

# Il Servizio di Cure Domiciliari dell'ASL di Lecco: modello organizzativo e risultati nel Distretto di Merate

*G.Lorenzo Scaccabarozzi, Carlo Peruselli, Clara Colombo,  
Servizio Cure Domiciliari, Azienda Sanitaria Locale di Lecco*

## 1. Premessa

Il peso crescente delle classi anziane, lo sviluppo di una sensibilità più attenta agli aspetti qualitativi dell'assistenza e la necessità di razionalizzare e contenere la spesa sanitaria hanno imposto negli ultimi anni un radicale mutamento delle strategie di sanità pubblica, con una attenzione particolare al rilancio e sviluppo di progetti di cure a domicilio.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ben si inserisce in questo mutamento, sottolineando l'importanza di un approccio sociale alla salute che privilegia gli interventi domiciliari e territoriali rispetto a quelli ospedalieri. Questi tipi di interventi sono infatti ritenuti la migliore garanzia di un buon utilizzo delle risorse, di una riduzione dei ricoveri impropri, di una più adeguata personalizzazione dell'assistenza e, in definitiva, anche di un migliore funzionamento degli ospedali.

Nell'obiettivo IV° del Piano Sanitario viene identificato come compito fondamentale quello di rafforzare la tutela dei soggetti deboli, incrementando le garanzie di assistenza per le persone con maggiore bisogno di questa tutela, quali anziani, minori, stranieri immigrati, persone affette da dipendenza, malati mentali, persone nella fase terminale della vita.

Tra queste gli anziani costituiscono fin d'ora e costituiranno ancor di più in futuro il target assistenziale prioritario nella domanda di cura. Infatti, all'incremento demografico di questa fascia di popolazione si aggiunge l'aumento della prevalenza di malattie croniche gravi non suscettibili di trattamenti risolutivi, che richiedono assistenza continuativa e programmata erogabile nell'ambito territoriale; in questo contesto l'Ospedale assume sempre di più il ruolo di fornitore di cure soltanto durante la fase acuta della malattia.

La condizione di cronicità di una malattia provoca un peggioramento della qualità di vita di chi ne è affetto che si evidenzia attraverso problemi di carattere funzionale, legati ai sintomi, psicologici e sociali. La complessità di queste situazioni unite all'esigenza e alla volontà di cure a domicilio richiede l'organizzazione di risposte integrate, centrate sui bisogni dei pazienti e di chi li assiste, unitarie nello sforzo di tenere conto degli aspetti di contesto sociale e psicologico, oltre che fisico, in cui vengono erogate.

Partendo da queste premesse, nell'ambito del Servizio di Cure Domiciliari del Distretto di Merate, parte dell'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Lecco, già da molti anni si è avviata una profonda rielaborazione culturale ed organizzativa, con lo sviluppo di una serie di attività in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti curati e di garantire una buona qualità dell'assistenza prestata. Gli obiettivi prioritari verso cui sono stati indirizzati questi cambiamenti sono stati quelli di assistere i malati affetti da patologie trattabili a domicilio, cercando di mantenere il più possibile a casa le persone non più autosufficienti che lo desiderassero, favorire il recupero delle capacità residue delle persone assistite e aiutare i familiari nei loro compiti, garantendo il più possibile l'erogazione di presidi ed ausili utili a rendere meno gravoso il carico dell'assistenza.

## 2. Il modello organizzativo

### 2.1. Il profilo demografico

L'area distrettuale di Merate, facente capo all'Azienda Sanitaria Locale di Lecco, si estende per una superficie di 130 Km<sup>2</sup>, comprende 26 comuni per un totale di 103.456 abitanti ed ha una densità di popolazione pari a 795 abitanti/Km<sup>2</sup>.

Il tasso di natalità è di 8,9‰, mentre il tasso di mortalità è pari a 8,3‰.

Gli ultra sessantacinquenni costituiscono il 14,3% della popolazione, con una percentuale di ultra ottantenni dell'1,3%.

