

5 EVIDENZE DAL PROGETTO AGE-IT E INDICAZIONI DI POLICY PER LA **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**



Erica Busca^{1*}, Mohamed Mowafy^{2*}, Erika Bassi¹, Ines Basso¹, Isabella Santomauro¹, Paolo Berta^{2†}, Alberto Dal Molin^{1†}

¹ Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara

² Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano

* Co-first author

† Co-last author

Corrispondenza:

Erica Busca; erica.busca@uniupo.it

Sintesi

● L'invecchiamento accelerato della popolazione italiana e l'aumento delle condizioni di multimorbilità pongono il sistema sanitario di fronte a una crescente domanda di cure continuative e integrate. A livello territoriale persistono fragilità strutturali e organizzative, come la scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, l'attivazione tardiva dei percorsi post-acuti e un'insufficiente valorizzazione del ruolo dei caregiver. Le evidenze del progetto AGE-IT mostrano come, per le persone anziane non autosufficienti, ritardi nell'attivazione dei servizi territoriali e difficoltà di accesso a strutture intermedie contribuiscano al prolungamento dei ricoveri e a un maggior rischio di riospedalizzazione. In questo scenario, la nuova architettura territoriale prevista dal DM 77/2022 rappresenta un passo avanti importante, ma la sua implementazione è ancora incompleta e disomogenea.

● Per affrontare queste criticità, è necessario rendere pienamente operative le innovazioni già definite a livello normativo, favorendo una reale integrazione tra ospedale e comunità. La pianificazione precoce della dimissione, avviata sin dalle prime fasi del ricovero e basata su una valutazione multidimensionale dei bisogni, può favorire transizioni sicure e tempestive verso il domicilio o verso strutture intermedie. Parallelamente, occorre consolidare il ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità come figura chiave della continuità assistenziale, riconoscendone formalmente le funzioni di coordinamento del percorso di cura e di educazione alla salute, sostenendone la formazione avanzata. Infine, lo sviluppo di sistemi informativi interoperabili e la diffusione di strumenti digitali accessibili rappresentano un elemento fondamentale per garantire continuità, equità e sostenibilità nella presa in carico degli anziani fragili.

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: UNA PRIORITÀ PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E LA QUALITÀ DELLE CURE

L'Italia è oggi uno dei Paesi più anziani al mondo: oltre un quarto della popolazione ha più di 65 anni e gli ultraottantenni superano i 4,5 milioni. Le proiezioni demografiche mostrano un progressivo invecchiamento “al vertice” della piramide, con gli over-65 che entro il 2050 potrebbero rappresentare un terzo degli italiani. Parallelamente, cresce il numero di famiglie composte da persone sole – oltre 6,5 milioni, in gran parte anziani – e aumenta la quota di popolazione che vive condizioni di multimorbilità, con più patologie croniche concomitanti.¹

Questo scenario, descritto dal più recente rapporto Istat 2025,¹ mostra un sistema sanitario e sociale chiamato a gestire bisogni continuativi e complessi in un contesto di risorse umane e strutturali limitate. A ciò si aggiungono profonde disuguaglianze territoriali: nelle regioni del Nord-Est sono più diffuse le strutture per non autosufficienti rispetto al Mezzogiorno.² La conseguenza è che, soprattutto nelle aree più fragili, l'ospedale resta spesso il solo presidio accessibile, mancando una rete intermedia e domiciliare. Le criticità non risiedono soltanto nella disponibilità di posti letto o di personale, ma soprattutto nella scarsa integrazione dei percorsi di continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

I risultati degli studi condotti nell'ambito del progetto AGE-IT mostrano come, per i pazienti anziani non autosufficienti, il setting post-acuzie e la capacità del territorio di assorbire la domanda influenzino significativamente la durata della degenza e la probabilità di riammissione ospedaliera. I pazienti non autosufficienti dimessi in regime di continuità assistenziale (Strut-

ture Residenziali Sanitarie Assistenziali – RSA, strutture di Continuità a Valenza Sanitaria – CAVS) presentano un rischio di degenza prolungata superiore del 28% rispetto a quelli dimessi al domicilio, a parità di condizioni cliniche. Le difficoltà di accesso alle strutture intermedie e l'attivazione tardiva dei servizi territoriali generano ritardi medi di 3-5 giorni nella dimissione, con impatti sull'efficienza ospedaliera e sui costi sanitari.³

