



RAPPORTO AUDIT CIVICO
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
CASERTA 2015

INDICE

I Cittadini come risorsa del Sistema Sanitario	4
Perché una valutazione civica del servizio ADI nell'ASL di Caserta	5
Ringraziamenti	7

PRIMA PARTE

Struttura dell'Audit Civico e sviluppo del progetto nella ASL di Caserta	8
Presentazione del rapporto	9
L'Audit Civico: valutare le strutture e i servizi sanitari dal punto di vista del cittadino	13
Il progetto dell'Audit Civico sul servizio ADI nella ASL di Caserta	18

SECONDA PARTE

I risultati dell'Audit Civico sull'Assistenza Domiciliare Integrata nella ASL di Caserta	21
Analisi di benchmarking interno all'Azienda Sanitaria Locale di Caserta	22
FATTORE 1 - ANAGRAFICA	24
FATTORE 2 – DATI DI ATTIVITÀ	26
FATTORE 3 – TEMPI DI ATTESA	35
FATTORE 4 – ACCESSO AL SERVIZIO	37
FATTORE 5 – PRESA IN CARICO	42
FATTORE 6 – ÉQUIPE ASSISTENZIALE	47
FATTORE 7 – FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	52
Comparazione dei risultati con Aziende Sanitarie di altre Regioni	55

TERZA PARTE

La percezione del cittadino-utente: pazienti trattati in ADI nella ASL Caserta	55
Struttura del questionario utilizzato	56
Accesso al servizio	57
Erogazione del servizio	58
Équipe assistenziale	60
Qualità e tempi per la fornitura di presidi sanitari	61
Costi aggiuntivi a carico della famiglia	63

QUARTA PARTE

Sintesi dei risultati e piano di miglioramento	65
Servizi ADI nella ASL di Caserta: prospetto di sintesi	66
Piano di miglioramento	71
 Appendice	 78
Bibliografia	81

I Cittadini come risorsa del Sistema Sanitario

E' noto che la dimensione della partecipazione civica alle politiche sanitarie risulta l'anello debole del sistema dei servizi, nell'ambito di sistemi gestionali tendenzialmente monocratici e troppo spesso guidati da istanze meramente economicistiche. La presentazione pubblica del rapporto su uno studio congiunto ASL-Cittadinanzattiva può diventare emblematica, in un contesto del genere, di come istituzioni e cittadini possano e debbano perseguire lo stesso obiettivo: la costruzione di una sanità più fruibile e vicina ai bisogni delle persone.

Nel proprio Atto Aziendale, l'ASL Caserta individua nell'AUDIT CIVICO uno degli strumenti primari per la partecipazione, da parte dei cittadini, alle politiche sanitarie e socio-sanitarie aziendali. Nell'ambito dell'Azienda, la competenza per la promozione e lo sviluppo dell'AUDIT CIVICO è stata assegnata alla UOC Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione. Tra le funzioni qualificanti di questa struttura c'è senz'altro quella di favorire la costruzione di spazi permanenti di incontro tra il punto di vista aziendale e quello delle associazioni civiche, di volontariato e di promozione sociale che già collaborano con l'azienda attorno ad aree strategiche.

Il peso crescente delle classi di età anziana e il necessario percorso di riqualificazione della assistenza ospedaliera richiedono, unitamente allo sviluppo di una sensibilità su aspetti qualitativi delle cure - quali evitare l'istituzionalizzazione e migliorare l'attenzione al dolore - un radicale mutamento delle strategie sanitarie, con un'attenzione speciale al rilancio e allo sviluppo del sistema delle cure a domicilio. Su richiesta della UOC URP e Comunicazione, il coordinamento ADI aziendale ha manifestato interesse a realizzare uno studio valutativo, finalizzato a individuare criticità e successive azioni di miglioramento nell'organizzazione, nell'accessibilità, nella qualità e nell'omogeneità dei servizi. Si scontano tuttora, infatti, importanti differenze tra aree distrettuali e territori appartenenti alle ex Aziende Sanitarie Locali Caserta1 e Caserta2, oltre che differenze nel livello e nella qualità dell'integrazione con il "sociale", ossia con le risorse e i servizi messi in campo dagli ambiti territoriali.

A partire dalle criticità rilevate e dalle proposte di miglioramento individuate dalle équipes miste (operatori e volontari della ASL e delle assemblee locali di Cittadinanzattiva), il nostro specifico e comune obiettivo sarà il potenziamento dell'assistenza domiciliare e degli strumenti di supporto alle persone in condizioni di fragilità e ai loro *caregiver*, mediante una più attenta qualificazione della capacità di presa in carico dei servizi per le cure domiciliari, per la quale risulta ancora una volta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali.

Consideriamo quindi di fondamentale importanza per la nostra ASL poter disporre di valutazioni e giudizi competenti dei cittadini sui servizi e sulle strutture sanitarie. Perché, al fine di garantire una migliore organizzazione e gestione delle risorse dedicate all'assistenza domiciliare integrata e rendere il servizio più efficiente e vicino ai bisogni delle persone, è indispensabile il contributo della parte civica.

Gaetano Danzi

Commissario Straordinario ASL CASERTA

Perché una valutazione civica del servizio ADI nell'ASL di Caserta

Il monitoraggio dei servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale per promuoverne il miglioramento è un'attività istituzionale per Cittadinanzattiva Caserta. Il confronto dei volontari del locale Tribunale per i Diritti del Malato con le strutture dell'Azienda Sanitaria di Caserta e dell'Azienda Ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano" è continuo, fonda le sue basi su convenzioni stipulate oramai da più di vent'anni, ha portato a risolvere numerose situazioni di disagio ed a garantire il rispetto dei diritti dei pazienti.

La partecipazione dei cittadini al miglioramento dei servizi, seppure talvolta difficoltosa a causa di atteggiamenti culturali resistenti e delle sabbie mobili della burocrazia, è dunque una pratica consolidata. Il salto di qualità che l'Audit Civico ha introdotto è insieme metodologico e concettuale. Metodologico perché traccia un processo che parte dalla pianificazione delle attività fino alla pubblicazione dei risultati ed alla formulazione delle azioni di miglioramento; concettuale perché sin dall'inizio impone una stretta collaborazione tra associazione, gestori ed operatori del servizio che supera lo sterile approccio controllore/controlato e crea una tensione al miglioramento che viene riconosciuta come un valore comune fin dai primi passi.

Per la valenza riconosciuta all'Audit Civico, esso è citato nel paragrafo 6 "Partecipazione e diritti dei cittadini" del Decreto n.18 2013 del Commissario ad Acta della Regione Campania "Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Campania", che ne promuove l'attuazione. Il decreto cita: *l'Audit Civico rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione, da parte dei cittadini, alle politiche sanitarie aziendali*. Come da atto aziendale dell'ASL Caserta, la promozione e lo sviluppo dell'Audit Civico figurano tra le funzioni istituzionali dell'UOC URP e Comunicazione.

L'Assistenza Domiciliare Integrata è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione".

Ciò è particolarmente importante per bambini e pazienti anziani, che sono frazione significativa del totale degli assistiti ADI; la loro permanenza nell'ambito familiare con gli adeguati supporti di ordine sia sociale che sanitario offre il massimo del beneficio per il paziente. Non sono trascurabili inoltre i vantaggi connessi al mancato ricorso all'ospedalizzazione, sia in termini di mero risparmio che di mancato impegno di posti letto per patologie non acute.

A dispetto di un incremento costante della quota di anziani sul totale della popolazione, i dati del Ministero della Salute per il 2010 mostrano che la nostra regione non brilla per la percentuale di ultrasessantacinquenni assistiti in ADI: a fronte di una media nazionale pari al 4%, la cifra regionale è ferma al 2,1%; la stessa fonte riporta che 8 regioni superano la media nazionale e l'Emilia Romagna vanta un valore pari all'11,6%. In Campania non è insoddisfacente soltanto il numero delle prestazioni ADI, ma anche l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale: la scarsa collaborazione tra Ambiti e ASL, dovuta all'imperfetta funzionalità dei canali di comunicazione tra le strutture ma soprattutto alla scarsità di risorse dei Comuni porta ad una insufficiente copertura delle necessità di assistenza sociale.

La consapevolezza della situazione descritta, acquisita anche attraverso le segnalazioni pervenute dai cittadini, sia al Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva Caserta che all'URP, sul sistema dell'assistenza domiciliare, focalizzarono l'attenzione da parte di Cittadinanzattiva Caserta e del settore "Ricerca e analisi dei bisogni dell'utenza" dell'URP aziendale su questa tematica. Cittadinanzattiva Caserta e l'UOC URP e Comunicazione della ASL concordarono dunque nel marzo 2014 di proporre alla Direzione Generale dell'ASL un Audit Civico sul servizio ADI in tutti i distretti sanitari aziendali, che coprono tutta la provincia. Condivisa rapidamente l'iniziativa da parte della Direzione dell'ASL e dell'Assemblea Territoriale Cittadinanzattiva di Aversa, la Cabina di regia dell'Audit fu insediata a fine maggio 2014.

Esaminando gli strumenti operativi disponibili, tenendo conto altresì dei rilievi metodologici annotati nel Rapporto sull'Audit Civico svolto in alcune ASL lombarde, Cittadinanzattiva Caserta e il citato settore della UOC URP e Comunicazione rilevarono che il processo fino ad allora utilizzato non prevedeva il rilievo del punto di vista dei pazienti sulla qualità del servizio. Si concordò quindi con l'Agenzia Valutazione Civica di Cittadinanzattiva nazionale di sperimentare in ASL Caserta questo nuovo approccio, previa stesura del questionario dedicato agli assistiti.

I risultati dell'Audit così strutturato, che sono riportati in questo rapporto, testimoniano l'efficacia di questo processo integrato ed il buon lavoro svolto dalle équipe miste formate da operatori della ASL e volontari di Cittadinanzattiva Caserta.

Siamo certi che il piano di miglioramento concordato, esposto nell'ultima sezione di questo rapporto, darà i suoi frutti in termini di ampliamento del numero di assistiti e di qualità del servizio.

Tiziana Carnevale

Dirigente UOC Ufficio Relazioni
col Pubblico e Comunicazione
ASL Caserta

Lorenzo Di Guida

Coordinatore Assemblea
Territoriale Cittadinanzattiva
Caserta

Angela Falco

Coordinatore Assemblea
Territoriale Cittadinanzattiva
Aversa

Ringraziamenti

La redazione del presente Rapporto è stata curata da Maria Eugenia Morreale, con il contributo di Michela Liberti e Lorenzo Di Guida, e la supervisione di Francesca Moccia.

E' doveroso rivolgere un sentito ringraziamento a tutti coloro che, a vario titolo, hanno collaborato all'Audit Civico:

- Aniello Sacco (referente Direzione aziendale e resp. Coord. Socio-sanitario ASL Caserta)
- Carmine Lauriello (resp. Coordinamento ADI ASL Caserta e Unità Operativa ADI distretto 12)
- Alessio Maione (resp. Settore Ricerca e analisi bisogni utenza - UOC URP e Comunicazione ASL Caserta)
- Giuseppe Medici, Maria Luisa Golia, Annarita Catalano, Carmine Rafaniello, Michele Valentino, Giuseppina Pero, Emilia Gagliardi, Anna Castiglia, Antonella Scarpa, Vinicio Balbi, Massimo Di Rienzo, Anna Russo, Pasquale Ianniello, Giuliano Cerqua (responsabili/referenti unità operative ADI distrettuali)
- Gabriella Paleni, Rossella Montesano, Pasqualina Sacco, Bruno Russo, Carmen Foglia, Imma Vitiello, Emilia Basilicata, Maria Rosaria Vigliotta, Alba Ponticelli, Raffaella Ferrucci, Anna Piscitelli, Vincenza Di Fuccia, Lucia Santoro, Maria Teresa Corvino, Piera Beneduce, Biagina Iavazzi, Nicoletta Massaro, Gianfranco Miele, Giovanna Fabozzi, Fiorita Suglia, Filomena D'Amico, Davide Federico, Michele Zolfo (dirigenti e operatori coordinamento ADI, unità operative ADI distrettuali, coordinamento e uffici socio-sanitari distrettuali, uffici relazioni con il pubblico distrettuali)
- Lina Falco, Bartolo Donvito, Angela Ancona, Maria Officioso, Enzo Villani, Lucia Casella, Margherita De Matteo, Rosanna Improta, Antonio Santillo, Maria Maura Amato, Annagioia Trasacco, Barbara Cutolo (volontari delle Assemblee Territoriali Cittadinanzattiva di Caserta e Aversa)
- Antonia Comparone, Rosa Di Maio, Margherita Giordano, Francesca Motta, Vanda Pennini (psicologhe e sociologhe volontarie/tirocinanti ASL Caserta)
- L'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva

Un ringraziamento particolare va rivolto infine agli 86 pazienti / caregiver - anonimi - che hanno dedicato tempo ed energie preziosi per il completamento di questo lavoro.

PRIMA PARTE

Struttura dell'Audit Civico e sviluppo del progetto nella ASL di Caserta

Presentazione del rapporto

Il presente Rapporto è un documento di rendicontazione del ciclo di Audit Civico¹ nella ASL di Caserta dedicato alla **medicina del territorio**, in particolare all'Assistenza Domiciliare Integrata e, al tempo stesso, una presentazione sintetica dei risultati della valutazione effettuata presso i 12 Distretti della ASL stessa.

Inoltre, per la prima volta nell'ambito dell'ADI, nell'Audit Civico sono state raccolte ed esaminate anche le esperienze dirette degli assistiti e dei loro familiari, sottoponendo nei vari distretti questionari anonimi ad alcuni utenti del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata.

Per questo il Rapporto è articolato in quattro parti.

In questa **prima parte**, avente per titolo "**Struttura dell'Audit Civico e sviluppo del progetto nell'ASL Caserta**", si vuole fornire un quadro conoscitivo generale sulla metodologia dell'Audit e una ricostruzione accurata delle fasi che hanno caratterizzato la realizzazione del progetto a Caserta.

Ciò che evidenzia e rende unica questa metodologia è il fatto che l'intero processo di valutazione viene promosso e condotto da cittadini, adeguatamente formati, in collaborazione con le aziende sanitarie. I "valutatori" infatti, sono organizzati in équipe miste di cittadini volontari e operatori sanitari (medici, infermieri, assistenti sociali, tecnici, personale amministrativo, altre figure professionali, a seconda delle singole realtà), e questo consente sin dall'inizio uno spirito di collaborazione e di condivisione del processo, oltre che una validazione congiunta dei dati rilevati, che rende particolarmente oggettiva e rigorosa la valutazione.

Nel marzo 2014 la ASL Caserta e Cittadinanzattiva hanno deciso di applicare la metodologia dell'Audit e, in base ad aspetti dell'assistenza ritenuti particolarmente significativi dai cittadini, hanno scelto di focalizzare la valutazione sulla medicina del territorio in particolare sull'Assistenza Domiciliare Integrata.

Nella realizzazione delle attività un ruolo fondamentale è stato svolto, presso l'Azienda, dal referente aziendale per l'Audit indicato dalla Direzione Aziendale e dai referenti civici individuati da Cittadinanzattiva. E soprattutto con la partecipazione di decine di cittadini Volontari e Professionisti della ASL, che hanno portato avanti, con grande impegno e serietà, le diverse fasi del percorso.

La **seconda parte** del Rapporto, come si evince dal titolo "**I risultati dell'Audit Civico sull'Assistenza Domiciliare Integrata**", costituisce il cuore del documento ed analizza i dati raccolti a livello di Direzione Aziendale e dei dodici Distretti Sanitari; si compone di due sezioni.

La sezione principale, "**Analisi di benchmarking interno all'Azienda Sanitaria Locale**", riporta in modo sintetico e comparato i punteggi conseguiti da ciascun Servizio in relazione alle valutazioni

¹ L'Audit Civico è un marchio denominativo registrato da Cittadinanzattiva onlus presso l'Ufficio Italiano Brevetti e Marchi (U.I.B.M.) del Ministero dello Sviluppo Economico il 7 marzo 2007.

delle équipes locali. Per una più agevole e chiara lettura di tali dati è opportuno fornire alcune indicazioni introduttive.

A) Innanzitutto i dati sono forniti per ciascuno dei **Fattori di valutazione**, di seguito richiamati:

FATTORE 1: ANAGRAFICA
FATTORE 2: DATI DI ATTIVITÀ
FATTORE 3: TEMPI DI ATTESA
FATTORE 4: ACCESSO AL SERVIZIO
FATTORE 5: PRESA IN CARICO
FATTORE 6: EQUIPE ASSISTENZIALE
FATTORE 7: FORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Per ogni Fattore sono stati attribuiti i punteggi conseguiti dall'Azienda e dai vari Distretti con riferimento ai diversi livelli di applicazione, e in particolare:

Livello 1: Direzione Sanitaria

Livello 2: Distretto (Servizio ADI)

Per ogni Fattore ed ogni livello sono quindi forniti, in valore assoluto e in termini comparativi, i risultati conseguiti dall'Azienda e/o da ciascun Servizio. Come si vedrà, per il livello Direzione Sanitaria si è scelto di fornire un dato sintetico per l'intera ASL Caserta, mentre per il livello di Distretto i punteggi conseguiti dai singoli Servizi ADI sono stati messi a confronto.

B) In secondo luogo, la comparazione dei punteggi tra i diversi distretti è stata fatta in un'ottica di benchmarking. L'obiettivo non è quello di fare una "pagella" delle strutture, ma di fornire a ciascun distretto la possibilità di posizionarsi rispetto al quadro locale e capire quali possono essere i propri margini di miglioramento.

Per questo motivo, su ogni grafico sono state colorate in verde le tre migliori performance e in rosso le tre peggiori, indipendentemente dal punteggio, proprio con lo scopo di evidenziare, in termini comparativi, il posizionamento e i divari potenzialmente colmabili.

C) Per ogni fattore e livello è stato calcolato il valore medio tra tutti i Servizi distrettuali, che consente di leggere, in termini assoluti, le performance del Servizio Sanitario Aziendale.

I punteggi, sempre da 0 a 100, sono stati classificati secondo la seguente scala:

PUNTEGGIO IAS	
VALORE	CLASSE DI MERITO
da 91 a 100	Eccellente
da 81 a 90	Buono
da 61 a 80	Discreto
da 41 a 60	Mediocre
da 21 a 40	Scadente
da 0 a 20	Pessimo

A completamento della seconda parte del rapporto, la sezione dal titolo ***"Comparazione dei risultati con Aziende Sanitarie di altre Regioni"*** mette brevemente a confronto i risultati ottenuti dalla ASL di Caserta con altre ASL/ASP del sud Italia che hanno svolto negli anni passati lo stesso percorso di Audit Civico per l'Assistenza Domiciliare Integrata a livello di Direzione Sanitaria e Distretti (Abruzzo, 2014; Sicilia, 2012).

La **terza parte** del Rapporto, intitolata ***"La percezione del cittadino-utente: pazienti trattati in ADI nella ASL Caserta"***, rappresenta una novità rispetto ai cicli precedenti di Audit sull'Assistenza Domiciliare Integrata, poiché raccoglie i risultati dell'indagine condotta presso gli assistiti e le loro famiglie. Come già detto precedentemente, la metodologia dell'Audit Civico prevede una combinazione di interviste ed osservazioni sul campo che offra un quadro completo e condiviso sulla qualità dei servizi sanitari. Nel caso specifico dell'Assistenza Domiciliare, tuttavia, l'osservazione diretta viene penalizzata dal non poter visitare ed osservare fisicamente ciò che si svolge al domicilio dei pazienti; più di una volta, in conclusione degli altri cicli di Audit Civico sullo stesso tema, si è sentita la necessità di sopperire in qualche modo a questa componente di osservazione diretta. Questo ha portato Cittadinanzattiva Caserta e l'Agenzia di Valutazione Civica a sperimentare una strada nuova e a formulare, in questo ciclo di Audit sull'ADI, un questionario "ad hoc" per gli assistiti. Ovviamente questo non può sostituire l'osservazione diretta, ma costituisce un compendio molto interessante ai dati forniti da ASL e Distretti.

Sono stati quindi intervistati 86 pazienti assistiti dal servizio di Assistenza Domiciliare sul territorio della ASL Caserta (o loro caregiver/familiari), i quali, in modalità assolutamente anonima, hanno risposto alle domande riguardanti la loro esperienza personale. Alcune delle domande sottoposte riguardano la facilità di accesso al servizio, le modalità di erogazione, la composizione e la disponibilità dell'équipe a domicilio, la completezza e qualità delle informazioni ricevute. Pertanto, questa tipologia di domande può in qualche modo trovare corrispondenza con alcuni fattori/subfattori dello schema di valutazione, e fornire un prezioso dettaglio aggiuntivo: come l'esperienza del cittadino-utente conferma e/o smentisce i punti di forza o le criticità emerse dall'Audit Civico. Una sorta di confronto tra l'opinione di chi usufruisce del servizio e i dati oggettivi forniti da chi lo eroga. Altre domande invece, come quelle relative alla qualità dei presidi forniti, ai tempi di attesa per la fornitura dei presidi stessi, ai costi

mensili aggiuntivi che l'assistenza domiciliare non copre, non trovano una corrispondenza diretta con i fattori di valutazione, ma sono comunque dati interessanti e significativi che il paziente/familiare ci fornisce.

La **quarta parte** del Rapporto infine, intitolata **"Sintesi dei risultati e piano di miglioramento"**, fornisce nella prima sezione (**"Servizi ADI nella ASL di Caserta: prospetto di sintesi"**) un quadro sintetico in cui vengono schematicamente riepilogati, fattore per fattore, i punti di forza e i punti di debolezza dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata della ASL di Caserta. Sono stati riepilogati sia i risultati descritti nella seconda parte, relativi ai questionari della Direzione Aziendale e dei Distretti, che quelli emersi nella parte terza dall'indagine sui pazienti assistiti in ADI.

Nella seconda sezione, **"Piano di miglioramento"** sono riportate le azioni che la ASL di Caserta si impegna a mettere in campo per far fronte alle criticità emerse: fattore per fattore, vengono proposti in dettaglio le criticità riscontrate dal processo di Audit, i commenti di Cittadinanzattiva Caserta e dell'ASL, le azioni di miglioramento concordate e pianificate dalla ASL di Caserta, le relative date di completamento previste.

In calce al rapporto è presentata una breve appendice che riporta dati elaborati da Cittadinanzattiva Caserta sulla base di informazioni fornite dalla ASL Caserta in merito alle risorse umane in forza al servizio ADI. Questi dati non sono stati raccolti tramite i questionari nel corso dei contatti con i distretti e pertanto non entrano a far parte della valutazione standard del servizio. Essi sono stati utilizzati in cabina di regia a supporto dell'individuazione delle azioni di miglioramento.

Maria Eugenia Morreale e Michela Liberti
Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva

L'Audit Civico: valutare le strutture e i servizi sanitari dal punto di vista del cittadino

a) Cosa è in grado di valutare l'Audit Civico dell'Assistenza Domiciliare Integrata

La **struttura di valutazione dell'Audit Civico dell'ADI** è stata costruita seguendo la metodologia che da sempre contraddistingue il metodo dell'Audit Civico, usando come fonti per la costruzione degli indicatori normative, buone pratiche, documenti ufficiali, con lo scopo di definire indicatori oggettivi, che quindi non hanno l'obiettivo di rilevare la percezione dell'utente del servizio ma di rilevare una situazione di fatto.

La struttura di valutazione così costruita è stata poi validata insieme ad un gruppo di esperti del mondo sanitario dell'azienda casertana. Il risultato è la struttura che vi presentiamo di seguito:

STRUTTURA DI VALUTAZIONE AUDIT CIVICO ADI	
FATTORE 1: ANAGRAFICA	
FATTORE 2: DATI DI ATTIVITA' E DI PERSONALE	
FATTORE 3: TEMPI DI ATTESA	
FATTORE 4: ACCESSO AL SERVIZIO	
Sub fattore 4.1 PUA (punto unico di accesso)	
Sub fattore 4.2 Unità di valutazione interdisciplinare	
Sub fattore 4.3 Modalità e figure per l'attivazione dell'ADI	
FATTORE 5: PRESA IN CARICO	
Sub fattore 5.1 Erogazione del servizio	
Sub fattore 5.2 Dolore	
Sub fattore 5.3 Piaghe da decubito	
FATTORE 6: EQUIPE ASSISTENZIALE	
Sub fattore 6.1 Composizione e Reperibilità dell'équipe	
Sub fattore 6.2 Strumenti e modalità per la condivisione delle informazioni del paziente	
Sub fattore 6.3 Case manager	
FATTORE 7: FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	
Sub fattore 7.1 Formazione	
Sub fattore 7.2 Comunicazione	
Sub fattore 7.3 Monitoraggio del Servizio	

La struttura prevede 7 Fattori di valutazione e circa 100 indicatori. Il dettaglio dei singoli indicatori previsti nei Fattori verrà presentato nella parte relativa all'analisi dei risultati.

I primi tre Fattori di valutazione, Anagrafica, Dati di attività e Tempi di attesa, non sono stati valutati con l'attribuzione di un punteggio ma hanno ricevuto una valutazione di tipo qualitativo, questo per due ordini di motivi: per la natura stessa di alcuni indicatori che non permettono una valutazione quantitativa (Anagrafica) e per la mancata individuazione degli standard di riferimento che permettono di misurare la distanza da questi ultimi e di conseguenza l'attribuzione di un punteggio.

La struttura di valutazione si completa con la definizione dei **livelli di applicazione**, vale a dire l'ambito dell'Azienda Sanitaria nel quale è effettuata la rilevazione degli indicatori. I livelli individuati in questo ciclo di Audit sono stati:

- Livello 1: Direzione sanitaria

- Livello 2: Distretto (Servizio ADI)

Per la raccolta delle informazioni sono stati costruiti **due strumenti di rilevazione**, in particolare:

- **un Questionario per la Direzione sanitaria della ASL;**
- **un Questionario per la Direzione del Distretto Sanitario (Servizio ADI).**

Di seguito la Tabella che descrive l'ambito di applicazione della struttura di valutazione.

STRUTTURA DI VALUTAZIONE AUDIT CIVICO ADI		
FATTORI DI VALUTAZIONE	Questionario Direzione sanitaria	Questionario Direzione Distretto
FATTORE 1-ANAGRAFICA	X	X
FATTORE 2-DATI DI ATTIVITÀ	X	X
FATTORE 3-TEMPI DI ATTESA		X
FATTORE 4-ACCESSO AL SERVIZIO		X
FATTORE 5-PRESA IN CARICO		X
FATTORE 6-EQUIPE ASSISTENZIALE		X
FATTORE 7-FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	X	

I Fattori "Dati di attività" e "Formazione e Comunicazione" sono stati indagati attraverso il Questionario rivolto alla Direzione sanitaria della ASL.

I Fattori "Tempi di attesa", "Accesso al servizio", "Presa in carico" ed "Équipe assistenziale" sono stati valutati attraverso il Questionario rivolto alle Direzioni dei Distretti.

Soltanto i Fattori "Anagrafica" e "Dati di attività" sono stati indagati utilizzando entrambi gli strumenti.

Gli indicatori rilevati sono stati associati ad uno standard riconosciuto ed è quindi possibile calcolare, con semplici accorgimenti, in ogni livello e per ogni fattore un "**Indice di adeguatezza agli standard**" (**IAS**). Quando lo standard è pienamente conseguito all'indicatore viene attribuito valore 100, zero nel caso opposto.

La media ponderale dei valori raggiunti dai grappoli di indicatori nelle caselle è il valore dello IAS; la differenza fra il valore dell'IAS e 100 misura lo scarto fra la situazione constatata e il pieno conseguimento di tutti gli standard.

Lo studio degli IAS è la base della valutazione civica e del benchmarking, e permette di condurre analisi di sistema che assumono un particolare valore nei cicli applicativi nazionali, regionali e provinciali.

b) Il ciclo operativo dell'Audit Civico

Un ciclo di Audit può essere suddiviso in quattro grandi fasi:

- 1) le operazioni preliminari: la formalizzazione dell'adesione al programma e la formazione dei responsabili di parte aziendale e parte civica;
- 2) la preparazione: la costituzione dell'équipe operativa locale e la definizione del piano locale;
- 3) l'esecuzione: le operazioni di raccolta dati e la loro restituzione su supporto informatico;
- 4) le azioni finali: elaborazione e restituzione delle basi dati e del benchmarking alle équipe locali; elaborazioni dei rapporti locali, regionali e/o nazionale, pubblicazione degli esiti dell'Audit Civico; verifica degli esiti.