L'indice di invecchiamento aggiornato al 1996 è pari al 14,9%, inferiore rispetto al dato complessivo della Regione Lombardia.

La mortalità annua per tumore è di 290 morti/anno.

### 2.2. La rete dei Servizi

La rete dei servizi presente nel territorio del Distretto di Merate è rappresentata nella Fig.1. Essa è costituita da una serie di risorse che in maniera dinamica si interfacciano con il Servizio di Cure Domiciliari in rapporto ai bisogni del paziente. La gestione unitaria di questi servizi in rete è stata affidata ad una Centrale Operativa che ha un ruolo importante nella valutazione dei bisogni e successivamente nella individuazione delle tipologie assistenziali più appropriate.

La sinergia con i Presidi Ospedalieri ha reso possibile il trasferimento a casa del malato di alcune tecnologie diagnostiche e terapeutiche che hanno consentito, in alcuni casi particolarmente problematici, di realizzare cure sicure, efficaci e rispondenti ai bisogni dei pazienti, senza carenze nell'assistenza ma anche senza inutili eccessi.

Gli elementi fondamentali della rete dei servizi attivati nel territorio sono:

- la pianificazione puntuale delle unità d'offerta

- il forte coordinamento di tutte le competenze e iniziative territoriali, che sono state rese fra di loro complementari e non concorrenziali
- la globalità, intensività e continuità dei piani di cura
- la tempestività nella ricerca degli interventi possibili di fronte alle specifiche situazioni
- la collaborazione dialettica fra operatori sanitari e sociali per giungere ad una sintesi produttiva per il malato
- la ricerca di criteri appropriati di economia del Servizio, con una attenta valutazione dei costi mantenendo elevata l'efficienza e l'efficacia degli interventi.

La centralità del Servizio di Cure Domiciliari in questo modello è sottolineata dall'accesso unico che il Servizio garantisce all'intera rete dei servizi; in realtà, tuttavia, il malato stesso e la sua famiglia vengono posti al centro della rete, attraverso una valutazione che indirizza il paziente verso il modulo assistenziale che meglio risponde alle sue necessità in quel momento.



### 2.3. Il modello organizzativo

Il Servizio di Cure Domiciliari del distretto di Merate opera secondo un modello organizzativo basato su diversi livelli di intensità delle cure, erogate in relazione ai bisogni assistenziali di ogni singolo paziente e perciò con un crescente grado di protezione (Fig. 2).



I livelli di intensità assistenziale previsti sono:

1. Bassa intensità:

- Assistenza Domiciliare Programmata (A.D.P.)
- Assistenza Estemporanea Infermieristica
- Servizio Assistenza Domiciliare (S.A.D.)
- Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) I° Livello

I pazienti che richiedono un livello di assistenza a bassa intensità assistenziale sono prevalentemente soggetti non autosufficienti affetti da patologie a decorso cronico in buon compenso globale. Si prevede di norma un lungo periodo di assistenza, nell'ambito del quale l'intervento medico di monitoraggio del quadro clinico è periodico, l'assistenza infermieristica è estemporanea, il supporto socio-assistenziale è garantito dalla famiglia in maniera autonoma o supportata dai S.A.D., con vari gradi di intensità fino alla frequenza giornaliera.

2. Media intensità

• A.D.I. II° Livello

Questa tipologia di assistenza è riservata a pazienti multiproblematici, affetti da gravi patologie croniche in labile compenso. Questi malati richiedono, per l'elevato rischio di riacutizzazione del quadro clinico o per l'organizzazione di una dimissione protetta, un programma assistenziale personalizzato, che viene riformulato ad intervalli periodici. In questo programma sono previsti accessi medici settimanali, interventi infermieristici e/o riabilitativi plurisettimanali, consulenze specialistiche periodiche, cure tutelari familiari e/o socio-assistenziali intense e una stretta integrazione fra i diversi professionisti.

