'obiettivo principale è garantire la continuità delle cure e migliorare la qualità di vita del paziente, consentendo loro di rimanere nel proprio ambiente familiare (DPCM 12 gennaio 2017; Falco et al., 2022).

In Italia, le cure domiciliari sono generalmente coperte dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e l'accesso alle stesse è solitamente determinato dalla valutazione del bisogno clinico del paziente da parte del medico curante e dalla disponibilità di risorse e personale sanitario nelle diverse aree geografiche. Tuttavia, ci sono alcuni servizi comuni che vengono generalmente garantiti in tutto il Paese anche in relazione ai livelli essenziali di assistenza (LEA) (DPCM 12 gennaio 2017; DM 77/2022). Alcuni di questi sono l'assistenza infermieristica, i servizi medici, terapia fisica e riabilitazione, la fornitura di apparecchiature mediche, l'assistenza domiciliare specialistica, e le cure palliative.

L'assistenza infermieristica a domicilio è uno dei servizi principali offerti. Gli infermieri forniscono cure dirette al paziente, come la somministrazione di farmaci, la gestione delle ferite, la gestione dei cateteri, la valutazione

delle condizioni vitali e l'assistenza nella gestione delle malattie croniche.

Per quanto riguarda i servizi medici, i medici possono effettuare visite domiciliari per la valutazione delle condizioni del paziente, la prescrizione di farmaci e la gestione generale delle cure sanitarie. Possono anche monitorare le condizioni di pazienti con malattie croniche e fornire consigli sulle terapie da seguire.

La terapia fisica e riabilitazione, possono includere esercizi fisici, terapie manuali, terapia occupazionale e altre forme di riabilitazione. Se un paziente richiede terapia fisica o riabilitativa, gli operatori sanitari possono offrire trattamenti direttamente a casa del paziente. In alcuni casi, possono essere fornite apparecchiature mediche speciali a domicilio, come letti speciali, sollevatori per il trasferimento del paziente, ventilatori o dispositivi per l'ossigenoterapia.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare specialistica, in base alle esigenze specifiche del paziente, possono essere forniti servizi domiciliari specialistici come assistenza psicologica, assistenza sociale, consulenza nutrizionale o servizi di assistenza domiciliare integrata che includono l'assistenza sanitaria e l'assistenza alla persona. Infine, i servizi di cure palliative a domicilio sono disponibili per i pazienti con malattie in fase terminale. L'équipe di cure palliative fornisce supporto medico, assistenza infermieristica, gestione del dolore e supporto emotivo sia al paziente che alla sua famiglia.

È importante sottolineare che le cure domiciliari possono variare da una regione all'altra in Italia, poiché l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari sono di competenza regionale. Pertanto, possono esserci differenze nelle modalità di accesso, nell'estensione dei servizi offerti e nelle procedure di riferimento.

La differenza è identificabile sia nella modalità di erogazione della risposta, sia nell'estensione e varietà dei servizi offerti e garantiti sul territorio.

Le condizioni emergenti in questa situazione sono probabilmente determinate sia dalla scelta politica regionale, che dalla disponibilità delle risorse necessarie alla presa in carico dei bisogni territoriali.

Alla luce del nuovo "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" (DM n 77/2022) con la ridefinizione dell'assistenza territoriale e l'inserimento di un maggior numero di infermieri di famiglia e comunità sul territorio italiano, risulta rilevante valutare le caratteristiche della presa in carico assistenziale territoriale italiana. La determinazione delle politiche regionali è il frutto dell'azione coordinata di più fattori:

Leggi e regolamenti nazionali - il governo centrale stabilisce le linee guida generali per il

sistema sanitario, inclusi i principi fondamentali di accesso all'assistenza sanitaria, la qualità dei servizi e la protezione dei diritti dei cittadini. Questi sono definiti in leggi e regolamenti nazionali, come il Decreto del Presidente della Repubblica n. 502/1992 che riforma il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ma tutte le modificazioni intercorse e l'ultima Legge 12 luglio 2020, n.77 hanno posto il modello di presa in carico infermieristica territoriale in primo piano.

Piano di indirizzo sanitario nazionale - il Ministero della Salute, in collaborazione con le regioni, sviluppa un Piano di indirizzo, che definisce le priorità strategiche e gli obiettivi per il sistema sanitario nazionale. Questo piano fornisce un quadro di riferimento per la pianificazione e l'allocatione delle risorse nelle diverse regioni.

Piani regionali di salute - ogni regione italiana elabora il proprio Piano regionale di salute, che definisce le politiche e le strategie sanitarie specifiche per quella regione. Questi piani tengono conto delle esigenze e delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche, socioeconomiche e geografiche della popolazione locale.

Finanziamento regionale - le regioni italiane sono responsabili della gestione del bilancio sanitario e dell'allocatione delle risorse finanziarie. Ricevono fondi dal governo centrale e contribuiscono con risorse proprie. Il finanziamento regionale influenza le decisioni relative all'organizzazione dei servizi sanitari e alla prioritizzazione degli interventi assistenziali territoriali.

Coinvolgimento degli stakeholder - nella definizione delle politiche sanitarie assistenziali territoriali, le regioni coinvolgono diversi attori, tra cui professionisti sanitari, associazioni di pazienti, organizzazioni sindacali, enti locali e altre parti interessate. Ciò permette di tenere conto delle diverse prospettive e di garantire un processo partecipativo nella definizione delle politiche sanitarie.

Le politiche sanitarie assistenziali territoriali sono quindi determinate a livello regionale. Il sistema sanitario italiano è basato su un modello decentralizzato, in cui ogni regione ha una propria autonomia e responsabilità nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari.

In sintesi, le cure domiciliari in Italia rappresentano un'opzione di assistenza sanitaria mirata a fornire cure a lungo termine direttamente a casa dei pazienti, contribuendo così a migliorare la loro qualità di vita e a ridurre il ricorso all'ospedalizzazione.

La citata normativa di introduzione dell'infermieristica di famiglia e comunità si collega alla pianificazione prevista dal PNRR, che nel suo sviluppo, ha definito alcune linee di

intervento territoriale (DM 77/2022) e, recentemente (Decreto 23 dicembre 2022), la distribuzione delle risorse necessarie alla definizione e attivazione delle strutture territoriali deputate alla modificazione del modello di presa in carico del paziente e caregiver.

Con questo primo studio si forniranno per la prima volta, dati nazionali sulle caratteristiche dell'assistenza domiciliare, sulla base degli indicatori di struttura (staffing, skill-mix, ambiente di lavoro, caseload), di processo (soddisfazione lavorativa, intenzione di lasciare l'assistenza domiciliare, burnout degli infermieri) e di esito (missed nursing care, qualità percepita dalle persone assistite a domicilio e dai loro caregiver).

Lo studio nazionale sulla Assistenza infermieristica domiciliare in Italia AIDOMUS-IT (Bagnasco et al., 2022), ha permesso ad oggi di definire una rete nazionale di contatti e collaborazioni dei referenti delle Aziende territoriali di tutte le Regioni italiane ad esclusione di Marche e Friuli-Venezia Giulia, attraverso una capillare adesione allo studio.

Inoltre, si è conclusa la prima indagine descrittiva dell'organizzazione dell'assistenza sul territorio, che ha permesso di fotografare le caratteristiche generali dei servizi erogati.

Nell'articolo verranno descritti i dati preliminari di questa prima indagine.

OBIETTIVI

Descrivere l'organizzazione dell'assistenza infermieristica sul territorio italiano, in termini di caratteristiche generali dei servizi erogati e definire una rete nazionale di contatti e collaborazioni dei referenti delle Aziende territoriali.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Sulla base del protocollo AIDOMUS-IT (Bagnasco et al., 2022), lo studio ha adottato un disegno di tipo osservazionale descrittivo trasversale (Wang & Cheng, 2020) e la raccolta dati è stata condotta nel periodo compreso tra novembre 2022 e marzo 2023.

