

*Rivista Scientifica*

# *Igiene e Sanità Pubblica*

*fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio  
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio*



*Custodit vitam qui custodit sanitatem  
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi  
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

---

## **ESTRATTO**

**in formato elettronico autorizzato dagli Autori e dall'Editore**

*Angelo Francescato*

***Progettazione di un modello sperimentale per l'assistenza domiciliare  
ai malati oncologici sottoposti a cure palliative nel Lazio***

---

*Periodico bimestrale  
Volume LIX- N. 4 - Luglio / Agosto 2002  
IgSanPubbl - Issn 0019-1639  
[www.igiene.org](http://www.igiene.org)*

---

## *Igiene e Sanità Pubblica*

---

Direttore Responsabile  
**Augusto Panà**

Direttore Editoriale  
**Armando Muzzi**

---

Redazione  
Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva  
Università di Roma Tor Vergata

Capiredatore  
Giuseppe Cananzi, Elisabetta Franco

Coordinatore  
Natalia Buzzi

---

Comitato Scientifico  
Giovanni Berlinguer, Antonio Boccia,  
Vittorio Carreri, Gaetano M. Fara,  
Bertram Flehmig, Giuseppe Giammanco,  
Antonino Gullotti, Elio Guzzanti,  
Alessandro Maida, Marck McCarthy,  
Cesare Meloni, Bruno Paccagnella,  
Walter Ricciardi, Gianfranco Tarsitani,  
Giancarlo Vanini

---

Segreteria di Redazione  
Iolanda Mozzetta, Vito Cerullo

Redazione Sito Internet  
Giulia Zamponi

Traduzioni a cura di  
Henrike Berg, Steffen P. Berg, Ilaria Restifo

Impaginazione e Grafica  
Nebo Ricerche PA, Roma

*Norme editoriali in 3<sup>a</sup> di copertina.*

---

Hanno collaborato a questo numero  
A. Bonaldi, R. Bucci,  
V. Carreri, M.C. Claudi,  
A. Francescato,  
C. Germinario,  
S. Giacomobono,  
V. Lepore, P.L. Lopalco,  
M.G. Mastrogiacomo,  
A. Meinesz, R. Prato,  
G. Romano,  
S. Tardivo

---

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA È INDICIZZATA SU MEDLINE E INDEX MEDICUS.

---

### **Garanzia di riservatezza**

Il trattamento dei dati personali che riguardano Autori e Abbonati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge n. 675 del 1996 sulla Tutela dei dati personali. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi l'Autore o l'Abbonato potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'Editore.

---

Igiene e Sanità Pubblica - Periodico bimestrale a carattere scientifico  
Reg. Trib. di Roma n. 4198 del 19.10.1954  
Proprietà artistica e letteraria riservata  
Realizzato con il contributo dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata  
Accreditato SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

---

---

Giornata conclusiva 9° MESS  
Master in Epidemiologia dei Servizi Sanitari  
*Atti del Seminario*

***Il Distretto:  
luogo di gestione dei servizi territoriali  
o centro di responsabilità  
dell'assistenza sanitaria primaria?***

Università di Roma Tor Vergata - 22 giugno 2001

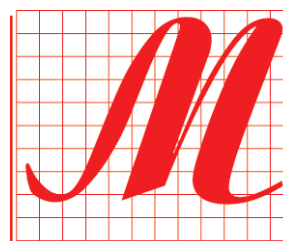
---

Interventi

***Augusto Panà***  
Presentazione

***Vittorio Carreri***  
Assistenza sanitaria primaria  
ed assistenza distrettuale:  
identità o differenza?

***Maria Carla Claudi***  
Profilo "storico" del Distretto  
nella organizzazione sanitaria italiana



Con la collaborazione di:

SIIt - Società Italiana di Igiene, medicina preventiva - Sezione Lazio

ANMDO - Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera - Sezione Lazio

Università di Roma Tor Vergata - Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva

Azienda Ospedaliera Universitaria Tor Vergata

FIRM - Fondazione Italiana per la Ricerca Medica

---

---

## ***Progettazione di un modello sperimentale per l'assistenza domiciliare ai malati oncologici sottoposti a cure palliative nel Lazio (\*)***

Angelo Francescato

Area Senescenza, Disabilità, Assistenza Domiciliare Azienda Usl RM/H

*Parole chiave* Programmazione, cure palliative.