3. Alta intensità

• A.D.I. Cure Palliative - rivolta a malati affetti da patologie croniche evolutive (soprattutto neoplasie, ma anche AIDS, malattie neurologiche, ecc.) nel loro ultimo periodo di vita

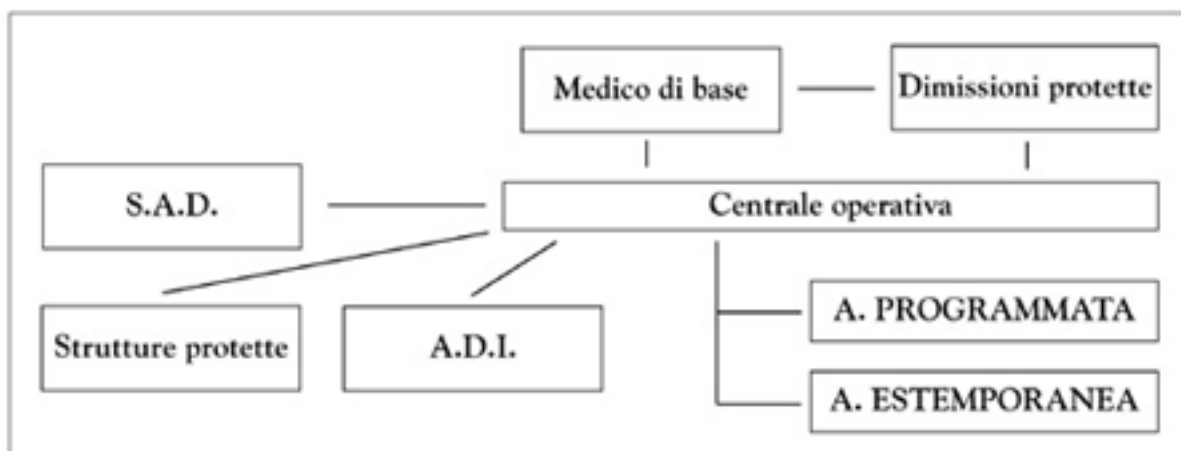
• A.D.I. II° livello per pazienti critici - malati in coma, con insufficienza respiratoria in ventiloterapia prolungata, con gravi deficit nutrizionali e alimentati per catetere venoso centrale, sonda naso-gastrica o sonda gastrostomica, con gravi deterioramenti cognitivi, con multiple ed estese lesioni da decubito

Questa tipologia assistenziale è rivolta a pazienti che richiedono un intervento coordinato ed intensivo con accessi plurisettimanali sia medici che infermieristici e/o riabilitativi, con l'attivazione di una pronta disponibilità notturna e festiva. È necessario prevedere, in malati tanto complessi, una adeguata continuità delle cure specialistiche, anche perchè queste sono condizioni cliniche che richiedono da parte della famiglia un elevato impegno. La presenza di problematiche non solo fisiche, ma anche (e talvolta soprattutto) psicologiche e sociali, richiede l'organizzazione, nel corso di questo tipo di assistenza, di un supporto psico-sociale adeguato sia per il malato che per la famiglia.

In ognuna delle diverse tipologie assistenziali vengono comunque garantite le seguenti caratteristiche procedurali:

- il rispetto della libera scelta del paziente e/o della famiglia e la garanzia della riservatezza sulle informazioni;
- il mantenimento nel tempo dei livelli essenziali di assistenza;
- il mantenimento della continuità assistenziale con accesso unico ai servizi;
- la valutazione multidimensionale dello stato funzionale del paziente;
- la predisposizione e l'attuazione di un piano di cure personalizzato;
- l'assistenza erogata da un'equipe multiprofessionale;
- il coordinamento degli interventi previsti e la verifica dell'adeguatezza del piano nelle diverse fasi del processo di cura;
- l'identificazione di opzioni assistenziali alternative alle cure domiciliari all'interno della rete dei servizi presenti sul territorio;
- l'elevata collaborazione con i servizi ospedalieri per le dimissioni protette, i ricoveri programmati a carattere diurno e le eventuali consulenze medico-specialistiche;
- la facilitazione all'utilizzo di attività diagnostiche e di laboratorio;
- l'integrazione e il coordinamento con i servizi socio-assistenziali;
- la collaborazione organica con le risorse formali ed informali della comunità;
- l'osservazione, la registrazione e l'analisi delle azioni e dei processi assistenziali;
- la verifica e la valutazione della qualità del servizio e dei risultati, anche attraverso la comparazione tra trattamento ospedaliero tradizionale e domiciliare in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza e qualità tecnico-scientifica;
- la valorizzazione economica dei percorsi di cura.

