

REPORT FINALE SPERIMENTAZIONE STANDARD 3 HPH

Premessa: il presente report rappresenta il documento conclusivo della sperimentazione dello standard 3 della rete HPH nelle aziende sanitarie piemontesi. È stato condiviso con tutte le Aziende partecipanti per sole finalità ad uso interno. Non è pertanto consentita la divulgazione, se non concordata con la rete HPH Piemonte.

Il presente report si propone di condividere i principali risultati e le riflessioni emerse al termine della sperimentazione sullo standard 3 degli “standard 2020 per gli ospedali e i servizi sanitari che promuovono la salute” promossi dalla rete HPH.

La cura centrata sulla persona rappresenta l'elemento cardine dello standard 3, e anche il cuore di questo progetto. Questo modello di assistenza non si limita a trattare la malattia, ma considera l'individuo nella sua totalità, rispettando le sue preferenze e i suoi valori. Secondo l'organizzazione no profit Planetree (<https://www.planetree.org/>), la cura centrata sulla persona implica un'organizzazione sanitaria che, attraverso politiche, strutture e pratiche, crea una cultura di qualità, compassione e collaborazione, dove il paziente diventa protagonista del proprio percorso di cura. In questo contesto, il coinvolgimento attivo del paziente, noto come patient engagement, gioca un ruolo fondamentale. Si tratta di un processo che invita il paziente a prendere parte attiva nel proprio percorso sanitario, non solo nella gestione della propria condizione, ma anche nel rapporto con i professionisti sanitari, la famiglia e l'intero team di cura. Questo coinvolgimento non dipende soltanto dalla motivazione del paziente, ma anche dalla capacità delle strutture sanitarie di rispondere alle sue esigenze, creando un ambiente che faciliti il suo ruolo attivo.

Un aspetto fondamentale del patient engagement è rappresentato dalla health literacy, o alfabetizzazione sanitaria, che va oltre la semplice capacità di leggere le istruzioni mediche o di prenotare appuntamenti. L'health literacy è infatti la capacità di comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie per prendere decisioni consapevoli riguardo alla propria salute. Un buon livello di alfabetizzazione sanitaria permette agli individui di comprendere meglio le informazioni riguardanti la loro condizione, di partecipare attivamente ai processi decisionali e di adottare comportamenti preventivi. Inoltre, un paziente ben informato è in grado di interagire in modo più efficace con i professionisti sanitari e di gestire meglio la propria salute a lungo termine.

Infine, l'accreditamento all'eccellenza rappresenta un altro aspetto fondamentale della sperimentazione, poiché riguarda il riconoscimento pubblico delle organizzazioni sanitarie che raggiungono standard elevati di qualità. Questo processo di accreditamento permette di valutare l'efficacia e la qualità dei servizi offerti, con l'obiettivo di migliorare continuamente gli standard di cura e garantire un'assistenza sanitaria sicura e di alta qualità. L'accreditamento all'eccellenza, dunque, non solo premia il raggiungimento di standard elevati, ma stimola

anche un processo di miglioramento continuo, fondamentale per il progresso del sistema sanitario nel suo complesso.

Il progetto è partito dagli standard HPH e dal relativo strumento di valutazione messo a punto dalla rete HPH internazionale. Tale documento valutativo prevede un elemento misurabile, che può essere misurato con una scala da 1 a 10. Questo ultimo punto pone qualche criticità interpretativa, in quanto difficilmente, tramite autovalutazione, ospedali e aziende sanitarie sono in grado di definire il grado di raggiungimento di un determinato standard in una scala da uno a 10, creando un problema di confrontabilità. Pertanto, la rete HPH della regione Piemonte, a partire dello strumento di valutazione prodotto dalla rete HPH internazionale, ha sviluppato uno strumento atto a consentire una valutazione degli standard HPH da parte di Ospedali e Servizi Sanitari che sia quanto più efficace possibile, utilizzando strumenti che rendano più oggettiva la valutazione, e sulla base di principi e le metodiche dell'accreditamento all'eccellenza.

Nei prossimi capitoli del report verranno approfonditi gli obiettivi, le metodologie e i risultati ottenuti, evidenziando le sinergie tra le diverse aree tematiche e l'impatto che queste possono avere sul miglioramento del sistema sanitario.

1. LA MODIFICA DELLO STRUMENTO DI AUTOVALUTAZIONE DELLO STANDARD 3

La fase di rivisitazione della scheda di valutazione degli standard HPH è stata avviata dalla rete HPH piemontese con il contributo dell'Università di Torino, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche. Come indicato nel paragrafo introduttivo del report, il gruppo di lavoro ha scelto di focalizzarsi sullo standard 3 degli Standard HPH, dedicato all'assistenza centrata sulla persona e al coinvolgimento attivo dei cittadini.