*Keywords* Planning, palliative-care.

**Riassunto** Lo studio descrive un progetto elaborato per potenziare localmente l'Assistenza Domiciliare e renderla adeguata a gestire situazioni assistenziali anche complesse. Sono state rilevate le necessità assistenziali e le criticità nella risposta alle richieste pervenute a livello distrettuale. Sulla scorta di tali rilievi sono stati individuati poi alcuni obiettivi, indicatori, standards, ed azioni programmate.

### **1. Premessa**

L'assistenza ai malati acuti ha avuto maggior capacità di influenzare i *decision makers* rispetto all'area della fragilità e della cronicità. La *evidence-based-medicine* (EBM) rafforza tale impostazione<sup>(1)</sup>, ma è evidente come l'assunzione rigida di questa filosofia quale guida per l'organizzazione dei servizi sanitari (e la destinazione delle risorse), contribuisce a squilibrare sistema. Risulta quindi necessario introdurre nuove prospettive assistenziali, basate anche su *principi etici*, che vadano a costituire le regole utili per programmare e pianificare i Servizi Sanitari, riconoscendo come il criterio di erogare le prestazioni in base al bisogno espresso ("tutto a tutti") abbia determinato la degenerazione della organizzazione del sistema e la insostenibilità dei relativi costi.

Il dibattito sull'argomento è molto vivo e, naturalmente, ancora aperto. La scala dei valori etici in una società pluralista dovrà essere costruita in forma di *contratto sociale*, con punto di incontro nella comunità<sup>(2)</sup>. I valori etici stabiliranno i confini entro i quali valutare l'utile sociale (principio del costo-benefici).

Nel modello organizzativo svedese di sistema sanitario, per illustrare un esempio particolarmente interessante, tali valori sono interrelati con una posizione

<sup>(1)</sup> Il presente lavoro, con modificazioni, costituisce una delle migliori tesi presentate nella nona edizione del Mess.

gerarchica precisa: esiste cioè un ordine di importanza dei differenti principi da soddisfare: 1. la dignità umana, 2. il bisogno e la solidarietà umana, 3. il rapporto costi-benefici (nel nostro Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 tali valori sono stati riportati con lo stesso ordine)<sup>(3)</sup>. In base a questi principi le risorse destinate alla sanità sono allocate in modo da dare la precedenza a quei settori dove il bisogno risulta maggiore, in modo particolare alle fasce di popolazione che non hanno le stesse possibilità di altre di esercitare i propri diritti. Solo successivamente la scelta viene operata una scelta fra i diversi servizi sanitari, sulla scorta della relazione fra i costi sostenuti e i benefici ottenuti (misurati in termini di miglioramento della salute e della qualità della vita). In tale prospettiva *l'assistenza palliativa per le malattie terminali* è individuata come il terzo tipo di assistenza (dopo quella alle situazioni di acuzie potenzialmente mortali e quella alle gravi malattie croniche) che lo Stato deve essere in grado di garantire ai propri cittadini. Secondo la Commissione svedese, infatti, il modo in cui si vive è altrettanto importante del modo in cui si muore.

Un ulteriore aspetto negativo caratterizza tuttavia la sanità ospedalocentrica: rendere difficile ed a volte impossibile la garanzia della *continuità terapeutica*, che deve necessariamente coinvolgere il mondo esterno alla realtà ospedaliera. L'attenzione per quei servizi extraospedalieri che potenzialmente sono in grado di ridurre i ricoveri impropri e consentire dimissioni protette sottrae risorse alle patologie acute, riducendo significato ed efficacia della *mission ospedaliera*. Gli ospedali divengono così strutture a "porta girevole", dove i soggetti fragili o cronici escono ed entrano in continuazione.

Gli obiettivi strategici dei servizi sanitari territoriali si basano sulla loro capacità di svolgere le funzioni di prevenzione dei ricoveri ospedalieri impropri e le funzioni di assunzione in carico dei pazienti in deospedalizzazione protetta<sup>(4)</sup>. Questa funzione ha il fine di consentire la dimissione in tempi ragionevoli brevi dei pazienti cronici ed inguaribili. In caso contrario, prolungando la durata delle degenze, è penalizzato lo stesso funzionamento dell'Area Ospedaliera stante il tipo di remunerazione a prestazioni in essere.