La sede organizzativa del servizio di cure domiciliari è la "Centrale Operativa" (Fig. 3): essa costituisce l'unico punto di riferimento per l'informazione e l'accesso al servizio ed è in stretto collegamento con la rete dei servizi territoriali, l'ospedale e il servizio anziani per l'accesso alle cure tutelari.



La centrale operativa assicura:

- l'informazione all'assistito e alla famiglia;
- il coordinamento tra le diverse figure professionali in essa presenti:
  - medico responsabile
  - medici specialisti (palliativisti, geriatra, fisiatra)
  - dietista
  - capo sala - personale infermieristico
  - coordinatore dei terapisti della riabilitazione - terapisti
  - psicologo
  - assistente sociale
- il collegamento con :
  - medici di medicina generale
  - le unità operative ospedaliere
  - i servizi territoriali residenziali
  - i S.A.D. comunali
  - il servizio anziani
  - l'ufficio protesi
  - l'ufficio invalidità civile
  - le associazioni di volontariato
- il coordinamento delle unità valutative multidimensionali (U.V.G.);
- la fornitura diretta di ausili-presidi-protesi, dei prodotti per la nutrizione artificiale, l'ossigeno-terapia, il materiale per le medicazioni;
- la formazione permanente e la supervisione del personale.

#### 2.4. L'organico del servizio

Gli operatori assegnati al Servizio di Cure Domiciliari hanno tutti un rapporto di lavoro di dipendenza con l'Azienda Sanitaria Locale, salvo i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta ed eventuali altri medici specialisti, che mantengono un rapporto di convenzione.

L'organico complessivo del Servizio è così composto:

1	Medico responsabile
1	Geriatra
4	Medici Palliativisti
1	Fisiatra
1	Psicologo (a tempo parziale)
1	Caposala
1	Assistente Sociale
2	Assistente Sociale a tempo parziale (per coordinamento SAD Comunali)
3	Infermieri Professionali
4	Terapisti della Riabilitazione
1	Logopedista (a tempo parziale)
1	Dietista
1	Operatore Amministrativo
2	Obiettori di coscienza
	Medici di Medicina Generale
	Altre consulenze specialistiche (cardiologo, chirurgo, rianimatore, pneumologo, ecc.)
	Volontari

#### 2.5. La valutazione del paziente

Grazie alla compilazione sistematica di una scheda di valutazione domiciliare per ciascun paziente, è possibile una raccolta regolare di dati che vengono informatizzati ed elaborati periodicamente.

Un'ulteriore fonte di dati è quella che deriva dalla compilazione giornaliera da parte di ciascun operatore di un modulo riferito alle prestazioni svolte in quel giorno, che consente di valutare in termini quantitativi e qualitativi le prestazioni professionali.

La scheda di valutazione domiciliare è strutturalmente simile ad una cartella clinica ed è articolata in 10 sezioni, che vengono riunite in un unico contenitore.

SEZIONE	I	Dati anagrafici e socio-economici
	II	Valutazione dello stato di salute
	III	Strumenti di valutazione

	multidimensionale con compilazione periodica
IV	Valutazione infermieristica
V	Riabilitazione e rieducazione funzionale
VI	Valutazione dietetico-alimentare
VII	Integrazione al domicilio: scheda degli accessi del medico di medicina generale
VIII	Valutazione alla dimissione
IX	Valutazione domiciliare socio-assistenziale
X	Scheda di valutazione ospedaliera socio-sanitaria.