I dati del presente studio riguardano solo la prima survey delle tre che costituiscono l'intero progetto. Le altre due fonti saranno i dati secondari sull'esperienza del paziente e caregiver; e i dati dalle banche clinico-assistenziali delle cure domiciliari.

Tutte le 106 ASL territoriali italiane sono state contattate attraverso formale richiesta di partecipazione inviata alla Direzione Generale e alla Direzione Infermieristica; hanno aderito allo studio 77 Aziende.

La valutazione del contesto demografico si è basata su dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) riferiti alla popolazione

residente totale e di 65 anni che forniscono una indicazione del fabbisogno potenziale del territorio.

Popolazione in studio

La popolazione in studio, in questa prima indagine preliminare dello studio AIDOMUS-IT, è rappresentata dalle Aziende Sanitarie che erogano assistenza domiciliare sul territorio nazionale.

Procedure dello studio

Il questionario per l'indagine (vedi Allegato 1) è stato sviluppato insieme ad un panel di esperti, e reso disponibile ai Dirigenti infermieristici delle Aziende territoriali in formato elettronico.

La prima pagina del questionario fornisce informazioni sul consenso informato, incluso lo scopo dello studio, assicurando ai partecipanti la riservatezza delle loro risposte, in particolare dal loro datore di lavoro, la natura volontaria dello studio e le informazioni di contatto del Principal Investigator per il completamento e l'invio del questionario corrisponde alla dichiarazione di consenso alla partecipazione alla ricerca.

I dati del questionario sono stati raccolti utilizzando la piattaforma elettronica sicura di CERSI-FNOPI, indipendente dagli ospedali partecipanti e approvata per scopi di ricerca.

Alle direzioni aziendali (Generale e Assistenziale) è stata inviata mezzo posta PEC una lettera di presentazione dello studio che doveva essere restituita firmata dalle Direzioni a conferma della adesione allo studio.

Il Comitato scientifico dello studio ha condotto due incontri in presenza rivolti ai Direttori dei servizi infermieristici e facilitatori dello studio da loro identificati, a Milano e a Roma. Agli incontri hanno partecipato oltre duecento professionisti. Di seguito, sono stati organizzati altri incontri su piattaforma per confrontarsi con i Centri che ne hanno fatto richiesta; è stato inoltre predisposto un contatto mail CERSI@it per mantenere un flusso continuo di collegamento con il gruppo di ricerca. Inoltre, sono stati attivati contatti telefonici ogni volta in cui è stato necessario.

Considerazioni statistiche

Le analisi condotte in questa prima fase dello studio sono state di tipo descrittivo. Le variabili qualitative sono state sintetizzate in termini di frequenza assoluta e relativa, mentre le variabili quantitative con indici di centralità quali la media. Le analisi sono state condotte con SAS/STAT 15.3.

RISULTATI

Questa prima indagine ha permesso di indagare la tipologia dei servizi di assistenza territoriale, la loro distribuzione a livello nazionale e nelle singole Regioni, la

disponibilità dei servizi territoriali in rapporto alla densità della popolazione e alla diffusione sul territorio.

Inoltre, Questa prima fase dello studio ha permesso di attivare una rete di contatti nazionale con i 76 dirigenti e referenti dell'assistenza infermieristica territoriale e con altri oltre cento colleghi (infermieri che operano sul territorio e/o appartenenti all'Ordine

professionale), che stanno facilitando lo studio. All'indagine hanno aderito i distretti di 77 (72,6%) ASL su un totale di 106.

In termini di popolazione residente, la copertura ammonta al 75,3%. Tutte le regioni hanno una copertura superiore al 50%, eccetto la Sicilia (45,6%) e la Campania (34,7 %). (Tabella 1).

Tabella 1 – ASL che hanno aderito allo studio e copertura rispetto alla popolazione residente per regione.

Codice regione	Regione	Popolazione coperta da indagine	Popolazione totale	% copertura (popolazione)	ASL rilevate	ASL totali
010	Piemonte	3.187.623	4.274.945	74,6	9	12
020	Valle d'Aosta	124.089	124.089	100,0	1	1
030	Lombardia	9.151.516	9.981.554	91,7	6	8
041	PA Bolzano	534.912	534.912	100,0	1	1
042	PA Trento	542.166	542.166	100,0	1	1
050	Veneto	3.939.617	4.869.830	80,9	8	9
060	Friuli Venezia Giulia	0	1.201.510	0,0	0	3
070	Liguria	1.518.495	1.518.495	100,0	5	5
080	Emilia Romagna	4.438.937	4.438.937	100,0	8	8
090	Toscana	3.692.865	3.692.865	100,0	3	3
100	Umbria	493.960	865.452	57,1	1	2
110	Marche	0	1.498.236	0,0	0	1
120	Lazio	5.730.399	5.730.399	100,0	10	10
130	Abruzzo	1.281.012	1.281.012	100,0	4	4
140	Molise	294.294	294.294	100,0	1	1
150	Campania	1.951.472	5.624.260	34,7	2	7
160	Puglia	2.989.873	3.933.777	76,0	4	6
170	Basilicata	352.490	545.130	64,7	1	2
180	Calabria	1.336.810	1.860.601	71,8	4	5
190	Sicilia	2.202.289	4.833.705	45,6	3	9
200	Sardegna	855.533	1.590.044	53,8	5	8
	Italia	44.618.352	59.236.213	75,3	77	106

Le aziende che hanno aderito allo studio (Figura. 1) rappresentano la quasi totalità delle Regioni italiane.

Nella figura 1, si può osservare la distribuzione delle aziende partecipanti sul territorio nazionale (in azzurro); la capillarizzazione dello studio permetterà di sviluppare scenari basati su dati solidi, sulla organizzazione dell'assistenza territoriale e sui relativi costi.

In bianco le Regioni non aderenti allo studio.

Nella figura 2 si può osservare il rapporto tra

Aziende partecipanti allo studio e Aziende presenti sul territorio; in 9 Regioni è stata raggiunta la totalità delle Aziende partecipanti e, nelle restanti ragioni, le aziende partecipanti sono comunque ben rappresentate, numericamente o per estensione del bacino di utenza.

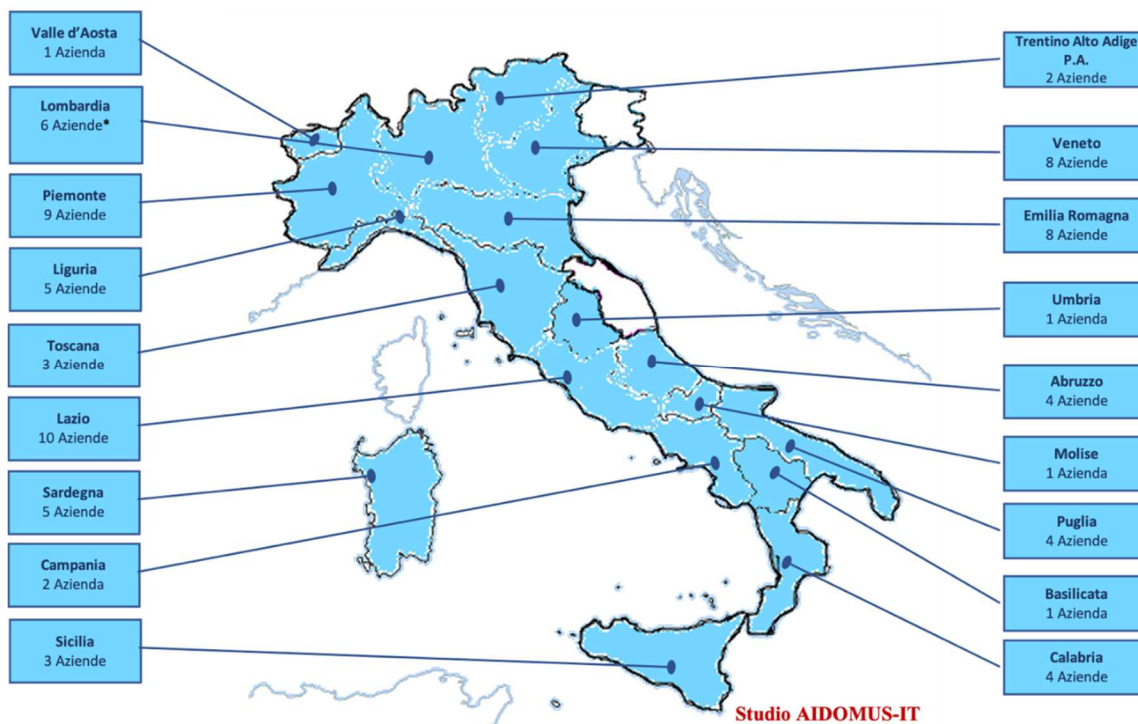


Figura 1. – Distribuzione territoriale delle Aziende partecipanti.