1.1 Rivisitazione degli Standard, dei Sotto-Standard e dei Criteri di Valutazione

La modifica dello strumento di autovalutazione ha subito messo in luce la criticità e la ridondanza di alcuni dei sottostandard degli standard HPH. Sono stati pertanto predisposti dal gruppo di lavoro della rete HPH piemontese degli specifici Criteri (A, B, C...), ognuno con un Razionale che ne spieghi l'importanza e con una serie di esempi concreti. Questi "nuovi" criteri corrispondono, in termini di concetti e di items descritti, ai diversi sottostandard e punti dello standard 3 prodotto originariamente dalla rete HPH internazionale (Allegato 1). Nello specifico, i criteri A, B e C della nuova scheda di valutazione fanno riferimento al sottostandard 2, che è dedicato alla pratica di cura responsiva e mira alla creazione di un ambiente che garantisca sicurezza e rispetto della dignità e dell'identità delle persone assistite e delle loro famiglie. L'obiettivo è quello di fornire spazi privati per le visite, assicurando inoltre il tempo necessario per una comunicazione efficace. La priorità assoluta è la privacy dei pazienti, insieme alla possibilità di accedere a luoghi di relax da parte di partner o parenti stretti. Inoltre, è promosso

il coinvolgimento attivo dei degenti e delle loro famiglie come co-promotori del percorso di cura, incoraggiandoli a partecipare al processo decisionale condiviso e a collaborare nella pianificazione dell'assistenza. Questo approccio favorisce una relazione di fiducia e rispetto reciproco, migliorando l'esperienza complessiva di cura. I criteri D, E, F, G appartengono al sottostandard 5 che riguarda l'aspetto del coinvolgere persone assistite, famiglie, caregivers e la comunità nell'organizzazione e nella valutazione dei servizi, promuovendo partecipazione ed inclusione. Il criterio H appartiene al sottostandard 6 che riguarda la collaborazione con i fornitori di cure. Ogni organizzazione collabora con altri operatori sanitari dell'azienda di appartenenza/riferimento attraverso la continuità di assistenza, volta a favorire l'integrazione ospedale-territorio. Per la valutazione di questo criterio si pone una particolare attenzione al coordinamento dei bisogni assistenziali, alla comunicazione e agli scambi di informazioni intorno alle esigenze di ogni individuo, specialmente per quelli affetti da patologie croniche.

1.2 Elementi Misurabili e Punteggi

Sulla base dei criteri e degli esempi, sono stati definiti degli Elementi Misurabili (per esempio: "Esistono spazi adeguati per i familiari?", "È garantita la privacy?"). A ciascun elemento è associato un sistema di punteggio (0, 1, 2 o più punti) per stabilire se quel requisito è assente, in fase di pianificazione o già realizzato. In tal modo, la valutazione diventa più oggettiva. La scheda di valutazione assume un formato semplice e sistematico, con:

- Razionale: perché il criterio è rilevante
- Esempi: come l'organizzazione può concretamente attuarlo
- Elementi misurabili: domande specifiche con punteggio
- Spazio per prove documentali: le strutture possono caricare foto, documenti o brevi descrizioni a supporto

Sommando i punteggi assegnati ai vari elementi, si calcola un punteggio complessivo per ciascun Criterio, e conseguentemente per lo Standard. In questo modo, gli aspetti teorici (es. "coinvolgere i familiari") si traducono in indicatori concreti e un sistema di scoring chiaro, consentendo di individuare sia le buone pratiche in essere sia le aree di miglioramento.

2. SPERIMENTAZIONE SUL CAMPO DELLO STRUMENTO DI AUTOVALUTAZIONE

Per validare la scheda sperimentale e verificarne la fruibilità sono state coinvolte sette aziende piemontesi (ASL AL, ASL CN2, ASL TO4, ASL TO5, ASL VCO, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino P.O. CTO, e ASO Mauriziano) che hanno permesso di testare lo strumento "sul campo" e raccogliere feedback preziosi su eventuali modifiche e potenziamenti.

L'intero processo si è articolato in più tappe, tutte già concluse:

2.1 Approvazione della scheda di valutazione

Al termine delle riunioni collegiali, il gruppo di lavoro ha validato una prima versione del documento condiviso per l'autovalutazione, in modo che potesse essere utilizzato dalle strutture sanitarie come riferimento per misurare l'appropriatezza allo standard 3.

2.2 Coinvolgimento delle Aziende Sanitarie e compilazione della scheda

Nel mese di febbraio 2024 è stata avviata la fase operativa del progetto che ha visto le strutture coinvolte applicarsi nella compilazione dello strumento di autovalutazione. Le aziende partecipanti hanno caricato la documentazione in una cartella condivisa, consentendo una raccolta sistematica di dati e informazioni su processi e pratiche.

2.3 Analisi delle risposte e restituzione dei risultati

Il gruppo di progetto ha esaminato i risultati, da un punto di vista qualitativo e quantitativo, mettendo in luce punti di forza e possibili aree di sviluppo. I principali output dell'analisi sono stati condivisi con tutte le strutture, in momenti di confronto collegiale volti a favorire la circolazione di idee e proposte.

Le criticità specifiche per ciascun criterio sono state analizzate dettagliatamente. Per il **criterio A**, è stata riscontrata una generale uniformità nelle risposte, segno di un forte impegno delle strutture ospedaliere nell'eliminazione delle barriere architettoniche e nella facilitazione dell'accessibilità. Tuttavia, è emerso un dibattito sull'efficacia del parametro relativo al coinvolgimento delle persone assistite, delle famiglie e della comunità nella progettazione degli spazi.

Nel **criterio B**, la discrepanza tra gli esempi forniti (principalmente legati alla procedura del consenso informato) e la richiesta di materiale informativo facilmente comprensibile ha portato alla decisione di riformulare l'item, enfatizzando la necessità di procedure informative che vadano oltre le prescrizioni legislative.