L'elaborazione del **Rapporto locale** di valutazione, comprensivo delle proposte dei piani di miglioramento, è un compito specifico dell'équipe locale ed è articolato in quattro parti:

- **l'analisi dei dati**
- **il verbale sintetico di valutazione**
- **il piano di eliminazione delle non conformità**
- **il piano delle azioni correttive.**

L'obiettivo ultimo dell'Audit è infatti quello di indurre un cambiamento e un miglioramento concreto e verificabile nei servizi e nelle strutture sanitarie. In quest'ottica, **il piano di eliminazione delle non conformità** è rivolto a proporre l'adeguamento agli standard degli indicatori critici messi in evidenza dall'analisi dei dati, indicando gli interventi adeguati a tale scopo. **E' opportuno che**, a partire da una valutazione sulla rilevanza delle situazioni negative constatate e sulla fattibilità concreta degli interventi proposti, **il piano indichi anche ordini di priorità e precise scadenze temporali.**

Il piano delle azioni correttive, invece, è volto ad individuare le azioni sistematiche atte a prevenire il ripetersi delle non conformità (ad esempio l'istituzione di un ufficio o di un responsabile del risk management fornito di risorse e poteri sufficienti). Non sempre l'équipe è in grado di procedere autonomamente nell'individuazione delle azioni correttive; a tale proposito può e deve chiedere uno specifico confronto con la direzione generale.

Nel caso specifico, Cittadinanzattiva Caserta, con la collaborazione dell'Agenzia di Valutazione Civica (brevemente AVC) realizza un **Rapporto** conclusivo al termine di ogni ciclo applicativo di Audit Civico, che comprende l'illustrazione analitica delle tavole di benchmarking e la discussione degli elementi salienti messi in evidenza dall'analisi dei dati con le raccomandazioni generali per i piani di Miglioramento, indirizzate ai diversi interlocutori. A distanza di sei mesi dalla conclusione, e comunque in tempo utile rispetto alla necessità di risposte adeguate e puntuali, è prevista una **verifica sugli effettivi esiti ed in particolare sullo stato di attuazione del piano di eliminazione delle non conformità e del piano delle azioni correttive.**

c) Il significato dell'Audit Civico in Sanità

In sintesi, l'Audit Civico non è la semplice raccolta di informazioni, ma un processo di valutazione civica promosso dalle organizzazioni civiche e realizzato in collaborazione con le aziende sanitarie. Ciò comporta alcune caratteristiche specifiche dell'Audit, che lo differenziano da altre metodologie di valutazione della qualità dei servizi e che è bene tenere in considerazione:

- 1) I cittadini sono al tempo stesso promotori, attuatori e utilizzatori del processo di Audit, nel senso che il loro impegno civico attivo segue tutto il processo di valutazione, dal momento iniziale di proposta alle istituzioni regionali e locali sino alla discussione dei risultati con i decisori per garantire l'assunzione di impegni per il miglioramento.
- 2) Le aziende sanitarie sono direttamente coinvolte, non solo in quanto "oggetto" della valutazione, ma anche come co-attuatori del processo. In ogni azienda è infatti individuato un referente aziendale che affianca il referente civico, e viene costituita una équipe mista di cittadini volontari e operatori sanitari, che condividono una fase di formazione iniziale, e successivamente tutte le fasi di rilevazione e validazione dei dati, redazione dei rapporti locali e discussione dei risultati.

- 3) L'Audit non è una forma di rilevazione della *customer satisfaction*, dal momento che non si basa sulla compilazione di questionari di gradimento da sottoporre agli utenti dei servizi, ma sulla raccolta diretta di informazioni sulla qualità erogata dalle strutture sanitarie, attraverso l'osservazione diretta e interviste ai responsabili dei servizi.

In questo senso vogliamo sottolineare nuovamente che i questionari sottoposti, per la prima volta, ai cittadini-utenti del servizio ADI, NON CONTRIBUISCONO alla valutazione oggettiva dell'Audit Civico, ma costituiscono un utile compendio aggiuntivo, una sorta di osservazione parallela di come il paziente trattato in ADI percepisce il funzionamento del servizio stesso. Ecco perché i risultati dell'analisi di tali questionari vengono trattati separatamente nella parte terza di questo rapporto.

Per le ragioni sopra esposte, non vi è dubbio che l'Audit Civico può essere considerato come una forma di espressione della cittadinanza attiva, vale a dire come una capacità dei cittadini di organizzarsi, di mobilitare in modo autonomo risorse umane, tecniche e finanziarie, e di agire nelle politiche pubbliche per tutelare propri diritti e prendersi cura dei beni comuni.

All'interno del Servizio Sanitario, i cittadini organizzati si propongono quindi come un attore del sistema e una risorsa fondamentale: la loro partecipazione ha a che fare con il governo della salute e con l'interesse generale, e non solo con la soluzione di singoli problemi o con la mera espressione di difesa di interessi privati.

A tale scopo, diventa rilevante l'attenzione che le istituzioni attribuiscono ai cittadini nel considerarli attori importanti del processo di policy making e nell'accrescere il loro livello di empowerment nell'arena pubblica.

In questo quadro, la definizione di un programma di Audit Civico, realizzato in collaborazione tra Azienda Sanitaria e Cittadinanzattiva (sarebbe anche auspicabile, in Campania, estendere il programma alla Regione, coinvolgendo l'Assessorato Regionale alla Salute), costituisce uno strumento fondamentale di *empowerment* del cittadino e delle organizzazioni civiche. Dalla conoscenza prodotta attraverso l'Audit Civico possono discendere azioni di informazione, ascolto e assistenza ai cittadini, di interlocuzione con le aziende sanitarie, di partecipazione alle politiche regionali o più semplicemente di denuncia, reclamo e richiesta pubblica di rimozione di criticità e disservizi. Il fatto che tale conoscenza non si basi su opinioni soggettive o pregiudizi, ma sia il frutto di un lavoro rigoroso di rilevazione e analisi di dati raccolti sul campo, consente di produrre giudizi fondati sulla realtà.

E' compito dei decisori, siano essi regionali o locali (Assessorato, Direzioni aziendali, dirigenti di servizi ospedalieri e territoriali), raccogliere tale patrimonio di informazioni per poter intervenire più efficacemente per risolvere problemi o rispondere a esigenze dei cittadini.

d) L'Audit Civico non è una pagella

I risultati contenuti in questo Rapporto non devono essere letti come una "pagella" dei servizi o come un giudizio sulla professionalità degli operatori che vi operano, ma come un dato oggettivo sugli ambiti sui quali è necessario e possibile **agire per migliorare** l'assistenza ai cittadini.

Non vi è dubbio che alcune realtà appaiono particolarmente problematiche, perché presentano punteggi molto inferiori alla media. In tutti questi casi il Rapporto deve essere uno stimolo e un'occasione per i decisori delle Direzioni Aziendali per intervenire tempestivamente e rimuovere le criticità.

Come più volte chiarito, ad ogni punteggio sono associati più indicatori analitici dalla cui lettura approfondita è possibile trarre indicazioni sugli ambiti che presentano maggiore criticità o, al contrario, risultati più positivi.

Sarà quindi compito della équipe locale individuare presso l'azienda le eventuali non conformità (vale a dire punteggi inferiori alla media o agli standard) e proporre un Piano di azioni correttive.

L'Azienda Sanitaria, quindi, sulla base del proprio posizionamento, può analizzare nel dettaglio i dati di Audit prodotti a livello locale e programmare specifiche azioni di miglioramento.

E' fondamentale che l'équipe locale organizzi, presso l'Azienda, un momento di presentazione e discussione pubblica dei dati, nel corso del quale si rende conto del lavoro svolto e si presentano conclusioni e impegni di miglioramento. Le soluzioni adottabili sono le seguenti:

1. la convocazione di una conferenza stampa con la consegna agli intervenuti di un documento di sintesi, quale Report locale di Audit.
2. la presentazione e la discussione dei risultati dell'Audit e del Rapporto locale con gli operatori (o almeno con i responsabili) delle strutture coinvolte. Questa iniziativa può aggiungersi alla precedente o essere inserita nel percorso di preparazione del Rapporto locale, allo scopo di acquisire un ulteriore punto di vista.
3. la convocazione di una Conferenza dei servizi come quella prevista dal Dpcm del 19 maggio 1995. In questo modo la comunità locale può essere convocata a discutere il lavoro svolto, ed integrare le valutazioni proposte ed anche a mettere a disposizione risorse significative per l'attuazione dei piani di miglioramento.

L'importante è che l'Azienda sanitaria tenga conto dei risultati dell'Audit Civico e del Piano di azioni di miglioramento proposto dall'équipe locale per inserire specifici impegni e obiettivi nella programmazione aziendale (es. Piano della performance, Budget operativo, bilancio di previsione), in modo da collegare il processo di Audit al ciclo di gestione della performance e al sistema di misurazione e valutazione della performance stessa.

Il progetto dell'Audit Civico sul servizio ADI nella ASL di Caserta

L'Audit Civico del servizio ADI ha avuto formale inizio ad aprile 2014 con l'autorizzazione della Direzione Generale dell'ASL Caserta; il progetto ha avuto un tempo di sviluppo abbastanza lungo in quanto le attività di raccolta ed elaborazione dei dati relative alla Direzione sanitaria e ai Distretti sono state integrate con un questionario diretto agli assistiti, che ha richiesto la preparazione di nuovi strumenti (questionari, procedure, data base) e la conduzione di circa 80 interviste domiciliari in tutta la provincia. Di seguito sono descritte in ordine cronologico le tappe del percorso seguito.

Fase 1: Preparazione all'Audit Civico (maggio- gennaio 2014)

Il 22 maggio 2014 si è insediata la Cabina di regia per l'Audit Civico, costituita da:

il referente della Direzione Generale dell'ASL dott. Aniello Sacco, il Coordinatore del Servizio ADI della ASL Caserta dott. Carmine Lauriello, la dirigente della UOC URP e Comunicazione dott.ssa Tiziana Carnevale, il sociologo della UOC URP e Comunicazione dott. Alessio Maione, i coordinatori delle Assemblee Territoriali Cittadinanzattiva di Caserta ed Aversa, ing. Lorenzo Di Guida ed arch. Angela Falco, il vice segretario generale di Cittadinanzattiva e responsabile dell'Agenzia di Valutazione Civica dott.ssa Francesca Moccia, la dott.ssa Michela Liberti dell'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva. Ad alcune sedute della Cabina di regia hanno partecipato la dott.ssa Maria Eugenia Morreale, ancora dell'AVC, e la dott.ssa Gabriella Paleni del Coordinamento ADI dell'ASL.

La prima riunione della Cabina di regia fa seguito ad una serie di incontri preliminari nei quali la UOC URP e Comunicazione dell'ASL e Cittadinanzattiva Caserta avevano identificato i capisaldi dell'attività e discusso i punti salienti del progetto. Nel primo incontro la Cabina di regia ha condiviso il processo di Audit ed approvato il piano preliminare del progetto predisposto da Cittadinanzattiva; inoltre ha concordato, su proposta delle Assemblee Territoriali, di inserire nel ciclo di Audit anche un questionario diretto ai pazienti assistiti in ADI, da progettare ex novo. Sono stati infine pianificati gli interventi di comunicazione al pubblico e di presentazione del progetto ai distretti sanitari ed ai volontari. A margine della riunione, l'URP della ASL ha emesso un comunicato stampa sulle finalità e l'iter dell'Audit; il 14 ottobre l'AVC di Cittadinanzattiva, l'URP ed il coordinamento ADI hanno presentato il progetto ai capidistretto, ai responsabili ADI distrettuali, ai volontari delle assemblee territoriali di Caserta ed Aversa.

In breve tempo la Cabina di regia ha quindi approvato il piano operativo predisposto da Cittadinanzattiva Caserta per la compilazione dei questionari destinati ai 12 distretti. Nel contempo la ASL e le assemblee territoriali procedevano alla composizione delle équipes miste. Per condividere le modalità operative ed omogeneizzare il comportamento delle équipes è stato organizzato un intervento formativo propedeutico che si è tenuto il 5 novembre 2014. Un altro incontro, alla presenza dei direttori dei Distretti sanitari, dei referenti dei servizi ADI distrettuali e dei rappresentanti dell'Agenzia di valutazione Civica dott.ssa Moccia e dott.ssa Liberti, si è tenuto l'11 dicembre.

La discussione per la stesura del questionario destinato ai pazienti/caregiver si è protratta per alcuni mesi durante la raccolta dati presso Direzione e Distretti. L'URP, le assemblee territoriali e l'AVC hanno redatto la versione finale del questionario per i pazienti in gennaio 2015. L'Agenzia di Valutazione

Civica ha quindi provveduto a predisporre il data base e il questionario online per elaborare anche i dati relativi agli assistiti.

Fase 2: Realizzazione dell'indagine sui pazienti ed inserimento dei dati (novembre 2014 – maggio 2015)

Il lavoro di raccolta dei dati tramite il questionario per i distretti, è stato sviluppato dalle équipes tra novembre 2014 e febbraio 2014. In aggiunta alle risposte del questionario le équipes hanno riportato nella sezione "diario di bordo" del questionario significativi commenti su quanto osservato nel corso dell'attività. Questi commenti e le impressioni generali sul processo e sui risultati raccolti sono stati discussi dalle assemblee territoriali e dall'URP in due incontri dedicati. Non tutti i distretti avevano disponibili all'atto del primo incontro tutti i dati richiesti; i dati mancanti sono stati raccolti entro marzo 2015.

Il questionario per la Direzione dell'ASL è stato compilato l'8 aprile 2015 in modo congiunto da Sacco, Di Guida, Maione, Carnevale. Tutti i dati necessari erano disponibili all'atto della riunione.

In dicembre l'Agenzia di Valutazione Civica aveva già predisposto la struttura del data base atta a raccogliere le informazioni raccolte tramite i questionari di Direzione e Distretti. Il lavoro di caricamento dei dati è stato condotto dall'URP aziendale e dalle assemblee territoriali dal gennaio al marzo del 2015. I dati raccolti ed introdotti nel data base sono stati poi trasmessi alle équipes distrettuali per la necessaria validazione, che per alcuni distretti ha richiesto qualche settimana. Alcune incongruenze rilevate sia dall'AVC che dalla ASL sono state risolte.

Mentre veniva completato il lavoro su Direzione e Distretti, il questionario destinato ai pazienti/caregiver veniva approntato da Cittadinanzattiva Caserta ed URP e quindi concordato con l'AVC. In dicembre è stato elaborato e condiviso il piano operativo per la raccolta dei dati, è stata preparata la lettera di presentazione della Direzione Generale ai pazienti, è stato erogato l'intervento di formazione per le équipes miste deputate alle interviste. Il numero totale delle persone da intervistare è stato fissato in 86, suddivisi per residenza nei distretti sanitari in proporzione ai pazienti in carico tra i servizi distrettuali.

Nel frattempo i servizi ADI distrettuali erano stati invitati a fornire le liste dei pazienti in carico per livello di intensità di cura, complete di indirizzo e numero di telefono; l'URP della ASL e le assemblee territoriali hanno quindi eseguito la selezione casuale degli assistiti dalle suddette liste, tenendo conto della popolazione dei distretti.

I pazienti, preventivamente avvertiti dell'intervista da parte dell'URP e delle assemblee territoriali, sono stati intervistati nel periodo febbraio-maggio 2015. I dati raccolti sono stati caricati nel data base predisposto dalla AVC in maggio.

Fase 3: Stesura del piano di miglioramento e del rapporto di Audit (maggio- ottobre 2015)

A valle del caricamento dei dati relativi ai pazienti nel data base a ciò predisposto dall'Agenzia di Valutazione Civica, avvenuto in giugno, Cittadinanzattiva Caserta ha elaborato un documento riassuntivo di tutte le criticità rilevate sulla base sia delle risposte ai questionari che di discussioni e

approfondimenti portati avanti lungo tutto l'iter dell'Audit. Questo documento è stato sottoposto alla ASL di Caserta nella Cabina di regia del 9 luglio ed in successive riunioni di approfondimento avvenute in settembre ed ottobre, nelle quali si è discusso delle azioni di miglioramento da porre in atto.

Nel contempo le assemblee territoriali, l'Agenzia di Valutazione Civica e l'URP aziendale preparavano la bozza del rapporto conclusivo dell'Audit. A fine ottobre la ASL ha prodotto il piano di miglioramento che è stato discusso dapprima in Cabina di regia e quindi con le équipes miste in una riunione dedicata.

Il piano di miglioramento così condiviso è stato quindi integrato nella parte conclusiva (quarta parte) di questo rapporto.

L'attività dell'Audit non si chiude con l'emissione di questo rapporto e con la sua presentazione al pubblico. Le assemblee territoriali e l'AVC di Cittadinanzattiva saranno impegnate nella puntuale verifica del piano di miglioramento fino al completamento degli interventi ivi previsti; per valutare l'efficacia di detti interventi, ma più in generale per rivalutare il servizio e riprendere il ciclo di miglioramento, è auspicabile che la ASL programmi un secondo ciclo di Audit sul servizio ADI a distanza di un anno dalla conclusione del piano.

SECONDA PARTE

I risultati dell'Audit Civico sull'Assistenza Domiciliare Integrata nella ASL di Caserta

Analisi di benchmarking interno all'Azienda Sanitaria Locale di Caserta

La presentazione dei risultati dell'Audit Civico dell'Assistenza Domiciliare Integrata seguirà la seguente struttura di valutazione:

Tabella n. 1 – Struttura di Valutazione

STRUTTURA DI VALUTAZIONE AUDIT CIVICO ADI	
FATTORE 1: ANAGRAFICA	
FATTORE 2: DATI DI ATTIVITÀ	
FATTORE 3: TEMPI DI ATTESA	
FATTORE 4: ACCESSO AL SERVIZIO	
Sub fattore 4.1 Punto Unico di Accesso (PUA)	
Sub fattore 4.2 Unità di Valutazione Interdisciplinare (UVI)	
Sub fattore 4.3 Modalità e figure per l'attivazione dell'ADI	
FATTORE 5: PRESA IN CARICO	
Sub fattore 5.1 Erogazione del servizio	
Sub fattore 5.2 Attenzione al Dolore	
Sub fattore 5.3 Piaghe da decubito	
FATTORE 6: EQUIPE ASSISTENZIALE	
Sub fattore 6.1 Coordinamento e Reperibilità dell'équipe	
Sub fattore 6.2 Strumenti e modalità per la condivisione delle informazioni del paziente	
Sub fattore 6.3 Case manager	
FATTORE 7: FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	
Sub fattore 7.1 Formazione	
Sub fattore 7.2 Comunicazione	
Sub fattore 7.3 Monitoraggio del Servizio	

FATTORE 1 – ANAGRAFICA

Tabella n. 2 - mappa dei Servizi di Assistenza Domiciliare casertani per distretto

Distretti Sanitari	Numero di Sedi PUA	Presenza Servizio ADI	Sedi erogative	Presenza dell'UVI
Aversa	2	X	Aversa	X
Capua	1	X	Capua	X
Casal di Principe	1	X	San Cipriano	X
Caserta	2	X	Caserta	X
Lusciano	1	X	Trentola Ducenta	X
Maddaloni-Arienzo	1	X	Maddaloni Arienzo	X
Marcianise	2	X	Marcianise	X
Mondragone-Castel Volturno	-	X	Mondragone Castel Volturno	X
Piedimonte Matese	3	X	Piedimonte Matese Alife Caiazzo	X
S.Maria Capua Vetere	1	X	S.Maria Capua Vetere	X
Succivo	2	X	Succivo	X
Teano	1	X	Teano Sessa Aurunca Mignano Montelungo	X

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Tabella n. 3 - RAPPORTO tra numero dei distretti sanitari che erogano tutti i livelli di Assistenza Domiciliare e numero totale dei Distretti presenti nella ASL

	ASL CASERTA
Rapporto	12/12

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

E' importante rilevare che tutti i Distretti presenti nella ASL erogano l'assistenza prevista dai diversi profili di cura dell'Assistenza Domiciliare.

Tabella n. 4 - RAPPORTO tra numero di Comuni che hanno stipulato accordi formali con la ASL per procedure di integrazione socio-sanitarie e numero totale dei Comuni afferenti all'ASL

	ASL CASERTA
Rapporto	104/104

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Anche il numero dei Comuni che ha stipulato accordi formali con la ASL per favorire e diffondere le procedure di integrazione socio-sanitarie è il 100%.

Tabella n. 5 - Rapporto tra numero di Enti d'Ambito che hanno stipulato accordi con la ASL per procedure di integrazione socio-sanitarie e numero totale degli Enti d'Ambito afferenti all'ASL

	ASL CASERTA
Rapporto	10/10

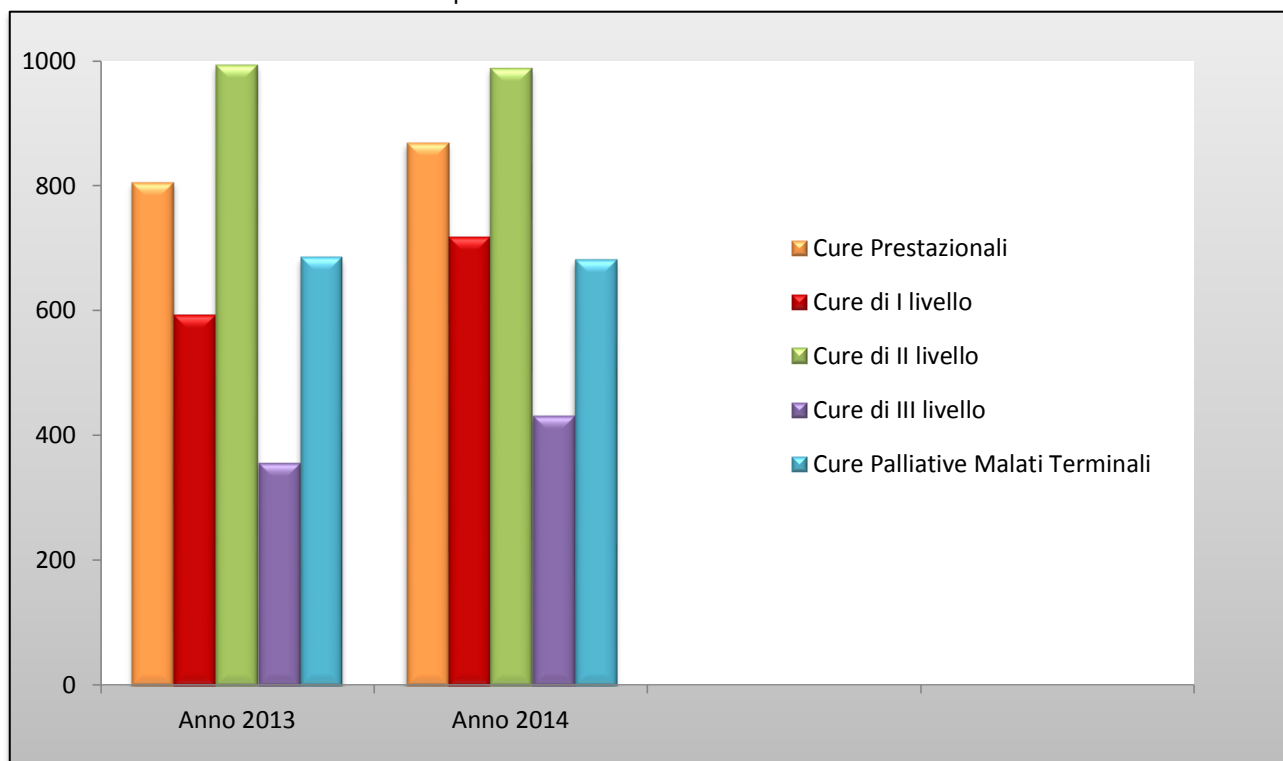
Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Infine, il rapporto tra il numero di Enti d'Ambito che hanno stipulato accordi formali con la ASL per favorire la diffusione di procedure di integrazione socio-sanitarie e il numero degli Enti d'Ambito afferenti all'ASL fornisce copertura totale.

FATTORE 2 – DATI DI ATTIVITÀ

Di seguito riportiamo il grafico del numero di assistiti in ADI nel biennio 2013-14.

Grafico n.1 - Numero assistiti ASL CASERTA presi in carico dal Servizio ADI nel biennio 2013-2014



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Tabella n. 6- Numero assistiti presi in carico dal Servizio ADI nel biennio 2013-2014

PROFILI DI CURA	ASL CASERTA	
	2013	2014
Cure Prestazionali	805	868
Cure di I livello	593	717
Cure di II livello	993	988
Cure di III livello	356	431
Cure Palliative Malati Terminali	685	681
Totale	3432	3685

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Tabella n. 7 - Numero di assistiti presi in carico dal Servizio ADI dei Distretti Sanitari nel 2013-2014

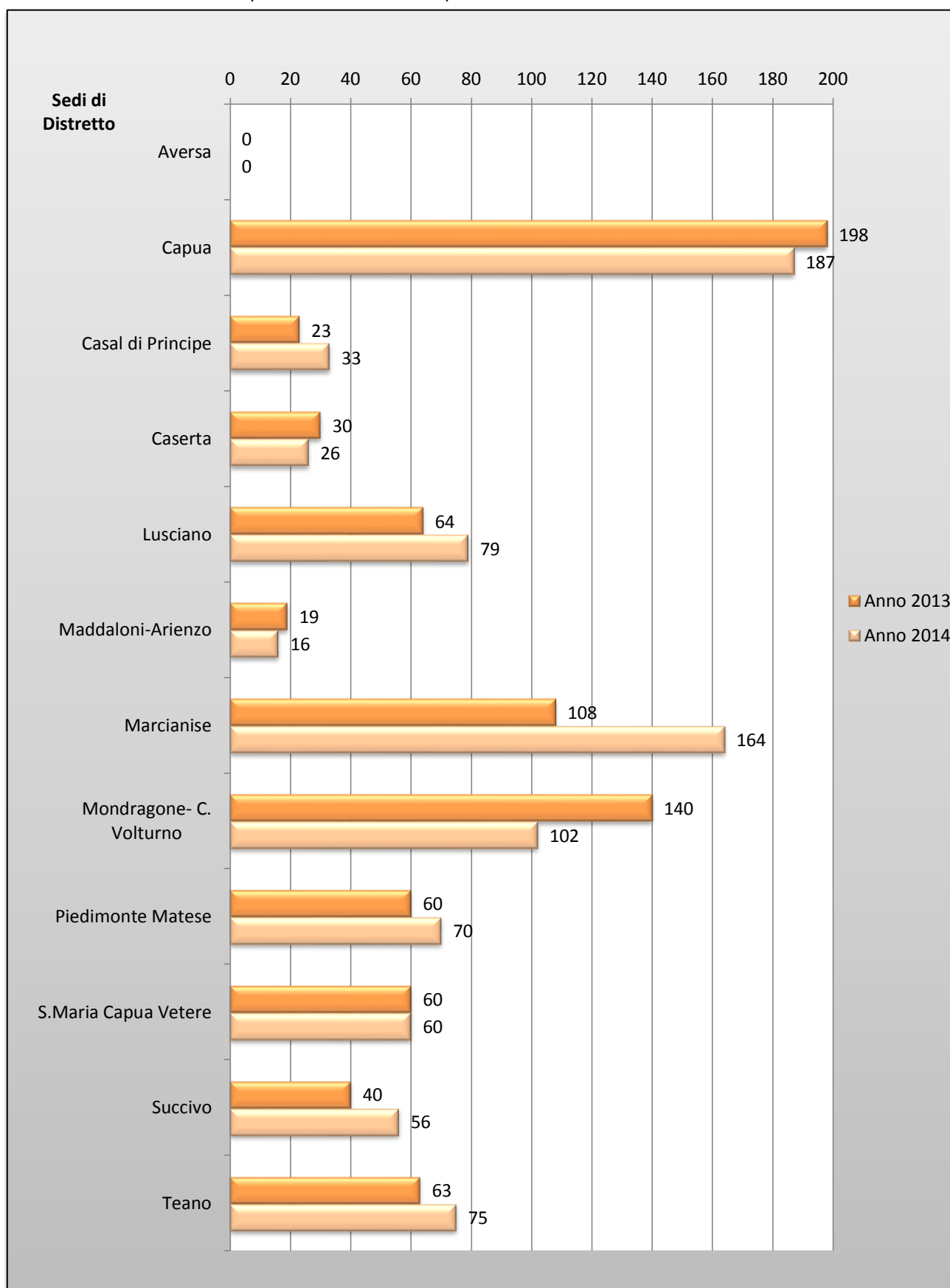
DISTRETTO	NUMERO ASSISTITI PRESI IN CARICO NELLA ASL CASERTA											
	Cure Prestazionali		Cure di I livello		Cure di II livello		Cure di III livello		Cure Palliative Malati Terminali		Totale	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Aversa	-	-	12	93	80	44	24	3	85	89	201	229
Capua	198	187	100	100	60	84	9	33	40	24	407	428
Casal di Principe	23	33	66	43	88	38	6	29	19	5	202	148
Caserta	30	26	50	48	120	132	20	20	80	100	300	326
Lusciano	64	79	6	12	91	86	20	3	66	75	247	255
Maddaloni-Arienzo	19	16	21	15	40	47	50	79	-	-	130	157
Marcianise	108	164	2	4	48	67	38	39	59	69	255	343
Mondragone-Castel Volturno	140	102	92	76	80	54	-	-	58	18	370	250
Piedimonte Matese	60	70	66	89	100	120	50	80	111	88	387	447
S.Maria Capua Vetere	60	60	30	50	45	64	10	9	35	67	180	250
Succivo	40	56	80	98	94	115	40	41	50	65	304	375
Teano	63	75	68	89	147	137	89	95	82	81	449	477

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Nelle pagine successive sono rappresentati i cinque grafici che riportano, per ciascun profilo di cura, il numero di assistiti di ogni distretto e l'andamento nel biennio 2013-2014.