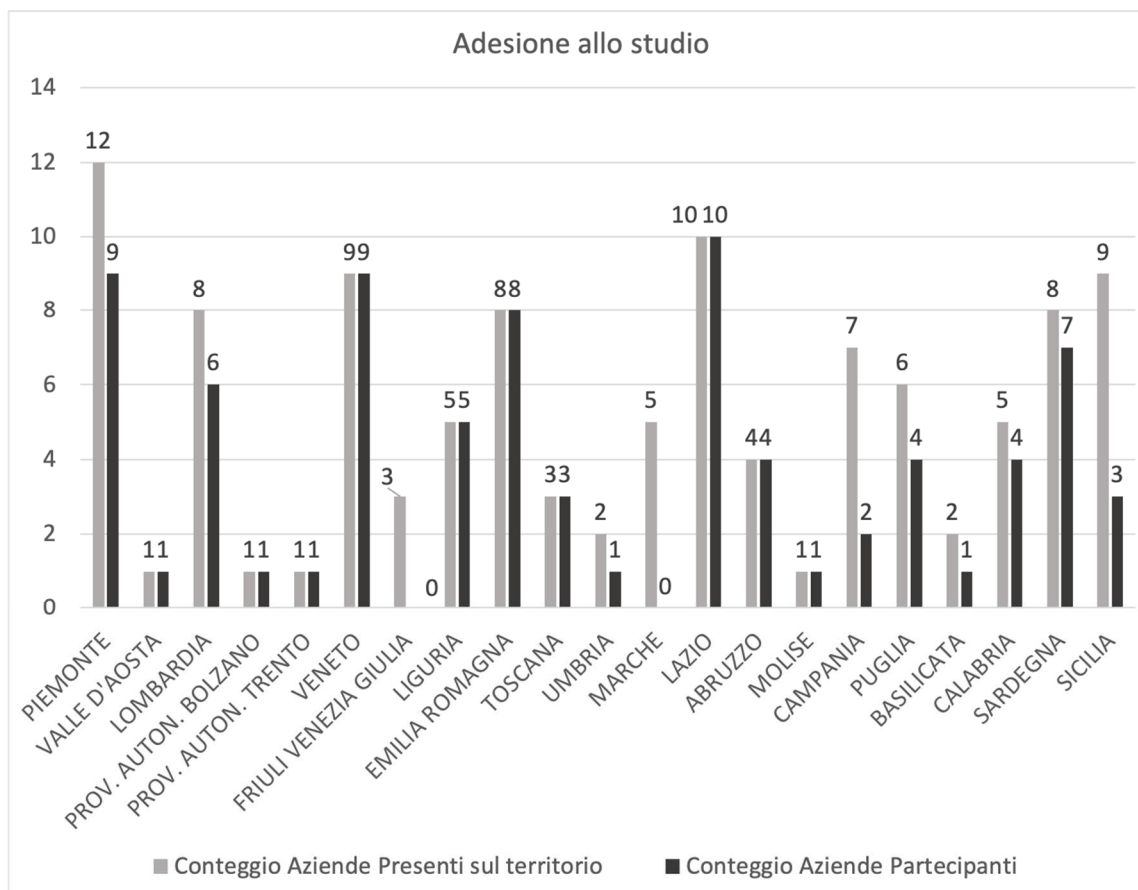


Figura 2. – ASL partecipanti e ASL totali.

Territorio e Popolazione

Il territorio delle ASL è stato suddiviso per 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). È risultato essere di tipo misto (58 su 77 ASL, 76,4% della popolazione over 65). Al Sud il 31,1% della popolazione over 65 risiede in ASL con territorio prevalentemente urbano, rispetto al dato medio nazionale pari al 17,3% (Tabella 2).

Tabella 2 – ASL e popolazione residente di 65 anni e più per area geografica e tipo di territorio.

	Territorio misto		Area prevalentemente urbana		Area prevalentemente rurale		Altro		Totale	
	ASL	Pop 65+	ASL	Pop 65+	ASL	Pop 65+	ASL	Pop 65+	ASL	Pop 65+
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nord	31	84,6	2	7,8	1	1,1	5	6,5	39	100,0
Centro	11	75,2	3	24,8	0	0,0	0	0,0	14	100,0
Sud	16	59,3	5	31,1	2	4,3	1	5,3	24	100,0
Italia	58	76,4	10	17,3	3	1,6	6	4,7	77	100,0

Legenda: ASL = Azienda Sanitaria Locale; Pop = Popolazione.

Tabella 3 – ASL e popolazione residente di 65 anni e più per area geografica, bacino di utenza e densità di popolazione.

	Bacino utenza						Densità popolazione (pop per km2)						Totale		
	Basso		Medio		Alto		Bassa		Media		Alta		ASL	Pop 65+	
	ASL	Pop 65+	ASL	Pop 65+	ASL	Pop 65+	ASL	Pop 65+	ASL	Pop 65+	ASL	Pop 65+			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Nord	14	13,1	11	20,7	14	66,2	Nord	6	7,2	20	37,0	13	55,8	39	100,0
Centro	1	1,7	8	36,2	5	62,1	Centro	3	14,1	6	36,4	5	49,5	14	100,0
Sud	8	13,8	8	25,7	8	60,4	Sud	10	24,3	11	50,5	3	25,2	24	100,0
Italia	23	10,7	27	25,4	27	63,9	Italia	19	12,9	37	40,1	21	47,0	77	100,0

Legenda: ASL = Azienda Sanitaria Locale; Pop = Popolazione.

Il 63,9% degli over-65 risiede in ASL con bacino di utenza alto (66,2% al Nord), il 25,4% in ASL con bacino di utenza medio (36,2% al Centro), il 10,7% in ASL con bacino di utenza "basso" (13,8% al Sud)¹ (Tabella 3).

Il 47,0% della popolazione anziana risiede in ASL caratterizzate da alta densità abitativa. Un ampio divario si registra nelle diverse aree geografiche: 55,8% al Nord, 49,5% al Centro, 25,2% al Sud. Una quota di popolazione over65 pari al 40,1% risiede in ASL con media densità di popolazione. Le aree a bassa densità, in cui risiede il 12,9% degli over-65, caratterizzano maggiormente le ASL del Sud (24,3%), mentre al Nord coprono solo il 7,2% della popolazione over65² (Tabella 3).

I servizi

Sul territorio nazionale sono state identificate 15

tipologie di servizi, la cui distribuzione territoriale è molto diversificata. In media per ASL sono disponibili 9 servizi territoriali (7 al Sud, 10 al Nord- Est e al Centro) con caratteristiche molto differenti (Tabella 4).

Il servizio maggiormente diffuso (92,0% delle ASL) è il servizio di Salute mentale, presente nella totalità di ASL ad alta densità di popolazione e nel 78,9% di quelle a bassa densità.

Seguono il Consultorio familiare (89,6%), i servizi di Continuità assistenziale, presenti nel 88,3% delle ASL (76,2% nelle ASL ad alta densità di popolazione, massimo 100% delle ASL a bassa densità) e la Rete di cure palliative con l'87,0% (meno diffusa al Centro con il 78,6% e al Sud con il 75,0%).