Per il **criterio C**, tutte le Aziende hanno mostrato un impegno nell'attuazione degli obiettivi previsti, dimostrando un interesse diffuso per le tematiche trattate.

Nel **criterio D**, è emersa una difficoltà generalizzata delle strutture nella compilazione di alcune sezioni, in particolare riguardo alla domanda sul coordinamento delle pratiche centrate sulla persona. La discussione ha messo in luce il ruolo centrale della Conferenza di Partecipazione. Inoltre, la gestione parcellizzata dei progetti nelle Aziende di grandi dimensioni ha reso complessa l'individuazione di una frequenza precisa delle riunioni degli organi competenti.

Per il **criterio E**, sono stati evidenziati diversi metodi di raccolta del feedback delle persone assistite, tra cui questionari di valutazione e focus group.



Nel **criterio F**, le risposte variegata hanno rilevato un interesse per la creazione di partnership tra il personale medico e gli assistiti, ma è emersa una difficoltà nel definire le priorità e una carenza nella narrazione.

Per il **criterio G**, tutte le Aziende si sono impegnate nell'inclusione delle popolazioni "hard to reach", con particolare attenzione alla formazione del personale.

Infine, nel **criterio H**, tutte le strutture hanno manifestato un impegno per garantire la continuità assistenziale, con un ampio utilizzo dei Nuclei Ospedalieri per la Continuità delle Cure (NOCC), ma il dibattito si è concentrato sulla necessità di riformulare gli elementi misurabili relativi alla condivisione dei dati sanitari.

Le osservazioni ricevute hanno supportato l'idea di eventuali aggiustamenti alla scheda. In primis, allo scopo di limitare l'influenza esercitabile sull'autovalutazione dalla collocazione del punteggio attribuibile adiacente agli elementi misurabili, il gruppo di lavoro ha concordato la necessità di scindere la formulazione delle risposte dalla fase di assegnazione del punteggio di autovalutazione, predisponendo un documento specifico per il calcolo degli score, separato dalla scheda e da compilarsi solo successivamente ad essa. In secundis, le aziende hanno ravvisato l'opportunità di procedere ad una rielaborazione grafica dello strumento con l'inserimento dei criteri ed elementi misurabili, rinominati "elementi da compilare", in box contrassegnati secondo uno specifico codice colore in relazione ai sottostandard di riferimento. Infine, per consentire una maggiore fruibilità della scheda, si è provveduto ad una revisione stilistica della stessa, attraverso una riformulazione linguistica degli elementi da compilare che de-responsabilizzi il compilatore e ponga l'accento sul ruolo decisionale della struttura, e mediante l'eliminazione degli items ridondanti, la sostituzione di locuzioni vaghe con espressioni dirette e in forma attiva e l'inserimento di grassetto per rimarcare i concetti principali. Parallelamente, il gruppo di lavoro ha previsto un ampliamento del sistema di punteggio così che il punteggio ottenuto potesse tradursi in una narrazione più puntuale in grado di cogliere le peculiarità delle diverse realtà che hanno preso parte alla sperimentazione.

La scheda modificata è risultata essere composta da 8 criteri, corrispondenti a 43 elementi da compilare, per un punteggio massimo realizzabile di 84 punti, distribuiti secondo la seguente articolazione (allegato 2):

- **criterio A**, corrispondente a 10 elementi da compilare e 24 punti;
- **criterio B**, corrispondente a 4 elementi da compilare e 6 punti;
- **criterio C**, corrispondente a 6 elementi da compilare e 10 punti;
- **criterio D**, corrispondente a 3 elementi da compilare e 5 punti;
- **criterio E**, corrispondente a 3 elementi da compilare e 6 punti;
- **criterio F**, corrispondente a 5 elementi da compilare e 9 punti;
- **criterio G**, corrispondente a 3 elementi da compilare e 6 punti;
- **criterio H**, corrispondente a 9 elementi da compilare e 18 punti.

2.4 Compilazione della scheda modificata

Nel mese di ottobre 2024, le aziende sanitarie hanno provveduto ad una nuova compilazione della scheda modificata. In tale occasione, l'attribuzione del punteggio è stata inizialmente condotta dai componenti del gruppo di ricerca afferente al Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, al fine di testare lo strumento definitivo. Il punteggio totale assegnato alle singole strutture è stato convertito nei seguenti score in un'ottica di accreditamento all'eccellenza:

- **Gold**, corrispondente alla fascia 76-84 punti (> 90% del totale)
- **Silver**, corrispondente alla fascia 64-75 punti (75-89% del totale)
- **Bronze**, corrispondente alla fascia 51-63 punti (60-74% del totale)

2.5 Deliberazione della giuria dei cittadini

Ad ulteriore validazione dello strumento prodotto, il progetto di ricerca ha visto il coinvolgimento di una giuria dei cittadini chiamata ad analizzare la scheda di autovalutazione e a deliberare intorno ai criteri individuati fornendo raccomandazioni per una loro eventuale modifica. Tale processo deliberativo, realizzato con la partecipazione di 11 esponenti afferenti a sei associazioni attive sul territorio, ha consentito ai cittadini, una volta opportunamente informati, di svolgere un ruolo attivo all'interno del percorso decisionale inerente allo sviluppo di uno strumento che abbraccia una tematica di pubblico interesse. È stato inoltre previsto il coinvolgimento di due facilitatori che, adottando un approccio neutrale e di "non attribuzione" delle idee, hanno consentito ai partecipanti della giuria di alimentare un continuo e costruttivo scambio delle differenti opinioni emerse nei gruppi. Gli esiti della attività di deliberazione della giuria dei cittadini sono stati esposti in occasione della IX Conferenza Sanità e Comunità Locali, svoltasi il 21 novembre 2024.

