I costi dell'assistenza domiciliare infermieristica in italia: evidenze dallo studio AIDOMUS-IT

Loredana Sasso[1], Paolo Landa[2], Rosaria Alvaro[3], Annamaria Bagnasco[4], Alessandra Burgio[5], Valeria Caponnetto[6], Stefano Domenico Cicala[7], Giancarlo Cicolini[8], Manuele Cesare[9], Marco Di Nitto[10], Paolo Iovino[11], Loreto Lancia[12], Yari Longobucco[13], Duilio Fiorenzo Manara[14], Ilaria Marcomini[15], Beatrice Mazzoleni[16], Alvisa Palese[17], Laura Rasero[18], Gennaro Rocco[19], Francesco Zaghini[20], Maurizio Zega[21], Barbara Mangiacavalli[22]

[1]MSN, MEdSc, RN, FAAN, FFNMRCSI Direttore Scientifico CERSI-FNOPI; già Professore Ordinario Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Italia
[2]PhD, Ricercatore, Département des opérations et systèmes de décision, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec (Canada); Axe Santé des Populations et Pratiques Optimales en Santé; Groupe de Recherche en Écologie Buccale, Université Laval; Centre de Recherche du Centre Hospitalier Universitaire de Québec, Canada
[3]MSN, 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, Italia
[4]PhD, MSN, RN, MEdSc, FFNMRCSI, Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI; Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Italia
[5]Dirigente di Ricerca, Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Roma, Italia
[6]PhD, MSN, RN, Ricercatrice, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della vita e dell'Ambiente, Università degli Studi dell'Aquila, Italia
[7]PhD, UOSD Statistica e Flussi Informativi sanitari, AGENAS - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma, Italia
[8]PhD, MSN, RN, Professore Ordinario, Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina e Odontoiatria, Università degli Studi "G.d'Annunzio" Chieti – Pescara, Italia
[9]PhD, MSN, RN, Ricercatore, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma, Italia
[10]PhD, MSN, RN, Ricercatore Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova, Italia
[11]PhD, MSN, RN, Ricercatore, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli studi di Firenze, Italia
[12]MSN, 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, Italia
[13]PhD, MSN, RN, Ricercatore, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli studi di Firenze, Italia
[14]MSN, RN, Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI; Professore Associato Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia
[15]PhD, MSN, RN, Ricercatrice, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italia
[16]PhD, MSN, RN, Segretario nazionale FNOPI - Roma; Università Humanitas, Milano, Italia
[17]PhD, MSN, RN, Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI; Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Udine, Italia
[18]MSN, RN, Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI, Professore Associato Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli studi di Firenze, Italia
[19]PhD, MSN, RN, FAAN, FFNMRCSI, Componente del Comitato scientifico CERSI-FNOPI, Direttore Scientifico Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica c/o OPI Roma, Italia
[20]PhD, MSN, RN, Ricercatore, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione Facoltà di Medicina Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Italia
[21]PhD, MSN, RN, Vicepresidente FNOPI, Roma, Italia
[22]MSN, RN, Presidente FNOPI, Roma Italia

Corrispondenza: marco.dinitto@unige.it

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2025, 62:2, e80 – e93
DOI: 10.57659/SSI.2025.07
© Autore/i 2025. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

RIASSUNTO

Introduzione: L'invecchiamento della popolazione e l'aumento della cronicità richiedono un rafforzamento dell'assistenza territoriale. In Italia, tuttavia, mancano stime affidabili sui costi dell'assistenza infermieristica domiciliare, elemento cruciale per una pianificazione sostenibile dei servizi.
Obiettivi: Stimare il costo medio dell'assistenza infermieristica domiciliare sulla base dei dati del progetto AIDOMUS-IT.
Materiali e metodi: Studio osservazionale trasversale multicentrico, basato su due fasi di raccolta dati (aprile - ottobre 2023 per la prima fase e marzo 2024 per la seconda fase). Sono stati analizzati il tipo di prestazioni, i materiali utilizzati, il costo del personale, il tempo di assistenza e di trasporto. È stata condotta un'analisi di sensibilità deterministica e probabilistica per valutarne la robustezza.
Risultati: Il costo medio giornaliero di una persona presa in carico in assistenza domiciliare (senza considerare il costo delle prestazioni erogate) è pari a €27,78. Tale costo potrebbe essere pari a € 120,81 se si considerassero anche i costi (stimati) delle prestazioni erogate al domicilio. In media, un infermiere effettua 6,84 accessi a domicilio per turno. Tra le variabili che influenzano maggiormente il costo complessivo vi è il numero di pazienti assistiti per turno.
Discussione e conclusioni: L'assistenza infermieristica domiciliare si conferma un'alternativa economicamente vantaggiosa rispetto al ricovero ospedaliero. Investire in questo ambito può migliorare l'efficienza del sistema, la qualità delle cure e gli esiti per i pazienti cronici.

Parole chiave: Assistenza infermieristica domiciliare, costo, servizi territoriali, cronicità, analisi economica.

Costs of home care nursing in Italy: evidence from the AIDOMUS-IT study

ABSTRACT

Introduction: The aging of the population and the growing prevalence of chronic diseases require the reinforcement of home care nursing. However, in Italy there are no reliable estimates of the costs related to home healthcare. This is important for an optimal service plan.
Objectives: To estimate the average costs of home health care nursing based on data from the AIDOMUS-IT study.
Materials and methods: Multicentre observational cross-sectional study based on two data collection periods (2023-2024). The types of activities, materials used, staff costs, care time and transport were assessed. Deterministic and probabilistic sensitivity analysis was performed to test the robustness of the estimates.
Results: The average daily cost per person cared for at home is equal to € 27,79. This cost could be € 120,81 if the (estimated) costs of the services provided at home were also considered. The daily number of accesses per nurse in one shift is equal to € 6,84. The number of patients cared for per shift is the most influential variable influencing costs.
Discussion and conclusions: Home care nursing is confirmed as an economically advantageous alternative compared to hospital care. Investing in home care nursing can improve the efficiency of the health system, the quality of care and the outcomes of chronic patients.

Key words: Home nursing, Costs and Cost Analysis, Home Care Services, Chronic Disease, Economics.

