



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SANITA' PUBBLICA E PEDIATRICHE

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

Via Santena 5 bis - 10126 Torino - Tel. 011-6705875 - Fax 011-6705889

SVILUPPO DELLA VALUTAZIONE SECONDO GLI STANDARD HPH 2020

Sottostandard 2: Pratica di cura responsiva

3.2.1 L'organizzazione crea un ambiente in cui le persone assistite e famiglie si sentono in sicurezza e le loro dignità e identità sono rispettate.

3.2.2. Nella nostra organizzazione, le visite delle persone assistite si svolgono in stanze/spazi privati e con il tempo necessario a favorire una comunicazione efficace.

3.2.3. Nella nostra organizzazione, la privacy delle persone assistite è rispettata in ogni momento e le persone assistite hanno il diritto di trovare posti dove rilassarsi. Se necessario, i partner o i parenti prossimi possono rimanere vicini.

3.2.4. La nostra organizzazione invita e mette in grado le persone assistite e le famiglie di diventare partner attivi in qualità di co-promotori nell'assistenza e nel processo decisionale condiviso nel percorso di cura.

Criterio A

L'ambiente costruito incorpora elementi che supportano il paziente e la famiglia nella cura, incluso (se appropriato, in base al contesto di cura):

- Ridurre al minimo le barriere architettoniche e sensoriali per promuovere l'accesso, la comunicazione e le interazioni;
- Incorporazione di spazi che accolgono la presenza della famiglia e amici e ne preservino la privacy;
- Indicazioni chiare e comprensibili per le persone assistite e i visitatori;
- Greenness e accesso alla luce naturale;
- Promozione degli spazi esterni e della possibilità di fruizione degli stessi.

Razionale

L'ambiente incorpora elementi introdotti per ridurre lo stress e l'ansia spesso associati agli ambienti sanitari, nonché per incoraggiare le persone assistite e famiglie a partecipare alla cura. In fase di progettazione, l'organizzazione tiene in considerazione non solo la sicurezza ma anche la privacy del paziente e della sua famiglia.

Esempi

- Elementi ambientali che riducono al minimo le barriere architettoniche e sensoriali: percorsi privi di ostacoli fisici, accorgimento per ipovedenti, non vedenti e sordi (mappe piste tattili, segnaletica all'interno degli ascensori), postazioni infermieristiche aperte; posizionamento di schermi di computer per massimizzare la comunicazione faccia a faccia; riduzione degli allarmi acustici; in ambienti pediatrici la presenza di "rifugi sicuri/luoghi neutri" (cioè senza procedure mediche), come aree gioco con bambini;
- Elementi ambientali che accolgano la presenza di familiari e amici e che ne preservino privacy, dignità e identità: separazione visiva tra i posti letto in camere condivise; possibilità di personalizzare lo spazio con oggetti personali; stanze per riposo per familiari; aree per famiglie/amici dove svolgere attività condivise; aree giochi per bambini, alloggi per i propri cari in ambienti di assistenza di lunga degenza;
- Elementi ambientali che supportano l'accesso alle informazioni e a chiare indicazioni: accesso a una biblioteca in loco; postazioni informative nelle aree di attesa sia con risorse stampate per la salute dei consumatori che con accesso elettronico a siti Web sanitari istituzionali;
- Misure per garantire che le persone assistite e i visitatori siano in grado di raggiungere facilmente la destinazione: segnaletica in un linguaggio di facile lettura che riflette le lingue parlate dagli utenti, incorporazione di codici colore e simboli nella segnaletica, personale addetto a fornire indicazioni e accompagnare le persone più fragili, consegna di mappe della struttura, coinvolgimento del paziente e della comunità per sviluppare o perfezionare lo schema di navigazione;
- Spazi esterni: terrazzi, cortili, atri, giardini interni ed esterni attrezzati;
- Misure per incorporare elementi della natura nell'ambiente costruito: stanze con vista verso l'esterno; presenza di piante, acquari o terrari, opere d'arte raffiguranti la natura; cortili interni e altri che ricordano la natura; vista sul giardino sul tetto.

Elementi da compilare

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.

.....

.....

.....

.....

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 introdotto o sta progettando meccanismi per soddisfare le **preferenze** del paziente relativamente al suo **spazio personale**, descrivili.

.....

.....

.....

.....

Se la tua organizzazione ha individuato delle modalità per garantire l'**accessibilità alle informazioni** (online, in loco, altri sistemi), descrivile.

.....
.....
.....
.....

Se la tua organizzazione ha implementato o pianificato delle misure per **garantire un facile orientamento** delle persone al proprio interno, descrivile.

.....
.....
.....

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**.

.....
.....
.....

Se la **greenness** - *elementi della natura, inclusi spazi verdi, vegetazione esterna e interna e accesso a luce naturale* - è stata incorporata nella tua organizzazione, dove permesso dalla normativa vigente, descrivine luoghi e modalità.

.....
.....
.....

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.

.....
.....
.....

Descrivi, se ce ne sono, **altri esempi di elementi ambientali** a supporto del paziente e della famiglia relativi alla realtà della tua struttura sanitaria.

.....

.....

.....

.....

Sperimentazione

Critério B

Gli obiettivi terapeutici delle persone assistite sono documentati e condivisi con gli operatori sanitari, inclusa la pianificazione condivisa delle cure.