Prima dell'incontro, ai partecipanti è stato fornito un dossier contenente il materiale necessario per la discussione, tra cui una scheda informativa sul ruolo della Giuria dei Cittadini all'interno della sperimentazione e una copia aggiornata dello strumento di autovalutazione. Durante la sessione, i partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi e hanno effettuato una lettura approfondita dello strumento, analizzando ciascun elemento misurabile e individuando eventuali criticità. Dalla discussione è emerso un consenso sull'utilità pratica dello strumento, riconosciuto come un valido supporto per rafforzare il coinvolgimento attivo dei pazienti nei servizi di sanità territoriale. Inoltre, i gruppi di lavoro hanno sottolineato l'importanza di integrare il punto di vista dei cittadini nel processo di autovalutazione delle strutture sanitarie, suggerendo lo sviluppo di strumenti complementari, come questionari o interviste anonime, che riflettano in modo coerente gli indicatori individuati.

Tuttavia, sono emerse alcune criticità. È emersa la necessità di integrare o modificare alcuni elementi della scheda, attribuendo maggiore rilievo all'accessibilità ai servizi, con particolare attenzione alla rimozione delle barriere linguistiche. Inoltre, si è suggerito di differenziare il peso attribuito ai vari criteri nella valutazione, poiché alcuni aspetti sono ritenuti prioritari

rispetto ad altri. La scheda, per la formulazione degli elementi misurabili e gli esempi forniti, è apparsa maggiormente applicabile in determinati contesti, come le strutture di lungodegenza, piuttosto che in altri. Un'ulteriore criticità ha riguardato il fatto che la sperimentazione abbia coinvolto esclusivamente strutture pubbliche, motivo per cui i partecipanti hanno raccomandato di estenderla anche alle strutture private accreditate. Infine, si è evidenziata la necessità di una spiegazione più chiara degli acronimi e dei termini tecnici utilizzati.

L'analisi dei singoli criteri e dei rispettivi elementi misurabili ha evidenziato ulteriori specifiche criticità.

Per il **Criterio A**, pur riconoscendo la completezza e il dettaglio degli elementi misurabili, i gruppi di lavoro hanno sottolineato la necessità di dare maggiore rilievo alle barriere linguistiche, riformulando alcuni quesiti per renderli più chiari e inclusivi. In particolare, si è raccomandato di esplicitare che gli spazi dedicati all'accoglienza di familiari e amici debbano essere adeguati al numero di posti letto disponibili e di precisare che le informazioni fornite ai pazienti debbano essere accessibili in più lingue. Inoltre, è stato osservato che la possibilità di soddisfare le preferenze relative allo spazio personale dipende spesso dalla gestione organizzativa della struttura.

Analoghe osservazioni sono emerse per il **Criterio B**, dove si è ribadita l'importanza di garantire una comunicazione chiara e multilingue, soprattutto per quanto riguarda il consenso informato. Si è suggerito di esplicitare meglio le modalità con cui viene raccolto, assicurandosi che il paziente comprenda pienamente le informazioni ricevute. È stata inoltre proposta l'introduzione di mediatori specializzati, distinti dai mediatori culturali, per supportare i pazienti nella comprensione del consenso informato.

Per il **Criterio C**, pur esprimendo un parere positivo sugli elementi misurabili, i partecipanti hanno sollevato dubbi sull'effettiva implementazione di alcuni aspetti nelle strutture ospedaliere italiane, come la possibilità di scegliere pasti e orari dei pasti o di indossare il proprio abbigliamento durante la degenza. È stata sottolineata l'importanza del coinvolgimento dei mediatori culturali nella raccolta delle preferenze dei pazienti. Inoltre, si è suggerito di ricollocare gli aspetti culturali, attualmente inseriti in questo criterio, all'interno del Criterio A, poiché rappresentano elementi strutturali dell'identità della persona più che preferenze individuali.

I **Criteri D, E e F** non hanno evidenziato particolari criticità. Tuttavia, per il Criterio E, è stata riconosciuta come punto di forza la raccolta delle narrazioni della comunità per migliorare i servizi. Si è suggerito di prevedere la figura di un operatore dedicato alla raccolta e analisi delle esperienze dei pazienti.

Per il **Criterio G**, è stata ribadita l'importanza di ridurre le barriere linguistiche e di rendere più chiara la terminologia, ad esempio fornendo una spiegazione del termine "partnership". Inoltre, si è proposto di includere un riferimento alle conoscenze relative alle barriere linguistiche e culturali nell'elemento che valuta le fonti utilizzate per monitorare le popolazioni più vulnerabili.



Il **Criterio H** è stato riconosciuto come un elemento chiave dell'assistenza centrata sulla persona e si è raccomandato di dargli maggiore rilevanza all'interno della scheda di autovalutazione. Si è proposta l'unione di due elementi misurabili relativi alla continuità assistenziale e si è evidenziata l'importanza della collaborazione tra Distretto, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Infine, sono state discusse le criticità legate alla frammentazione delle piattaforme informatiche e alla difficoltà di accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico.