In risposta a queste criticità, il Decreto Ministeriale (DM) 77 del 2022 ha introdotto una nuova architettura dell'assistenza territoriale, basata sulle Centrali Operative Territoriali (COT) e sulla figura dell'infermiere di famiglia e comunità, con l'obiettivo di garantire una presa in carico proattiva e l'integrazione dei servizi. Tuttavia, questi strumenti, pur rappresentando un avanzamento strategico, non sono ancora pienamente a regime nei percorsi di cura. Le esperienze regionali di adozione dell'infermieristica di famiglia e comunità mostrano, infatti, criticità diffuse: disallineamento tra indirizzi strategici e pratica operativa, carenza di risorse e sistemi informativi non interoperabili, eterogeneità formativa e parziale riconoscimento del ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità da parte di cittadini e professionisti, che ne limitano l'effettiva integrazione nei team multiprofessionali e nei percorsi di continuità assistenziale.⁴

In questo contesto, la sfida non è introdurre nuovi modelli, ma rendere operative e integrare le innovazioni già previste dalla normativa vigente, rafforzando la capacità organizzativa e di presa in cura delle strutture sanitarie.

PROPOSTA OPERATIVA

Motivazione della proposta

In un contesto di crescente invecchiamento della popolazione e di sfide organizzative legate alla transizione ospedale-territorio, è indispensabile rafforzare la capacità del sistema sanitario di garantire continuità assistenziale, qualità delle cure e sicurezza degli anziani non autosufficienti, adottando al contempo un approccio differenziato che tenga conto delle eterogeneità sociodemografiche, delle risorse e delle dinamiche comunitarie dei diversi territori. Sebbene le differenze territoriali richiedano risposte adattabili, è possibile individuare elementi trasversali e interventi organizzativi capaci di migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'intero percorso assistenziale. In molte Regioni sono stati istituiti percorsi protetti di continuità assistenziale con l'obiettivo di attivare tempestivamente i servizi territoriali e le strutture intermedie già durante la degenza (per esempio, il DGR n. 10/2021 della Regione Piemonte). Tuttavia, la loro applicazione rimane disomogenea e caratterizzata da criticità, quali:

- dimissioni ospedaliere non pianificate precocemente;
- l'insufficiente coinvolgimento del ruolo dei *caregiver* nel processo decisionale relativo al percorso di cura e dimissione;
- la difficoltà ad attivare tempestivamente i servizi post-acuti anche in virtù delle disponibilità di servizi intermedi;
- la carenza di personale dedicato, in particolare nei ruoli di *case manager* ospedalieri e nei servizi territoriali;
- necessità di una collaborazione interprofessionale costante;
- a limitata interoperabilità dei sistemi informativi tra ospedale e territorio.

Le proposte qui delineate non intendono colmare le carenze strutturali, ma agire su alcuni processi organizzativi che ostacolano l'integrazione e la continuità assistenziale.

Declinazione della proposta

1 Pianificazione precoce delle dimissioni ospedaliere

La pianificazione precoce della dimissione è un processo che ha inizio sin dal momento del ricovero ospedaliero e che mira a predisporre con anticipo e in modo coordinato il percorso di uscita della persona assistita dall'ospedale, assicurando sicurezza nella transizione verso il domicilio o altre strutture assistenziali. Si tratta di un elemento chiave della continuità assistenziale, specialmente nelle persone con bisogni complessi e negli anziani fragili, per i quali è necessario prevenire rischi di frammentazione assistenziale e riospedalizzazioni evitabili. Gli aspetti chiave di una programmazione efficace della dimissione riguardano:

- l'avvio della pianificazione entro le 24-48 ore dall'ammissione;
- la valutazione multidimensionale del bisogno di dimissione difficile;
- il coinvolgimento attivo della persona assistita e del *caregiver*;
- il coordinamento interprofessionale;
- la tracciabilità delle informazioni e il monitoraggio post-dimissione.^{5,6}