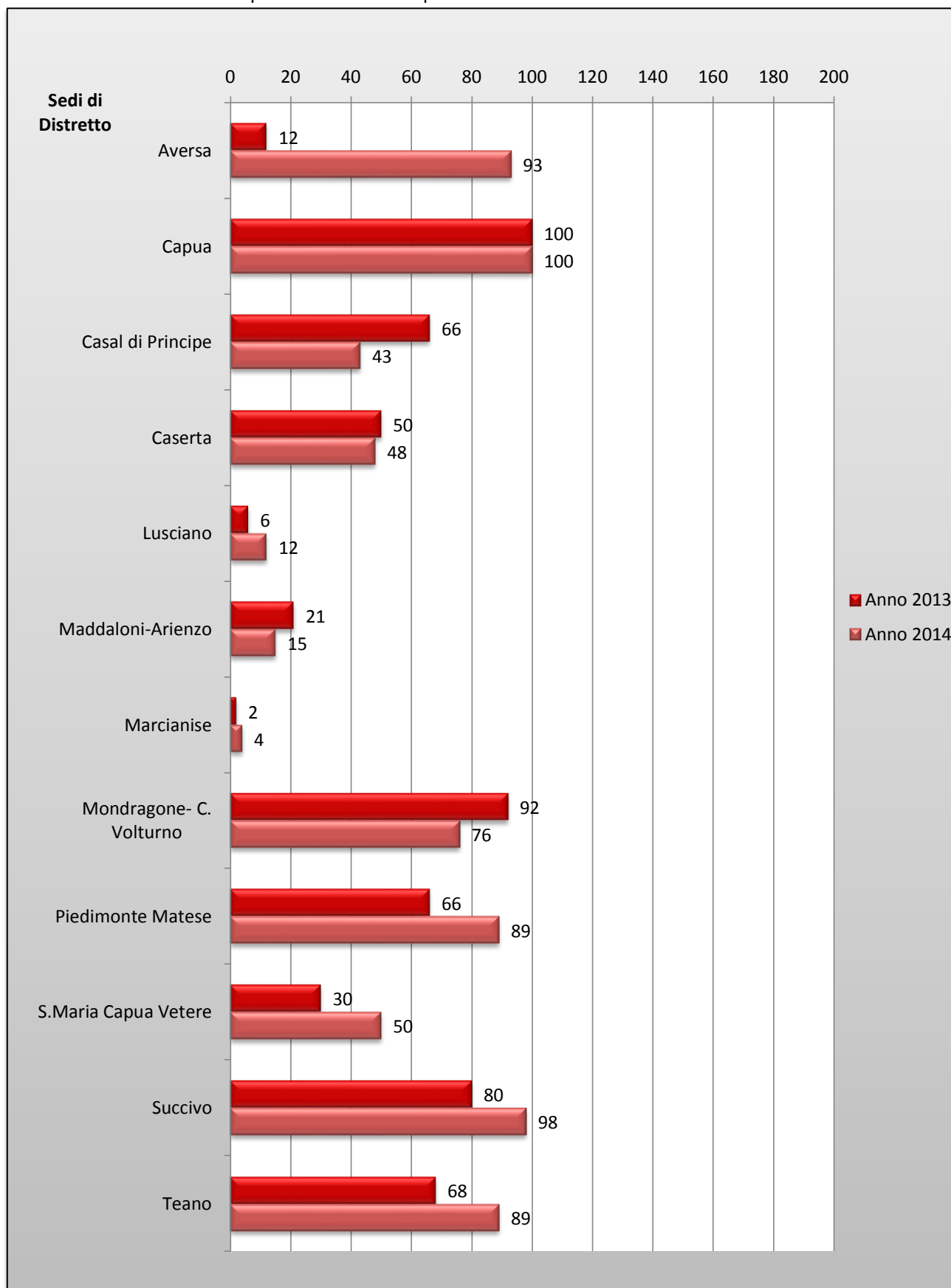
A seguire, il numero di assistiti suddivisi per sesso e per fasce d'età.

Grafico n. 2- Numero di assistiti per le Cure Prestazionali presi in carico dai Distretti Sanitari



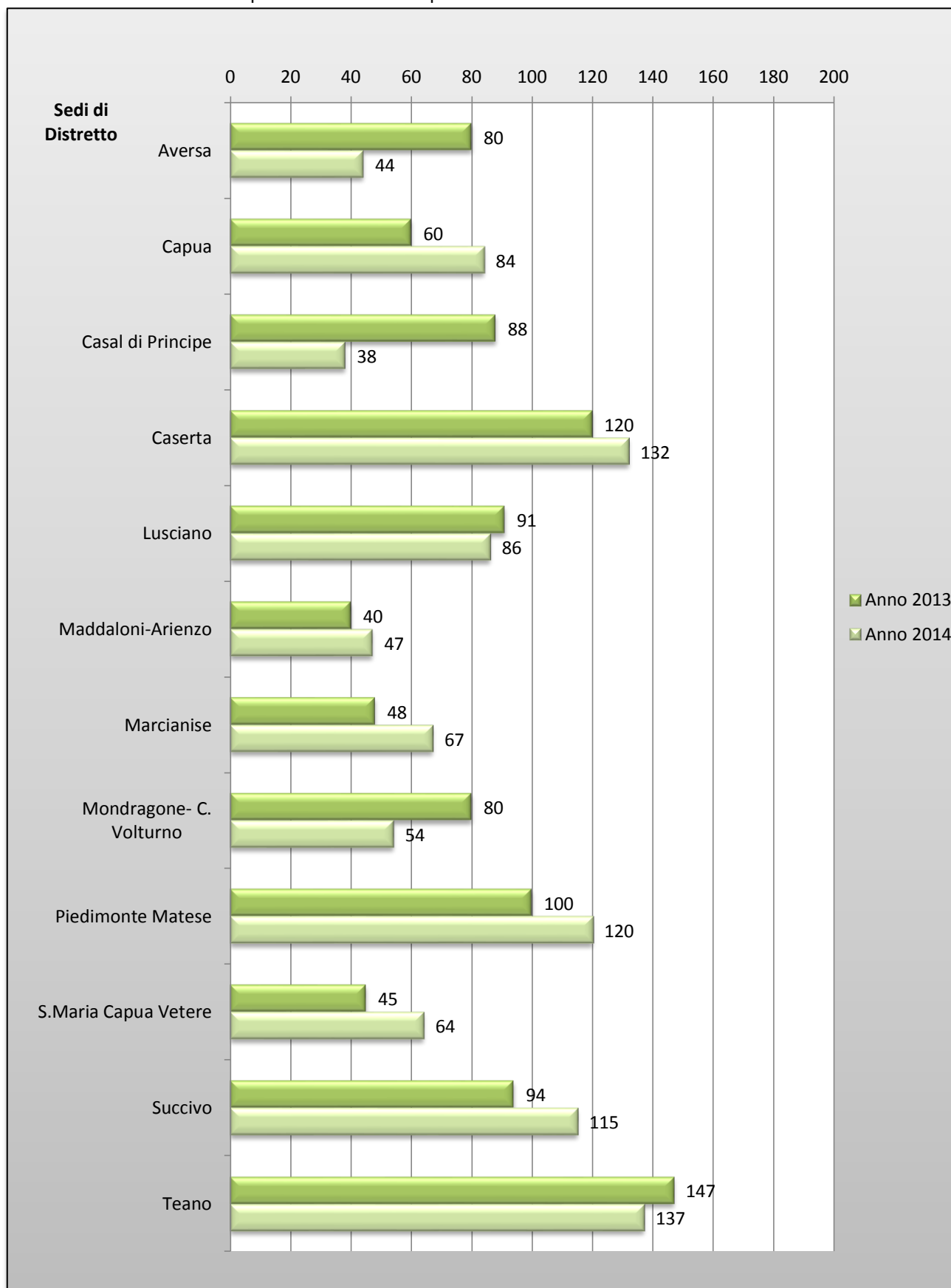
Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Grafico n. 3- Numero di assistiti per le Cure di I livello presi in carico dai Distretti Sanitari



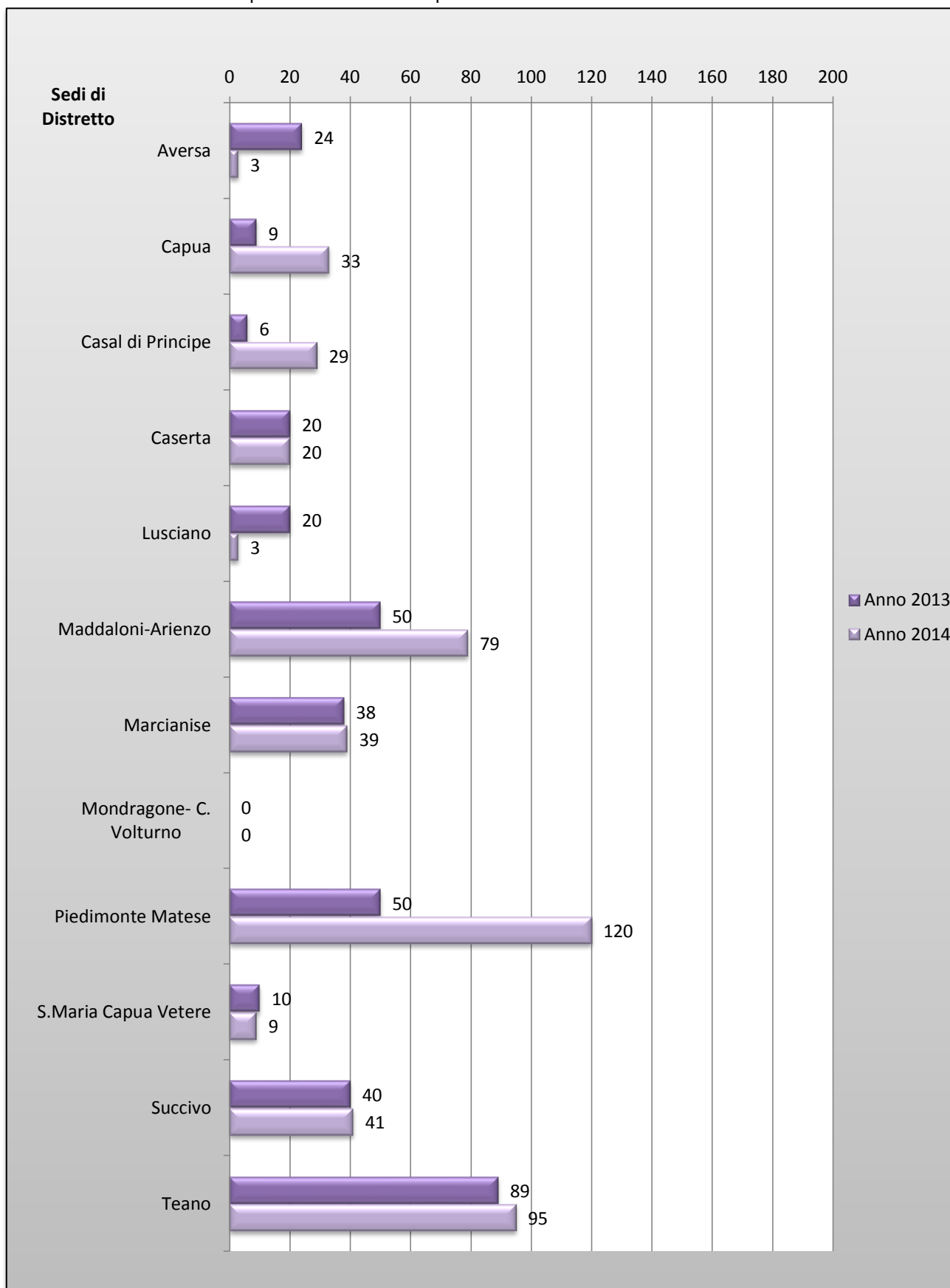
Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Grafico n.4 - Numero di assistiti per le Cure di II livello presi in carico dai Distretti Sanitari



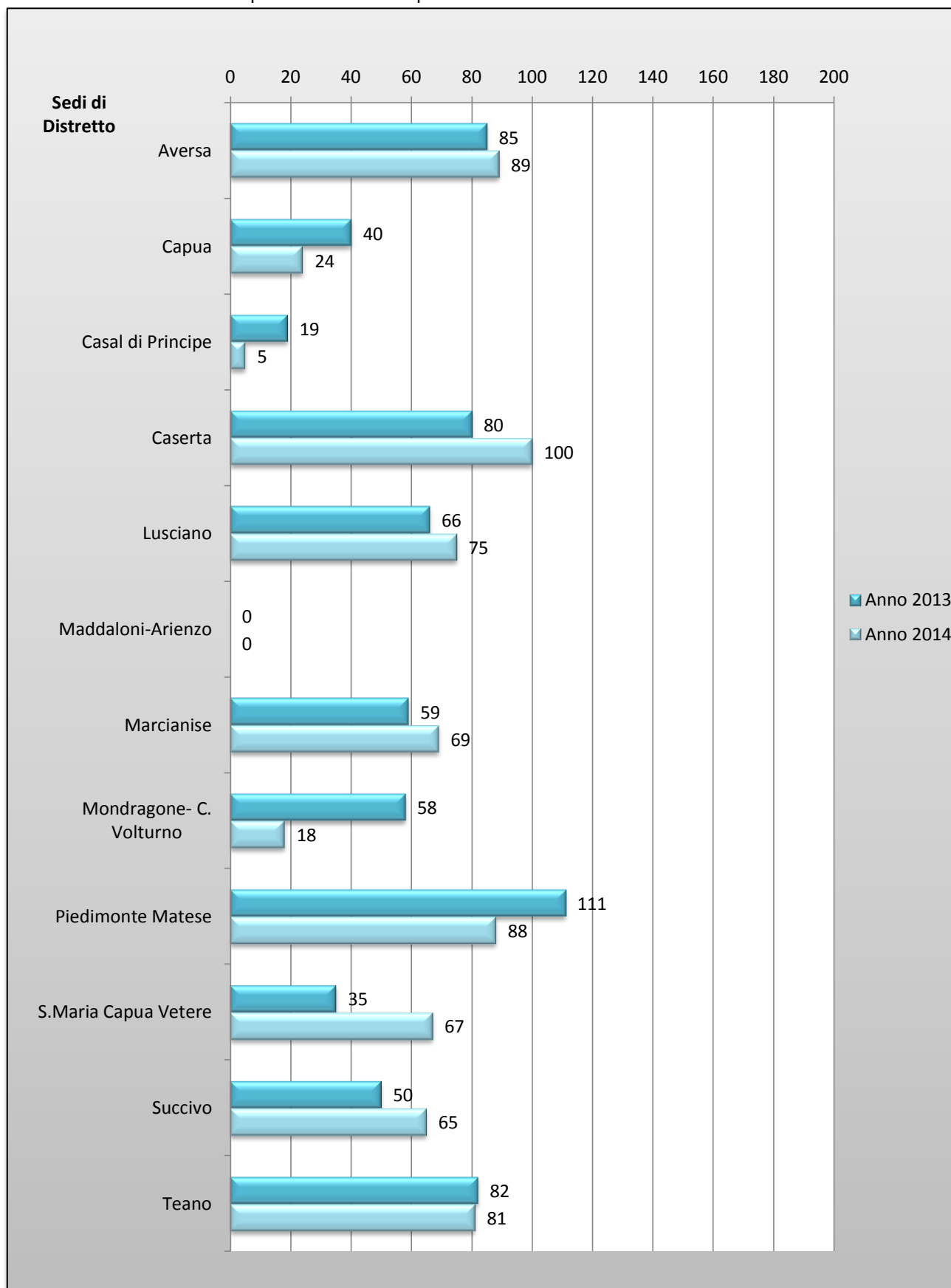
Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Grafico n.5 - Numero di assistiti per le Cure di III livello presi in carico dai Distretti Sanitari



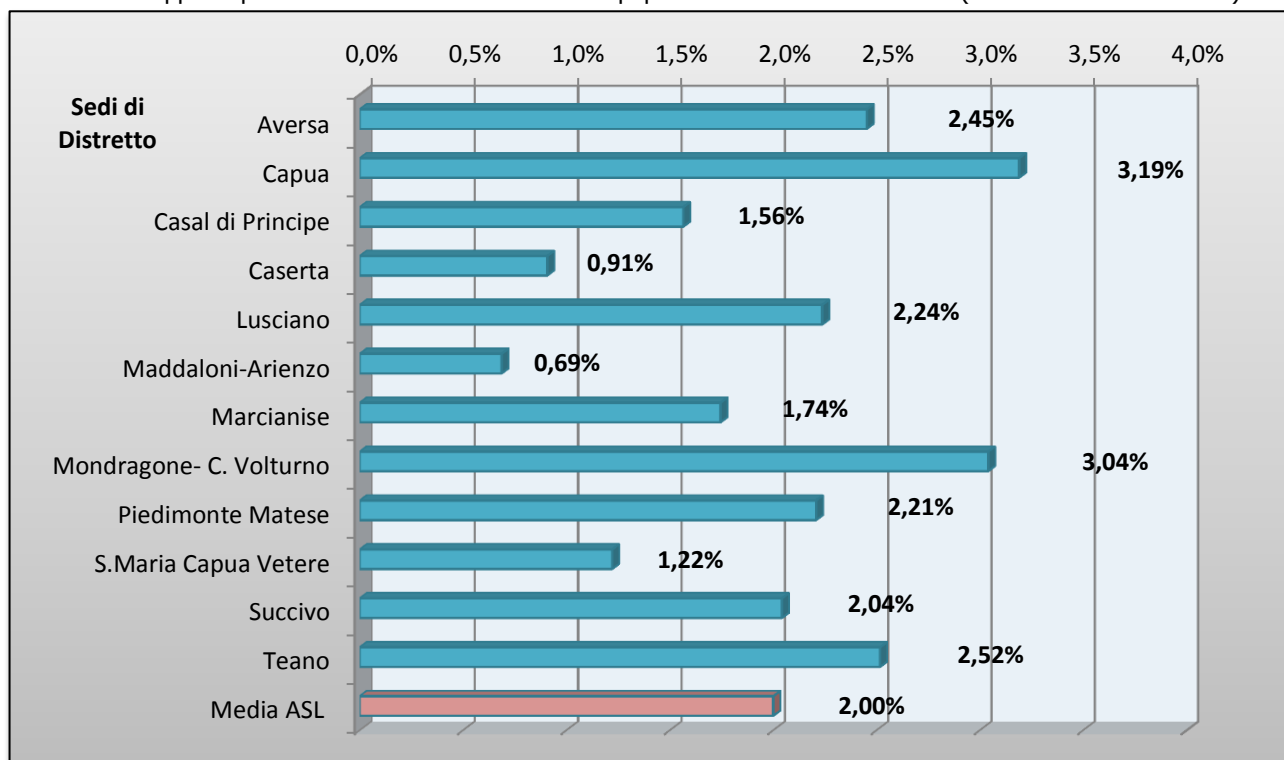
Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Grafico n.6 - Numero di assistiti per la Cure Palliative presi in carico dai Distretti Sanitari



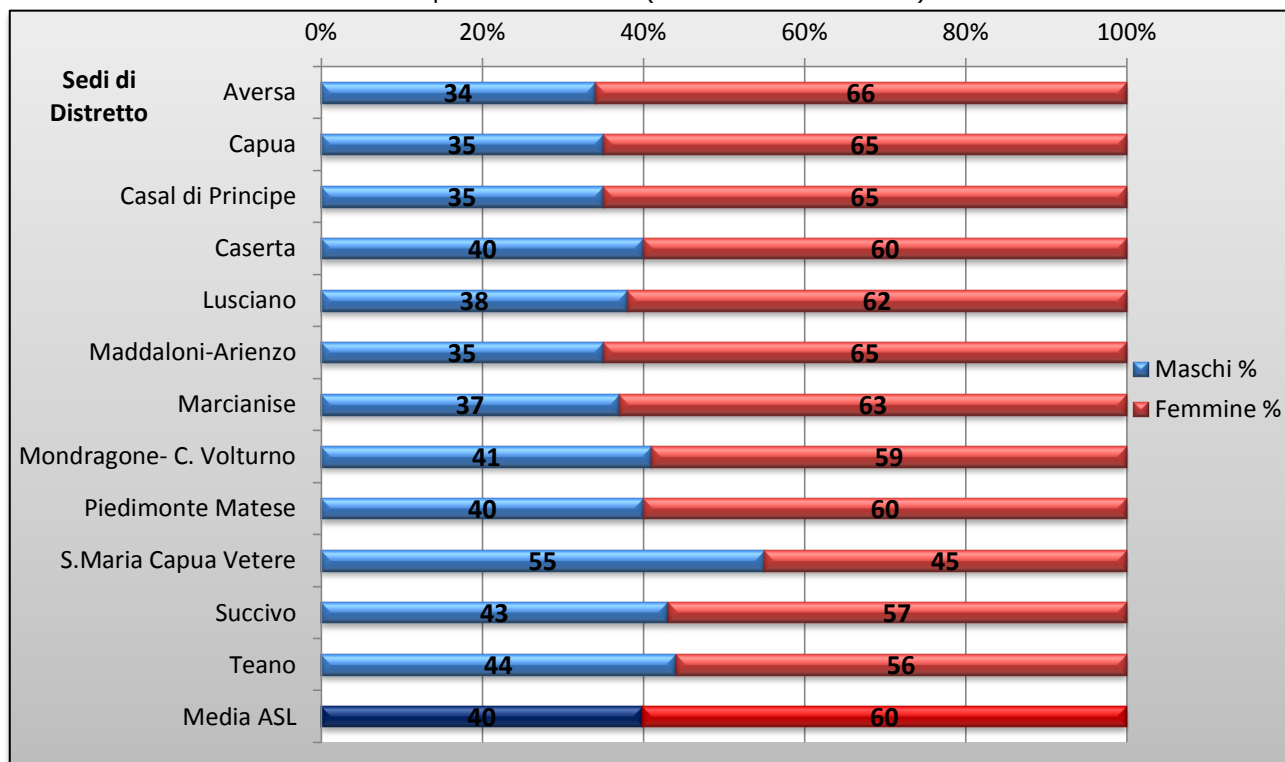
Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Grafico n.7 - Rapporto percentuale tra assistiti >65 anni e popolazione residente >65 anni (anno di riferimento 2013)



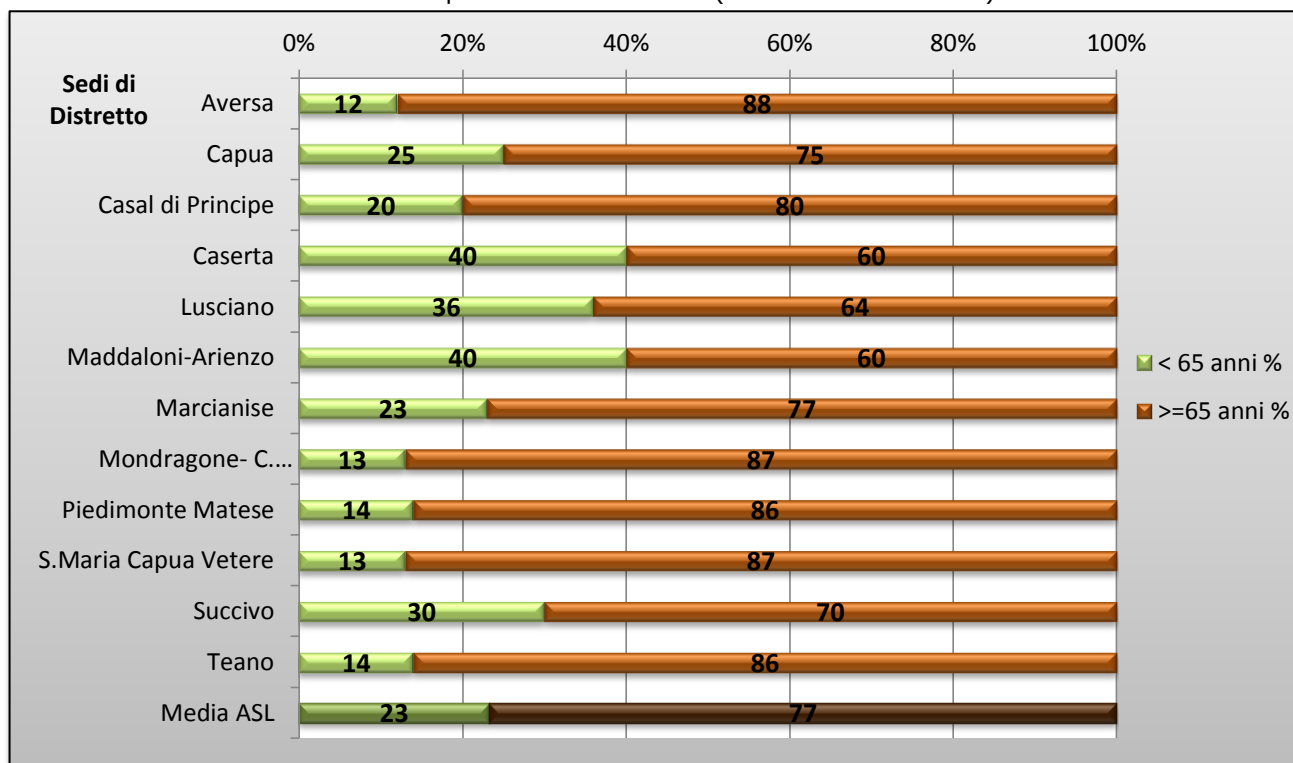
Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Grafico n. 8 - Percentuale di assistiti divisi per sesso nelle ASL (anno di riferimento 2013)



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Grafico n. 9 - Percentuale di assistiti divisi per fasce d'età nelle ASL (anno di riferimento 2013)



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

FATTORE 3 – TEMPI DI ATTESA

Tabella n. 8 - Tempo MEDIO TOTALE di attesa (espresso in giorni) tra richiesta di Assistenza Domiciliare ed effettiva erogazione delle prestazioni per ciascuno dei profili di cura

Distretto	TEMPO MEDIO TOTALE DI ATTESA (in giorni)				
	Cure Prestazionali	Cure di I livello	Cure di II livello	Cure di III livello	Cure Palliative Malati Terminali
Aversa	-	2	2	2	1
Capua	0	5	5	5	5
Casal di Principe	0	3	3	3	3
Caserta	5	5	5	5	2
Lusciano	3	3	3	3	3
Maddaloni-Arienzo	7	7	7	5	-
Marcianise	2	5	5	2	0
Mondragone-Castel Volturno	2	2	2	-	1
Piedimonte Matese	3	3	3	3	3
S.Maria Capua Vetere	12	12	12	12	12
Succivo	5	5	5	5	0
Teano	1	1	1	1	1

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Il tempo medio di attesa tra la richiesta di attivazione dell'ADI e l'effettiva erogazione delle prestazioni varia a seconda del profilo di cura che si osserva.