## 2. Il contesto normativo

Il decreto Ministero Sanità 28 settembre 1999<sup>(5)</sup>, in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale, affrontava il problema dei malati terminali con bisogno di cure

non risolutive ma sintomatiche o palliative. Con tale decreto veniva avviato e finanziato un programma nazionale, la cui elaborazione era demandata alle Regioni ed alle Province autonome, contenente obiettivi misurabili con indicatori di verifica dei risultati sia degli aspetti tecnico-professionali, che della qualità percepita dal cittadino (gradimento). Il programma si inseriva in un cambiamento epocale della società, con il proposito di soddisfare una domanda sanitaria, cui l'ospedale aveva risposto con un modello tradizionale non adeguato. L'obiettivo generale era di attuare una ricomposizione organizzativa di funzioni ospedaliere e territoriali, che permettesse una presa in carico globale del paziente attraverso una rete di attività e servizi strettamente coordinati ed interconnessi.

La rete di assistenza ai pazienti terminali è pensata come costituita da una aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali. Tale rete deve operare in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale e nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale degli operatori coinvolti. La rete si deve inoltre integrare con le unità di valutazione distrettuali, se presenti sul territorio ed infine prevedere una specifica fase operativa preposta alla valutazione e presa in carico del paziente e alla formulazione del piano terapeutico individualizzato.

Tale normativa nazionale si è inserita, nel Lazio, in un contesto particolare: il programma di assistenza domiciliare nelle USL aveva avuto inizio con la legge regionale n. 80/1988<sup>(6)</sup> e con la successiva formulazione di strumenti metodologici e tecnici (DGR 1020/1989)<sup>(7)</sup>. Il servizio, nato per rispondere ai bisogni emergenti dall'area della senescenza, in relazione al noto e complesso fenomeno del progressivo invecchiamento della popolazione, nella sua concreta realizzazione aveva risposto anche ai bisogni di soggetti appartenenti ad altre fasce di età e ad altre tipologie di pazienti comunque esposti al rischio di ospedalizzazione impropria<sup>(8)</sup>.

La carenza nel Lazio di una rete di servizi territoriali aveva determinato un'offerta dei servizi sanitari di tipo prettamente ospedaliero. Tale sperimentazione era iniziata nel 1990, ma già nel 1994 la trasformazione delle USL in aziende sanitarie aveva prodotto cambiamenti radicali nell'assetto organizzativo della sanità. L'assistenza domiciliare, messa a regime tramite l'inserimento nei livelli uniformi di assistenza, ha dovuto quindi subire un processo di revisione organizzativa e di riassetto che si è protratto fino al 1997. In tale epoca la

regione ha predisposto le linee guida per ridefinire il modello organizzativo precedentemente adottato e la metodologia di intervento, impartendo alle Aziende USL nuove direttive per il rilancio dell'assistenza domiciliare.

Il rilancio dell'assistenza domiciliare rientra in un disegno di politica sanitaria generale che vede il Servizio sanitario nazionale impegnato a delimitare il ruolo dell'ospedale, introducendo la tendenza a ridurre abitudini all'uso eccessivo di prestazioni ospedaliere. Coerente con questa tendenza, la Regione Lazio si è mostrata orientata a valorizzare le prestazioni attuate nelle strutture sanitarie del territorio di residenza degli utenti, cioè a livello distrettuale. Per il triennio 1998-2000 la Regione ha infatti posto in essere un progetto di potenziamento dell'assistenza domiciliare nel Lazio<sup>(9)</sup>. Il progetto prevedeva la erogazione di finanziamenti in base al raggiungimento di obiettivi rappresentati, in via generale, dal potenziamento di tutti i centri di assistenza domiciliare del Lazio.