Nella popolazione anziana, questo processo assume particolare rilevanza e deve prevedere una valutazione strutturata delle capacità cognitive e funzionali (per esempio, equilibrio, memoria, deficit sensoriali, stato mentale), di autocura (prendersi cura di sé stesso e dei propri problemi di salute), dell'ambiente abitativo, della disponibilità effettiva dei servizi post-acuzie e del coinvolgimento della famiglia o del *caregiver*. Per questo motivo, all'interno del piano di dimissione deve essere prevista una valutazione strutturata del contesto familiare e del potenziale carico assistenziale, insieme a interventi di educazione ed *empowerment* rivolti alla famiglia, finalizzati a migliorare le competenze nella gestione dei problemi di salute e nell'utilizzo appropriato dei servizi territoriali.

Per assicurare omogeneità e appropriatezza del processo, sarebbe auspicabile promuovere l'utilizzo di protocolli di pianificazione precoce della dimissione, con-

divisi tra ospedale e territorio, che definiscano in modo chiaro tempi, responsabilità e modalità di attivazione dei servizi territoriali e delle strutture intermedie. Questi protocolli devono includere procedure standard per la comunicazione tra i professionisti e strumenti operativi per la continuità informativa. Una dimissione ospedaliera non correttamente pianificata espone i pazienti a discontinuità assistenziali, con aumento del rischio di effetti avversi e riospedalizzazione evitabili.⁷

2 Riconoscimento e rafforzamento del ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità

L'infermiere di famiglia e di comunità è una risorsa strategica per leggere i bisogni del territorio e intercettare precocemente le fragilità, grazie alla sua vicinanza ai luoghi di vita delle persone. Questa posizione gli permette di contribuire alla costruzione di percorsi assistenziali adeguati alle caratteristiche delle comunità locali, favorendo interventi più appropriati e in linea con le risorse e le dinamiche di ciascun territorio. Il riconoscimento del ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nella filiera assistenziale rappresenta pertanto una condizione essenziale per garantire la continuità delle cure. Sebbene il DM 77/2022 ne abbia formalizzato l'introduzione nei contesti assistenziali, l'attuazione del ruolo risulta parziale ed eterogenea. La presenza continuativa degli infermieri di famiglia e comunità all'interno delle COT e sul distretto consentirebbe da un lato di assicurare una presa in carico proattiva, basata sulla conoscenza diretta dei bisogni del territorio e, dall'altro, di collaborare all'uso appropriato dei servizi post-acuzie o al rientro al domicilio in sicurezza.

Gli standard previsti dal DM 77/2022 risultano, però, al momento difficilmente raggiungibili con l'attuale dotazione organica, rendendo necessario definire priorità operative. In molte Regioni l'azione degli infermieri di famiglia e di comunità si concentra soprattutto sugli anziani cronici e fragili, mentre altre prospettive – tra cui quella dell'Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFeC) – suggeriscono di orientare parte degli interventi anche verso comunità particolarmente marginalizzate o a elevata vulnerabilità sociale, nell'ottica di promuovere modelli di *welfare* generativo e di sviluppo di capitale sociale. Una dotazione organica più adeguata e una migliore integrazione tra operatori e servizi potrebbe consentire l'adozione di un approccio orientato alla salutogenesi.

Nell'ambito della continuità assistenziale, tra gli interventi per rafforzare il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nella continuità assistenziale, l'implementazione della funzione di *care coordination*⁹

potrebbe rappresentare un'evoluzione organizzativa per facilitare il percorso assistenziale delle persone con bisogni complessi, garantendo coerenza tra i diversi setting di cura.¹⁰

Nell'ambito delle cure territoriali, gli infermieri di famiglia e di comunità sono nella posizione ideale per esercitare tale funzione grazie alla loro prossimità con le persone, alla visione globale dei bisogni e alla capacità di integrare prevenzione, cura e promozione della salute lungo tutto il continuum assistenziale, sebbene, ad oggi, l'esercizio di questa funzione risulti eterogenea tra le Regioni e presenti un livello di riconoscimento nor-

Infermiere di famiglia e di comunità

L'infermiere di famiglia e di comunità è un professionista sanitario essenziale, introdotto per rafforzare il sistema assistenziale sul territorio.