La Rete di terzo settore, presente nel 68,8% delle ASL, presenta una forte variabilità

¹Il bacino di utenza è definito "basso" se la ASL ha una popolazione residente fino a 300 mila abitanti, "medio" tra 300 mila e 600 mila abitanti, "alto" 600 mila abitanti o più.

² La densità della popolazione è definita "bassa" se inferiore a 100 abitanti per km2, "media" se compresa tra 100 e 300 abitanti per km2, "alta" se maggiore o uguale a 300 abitanti per km2.

territoriale dal 58,3% al Sud al 83,3% nel Nord-Est).

Mediamente diffuse le Case della salute, 48,1% delle ASL; questo tipo di servizio è stato indicato dalla totalità delle ASL del Centro.

I Centri di cure intermedie, indicati dal 41,6% delle ASL, sono scarsamente presenti al Sud (20,8%). Anche la Centrale operativa territoriale, indicata dal 50,6% delle ASL, presenta un forte divario tra il Nord-Est (72,2%) e il Sud (20,8%).

Gli Ospedali di comunità, presenti nel 37,7% delle ASL, caratterizzano molto il Nord-Est (72,2% delle ASL).

Scarsamente diffuse sono le Case della

comunità, con il 27,3% delle ASL (44,4% delle ASL con bacino di utenza alto) e le Unità di degenza infermieristiche, con il 19,5% delle ASL (presenti solo in una delle 24 ASL del Sud che hanno partecipato allo studio).

La Telemedicina risulta presente nel 57,1% delle ASL; tale percentuale sale al 83,3% al Nord-Est, 70,4% nelle ASL con bacino di utenza alto, 66,7% nelle ASL ad alta densità di popolazione.

Mentre l'hospice per adulto risulta molto diffuso (84,4% in media nazionale, 94,4% nelle ASL del Nord-Est), l'hospice pediatrico è stato indicato solo da 3 ASL.

Tabella 4 – Servizi attivi nelle ASL che hanno partecipato allo studio per area geografica, bacino di utenza, densità abitativa (media, valori assoluti e percentuale sul totale delle ASL che hanno partecipato allo studio).

	Servizi attivi	Servizio infermieristico territoriale		Casa della comunità		Casa della salute		Centri cure intermedie		Continuità assistenziale		Centrale operativa territoriale		Ospedale di comunità	
		N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%
Nord-Ovest	9	19	90,5	8	38,1	8	38,1	10	47,6	18	85,7	12	57,1	7	33,3
Nord-Est	10	18	100,0	6	33,3	7	38,9	8	44,4	18	100,0	13	72,2	13	72,2
Centro	10	12	85,7	4	28,6	14	100,0	9	64,3	11	78,6	9	64,3	4	28,6
Sud	7	17	70,8	3	12,5	8	33,3	5	20,8	21	87,5	5	20,8	5	20,8
Totale	9	66	85,7	21	27,3	37	48,1	32	41,6	68	88,3	39	50,6	29	37,7

	Unità di degenza infermieristica		Rete di cure palliative		Hospice adulto		Hospice pediatrico		Salute mentale		Consultorio familiare		Telemedicina		Rete terzo settore	
	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%
Nord-Ovest	3	14,3	20	95,2	18	85,7	2	9,5	20	95,2	18	85,7	12	57,1	15	71,4
Nord-Est	3	16,7	18	100,0	17	94,4	0	0,0	16	88,9	17	94,4	15	83,3	15	85,3
Centro	8	57,1	11	78,6	12	85,7	0	0,0	12	85,7	12	85,7	9	64,3	9	64,3
Sud	1	4,2	18	75,0	18	75,0	1	4,2	23	95,8	22	91,7	8	33,3	14	58,3
Totale	15	19,5	67	87,0	65	84,4	3	3,9	71	92,2	69	89,6	44	57,1	53	68,8

La rappresentazione nazionale della distribuzione territoriale dei servizi previsti dall'indagine AIDOMUS, evidenzia molto bene come le attività legate al PNRR siano in corso e ci siano spazi di miglioramento nella rete dei servizi telemedicina e nelle aree ad integrazione territoriale.

Giorni di attesa

Il tempo medio di attesa sia per la prima visita

che per l'accesso alle cure domiciliari è di 2 giorni. Tempi medi leggermente più elevati per la prima visita si registrano nelle ASL caratterizzate da un ampio bacino di utenza o da alta densità di popolazione (Tabella 5). Per la prima visita, un terzo delle ASL ha dichiarato un tempo medio di attesa di 1 giorno, un altro terzo ha indicato 2 giorni; una ASL su quattro ha riferito almeno tre giorni. Tempi medi di attesa per la visita pari a 4 o più giorni sono

indicati dal 23,1% delle ASL del Centro, dal 14,8% delle ASL con un bacino di utenza alto, dal 14,3% delle ASL con alta densità di popolazione.

Per l'accesso al servizio, il tempo medio di attesa è pari a 1 solo giorno per il 41,3% delle

ASL, ma è pari a 4 giorni o più per il 9,3%. Tempi medi elevati sono indicati dal 12,5% delle ASL del Sud e dal 11,8% delle ASL del Nord-est.

Tabella 5 – Tempi medi di attesa per la prima visita e per l'accesso al servizio nelle ASL che hanno partecipato allo studio per area geografica, bacino di utenza, densità abitativa (distribuzione percentuale per numero di giorni di attesa e numero medio di giorni).

	Tempo medio di attesa per prima visita (giorni)					TOT	media	Tempo medio di attesa per il primo accesso (giorni)					TOT	media
	0	1	2	3	4+			0	1	2	3	4+		
Nord-Ovest	9,5	38,1	33,3	14,3	4,8	100,0	1,7	0,0	52,4	33,3	9,5	4,8	100,0	1,7
Nord-Est	11,8	35,3	29,4	17,6	5,9	100,0	2,4	23,5	17,6	23,5	23,5	11,8	100,0	1,9
Centro	0,0	23,1	53,8	0,0	23,1	100,0	2,4	0,0	30,8	53,8	7,7	7,7	100,0	2,0
Sud	8,3	33,3	25,0	25,0	8,3	100,0	2,0	12,5	54,2	12,5	8,3	12,5	100,0	2,3
Bacino utenza basso	8,7	30,4	34,8	21,7	4,3	100,0	1,8	13,0	47,8	21,7	8,7	8,7	100,0	1,9
Bacino utenza medio	12,0	28,0	40,0	12,0	8,0	100,0	1,8	4,0	44,0	32,0	8,0	12,0	100,0	2,3
Bacino utenza alto	3,7	40,7	25,9	14,8	14,8	100,0	2,5	11,1	33,3	29,6	18,5	7,4	100,0	1,8
Bassa densità	5,9	29,4	35,3	23,5	5,9	100,0	1,9	11,8	47,1	29,4	0,0	11,8	100,0	2,6
Media densità	10,8	32,4	35,1	13,5	8,1	100,0	1,8	10,8	37,8	35,1	8,1	8,1	100,0	1,7
Alta densità	4,8	38,1	28,6	14,3	14,3	100,0	2,7	4,8	42,9	14,3	28,6	9,5	100,0	2,0
Totale	8,0	33,3	33,3	16,0	9,3	100,0	2,1	9,3	41,3	28,0	12,0	9,3	100,0	2,0

Personale

Le ASL con personale infermieristico alle dipendenze sono 71 su 77, 92,2% (78,6% al Centro, 100% al Sud). Infermieri di cooperative o agenzie interinali sono indicati da 41 ASL, 53,2%, mentre solo una ASL su cinque ha risposto di avvalersi di infermieri in regime di

libera professione (14 ASL, 18,2%). Nel territorio si osserva un maggior ricorso a infermieri di cooperative o interinali al Nord, mentre al Centro-Sud a infermieri in regime di libera professione (Tabella 6).