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, l'allungamento dell'aspettativa di vita ha determinato un progressivo invecchiamento della popolazione (Sun & Li, 2023). A livello globale, entro il 2030 una persona su sei avrà 60 anni o più, per una stima di circa 1,4 miliardi di persone, cifra destinata a superare i 2,1 miliardi entro il 2050 (Cidre, 2025).
L'Italia è tra i Paesi con la popolazione più anziana al mondo, insieme al Giappone e ad altre nazioni europee come la Germania e la Spagna: nel 2022, gli over 65 rappresentavano il 24,1% della popolazione italiana, e si stima che tale quota raggiungerà il 35,5% entro il 2050 (Scrimaglia et al., 2024). Parallelamente, è aumentata la prevalenza delle patologie croniche, che incidono negativamente sulla qualità di vita e sono responsabili di oltre l'80% della spesa sanitaria (Holman, 2020), compromettendo la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (Zurynski et al., 2022). Anche per rispondere a questa sfida, sono stati introdotti modelli assistenziali orientati alla presa in carico proattiva e integrata, come il Chronic Care Model, che mira a rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio (Robusto et al., 2018).
Negli ultimi anni, l'assistenza domiciliare ha assunto un ruolo sempre più centrale, sia per ragioni cliniche, sia per la sua sostenibilità economica (Yeoh et al., 2018), come confermato anche da recenti interventi normativi (Ministero della Salute, 2022). In questo contesto, l'assistenza infermieristica domiciliare è fondamentale per garantire continuità e qualità delle cure (Bagnasco,

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2025, 62:2, e80 – e93
DOI: 10.57659/SSI.2025.07
© Autore/i 2025. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

Catania, et al., 2022; Scrimaglia et al., 2024).
Tuttavia, la stima dei costi associati a questa tipologia di assistenza rimane complessa, a causa della variabilità organizzativa e della natura eterogenea delle prestazioni erogate (Di Nitto et al., 2025).
Questo rappresenta un limite significativo, poiché disporre di modelli capaci di misurare i costi dell'assistenza infermieristica può favorire una pianificazione più efficiente, con ricadute positive sugli esiti organizzativi e di salute (Bruyneel et al., 2022; Di Nitto et al., 2025).

OBIETTIVI

Scopo dello studio è stimare il costo dell'assistenza infermieristica domiciliare in Italia, sulla base dei dati raccolti nell'ambito del progetto Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia (AIDOMUS-IT) (Bagnasco et al., 2024; Bagnasco, Alvaro, et al., 2022).

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Lo studio, di tipo osservazionale trasversale e multicentrico, si basa su analisi secondarie dei dati raccolti in due fasi nell'ambito del progetto AIDOMUS-IT (Bagnasco et al., 2024; Bagnasco, Alvaro, et al., 2022). Il report è stato redatto secondo le linee guida STrengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) per gli studi osservazionali (von Elm et al., 2008).

Partecipanti e setting

La prima fase dello studio ha coinvolto 70 Aziende Sanitarie Locali (ASL) appartenenti a 18 regioni italiane, includendo: (1) infermieri attivi nei servizi di assistenza domiciliare (AD), (2) persone assistite a domicilio, e (3) caregiver informali in caso di necessità di supporto nella raccolta dati. Sono stati esclusi gli infermieri non coinvolti nell'assistenza diretta (es. coordinamento, front office) e i pazienti seguiti da servizi diversi dall'AD.
Nella seconda fase, condotta in tre ASL di Liguria e Toscana selezionate per convenienza tra quelle già partecipanti, sono state raccolte nel dettaglio le informazioni riferite ad ogni singolo accesso. Per poter partecipare, il criterio di inclusione per gli infermieri è stato quello di avere almeno sei mesi di esperienza nei servizi AD. Sono stati esclusi gli infermieri che non erogavano assistenza diretta a domicilio.

Procedure

La prima fase (aprile - ottobre 2023) ha previsto la somministrazione di due survey distinte a infermieri e pazienti. I questionari per gli infermieri sono stati distribuiti in formato digitale, mentre quelli per i pazienti erano disponibili anche in formato cartaceo, raccolti a domicilio dagli infermieri. La survey per gli infermieri è stata distribuita ai partecipanti in formato elettronico al fine di poter raggiungere il numero maggiore di partecipanti e ridurre i potenziali errori di trascrizione dei dati dal cartaceo al formato elettronico. In questa analisi sono stati considerati esclusivamente i dati provenienti dai questionari compilati dagli infermieri.
La seconda fase (marzo 2024) si è concentrata sulle prestazioni infermieristiche durante gli accessi domiciliari. Gli infermieri hanno compilato, per ogni accesso effettuato, una scheda cartacea di auto-reporting delle prestazioni svolte durante il turno. In questa fase è stato utilizzato uno strumento cartaceo al fine di facilitarne la compilazione durante e/o dopo l'accesso domiciliare ed evitare potenziali problematiche legate all'assenza di rete in determinate aree. Ogni scheda includeva un modulo per ciascun accesso e doveva riportare tutti gli accessi effettuati dall'infermiere in una giornata lavorativa. Tutti gli infermieri eleggibili e afferenti all'ASL partecipante sono stati invitati a partecipare, e i facilitatori locali formati dal gruppo di ricerca hanno fornito informazioni e istruzioni per la compilazione dei questionari. I facilitatori sono stati individuati da ogni azienda partecipante e nello specifico sono stati i coordinatori infermieristici o gli infermieri non coinvolti nella raccolta dati. Tutte le schede, una volta compilate, sono state raccolte dal facilitatore e successivamente consegnate al gruppo di ricerca.

Strumenti

Prima fase – Questionario infermieri

Sono state analizzate le sezioni relative a dati sociodemografici (età, sesso, titolo di studio, formazione post-base, anni di esperienza), il tipo di prestazione più frequentemente effettuata, tempo e distanza (in Km) mediamente impiegati per raggiungere i domicili dei pazienti. Inoltre, è stato chiesto gli infermieri di riportare, in una nota di testo libero, le prestazioni più frequentemente effettuate durante un accesso domiciliare (fino ad un massimo di 10). Prima del suo utilizzo, il questionario infermieri è stato inviato a infermieri esperti nell'ambito dell'assistenza domiciliare per valutare la validità di contenuto dell'indagine. Maggiori dettagli sulla struttura della survey sono disponibili nel protocollo di studio (Bagnasco, Alvaro, et al., 2022).