Per quanto riguarda la sezione III della scheda, gli strumenti utilizzati sono i seguenti (per eventuali approfondimenti si rimanda ai lavori citati in bibliografia):

- Activity Daily Living di Katz (1,2)
- IADL (3,4)
- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (5)
- GEFI (6)
- Geriatric Depression Screening Scale (GDS) (7)
- SPSMQ (8)
- RSS (9)
- Therapy Impact Questionnaire (TIQ) (10)
- Support Team Assessment Schedule (STAS) (11,12)
- Functional Independence Measure (FIM) (13)

Tab. 1: Attività 1998 del Servizio Cure Domiciliari

Numero totale pazienti assistiti	2.524
Numero medio assistiti contemporaneamente per mese	1.130
Numero totale accessi a domicilio	79.531
Numero giornate di copertura assistenziale a domicilio	417.916
Numero giornate effettive di assistenza a domicilio	64.311
Numero prestazioni Assistenza estemporanea	2.754
Numero prestazioni Assistenza Domiciliare Programmata	6.933
Numero prestazioni ADI I° Livello	6.678
Numero prestazioni ADI II° Livello	75.524
Numero prestazioni ADI Cure Palliative	22.540
Numero totale prestazioni	114.429

### 3. I risultati

A partire dal 1992, anno di inizio della attività del Servizio di Cure Domiciliari, si è assistito ad un progressivo significativo incremento delle attività e del numero degli assistiti, grazie all'aumento del personale e alla razionalizzazione delle risorse.

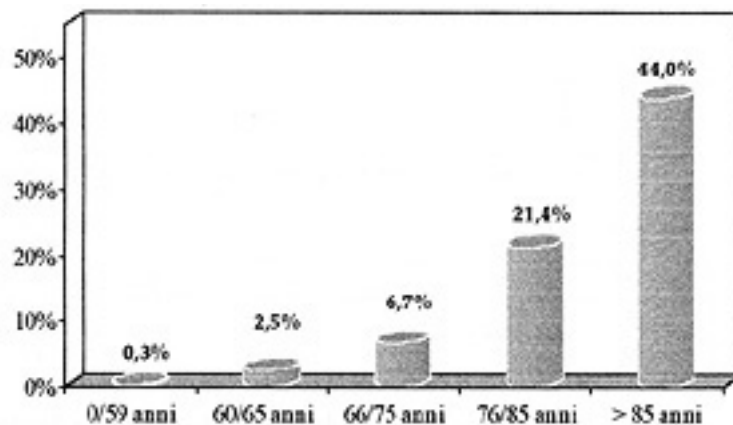
Nella Tab. 1 vengono riportati alcuni dati riferiti alla attività svolta nel 1998; non viene riportata in questa occasione gran parte dei dati di attività del Servizio riguardanti le Cure Palliative, che saranno oggetto di un successivo contributo.

I pazienti seguiti dal Servizio sono risultati per il 16% con età inferiore a 65 anni, mentre per il restante 84% con età superiore a questo limite: particolarmente significativa è la fascia di malati con età superiore a 85 anni, che è risultata del 24%.

La copertura assistenziale sulla popolazione generale del Distretto di Merate, calcolata come rapporto tra numero di assistiti e numero di residenti, è riportata nella Fig. 4.

Da questi dati emerge la capacità del Servizio di indirizzarsi in maniera specifica verso la tutela delle fasce più deboli che, come abbiamo premesso, sono costituite principalmente dai soggetti in età geriatrica e in particolar modo dai soggetti molto anziani.