Assicura l'assistenza infermieristica a vari livelli di complessità e opera in modo proattivo negli ambienti di vita della persona, come la casa e la comunità. Collabora strettamente in rete con altri professionisti del territorio (come i medici di medicina generale) e ha un forte orientamento alla prevenzione e alla gestione proattiva della salute. Pone al centro l'individuo e la famiglia, fornendo risposte personalizzate e attivando risorse formali e informali per sostenere la salute e la qualità di vita.

Fonte: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (vedi ref. 8).



Funzione di care coordination

Secondo l'ICN,⁹ la funzione di *care coordination* è un elemento chiave per garantire un'assistenza integrata, continua e centrata sulla persona. Essa comprende l'organizzazione e la connessione coerente delle attività di cura e delle informazioni tra tutti i professionisti e i servizi coinvolti, affinché i bisogni e le preferenze della persona assistita siano noti, condivisi e presi in carico in modo appropriato e tempestivo. Una *care coordination* efficace consente di migliorare la qualità, la sicurezza e l'efficienza dei percorsi di cura, riducendo frammentazioni e duplicazioni e promuovendo la sostenibilità del sistema sanitario.

mativo e organizzativo ancora in via di consolidamento. Parallelamente, andrebbe sostenuta la funzione educativa e di prevenzione nella comunità, riconoscendo formalmente le attività di promozione della salute come parte integrante del mandato dell'infermiere di famiglia e comunità e prevedendo tempi, spazi e strumenti adeguati al loro svolgimento. Un ulteriore ambito su cui intervenire riguarda gli strumenti di monitoraggio e di rendicontazione, la cui integrazione e revisione può contribuire a rafforzare il ruolo, rendendo più visibile e misurabile il suo contributo all'assistenza familiare e comunitaria, inclusa quella rivolta ai *caregiver*. Gli attuali flussi informativi, infatti, non riescono ancora a cogliere in modo completo la portata e la specificità delle attività svolte, limitando la possibilità di valorizzazione.

3 Telemedicina e telenursing per la continuità assistenziale

La telemedicina, intesa come l'utilizzo di tecnologie digitali per fornire assistenza a distanza, rappresenta una leva strategica per garantire la continuità delle cure e rafforzare l'assistenza territoriale (Decreto del 29.04.2022), in particolare per le persone anziane con bisogni complessi di natura socioassistenziale. Nell'attuale contesto di revisione organizzativa e di digitalizzazione dei servizi sanitari, emergono nuovi ambiti di azione per l'infermiere, che, attraverso il *telenursing*, può offrire interventi personalizzati e continuativi. Nonostante il suo potenziale, la diffusione della telemedicina e del *telenursing* incontra ancora sfide signi-

ficative di implementazione. Tra le criticità principali, vi sono i limiti di usabilità delle tecnologie, spesso non adeguatamente adattate ai bisogni delle persone anziane o con fragilità, che possono presentare difficoltà visive, motorie o cognitive e una limitata alfabetizzazione digitale. Problemi di connettività, dispositivi obsoleti e contenuti troppo complessi compromettono ulteriormente l'accesso e la fruibilità dei servizi.

Sul piano organizzativo e professionale, incidono la scarsa interoperabilità dei sistemi informativi e l'utilizzo non sempre integrato nei flussi di lavoro, che può generare sovraccarico operativo e "affaticamento da notifiche".^{12,13}

Per rendere operativa e sostenibile la telemedicina, sono necessari interventi multipli:

1. garantire il coinvolgimento attivo di pazienti, *caregiver* e professionisti attraverso processi di co-progettazione dei servizi digitali;
2. prevedere il supporto di figure tecniche dedicate alla gestione e al mantenimento delle soluzioni tecnologiche;
3. investire in programmi di alfabetizzazione digitale rivolti alla popolazione anziana e al personale sanitario per facilitare l'uso consapevole delle tecnologie e potenziare la comunicazione nei percorsi di cura;
4. prevedere soluzioni flessibili che possano integrare interventi in presenza e telematici;
5. promuovere la formazione degli operatori sanitari rispetto ai criteri di applicabilità delle tecnologie digitali alle caratteristiche dell'utente e della famiglia e all'utilizzo delle stesse anche per finalità informative ed educative.