La tabella riporta i valori dichiarati da ogni singolo Servizio nei diversi profili di cura.

La media rileva poco più di 3 giorni per le Cure Prestazionali, tra 4 e 5 giorni per le Cure di I e II livello, 4 giorni per le Cure di III livello, e infine per le palliative meno di 3 giorni.

Tabella n. 9 - Tempi di verifica (espressi in giorni) del PAI per ciascuno dei profili di cura

Distretto	Tempo di verifica del PAI (in giorni)			
	Cure di I livello	Cure di II livello	Cure di III livello	Cure Palliative Malati Terminali
Aversa	60	60	60	60
Capua	75	75	75	75
Casal di Principe	60	60	30	15
Caserta	180	180	90	90
Lusciano	180	180	180	180
Maddaloni-Arienzo	90	90	90	-
Marcianise	30	90	90	90
Mondragone-Castel Volturno	7	7	-	2
Piedimonte Matese	45	45	45	45
S.Maria Capua Vetere	180	180	180	180
Succivo	120	120	90	30
Teano	30	30	7	7

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Tabella n.10 - Indicare con quale cadenza si riunisce l'équipe assistenziale (espresso in giorni)

Distretto	Cadenza delle riunioni dell'équipe assistenziale			
	Cure di I livello	Cure di II livello	Cure di III livello	Cure Palliative Malati Terminali
Aversa	30	30	30	30
Capua	75	75	15	15
Casal di Principe	3	3	3	3
Caserta	2	2	2	2
Lusciano	180	180	180	180
Maddaloni-Arienzo	7	7	7	-
Marcianise	7	7	7	7
Mondragone-Castel Volturno	30	20	-	3
Piedimonte Matese	nr	nr	nr	nr
S.Maria Capua Vetere	nr	30	30	nr
Succivo	60	30	30	30
Teano	1	1	1	1

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

FATTORE 4 – ACCESSO AL SERVIZIO

ELENCO DEGLI INDICATORI

Sub-Fattore Punto Unico di Accesso (PUA)

- PUA nel Distretto Sanitario
- E' previsto che se una richiesta di accesso all'assistenza domiciliare arrivi agli altri punti della Rete venga re-inviata al PUA tramite un coordinamento automaticamente attivato
- Il PUA prevede, almeno, le seguenti figure professionali:
 - medico
 - assistente sociale
 - personale infermieristico
 - personale amministrativo
- Le attività di front-office del PUA sono svolte dalle seguenti figure professionali: assistente sociale, infermiere, medico.
- Per l'attivazione dell'assistenza domiciliare il PUA svolge le seguenti funzioni:
 - accesso alla rete integrata
 - informazione, educazione, orientamento e gestione della domanda
 - presa in carico ed attivazione della rete dei servizi integrati
 - attività di coordinamento e di monitoraggio
- Carte dei Servizi del PUA
- Viene svolta una prima valutazione della richiesta di attivazione del servizio ADI da parte degli operatori del PUA per individuare i bisogni attraverso un colloquio, da parte del personale debitamente formato, con la famiglia o con il paziente al momento dell'accesso
- Integrazione tra il PUA e la dimensione sociale:
 - collegamento tra PUA e i Servizi sociali del Comune
 - protocolli, procedure operative codificate o accordi formali tra il PUA e il Comune e/o Ufficio Piano di Zona
 - assistenti sociali del Comune nello staff del PUA
 - segnalazioni da parte del PUA ai Servizi sociali del Comune di bisogni sociali rilevati
 - presenza nei Comuni, del Distretto socio-sanitario, uno sportello o punto informativo sul servizio di Assistenza Domiciliare
- Sportello o punto informativo sul Servizio di Assistenza Domiciliare nei Comuni del Distretto Sanitario
- Il PUA gestisce direttamente una richiesta di Assistenza Domiciliare che preveda un bisogno semplice (es: cure prestazionali), mettendo l'utente in contatto con il Servizio interessato e verificando l'avvenuta presa in carico da parte del Servizio
- Il PUA quando riceve una richiesta che prevede un bisogno complesso (Cure di I, II, III livello) è previsto che contatti l'UVI entro le 24 ore dalla segnalazione

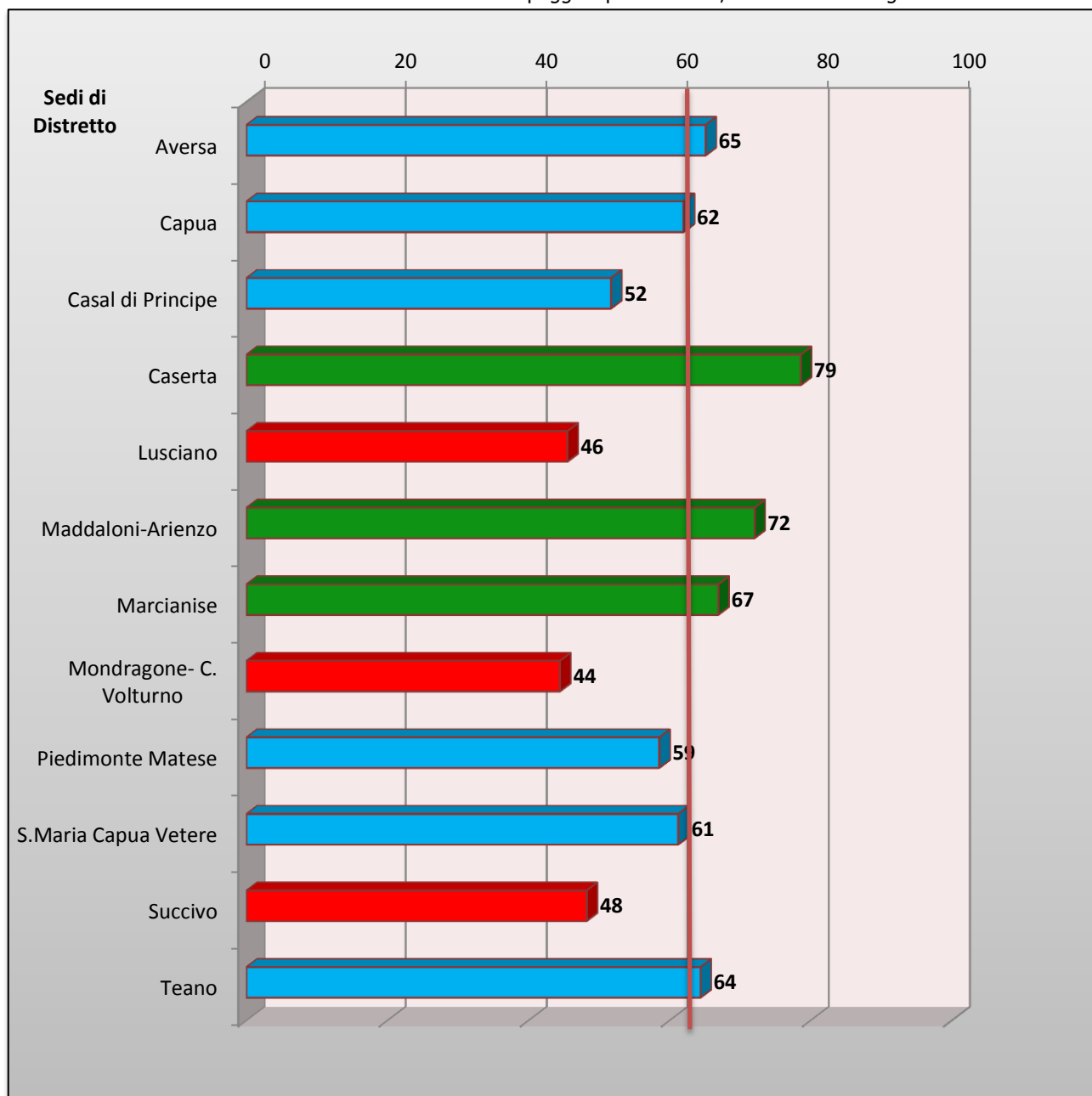
Sub-Fattore Unità di Valutazione Interdisciplinare (UVI)

- Unità di Valutazione Interdisciplinare nel Distretto Sanitario
- Funzioni svolte dall'Unità di Valutazione Interdisciplinare per l'attivazione dell'assistenza domiciliare:
 - visita del paziente, sia in occasione del primo accesso, sia in occasione dell'eventuale proroga del trattamento;
 - individua il setting assistenziale appropriato per il paziente;
 - analisi e valutazione interdisciplinare del bisogno;
 - individua il Case manager nella prima riunione;
 - definisce il grado di intensità delle cure;
 - rileva i necessari interventi sanitari, sociosanitari e sociali.
- Figure professionali presenti nell'Unità di Valutazione Interdisciplinare:
 - Direttore del Distretto o della UO o un loro delegato
 - MMG componente eletto nell'UCAD per l'assistenza primaria
 - Coord. delle Professioni Sanitarie dell'assistenza intermedia
 - Assistente Sociale del Servizio Sociale d'Ambito
 - MMG dell'assistito o PLS a richiesta dell'UVI
- Altre figure eventualmente presenti nell'UVI: professionisti dell'area clinica e psicologica; caregiver.
- Utilizzo di schede, scale e sistemi di classificazione standardizzati per la valutazione interdisciplinare da parte dell'UVI
- Grado di integrazione dell'UVI con gli altri Servizi:
 - protocolli, procedure operative codificate o accordi formali con il Comune;
 - segnalazione dei bisogni sociali ai Servizi sociali del Comune.
- Gestione da parte dell'UVI di un bisogno complesso:
 - convocazione dell'UVI e valutazione del caso entro 48 ore dalla richiesta
 - l'UVI garantisce una risposta entro 3 giorni lavorativi dalla data di presentazione
 - trasmissione al PUA dell'esito di valutazione entro un giorno dalla conclusione della seduta dell'UVI

Sub-Fattore Modalità e figure per l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare

- Figure professionali sanitarie che segnalano al PUA la richiesta di attivazione di Assistenza Domiciliare: MMG, Medico ospedaliero, Medico specialista territoriale, Medico responsabile di struttura residenziale, Farmacie, Strutture accreditate, Servizi sociali, Associazioni di volontariato, Paziente o familiare
- Registrazione richiesta accesso all'assistenza domiciliare su un'apposita scheda informatizzata e rilascio al richiedente di apposita ricevuta della registrazione effettuata
- Modalità alternative di richiesta attivazione delle cure domiciliari: fax, e-mail, form on line
- Procedura per l'attivazione delle cure a domicilio da parte delle strutture ospedaliere:
 - individuazione di un referente con l'incarico di seguire la deospedalizzazione e l'attivazione dell'assistenza domiciliare
 - contatto con il MMG e il medico dell'UVI per condividere: modalità organizzative di dimissioni, profilo di cure, risoluzione problematiche burocratiche.

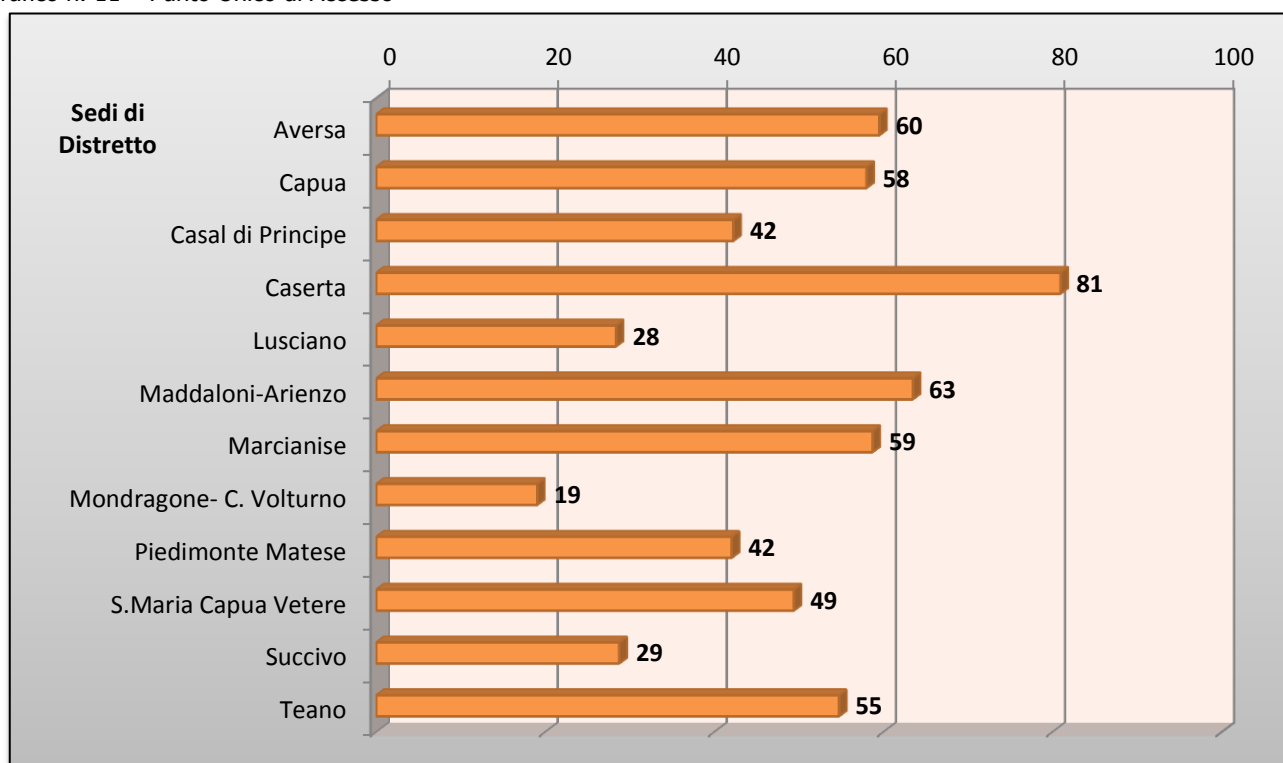
Grafico n. 10 - Fattore 4: Accesso al servizio: in rosso le tre peggiori performance, in verde le tre migliori



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

SUB-FATTORE 4.1-Punto Unico di Accesso (PUA)

Grafico n. 11 – Punto Unico di Accesso



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Tutti i Distretti hanno il PUA tranne Mondragone-Castel Volturno, dove le funzioni sono svolte dalle Unità Operative.

La Carta dei Servizi del PUA non è presente in alcun Distretto.

Non tutti i Servizi PUA (solo 8 su 12 monitorati) svolgono una prima valutazione della richiesta di attivazione del servizio di Assistenza Domiciliare, attraverso un colloquio con la famiglia e/o il paziente.

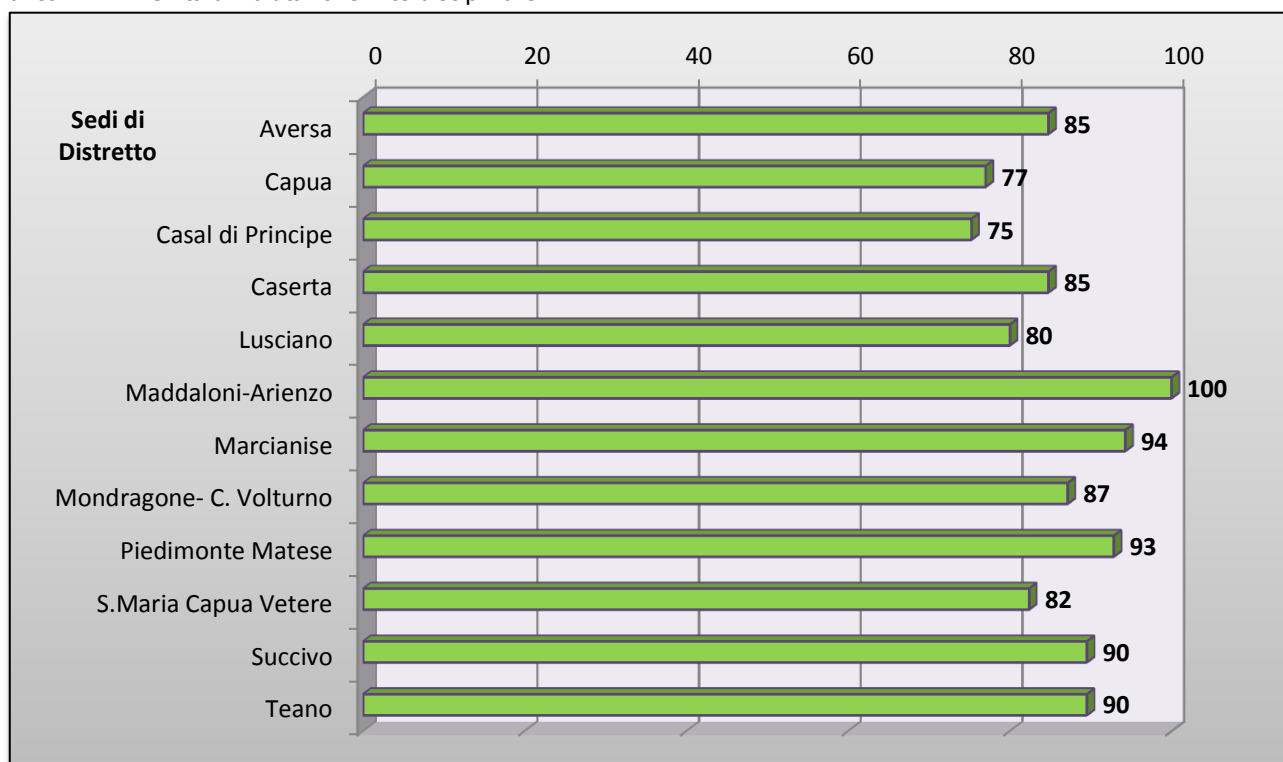
L'indicatore relativo all'integrazione tra il PUA e la dimensione sociale (collegamento tra il PUA e i Servizi Sociali del Comune) raggiunge un valore medio provinciale discreto, pari a 75.

Lo Sportello sul Servizio di Assistenza Domiciliare è presente solo nel distretto di Caserta (1 su 12).

Il PUA gestisce direttamente una richiesta di Assistenza Domiciliare che preveda un bisogno semplice solo in 2 casi su 12, mentre quando il bisogno è complesso viene contattata l'UVI in 8 casi su 12.

SUB-FATTORE 4.2-UNITA' DI VALUTAZIONE INTERDISCIPLINARE (UVI)

Grafico n. 12 – Unità di Valutazione Interdisciplinare



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

L' Unità di Valutazione Interdisciplinare è presente in ogni Distretto Sanitario. Le funzioni richieste sono svolte da quasi tutte le UVI (con una media di 93/100).

Le figure professionali supplementari, personale di area clinica e caregiver, sono previste da tutte le UVI. Tuttavia l'indicatore "figure professionali presenti nell'UVI" raggiunge un valore medio regionale pari a 65, rilevando che non tutte le figure previste sono presenti: solo in 2 distretti su 12 la presenza è totale.

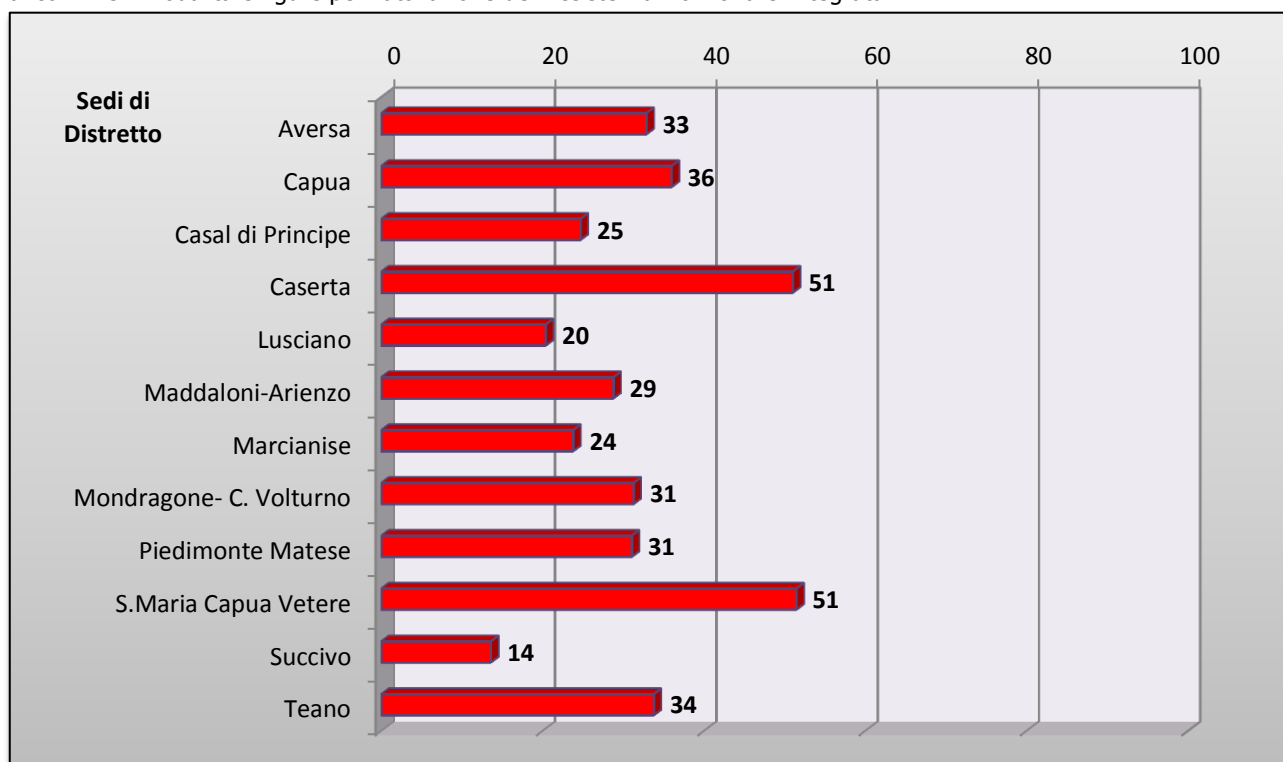
Tutte le Unità di Valutazione Interdisciplinare utilizzano schede, scale e sistemi di classificazione standardizzati per la valutazione interdisciplinare.

L'indicatore "grado di integrazione dell'UVI con i Servizi del Comune" raggiunge un valore medio molto buono pari a 92.

L'indicatore che misura la gestione da parte dell'UVI di un bisogno complesso raggiunge un valore medio piuttosto basso, pari a 56, dimostrando che non tutti seguono lo stesso percorso e molti realizzano un percorso solo parziale.

SUB-FATTORE 4.3-MODALITA' E FIGURE PER L'ATTIVAZIONE DELL' ADI

Grafico n. 13 - Modalità e figure per l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

La figura che segnala al PUA la richiesta di attivazione ADI è per lo più rappresentata dal MMG, dai Medici Ospedalieri, e dai pazienti stessi, e solo in 1 distretto su 12 anche le altre figure professionali (farmacia, servizi sociali, medici territoriali, ecc) svolgono questa funzione. Il valore medio per questo indicatore è infatti solo 49.

L'indicatore relativo alla modalità di registrazione di una richiesta di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare su un'apposita scheda informatizzata e rilascio al richiedente di apposita ricevuta, raggiunge un valore medio pessimo pari a 8/100. Solo due distretti su 12 infatti realizzano – e solo in parte - questa modalità.

L'indicatore relativo alla rilevazione di modalità alternative di richiesta attivazione dell'assistenza domiciliare, di conseguenza, raggiunge ancora un valore medio pessimo pari a 14/100; solo quattro distretti su 12 prevedono qualche forma alternativa alla classica richiesta presentata manualmente allo sportello.

L'indicatore relativo al monitoraggio della presenza di una procedura per l'attivazione dell'assistenza domiciliare da parte delle strutture ospedaliere, presenta un panorama molto variegato: 7 distretti svolgono per intero la procedura, mentre altri solo in piccola parte; 2 non la svolgono affatto. Il valore medio dell'indicatore è pari a 68.