Fig. 4: Copertura assistenziale (rapporto assistiti-residenti) della popolazione del Distretto di Merate



Tab. 2: Principali categorie diagnostiche al momento dell'inizio dell'assistenza domiciliare

Encefalopatia	41%
Ictus cerebrali	24%
Gravi artropatie	15%
Diabete mellito complicato, malattie endocrino-metaboliche	14%
Patologie cardiache	12%
Fratture, traumatismi	11%
Vasculopatie agli arti inferiori	10%
Neoplasie	7%
Patologie respiratorie	5%

La Tab. 2 riporta le principali categorie diagnostiche al momento della presa in carico del malato da parte del Servizio. Da un'analisi delle scale riferite al test ADL (1,2) e IADL (3,4), compilate al momento della presa in carico del malato da parte del Servizio di Cure Domiciliari, è emerso che la classe ADL più rappresentata nel gruppo di pazienti assistiti è stata la classe G (che documenta una dipendenza in tutte le funzioni principali della vita quotidiana), rilevata nel 47,4% dei casi, mentre il 17,8% dei malati ha presentato un buon grado di autosufficienza nelle stesse funzioni (classe A). Il punteggio medio della scala IADL alla prima valutazione è invece risultato pari a 4,7 (malati non autosufficienti nelle attività strumentali di uso comune).

La valutazione di indice funzionale globale, effettuata con la compilazione della scala GEFI (6), ha permesso di rilevare un punteggio medio pari a 335, con un valore minimo di 10 ed uno massimo di 910.

Per quanto riguarda la valutazione delle facoltà cognitive, dall'analisi dei punteggi ottenuti con il test SPSMQ (8) è emerso che il 30,4% degli assistiti presentava un deterioramento cognitivo di grado elevato, il 16,6% un deterioramento di grado medio e il 15,9% uno di grado lieve. Nel 37,1% dei pazienti le funzioni cognitive erano conservate.

Valutando la distribuzione per tipologia assistenziale in relazione al modello precedentemente descritto, che prevede diversi livelli di intensità assistenziale, è emerso che, escludendo l'attività di Assistenza Domiciliare Programmata (riguardante esclusivamente le visite domiciliari del medico di medicina generale), il 33% degli assistiti ha ricevuto un'assistenza che abbiamo definito "estemporanea", mentre il 21% ha ricevuto un'Assistenza Domiciliare Integrata di I° livello, il 34% un'ADI di II° livello e il 12% un'ADI di Cure Palliative.

Per quanto riguarda la tempestività di intervento, la media di giorni intercorsi tra la data di segnalazione e quella della prima visita di valutazione è risultata pari a 1,7 giorni per l'ADI di I° Livello, di 2,5 giorni per quella di II° Livello, di 1,5 giorni per l'ADI Cure Palliative.

I dati riguardanti i tassi di ospedalizzazione sono di estremo interesse considerando che tra gli obiettivi del Servizio di Cure Domiciliari la riduzione dell'ospedalizzazione impropria e della durata della degenza ospedaliera rivestono caratteri di priorità. Il tasso di ospedalizzazione nell'area distrettuale meratese nella fascia di pazienti in età > 65aa è risultato nell'anno 1996 pari a 287%, un valore significativamente inferiore rispetto al dato complessivo della

provincia. Questo dato è risultato essere ancora più evidente nella fascia di età più avanzata della popolazione che è proprio quella che rappresenta la maggior parte dell'utenza del Servizio.

Infatti, da un confronto dei dati raccolti nell'area meratese con il resto della provincia, il minor valore dei tassi di ospedalizzazione riguardanti le fasce di età più avanzate è risultato costante.

Nella fascia di età compresa tra 80-84aa il tasso di ospedalizzazione è risultato pari a 404,49% contro un 461,59% della provincia, mentre nella fascia di età compresa tra 85-89aa è risultato pari a 314,87% rispetto a 392,38% della provincia e infine nei pazienti con età > 90aa è risultato di 262,02% rispetto a quello provinciale di 305,47%.