Seconda fase – Scheda di osservazione

La scheda è stata sviluppata a partire dalla

© Autore/i 2025. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

letteratura (Alasalvar & Yilmaz, 2023; Blay et al., 2024; Vaartio-Rajalin et al., 2020) e validata tramite osservazione pilota, coinvolgendo direttori, dirigenti, coordinatori e infermieri, al fine di poter avere una valutazione del contenuto, della struttura della scheda e del suo utilizzo durante un accesso domiciliare. I dati raccolti in questa fase non sono stati inclusi nel totale degli accessi raccolti. A seguito della fase pilota, la scheda aggiornata includeva: ASL, numero dell'accesso (numero progressivo di accessi nella stessa giornata lavorativa), motivo dell'accesso, diagnosi principale, minuti e chilometri percorsi (stimati dall'infermiere all'arrivo al domicilio successivo), tipo di prestazione, tempo dedicato per ciascuna (monitorato tramite orologio o cronometro), numero di prestazioni ripetute e materiali utilizzati. L'elenco delle prestazioni era integrato da campi liberi per eventuali prestazioni non previste. I dati sono stati digitalizzati da due ricercatori indipendenti che hanno concordato la codifica. Le informazioni sulle prestazioni raccolte nella seconda fase dello studio hanno consentito di dettagliare alcuni aspetti (ad es. i materiali utilizzati) che non è stato possibile ottenere nella prima fase dello studio.

Considerazioni etiche

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico della Regione Liguria (n. 675/2022-DB id 12844) e, ove necessario, dai comitati etici locali. Lo studio, essendo nazionale, è stato rivalutato da più comitati etici indipendenti, laddove richiesto dalle ASL per poter partecipare allo studio. La partecipazione è stata volontaria e preceduta da consenso informato.

Analisi dei dati

È stata condotta un'analisi descrittiva per stimare i costi dell'assistenza infermieristica domiciliare, adottando un approccio misto. Parte dei dati provenienti da entrambi le fasi di raccolta dati sono stati utilizzati per poter effettuare questa analisi (ovvero i dati che consentissero una stima del costo della prestazione/materiale). Nello specifico, il costo è stato calcolato per ognuno degli elementi riportati di seguito e successivamente i costi di ogni elemento sono stati sommati per determinare il costo complessivo della prestazione infermieristica. Una descrizione dettagliata degli elementi considerati è disponibile nell'allegato 1. Tutti i dati sono stati analizzati attraverso il software Microsoft Excel. Per ciascun accesso sono stati considerati i seguenti elementi:

- Prestazioni effettuate: i dati raccolti nella prima fase dello studio attraverso le 10 prestazioni generalmente erogate durante le attività domiciliari hanno permesso di identificare le prestazioni più frequentemente svolte dagli infermieri. A causa della variabilità terminologica, tutte le prestazioni sono state prima raggruppate per macrocategorie e successivamente il costo delle prestazioni è stato calcolato associando ad ogni prestazione quella relativa al *Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale* (Ministero della Salute, 2023).
- Materiali utilizzati: nella seconda fase dello studio sono stati rilevati oltre 1.000 materiali, successivamente classificati in sei categorie: cateteri, dispositivi, farmaci, medicazioni, prelievi e altro. I costi unitari sono stati ottenuti da fonti ufficiali, tra cui il Prontuario Farmaceutico Nazionale (AIFA) e i capitolati di acquisto delle Regioni Liguria e Toscana, aggiornati al 2024. Pertanto, ad ogni materiale elencato dall'infermiere è stato associato il relativo costo e successivamente è stata calcolata la media del costo di tutti i materiali.
- Costo del personale: calcolato secondo il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) del comparto sanità 2019–2021, aggiornato con l'indice ISTAT (+1,159%). Considerando l'età media dei rispondenti (circa 46 anni), è stato adottato il profilo retributivo D4. Il costo al minuto è stato stimato su 260 giornate lavorative annue, per 7,2 ore giornaliere, includendo il tempo dedicato ad attività indirette (es. backoffice).
- Costo di trasporto: stimato sulla base della distanza media percorsa per ciascuna tratta (2,93 km) e del tempo medio impiegato per raggiungere i domicili, come indicato dagli infermieri. Sono state considerate tre tipologie di spostamenti: da sede a domicilio, tra domicili e da ultimo domicilio a sede. I costi chilometrici sono stati calcolati secondo le tabelle ACI (2024).
- Accessi medi per giornata lavorativa: è stato preso in considerazione il numero medio di accessi a domicilio effettuato durante un turno di lavoro, in base alle risposte fornite dagli infermieri nella prima fase.

Analisi di sensibilità

L'analisi di sensibilità deterministica dei costi esamina come le variazioni nei parametri del modello economico influenzino i costi totali stimati dell'attività (Briggs et al., 2006). Attraverso questa analisi, è stato possibile individuare i fattori più critici che impattano

© Autore/i 2025. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

significativamente sulla sostenibilità economica dell'attività di assistenza domiciliare, permettendo così al Servizio Sanitario di comprendere meglio l'incertezza associata alle previsioni e di definire strategie più solide per la gestione del rischio economico. Questa analisi si basa tipicamente su scenari alternativi, ciascuno definito da variazioni mirate e sistematiche di singoli parametri mantenendo costanti altri parametri, consentendo di esplorare chiaramente la relazione causa-effetto tra parametro e costo finale.
A complemento, è stata eseguita un'analisi di sensibilità probabilistica, utilizzando simulazioni Monte Carlo (n=10.000 scenari) per considerare la variabilità simultanea di tutti i parametri. Ogni iterazione (o scenario) rappresenta una possibile configurazione del mondo reale, in cui tutti i parametri assumono valori casuali coerenti con le rispettive distribuzioni. Sono state applicate distribuzioni Beta per le proporzioni (es. ripartizione delle prestazioni) e Gamma per i valori continui (es. costi, tempi), assumendo uno scarto quadratico medio pari al 30% del valore atteso. Questa analisi ha confermato la robustezza delle stime ottenute, supportando l'affidabilità dei risultati ai fini decisionali.

RISULTATI

Dal questionario utilizzato per la prima fase dello studio, sono state analizzate 10.972 prestazioni infermieristiche, presenti in 3.949 questionari. Le caratteristiche del campione sono riportate nella Tabella 1.

Tabella 1 – Caratteristiche degli infermieri intervistati (n = 3.949).

Caratteristiche del campione	Frequenza (%)	Media (DS)
Età	--	46,02 (10,23)
Sesso		
Maschile	784 (19,85)	--
Femminile	3.088 (78,20)	--
Preferisco non rispondere	77 (1,95)	--
Titolo di studio più alto posseduto (n = 3.944)		
Diploma regionale	1.674 (42,44)	--
Diploma universitario	284 (7,20)	--
Laurea triennale	1.813 (45,97)	--
Laurea magistrale	173 (4,39)	--
Corso post-laurea in infermieristica domiciliare o sull'infermiere di famiglia		
Sì	1.023 (25,91)	--
No	2.926 (74,09)	--
Anni di esperienza come infermiere domiciliare (n = 3.887)	--	8,01 (8,26)
Legenda. DS, deviazione standard.		