Tabella 6 – ASL che hanno partecipato allo studio per tipologia di personale infermieristico e area geografica (valori assoluti e percentuale sul totale delle ASL che hanno partecipato allo studio).

	Infermieri in regime di dipendenza		Infermieri di Cooperative / Agenzie interinali		Infermieri in regime di libera professione	
	ASL	%	ASL	%	ASL	%
Nord-Ovest	19	90,5	16	76,2	3	14,3
Nord-Est	17	94,4	9	50,0	2	11,1
Centro	11	78,6	5	35,7	4	28,6
Sud	24	100,0	11	45,8	5	20,8
Totale	71	92,2	41	53,2	14	18,2

Il 63,6% delle ASL ha fisioterapisti alle dipendenze; la percentuale sale al 74,1% nelle ASL con bacino di utenza alto e al 72,2% nel Nord-Est (Tabella 7).

Il 53,2% delle ASL ha OSS alle dipendenze, valore che al Sud scende al 41,7% e nelle ASL ad alta densità di popolazione sale al 71,4%.

Il 40,3% delle ASL ha Assistenti sociali alle dipendenze, con un range che varia dal 22,2%

del Nord-Est al 52,4% del Nord-Ovest.

Per le Ostetriche e Altro personale le percentuali del personale dipendente sono rispettivamente pari a 35,1% e 23,4%.

Il ricorso a personale di cooperative o agenzie interinali riguarda soprattutto Fisioterapisti (23,4%) e OSS (20,8%).

Tabella 7 – ASL che hanno partecipato allo studio per tipologia di rapporto di lavoro del personale non infermieristico e area geografica (valori assoluti e percentuale sul totale delle ASL che hanno partecipato allo studio).

	Fisioterapisti		OSS		Assistenti sociali		Ostetriche		Altro	
	Personale in regime di dipendenza									
	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%
Nord-Ovest	11	52,4	13	61,9	11	52,4	7	33,3	6	28,6
Nord-Est	13	72,2	10	55,6	4	22,2	5	27,8	4	22,2
Centro	9	64,3	8	57,1	5	35,7	6	42,9	3	21,4
Sud	16	66,7	10	41,7	11	45,8	9	37,5	5	20,8
Totale	49	63,6	41	53,2	31	40,3	27	35,1	18	23,4
	Personale di cooperative o agenzie interinali									
	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%
Nord-Ovest	7	33,3	5	23,8	3	14,3	0	0,0	3	14,3
Nord-Est	1	5,6	2	11,1	0	0,0	0	0,0	1	5,6
Centro	5	35,7	5	35,7	4	28,6	0	0,0	2	14,3
Sud	5	20,8	4	16,7	2	8,3	0	0,0	2	8,3
Totale	18	23,4	16	20,8	9	11,7	0	0,0	8	10,4

Legenda: OSS = Operatori Socio-Sanitari.

In media il servizio di cure domiciliari è dotato di 101 infermieri, 25 fisioterapisti, 17 OSS, 14 unità di altro personale, 7 assistenti sociali, 7 ostetriche. I servizi al Sud contano su valori medi significativamente più bassi (Tabella 8).

I tassi calcolati rispetto alla popolazione residente over-65 indicano, oltre ad una minore dotazione di personale al Sud, anche minori risorse umane nelle ASL con alta densità di popolazione.

Tra il personale in regime di dipendenza, gli infermieri e gli OSS sono i professionisti con l'età media più elevata, rispettivamente 45,7 e 45,5 anni. Per i fisioterapisti è stata indicata un'età media di 43,6 anni, per gli Assistenti sociali di 40,8 anni, per le Ostetriche di 39,8 anni e per altro personale 38,1 anni. La maggior parte delle ASL ha indicato un'età media dei

professionisti in regime di dipendenza nella classe 45-49 anni e per gli OSS nella classe 50-54 anni

Il personale di cooperative e agenzie interinali è mediamente più giovane: infermieri 30,8 anni, fisioterapisti 29,6 anni, OSS 30,3 anni, assistenti sociali 27,1 anni (dati non presenti in tabella).

Giorni di apertura

Il servizio di assistenza domiciliare è aperto 7 giorni su 7 nel 54,5% delle ASL: ai due estremi il Nord-Ovest con il 66,7% e il Sud con il 41,7% (Tabella 9).

Il 28,6% delle ASL ha il servizio aperto 6 giorni su 7 e il 14,3% 5 giorni su 7. Il servizio su 5 giorni è più frequente al Centro (21,4%) e nelle ASL con alta densità di popolazione.

Il numero medio di ore di apertura settimanali è pari a 72, sale a 82 ore nel Nord-Est e scende a 63 al Centro. Anche in questo caso per le ASL

con più alta densità di popolazione risulta un numero medio di ore settimanali di apertura più basso (68).

Tabella 8 – Dotazione di personale media per servizio e rispetto alla popolazione anziana per area geografica, bacino di utenza, densità abitativa (media e tasso per 10.000 residenti di 65 anni e più).

	Infermieri	Ostetriche	Fisioterapisti	OSS	Assistenti sociali	Altro
	Media					
Nord-Ovest	112	4	33	26	10	14
Nord-Est	118	15	22	9	4	4
Centro	127	6	38	27	10	55
Sud	65	7	15	10	4	2
Totale	101	7	25	17	7	14
	Tasso per 10.000 residenti over65					
Nord-Ovest	6,9	0,1	1,5	1,3	0,4	0,4
Nord-Est	9,0	0,5	1,4	0,6	0,1	0,1
Centro	7,0	0,2	1,8	1,1	0,3	1,4
Sud	6,1	0,3	1,2	0,7	0,3	0,1
Totale	7,2	0,3	1,4	1,0	0,3	0,5

Legenda: OSS = Operatori Socio-Sanitari.

Tabella 9 – Giorni di apertura settimanali e numero medio di ore settimanali per area geografica, (percentuale di ASL che hanno partecipato allo studio e media).

	Giorni apertura settimanali			Ore apertura settimanali
	5 giorni	6 giorni	7 giorni	media
Nord-Ovest	14,3	19,0	66,7	71
Nord-Est	5,6	33,3	55,6	82
Centro	21,4	14,3	57,1	63
Sud	16,7	41,7	41,7	71
Totale	14,3	28,6	54,5	72

Attività assistenziale erogata

Il numero medio di attività erogate per ASL è pari a 10 con scarsa differenziazione per area geografica. Le ASL con bacino di utenza alto hanno una media più elevata (rispettivamente 11,4 e 10,5) (Tabella 10).

L'attività indicata più frequentemente (escludendo le Cure domiciliari) è ADI1 (89,6%), seguita dal 87,0% delle ASL che ha ADI2 e 85,7% Cure palliative. L'81,8% delle ASL ha ADI3 e Salute mentale. Tutte queste attività sono ancora più presenti nelle ASL di grandi dimensioni.

Poco più della metà delle ASL (52%) eroga attività di tipo ADO: la percentuale sale al 64,3% al Centro, 59,2% nelle ASL con bacino di utenza alto. Il Percorso per il paziente oncologico è presente nel 40,3% delle ASL: la quota sale al 71,4% al Centro e al 59,3% nelle ASL con bacino di utenza alto.

I servizi di infermieristica di famiglia e di comunità sono erogati dal 68,8% delle ASL (57,1% al Centro), mentre l'infermiere di prossimità è presente solo nel 26% delle ASL (37,5% al Sud) e l'Unità di degenza infermieristica nel 15,6% delle ASL.

Circa la metà delle ASL eroga Consulenze infermieristiche specialistiche con una forte variabilità territoriale, dal 61,9% del Nord-Ovest al 21,4% del Centro.

La telemedicina è presente in oltre la metà delle ASL (51,9%), sale al 77,8% nel Nord-Est,

mentre sono il 26,0% le ASL con attività di Telenursing (Nord-Est 38,0%).

La Radiologia a domicilio e teleradiologia è erogata dal 28,6% delle ASL, ma varia dal 16,7% del Nord-Est al 42,9% del Nord-Ovest.