In sintesi, il questionario ha soddisfatto le aspettative dei membri della Giuria dei Cittadini, i quali hanno auspicato che i risultati ottenuti possano essere utili anche per altre strutture sanitarie che decideranno di adottarlo, non solo pubbliche, ma anche per i privati accreditati con il SSN.

3. ANALISI FINALE E PROSPETTIVE

Terminato il ciclo di valutazione, si è svolta una riflessione conclusiva sullo strumento, tenendo conto dei suggerimenti pervenuti alle aziende.

La sperimentazione è terminata il 3 dicembre 2024 in occasione dell'evento accreditato ECM "Gli Standard HPH&HS per i servizi sanitari che promuovono salute", svolto in modalità blended, nel corso del quale i partecipanti hanno riflettuto sull'efficacia complessiva dello strumento e hanno proceduto all'autovalutazione delle schede compilate nel mese di ottobre 2024.

Durante l'incontro i partecipanti sono stati suddivisi in tre gruppi. A ciascun gruppo è stata assegnata la scheda di autovalutazione di un'altra struttura partecipante, con l'obiettivo di attribuire un punteggio a ciascun elemento misurabile attraverso il confronto e la discussione tra i membri del gruppo. Nel corso dell'incontro sono emerse alcune criticità che hanno influenzato la gestione della sperimentazione. Una delle principali ha riguardato la formulazione degli elementi misurabili: alcuni di essi riportavano la dicitura "Riporta almeno un esempio di...", ma il punteggio è stato assegnato in base al numero di esempi forniti. Poiché le strutture non avevano accesso ai criteri di attribuzione del punteggio durante la compilazione, alcune hanno ricevuto valutazioni inferiori non per reali carenze, ma a causa di un'imprecisione nella formulazione degli indicatori. Per risolvere questa problematica, si procederà con una revisione delle diciture per garantire maggiore chiarezza.

Nel complesso, i rappresentanti delle strutture hanno espresso soddisfazione per la sperimentazione, per i risultati ottenuti e per la comunità di pratica che si è creata. Quest'ultima ha generato numerosi spunti di riflessione, alcuni dei quali potranno essere implementati nelle rispettive strutture in futuro.

L'attribuzione dei punteggi durante l'evento è risultata nel raggiungimento dello score complessivo di 451 punti su 588 (76,70%), distribuiti tra gli otto criteri (A, B, C, D, E, F, G, H) per un totale di 43 items. Per ogni criterio è possibile osservare in quali elementi compilabili lo score è risultato essere più o meno vicino al punteggio massimo raggiungibile per l'intero insieme di aziende coinvolte nel progetto e dove si evidenziano invece differenze significative di attribuzione dei punti, individuabili tramite un importante valore del coefficiente di variazione.

I punteggi conseguiti per singolo elemento da compilare sono riassunti nella seguente tabella:

Tabella 1. Punteggi minimi e massimi assegnati in modo reciproco alle Aziende alla scheda di valutazione rivisitata a seguito della sperimentazione, nel corso dell'evento ECM del 3 dicembre 2024.

CRITERIO	PUNTEGGIO MINIMO	PUNTEGGIO MASSIMO	PUNTEGGIO MASSIMO RAGGIUNGIBILE	MEDIA (DS; CV)	PUNTEGGIO TOTALE AZIENDE
A	11	23	24	18,71 ($\pm 4,35$; 23,23%)	131/168 (77,98%)
B	4	6	6	5,14 ($\pm 0,90$; 17,49%)	36/42 (85,71%)
C	6	8	10	7,43 ($\pm 0,98$; 13,14%)	52/70 (74,29%)
D	3	5	5	4,42 ($\pm 0,79$; 17,77%)	31/35 (88,57%)
E	3	6	6	4,57 ($\pm 1,13$; 24,80%)	32/42 (76,19%)
F	3	9	9	6,57 ($\pm 2,30$; 34,99%)	46/63 (73,02%)
G	1	6	6	3,71 ($\pm 2,56$; 69,02%)	26/42 (61,90%)
H	10	17	18	13,86 ($\pm 2,85$; 20,59%)	97/126 (76,98%)

Riguardo al **criterio A**, gli elementi da compilare in cui si sono registrate le maggiori criticità sono “Se la tua organizzazione ha ridotto o programma di ridurre le barriere architettoniche e sensoriali, rispettando i criteri strutturali dell'accreditamento istituzionale proposto dall'Agenzia Nazionale per Servizi Sanitari Regionali, descrivi le azioni implementate per raggiungere tali obiettivi.” e “Se la tua organizzazione coinvolge le persone assistite, le famiglie e/o la comunità nel corso della progettazione degli spazi sopra elencati, descrivi le modalità con cui si realizza tale partecipazione.” in cui lo score è risultato non in linea con le aspettative per gran parte degli attori coinvolti. I risultati più alti si sono ottenuti negli elementi “Se all'interno della tua organizzazione sono stati realizzati o sono in fase di progettazione spazi per accogliere comodamente la presenza di famiglia e amici, descrivili”, “Se previste dalla tua organizzazione, descrivi le misure, esistenti o in fase di progettazione, per preservare la riservatezza delle persone assistite e delle loro famiglie”, “Se la tua organizzazione ha implementato o pianificato delle misure per garantire un facile orientamento delle persone al

proprio interno, descrivile” e “Se la tua organizzazione ha disponibili (o sono in fase di progettazione/ristrutturazione) degli spazi esterni, descrivi come sono stati resi accessibili, attrezzati e ben segnalati.” La valutazione dei parametri relativi al criterio A ha restituito un valore percentuale lievemente superiore alla media, indicando un riscontro complessivamente valido rispetto agli elementi considerati per tutti gli attori coinvolti.