Considerando la necessità di disporre di strutture territoriali di Assistenza Domiciliare in grado di prevenire in concreto i ricoveri ospedalieri impropri e di praticare direttamente l'assistenza ai pazienti in deospedalizzazione protetta (trattamento domiciliare post-acuzie), è stata avviata una sperimentazione concernente l'attivazione di 3 équipes (una per ciascuna azienda USL individuata dalla regione come territorio sperimentale privilegiato) per assicurare in tutte le 24 ore prestazioni ad utenti che necessitano di alta intensità assistenziale (es. i malati oncologici terminali sottoposti a cure palliative). Questa attività rappresenta una novità per il Lazio, da potenziare significativamente se i risultati si dimostreranno favorevoli. Il relativo monitoraggio serve quindi a raccogliere informazioni di rilevante interesse e criticità.

### **3. Descrizione del progetto**

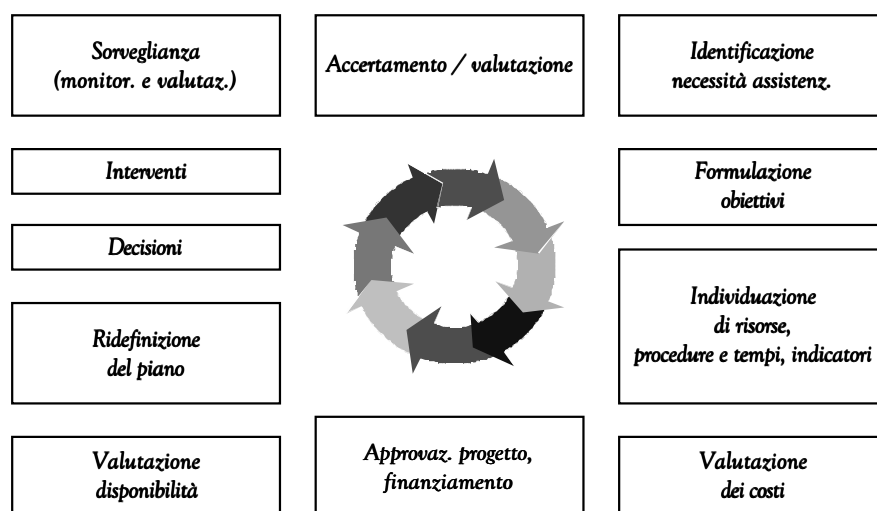
Il progetto è stato improntato all'esigenza di equilibrare domanda e offerta di servizi, partendo dalla determinazione dei bisogni sanitari<sup>(10)</sup> (cfr. figura 1). Nella sua elaborazione si è proceduto per fasi.

#### *3.1 Prima fase*

La *prima fase* è consistita in una quantificazione della particolare tipologia di assistiti nella comunità di riferimento, che potevano beneficiare di un'assistenza domiciliare potenziata; la tavola 1 riporta la mortalità locale per le malattie neoplastiche, mentre la figura 2 evidenzia la proporzione fra le richieste di assistenza

domiciliare per neoplasia e le richieste correlate ad altre patologie. In tale fase si è focalizzata anche l'attenzione sulle lamentele più frequenti rispetto al tipo di servizio fino ad allora fornito a tale tipo di malati (tavola 2), deducendo da esse le attese nei confronti del servizio. Durante questa fase, fra i dati di rilievo, è risultato che il numero di decessi per tumore nella ASL RM/H era di oltre 1000 casi l'anno, pari al 26% di tutte le cause. Nel 3° distretto della ASL, il numero di

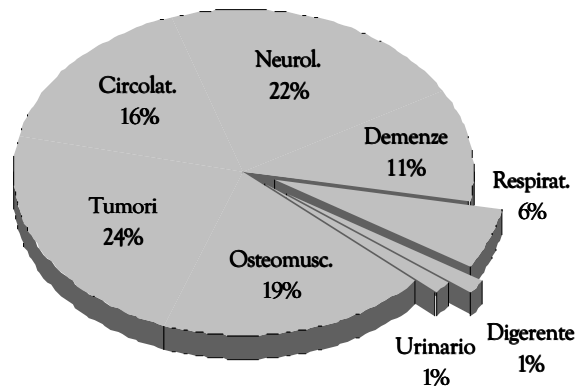
**Figura 1**  
Schema utilizzato per la progettazione del Servizio di Cure Palliative Domiciliari