Tabella 10 – Attività erogate per area geografica e bacino di utenza (media, numero ASL e percentuale di ASL che hanno partecipato allo studio).

	Totale attività		Cure domiciliari		ADI1		ADI2		ADI3		ADO		Salute mentale		Unità degenza infermieristica		Cure palliative	
	media		N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%
Nord-Ovest	10,5		20	95,2	19	90,5	17	81,0	17	81,0	11	52,4	18	85,7	3	14,3	18	85,7
Nord-Est	10,1		16	88,9	15	83,3	15	83,3	14	77,8	7	38,9	15	83,3	1	5,6	17	94,4
Centro	10,4		12	85,7	13	92,9	13	92,9	12	85,7	9	64,3	10	71,4	3	21,4	12	85,7
Sud	9,7		24	100,0	22	91,7	22	91,7	20	83,3	13	54,2	20	83,3	5	20,8	19	79,2
Bacino utenza basso	9,9		23	100,0	22	95,7	21	91,3	20	87,0	12	52,2	17	73,9	3	15,0	19	82,6
Bacino utenza medio	9,0		23	85,2	21	77,8	21	77,8	18	66,7	12	44,4	21	77,8	5	18,5	21	77,8
Bacino utenza alto	11,4		26	96,3	26	96,3	25	92,6	25	92,6	16	59,3	25	92,6	4	14,8	26	96,3
TOTALE	10,1		72	93,8	69	89,6	67	87,0	63	81,8	40	51,9	63	81,8	12	15,6	66	85,7

	Percorso paziente oncologico		Disabilità		Cronicità		Telemedicina		Telenursing		Radiologia a domicilio		Infermieristica di famiglia		Infermiere di prossimità		Consulenze infermieristiche specialistiche	
	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%
Nord-Ovest	9	42,9	14	66,7	15	71,4	11	52,4	5	23,8	9	42,9	16	76,2	5	23,8	13	61,9
Nord-Est	6	33,3	11	61,1	14	77,8	14	77,8	7	38,9	3	16,7	13	72,2	3	16,7	10	55,6
Centro	10	71,4	10	71,4	11	78,6	8	57,1	3	21,4	5	35,7	8	57,1	3	21,4	3	21,4
Sud	6	25,0	11	45,8	17	70,8	7	29,2	5	20,8	5	20,8	16	66,7	9	37,5	11	45,8
Bacino utenza basso	6	26,1	13	56,5	15	65,2	13	56,5	5	21,7	5	21,7	16	69,6	5	21,7	13	56,5
Bacino utenza medio	9	33,3	14	51,9	19	70,4	11	40,7	9	33,3	8	29,6	16	59,3	5	18,5	9	33,3
Bacino utenza alto	16	59,3	19	70,4	23	85,2	16	59,3	6	22,2	9	33,3	21	77,8	10	37,0	15	55,6
TOTALE e	31	40,3	46	59,7	57	74,0	40	51,9	20	26,0	22	28,6	53	68,8	20	26,0	37	48,1

Legenda: ADI = assistenza domiciliare integrata; ADO = assistenza domiciliare oncologica.

Attività svolte, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), Unità di Valutazione Geriatrica Multidimensionale (UVGM), Dimissione protetta al domicilio

Molte delle attività indagate sono svolte dalla quasi totalità delle ASL (Prelievi ematici, Medicazioni, Somministrazione farmaci, Gestione device, Educazione terapeutica, Educazione sanitaria, Formazione caregiver, Monitoraggio delle condizioni di salute, Valutazione delle condizioni familiari) (Tabella 11). La possibilità di attivazioni secondarie (proattività) intese come l'attivazione di servizi non direttamente collegati alla richiesta di

intervento ma valutati come opportuni ed utili dal personale di prima visita di cui un esempio può essere l'attivazione del servizio per la fornitura di presidi ed ausili a fronte di una richiesta di trattamento per lesioni da decubito, riguarda l'89,6% delle ASL, mentre scende al 63,6% la quota di ASL che svolge elettrocardiogrammi (ECG) (81% nel Nord-Ovest), al 61% la quota di ASL che effettua Trasfusioni (71,4% al Centro) e al 58,4% la quota di ASL che garantisce le attività del team catetere venoso centrale esterno non tunnelizzato, a media permanenza (PICC) (85,7% al Centro).

Tabella 11 – Attività svolte dai servizi di assistenza domiciliare nelle ASL che hanno partecipato allo studio per area geografica (media, numero ASL e percentuale di ASL che hanno partecipato allo studio).

	Totale attività		Prelevi ematici		Medicazioni		Somministrazione farmaci		Gestione device		Educazione terapeutica		Educazione sanitaria	
	media		N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%
Nord-Ovest	12,0		21	100,0	21	100,0	21	100,0	21	100,0	20	95,2	20	95,2
Nord-Est	10,7		16	88,9	17	94,4	16	88,9	17	94,4	16	88,9	17	94,4
Centro	11,3		13	92,9	13	92,9	13	92,9	13	92,9	13	92,9	13	92,9
Sud	10,8		21	87,5	23	95,8	23	95,8	23	95,8	23	95,8	22	91,7
Totale	11,2		71	92,2	74	96,1	73	94,8	74	96,1	72	93,5	72	93,5

	Formazione caregiver		Monitoraggio salute		Valutazione condizioni familiari		Proattività		PIC team		Trasfusioni		ECG	
	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%	N ASL	%
Nord-Ovest	21	100,0	21	100,0	21	100,0	20	95,2	15	71,4	13	61,9	17	81,0
Nord-Est	17	94,4	16	88,9	16	88,9	16	88,9	7	38,9	11	61,1	11	61,1
Centro	13	92,9	13	92,9	12	85,7	12	85,7	12	85,7	10	71,4	8	57,1
Sud	23	95,8	22	91,7	22	91,7	21	87,5	11	45,8	13	54,2	13	54,2
Totale	74	96,1	72	93,5	71	92,2	69	89,6	45	58,4	47	61,0	49	63,6

I PDTA risultano attivi nel 84,6% delle ASL, 78,6% al Centro, 87% al Sud. L'87,2% delle ASL ha l'UVGM, 85% nel Nord-Est, 90,5% nel Nord-Ovest.

La quasi totalità delle ASL ha attivo il servizio di Dimissione protetta al domicilio (91%), 87% al Sud (Tabella 12).

Tabella 12 – Presenza di PDTA, UVGM, Dimissione protetta nelle ASL che hanno partecipato allo studio per area geografica (numero e percentuale di ASL sul totale delle ASL che hanno partecipato allo studio).

	PDTA		UVGM		DIM protetta	
	N. ASL	% ASL	N. ASL	% ASL	N. ASL	% ASL
Nord-Ovest	18	85,7	19	90,5	20	95,2
Nord-Est	17	85,0	17	85,0	18	90,0
Centro	11	78,6	12	85,7	13	92,9
Sud	20	87,0	20	87,0	20	87,0
Totale	66	84,6	68	87,2	71	91,0

Legenda: DIM = dimissione; PDTA = Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali; UVGM = Unità di Valutazione Geriatrica Multidimensionale.

Limiti dello studio

Le differenze a livello regionale nella erogazione dell'assistenza territoriale hanno costituito un limite in questa prima rilevazione. Tuttavia, questa prima fase esplorativa ci ha permesso di rilevare le caratteristiche che differenziano in modo importante l'erogazione dei servizi ed in particolare di ampliare la rete dei contatti ai servizi esternalizzati.

DISCUSSIONE

Questa prima fase dello studio ha permesso di attivare una rete di contatti nazionale con i 76 dirigenti e referenti dell'assistenza infermieristica territoriale e con altri oltre cento colleghi (infermieri che operano sul territorio e/o appartenenti all'Ordine professionale), che stanno facilitando lo studio. Premesso che i dati presentati descrivono solo 1 delle 3 Survey che completeranno lo studio e che consentiranno la descrizione completa dell'assistenza infermieristica sul territorio in

Italia, emergono tuttavia alcuni punti di discussione interessanti.