L'andamento del tasso di ospedalizzazione si è confermato più favorevole per il distretto di Merate anche per l'anno 1997, rispettivamente di 378,76% contro il 419,35% dell'intera provincia nella fascia di età 80-84aa e di 345,79% contro 358,08% nella fascia di età 75-79aa.

Si è valutata altresì l'appropriatezza del ricorso al ricovero ospedaliero da parte dei pazienti seguiti nel I° semestre '98 dal Servizio di Cure Domiciliari. Le diagnosi di dimissione ospedaliera sono state così classificate:

- ricoveri di tipo A (Appropriato): eventi acuti; fratture; interventi chirurgici; emergenze cliniche
- ricoveri di tipo I (Inappropriato): patologie croniche non riacutizzate

Da questa analisi è emerso che per i moduli assistenziali ADI I° e II° livello, il 78% dei ricoveri è risultato di tipologia A, mentre per il servizio ADI-Cure Palliative l'appropriatezza del ricovero raggiungeva il 92% dei casi.

Un dato di grande interesse è quello riguardante il rapporto fra il numero di giornate di degenza ospedaliera e il numero complessivo di giornate di assistenza domiciliare: esso è risultato pari a 1.3% per i pazienti seguiti con il modulo assistenziale di ADI di I° Livello, di 1.8% per quelli in ADI di II° Livello e di 1.7% per i malati seguiti in ADI Cure Palliative.

#### *I costi sostenuti*

L'analisi dei costi del Servizio è partita dalla consapevolezza della importanza di questa valutazione nell'ambito di qualunque iniziativa volta al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria: la limitatezza dei fondi disponibili deve condurre ad una maggiore equità nell'allocazione delle risorse, definendo con cura il valore economico del processo assistenziale.

Tab.3: Costo medio giornaliero per tipologia assistenziale - 1998

Tipologia assistenziale	Costo giornaliero*
Estemporanea	28.000
ADI I° livello	40.000
ADI II° livello	60.000
ADI Cure Palliative	105.000

\* per le sole cure domiciliari (non comprende le spese per farmaci, protesi ecc...)

La spesa sanitaria complessiva sostenuta nel 1998 da parte dell'Azienda Sanitaria di Lecco per il Servizio di Cure Domiciliari del Distretto di Merate è risultata di 3.686 milioni di lire, suddivise in 3.226 di spese per il personale (88%) e 460 milioni di spese complementari (12%). Di questa spesa, il 57% ha coperto i costi dell'ADI di II° Livello e il 23% quelli dell'ADI Cure Palliative, mentre alle altre tipologie assistenziali è andato il restante 20%. Le tab. 3-4-5 riportano i costi giornalieri medi per l'anno 1998 riferiti a ciascuna tipologia assistenziale e i costi standard per accesso: i costi riportati sono specifici per le cure domiciliari, non comprendendo le spese per l'assistenza medica di base, la specialistica, la farmaceutica, la protesica e i prodotti nutrizionali, prestazioni che sono già assicurate alla generalità degli assistiti dal sistema sanitario nazionale. L'obiettivo più generale di questa analisi è quello di contribuire a stabilire criteri accettabili di tariffazione dell'attività dei Servizi di Cure Domiciliari, favorendo il passaggio da un calcolo basato sui costi per prestazione ad una definizione di tariffe per percorsi di cura.

Tab. 4 Costo standard per accesso - 1998

	Estemporanea/ADI I° Liv.*	ADI II° Liv.^	ADI Cure Palliative°
Inf. Prof.	25.000	42.000	60.000
Fisioterapista		52.000	60.000
Dietista		44.000	53.000
Medico Specialista		82.000	90.000

\* Comprensivo di L. 10.000 di costi ribaltabili

^ Comprensivo di L. 12.000 di costi ribaltabili

° Comprensivo di L. 20.000 di costi ribaltabili

Tab. 5 Costo medio per assistito - 1998

Tipologia assistenziale	Costo medio per assistito*
Programmata	400.000
Estemporanea	100.000
ADI I° Liv.	500.000
ADI II° Liv.	2.600.000
ADI Cure Palliative	3.200.000

\* per le cure domiciliari (non comprende le spese per farmaci, protesi ecc...)