**Tavola 1**  
Popolazione e decessi nella AUSL Roma H  
Dati per distretto. Anno 1998

	Residenti		Totali	Morti	
	Totali	>65 anni		Mal. App. circ.	Tumore
H1	79.495	11.436	894	375	245
H2	92.708	13.015	924	411	248
H3	72.170	9.713	917	280	192
H4	68.977	6.241	398	144	140
H5	57.889	8.952	476	235	113
H6	78.217	10.079	741	304	220
<b>Totale</b>	<b>449.456</b>	<b>59.436</b>	<b>4.350</b>	<b>1.749</b>	<b>1.158</b>

**Figura 2**  
**Richieste di assistenza domiciliare secondo la patologia nel 3° distretto della AUSL Roma H**  
**Anno 1997. 1.200 pazienti trattati in totale.**



**Tavola 2**  
**Lamentele più frequenti nei confronti del servizio di assistenza domiciliare**

<i>Paziente</i>	Mancata copertura infermieristica nell'arco di tutta la giornata Dimissione senza raccordo preliminare con le strutture territoriali Risposta intempestiva del CAD Insufficiente controllo dei sintomi Mancanza di oncologo / algologo
<i>Familiari</i>	Mancata copertura infermieristica nell'arco di tutta la giornata Dimissione senza raccordo preliminare con le strutture territoriali Risposta intempestiva del CAD Insufficiente controllo dei sintomi Mancanza di oncologo / algologo Supporto psicologico
<i>Medico di base</i>	Mancata copertura infermieristica nell'arco di tutta la giornata Dimissione senza raccordo preliminare con le strutture territoriali Risposta intempestiva del CAD Mancanza di oncologo / algologo
<i>Ospedale</i>	Intempestività nella presa in carico dei pazienti Mancata copertura infermieristica durante la giornata

pazienti / anno con tumore gestiti dal CAD era molto vicino al numero di decessi / anno per tumore, e ciò era compatibile con l'assunto che la quasi totalità delle persone decedute per neoplasia attraversa prima della morte una fase terminale, ovvero una fase della malattia tumorale in cui le cure specifiche non sono più efficaci, dove è essenziale il controllo dei principali sintomi legati alla progressione della neoplasia, e dove solitamente non esistono le condizioni per ricorrere ad interventi da attuare ambulatoriamente o in regime di ospedalizzazione. La durata media della fase terminale dei pazienti oncologici è stata stimata in circa 90 giorni<sup>(11)</sup>, durante la quale i pazienti incontrano problemi di vario tipo. I pazienti affetti da malattia neoplastica in carico al CAD rappresentavano il 24% dei pazienti totali in carico (circa 1200 / distretto), generalmente essi richiedevano prestazioni di elevato livello assistenziale, spesso la richiesta di presa in carico era immediatamente successiva ad una dimissione ospedaliera. Il mancato raccordo fra struttura ospedaliera e CAD, preliminare alla dimissione affinché questa fosse realmente protetta, e le difficoltà ad organizzare una presa in carico immediata costituivano elementi di criticità del sistema dell'offerta territoriale. Poiché la tecnica consente oggi sopravvivenze prima improbabili ed è maggiore la coscienza del diritto ad una migliore qualità della vita in presenza di una malattia incurabile, la gestione dei casi richiedeva una adeguata presenza, qualificazione (e formazione) del personale. I medici di base chiedevano sempre più insistentemente una maggiore copertura infermieristica domiciliare specializzata e una maggiore possibilità di usufruire di adeguate consulenze specialistiche quando ve ne era bisogno.

### 3.2 Seconda fase

La *seconda fase* ha riguardato la comparazione delle differenti possibilità di accesso ai servizi locali (analisi dell'offerta) riferiti da un lato all'area propria dei malati acuti, e dall'altro a quella dei malati cronici e inguaribili. Questa ha evidenziato una rilevante disparità dei volumi di risorse dedicati alle due aree, e quindi una disuguaglianza nelle possibilità di accesso di due categorie di assistiti: gli acuti ed i cronici/inguaribili (peraltro in contrasto con le indicazioni del PSN 1998-2000). Rispetto alle indicazioni regionali il numero complessivo di posti letto (pubblici e accreditati) della ASL RM/H risultava eccedente, mentre era più che mai evidente la sproporzione fra l'offerta di servizi ospedalieri e quella di servizi