Queste 10.972 prestazioni, derivanti dalla prima fase dello studio, sono state raggruppate in sette categorie (Tabella 2) e ponderate per calcolare il costo medio di un accesso. Il tempo medio per raggiungere i domicili è stato di 34,7 minuti e il numero medio di accessi per turno è stato di 6,84.

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2025, 62:2, e80 – e93
DOI: 10.57659/SSI.2025.07
© Autore/i 2025. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

Tabella 2 – Ripartizione delle categorie di prestazioni derivanti dalla prima fase dello studio.

Categoria di prestazione	Percentuale (%)
Accesso vascolare, terapia infusiva, prelievo ematico	21,17
Educazione sanitaria	23,97
Medicazioni avanzate	11,93
Medicazioni semplici	7,89
Monitoraggi e misurazioni*	6,20
PAI, pianificazione, valutazione**	10,45
Procedure clinico-assistenziali***	18,39
Totale	**100,00**
Legenda. PAI, Piano di Assistenza Individualizzato.	
Note. *es. monitoraggio dei parametri vitali. **, es. compilazione della documentazione infermieristica, consulenza interprofessionale; ***es. posizionamento di catetere vescicale, sondino nasogastrico, accesso venoso periferico. Le percentuali fanno riferimento a quanto spesso la categoria di prestazione è stata riportata dagli infermieri nelle 10.972 prestazioni riportate.	

Dalla seconda fase dello studio, sono state raccolte 527 schede relative ad altrettanti accessi a domicilio, per un totale di 44 prestazioni infermieristiche descritte. Le caratteristiche degli accessi domiciliari sono riportate in Tabella 3.

Tabella 3 – Caratteristiche degli accessi e tipologia di prestazioni infermieristiche eseguite nella seconda fase dello studio.

Caratteristiche degli accessi	Mediana (25°-75° percentile)
Tempo per raggiungere il domicilio del paziente (minuti)	10 (5 - 15)
Distanza percorsa per raggiungere il domicilio del paziente (km)	3,5 (2 - 7)
Numero di prestazioni infermieristiche effettuate per accesso	3 (2 - 4,5)
	Frequenza (%)
Numero di accessi con effettuazione di 3 o più prestazioni infermieristiche	314 (59,58)
Numero di accessi con effettuazione di 2 o meno prestazioni infermieristiche	213 (40,42)
Tipologia di prestazione	**Frequenza (%)**
Accertamento infermieristico*	269 (51,04)
Approvvigionamento presidi/farmaci	75 (14,23)
Bendaggi e/o fasciature	110 (20,87)
Colloquio telefonico per supporto sanitario**	22 (4,17)
Compilazione documentazione (PAI, cartella infermieristica, scale di valutazione, back office)	467 (88,62)
Counseling (singolo o di gruppo)	26 (4,93)
Educazione sanitaria***	185 (35,1)
Gestione catetere venoso centrale	42 (7,97)
Gestione del catetere vescicale	32 (6,08)
Gestione PEG/PEJ, enterostomia	20 (3,8)
Medicazione lesione cutanea (da pressione, neoplastica, vascolare, piede diabetico, chirurgica, da trauma)	160 (51,24)
Prelievo ematico	92 (17,46)
Rilevazione parametri vitali	35 (6,64)
Somministrazione farmaci e soluzioni	72 (13,67)
Altro****	100 (9,96)
Legenda. PEG, gastrostomia endoscopica percutanea; PEJ, digiunostomia endoscopica percutanea; DS, deviazione standard; PAI, piano di assistenza individuale.	
Note. * Presa in carico, valutazione grado di autosufficienza, consulenza infermieristica ecc. ** Comunicazione, gestione dispositivi, interventi ecc. *** Educazione del paziente/caregiver all'esecuzione di procedure sanitarie, somministrazione della terapia e utilizzo di presidi/dispositivi sanitari. **** Assistenza di base, posizionamento ago sottocutaneo, movimentazione paziente, raccolta campione urine, medicazione ustione, rimozione drenaggio, esecuzione tampone microbiologico, broncoaspirazione, elettrocardiogramma, somministrazione nutrizione enterale, clistere evacuativo, correzione monitoraggio continuo del glucosio, inserimento catetere venoso periferico.	

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2025, 62:2, e80 – e93
DOI: 10.57659/SSI.2025.07
© Autore/i 2025. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

Il costo medio delle prestazioni erogate in un singolo accesso domiciliare è risultato pari a € 31,01 (Tabella 4).

Tabella 4 – Costo ponderato delle prestazioni per tipologia.

Categoria di prestazione	Costo unitario (€)	Ripartizione (%)	Costo ponderato (€)
Accesso vascolare, terapia infusiva, prelievo ematico	38,06	21,17	8,06
Educazione sanitaria	15,00	23,97	3,60
Medicazioni avanzate	39,13	11,93	4,67
Medicazioni semplici	29,72	7,89	2,34
Monitoraggi e misurazioni	40,95	6,20	2,54
PAI, pianificazione, valutazione	33,81	10,45	3,53
Procedure clinico-assistenziali	34,10	18,39	6,27
Totale prestazione	—	**100,00**	**31,01**

Legenda. PAI, Piano di Assistenza Individualizzato.

Note. Il costo delle prestazioni è stato calcolato associando ad ogni prestazione quella relativa al Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale. Il costo di ogni categoria è stato ponderato considerando la percentuale di frequenza di ogni categoria tra le 10.972 prestazioni riportate. Pertanto, ogni costo unitario è stato diviso per 100 e moltiplicato per la rispettiva ripartizione.