Per quanto concerne il **criterio B**, non vengono evidenziate criticità tra i diversi elementi. Nell'elemento “Se previsto dalla tua organizzazione, descrivi come il personale coinvolto nello svolgimento di questi processi è stato istruito sulle pratiche (Corsi ECM, ecc...)” ogni struttura ha conseguito il punteggio massimo. Il criterio B risulta essere estremamente positivo per ogni struttura, rappresentando un elemento di forza nella valutazione.

In riferimento al **criterio C** si individua una criticità nell'elemento da compilare “Se predisposti dalla tua organizzazione, descrivi i sistemi attualmente presenti volti a rispettare le preferenze individuali legate a pratiche religiose / spirituali, culturali e ricreative”, mentre tutte le azioni hanno ottenuto il punteggio massimo nell'elemento “Se previsto dalla tua organizzazione, descrivi come è garantita la possibilità di scegliere l'abbigliamento personale durante la degenza”. Il basso coefficiente di variazione, risultato da punteggi paragonabili, indica un approccio simile e comune verso gli elementi considerati nel criterio C, restituendo una visione condivisa tra le strutture.

Dall'osservazione del **criterio D** si evince che tra i tre elementi non risultano essere presenti importanti difformità o criticità, nell'elemento che riporta “Se nella tua organizzazione è presente un organo preposto a sovrintendere e aiutare nell'attuazione e nel mantenimento delle pratiche centrate sulla persona, descrivine le caratteristiche e fornisci esempi di realizzazione nella tua realtà” la totalità degli attori coinvolti ha ottenuto il punteggio massimo. Il criterio D restituisce i valori più alti tra i criteri somministrati nella valutazione, rappresentando un punto di forza per ogni struttura.

Relativamente al **criterio E**, nell'elemento “Se la tua organizzazione raccoglie informazioni qualitative dalle persone assistite e dalle famiglie sulle loro esperienze con l'organizzazione, descrivi le metodologie utilizzate. La descrizione dovrebbe includere: (1) l'approccio(i) adottato(i) per catturare queste voci; (2) la frequenza; (3) gli sforzi specifici compiuti per garantire un'ampia rappresentanza di persone assistite e famiglie” i risultati esprimono una netta differenza tra le aziende, con alcuni attori che ottengono il massimo dei punti ed altri che non raggiungono la soglia per totalizzarne il minimo (1). La percentuale sul punteggio totale raggiungibile del criterio E è sovrapponibile a quella dell'insieme totale dei criteri.

Esaminando il **criterio F**, gli elementi “Se la tua struttura ha attivato delle partnership, descrivi le eventuali priorità per il miglioramento da queste individuate” e “Se la tua organizzazione ha formalizzato una nuova partnership negli ultimi 24 mesi, forniscine una descrizione” risultano essere i più critici con punteggi medio-bassi per ogni azienda. La maggior parte delle aziende raggiunge o si avvicina al punteggio massimo raggiungibile, ciononostante nel totale il criterio F risulta al di sotto del punteggio percentuale medio complessivo a causa delle criticità riscontrate per alcune strutture.



Considerando il **criterio G**, dei tre elementi da compilare, quello descritto come “Se la tua organizzazione ha attivato o ne prevede l’attivazione, descrivi i corsi o eventi formativi messi a punto per il personale sanitario per aumentare le conoscenze sulle popolazioni hard-to-reach e promuovere l’inclusione” assume un valore mediamente basso. Questo criterio risulta particolare rispetto al resto per l’elevato valore del coefficiente di variazione, restituendo un quadro di importante polarizzazione delle diverse strutture.

Infine, nel **criterio H**, gli elementi da compilare significativi si ritrovano tra “Se attivati dalla tua organizzazione, fornisci prova documentale dei P(S)DTA formalizzati”, in cui ogni attore ha raggiunto il massimo punteggio, e “Se previste dalla tua organizzazione, descrivi le procedure di condivisione dei dati sanitari delle persone assistite all’interno dei P(S)DTA interaziendali. Descrivi se ciò avviene attraverso applicativi informatici interaziendali o l’integrazione di applicativi aziendali” e “Se la tua organizzazione prevede il coinvolgimento delle persone assistite, famiglie e/o comunità nel processo di sviluppo delle procedure di condivisione dei dati sanitari, descrivi le modalità con cui si realizza tale partecipazione” dove vi sono margini di miglioramento per diverse aziende. La distribuzione dei punteggi all’interno del criterio H parte da un valore minimo maggiore della metà ottenibile e si porta a poca distanza dal massimo, questo descrive un quadro eterogeneo ma con un livello discretamente positivo per ogni attore.

Nella tabella seguente vengono riportati gli score raggiunti dalle strutture partecipanti alla sperimentazione.