L'offerta dei servizi territoriali appare ampia e articolata, con forti disomogeneità su tutto il territorio nazionale. In particolare, si può osservare una buona copertura dei servizi di salute mentale, cure palliative e consultori. Emerge un dato di potenziale criticità sulla attivazione delle centrali operative, rappresentate solo dal 50,6% delle ASL e con un forte divario tra il Centro-Nord e il Sud.

Le Unità di degenza infermieristiche sono presenti solo nel 19,5% delle ASL aderenti allo studio (4,2 % al Sud): considerando l'importanza di queste strutture per la gestione dei pazienti cronici, anziani anche in riferimento alle dimissioni precoci, emerge la necessità di porre attenzione a questo dato per ulteriori approfondimenti.

La Telemedicina, inoltre, risulta presente in circa il 60% delle ASL; tale percentuale sale al 83,3% al Nord-Est, 70,4% delle ASL con bacino di utenza alto, 66,7% nelle ASL ad alta densità di popolazione; tuttavia, considerate l'evoluzione tecnologica e le priorità poste dal PNRR anche questo tipo di servizio richiede un potenziamento (D.D.G. n. 367/21). La Telemedicina, infatti, è utilizzata come risorsa nell'assistenza territoriale da molti anni nei paesi europei (Breen et al., 2010; Muller et al., 2016) ed extra-europei (Doorenbos et al., 2010; Schulz-Heik et al., 2017). Già nel 2010 in

Europa sono state messe in atto linee di assistenza territoriale basate sulla telemedicina (Breen et al., 2010). Negli ultimi anni la letteratura ha messo in evidenza le competenze (Myllymäki et al., 2022) e gli standard (Gillespie et al., 2019) per l'utilizzo della Telemedicina. Risulta quindi importante implementarne l'utilizzo anche nel nostro contesto territoriale.

CONCLUSIONI

Lo studio AIDOMUS consentirà un'approfondita analisi dei servizi territoriali consentendo di identificare i tipi di cure erogate e mancate, e dell'impatto di tali cure sui servizi ospedalieri e territoriali. Lo studio include, tra i vari obiettivi, una valutazione economica sui costi derivanti dalle attività svolte e dalle attività mancanti dell'assistenza domiciliare. L'analisi economica si focalizzerà sia sulla componente statistica che sui dati raccolti durante l'indagine organizzativa e sul servizio per meglio comprendere quali sono le attività svolte e non erogate da parte del personale sanitario nel territorio.

A margine della descrizione econometrica che prevederà una valutazione di impatto secondo la prospettiva del Servizio Sanitario Nazionale, si assocerà modello di valutazione economica, dove verranno studiate le varie componenti dei costi stessi.

Tabella degli acronimi.

Acronimo	Spiegazione
AIDOMUS-IT	Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia
ADI 1	Assistenza domiciliare integrata
ADI 2	Assistenza domiciliare integrata
ADI 3	Assistenza domiciliare integrata
ADO	Assistenza Domiciliare Oncologica
ASL	Azienda Sanitaria Locale
DIM	Dimissione
ECG	Elettrocardiogramma
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
OSS	Operatore Socio-Sanitario
PICC	Peripherally Inserted Central Catheters) Catetere venoso centrale esterno non tunnellizzato, a media permanenza
PDTA	Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UVGM	Unità di Valutazione Geriatrica Multidimensionale

Conflitto di interessi

Tutti gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi. Tutti gli autori dichiarano di aver contribuito alla realizzazione del manoscritto e ne approvano la pubblicazione.

Finanziamenti

Lo studio è finanziato dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI).

BIBLIOGRAFIA

- 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.
- Breen, P., Murphy, K., Browne, G., Molloy, F., Reid, V., Doherty, C., Delanty, N., Connolly, S., & Fitzsimons, M. (2010). *Formative evaluation of a telemedicine model for delivering clinical neurophysiology services part I: utility, technical performance and service provider perspective*. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 10, 48. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-10-48>.
- Chapman, H., Matthews, R., Farndon, L., Stephenson, J., & Fowler-Davis, S. (2019). *The Sheffield Caseload Classification Tool: testing its inter-rater reliability*. *British Journal of Community Nursing*, 24(8), 362–367. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.8.362>.
- Decreto 23 dicembre 2022, "Riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale" (Pubblicato in G.U. 12 aprile 2023, n. 86).
- Decreto 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" (Pubblicato in G.U. 22 giugno 2022, n. 144).
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" (Pubblicato in G.U. 07 gennaio 1994, n. 4).
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" (Pubblicato in G.U. 18 marzo 2017, n. 65).
- Deliberazione del Direttore Generale 30 settembre 2021, n.367 "Costituzione del gruppo di lavoro di "Telemedicina" e del sottogruppo "per la definizione delle linee guida inerenti il modello digitale per l'implementazione dell'assistenza domiciliare" nell'ambito delle attività a supporto di missione 6 component 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)" – Investimento 1.2.1 Assistenza Domiciliare.
- Doorenbos, A. Z., Eaton, L. H., Haozous, E., Towle, C., Revels, L., & Buchwald, D. (2010). *Satisfaction with telehealth for cancer support groups in rural American Indian and Alaska Native communities*. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(6), 765–770. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.765-770>.
- Falco, A., Palassini, M., Beccattini, G., & Calattini, L. (2022). *L'infermieristica di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale*. *L'Infermiere*, 59(5), e90–e95.
- Fattore, G., Meda, F., & Meregaglia, M. (2021). *Gli ospedali di comunità in Italia: passato, presente e futuro*. In *Rapporto OASI 2021* (pp. 563-601). Egea.
- Gillespie, S. M., Moser, A. L., Gokula, M., Edmondson, T., Rees, J., Nelson, D., & Handler, S. M. (2019). *Standards for the Use of Telemedicine for Evaluation and Management of Resident Change of Condition in the Nursing Home*. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(2), 115–122. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.022>.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del servizio sanitario nazionale" (Pubblicata in G.U. 28 dicembre 1978, n. 360).
- Legge 17 luglio 2020, n. 77, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" (Pubblicata in G.U. 18 luglio 2020, n. 180).
- Myllymäki, S., Laukka, E., & Kanste, O. (2022). *Health and social care frontline leaders' perceptions of competence management in telemedicine in Finland: An interview study*. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2724–2732. <https://doi.org/10.1111/jonm.13740>.
- Müller, K. I., Alstadhaug, K. B., & Bekkelund, S. I. (2016). *Acceptability, Feasibility, and Cost of Telemedicine for Nonacute Headaches: A Randomized Study Comparing Video and Traditional Consultations*. *Journal of Medical Internet Research*, 18(5), e140. <https://doi.org/10.2196/jmir.5221>.
- Organization for the Economic Cooperation and Development (OECD). *Preventing ageing unequally- Action Plan. 2017*. [Available at: www.oecd.org/social/C-MIN-2017-6-EN.pdf].
- Poghosyan, L., Norful, A. A., Fleck, E., Bruzzese, J. M., Talsma, A., & Nannini, A. (2017). *Primary Care Providers' Perspectives on Errors of Omission*. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 30(6), 733–742. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.06.170161>.
- Sannella A., Toniolo F. (2015) *Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation*. Venezia: Ca' Foscari.

- Schulz-Heik, R. J., Meyer, H., Mahoney, L., Stanton, M. V., Cho, R. H., Moore-Downing, D. P., Avery, T. J., Lazzaroni, L. C., Varni, J. M., Collery, L. M., & Bayley, P. J. (2017). *Results from a clinical yoga program for veterans: yoga via telehealth provides comparable satisfaction and health improvements to in-person yoga*. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s12906-017-1705-4>.
- Spasova S, Baeten R, Vanhercke B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe*. *Eurohealth*, 24(4):7-12.
- Veenstra, M., Skinner, M. S., & Sogstad, M. (2020). *A nation-wide cross-sectional study of variations in homecare nurses' assessments of informational continuity – the importance of horizontal collaboration and municipal context*. *BMC Health Services Research*, 20(1), 464. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05313-3>.
- Wang, X., & Cheng, Z. (2020). *Cross-sectional studies: strengths, weaknesses, and recommendations*. *Chest*, 158(1), S65-S71. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>.
- World Health Organization (WHO). *Noncommunicable diseases*. 2022. [Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>].