Il costo medio del tempo impiegato al domicilio dal personale infermieristico per singolo accesso è stato stimato in € 6,95.
L'analisi dei materiali utilizzati, basata sulle rilevazioni dei consumi di 527 accessi nella seconda fase dello studio, ha stimato un costo medio per accesso di € 6,50.
Le seguenti analisi sono state presentate attraverso due stime: la prima analisi viene valutata sulla stima dei costi contabilizzati (Tabelle 5a e 6a), escludendo il costo delle prestazioni presenti in tabella 4, in quanto non esiste un tariffario delle prestazioni infermieristiche. Nella seconda analisi sono stati ipotizzati e inclusi i costi delle prestazioni erogate derivandoli dal Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale (Ministero della Salute, 2023) (tabelle 5b e 6b). Nello specifico, sono state utilizzate le tariffe massime riportate nel Nomenclatore.
Viene di seguito presentata la stima dei costi per paziente assistito (Tabelle 5a e 5b). Complessivamente, il costo medio giornaliero per paziente assistito a domicilio è pari a €27,78 se non si considera il costo delle prestazioni erogate al domicilio (Tabella 5a), e pari a € 120,81 se si considera il costo ipotetico delle prestazioni erogate al domicilio (Tabella 5b). In base a quanto emerso dai risultati della fase due (Tabella 3), si assume che a ogni accesso siano erogate in media tre prestazioni e pertanto il costo giornaliero (Tabella 5b) tiene in considerazione questo aspetto.

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2025, 62:2, e80 – e93
DOI: 10.57659/SSI.2025.07
© Autore/i 2025. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

Tabella 5a – Costi medi giornalieri per paziente (senza prestazioni erogate).

Voce di costo	Totale (€)
Tempo impiegato dall'infermiere a domicilio	6,95
Infermiere per recarsi al domicilio	10,25
Infermiere per recarsi al luogo di lavoro	1,50
Attività di backoffice	0,04
Materiali sanitari	6,50
Trasporto (mezzo)*	2,54
Totale complessivo per paziente (senza prestazioni erogate)	**27,78**
Nota. * Il costo del trasporto si intende per tratta (il costo totale dei trasporti giornalieri diviso 6,84 pazienti).	

Tabella 5b – Costi medi giornalieri per paziente (con prestazioni erogate).

Voce di costo	Totale (€)
Totale complessivo per paziente (senza prestazioni)	27,78
Prestazioni erogate (3 prestazioni erogate)	93,03
Totale complessivo per paziente (con prestazioni erogate)	**120,81**

Successivamente, considerando i risultati ottenuti per paziente, sono stati stimati anche i costi per infermiere (Tabelle 6a e 6b). Considerando una media di 6,84 pazienti assistiti per turno, il costo totale giornaliero delle attività domiciliari erogate da un infermiere è stimato in € 190,00 se non si considera il costo delle prestazioni erogate al domicilio (Tabella 6a) e stimato in € 826,32 se si considera il costo ipotetico delle prestazioni erogate al domicilio (Tabella 6b). Anche in questo caso, si assume che a ogni accesso siano erogate in media tre prestazioni.

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2025, 62:2, e80 – e93
DOI: 10.57659/SSI.2025.07
© Autore/i 2025. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

Tabella 6a – Costi giornalieri per infermiere (senza prestazioni erogate).

Voce di costo	Costo unitario (€)	Frequenza	Totale (€)
Tempo impiegato dall'infermiere a domicilio	6,95	6,84	47,53
Infermiere per recarsi al domicilio	10,25	6,84	70,14
Infermiere per ritorno al luogo di lavoro	10,25	1	10,25
Attività di backoffice	0,25*	1	0,25
Materiali sanitari	6,50	6,84	44,47
Trasporto (mezzo)	2,21**	7,84	17,36
Totale complessivo per infermiere (senza prestazioni erogate)			**190,00**
Note: * si intende il costo per singolo paziente; ** costo giornaliero per infermiere calcolato utilizzando il costo unitario dell'attività di backoffice per singolo paziente moltiplicato per 6,84 pazienti; *** il costo medio del trasporto è calcolato su 7,84 tratte (corrispondenti al costo totale del trasporto giornaliero diviso 6,84 tratte più la tratta di ritorno alla sede di lavoro)			

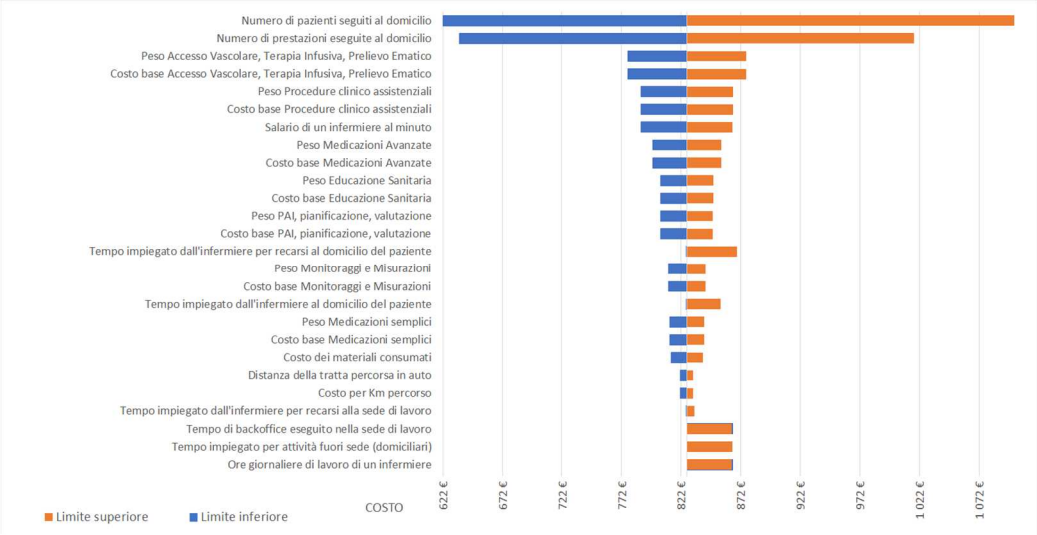
Tabella 6b – Costi giornalieri per infermiere (con prestazioni erogate).

Voce di costo	Costo unitario (€)	Frequenza	Totale (€)
Totale complessivo per infermiere (senza prestazioni erogate)	-	-	190,00
Prestazioni erogate (3 prestazioni)	93,03	6,84	636,32
Totale complessivo per infermiere (con prestazioni erogate)			**826,32**

Analisi di sensibilità

Il diagramma a tornado (Figura 1) illustra l'impatto delle singole variabili sulla variabilità del costo giornaliero dell'assistenza.

Figura 1 – Analisi di sensibilità deterministica (diagramma a tornado) dei costi giornalieri per infermiere.



Note. Il grafico mostra l'impatto della variazione di ciascun parametro sul costo complessivo del servizio, mantenendo fissi tutti gli altri valori. La riga centrale tra le due barre indica il costo medio.