#### 4. Conclusioni

Curare a domicilio comporta un sostanziale cambiamento di prospettiva: da un modello in cui il malato ruota attorno a strutture erogatrici di servizi si passa ad un modello in cui struttura e professioni interagiscono assumendo come centro di gravità la persona assistita e i suoi bisogni.

Ciò richiede la realizzazione di interventi basati su metodi di valutazione multidimensionali, che tengano conto di tutti gli aspetti della qualità di vita dell'assistito: questi interventi devono essere caratterizzati da flessibilità ed efficacia, grazie al raggiungimento di un buon grado di cooperazione e coordinamento fra le diverse figure professionali che vi partecipano e la complementarità tra i moduli assistenziali.

La continuità assistenziale deve essere garantita mediante l'integrazione con i servizi ospedalieri e quelli socio-assistenziali e con il coinvolgimento costante delle famiglie attraverso la loro preparazione.

Le caratteristiche più importanti degli interventi che in questa ottica il Servizio di Cure Domiciliari del Distretto di Merate ha realizzato sono la tempestività e l'efficacia, con una particolare attenzione all'umanizzazione dell'assistenza prestata, all'ottimizzazione delle risorse con il monitoraggio costante dei risultati conseguiti, all'armonizzazione dei processi di erogazione dei servizi. Ciò è stato possibile grazie ad una forte sinergia fra ospedale e territorio e ad una ricomposizione organizzativa in grado di valorizzare i diversi soggetti coinvolti.

I risultati più significativi ottenuti sono stati la riduzione dei ricoveri, con particolare riferimento a quelli inappropriati, la riduzione delle giornate di degenza ospedaliera, la maggiore permanenza a domicilio dei pazienti non autosufficienti e inguaribili, con una risposta adeguata ai bisogni di cura, una crescente soddisfazione degli assistiti e dei loro familiari e minori costi per il sistema sanitario.

#### Bibliografia

- Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W. "Studies of illness in the aged" JAMA 1963;185:914-919
- Katz S., Stroud M.W. "Functional assessment in geriatrics: a review of progress and directions." J. Am. Geriatr. Soc. 1989;37:267
- Lawton M.P., Brody E.M. "Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living." Gerontologist 1969;9:179-186
- Lawton M.P. "A research and service oriented multilevel assessment instrument." J. Gerontol. 1982;37:91-97
- Parmelee P.A., Thuras P.D., Katz I.R., Lawton M.P. "Validation of the cumulative illness rating scale in geriatric residential population." J. Am. Geriatr. Soc. 1995;45:130-137
- Cucinotta D., Angelin A., Godoli G. et al. "Proposta e validazione di un semplice indice per la valutazione funzionale globale dell'anziano: il GEFI" Giorn. Geront. 1989;38:31-36
- Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L. "The development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report." J. Psych. Res. 1983;17:37-49
- Pfeiffer E. "A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients." J. Am. Geriatr. Soc. 1975;23:433
- Green J.G., Smith R., Gardiner M. et al. "Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: a factor analytic study." Age and Aging 1982;11:121
- Tamburini M., Rosso R., Gamba A., Mencaglia E., De Conno F., Ventafridda V. "A therapy impact questionnaire for quality-of-life assessment in advanced cancer research" Ann. Oncol. 1992;3:565-570
- McCarthy M., Higginson I. "Clinical audit by a palliative care team" Palliative Medicine 1991;5:215-221
- Cruciatti F., Zucchetti E. "L'audit clinico dell'equipe di cure palliative: lo STAS" Quaderni di Cure Palliative 1993;1:83-88
- Tesio L. "FIM - Functional Independence Measure, strumento di misura della disabilità (versione italiana)" Ric. Riabil. 1993;2(Suppl.)