Allegato 1 – Survey esplorativa AIDOMUS-IT.



Survey esplorativa ai fini dello studio CERSI-FNOPI

**Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia: la qualità e la sicurezza per i cittadini
AIDOMUS-IT**

Scopo di questa survey è quantificare il fenomeno da indagare nell'ambito dello studio di cui sopra. A questo fine sono previste 3 sezioni utili a definire l'area di indagine.

Sezione 1 anagrafica struttura

- 1.1 Regione___(da elenco)
- 1.2 Provincia___(da elenco)
- 1.3 Azienda___(da elenco)
- 1.4 L'azienda è suddivisa in Zone Distretto distretti si___ no___
- 1.5 Distretto___(Campo Libero) (i compilatori possono predisporre più questionari rispondendo per distretto specifico)
- 1.6 territorio di riferimento elenco provincie coinvolte_____ (da elenco)
- 1.7 caratteristiche del territorio
 - area prevalentemente urbana
 - area prevalentemente rurale
 - territorio misto
 - altro: _____
- 1.8 densità abitativa
_____ (n° abitanti/kmq)
- 1.9 referente compilatore _____
- 1.10altre persone di riferimento (a cui chiedere ulteriori informazioni o coinvolte nella raccolta delle informazioni)
Nome Cognome _____
Contatto telefonico _____
Contatto E-Mail _____

Sezione 2 risorse del servizio

- 2.1 Popolazione afferente all'azienda _____ (dato da conferenza servizi-delibere regionali)
- 2.2 n° zone Distretto /n° distretti _____
- 2.4 Servizi attivi (sono possibili più risposte)
 - Servizio infermieristico territoriale
 - Casa della comunità
 - Casa della salute
 - Centri Cure Intermedie



- Continuità assistenziale (Comprese ex-USCA) ¶
- Centrale operativa territoriale (COT da PNRR) ¶
- Ospedale di comunità ¶
- Unità di Degenza Infermieristica ¶
- Rete delle cure palliative ¶
- Hospice Adulto ¶
- Hospice Pediatrico ¶
- Salute Mentale ¶
- Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie (consulorio familiare) ¶
- Telemedicina ¶
- Rete con Terzo Settore ¶
- Altro (specificare): _____ ¶

¶

2.5-tempo medio attesa per prima visita nelle cure domiciliari (giorni intercorsi tra la visita di valutazione e la presa in carico) ¶

¶

¶

¶

2.6-tempo medio di attesa per il primo accesso delle cure domiciliari (giorni intercorsi tra la presa in carico e l'accesso al trattamento da piano assistenziale integrato) ¶

¶

¶

¶

2.7-Con che forma contrattuale lavorano gli infermieri sul territorio? (Solo personale in assistenza domiciliare) (sono possibili più risposte) ¶

- Regime di dipendenza ¶
- Cooperative/agenzie interinali ¶
- Regime di libera professione ¶

¶

¶

2.8-Personale del servizio territoriale (Solo personale in assistenza domiciliare) ¶

¶

qualifiche	Personale totale	Personale-Full Time Equivalente (solo personale dipendente)	Personale in regime di dipendenza (in percentuale)	Personale acquisito da fonte esterna (es. cooperativa/interinale) (in percentuale)	Personale in libera professione (in percentuale)
Infermieri					
Ostetriche					



Fisioterapisti					
OSS					
Assistenti sociali					
Altro personale					

2.9 sono presenti Servizi e attività esternalizzate afferenti al Distretto?

2.10 Et  media dei professionisti infermieri che costituiscono l'equipe delle cure Domiciliari

qualifiche	Regime di dipendenza	Cooperative/agenzie interinali	Regime di libera professione
Infermieri			
Ostetriche			
Fisioterapisti			
OSS			
Assistenti sociali			
Altro personale			



2.11 Percentuale di personale infermieristico con formazione post base (master di primo livello: es Ifec, wound care, palliative ecc)

2.12 Percentuale di personale dell'equipe delle cure territoriali con riconoscimento competenze cliniche "specialistiche" "esperte" da CCNL

2.13 Se sono presenti figure professionali assunte tramite cooperative o in libera professione, è presente a livello aziendale una figura od una procedura che verifica le competenze possedute dal personale?

- Sì, specificare _____
- No

2.14 Se sì, con che modalità

- colloquio
- valutazione curricolare
- altro

2.15 Attività assistenziale erogata dal servizio territoriale

- Cure domiciliari/Assistenza domiciliare integrata
- ADI I°
- ADI II°
- ADI III
- ADO
- Salute mentale
- Unità di degenza infermieristica
- Cure palliative
- Percorso specifico per il sistema ADO (paziente oncologico)
- Disabilità
- Cronicità/Sanità d'iniziativa
- Telemedicina
- Telenursing
- Radiologia a domicilio e teleradiologia
- Infermieristica di famiglia e di comunità
- Infermiere di prossimità
- Consulenze infermieristiche specialistiche
- Altro (specificare) _____

2.16 Aperture del servizio (giorni/settimana e numero ore settimanali)

- N° gg/7 _____
- Fascia oraria (orario di apertura e chiusura del servizio) _____
- Numero ore settimanali di apertura del servizio _____

2.17 Attività svolte dalle cure domiciliari (M)

- Prelievi ematici
- Medicazioni
- Somministrazioni farmaci
- Gestione device (CV, CVC, PEG, ecc.)



- Educazione terapeutica
- Educazione sanitaria
- Formazione del caregiver formale e/o informale o altra figura
- Monitoraggio delle condizioni di salute
- Valutazione delle condizioni abitative e del contesto familiare
- Possibilità di attivazioni secondarie (es. altri specialisti), in un'ottica di proattività
- PIC team
- Trasfusioni
- ECG
- Altro (specificare): _____

2.18 Sono stati attivati i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)?

- Sì, specificare _____
- No

2.19 E' presente l'Unità di Valutazione Geriatrica Multidimensionale?

- Sì
- No

Sezione 3 organizzazione del servizio

3.1 E' stato attivato un sistema di Dimissione protetta al domicilio concordata pianificata (ospedale territorio)?

- Sì
- No

(*domande a matrice con inserimento numerico sull'anno precedente consolidato)

3.2 N° persone prese in carico e percentuale sulla popolazione di riferimento (base annuale sull'anno precedente)

1. Cure domiciliari
 - a. ADI I° _____ - _____
 - b. ADI II° _____ - _____
 - c. ADI III° _____ - _____
 - d. ADO _____ - _____
2. Salute mentale _____ - _____
3. Disabilità _____ - _____
4. Cronicità _____ - _____
5. Altro _____ - _____

3.3 N° persone dimesse (base annuale) (da reperire sulla base statistica dell'erogato del centro di controllo direzionale)



1. Cure domiciliari ___ - ___
2. Salute mentale ___ - ___
3. Disabilità ___ - ___
4. Cronicità ___ - ___
5. Altro ___ - ___

3.3 Sistema di tracciabilità delle informazioni assistenziali (Cartella territoriale)

Cartacea

Informatica

Mista

3.4 Sistema di rendicontazione delle attività facendo riferimento ai flussi di erogazione/rendicontazione delle attività

- Cartacea
- Informatica
- Mista

3.5 Il sistema se informatico, consente l'esportazione del dato di rendicontazione in formato editabile (Excel/word, CSV o altro)?

si _____

no _____

3.6 È disponibile un tracciato record dei contenuti (variabili) inseriti nel sistema di rendicontazione?

—

3.7 Allegare un report standard di attività

File in formati compatibili (PDF, DOC, JPEG ETC.)