FATTORE 5 – PRESA IN CARICO

Sub fattore 5.1 Erogazione del servizio

Servizio telefonico di assistenza ai pazienti e ai familiari, attivo tutti i giorni per almeno 12 ore e per tutti i livelli di cura

Il PAI è costituito dai seguenti elementi:

- bisogni sanitari e interventi previsti, con l'individuazione delle figure professionali coinvolte, dei loro compiti e della periodicità dei trattamenti;

- bisogni sociali e azioni previste, con l'individuazione delle parti coinvolte e degli strumenti necessari;

- case manager, referente dell'organizzazione e del controllo dell'applicazione del PAI nel singolo caso

- caregiver

- obiettivi e durata del trattamento

- periodicità della verifica intermedia dell'applicazione del PAI con l'individuazione degli indicatori specifici

- modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi

Il PAI è concordato con il MMG/Pls

Il PAI è sottoscritto dal paziente e/o da un familiare

Gli obiettivi previsti nel PAI sono condivisi con il paziente e/o la famiglia

Nel caso di post acuzie oppure di terminalità le cure domiciliari vengono attivate entro le 24 ore, rimandando ad una fase successiva

l'attivazione dell'UVI per la definizione del PAI

Nel caso di dimissioni protette è garantito un raccordo con l'ospedale che preveda corsie preferenziali per un eventuale ospedalizzazione del paziente

Servizio di assistenza psicologica per utenti e familiari, disponibile tutti i giorni per almeno 6/8 ore

Possibilità di eseguire prestazioni diagnostiche e/o di laboratorio al proprio domicilio

Servizio di approvvigionamento dei farmaci necessari per i trattamenti al domicilio

Servizio di approvvigionamento e fornitura dei presidi necessari per i trattamenti al domicilio

Una modifica sostanziale del PAI è:

- ratificata dall'UVI;

- è motivata ed esplicitati i cambiamenti;

- condivisa con tutti gli operatori;

- comunicata correttamente al paziente e ai suoi familiari

La sospensione dell'assistenza, ad opera sia del Medico curante che del Case manager, è comunicata all'assistito e ai suoi familiari con un preavviso di almeno 3 giorni

Sub fattore 5.2 Attenzione al Dolore

Misura del dolore nella scheda di richiesta di attivazione dell'assistenza domiciliare

Misurazione del dolore e registrazione nella cartella clinica per tutti i profili di cura

Terapie specifiche per il dolore CRONICO

Terapie specifiche per il dolore ONCOLOGICO

Terapie specifiche per il dolore in fase TERMINALE -cure palliative

Terapie specifiche per il dolore in ETA' PEDIATRICA

Coinvolgimento del caregiver nella terapia del dolore

Sub fattore 5.3 Piaghe da decubito

Procedure per la gestione delle piaghe da decubito

Possibilità di richiedere la consulenza di un medico specialista per la valutazione di un intervento sulle piaghe da decubito

Medicazioni avanzate per la cura delle piaghe da decubito

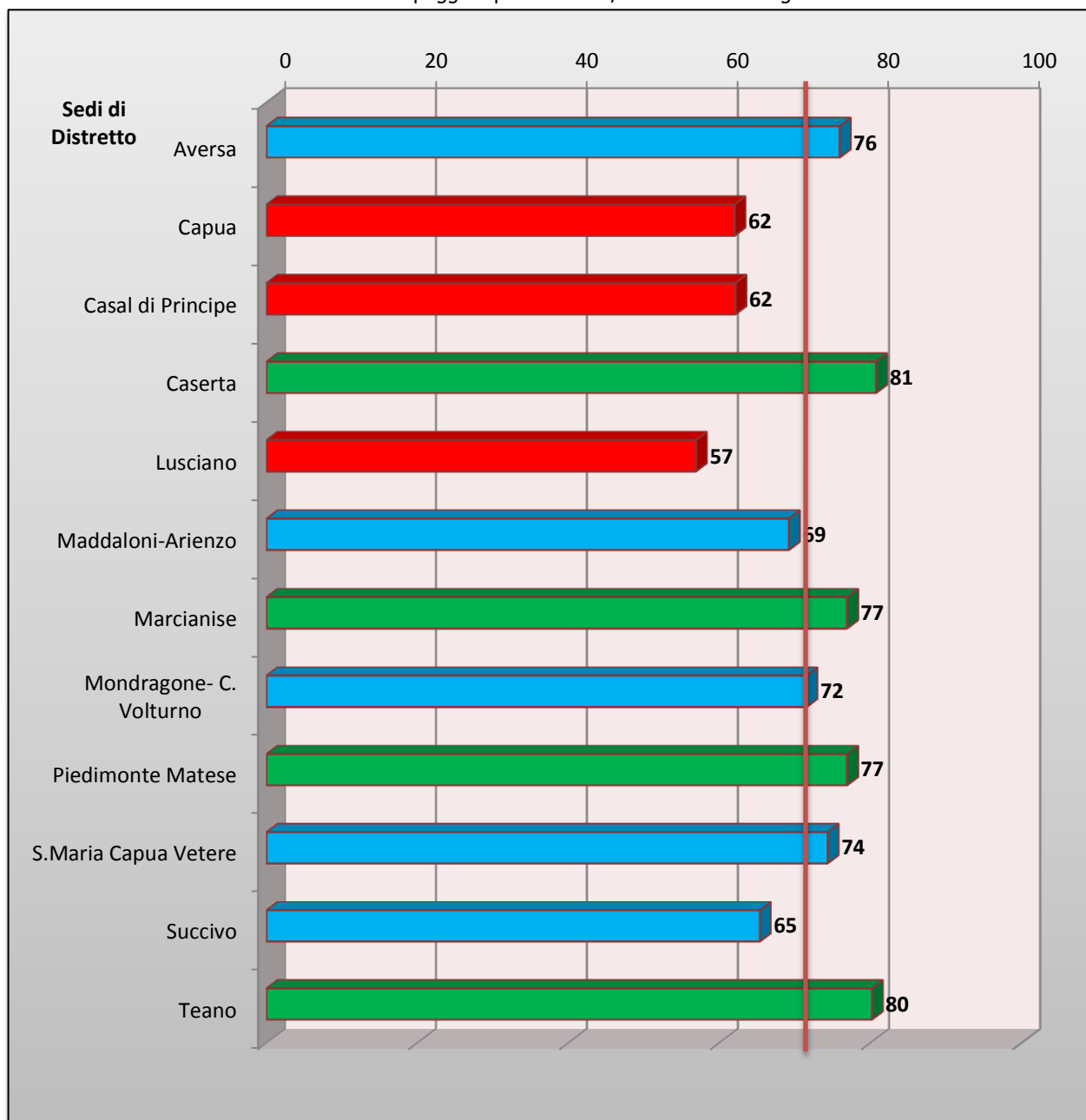
Utilizzo di strumenti per la valutazione e il monitoraggio delle lesioni da pressione

Il paziente/caregiver riceve istruzioni precise per la gestione delle piaghe da decubito

Iniziative di addestramento/formazione sul tema della "movimentazione" rivolte ai pazienti/caregiver per la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito

IAS MEDIO DEL FATTORE 5: 71

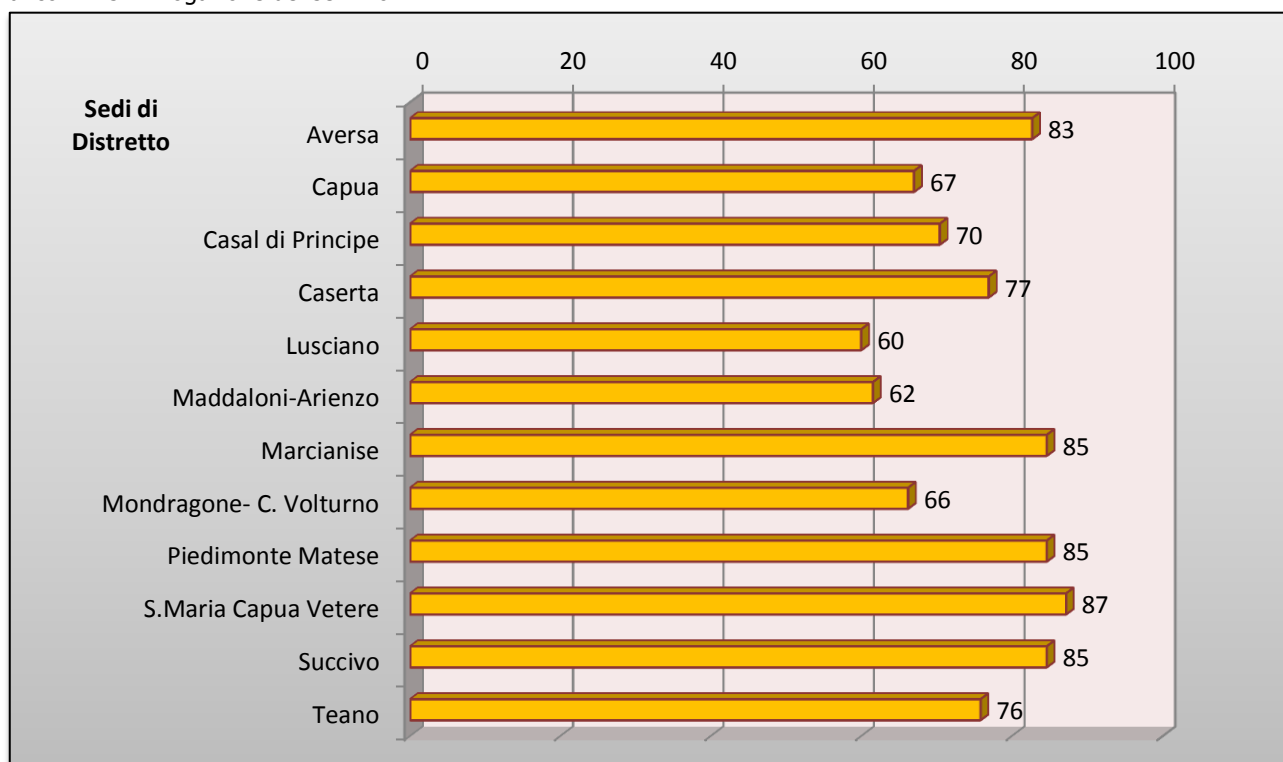
Grafico n.14 – Presa in carico: in rosso le tre peggiori performance, in verde le tre migliori



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

SUB-FATTORE 5.1-EROGAZIONE DEL SERVIZIO

Grafico n. 15 – Erogazione del servizio



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Il Servizio telefonico di assistenza ai pazienti e ai familiari, attivo tutti i giorni per almeno 12 ore e per tutti i livelli di cura è presente solo in 2 Distretti sui 12 monitorati.

L'indicatore relativo agli elementi presenti nel PAI raggiunge un valore medio regionale alto, pari a 89.

Il PAI viene concordato con il MMG/Pls quasi sempre, in 10 distretti su 12 monitorati.

Il PAI è sottoscritto dal paziente e/o da un familiare ancora in 10 distretti sui 12 monitorati.

Nel caso di post acuzie oppure di terminalità le cure domiciliari vengono attivate in quasi tutti i distretti (11 su 12) entro le 24 ore, rimandando ad una fase successiva l'attivazione dell'UVI per la definizione del PAI.

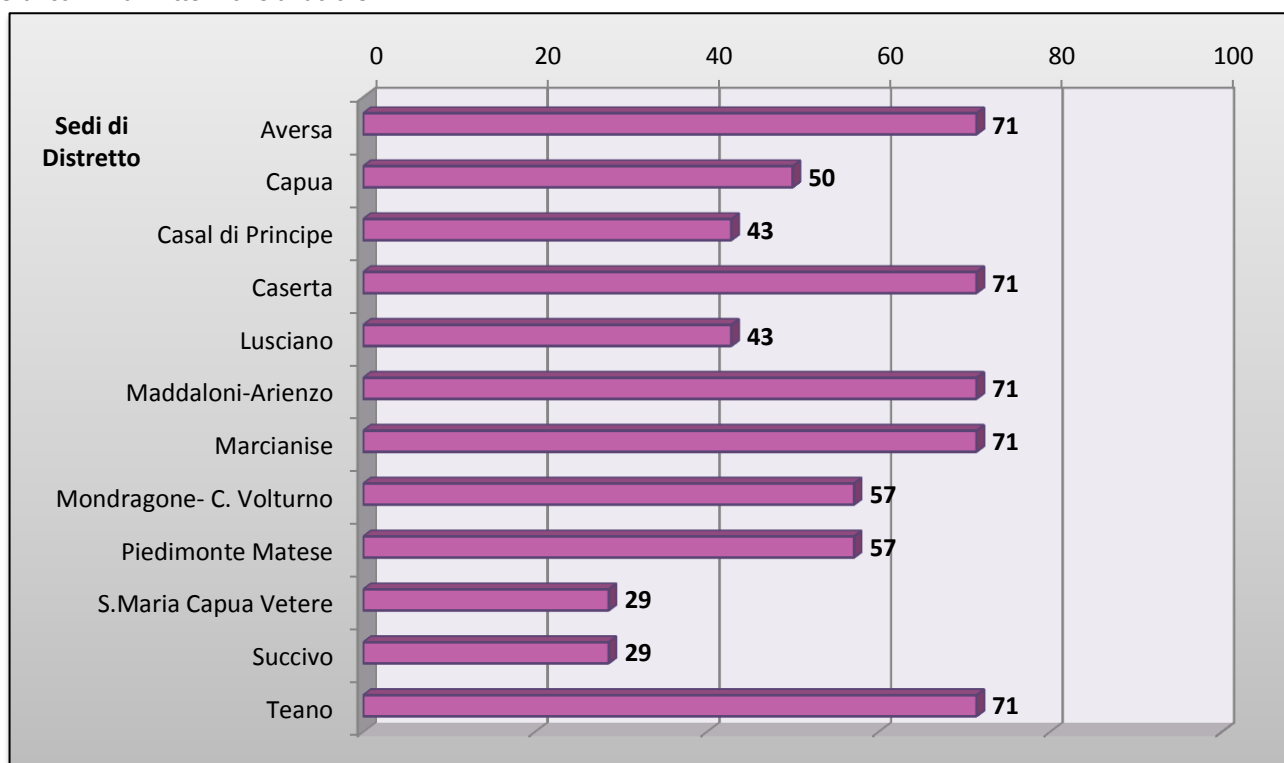
Il Servizio di assistenza psicologica per utenti e familiari è minimo solo in 3 distretti, totalmente assente negli altri 9, con un punteggio medio di 8/100.

In quasi tutti i distretti è possibile sia eseguire prestazioni diagnostiche e/o di laboratorio al proprio domicilio (11 su 12), sia avere un servizio di approvvigionamento e fornitura dei presidi necessari per i trattamenti al domicilio (11 su 12). Mentre il Servizio di approvvigionamento dei farmaci necessari è presente nel 75% dei distretti (9 sui 12 monitorati).

In caso di sospensione dell'assistenza, 11 Distretti su 12 lo comunicano all'assistito con un preavviso di almeno tre giorni.

SUB-FATTORE 5.2-ATTENZIONE AL DOLORE

Grafico n. 16 - Attenzione al dolore



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Solo in 1 Distretto sui 12 monitorati è presente la misurazione del dolore nella scheda di richiesta di attivazione dell'assistenza domiciliare, e in nessun Distretto sono presenti la misurazione e la registrazione del dolore nella cartella clinica per tutti i profili di cura.

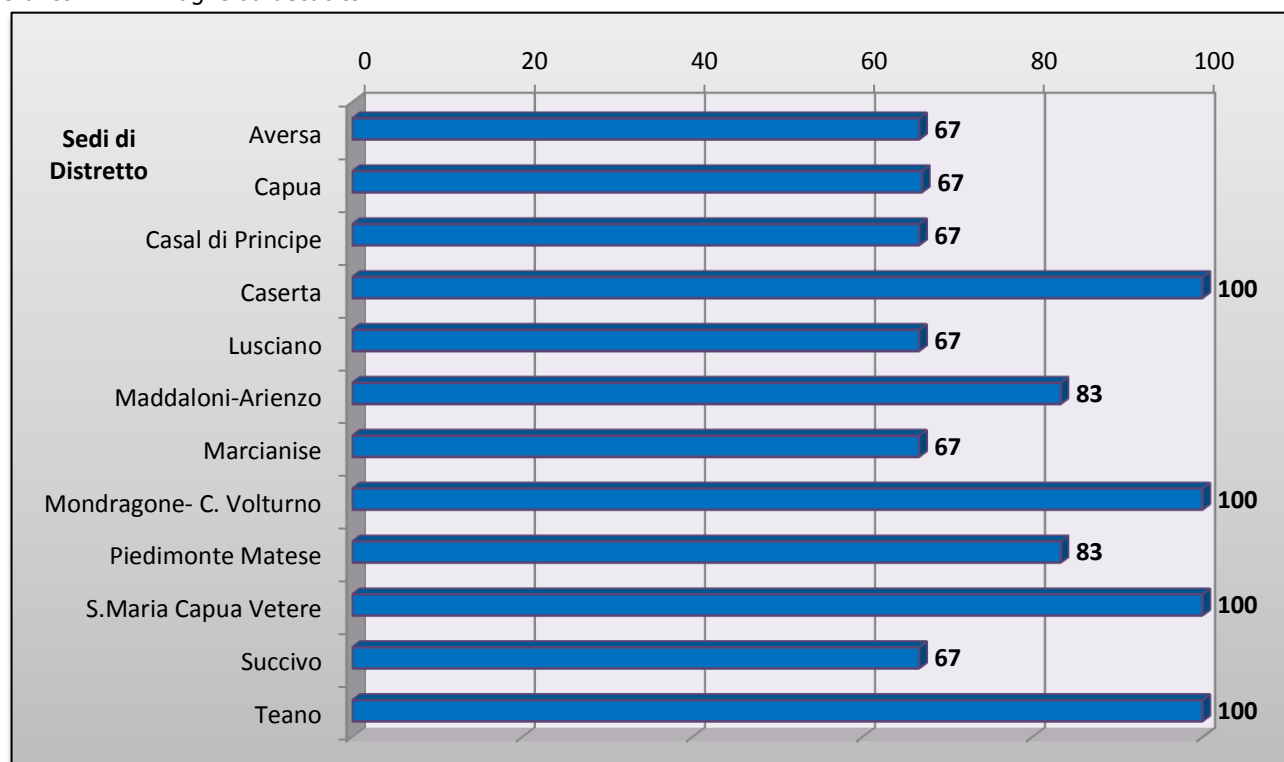
Terapie specifiche per le diverse tipologie di dolore:

- dolore CRONICO: presente nell'58% (7 su 12 Distretti);
- dolore ONCOLOGICO: presente nel 100% (12 su 12 Distretti);
- dolore in fase TERMINALE: presente nel 100% (12 su 12 Distretti);
- dolore per l'età PEDIATRICA: presente nel 42% (5 su 12 Distretti).

Il caregiver viene coinvolto nella gestione della terapia del dolore nel 83% dei casi (10 su 12 Distretti).

SUB-FATTORE 5.3-PIAGHE DA DECUBITO

Grafico n. 17 - Piaghe da decubito



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

In tutti i Servizi monitorati si adottano procedure codificate per la gestione delle piaghe da decubito, è possibile richiedere la consulenza di un medico specialista per la valutazione di un intervento sulle piaghe da decubito. In tutti i Servizi vengono inoltre utilizzate medicazioni avanzate per la cura delle piaghe da decubito.

È una prassi presente in tutti i Servizi di Assistenza Domiciliare che i pazienti/caregiver ricevano istruzioni precise per la gestione delle piaghe da decubito.

L'utilizzo di strumenti per la valutazione e il monitoraggio delle lesioni da pressione è presente solo nel 33% (4 su 12 Distretti) dei Servizi di Assistenza Domiciliare monitorati.

Iniziative di addestramento/formazione sul tema della "movimentazione" rivolte ai pazienti/caregiver per la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito sono presenti solo nel 50% (6 su 12) dei Servizi monitorati.

FATTORE 6 – EQUIPE ASSISTENZIALE

Sub fattore 6.1 Coordinamento e Reperibilità dei componenti dell'équipe

Coordinamento dell'équipe assistenziale da parte del MMG

Comunicazione in anticipo di tutti i nominativi degli operatori che turneranno a casa del paziente

Reperibilità del personale infermieristico per tutti i livelli di cura

Reperibilità del MMG dalle 8 alle 20 dei giorni feriali nelle Cure di III livello

Reperibilità Medico Specialista dalle 8 alle 20 dei giorni feriali nelle Cure di III livello

Reperibilità del Medico Specialista H/24 nelle Cure palliative

Sub fattore 6.2 Strumenti e modalità per la condivisione delle informazioni del paziente

Diario integrato per registrare l'andamento del piano terapeutico, a disposizione dell'intera équipe, a domicilio del paziente fino a chiusura del caso

Cartella Domiciliare Integrata Regionale

Cartella clinica informatizzata

Modalità strutturata di comunicazione alla famiglia sulla situazione del paziente

Riunioni di équipe in cui viene coinvolta la famiglia

Condivisione dei traguardi con la famiglia e/o con il paziente

Sub fattore 6.3 Case manager

Individuazione di un case manager per ogni caso preso in carico del servizio ADI

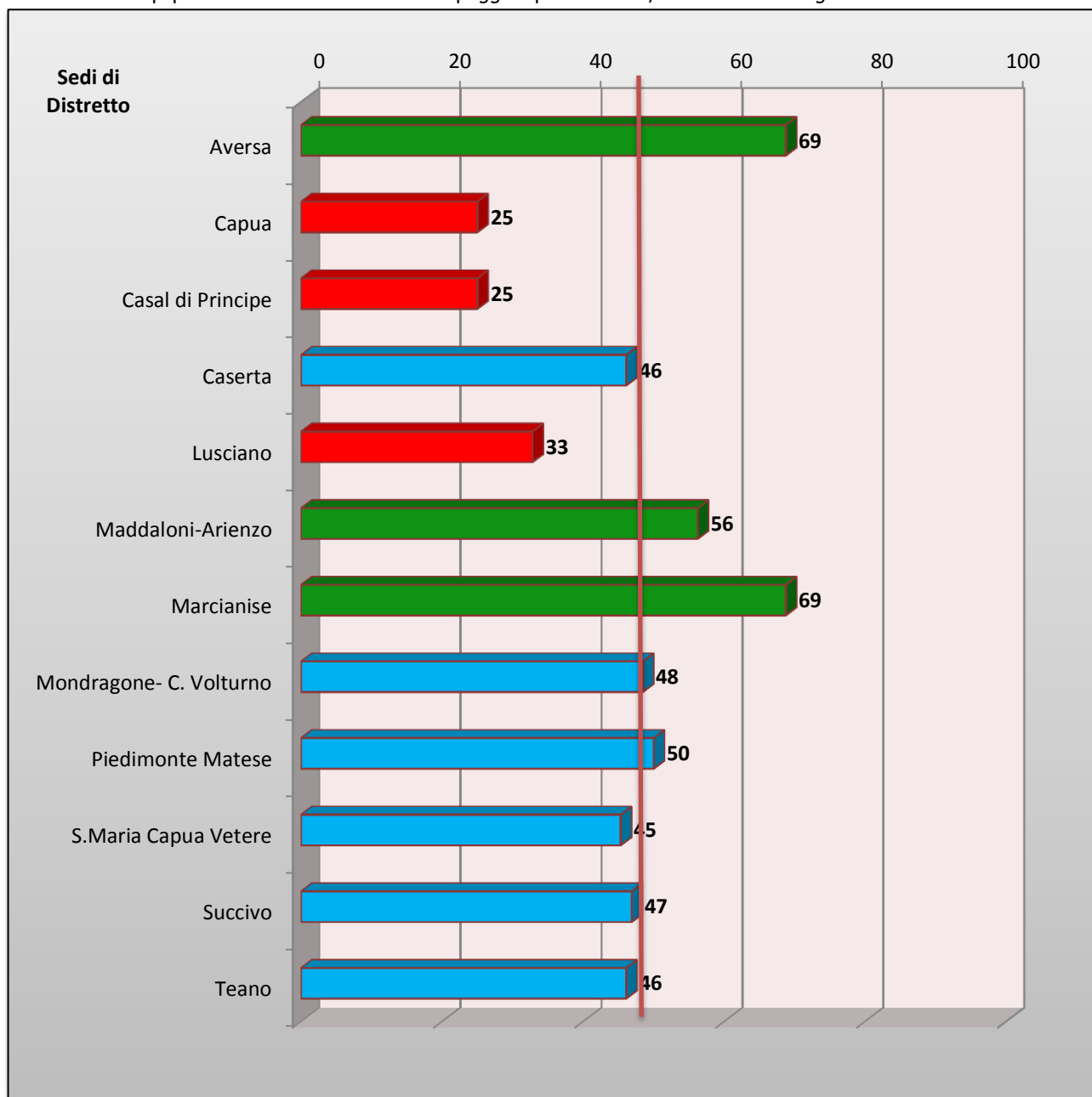
Comunicazione al paziente e ai familiari il nominativo del case manager assegnato

Collaborazione tra il case manager e il MMG per coordinare gli interventi previsti dal PAI, compresi l'assistenza protesica e farmaceutica

Responsabile dell'attuazione del PAI è il case manager

IAS MEDIO DEL FATTORE 6: 47

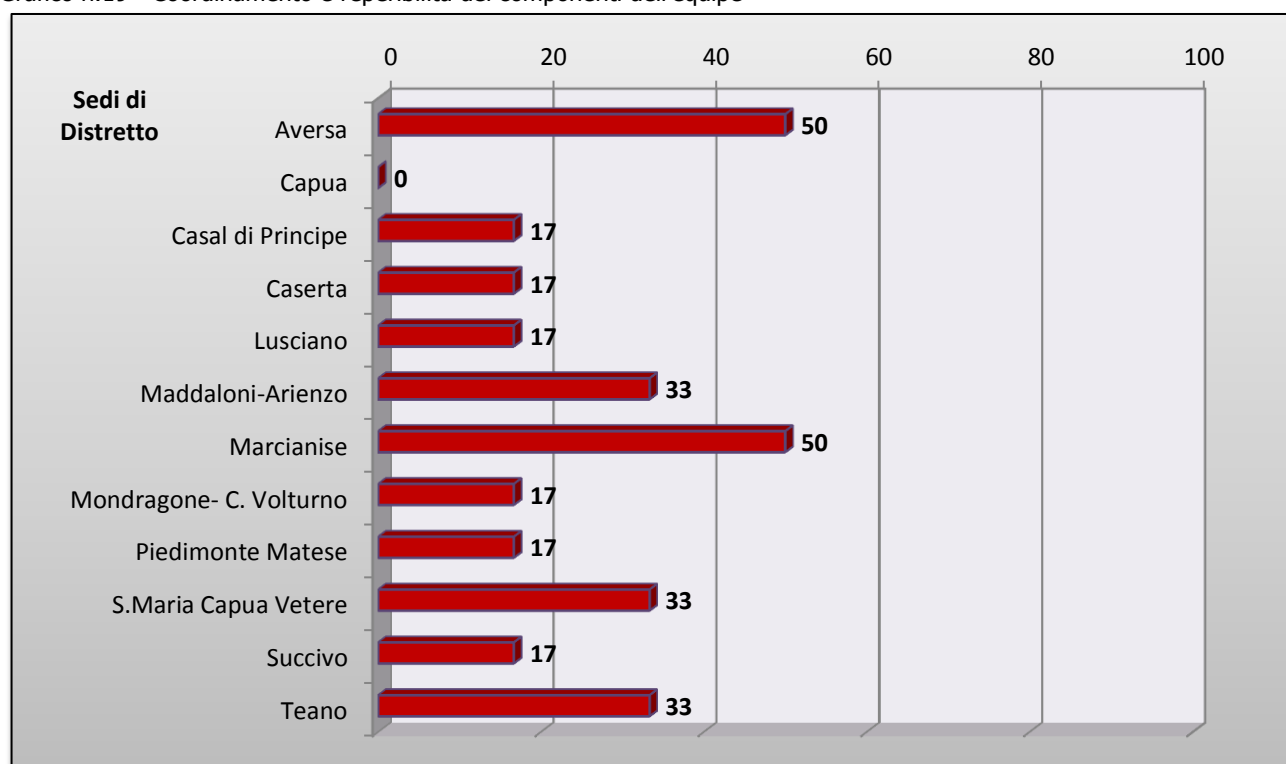
Grafico n. 18 - Equipe assistenziale: in rosso le tre peggiori performance, in verde le tre migliori



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

SUB-FATTORE 6.1-COORDINAMENTO E REPERIBILITA' DELL'EQUIPE ASSISTENZIALE

Grafico n.19 - Coordinamento e reperibilità dei componenti dell'équipe



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Il coordinamento dell'équipe da parte del MMG è una circostanza rilevata nel 25% dei casi (3 su 12).

La prassi di comunicare in anticipo di tutti i nominativi degli operatori che turneranno a casa del paziente è presente nel 42% dei Servizi (5 su 12).

La reperibilità del personale infermieristico per tutti i livelli di cura è totalmente assente (0 Distretti su 12).

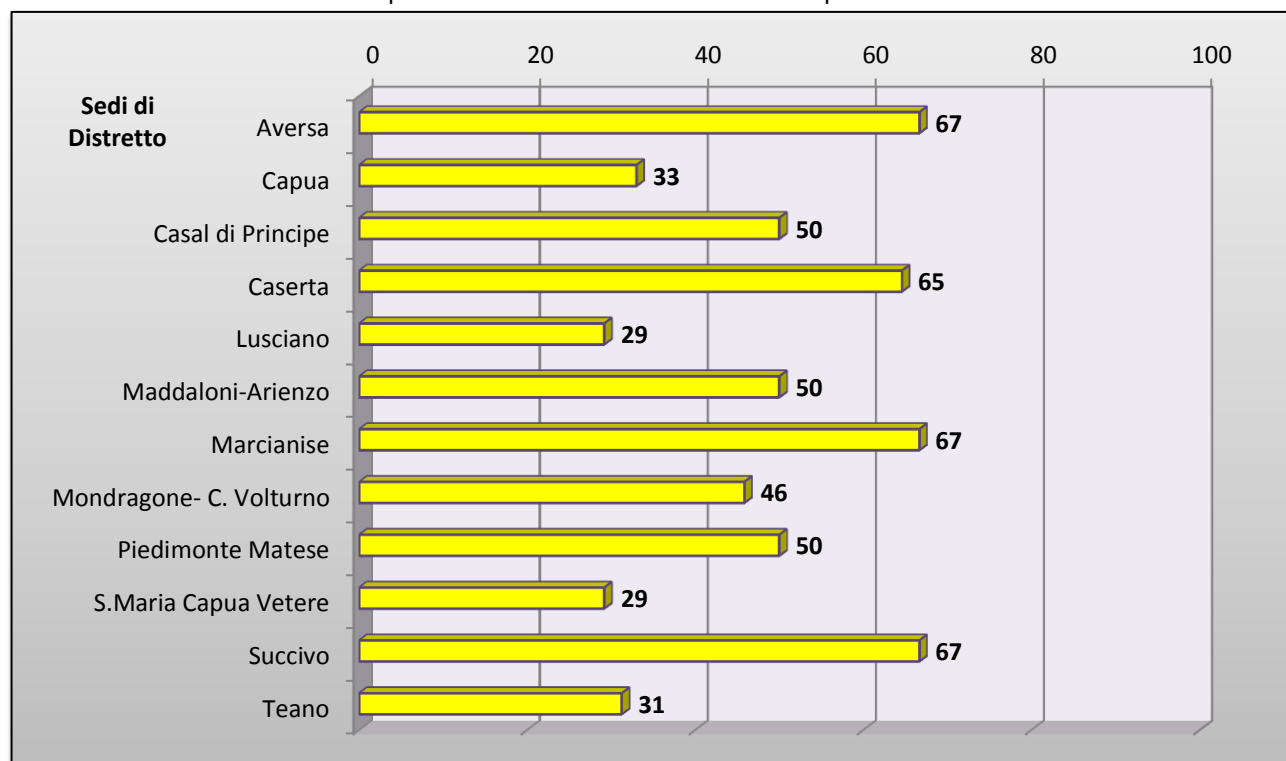
La reperibilità del MMG dalle 8 alle 20 dei giorni feriali nelle Cure di III livello è presente solo nel 50% dei casi.