territoriali: 10 presidi ospedalieri e 9 case di cura accreditate su 6 distretti sanitari; oltre 1200 infermieri solo nei 9 presidi ospedalieri pubblici (senza calcolare quelli di un ospedale religioso e delle nove case di cura accreditate) a confronto con 33 infermieri domiciliari ed altri 238 dei presidi ambulatoriali. La coesistenza di disabilità legata alla malattia limitava peraltro la possibilità di ricerca di servizi sanitari in grado di soddisfare il bisogno sanitario, generando disuguaglianza fra cittadini autonomi e coloro che non lo erano. Era evidente la necessità di trovare un equilibrio ideale attraverso una adeguata programmazione sanitaria. Le esigenze di contenimento dei costi e la forte pressione esercitata dai cittadini, sempre più consapevoli dei loro diritti e sempre più esigenti rispetto a chi gestisce la cosa pubblica, imponevano di mantenere alti livelli di qualità e di efficacia, anche nell'erogazione delle cure domiciliari.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) appariva come una forma di assistenza sanitaria tecnicamente in grado di rispondere ad alcuni obiettivi fondamentali del PSN. Oltre ad essere ormai codificata, veniva erogata, sotto la responsabilità del Medico di Medicina Generale, in collaborazione coi servizi sociosanitari del territorio, senza limiti temporali a soggetti affetti da patologie croniche specifiche e richiedenti abitualmente minor complessità e intensità assistenziale. In più occasioni ed in mancanza di alternative essa si era rivelata tuttavia in grado di gestire, a basso costo, anche situazioni più complesse. Una ADI con risorse adeguate poteva dimostrarsi efficace ed efficiente nella gestione di situazioni che richiedevano maggior complessità ed intensità assistenziale e quindi poteva anche fornire una alternativa valida rispetto ad ipotesi di Ospedalizzazione Domiciliare, altra forma assistenziale innovativa che però, contrariamente alla prima, non era ancora codificata giuridicamente ed economicamente.

L'esigenza degli ospedali di ridurre i tempi di degenza con dimissioni sempre più precoci era frustrata localmente da una équipe di assistenza domiciliare che, anche se sufficientemente preparata sotto il profilo tecnico, era quantitativamente insufficiente: non poteva infatti garantire prestazioni sempre tempestive ed una presenza costante (soprattutto di personale infermieristico) nelle diverse fasce orarie della giornata e nei giorni festivi. Per lo stesso motivo i medici di medicina generale frequentemente ricorrevano alla ospedalizzazione, ritenendosi non adeguatamente supportati.

### 3.3 Terza fase

La *terza fase* è stata finalizzata alla definizione delle finalità generali dell'esperimento: qualificare l'Assistenza Domiciliare; equilibrare, rafforzando l'Area Territoriale, la rete assistenziale per i malati oncologici, sbilanciata a favore di quella ospedaliera; acquisire elementi di valutazione utili ad una programmazione più estesa all'interno del proprio territorio.

In tale ambito sono stati definiti i seguenti obiettivi specifici da raggiungere: rispettare la dignità umana; migliorare la qualità della vita (efficace controllo del dolore e degli altri sintomi, assistenza nutrizionale); garantire tempestivamente le dimissioni protette; garantire una maggiore presenza e continuità assistenziale come Assistenza Domiciliare; agevolare la permanenza a casa dei malati; ridurre i ricoveri impropri.

### 3.4 Quarta fase

Nella *quarta fase* sono stati quindi definiti i fattori, gli indicatori e gli standard sulla base dei quali monitorare l'esperienza (tavola 3). Gli standard sono stati fissati ex novo per la mancanza di precedenti elementi quantitativi di riferimento (ad esempio, quelli per la verifica della capacità del servizio di ridurre la ospedalizzazione impropria). Va sottolineato che il modello delineato è sperimentale e che il sistema di indicatori messo in piedi potrà essere utilizzato successivamente

**Tavola 3**  
**Fattori, indicatori e standard individuati per una verifica e valutazione della qualità del servizio sanitario progettato**