Tabella 2. Punteggi attribuiti in modo reciproco alle singole Aziende alla scheda di valutazione rivisitata a seguito della sperimentazione, nel corso dell’evento ECM del 3 dicembre 2024.

STRUTTURA	PUNTEGGIO TOTALE (valore assoluto)	PUNTEGGIO TOTALE (percentuale)	SCORE (bronzo, argento, oro)
OMISSIS	56	66,67%	BRONZO
OMISSIS	74	88,09%	ARGENTO
OMISSIS	72	85,71%	ARGENTO
OMISSIS	70	83,34%	ARGENTO
OMISSIS	75	89,28%	ARGENTO
OMISSIS	42	50%	-
OMISSIS	62	73,81%	BRONZO

È stato inoltre eseguito un confronto dei punteggi ottenuti tramite la somministrazione delle schede di valutazione direttamente agli attori (tabella 2) con un modello preventivamente

compilato dal gruppo di lavoro della rete HPH piemontese ed usato come controllo. Da questo confronto può osservare una sovrapposizione in più del 50% dei campi, con un certo grado di tolleranza (± 5). Differenze importanti si evidenziano nei criteri B (+9), F (+10) e H (+17) in cui i punteggi attribuiti dagli stessi attori sono notevolmente maggiori rispetto al controllo. L'unico parametro per cui l'attribuzione del punteggio è stata più severa da parte delle aziende riguarda il criterio G (-3).

4. CONCLUSIONI

Dalla sperimentazione sono emerse una serie di buone pratiche, di seguito riportate.

4.1 Buone Pratiche per l'ambiente costruito affinché supporti il paziente e le famiglie nella cura.

L'ambiente in cui i pazienti ricevono le cure è un fattore contribuente al loro benessere psicofisico. Tutte le aziende che hanno partecipato alla sperimentazione eseguono tentativi per migliorare sia la possibilità di accesso alle strutture di cura, sia cercano metodologie per personalizzare lo spazio fornito al paziente per favorirne l'esperienza durante il periodo di ricovero. Tra le buone pratiche più comuni troviamo:

- Eliminazione di barriere architettoniche;
- Accessibilità ad ascensori;
- Percorsi ben segnalati e senza ostacoli;
- Presenza di spazi verdi (o, in mancanza di spazio, di accessibilità a luce e spazio naturale);
- Presenza di aree relax.

Alcune strutture di quelle intervistate hanno poi sviluppato strumenti più unici e adatti alla loro realtà, come le tisanerie e librerie per bookcrossing.

4.2 Comunicazione e condivisione degli obiettivi di cura.

La comunicazione operatore sanitario-paziente è essenziale alla fine di una buona riuscita del percorso di cura, e questo criterio, per come è stato realizzato, è volto a valutare tutte le metodologie, orali e non, attraverso cui questa comunicazione viene svolta in aggiunta a ciò che viene richiesto per legge. Uno strumento di comunicazione può essere valutato alla luce di questo criterio se esso ha il fine di ampliare lo scopo e la portata della condivisione tra operatore e paziente, riuscendo nel tentativo di renderlo partecipe della cura cui si deve sottoporre. Tra le buone pratiche più comuni in questo ambito troviamo:

- Distribuzione di opuscoli;
- Video informativi;
- Corsi di comunicazione per il personale;



- Segnaletica multilingue;
- Mediatori culturali.

Tra le pratiche uniche rilevate nello stretto ambito del campione di aziende che si sono sottoposte alla sperimentazione, possiamo segnalare per esempio la presenza di dispositivi ottici CPU fuori dalle sale per monitorare il tempo di attesa come un efficace metodo per ridurre l'ansia nei pazienti in attesa di essere chiamati.

4.3 Rispetto delle specificità dei pazienti.

Il rispetto delle preferenze individuali dei pazienti entra a far parte di una buona routine di cura che punti a essere incentrata sulla persona. Questa include ma non si limita al rispetto delle differenze culturali, religiose, linguistiche e di dieta dei pazienti. In generale, nei limiti del possibile, la possibilità per una struttura ospedaliera di adattarsi a richieste specifiche dei suoi pazienti rientra all'interno della valutazione secondo questo criterio. Tra le buone pratiche più comunemente rilevate troviamo:

- Possibilità di scegliere il proprio abbigliamento durante la degenza;
- Possibilità di avere accesso a diverse figure religiose a seconda del credo del paziente;
- Possibilità di consumare i pasti a orari scelti e in accordo con le proprie necessità;
- La presenza di mediatori culturali.

Tra le pratiche supererogatorie che possiamo segnalare sta per esempio l'organizzazione di eventi come compleanni e matrimoni per pazienti in fase terminale, segnalata da una delle strutture come un'attività in grado di migliorare la qualità della vita in fasi critiche della stessa.

4.4 Presenza di un comitato multiprofessionale incentrato sulla persona che supervisioni le attività di cura.

Uno dei criteri della scheda di autovalutazione analizza non solo la presenza di un organo composto da figure appartenenti alle diverse fasce di stakeholders nelle pratiche di cura incentrate sulla persona, ma valuta anche l'aggiornamento, la frequenza e la comunicazione con cui questo gruppo mantiene contatto con le fasce di interesse di cui i rappresentanti fanno parte. Nella maggior parte delle strutture, questo organo coincide con la Conferenza Aziendale di Partecipazione (CAP). Tra le buone pratiche rilevate possiamo riportare:

- Presenza di suddetto organo e regolare frequenza con il quale viene radunato;
- Presenza di atti pubblici con il quale viene ratificata l'attività di tale organo;
- Presenza di canali di comunicazione per rendere note le attività dell'organo agli stakeholders;
- Raccolta tramite questionari agli stakeholders interessati di problematiche da risolvere.