Telenursing

Il *telenursing* consiste nell'erogazione di assistenza infermieristica a distanza tramite le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), come telefono, videoconferenze, app mobili, piattaforme web, sistemi di monitoraggio da remoto.¹¹ Questa modalità di assistenza è efficace nel mantenere la continuità assistenziale e garantire supporto costante ai pazienti, specialmente in aree geograficamente isolate. L'efficacia, tuttavia, è condizionata dalle competenze comunicative e digitali degli infermieri, nonché dalla presenza di una cornice normativa, organizzativa ed etica che ne definiscano standard e responsabilità professionali.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Regione Lombardia per aver gentilmente fornito i dati. Si ringraziano l'Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFeC) e l'Associazione dei Servizi Territoriali e Residenziali Nazionali (STeRN) per la collaborazione e il contributo fornito.

Bibliografia

1. Istituto Nazionale di Statistica. Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese. Roma, Istat, 2025.
2. Istituto Nazionale di Statistica. Benessere e disuguaglianze in Italia. Roma, Istat, 2024.
3. Berta P. Comparing and Contrasting Rural versus Urban Health Care Access, Quality, and Outcomes for elderly patients. 2025 (attualmente in revisione).
4. Santomauro I, Bassi E, Busca E et al. Perceived barriers and facilitators to family and community nurses' care for older adults: A descriptive qualitative study. *BMC Nurs* 2025;24(1):1259. doi: 10.1186/s12912-025-03890-4
5. Barbosa SM, Zacharias FCM, Schönholzer TE et al. Hospital discharge planning in care transition of patients with chronic noncommunicable diseases. *Rev Bras Enferm* 2023;76(6):e20220772. doi: 10.1590/0034-7167-2022-0772
6. Yam CHK, Wong ELY, Cheung AWL et al. Framework and components for effective discharge planning system: A Delphi methodology. *BMC Health Serv Res* 2012;12(1):396. doi: 10.1186/1472-6963-12-396
7. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G et al. ANMCO position paper: Hospital discharge planning: Recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl* 2017;19 (Suppl D):D244-55. doi: 10.1093/eurheartj/sux011
8. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità. Roma, AGeNaS, 2021.
9. International Council of Nurses. Nursing and primary health care: Towards the realization of universal health coverage. A discussion paper. ICN 2024.
10. Nutt M, Hungerford C. Nurse care coordinators: Definitions and scope of practice. *Contemp Nurse* 2010;36(1-2):71-81. doi: 10.5172/conu.2010.36.1-2.071
11. Souza-Junior VD, Mendes IA, Mazzo A, Godoy S. Application of telenursing in nursing practice: An integrative literature review. *App Nurs Res* 2016;29:254-260. doi: 10.1016/j.apnr.2015.05.005
12. Narasimha S, Madathil KC, Agnisarman S et al. Designing telemedicine systems for geriatric patients: A review of usability studies. *Telemed J E Health* 2017;23(6):459-72. doi: 10.1089/tmj.2016.0178
13. Singh H, Tang T, Steele Gray C et al. Recommendations for the design and delivery of transitions-focused digital health interventions: Rapid review. *JMIR Aging* 2022;5(2):e35929. doi: 10.2196/35929

RACCOMANDAZIONI CHIAVE

Introdurre protocolli condivisi di pianificazione precoce della dimissione integrati nei percorsi ospedale-territorio, adottando strumenti di valutazione multidimensionale e un'attivazione tempestiva dei servizi territoriali.

Rafforzare il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nei team territoriali e nei percorsi di transizione assistenziale, formalizzandone le funzioni di care coordination ed educativa di promozione e prevenzione della salute.

Uniformare i percorsi formativi previsti per il ruolo di infermiere di famiglia e di comunità a livello nazionale, prediligendo percorsi avanzati (laurea magistrale a indirizzo clinico) che prevedano spazi di apprendimento multidisciplinari.

Valorizzare e formare pazienti e caregiver come partner attivi nel percorso di cura, promuovendo la progettazione partecipata e l'alfabetizzazione digitale per garantire un accesso equo ai servizi.

Integrare i sistemi informativi sanitari con indicatori di monitoraggio che consentano una tracciabilità condivisa del percorso di cura tra diversi setting assistenziali.