Fattore/fenomeno	Indicatore	Standard
Tempestività di risposta del servizio	Tempo medio di attesa x presa in carico	48 ore
	Assistiti in lista di attesa	0
Capacità di riduzione del ricorso improprio alla ospedalizzazione	Assistiti ricoverati / totale assistiti	< 10%
	gg. ricovero / n. gg. presa in carico	< 10%
Miglioramento qualità della vita	Clinical benefits	Punteggio medio / mensile > 2
Livello di gradimento del servizio	Quesiti dal n. 2 al 9 del questionario	Punteggio medio ≥ 3

sia per il confronto di dati omogenei che per la individuazione più corretta degli standard utilizzati. Il sistema di reportistica comprende infatti anche la registrazione di indicatori per i quali non sono stati definiti standard di riferimento, ma che serviranno a creare un sistema informativo utile ad una comparazione dei dati nel tempo.

### 3.5 Quinta fase

Nella *quinta fase* sono state individuate le azioni da programmare ed elaborati gli strumenti attuativi. Sono stati previsti in questa fase: *a.* l'adeguamento dello staff territoriale, soprattutto con un rafforzamento sostanziale dell'equipe infermieristica; *b.* la pianificazione dell'unità di offerta; *c.* la valutazione multidisciplinare dei soggetti; la globalità e la intensità dei piani di cura; *d.* un sistema di garanzia della continuità terapeutica degli interventi; la collaborazione ai vari livelli sanitari, in primo luogo fra ospedale e distretto; la collaborazione con la famiglia; *e.* la valutazione degli esiti nel tempo. Sono stati inoltre definiti: la carta dei servizi; i criteri di ammissibilità al trattamento domiciliare dei pazienti neoplastici; le schede di valutazione e monitoraggio più appropriate rispetto a bisogni specifici, da integrare con la cartella ordinaria di assistenza domiciliare già in uso; il sistema informativo di supporto, compreso quello per la verifica del gradimento del servizio; i protocolli per la pianificazione delle procedure di trattamento e terapia; le linee guida per la gestione della nutrizione artificiale; il protocollo da osservarsi per l'attivazione delle dimissioni protette.

Le ultime 3 fasi della progettazione, per riassumere, sono servite a delineare gli obiettivi specifici e a individuare gli strumenti operativi da utilizzare durante l'esperienza. La programmazione ha anche previsto la organizzazione di un corso di formazione teso a far acquisire agli operatori una più adeguata competenza per la gestione di malati oncologici in fase terminale<sup>(10)</sup> al personale già assegnato e un periodo di affiancamento per il personale di nuova acquisizione. A conclusione dell'esperienza (1 anno), i dati accumulati saranno pubblicizzati attraverso una giornata di studio, traendone le dovute deduzioni.

## Conclusioni

Poiché la organizzazione dei servizi sanitari deve prevedere una preliminare determinazione delle necessità assistenziali, il progetto per la realizzazione del

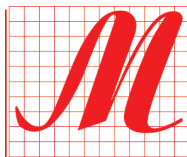
nostro modello ha avuto origine da una analisi della domanda esplicita e potenziale proveniente dal territorio. I dati nel loro complesso convincevano sulla utilità di un potenziamento della équipe di assistenza domiciliare, tale da far sì che il servizio fosse in grado di gestire adeguatamente anche i pazienti più impegnativi, come i neoplastici terminali. Evidenziata quindi la sproporzione fra i servizi ospedalieri e quelli territoriali, gli obiettivi sostanziali del progetto hanno mirato a riequilibrare un sistema sanitario aziendale ancora polarizzato prevalentemente sui primi, cui peraltro un territorio forte sarebbe in grado di restituire a pieno il ruolo istituzionale di diagnosi e cura delle malattie acute.

Nel momento in cui si scrive, il progetto ha avuto il finanziamento regionale e si sta passando alla fase attuativa (reclutamento personale per il potenziamento quantitativo della équipe di AD): il modello assistenziale, che sarà sperimentato su un distretto, dovrà dimostrare (attraverso gli strumenti di cui si è detto) la propria capacità di soddisfare le attese del cittadino e fornire elementi per una analisi dei costi a livello di microsistema, consentendo un valutazione circa la sua estendibilità.