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2025, 62:2, e80 – e93
DOI: 10.57659/SSI.2025.07
© Autore/i 2025. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

L'analisi evidenzia l'impatto della variazione di ciascun parametro sul costo complessivo del servizio, mantenendo fissi tutti gli altri valori. I dati sono stati fatti variare del ± 30% del valore stimato (ad es. il salario di un infermiere al minuto è di € 0,2955 e le variazioni del 30% corrispondono a € 0,2069 e € 0,3842). I parametri che mostrano la maggiore influenza sul costo totale sono il *numero di pazienti seguiti al domicilio* e il *numero di prestazioni effettuate*, i quali determinano una variazione significativa del costo stimato, rispettivamente in aumento o in diminuzione, a seconda dell'intensità assistenziale richiesta. Anche i *pesi* e i *costi base* associati a procedure cliniche complesse, come l'accesso vascolare, la terapia infusiva e le medicazioni avanzate, risultano avere un impatto sostanziale sul costo complessivo. Al contrario, variabili legate alla logistica (es. distanza percorsa, tempo di trasferimento, costi chilometrici) e alle attività di supporto (es. tempo di backoffice, ore giornaliere di lavoro) mostrano un'influenza più contenuta.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Questo studio rappresenta uno dei primi tentativi sistematici di quantificare i costi dell'assistenza infermieristica domiciliare in Italia, colmando un vuoto informativo rilevante per la programmazione dei servizi territoriali. Ad oggi, le aziende sanitarie non dispongono di un tariffario specifico per l'assistenza infermieristica, nonostante il personale infermieristico rappresenti la componente più numerosa nei servizi domiciliari (ISTAT, 2025). Sebbene esistano tariffari nazionali per alcune prestazioni domiciliari (Ministero della Salute, 2023), questi sono in gran parte orientati alle prestazioni mediche, fatta eccezione per alcune procedure condivise, come i prelievi ematici.

Dai dati raccolti emerge che il costo medio per paziente assistito a domicilio in una giornata è stimato in € 27,78. Il costo totale giornaliero delle attività domiciliari erogate da un infermiere considerati i 6,84 accessi in un turno di lavoro è stimato in € 190,00. A titolo comparativo, il costo medio per giornata di degenza calcolato in base al costo del DRG in un ospedale universitario varia da € 400 a € 1.399 (AGENAS, 2023), mentre in un ospedale di comunità (considerando costo del personale, dei dispositivi/farmaci e di struttura) ammonta a € 154 (AGENAS, 2024). Questi risultati evidenziano la maggiore sostenibilità economica dell'assistenza domiciliare, soprattutto nel contesto della gestione di pazienti con cronicità. Questo studio, al meglio delle nostre conoscenze, è uno dei primi a stimare in maniera puntuale il costo dell'assistenza infermieristica domiciliare; l'unico altro lavoro reperito in letteratura è uno studio del 2009 condotto in Corea del Sud, che ha riscontrato costi variabili tra i 35.66 $ ed i 62.83 $ (Ryu, 2009). La grande differenza in termini temporali e di regione geografica limita, tuttavia, la possibilità di fare paragoni con i risultati del presente studio.

L'analisi di sensibilità mostra come i due fattori più influenti siano il numero di pazienti seguiti al domicilio e il numero di prestazioni erogate, che mostrano barre significativamente più estese rispetto agli altri parametri. Questi risultati suggeriscono che le strategie di ottimizzazione dei costi dovrebbero concentrarsi prioritariamente sull'organizzazione del carico di lavoro per paziente e sulla natura delle prestazioni fornite, piuttosto che su aspetti logistici o amministrativi. L'analisi conferma inoltre la rilevanza della definizione precisa dei pesi delle attività cliniche nel modellare accuratamente i costi dell'assistenza domiciliare.

Oltre all'aspetto economico, diversi studi documentano l'efficacia clinica e la preferibilità soggettiva dell'assistenza a domicilio. I pazienti con cronicità seguiti al domicilio presentano minori livelli di ansia e depressione (Arsenault-Lapierre et al., 2021), ridotte riospedalizzazioni (Le et al., 2022), e un minor rischio di complicanze legate alla degenza, come infezioni nosocomiali o delirium. Inoltre, in fase terminale, il domicilio è frequentemente percepito come ambiente più dignitoso e favorevole al benessere relazionale (Pinto et al., 2024). Questi dati suggeriscono che investire nell'assistenza infermieristica domiciliare non solo può ridurre i costi sanitari, ma anche migliorare l'esperienza di cura e la qualità della vita dei pazienti. La possibilità di disporre di stime affidabili, come quelle prodotte da questo studio, è cruciale per supportare il processo decisionale delle aziende sanitarie e orientare le politiche verso modelli di assistenza più sostenibili, integrati e centrati sulla persona.

Limiti dello studio

Questo studio presenta alcuni limiti metodologici da considerare nella lettura dei risultati. Innanzitutto, i dati sono stati raccolti tramite questionari auto compilati, il che espone a potenziali bias di autosegnalazione, in particolare nella stima dei tempi e delle attività svolte. Anche se è stata prevista una fase di formazione dei facilitatori e una standardizzazione degli strumenti, la soggettività nella compilazione può aver influenzato la precisione dei dati.

Inoltre, la classificazione delle prestazioni è stata effettuata sulla base del *Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale,* in

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2025, 62:2, e80 – e93
DOI: 10.57659/SSI.2025.07
© Autore/i 2025. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

assenza di un sistema dedicato all'assistenza infermieristica domiciliare. Sebbene si tratti dell'unico riferimento normativo disponibile, l'utilizzo di un nomenclatore non specifico può aver introdotto una parziale distorsione nella valorizzazione economica delle prestazioni.
Un ulteriore limite riguarda la generalizzabilità dei risultati: la seconda fase dello studio, fondamentale per la stima analitica dei costi, ha coinvolto un campione di convenienza limitato ad alcune ASL di due regioni italiane (Liguria e Toscana). Questo potrebbe non riflettere appieno le variabilità organizzative, geografiche e operative presenti nei servizi di assistenza domiciliare a livello nazionale.
Infine, l'assenza in Italia di strumenti strutturati per il *costing* delle prestazioni infermieristiche, come ad esempio il *Personal Social Services Research Unit* (PSSRU) utilizzato nel Regno Unito (Jones et al., 2024), ha reso necessario sviluppare stime ad hoc, basate su fonti diverse e integrative. Ciò, se da un lato costituisce un punto di forza innovativo dello studio, dall'altro ne limita la confrontabilità con esperienze internazionali.
Nonostante tali limiti, lo studio fornisce una base solida e replicabile per future ricerche orientate alla valutazione economica dei servizi infermieristici domiciliari.