La reperibilità del Medico Specialista dalle 8 alle 20 dei giorni feriali nelle Cure di III livello è presente nel 25% dei Servizi (3 su 12).

La reperibilità del Medico Specialista H/24 nelle Cure palliative è presente solo in un caso su 12

SUB-FATTORE 6.2-STRUMENTI E MODALITA' PER LA CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI DEL PAZIENTE

Grafico n. 20 - Strumenti e modalità per la condivisione delle informazioni del paziente



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Il diario integrato per registrare a domicilio del paziente fino a chiusura del caso l'andamento del piano terapeutico, a disposizione dell'intera équipe, è una modalità di gestione adattata da tutti, anche se nella metà dei casi non rispetta tutte le caratteristiche dovute.

La Cartella Domiciliare Integrata Regionale non è stata adottata da nessun Servizio, e anche la Cartella clinica informatizzata non è mai presente.

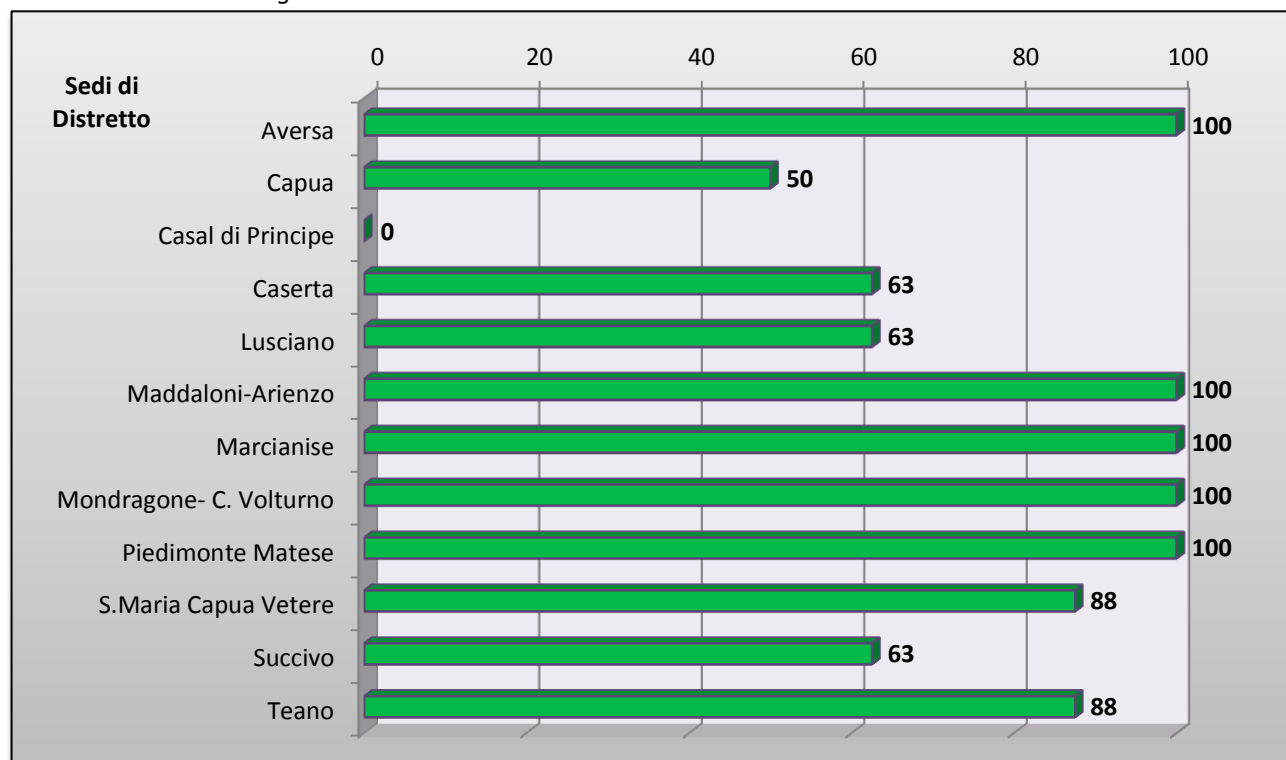
Una modalità strutturata di comunicazione alla famiglia sulla situazione del paziente è presente solo nel 42% dei Servizi (5 su 12).

Le riunioni di équipe in cui viene coinvolta la famiglia vengono realizzate nel 58% dei Servizi (7 su 12).

La condivisione dei traguardi con la famiglia e/o con il paziente è presente in tutti i Servizi.

SUB-FATTORE 6.3-CASE MANAGER

Grafico n. 21 - Case manager



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

La prassi di individuazione di un case manager per ogni caso preso in carico del Servizio ADI è presente nel 92% dei Servizi (11 distretti su 12). Tra questi, solo nel 73% dei casi (8 distretti su 11) si ha comunicazione formale al paziente e ai familiari del nominativo del case manager assegnato.

La collaborazione tra il case manager e il MMG per coordinare gli interventi previsti dal PAI, esiste in 10 casi su 11 (91%), ma solo nel 50% di questi (5 su 10) comprende anche l'assistenza protesica e farmaceutica.

Responsabile dell'attuazione del PAI è il case manager nel 91% dei Servizi monitorati che prevedono questa figura professionale (10 su 11).

FATTORE 7 - FORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Sub fattore 7.1 Formazione

- Corsi di aggiornamento/formazione negli ultimi due anni relativi alle cure domiciliari rivolti ai MMG/Pls
- Corsi di aggiornamento/formazione negli ultimi due anni per gli operatori del PUA che s'interfacciano con i cittadini
- Corsi di aggiornamento/formazione negli ultimi due anni per gli operatori dei percorsi di cura
- Corsi di aggiornamento/formazione negli ultimi due anni per gli operatori che effettuano le valutazioni multidimensionali
- Corsi di formazione rivolti ai caregiver per la gestione del paziente
- Programma rivolto agli operatori per ridurre il problema del burnout

Sub fattore 7.2 Comunicazione

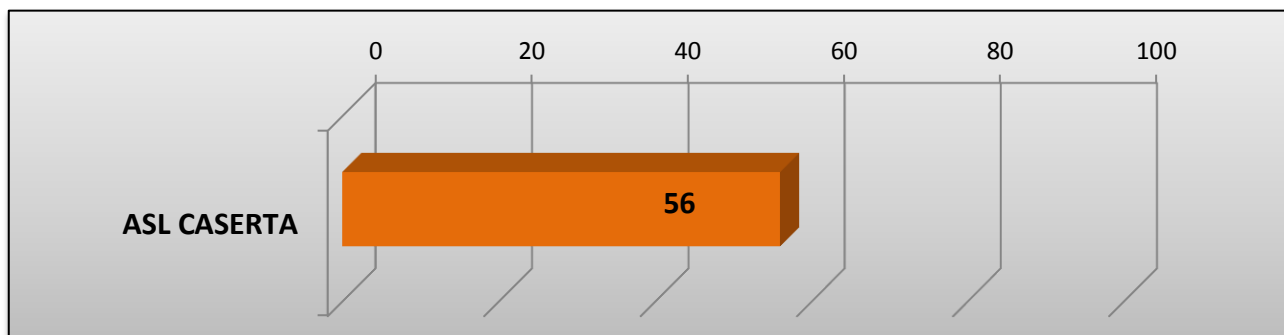
- Carta dei servizi con l'indicazione delle modalità e delle procedure di accesso all'ADI
- Materiale informativo rivolto ai cittadini per illustrare nel dettaglio il servizio di Assistenza Domiciliare, in cui sono presenti le seguenti informazioni:
 - beneficiari del diritto all'assistenza
 - passaggi per attivare il servizio
 - documentazione da presentare
 - modalità per richiedere il rinnovo dell'autorizzazione
 - elenco completo di tutti i punti distrettuali dell'ASL
 - elenco degli indirizzi, orari d'apertura e recapiti
- Materiale informativo rivolto ai cittadini per illustrare nel dettaglio il servizio di Assistenza Domiciliare, distribuito nei seguenti luoghi:
 - ai MMG/Pls per metterlo a disposizione negli studi
 - nei presidi ospedalieri/aziende ospedaliere
 - presso le farmacie del territorio della ASL
 - presso le sedi distrettuali dell'ASL
 - presso i servizi sociali dei Comuni
- Materiale informativo rivolto ai cittadini per illustrare nel dettaglio il servizio di Assistenza Domiciliare, disponibile nella versione multilingue
- Il sito web della ASL contiene informazioni relative al servizio di Assistenza Domiciliare, in particolare:
 - requisiti per l'accesso al servizio
 - modalità per accedere al servizio
 - modalità per ottenere il rinnovo
- Il sito web della ASL fornisce le seguenti informazioni:
 - elenco dei PUA, completo di giorni, orari di apertura e recapiti
 - elenco degli UVI completo di giorni e orari di apertura e recapiti
 - sezione FAQ
- Il sito web della ASL ha un servizio di URP on line
- Il sito web della ASL contiene l'elenco dei PUA, completo di giorni, orari di apertura e recapiti, nella versione multilingue
- Il sito web della ASL prevede alternative equivalenti al contenuto audio e/o visivo per garantire l'accessibilità del sito a persone con disabilità

Sub fattore 7.3 Monitoraggio del Servizio

- Realizzazione di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti del servizio di Assistenza Domiciliare negli ultimi 36 mesi, con le seguenti caratteristiche:
 - interviste condotte da personale appositamente addestrato
 - le domande rivolte agli utenti hanno riguardato i seguenti argomenti: attivazione del servizio, rapporti con gli utenti, qualità dell'assistenza ricevuta
 - i risultati sono stati resi pubblici
 - in seguito all'indagine sono state attuate azioni di miglioramento
- Ricezione della ASL, da parte dell'Ente erogatore, di un report contenente i risultati dell'indagine di soddisfazione di un campione rappresentativo di utenti seguito, realizzato negli ultimi 24 mesi
- L'Ente erogatore invia periodicamente alla ASL i report sui reclami da loro ricevuti sul servizio di Assistenza Domiciliare
- Modalità operativa di collaborazione con gli Enti erogatori per gestire congiuntamente una situazione di grave disservizio o difficoltà del paziente
- Sistema informatizzato integrato per la gestione dei casi e dei flussi informativi relativi all'assistenza domiciliare, in particolare:
 - immissione e registrazione univoca della domande
 - condivisione in rete dei dati
 - archiviazione ed elaborazione delle informazioni
 - modulistica univoca e condivisa tra i diversi servizi della Rete

IAS MEDIO DEL FATTORE 7: 56

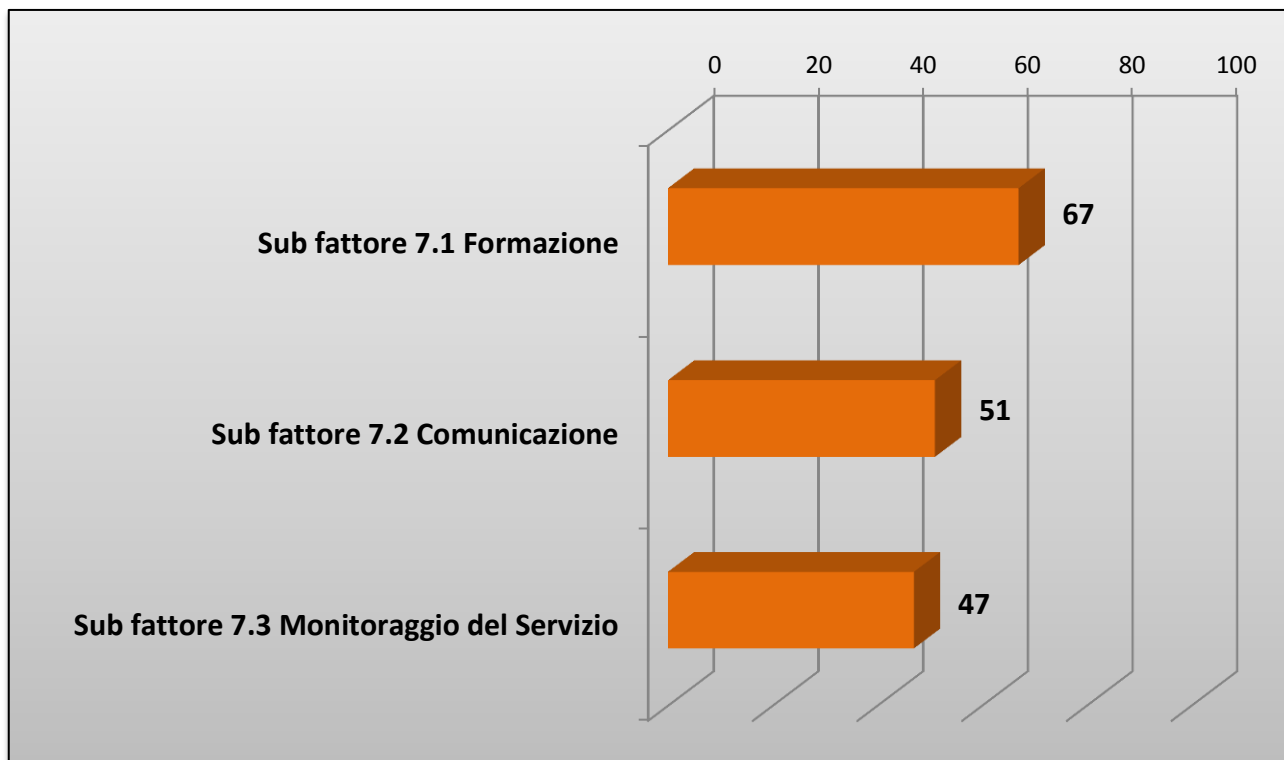
Grafico n. 22 - Fattore 7: Formazione e Comunicazione nella ASL di Caserta



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

SUB-FATTORI 7.1 FORMAZIONE, 7.2 COMUNICAZIONE e 7.3 MONITORAGGIO DEL SERVIZIO

Grafico n. 23 - Formazione, comunicazione e monitoraggio del servizio nella ASL di Caserta



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda la FORMAZIONE, la ASL ha realizzato corsi di aggiornamento/formazione negli ultimi due anni contenenti la trattazione di patologie/cure inerenti anche all'ADI rivolti ai MMG/Pls ma non esclusivamente dedicati alle cure domiciliari.

Sono stati realizzati dalla ASL corsi di aggiornamento/formazione negli ultimi due anni per gli operatori del PUA che s'interfacciano con i cittadini, per gli operatori dei percorsi di cura, e per gli operatori che effettuano le valutazioni multidimensionali.

La ASL non ha realizzato corsi di formazione rivolti ai caregiver per la gestione del paziente ma ha garantito l'addestramento operativo dei caregiver per la gestione di dolore e piaghe da decubito.

La ASL non ha realizzato un Programma rivolto agli operatori per ridurre il problema del burnout.

Sul versante della COMUNICAZIONE, la ASL Caserta non ha una Carta dei servizi con l'indicazione delle modalità e delle procedure di accesso all'ADI.

Esistono 12 carte dei servizi dei Distretti Sanitari riportanti, tra le altre, anche informazioni sul servizio di Assistenza Domiciliare; tali guide vengono distribuite una volta l'anno in vari luoghi (studi dei MMG, Farmacia, Distretti, Presidi ospedalieri) tramite gli uffici URP distrettuali.

E' completamente assente materiale informativo multilingue.

Il sito della ASL riporta unicamente l'elenco dei PUA, con i giorni e gli orari di apertura, e solo in lingua italiana. Non sono previste facilitazioni per le persone disabili che consultino il sito stesso.

Infine, per il MONITORAGGIO DEL SERVIZIO, la ASL non ha realizzato un'indagine sulla soddisfazione degli utenti del servizio di Assistenza Domiciliare negli ultimi 36 mesi.

Sono stati ricevuti dall'URP nell'ultimo biennio, 19 reclami sul servizio ADI, sul totale complessivo di 239 reclami (in percentuale circa 8%).

La ASL Caserta non eroga al momento prestazioni attraverso enti erogatori esterni.

Esiste un sistema informatizzato a livello regionale/distrettuale per la gestione dei casi e dei flussi informativi relativi all'Assistenza Domiciliare Integrata, limitato però alla sola registrazione delle domande, e senza integrazione con i PUA né con i Servizi Sociali del Comune.

Comparazione dei risultati con Aziende Sanitarie di altre Regioni

Tre cicli regionali di Audit Civico sul servizio di Assistenza Domiciliare Integrata sono stati finora portati a termine: regione Lombardia, Regione Sicilia, Regione Abruzzo, per un totale di 19 province interessate. I risultati sono abbastanza diversi: i punteggi ottenuti dalle 13 province del sud sono comparabili tra loro ed attestati su punteggi medi, mentre le province lombarde sono attestate su punteggi nettamente più alti. Abbiamo quindi limitato il confronto alle sole ASL del sud Italia: hanno svolto negli anni passati lo stesso percorso di Audit Civico per ADI a livello di Direzione Sanitaria e Distretti l'Abruzzo nel 2014 e la Sicilia nel 2012/2013.

I risultati dell'Audit Civico nella ASL di Caserta consentono l'immediato benchmarking con le ASL abruzzesi e le ASP siciliane. Il confronto è riportato nella tabella seguente; nella tabella sono marcati in giallo i punteggi che si avvicinano a quelli ottenuti dalla ASL Caserta in una fascia del 10% in più o in meno. In magenta sono invece marcati i risultati inferiori a questa fascia.

Tabella n. 11 – Confronto dei punteggi per fattore tra Caserta e le province di Sicilia e Abruzzo

FATTORI	ASL/ASP															
	CASERTA	AGRIGENTO	CALTANISSETTA	CATANIA	ENNA	MESSINA	PALERMO	RAGUSA	SIRACUSA	TRAPANI	L'AQUILA	CHIETI	PESCARA	TERAMO	Media Sicilia	Media Abruzzo
Accesso al servizio	60	76	84	62	72	60	85	96	55	67	63	82	79	75	73	75
Presa in carico	71	64	73	70	72	70	85	97	64	94	84	83	79	83	77	82
Equipe assistenziale	47	70	64	50	74	64	67	88	43	70	43	67	66	45	66	55
Formazione e comunicazione	56	43	83	70	41	34	51	58	52	50	40	53	59	30	54	46

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

La distribuzione dei risultati ottenuti nei fattori relativi al questionario di Distretto (accesso al servizio, presa in carico, équipe assistenziale) dalla ASL Caserta sono inferiori alle medie delle altre province esaminate, riportate in azzurro e rosa nell'ultima colonna della tabella: come si vede, i punteggi ottenuti dalla ASL Caserta nei primi tre fattori sono confrontabili con gli omologhi risultati di molte province siciliane o abruzzesi, ma peggiori di essi nella maggioranza dei casi. Diversa è la situazione per il fattore Formazione e Comunicazione: qui la ASL di Caserta ha ottenuto risultati confrontabili o migliori di quelli ottenuti dalle altre ASL/ASP abruzzesi e siciliane in 11 casi su 13.

Il miglior punteggio per la ASL Caserta è relativo alla presa in carico, che dà ragione delle modalità di erogazione del servizio a domicilio; segue il punteggio del fattore accesso al servizio, che si riferisce ai modi e tempi di attivazione del servizio ADI; il peggior risultato è relativo al fattore équipe assistenziale, che riflette aspetti comportamentali e organizzativi, ma dipende anche della carenza di risorse umane che affligge alcune Regioni, tra le quali la Campania, a causa dei problemi di bilancio.

Si noti infine come i risultati ottenuti nei fattori di pertinenza dei distretti nella provincia di Catania, che tra le 14 province che hanno condotto l'Audit ADI è quella con il numero di residenti più vicina a Caserta (1.100.000 circa rispetto a 920.000) e con una percentuale di anziani confrontabile (18% rispetto al 16,5%), siano praticamente sovrapponibili con quelli della ASL Caserta per 3 fattori su 4.

TERZA PARTE

La percezione del cittadino-utente: pazienti trattati in ADI nella ASL Caserta

In questa terza parte presentiamo il risultato dell'indagine condotta su alcuni utenti e loro familiari/caregiver, che rileva la loro percezione sulla qualità del servizio di Assistenza Domiciliare.

Per la raccolta delle informazioni è stato costruito come strumento di rilevazione un **Questionario Pazienti assistiti in ADI**, compilato presso gli assistiti in forma anonima. I questionari sono stati somministrati da équipe miste di operatori della ASL Caserta e volontari di Cittadinanzattiva delle assemblee di Caserta ed Aversa.

Struttura del questionario utilizzato

Una piccola parte di poche domande di carattere "anagrafico" (sesso, fascia di età, distretto di appartenenza, ecc) che sono servite a descrivere la tipologia dei pazienti intervistati.

Le tre tabelle seguenti riassumono le caratteristiche degli 86 pazienti intervistati:

Tabella n. 12a – pazienti intervistati suddivisi per sesso

Maschi	Femmine
33%	66%

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Tabella n. 12b – pazienti intervistati suddivisi per fasce d'età

Meno di 65 anni	65 anni o più
23%	77%

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Tabella n. 12c – pazienti intervistati allettati 24 ore su 24

Allettati 24 ore su 24	Altri
74%	26%

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Il questionario vero e proprio è composto da 78 domande specifiche sul servizio di Assistenza Domiciliare Integrata. Le domande del questionario per i pazienti sono state raggruppate per associarle, ove possibile, ai fattori e subfattori della struttura di valutazione; in particolare sono stati identificati i seguenti raggruppamenti:

- Accesso al servizio (corrisponde a fattore 4, subfattore 4.3)
- Erogazione (corrisponde a fattore 5, subfattore 5.1) con sottosezioni terapia del dolore e piaghe da decubito (subfattori 5.2 e 5.3)
- Equipe assistenziale (corrisponde a fattore 6, subfattori 6.1 e 6.2)
- Presidi: qualità e tempi d'attesa (nessuna corrispondenza)
- Spese sostenute dal paziente (nessuna corrispondenza)

Le domande che fanno riferimento ad un medesimo fattore sono state raggruppate; per ciascuna di esse è stata calcolata la percentuale delle risposte pervenute. Vediamo in dettaglio.

Accesso al servizio

Ai pazienti intervistati è stato chiesto come siano stati indirizzati all'Assistenza domiciliare, equanto sia stato "semplice" accedere al servizio.

Tabella n. 13 – Opinioni sull'accesso al servizio di Assistenza Domiciliare (percentuali)

Accesso al Servizio ADI		
	SI %	NO %
Ha saputo di poter ricevere l'assistenza domiciliare dal MMG o PLS	48	52
Ha saputo di poter ricevere l'assistenza domiciliare dai Servizi sanitari	20	80
Ha saputo di poter ricevere l'assistenza domiciliare dai Servizi sociali	1	99
Ha saputo di poter ricevere l'assistenza domiciliare tramite passaparola	9	91
Ha saputo di poter ricevere l'assistenza domiciliare da altre fonti	29	71
Semplicità della procedura burocratica per attivare il servizio ADI	73	27
Assenza di passaggi complicati per ottenere l'attivazione del servizio	75	25
Meno di 10 gg trascorsi dalla richiesta all'attivazione effettiva del servizio	55	45
I tempi di attivazione del servizio sono considerati adeguati	64	36

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

In primo luogo si nota che le informazioni sulla possibilità di attivare l'ADI vengono in gran parte dal MMG o PLS, dai servizi sanitari, dal passaparola o da altre fonti, mentre solo un 1% dei pazienti ha avuto informazioni dai Servizi Sociali.

Per circa i tre quarti dei pazienti, la procedura burocratica per accedere all'ADI è relativamente semplice, e non presenta passaggi complicati.

Per quanto riguarda invece i tempi di attivazione, il 30% degli intervistati dichiara di essere stato assistito entro 5 giorni e circa il 25% ha atteso tra 5 e 10 giorni. Resta quindi un 45% dei pazienti che dichiara tempi di risposta superiori ai 10 giorni. Gli intervistati si dichiarano abbastanza soddisfatti nonostante i tempi d'attesa suddetti, probabilmente per la mancanza di informazioni sugli standard del servizio, che dovrebbero essere descritti in una carta dei servizi ed adeguatamente diffusi. Si noti come (Tabella 9) i tempi dichiarati dai Distretti siano invece mediamente al di sotto dei 5 giorni.

Approfondendo i dati dei tempi d'attesa per livello di intensità di cura, si rileva che i tempi dichiarati per i profili di cura di livello 1 e 2 sono quasi identici: circa il 60% è stato assistito entro 10 giorni. I pazienti di terzo livello dichiarano di essere stati assistiti entro 48 ore nel 40% dei casi e solo il 13% ha dovuto attendere oltre 10 giorni. Per le cure palliative i dati non sono sufficienti a estrarre una casistica affidabile. Questi risultati, pur confermando la discordanza con i dati dei distretti, danno conto di una certa attenzione ai pazienti con maggior carico assistenziale e, presumibilmente, più urgenti di intervento.

Erogazione del servizio

Di seguito le tabelle con i risultati che riguardano le modalità di erogazione del servizio di assistenza Domiciliare Integrata.

Tabella n. 14 – Opinioni sull'erogazione del Servizio (percentuali)

Erogazione del Servizio	SI %	NO %
Le hanno illustrato il PAI	52	48
Il MMG/PLS è stato coinvolto nell'elaborazione del PAI	59	41
Il servizio rispetta i giorni settimanali previsti dal PAI	84	16
Il servizio rispetta gli orari giornalieri previsti dal PAI	69	31
Si è mai verificata una sospensione anticipata del Servizio	19	81
Se sì, è stata comunicata con congruo anticipo	SI %	NO %
	33	67

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Il PAI è stato illustrato solo al 52% dei pazienti, e non sempre (59%) il MMG è stato coinvolto nell'elaborazione del piano. Il servizio viene prestato nei giorni stabiliti dal piano nel 84% dei casi, e negli orari prestabiliti nel 69% dei casi. Raramente (meno del 20%) si è verificata un'interruzione del servizio ma solo nel 33% di questi casi ne è stata data comunicazione con sufficiente anticipo.

Tabella n. 15 – Erogazione del Servizio: gestione del dolore

Attenzione al dolore	SI %	NO %
E' prevista nel PAI la gestione del dolore	12	88
Se sì: è stata prevista una terapia specifica per il dolore	SI %	NO %
	70	30
Se sì: siete stati addestrati a gestire la terapia del dolore	SI %	NO %
	60	40

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda la terapia del dolore, non risulta possibile tramite questionario verificare quando sia realmente necessaria; essa è comunque contemplata nel PAI solo per il 12% dei pazienti intervistati; ma solo al 70% di loro è stata realmente praticata. Quest'ultimo risultato andrebbe approfondito riverificando i pochi casi pertinenti in quanto un paziente realmente bisognoso della terapia di norma ne pretende l'erogazione. Potrebbe trattarsi di prescrizioni "al bisogno" che non abbiano avuto necessità di effettiva somministrazione. Nel 60% dei casi il caregiver è stato adeguatamente addestrato a somministrarla.

Tabella n. 16 – Erogazione del Servizio: piaghe da decubito

Piaghe da decubito	SI %	NO %
Ha avuto lesioni da decubito	73	27
Se sì: si sono verificate PRIMA dell'avvio del servizio ADI	SI %	NO %
	78	22
Se sì: l'équipe è preparata alla gestione di tali lesioni	SI %	NO %
	93	7
I familiari/caregiver sono stati istruiti su come gestirle	76	24

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Per la gestione delle piaghe da decubito la percezione degli utenti è decisamente migliore: il 73% dei pazienti ne è affetto, e nel 78% dei casi esse erano presenti prima dell'intervento del servizio ADI. Il team assistenziale è stato giudicato idoneo a trattare le piaghe dal 93% dei casi; nel 76% dei casi il caregiver è stato adeguatamente addestrato a curarle.