### **Bibliografia**

- <sup>(1)</sup> Trabucchi M. *Possibilità e limiti di una assistenza sanitaria sostenuta da prove scientifiche*. Igiene e Sanità Pubblica, 2000; 3:189-191.
- <sup>(2)</sup> Bucci R. *Criteri nazionali ed internazionali per le scelte di priorità in sanità*. Atti 9° Master di Epidemiologia dei Servizi Sanitari. Roma Tor Vergata, 16-17 febbraio 2001.
- <sup>(3)</sup> Ministero della Sanità. *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*. Suppl. Ord. n. 201, Gazzetta Ufficiale del 10/12/1998, n. 288. <http://www.sanita.it/psn/psn9800.htm>
- <sup>(4)</sup> Delibera della Giunta Regionale del Lazio 16 dicembre 1997, n. 7878. *Linee guida per l'organizzazione e l'attuazione delle attività di assistenza domiciliare*. Suppl. Ord. n. 1 al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio del 20 marzo 1998, n. 8.
- <sup>(5)</sup> Decreto Ministero della Sanità 28/9/1999. *Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative*. Gazzetta Ufficiale del 7/3/2000, n. 55.

- <sup>(6)</sup> Legge Regionale del 2 dicembre 1988, n. 80. *Norme per l'assistenza domiciliare*. Bollettino Ufficiale della Regione Lazio del 20 dicembre 1988, n. 35.
- <sup>(7)</sup> Delibera del Consiglio Regionale del Lazio del 29 novembre 1989, n. 1020. *Directive alle USL per l'organizzazione dell'assistenza domiciliare nel Lazio*. Suppl. Ord. n. 2 al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio del 10 febbraio 1990, n. 4.
- <sup>(8)</sup> Melaragno E, Russo M, Rutili M, Sperduti E. *Ricerca sull'assistenza domiciliare nel Lazio*. Edizioni Grafiche Manfredi, Roma, 1999.
- <sup>(9)</sup> Regione Lazio, Ass.to Salvaguardia e Cura della Salute. *Progetto triennale 98-00 di Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare*. Roma, maggio 1999.
- <sup>(10)</sup> Panà A, Muzzi A. *Programmazione e pianificazione dei servizi sanitari*. Atti 9° Master di Epidemiologia dei Servizi Sanitari. Roma Tor Vergata, 16-17 febbraio 2001.
- <sup>(11)</sup> Regione Lazio. *Proposta di Piano Sanitario Regionale Lazio 2000-2001*. Ed. BETA tipografica, Roma, dicembre 1999.
- <sup>(12)</sup> Muzzi A. *Obiettivi formativi ed informativi*. Atti 9° Master di Epidemiologia dei Servizi Sanitari. Roma, 9 novembre 2000.



**Editoriale**

---

L'Educazione continua in medicina (ECM) e la costante crescita professionale .....	185
--	-----

**Speciale MESS**

---

<b>A. Panà</b>	
Presentazione .....	192
<b>V. Carreri</b>	
Assistenza sanitaria primaria ed assistenza distrettuale: identità o differenza? .....	195
<b>M.C. Claudi</b>	
Profilo storico del distretto nell'organizzazione sanitaria italiana .....	208
<b>A. Francescato</b>	
Progettazione di un modello sperimentale per l'assistenza domiciliare ai malati oncologici sottoposti a cure palliative nel Lazio .....	229

**Parte Scientifica e Pratica**

---

<b>R. Prato, C. Germinario, M.G. Mastrogiacomo, V. Lepore, P.L. Lopalco</b>	
Analisi dei ricoveri ospedalieri per fratture vertebrali in Puglia nel triennio 1998-2000 .....	241

**Note di Storia dell'Igiene**

---

<b>R. Bucci</b>	
Igiene e Sanità Pubblica nel 1946 .....	253

**Note di Approfondimento**

---

<b>A. Bonaldi, S. Tardivo, G. Romano</b>	
Trend di sviluppo dell'assistenza ospedaliera .....	259

**Note di Aggiornamento**

---

<b>S. Giacomobono</b>	
Un confronto tra sistema sanitario inglese ed americano .....	271

**Libri**

---

<b>A. Meinesz</b>	
L'alga "assassina", <i>Caulerpa taxifolia</i> : un attentato alla biodiversità del Mediterraneo .....	275