Conflitto di interessi
Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti
Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e l'assenza di sponsor economici.

Contributi degli autori
Tutti gli autori hanno contribuito all'ideazione e alla conduzione dello studio, alla stesura dell'articolo, alla sua revisione critica e alla conseguente approvazione della versione finale dello stesso.

BIBLIOGRAFIA

AGENAS. (2023). Performance delle Aziende Ospedaliere. Retrieved on 27-03-2025 from https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=19.

AGENAS. (2024). Ospedali di Comunità: definizione della tariffa massima giornaliera delle prestazioni erogate. Retrieved on 27-03-2025 from https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2293-ospedali-di-comunit%C3%A0-definizione-della-tariffa-massima-giornaliera-delle-prestazioni-erogate#:~:text=cookie%20Privacy%20Policy-,AGENAS,per%20i%20Servizi%20Sanitari%20Regionali&text=I%20risultati%20dello%20studio%20indicano,pari%20a%20%E2%82%AC%20154%2C00.

Alasalvar, F. E., & Yilmaz, M. (2023). Analysis of home care nurses' workload: A time-motion study. Home Health Care Services Quarterly, 42(4), 311–327.

Arsenault-Lapierre, G., Henein, M., Gaid, D., Le Berre, M., Gore, G., & Vedel, I. (2021). Hospital-at-home interventions vs in-hospital stay for patients with chronic disease who present to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. JAMA network open, 4(6), e2111568–e2111568.

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: An observational study. Public Health Nurs.

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., Catania, G., Zanini, M., Pozzi, F., Aleo, G., Watson, R., Hayter, M., Sasso, L., Rodrigues, C., & Alvino, S. (2022). Core competencies for family and community nurses: A European e-Delphi study. Nurse Education in Practice, 60, 103296.

Blay, N., Duffield, C., Murray-Parahi, P., Drennan, V., Rowles, M., & Sousa, M. S. (2024). Community Nursing: A Time and Motion Study of Community Nurses' Work and Workload. Journal of Advanced Nursing.

Briggs, A., Claxton, K., & Sculpher, M. (2006). Decision Modelling For Health Economic Evaluation. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780198526629.001.0001.

Bruyneel, A., Larcin, L., Tack, J., Van Den Bulcke, J., & Pirson, M. (2022). Association between nursing cost and patient outcomes in intensive care units: a retrospective cohort study of Belgian hospitals. Intensive and Critical Care Nursing, 73, 103296.

Cidre, E. (2025). Active (and healthy) ageing in the built environment. In (Vol. 30, pp. 141–142): Taylor & Francis.

Di Nitto, M., Napolitano, F., Calzolari, M., Longobucco, Y., Masotta, V., Zaghini, F., Alvaro, R., Cicolini, G., Lancia, L., & Manara, D. F. (2025). Billing models for measuring nursing care in inpatient and outpatient settings: a scoping review. BMC Health Services Research, 25(1), 95.

© Autore/i 2025. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

Holman, H. R. (2020). The relation of the chronic disease epidemic to the health care crisis. ACR open rheumatology, 2(3), 167–173.

ISTAT, I. N. d. S. (2025). Elaborazione di dati sul personale in attività nel sistema sanitario pubblico e privato. Retrieved on 27-03-2025 from http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=31546.

Jones, K., Weatherly, H., Birch, S., Castelli, A., Chalkley, M., Dargan, A., Forder, J., Gao, M., Hinde, S., Markham, S., Premji, S., Findlay, D., & Teo, H. (2024). Unit Costs of Health and Social Care 2023 Manual [Technical report]. Personal Social Services Research Unit (University of Kent) & Centre for Health Economics (University of York). https://doi.org/10.22024/UniKent/01.02.105685.

Le, N., Rahman, T., Kapralik, J. L., Ibrahim, Q., Lear, S. A., & Van Spall, H. G. (2022). The hospital at home model vs routine hospitalization for acute heart failure: a survey of patients' preferences. CJC open, 4(3), 263–270.

Ministero della Salute. (2022). Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Decreto 23 maggio 2022, n. 77, Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 144 del 22 giugno 2022.

Ministero della Salute (2023). Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica. Decreto 23 giugno 2023, n. 181, Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 181 del 4 agosto 2023.

Pinto, S., Lopes, S., de Sousa, A. B., Delalibera, M., & Gomes, B. (2024). Patient and family preferences about place of end-of-life care and death: an umbrella review. Journal of Pain and Symptom Management, 67(5), e439–e452.

Robusto, F., Bisceglia, L., Petrarolo, V., Avolio, F., Graps, E., Attolini, E., Nacchiero, E., & Lepore, V. (2018). The effects of the introduction of a chronic care model-based program on utilization of healthcare resources: the results of the Puglia care program. BMC Health Services Research, 18, 1–8.

Ryu, H. S. (2009). An estimation of the cost per visit of nursing home care services. Nurs Econ, 27(2), 111–118.

Scrimaglia, S., Ricci, M., Masini, A., Montalti, M., Conti, A., Camedda, C., Panella, M., Dallolio, L., & Longobucco, Y. (2024). The role of family or community nurse in dealing with frail and chronic patients in Italy: a scoping review. Geriatrics, 9(3), 81.

Sun, X., & Li, X. (2023). Editorial: Aging and chronic disease: public health challenge and education reform. Front Public Health, 11, 1175898.

Vaartio-Rajalin, H., Näsman, Y., & Fagerström, L. (2020). Nurses' activities and time management during home healthcare visits. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 34(4), 1045–1053.

von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2008). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol, 61(4), 344–349.

Yeoh, E., Wong, M. C., Wong, E. L., Yam, C., Poon, C., Chung, R. Y., Chong, M., Fang, Y., Wang, H. H., & Liang, M. (2018). Benefits and limitations of implementing Chronic Care Model (CCM) in primary care programs: A systematic review. International journal of cardiology, 258, 279–288.

Zurynski, Y., Herkes-Deane, J., Holt, J., McPherson, E., Lamprell, G., Dammery, G., Meulenbroeks, I., Halim, N., & Braithwaite, J. (2022). How can the healthcare system deliver sustainable performance? A scoping review. BMJ Open, 12(5), e059207.

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2025, 62:2, e80 – e93
DOI: 10.57659/SSI.2025.07
© Autore/i 2025. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

Allegato 1 – Descrizione delle variabili utilizzate per l'analisi economica.