Tabella n. 17 – Erogazione del Servizio: assistenza psicologica

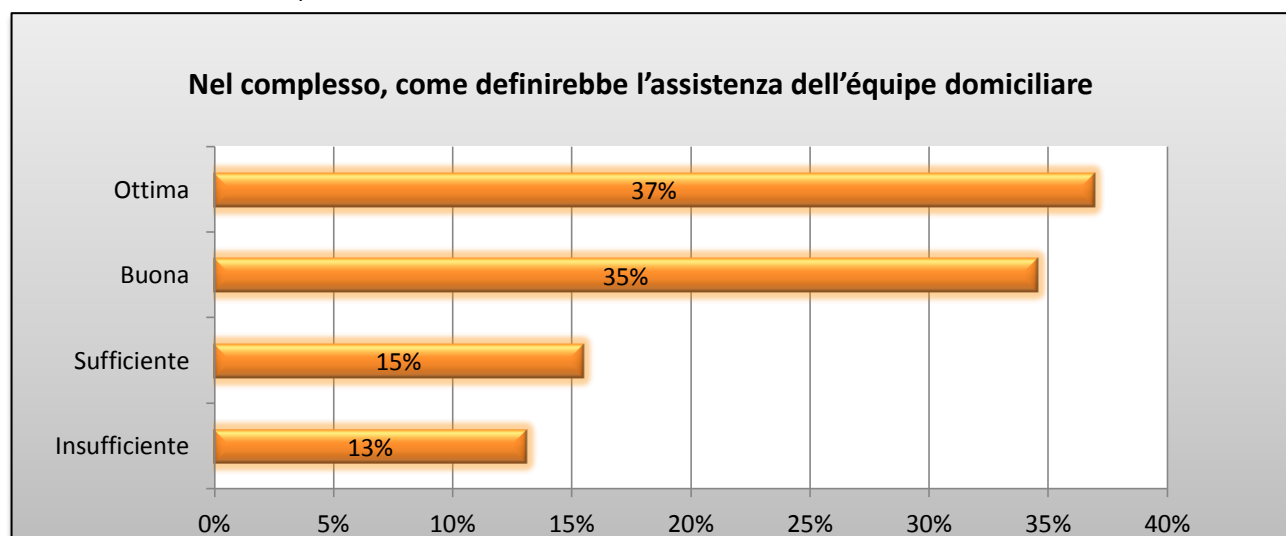
Assistenza psicologica	SI %		NO%	
Vi è stato offerto un servizio di assistenza psicologica	10		90	
Se sì: il sostegno psicologico fornito è stato adeguato	SI %	NO %		
	71	29		
Se no: lei e i suoi familiari trovereste utile un servizio di supporto psicologico			SI %	NO %
			61	39

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

L'assistenza psicologica è stata erogata solo al 10% dei pazienti, mentre circa il 60% degli esclusi dichiara che ne avrebbe avuto necessità. Quando erogata, l'assistenza psicologica è stata considerata adeguata nel 71% dei casi. Questo risultato è pienamente aderente a quanto osservato presso i distretti.

Come si può vedere dal seguente grafico, l'assistenza prestata dall'équipe assistenziale viene giudicata nel complesso buona o ottima dal 72% degli assistiti intervistati.

Grafico n. 24 – Giudizio complessivo sull'assistenza domiciliare



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Equipe assistenziale

Tabella n. 18 – Giudizio sulla disponibilità di MMG, Infermiere e Specialista

Disponibilità delle figure principali	SI %		NO%
Le è capitato di chiamare il MMG per un bisogno urgente riguardante l'ADI	48		52
Il MMG ha risposto alla chiamata	SI %	NO %	
	95	5	
Definirebbe la disponibilità del MMG buona /ottima	75		25
Le è capitato di chiamare l'infermiere per un bisogno urgente	39		61
L'infermiere ha risposto alla chiamata	SI %	NO %	
	90	10	
Definirebbe la disponibilità dell'infermiere buona/ottima	76		24
Le è capitato di chiamare il medico specialista per un bisogno urgente	26		74
Lo specialista ha risposto alla chiamata	SI %	NO %	
	95	5	
Definirebbe la disponibilità del Medico Specialista buona/ottima	81		19

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

La disponibilità del MMG, dell'infermiere e del Medico Specialista sono valutate buone o ottime da una percentuale di pazienti compresa tra il 75 e l'81%. Per quanto riguarda le chiamate d'urgenza, il MMG, l'infermiere ed il Medico Specialista sono stati chiamati rispettivamente nel 48%, 39%, 26% dei casi. Quando chiamati in urgenza, essi hanno risposto alle chiamate in percentuale compresa tra il 90% e il 95%, quindi quasi sempre.

Tabella n. 19 – Figure professionali a domicilio

Figure professionali a domicilio	SI %	NO%
Operatore socio sanitario	7	93
Volontario	0	100
Psicologo	6	94
Fisioterapista	36	64
Nutrizionista	37	63
Assistente sociale	1	99
Altre figure professionali a domicilio	38	62

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Le altre figure professionali presenti nell'equipe assistenziale sono, in ordine di presenza: il nutrizionista (37%), il fisioterapista (36%), l'operatore socio sanitario (7%), lo psicologo (6%), e quasi del tutto assente l'assistente sociale (1%). Esiste una fascia di altri esperti non ben identificati presenti nel 38% dei casi.

Tabella n. 20 – Rapporto con gli Operatori

Rapporto con gli operatori a domicilio	SI %	NO%	
Le sono stati comunicati in anticipo i nominativi di tutti gli operatori	43	57	
Gli operatori che vengono a casa sua sono sempre gli stessi	74	26	
Se no: l'alternanza degli operatori è stata comunicata in anticipo		SI %	NO %
		38	62
Se no: l'alternanza degli operatori le crea disagio		SI %	NO %
		29	71
Gli operatori sono molto/abbastanza disponibili e gentili	95	5	
Gli operatori sono molto/abbastanza chiari nelle loro comunicazioni	90	10	
I suoi familiari (o i suoi caregiver) hanno avuto dagli operatori formazione o istruzioni adeguate	72	28	
Vengono svolte periodicamente riunioni tra l'équipe e Lei e la sua famiglia	21	79	
L'équipe assistenziale condivide con Lei e la sua famiglia il raggiungimento degli obiettivi	57	43	
Giudica molto/abbastanza soddisfacenti le comunicazioni tra l'équipe assistenziale e la sua famiglia	74	26	

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Più della metà degli intervistati non ha saputo in anticipo i nomi degli operatori che l'avrebbero assistito. Nel 74% dei casi la squadra che assiste il paziente è sempre la stessa; nei rimanenti casi (il 26%) l'alternanza si è verificata ma di essa gli interessati hanno avuto comunicazione in anticipo soltanto nel 38% dei casi. Comunque il 71% di chi ha subito una variazione di squadra, comunicata o non, dichiara di non averne avuto disagio.

Nel 95% dei casi gli operatori sono giudicati disponibili e gentili; nel 90% abbastanza o molto chiari nelle comunicazioni.

La collaborazione tra équipe e famiglia viene affrontata da altre tre domande inerenti agli obiettivi di cura, alle riunioni periodiche, alla formazione dei caregiver: gli obiettivi vengono condivisi in circa il 57% dei casi, i caregiver hanno avuto una formazione ritenuta idonea nel 72% dei casi ma le riunioni tra équipe e famiglia sono una rarità: vengono tenute solo nel 21% circa dei casi esaminati. In sintesi viene percepita una squadra di persone capaci, gentili e disponibili, chiare nelle loro comunicazioni, dove però le comunicazioni stesse sono poco frequenti.

Questa carenza nella comunicazione strutturata con la famiglia ed in particolare delle riunioni di équipe con la famiglia è una conferma di quanto emerso nel questionario per i distretti, anzi è qui percepita in modo più deciso.

Qualità e tempi per la fornitura di presidi sanitari

In merito ai tempi di fornitura dei presidi, sono stati considerati presidi semplici e complessi in relazione alla reperibilità.

Tabella n. 21 – Tempi di attesa tra richiesta e fornitura di ausili e presidi

Tempi di attesa dalla prima richiesta alla fornitura effettiva	Da 1 a 7 gg	Da 7 a 15 gg	Da 15 a 30 gg	Oltre 30 gg
Materasso antidecubito	30	15	33	22
Cuscino antidecubito	0	25	50	25
Letto articolato	34	14	31	21
Carrozzina	6	13	28	53
Sollevatore	13	0	25	62
Sacche per stomie	33	17	33	17
Sondino naso gastrico	67	0	33	0
Catetere vescicale	42	25	21	12
Catetere venoso	100	0	0	0
Ago cannula	100	0	0	0
Pompa antalgica	-	-	-	-
Pannoloni	23	23	33	21
Traverse	24	27	27	22

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

I tempi di consegna a decorrere dalla prima richiesta per presidi complessi (materasso/cuscino antidecubito, letto articolato, carrozzina, sollevatore) sono inferiori ai 30 giorni in una percentuale tra il 38% e l'80% circa dei casi.

Per alcuni presidi semplici (sacche per stomie, sondino naso gastrico, catetere vescicale /venoso, ago cannula), i tempi di consegna a decorrere dalla prima richiesta sono inferiori ai 15 giorni in una percentuale tra il 67% ed il 100% dei casi; colpisce invece che per pannoloni, traverse e sacche per stomie sia necessario, nella metà dei casi, attendere oltre 15 giorni, e talvolta oltre un mese (circa 20%).

Appare chiaro un problema logistico connesso all'organizzazione delle strutture coinvolte nel processo di fornitura dei presidi, dalla raccolta dell'esigenza alla consegna a domicilio. Ciò per giunta appare particolarmente grave per presidi di basso costo e largo uso come pannoloni e traverse.

Tabella n. 22 – Giudizio sulla qualità dei presidi/ausili forniti

Qualità dei presidi/ausili forniti	SI %	NO%
Definirebbe la qualità dei presidi/ausili forniti buona/ottima	61	39
Ha avuto problemi con i presidi forniti	32	68

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

La qualità dei presidi forniti viene giudicata buona o ottima nel 61% dei casi. Circa un terzo degli intervistati dichiara di avere avuto problemi con i presidi forniti. Sono percentuali che richiedono da parte dell'ASL uno specifico approfondimento.

Costi aggiuntivi a carico della famiglia

E' stato chiesto agli intervistati quanto incide a carico della famiglia dell'assistito, in termini di spesa mensile, l'integrazione di tutto ciò che viene a mancare e che l'assistenza domiciliare per vari motivi non fornisce.

Tabella n. 23 – Necessità di integrazione a proprie spese

	Sì %	No %
Ha avuto bisogno di integrare a sue spese le prestazioni fornite	86	14

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Degli 86 intervistati, 74 hanno dichiarato di dover integrare a spese proprie quanto posto a disposizione dall'ASL.

A questo sottoinsieme, piuttosto numeroso, che dichiara di integrare a proprie spese è stato poi chiesto di indicare per quali materiali/forniture/prestazioni hanno dovuto spendere, ed infine di dare una stima della spesa media mensile sostenuta dalla famiglia per integrare l'assistenza domiciliare.

Tabella n. 24 – Tipologia delle spese da sostenere

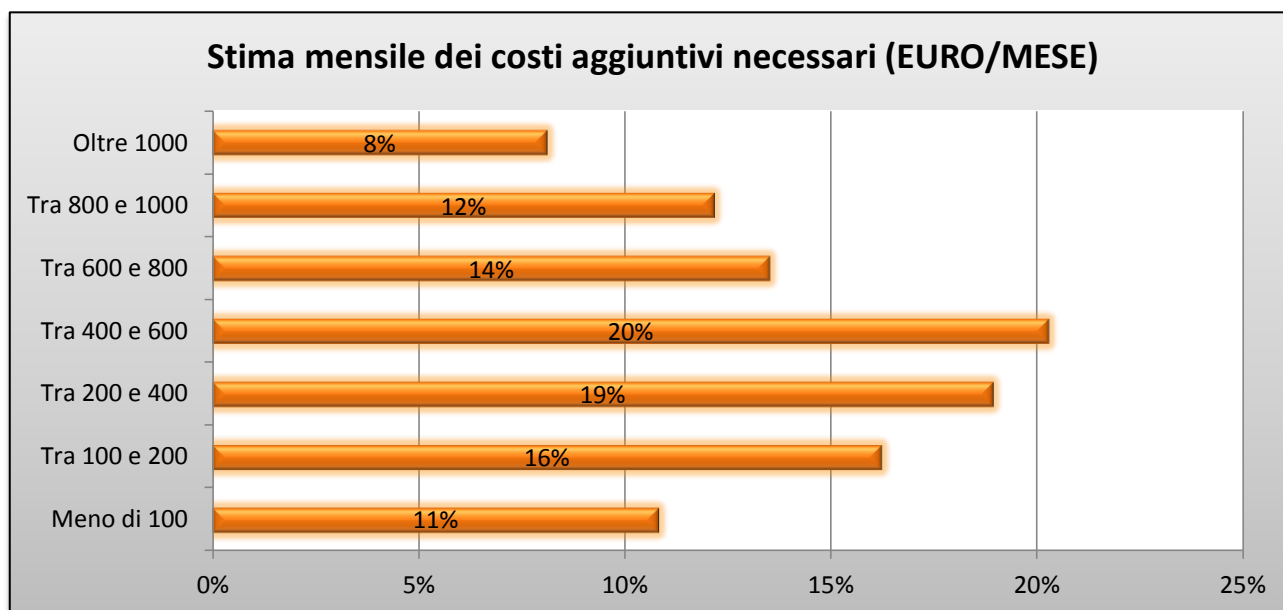
	Sempre %	Occasionalmente %
Ha speso per Farmaci	58	30
Ha speso per Integratori alimentari	23	12
Ha speso per Materiale sanitario	43	27
Ha speso per Attrezzature medicali	20	14
Ha speso per Badante	39	8
Ha speso per Infermiere	9	19
Ha speso per Fisioterapista	0	12
Ha speso per Psicologo	0	0
Ha speso per Nutrizionista	0	1

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Come si può vedere dalla tabella precedente, la maggior parte degli intervistati spende tra 200 e 600 euro al mese, ma c'è una fascia del 20% che integra di tasca propria il servizio con una somma superiore a 800 euro mensili.

Il grafico che segue riassume le fasce di spesa che gli assistiti sostengono per integrare quanto non viene fornito dall'assistenza a domicilio.

Grafico n. 25 - Incidenza mensile sul bilancio familiare (EURO)



Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

QUARTA PARTE

Sintesi dei risultati e piano di miglioramento

Servizi ADI nella ASL di Caserta: prospetto di sintesi

Dopo aver analizzato nel dettaglio il comportamento dei singoli Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata per tutti i Fattori di valutazione, presentiamo di seguito un prospetto di sintesi, utile per avere una visione d'insieme per l'Azienda Sanitaria di Caserta.

Riportiamo il valore medio aziendale per ciascun Fattore di valutazione e i dati più significativi emersi.

Tabella n. 25- PROSPETTO DI SINTESI ASL CASERTA

FATTORE	FATTORE 4 ACCESSO AL SERVIZIO	FATTORE 5 PRESA IN CARICO	FATTORE 6 EQUIPE ASSISTENZIALE	FATTORE 7 FORMAZIONE E COMUNICAZIONE
VALORE	60	71	47	56
GIUDIZIO	MEDIOCRE	DISCRETO	MEDIOCRE	MEDIOCRE

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Il valore medio del Fattore 4 "Accesso al servizio" è pari a 60.

In particolare, i punti di forza sono:

- quasi tutti i Servizi (11 su 12) hanno il PUA;
- l'integrazione tra il PUA e i Servizi Sociali del Comune raggiunge un valore medio pari a 75;
- l'UVI è presente in ogni Distretto Sanitario e svolge quasi sempre tutte le funzioni previste;
- l'indicatore relativo alle figure professionali presenti nell'UVI raggiunge un valore medio pari a 65, rilevando che non tutte le figure previste sono presenti. Mentre le figure supplementari professionali dell'area clinica e psicologica e/o il caregiver sono dichiarate presenti in tutte le UVI;
- tutte le UVI utilizzano schede, scale e sistemi di classificazione standardizzati per la valutazione interdisciplinare;
- l'indicatore relativo al grado di integrazione dell'UVI con i Servizi del Comune, raggiunge un valore medio pari a 92;

I punti di debolezza evidenti sono:

- la Carta dei Servizi del PUA è assente in tutti i Distretti;
- solo in un distretto su 12 è previsto che se una richiesta di accesso all'ADI arriva agli altri punti della Rete venga reinviata al PUA tramite un coordinamento automaticamente attivato;
- lo Sportello dedicato al Servizio di Assistenza Domiciliare è presente in una sola realtà;
- il PUA gestisce direttamente e completamente una richiesta di Assistenza Domiciliare che preveda un bisogno semplice solo in uno dei Servizi monitorati;
- sono quasi sempre poche (fatta eccezione per un unico distretto che le comprende tutte) le figure sanitarie professionali che segnalano al PUA la richiesta di attivazione dell'ADI; in 1 caso su 12 non lo fa neanche il MMG, ed il punteggio medio si ferma a 49.

- l'indicatore relativo alla modalità di registrazione di una richiesta di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare su un'apposita scheda informatizzata e rilascio al richiedente di apposita ricevuta, raggiunge un valore medio pari a solamente a 8, infatti soltanto due Servizi realizzano la procedura e solo in parte;
- l'indicatore relativo alla rilevazione di modalità alternative di richiesta di attivazione dell'Assistenza Domiciliare, raggiunge un valore medio pari solo a 14: solo un terzo dei Distretti ne prevede una parte.
- l'indicatore relativo a monitorare la presenza di una procedura per l'attivazione dell'ADI da parte delle strutture ospedaliere, presenta un panorama molto variegato: alcuni distretti svolgono per intero la procedura mentre altri solo in piccola parte, e altri ancora per nulla. Il valore medio dell'indicatore è pari a 68.

Il valore medio del Fattore 5 "Presa in carico" è pari a 71.

In particolare, i punti di forza sono:

- il PAI viene concordato con il MMG/Pls quasi sempre: 10 distretti sui 12 monitorati, e sottoscritto dal paziente e/o da un familiare ancora in 10 distretti sui 12 monitorati. In 11 casi su 12 gli obiettivi del PAI sono condivisi con il paziente e la famiglia.
- nel caso di post acuzie oppure di terminalità l'Assistenza Domiciliare viene attivata in 11 su 12 distretti entro le 24 ore, rimandando ad una fase successiva l'attivazione dell'UVI per la definizione del PAI;
- in 11 su 12 distretti è possibile sia eseguire prestazioni diagnostiche e/o di laboratorio al proprio domicilio, sia avere un servizio di approvvigionamento e fornitura dei presidi necessari per i trattamenti al domicilio. Mentre il Servizio di approvvigionamento dei farmaci necessari è meno presente (9 sui 12 monitorati);
- terapie specifiche per le alcune tipologie di dolore:
 - dolore ONCOLOGICO: presente nel 100% dei Distretti
 - dolore in fase TERMINALE: presente nel 100% dei Distretti
- il caregiver viene coinvolto nella gestione della terapia del dolore nel 83% dei casi (10 su 12 Distretti);
- TUTTI i Servizi adottano procedure codificate per la gestione della piaghe da decubito;
- in TUTTI i Servizi ADI monitorati è possibile richiedere la consulenza di un medico specialista per la valutazione di un intervento sulle piaghe da decubito;
- in TUTTI i Servizi vengono utilizzate medicazioni avanzate per la cura delle piaghe da decubito;
- è una prassi presente in TUTTI i Servizi ADI che i pazienti/caregiver ricevano istruzioni precise per la gestione delle piaghe da decubito;

I seguenti, invece, sono i punti di debolezza:

- l'indicatore relativo al Servizio di assistenza psicologica per utenti e familiari, disponibile tutti i giorni per almeno 6/8 ore, è ASSENTE, e solo in 3 distretti su 12 funziona in modo minimale.
- il Servizio telefonico di assistenza ai pazienti e ai familiari, attivo tutti i giorni per almeno 12 ore è presente solo in 1 Distretto per tutti i livelli di cura, e in un altro solo per alcuni livelli di cura;
- solo in 1 Distretto sui 12 monitorati è presente PARZIALMENTE la misura del dolore nella scheda di richiesta di attivazione del servizio;

- in TUTTI i Servizi è ASSENTE la misura e la registrazione del dolore nella cartella clinica per tutti i profili di cura.
- terapie specifiche poco presenti per le alcune tipologie di dolore:
 - dolore CRONICO: presente nel 58% (7 su 12 Distretti),
 - dolore per l'età PEDIATRICA: presente solo nel 42% (5 su 12 Distretti);
- l'utilizzo di strumenti per la valutazione e il monitoraggio delle lesioni da pressione è presente nel 33% (4 su 12 Distretti) dei Servizi ADI monitorati;
- iniziative di addestramento/formazione sul tema della "movimentazione" rivolte ai pazienti/caregiver per la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito sono presenti solo nel 50% (6 su 12) dei Servizi monitorati.

Il valore medio del Fattore 6 "Equipe assistenziale" è pari a 47.

In particolare, i punti di forza sono:

- il diario integrato per registrare l'andamento del piano terapeutico, a disposizione dell'intera équipe, a domicilio del paziente fino a chiusura del caso è una modalità di gestione adottata da TUTTI, con un valore medio di 92;
- la condivisione dei traguardi con la famiglia e/o con il paziente è presente in TUTTI i Servizi;
- la prassi di individuazione un case manager per ogni caso preso in carico del Servizio ADI è presente nel 92% dei Servizi (11 su 12);
- la comunicazione formale al paziente e ai familiari del nominativo del case manager assegnato è svolta nel 67% dei casi (8 su 12);
- responsabile dell'attuazione del PAI è il case manager nel 83% dei Servizi monitorati (10 su 12).

I punti di debolezza sono, invece:

- la reperibilità del personale infermieristico per tutti i livelli di cura è ASSENTE;
- la reperibilità del MMG dalle 8 alle 20 dei giorni feriali nelle Cure di III livello è presente SOLO NELLA META' dei Servizi (6 su 12);
- la reperibilità del Medico Specialista dalle 8 alle 20 dei giorni feriali nelle Cure di III livello è presente SOLO nel 25% dei Distretti (3 su 12);
- la reperibilità del Medico Specialista H/24 nelle Cure palliative è presente SOLO IN UN CASO su 12;
- il coordinamento dell'équipe da parte del MMG è una circostanza rara, rilevata nel 25% dei casi (3 su 12);
- la prassi di comunicare in anticipo di tutti i nominativi degli operatori che turneranno a casa del paziente è presente nel 42% dei Servizi (5 su 12);
- la Cartella Domiciliare Integrata Regionale NON è stata adottata NESSUN distretto;
- NESSUN distretto ha adottato la Cartella clinica informatizzata;
- La modalità strutturata di comunicazione alla famiglia sulla situazione del paziente è presente solo nel 42 % dei Servizi (5 su 12);

Il valore medio del Fattore 7 "Formazione e comunicazione" è pari a 56.

In particolare, gli indicatori ci dicono che:

- La ASL ha realizzato corsi di aggiornamento/formazione negli ultimi due anni relativi all'ADI rivolti SOLO agli addetti ai lavori: operatori del PUA, operatori dei percorsi di cura, operatori delle UVI;
- La ASL NON ha realizzato negli ultimi due anni corsi di aggiornamento/formazione specificamente dedicati all'Assistenza Domiciliare e rivolti ai MMG/Pls; ha trattato però nel piano di formazione alcuni argomenti ricollegabili anche alle cure domiciliari;
- La ASL NON ha realizzato corsi di formazione rivolti ai caregiver per la gestione del paziente, anche per la frequente rotazione della platea degli interessati, ma l'équipe assistenziale addestra i caregiver per la gestione delle piaghe da decubito e per la gestione del dolore;
- La ASL NON ha realizzato un Programma rivolto agli operatori per ridurre il problema del burnout;
- Le guide ai servizi distrettuali, contenenti tra le altre anche informazioni per i cittadini atte ad illustrare il servizio di Assistenza Domiciliare, vengono distribuite in luoghi chiave con cadenza annuale (studi dei MMG, Presidi ospedalieri);
- è ASSENTE ovunque materiale informativo multilingue;
- il sito web NON contiene informazioni dirette all'utenza specifiche sull'assistenza domiciliare; tuttavia riporta nella sezione specifica le carte dei servizi dei singoli distretti, che tra le altre contengono alcune informazioni relative all'Assistenza Domiciliare; MANCA una parte multilingua.
- La ASL NON ha realizzato un'indagine sulla soddisfazione degli utenti del servizio di Assistenza Domiciliare negli ultimi 36 mesi;
- La ASL ha un sistema informatizzato integrato SOLO IN PARTE per la gestione dei casi e dei flussi informativi relativi all'ADI.

Per concludere la sintesi, riassumiamo anche quanto emerge dall'indagine dei pazienti assistiti.

I punti di forza che emergono dalle interviste ai pazienti sono:

- L'iter per l'accesso al servizio non viene percepito come difficoltoso
- L'erogazione del servizio nei giorni /orari prestabiliti è in gran parte rispettata.
- La cura delle piaghe da decubito da parte dell'équipe assistenziale è riconosciuta efficace ed il caregiver è addestrato a curarle
- Gli operatori sono giudicati disponibili, gentili e chiari nelle comunicazioni
- I pazienti giudicano nel 72% dei casi buona/ottima l'assistenza domiciliare erogata
- La disponibilità dell'infermiere, del MMG e dello specialista sono giudicate buone/ottime da gran parte dei pazienti trattati

I punti di debolezza che gli assistiti comunicano sono invece:

- Praticamente nulla la promozione dell'ADI da parte dei servizi sociali
- I tempi d'attesa dichiarati dai pazienti risultano più lunghi di quanto dichiarato dai vari distretti; a dispetto di ciò, la percezione dei pazienti non appare critica
- Raramente il PAI viene illustrato al paziente
- Il MMG non sempre è coinvolto nell'elaborazione del piano

- Una interruzione del servizio nella maggior parte dei casi non viene comunicata al paziente con congruo anticipo
- Le riunioni dell'équipe assistenziale con la famiglia si tengono raramente
- La terapia del dolore non è praticata nel 30% dei casi in cui essa è prevista dal PAI
- L'assistenza psicologica è un'esigenza diffusa ma nella maggioranza dei casi non viene erogata
- L'assistente sociale è praticamente assente dai team assistenziali
- I tempi di consegna di presidi semplici appare inspiegabilmente lungo
- La qualità dei presidi forniti viene giudicata insufficiente dal 40% degli intervistati e circa un terzo di essi dichiara di aver avuto problemi con essi
- Quasi tutti i pazienti devono integrare a spese proprie (soprattutto per medicinali e materiale sanitario) quanto messo a disposizione dall'ADI. Gran parte degli intervistati spende tra i 200 ed i 600 euro al mese ad integrazione di quanto fornito dalla ASL.

Tutti i punti di debolezza identificati sono stati analizzati e trattati, insieme a quanto emerso dalle risposte ai questionari della Direzione e distrettuali, nel piano di miglioramento.

Il Piano di miglioramento

Le criticità rilevate nel processo dell'Audit Civico ad ogni livello di riscontro (Direzione, Distretti, pazienti/caregiver), le osservazioni delle équipes miste, i risultati degli approfondimenti condotti su tematiche specifiche da Cittadinanzattiva Caserta, sono stati raggruppati in tabelle relative ai fattori di riferimento, e insieme ad annotazioni e commenti, discusse in più riunioni della Cabina di regia. E' stato poi chiesto alla ASL di Caserta di identificare, sulla base di quanto emerso dalla precedente analisi, le azioni di miglioramento idonee a risolvere le singole criticità. Le azioni proposte dalla ASL sono state analizzate in dettaglio in Cabina di regia al fine di valutarne l'idoneità a risolvere i problemi rilevati. A conclusione di questo ciclo di verifica, la ASL ha definito la data di finalizzazione di ciascuna azione e completato la tabella con propri commenti.

Sono state identificate 22 azioni di miglioramento che intervengono su: risorse di personale, formazione delle figure professionali, comunicazione verso cittadini e pazienti, monitoraggio del servizio, sistema informatico.

Le tabelle successive descrivono in dettaglio, fattore per fattore, le criticità riscontrate, i commenti di Cittadinanzattiva Caserta e dell'Azienda Sanitaria Locale, le azioni di miglioramento concordate, le relative date di chiusura. Queste tabelle costituiranno la base di riscontro per la verifica dello stato di completamento delle azioni di miglioramento, che Cittadinanzattiva Caserta conta di condurre a 6 mesi e ad un anno dalla conclusione dell'Audit.