Tra i metodi unici che vengono utilizzati dalle varie aziende sanitarie possiamo rilevare la presenza di incontri formativi nelle scuole che permettono l'interazione tra potenziali stakeholders e personale sanitario, e la conseguente formazione di famiglie e caregivers allo scopo di migliorare il percorso di cure condiviso.

4.5 Raccolta di feedback per i caregivers, i pazienti e gli operatori sanitari.

Questa buona pratica fa riferimento alla raccolta di riscontri da coloro che partecipano attivamente alla comunità ospedaliera, siano essi i pazienti, i caregivers o i membri stessi della comunità. Un'attività di cura centrata sulla persona può essere valutata se migliora la qualità della comunicazione tra bisogni degli stakeholders con l'azienda sanitaria e ne modifica gli atteggiamenti. Tra le pratiche più comuni possiamo trovare:

- Report su segnalazioni specifiche;
- Questionari di gradimento;
- Corsi di gestione del rischio e dello stress per operatori sanitari;
- Comunicazione dei risultati e degli obiettivi di miglioramento in forma chiara e accessibile.

Tra le pratiche uniche è rilevata ad esempio la presenza di supporto psicologico per gli operatori, in modo che il benessere del personale sia aumentato, con conseguente impatto positivo sui pazienti.

4.6 Integrazione ospedale-territorio.

La presenza di collaborazioni tra le associazioni presenti sul territorio e le strutture ospedaliere favorisce continuità assistenziale, informazione, prevenzione, supporto al cittadino in stato di cura, e permettono di espandere l'attività ospedaliera ben al di fuori delle mura della propria struttura. In particolare, aziende con un fiorente numero di partnerships e che sono strettamente legate al territorio che occupano permettono una migliore rete relazionale tra il pubblico e le stesse, rendendo il processo di cura più integrato tra paziente, comunità e struttura curante. Ogni struttura ospedaliera che ha partecipato alla sperimentazione ha indicato un numero variabile di partnership in attivo, che variano in scopo e interessi a seconda della sensibilità delle associazioni sul territorio, della volontà delle stesse a collaborare, e della formazione che offrono.

4.7 Collaborazione con associazioni e strutture per raggiungere la popolazione hard-to-reach.

All'interno dello strumento di autovalutazione è presente un criterio che valuta la capacità della struttura di mantenere i contatti e di invitare all'interno del processo di cura tutte quelle popolazioni che per discriminanti sociali, economiche, linguistiche sono di norma avverse alla partecipazione attiva alla cura ospedaliera, che sia questo per mancanza di mezzi, di informazioni o per motivi di discriminazione e isolamento. Tra le pratiche comuni ritrovate in questa sede troviamo:



- Collaborazione con associazioni specificatamente interessate nei diritti e nel benessere di una particolare popolazione hard-to-reach;
- Manutenzione attiva di strumenti di controllo e di catalogo delle popolazioni hard-to-reach sul proprio territorio;
- Corsi informativi e attività di outreach per cercare di coinvolgere potenziali pazienti marginalizzati.

4.8 Collaborazione con altri fornitori di cure.

La collaborazione con altri fornitori di cure è essenziale allo scopo di creare una rete all'interno della quale il paziente possa ricevere feedback, consistenza e coerenza durante tutto il percorso di guarigione. A questo scopo, la continuità assistenziale e la capacità di trasmettere informazioni tra strutture mediche indipendenti si fa essenziale. Tra le buone pratiche più comunemente rilevate troviamo:

- Protocolli condivisi per il trasferimento e la continuità assistenziale;
- Coinvolgimento delle reti oncologiche regionali nei percorsi PDTA;
- Capacità di trasmettere e condividere gli elementi del fascicolo sanitario;
- Corsi di addestramento per il personale alla condivisione dei dati e all'utilizzo degli strumenti necessari.

Tra le pratiche uniche riscontrate possiamo citare le Conferenze di partecipazione congiunte tra operatori e cittadini, allo scopo di migliorare la qualità e la tempestività del passaggio di informazione tra aziende sanitarie e l'esterno.

In conclusione, la sperimentazione della scheda di valutazione, dalla costruzione iniziale all'adozione in diverse aziende sanitarie, ha mostrato come sia possibile la costruzione di una vera e propria "comunità di pratiche", un network di professionisti, docenti, operatori sanitari, pazienti e loro familiari che, attraverso il confronto strutturato e la condivisione delle esperienze, sia in grado di promuovere un apprendimento reciproco continuo. La comunità di pratiche si configura quindi non solo come un luogo di scambio di strumenti e metodologie, ma anche come uno spazio di valorizzazione del capitale umano e professionale delle diverse realtà coinvolte. In questo senso, la scheda di valutazione diventa non solo uno strumento di misurazione, ma anche un catalizzatore di innovazione, di riflessione comune e di miglioramento continuo.

[Allegato 1](#)

[Allegato 2](#)

[Griglia punteggi](#)