Parametro	Descrizione	Fonte
Salario di un infermiere al minuto	Calcolato attraverso il salario presente su ARAN e diviso per il numero di minuti annui di lavoro	ARAN CCNL
Giorni di lavoro annuali di un infermiere	Assunzione, calcolata attraverso i giorni annuali escludendo i giorni festivi e le ferie annuali	ARAN CCNL e assunzioni/calcolo
Ore di lavoro giornaliere di un infermiere	Assunzione, calcolata attraverso le ore annuali escludendo le ore relative ai giorni festivi e le ferie annuali	ARAN CCNL e assunzioni/calcolo
Costo base Accesso Vascolare, Terapia Infusiva, Prelievo Ematico	Calcolato attraverso i dati l'associazione delle prestazioni della survey con le prestazioni definite dal tariffario nazionale	Tariffario Nazionale Prestazioni ambulatoriali* e survey
Costo base Educazione Sanitaria	Calcolato attraverso i dati l'associazione delle prestazioni della survey con le prestazioni definite dal tariffario nazionale	Tariffario Nazionale Prestazioni ambulatoriali* e survey
Costo base Medicazioni Avanzate	Calcolato attraverso i dati l'associazione delle prestazioni della survey con le prestazioni definite dal tariffario nazionale	Tariffario Nazionale Prestazioni ambulatoriali* e survey
Costo base Medicazioni semplici	Calcolato attraverso i dati l'associazione delle prestazioni della survey con le prestazioni definite dal tariffario nazionale	Tariffario Nazionale Prestazioni ambulatoriali* e survey
Costo base Monitoraggi e Misurazioni	Calcolato attraverso i dati l'associazione delle prestazioni della survey con le prestazioni definite dal tariffario nazionale	Tariffario Nazionale Prestazioni ambulatoriali* e survey
Costo base PAI, pianificazione, valutazione	Calcolato attraverso i dati l'associazione delle prestazioni della survey con le prestazioni definite dal tariffario nazionale	Tariffario Nazionale Prestazioni ambulatoriali* e survey
Costo base Procedure clinico assistenziali	Calcolato attraverso i dati l'associazione delle prestazioni della survey con le prestazioni definite dal tariffario nazionale	Tariffario Nazionale Prestazioni ambulatoriali* e survey
Costo base Altro	Calcolato attraverso i dati l'associazione delle prestazioni della survey con le prestazioni definite dal tariffario nazionale	Tariffario Nazionale Prestazioni ambulatoriali* e survey
Peso Accesso Vascolare, Terapia Infusiva, Prelievo Ematico	Calcolato attraverso le frequenze delle prestazioni presenti nella survey utilizzata nella prima fase	Calcolo
Peso Educazione Sanitaria	Calcolato attraverso le frequenze delle prestazioni presenti nella survey utilizzata nella prima fase	Calcolo
Peso Medicazioni Avanzate	Calcolato attraverso le frequenze delle prestazioni presenti nella survey utilizzata nella prima fase	Calcolo
Peso Medicazioni semplici	Calcolato attraverso le frequenze delle prestazioni presenti nella survey utilizzata nella prima fase	Calcolo
Peso Monitoraggi e Misurazioni	Calcolato attraverso le frequenze delle prestazioni presenti nella survey utilizzata nella prima fase	Calcolo
Peso PAI, pianificazione, valutazione	Calcolato attraverso le frequenze delle prestazioni presenti nella survey utilizzata nella prima fase	Calcolo
Peso Procedure clinico assistenziali	Calcolato attraverso le frequenze delle prestazioni presenti nella survey utilizzata nella prima fase	Calcolo
Peso Altro	Calcolato attraverso le frequenze delle prestazioni presenti nella survey utilizzata nella prima fase	Calcolo
Costo Totale	Calcolato, ottenuto dalla somma di tutti gli altri costi presenti	Calcolo
Numero prestazioni eseguite al domicilio	Ottenuto dalla media delle prestazioni eseguite al domicilio del paziente indicate dagli infermieri nella survey utilizzata nella prima fase	Survey
Tempo impiegato dall'infermiere al domicilio del paziente	Ottenuto dalla media del tempo impiegato al domicilio del paziente indicato dagli infermieri nella survey utilizzata nella prima fase	Survey
Tempo impiegato dall'infermiere per recarsi al domicilio del paziente	Ottenuto dalla media del tempo impiegato per raggiungere il domicilio del paziente indicato dagli infermieri nella survey utilizzata nella prima fase	Survey
Tempo impiegato dall'infermiere per recarsi alla sede di lavoro	Assunzione - si è assunto che il tempo impiegato per ritornare alla sede di lavoro sia lo stesso tempo impiegato per recarsi al paziente. Questo tempo non era presente nella survey utilizzata nella prima fase	Survey
Numero di pazienti visitati al domicilio in una giornata di lavoro	Ottenuto dalla media degli accessi giornalieri indicati dagli infermieri nella survey utilizzata nella prima fase	Survey
Tempo impiegato al di fuori della sede di lavoro	Ottenuto dal calcolo della somma dei tempi di viaggio e di lavoro al domicilio utilizzata nella prima fase	ARAN CCNL e survey
Tempo totale impiegato a lavorare presso la sede di lavoro	Ottenuto dal calcolo tra il totale di ore di lavoro giornaliere meno la somma dei tempi di viaggio e di lavoro al domicilio	ARAN CCNL e survey
Tempo totale disponibile in una giornata lavorativa	Ottenuto dal CCNL	ARAN CCNL

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2025, 62:2, e80 – e93
DOI: 10.57659/SSI.2025.07
© Autore/i 2025. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

Distanza media percorsa per tratta percorsa	Ottenuto dalla media della tratta percorsa indicata dagli infermieri nella survey utilizzata nella prima fase	Survey
Costo per Km	Ottenuto dalla tabella ACI assumendo come mezzo una FIAT Panda 1.2 69CV Benzina	Supplemento ordinario n. 42 alla GAZZETTA UFFICIALE Serie generale - n. 304 del 30 dicembre 2024
Costo materiali consumati	Ottenuto dalla somma dei costi del materiale indicato nella scheda utilizzata nella seconda fase e associato ai materiali presenti su AIFA e dove mancanti da dati di ASL che hanno reso disponibili i prezzi di acquisto	Scheda di osservazione
Legenda. ARAN, Agenzia per la rappresentanza Negoziale delle Pubbliche Amministrazioni; CCNL, Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro; * Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana (n° 181 del 4 agosto 2023).		

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2025, 62:2, e80 – e93
DOI: 10.57659/SSI.2025.07
© Autore/i 2025. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.