Tabella n. 26- Piano di miglioramento: fattore dati di attività

Fattore 2: DATI DI ATTIVITA'	
Criticità rilevate:	Pochi casi trattati in Assistenza Domiciliare rispetto alla popolazione residente ultrasessantacinquenne. Disuniforme, tra distretti sanitari, sia il numero di risorse allocate al servizio ADI rispetto alla popolazione residente, sia il numero di casi trattati in ADI rispetto alle risorse allocate.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: occorrono azioni idonee all'estensione del servizio (risorse esterne, armonizzazione risorse interne, ottimizzazione del servizio); varare un piano di verifica ed armonizzazione dell'organico in carico al servizio ADI, eventualmente ricorrendo a contratti esterni. ASL Caserta: negli ultimi 10 anni sono stati assistiti circa 40.000 pazienti e che dunque una discreta percentuale della popolazione della provincia è già venuta a contatto con l'ADI; inoltre negli stessi anni gli operatori ADI sono stati sempre presenti ed impegnati sul territorio, attivando anche liste d'attesa. Infine il numero di pazienti è funzione del personale dedicato. Al momento nessuna azione di armonizzazione del personale interno è ritenuta praticabile da ASL, che intende reclutare risorse attraverso le azioni seguenti. Attraverso le tre azioni che saranno completamente attivate entro 6-9 mesi da fine ottobre 2015 si otterranno risorse utili ad aumentare il numero dei casi trattati di circa 60 casi al giorno a regime, ovvero circa il 30% rispetto al 2014.
AZIONE 1:	<u>Reclutamento mediante co.co.pro.</u> Sono in corso le selezioni per: n° 2 assistenti sociali; n° 1 sociologo; n° 4 psicologi; n° 1 neurologo; n° 2 specialisti in scienze della nutrizione; n° 15 infermieri; n° 5 infermieri pediatrici; n° 2 dietiste. La contrattualizzazione di tali professionisti avverrà con rinnovo triennale fino allo sblocco del turn over del personale dipendente.
AZIONE 2:	<u>Esternalizzazioni.</u> L'attività di assistenza domiciliare, a decorrere dal 01/09/2015 con Delibera n. 950 del 02/07/2015, è stata potenziata attraverso l'erogazione di assistenza medico-infermieristica e riabilitativa a cura di équipe in carico ad hospice accreditati.
AZIONE 3:	<u>Reclutamento OSS.</u> L'assistenza verrà assicurata anche attraverso la figura dell'operatore socio assistenziale, che ad oggi veniva posto a disposizione solo dall'ambito/servizi comunali. Attraverso l'attivazione del PAC Anziani sarà assicurata una gara per l'acquisto di 95.000 ore di O.S.S. all'anno per il 2016 ed il 2017 (altrettanto faranno gli Ambiti Territoriali), con costi a carico dell'ASL su un apposito fondo. Tale gestione diretta dell'attività consentirà un maggior numero di soggetti coinvolti, maggiore rapidità e più completa presa in carico.

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Tabella n. 27- Piano di miglioramento: fattore accesso al servizio

Fattore 4: ACCESSO AL SERVIZIO	
Criticità rilevata:	Il numero di punti PUA dichiarati in alcuni distretti eccede anche i punti "diffusi" riportati nella guida dell'ASL. Viene dichiarata "l'unicità" dei vari punti in termini di capacità di affrontare tutte le tematiche socio-sanitarie, ma si ritiene che ciò non sia reale in molti dei casi trattati.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Rivedere la strategia dei PUA diffusi o almeno garantire con formazione ed omogeneizzazione delle risorse la presenza di personale qualificato in tutte le sedi PUA. Attuare un piano di informazione e di indirizzo all'uso dei PUA, anche attraverso indicazioni fisiche specifiche nelle sedi ASL e Comunali.
AZIONE 4:	Formazione per risorse PUA. Si terrà conto nel Piano Formativo 2016. Sono pianificate 12 edizioni (una per distretto) da febbraio a dicembre 2016.
AZIONE 5:	Identificazione fisica sedi PUA. Per le indicazioni fisiche nelle sedi ASL si procederà di concerto con l'URP.
Criticità rilevata:	Il 67% dei pazienti è venuto a conoscenza della possibilità di ricorrere al servizio ADI dal MMG o dai servizi sanitari; SOLO l'1,2% ne avuto notizia dai servizi sociali.
Commenti:	ASL Caserta non ritiene questa una criticità, poiché il MMG è il principale accesso nell'organizzazione aziendale. NESSUNA AZIONE
Criticità rilevata:	Una serie di domande sul PUA mettono in luce il parziale o mancato funzionamento di queste strutture, in particolar modo quelle in carico agli Ambiti. Inoltre è fortemente carente l'informazione sull'esistenza e le finalità di queste strutture miste.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: verificare tutti i requisiti dei PUA e soddisfarli. Redigere e pubblicizzare una carta dei servizi ADI, ma anche dei PUA. Non basta solo l'elenco.
AZIONE 6:	Elaborazione Carta dei Servizi PUA/ADI di concerto con l'URP entro il primo semestre 2016
Criticità rilevata:	Il coinvolgimento dell'Ambito nell'attività è disuniforme: in alcuni casi i Comuni sono del tutto assenti o giudicano inutile partecipare all'UVI se non sussistono condizioni di complessità o urgenza.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Richiedere un'azione della Regione sugli Ambiti. ASL Caserta: La Regione è già intervenuta con numerose norme, tra l'altro con la DGRC 50/2012 che autorizza l'ASL a procedere, anche in assenza del Comune, determinando la spesa. La ASL non prevede nessuna azione nell'ambito delle proprie competenze.
Criticità rilevata:	Di fatto non è assicurato il riconoscimento di tutte le situazioni che esigono un intervento sociale. Inoltre, quando ciò viene accertato, viene spesso a mancare il supporto dei Comuni.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: assicurare il rapido e più sicuro riconoscimento delle esigenze sociali ASL Caserta: l'obiettivo mediante reclutamento è disporre di n.1 assistente sociale per distretto e consentire per tutti i pazienti la redazione della sezione C della SVAMA. VEDI AZIONE 1

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Tabella n. 28- Piano di miglioramento: fattore presa in carico

Fattore 5: PRESA IN CARICO	
Criticità rilevata:	Il PAI è stato illustrato solo al 52% dei pazienti.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Assicurare la completa applicazione delle linee guida.
AZIONE 7:	Modifica del consenso informato Nel nuovo modulo sono previsti numerosi passi di approvazione da parte del paziente/caregiver che richiedono una particolareggiata descrizione del piano.
Criticità rilevate:	Non in tutti i casi in cui è prevista terapia del dolore essa viene realmente erogata. Inoltre alcune pratiche come le terapie specifiche per il dolore cronico o pediatrico, la misura del dolore nella scheda di attivazione del servizio, l'utilizzo di strumenti per la valutazione delle lesioni da pressione non sono uniformemente diffuse nei singoli distretti.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Per i casi di mancata erogazione della terapia del dolore, probabilmente si tratta di casi particolari ma è d'obbligo che ASL conduca un approfondimento specifico urgentemente. In merito alle pratiche citate, è necessario procedere ad una diffusione di dette attività, talvolta delle vere best practice, in tutti i distretti per garantire un livello di cura adeguato. ASL Caserta: La misurazione del dolore è stata già inserita nella nuova cartella elettronica come campo obbligatorio.
AZIONE 8:	Terapia del dolore e lesioni da pressione La ASL verificherà la reale e completa copertura dei casi richiedenti terapia del dolore nel campione esaminato nel corso dell'audit.
AZIONE 9	Armonizzazione buone pratiche Sarà predisposto entro gennaio 2016 ed attuato nell'anno un piano di armonizzazione di pratiche e strumenti attraverso brevi seminari teorico – applicativi tenuti nei singoli distretti sulla misura del dolore e sulla valutazione e monitoraggio delle lesioni da pressione.
Criticità rilevata:	Le interruzioni del servizio non sono frequenti, ma solo nel 33% di questi casi ne è stata data comunicazione in anticipo.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Garantire la corretta informazione in caso di interruzione.
AZIONE 10:	Verifica interruzioni del servizio. La ASL verificherà i casi segnalati per chiarire le dinamiche avvenute e correggere eventuali problemi organizzativi.
Criticità rilevata:	Il servizio telefonico di assistenza ai pazienti non è attivo tutti i giorni per una durata adeguata.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Verificare le effettive condizioni di erogazione del servizio, uniformarle ed aumentarne la copertura.
AZIONE 11:	Creazione numero verde ADI. Verrà realizzato entro il 2016
Criticità rilevata:	I farmaci non sono consegnati ai pazienti ADI in tutti i distretti.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Riorganizzare la logistica.
AZIONE 12:	Riassetto logistica per consegna farmaci a domicilio Entro il primo semestre 2016 verrà attivata la consegna a domicilio di farmaci e prodotti per la nutrizione.
Criticità rilevata:	La presenza di una procedura per l'attivazione dell'ADI da parte delle strutture ospedaliere, presenta un panorama molto variegato: alcuni distretti svolgono per

	intero la procedura mentre altri solo in piccola parte, e altri ancora per nulla.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Si tratta di un aspetto procedurale fondamentale per la continuità assistenziale. Si chiede di garantirne l'applicazione uniforme in tutto il territorio.
AZIONE 13:	<u>Verifica procedura Continuità Assistenziale.</u> Entro febbraio 2016 verranno interpellati i singoli servizi distrettuali, i Presidi Ospedalieri e l'Azienda Ospedaliera per verificare le eventuali criticità che ostano la completa ed uniforme applicazione della procedura. Ove necessario detta procedura sarà revisionata al fine di renderne più agevole l'applicazione. Nel primo semestre 2016 sarà curata l'armonizzazione con i Presidi ospedalieri ASL.

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Tabella n. 29- Piano di miglioramento: fattore équipe assistenziale

Fattore 6: ÉQUIPE ASSISTENZIALE	
Criticità rilevate:	Il medico di base non sempre partecipa all'UVI. Di rado è operativamente coinvolto nella gestione del PAI, pur avendo un ruolo di riferimento per la cura. La figura del Case Manager di fatto non esiste. Il ruolo viene assunto dal coordinatore infermieristico o altra figura. Sussiste pertanto in molti casi la difficoltà di comunicarne il nominativo agli assistiti.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Sensibilizzare i MMG: essi devono partecipare all'UVI, essere di riferimento per la cura e garantire gli accessi previsti dal piano. Assicurare la reale applicazione delle linee guida: il MMG è indicato dalle linee guida regionali come il naturale Case Manager. Comunicare alle famiglie questo ruolo fondamentale del MMG e sottolineare questi concetti nella formazione. ASL Caserta: il MMG viene invitato e in ogni caso informato delle risultanze dell'UVI. Il MMG rimane il responsabile clinico del caso e quindi di fatto è coinvolto. Si decide la seguente azione.
AZIONE 14:	<u>Sensibilizzazione dei MMG/PLS</u> Verranno individuati meccanismi di coinvolgimento del MMG come ad esempio: incontri e circolari in cui verrà ribadito al paziente e al personale sanitario che è compito del MMG mantenersi informato sulle condizioni cliniche e gli interventi programmati per il suo assistito e che non può essere giustificato per lui un atteggiamento passivo.
Criticità rilevata:	Collaborazione tra équipe e famiglia: gli obiettivi vengono condivisi poco (56%), i caregiver sono stati adeguatamente formati nel 72% dei casi, le riunioni tra equipe e famiglia sono una rarità (21%) e spesso non sono presenti tutte le figure professionali.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Assicurare la reale applicazione delle linee guida.
AZIONE 15:	<u>Formazione Equipe Assistenziale</u> Verranno predisposti e attuati corsi di formazione per rispondere a tali esigenze; saranno inclusi nel piano di formazione per l'anno 2016, emanato entro la fine dell'anno 2015.
Criticità rilevata:	L'assistenza psicologica è stata erogata solo al 9% dei pazienti, mentre circa il 60% degli esclusi dichiara che ne avrebbe avuto necessità.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Assumere psicologi. ASL Caserta: E' in corso il reclutamento di Psicologi. VEDI AZIONE 1

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

Tabella n. 30- Piano di miglioramento: fattore formazione e comunicazione

Fattore 7: FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	
Criticità rilevate:	Migliorabile la comunicazione ai cittadini in merito alla procedura di accesso al servizio, anche attraverso il sito web istituzionale. Assente la modalità d'uso del sito per persone straniere o con disabilità.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Varare un robusto piano di comunicazione; adeguamento del sito WEB. ASL Caserta: dal 2010 è in corso, in seguito all'unificazione delle due ex Aziende sanitarie, un processo di riorganizzazione di servizi e procedure tra due realtà profondamente diverse.
AZIONE 16:	Incontri tra URP e Associazioni Entro il 2016 due incontri strutturati con le Associazioni che hanno rapporto formalizzato con la ASL, per illustrare esaurientemente le modalità di accesso all'ADI, il primo da svolgersi entro aprile e il secondo entro settembre 2016.
AZIONE 17:	Sezione ADI sul sito web Creazione sezione dedicata all'ADI sul sito aziendale entro giugno 2016. Sarà pubblicata anche la carta dei Servizi ADI prevista VEDI AZIONE 6.
Criticità rilevate:	Disuniforme la risposta dei distretti sul tema della comunicazione strutturata, corretta e regolare con le famiglie. E' stata percepita una diffusa ignoranza della legge di riferimento per l'ADI. Migliorabili i programmi di formazione per caregiver e MMG. Assenti interventi per il burn out degli operatori.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Varare un robusto e generalizzato piano di formazione.
AZIONE 18:	Formazione personale ADI Verranno a breve predisposti e attuati ulteriori corsi di formazione per rispondere a tali esigenze. Tra questi un Corso sulle Cure Domiciliari (anno 2016) con particolare riferimento all'accesso alle Cure Palliative e Terapia del dolore. E' in corso (anno 2015) un progetto formativo per ciascun Distretto con spazio dedicato alla comunicazione.
Criticità rilevata:	Completamente assente il monitoraggio del servizio da parte dell'Azienda attraverso raccolta della percezione dei pazienti.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Pianificare la regolare conduzione dell'indagine pazienti e dell'Audit Civico almeno alla conclusione del piano di miglioramento.
AZIONE 19:	Monitoraggio del servizio ADI Almeno due indagini da svolgere, la prima entro giugno e la seconda entro dicembre 2016. In particolare, il campione di utenti sarà disaggregato in: - utenti in carico ordinario alle UUOO ADI; - utenti che fruiscono delle prestazioni in "hospice domiciliari"; - utenti in carico grazie a personale acquisito con finanziamenti PAC.
Criticità rilevate:	Non esiste un sistema informatico: il tracciamento del processo è ovunque manuale ed è eseguito su moduli e registri cartacei. Non c'è quindi sensibilità verso il calcolo di indicatori di processo, che sono estraibili con un certo sforzo e con limitata affidabilità da documentazione cartacea. L'unico sistema informatico utilizzato in tutti i distretti è il regionale Sociosan, nel quale vengono immessi per obbligo di legge i dati relativi ai pazienti in carico e le attività erogate. Non vengono estratti dati dal sistema se non (da qualche distretto) le liste dei pazienti. Il caricamento dati in Sociosan risulta gravoso, sia per la struttura del data base e del discontinuo collegamento con il server in Regione, sia alla luce del limitato o nullo ritorno verso la struttura che immette i dati. Manca una cartella unica regionale ed informatizzata.

Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Introdurre un nuovo Sistema Informatico di Supporto che gestisca tutto il processo dalla prima richiesta all'erogazione. Il Sistema Informatico di Supporto deve comprendere il trasferimento dati verso Sociosan, il calcolo dei parametri di processo, la pianificazione dei casi in carico con riferimento alle risorse disponibili. Deve inoltre supportare il personale ad una più omogenea classificazione dei livelli di assistenza. Occorre inoltre creare una cartella informatizzata unica. ASL Caserta: l'ASL Caserta conferisce regolarmente i dati al sistema LEA SOCIOSAN risultando tra le prime della Regione Campania.
AZIONE 20:	<u>Completa informatizzazione del servizio ADI</u> dalla SVAMA alla cartella elettronica, compreso il conferimento dei dati al programma LEA SOCIOSAN. Entro il 2016 si procederà ad informatizzare - La cartella domiciliare - L'informatizzazione della valutazione informatizzando la SVAMA.
Criticità rilevata:	La modulistica utilizzata non è standard.
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Il Sistema Informatico di Supporto deve mettere tutto on line; eventuali moduli a corredo devono essere identici ovunque.
AZIONE 21:	<u>Revisione della Modulistica</u> in parte già rielaborata
Criticità rilevata:	Mancanza la stampa di una ricevuta all'atto della prima richiesta del servizio
Commenti:	Cittadinanzattiva Caserta: Anche questa fase del processo deve essere coperta dal Sistema Informatizzato.
AZIONE 22:	<u>Portale unico</u> Nell'ambito del progetto di informatizzazione è prevista la definizione di un portale unico per la presentazione della domanda.

Fonte: Audit Civico 2015, Cittadinanzattiva

APPENDICE: RISORSE UMANE IN CARICO AL SERVIZIO ADI

In questo paragrafo sono esposti dati elaborati da Cittadinanzattiva Caserta in merito al personale in carico al servizio ADI in ASL Caserta ed alle prestazioni erogate da detto servizio in relazione alla popolazione ed al numero di risorse in carico.

Queste informazioni, che non fanno parte del set di dati raccolti con gli strumenti standard dell'audit civico, hanno permesso di inquadrare i dati di attività dell'ASL Caserta in un quadro più generale ed hanno costituito un valido supporto nell'individuazione delle criticità e delle azioni di miglioramento.

Risorse umane in forza al servizio ADI

Dai dati forniti dal Coordinamento ADI dell'ASL Caserta per il 2014 si evince che il servizio utilizza 175 persone; molte di esse non sono utilizzate a pieno carico settimanale e pertanto, allo scopo di consentire confronti corretti tra risorse utilizzate con altri parametri, è stato necessario elaborare il numero equivalente di risorse a pieno carico. Detto numero è stato calcolato sommando le ore prestate da ogni figura professionale in forza e rapportandole al numero di ore settimanali previste per ognuna di esse. Il carico equivalente garantito da tutte le risorse in forza al servizio è pari a 150 persone ad orario pieno.

Tabella A1

DISTR.	SEDE	FIGURE PROFESSIONALI								
		TUTTE	DM	AM	IP (*)	TDR (*)	AS	FARM	PS	ALTRE
12	CASERTA	18,4	2,4	1,0	7,0	8,0				0,0
13	MADDALONI	12,0	2,0	1,0	7,0	1,0	1,0			0,0
14	TEANO	20,9	3,8	1,5	10,4	4,0			0,2	1,0
15	PIED. MATESE	15,0	2,0	1,0	10,0	2,0				0,0
16	MARCIANISE	9,0	1,0	1,0	5,0	2,0				0,0
17	AVERSA	10,5	1,6		3,1	3,0	1,0	0,8		2,0
18	SUCCIVO	10,0	1,2	1,4	4,5	2,0				1,0
19	LUSCIANO	7,9	2,0		3,3	2,0	0,5		0,1	0,0
20	CAS. PRINCIPE	11,3	2,4		3,3	3,0	0,5		0,7	1,4
21	S.MARIA C.V.	7,9	2,4		4,5	1,0				0,0
22	CAPUA	13,4	3,0	1,0	4,0	4,0	0,4			1,0
23	CASTEL VOLT.	10,9	1,9		5,0	3,0	1,0			
COORD	CASERTA	1,8	0,1					0,4	1,0	
TOTALE GENERALE		149,0	25,7	7,9	67,1	35,0	4,4	1,1	2,0	6,4
(*) SONO COMPRESSE NEL CONTEGGIO ALCUNE RISORSE IP / TDR DIVERSAMENTE UTILIZZATE										

La tabella A1 mostra il numero di risorse equivalenti per le principali categorie professionali, per distretto e totali. Le categorie professionali più rappresentate sono naturalmente gli infermieri ed i terapisti della riabilitazione, rispettivamente in numero pari a 67 e 35 persone a pieno carico; la figura A1 mostra la distribuzione delle singole categorie sul totale e la figura A2 riporta la distribuzione delle risorse per dipendenti, co.co.co e convenzionati.

Figura A1

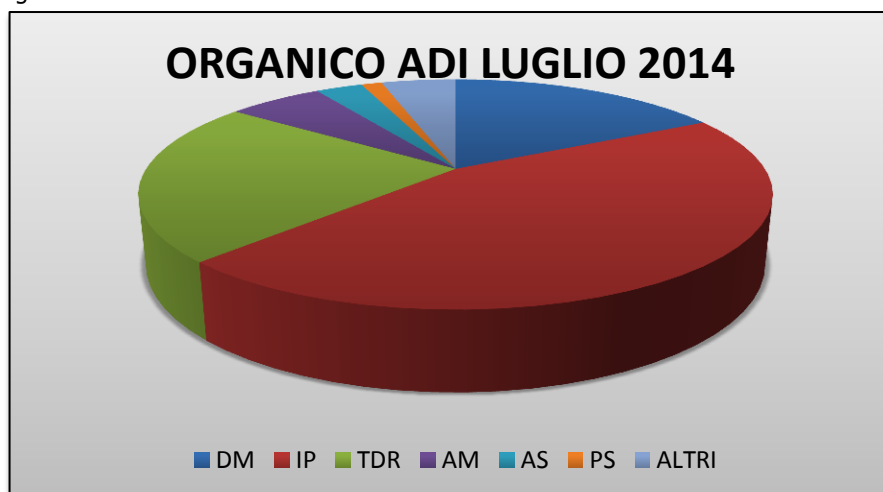
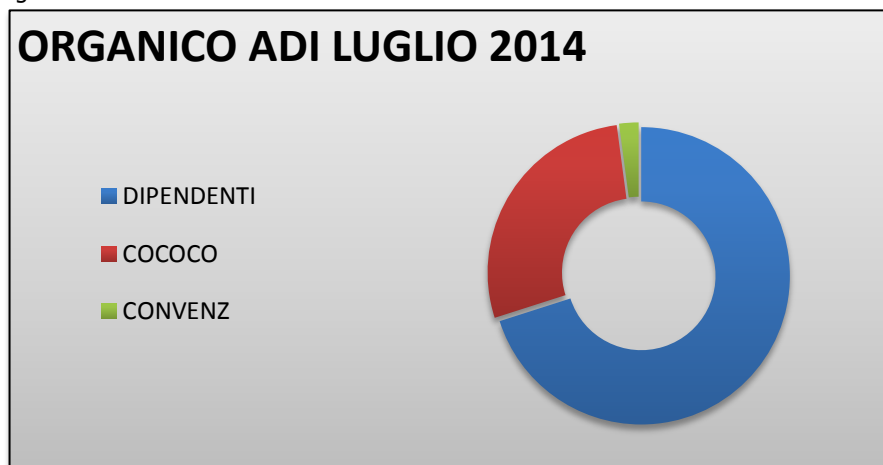
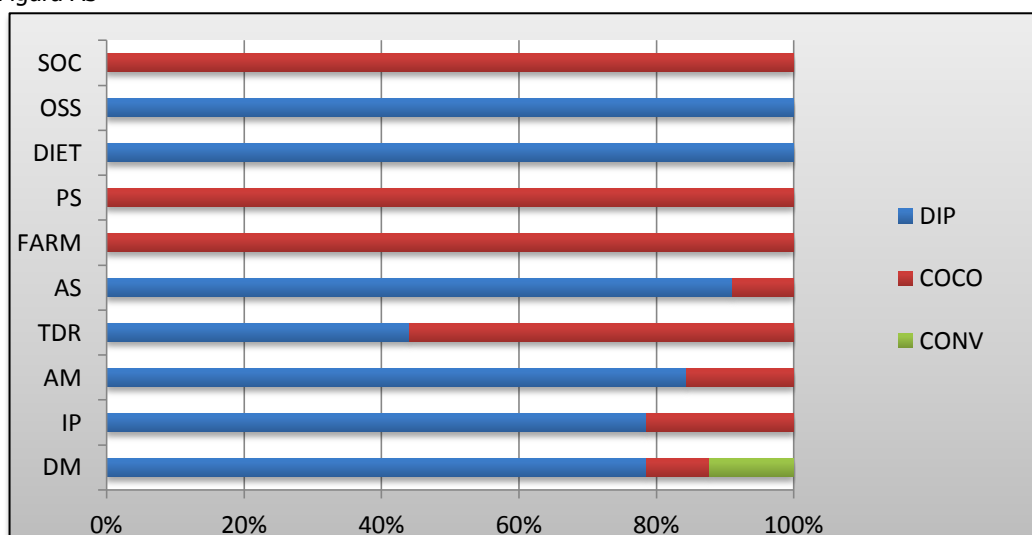


Figura A2



La figura A3 dettaglia questa percentuale per tipo di contratto per le singole figure professionali; dall'esame della tabella si evince che i fisioterapisti sono acquisiti con contratti co.co.co. per quasi il 60% del totale mentre per gli infermieri questa percentuale è di poco superiore al 20%. Circa l'80% dei dirigenti medici sono dipendenti e la rimanente quota è praticamente equidistribuita tra co.co.co. e convenzionati.

Figura A3



Rapporto risorse ADI con i pazienti trattati e con la popolazione residente

Sulla base del numero di risorse allocate al servizio sono stati calcolati per il 2014 il numero di addetti al servizio ADI per 10.000 residenti nei singoli distretti ed il numero di pazienti ADI trattati per risorsa. Quest'ultimo è uno dei parametri che rappresentano l'efficienza del servizio distrettuale. In tabella A2 sono presentati i risultati per distretto e totali; in giallo e verde sono indicati i valori più bassi/più alti in ciascuna colonna.

Tabella A2

DISTRETTO	N.Ab.ti	N. TOT Ass.ti ADI	N. TOT Addetti ADI	N.Add.ADI su 10.000 Ab.ti	% N. Ass.ti per Addetto ADI
Aversa	52.989	229	10,5	2,0	21,8
Capua	57.192	428	13,4	2,3	31,9
Casal di Principe	53.427	148	11,2	2,1	13,2
Caserta	118.319	326	18,4	1,6	17,7
Lusciano	73.732	255	7,9	1,1	32,3
Madd.ni / Arienzo	84.556	157	12,0	1,4	13,1
Marcianise	83.172	343	9,0	1,1	38,1
Mondr.ne/C. Volt.	71.479	250	10,9	1,5	22,9
Piedimonte	73.388	447	15,0	2,0	29,8
S.Maria CV	76.622	250	7,9	1,0	31,6
Succivo	99.849	375	10,0	1,0	37,5
Teano	78.974	477	20,8	2,6	22,9
TUTTI	924.614	3685	147,0	1,6	25,1

Sono mediamente disponibili 1,6 addetti ADI per 10.000 residenti mentre il numero medio annuo di pazienti ADI assistiti per addetto al servizio è pari a 25. La tabella mostra una certa differenza tra i diversi distretti: il numero di pazienti per addetto assume valori in una fascia molto ampia, da 13 a 38; in molti casi i distretti più efficienti non sono quelli con il maggior numero di risorse.

BIBLIOGRAFIA

- ALTIERI L. (a cura di) (2002), *Ascolto e partecipazione di cittadini in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- ASSR EMILIA ROMAGNA (2009), *La sperimentazione dell'Audit Civico in Emilia Romagna: riflessioni e prospettive*, Dossier n. 180, Bologna.
- BOBBIO L. (a cura di) (2004), *A più voci*, Collana Cantieri del Dipartimento della funzione pubblica, Edizioni scientifiche italiane – Roma.
- CINOTTI R., CIPOLLA C. (2003), *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*, Franco Angeli, Milano.
- CITTADINANZATTIVA, Osservatorio Civico sul Federalismo, Rapporto 2011.
- CITTADINANZATTIVA, Osservatorio Civico sul Federalismo, Rapporto 2012.
- MORO G. (1998), *Manuale di cittadinanza attiva*, Carocci, Roma.
- MORO G. (2005a), *Azione civica*, Carocci, Roma.
- PETRANGOLINI T. (2007), *Salute e diritti dei cittadini* Baldini Castoldi e Dalai, Roma.
- TANESE A., NEGRO G., GRAMIGNA A. (2003), *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche*, Collana Cantieri Dipartimento della Funzione Pubblica, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli.
- TERZI A., TANESE A., LAMANNA A. (2010), *L'Audit Civico, un'espressione della cittadinanza attiva*, in *Mecosan*, n. 74.