Tali obiettivi rispecchiano le credenze del paziente.

Razionale

Integrare gli obiettivi, le preferenze e i valori degli individui nel loro piano di assistenza è l'essenza del concetto di cura centrata sulla persona. Questo livello di collaborazione richiede una visione olistica della condizione del paziente, inclusa la documentazione dei desideri in caso di assenza di capacità di prendere decisioni per sé stessi.

Elementi da compilare

Se attivati dalla tua organizzazione, descrivi i percorsi per lavorare con le persone assistite e la famiglia per affrontare e formalizzare **le preferenze relative al percorso condiviso di cura**.

.....

.....

.....

.....

Se previste dalla tua organizzazione, descrivi le **modalità di comunicazione**, scritte o orali, circa il percorso condiviso di cura, **al di fuori della documentazione** (come ad esempio il consenso informato) **fornita per obbligo di legge**.

.....

.....

.....

.....

Se previsto dalla tua organizzazione, descrivi come il **personale** coinvolto nello svolgimento di questi processi è stato **istruito sulle pratiche** (Corsi ECM, ecc...).

.....

.....

.....

.....

Descrivi, se ve ne sono, **altri esempi di realizzazione di questa integrazione** nella tua realtà.

.....

.....

.....

.....

Sperimentazione

Criterio C

Sono in atto sistemi per documentare e rispettare, per quanto possibile, le preferenze delle persone assistite relative a:

- Specificità linguistiche;
- Norme culturali e credenze spirituali;
- Dieta;
- Abbigliamento.

Razionale

Le organizzazioni incentrate sulla persona mirano a personalizzare l'esperienza sanitaria. Questo va oltre il Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale (P(S)DTA) personalizzato, estendendosi anche all'opportunità per gli individui di mantenere la propria routine quotidiana nel rispetto del loro background culturale.

Esempi

- Possibilità di avere un interprete e/o mediatore culturale, presenza di documentazione in più lingue, lettera di dimissioni in lingua diversa dall'italiano;
- Assistenza religiosa per tutte le confessioni religiose;
- Spazi per professare culto religioso, oggetti di culto a disposizione soddisfare le esigenze di coloro che hanno credenze diverse (ad es. onoranze funebri diversi);
- Personalizzazioni del menù in base a convinzioni etiche, religiose e spirituali;
- Scelta dell'abbigliamento durante la degenza.

Elementi da compilare

Se la tua organizzazione ha messo in atto meccanismi per garantire il **rispetto delle specificità linguistiche**, descrivili.

.....

.....

.....

.....

Se la tua organizzazione garantisce la possibilità di **assistenza religiosa / spirituale per diverse confessioni**, descrivi come questa viene attuata.

.....

.....

.....

.....

Se predisposti dalla tua organizzazione, descrivi i sistemi attualmente presenti volti a rispettare le **preferenze individuali legate a pratiche religiose / spirituali, culturali e ricreative**.

.....

.....

.....

.....

Se predisposti dalla tua organizzazione, descrivi i meccanismi in atto per soddisfare le **preferenze personali relative ai pasti e orari del pasto**.

.....

.....

.....

.....

Se previsto dalla tua organizzazione, descrivi come è garantita la possibilità di **scegliere l'abbigliamento personale** durante la degenza.

.....

.....

.....
.....

Descrivi altri esempi, se ve ne sono, di **sistemi per documentare e rispettare, per quanto possibile, le preferenze delle persone assistite** nella tua realtà.

.....
.....
.....
.....

Sperimentazione

Sottostandard 5: coinvolgere persone assistite, famiglie, caregivers e la comunità

3.5.1. La nostra organizzazione supporta la partecipazione degli utenti alla pianificazione, alla fornitura e alla valutazione dei suoi servizi.

3.5.2 Nella nostra organizzazione, tutti i documenti e i servizi rilevanti per le persone assistite sono sviluppati e testati insieme a chi tutela la salute delle persone assistite e ai rappresentanti dei gruppi delle persone assistite.

3.5.3. La nostra organizzazione identifica gli utenti a rischio di essere esclusi dal processo di partecipazione e promuove la partecipazione di coloro che sono a rischio di esclusione e discriminazione.

3.5.4. La nostra organizzazione incoraggia i volontari, compresi studenti, comunità anziani, persone assistite e le loro famiglie a partecipare e contribuire alle sue attività.

Criterion D

Presenza di un comitato multiprofessionale che sovrintende e assiste nell'implementazione di pianificazione, fornitura e valutazione dei servizi dell'organizzazione.

I partecipanti attivi dovranno includere:

- Associazioni di persone assistite e famiglie;
- Personale appartenente ai dipartimenti clinici (componente medica e delle professioni sanitarie);
- Personale appartenente alla direzione medica e delle professioni sanitarie e del servizio sociale aziendale;
- Rappresentanti della comunità (popolazione anziana, studenti, ecc.)

Razionale

L'implementazione di pratiche centrate sulla persona non ricade solo su una persona o una funzione, né tantomeno è limitata come onere a uno specifico settore o dipartimento funzionale dell'organizzazione. È presente una struttura* (vedi definizione operativa ed esempi successivi) per:

1. Promuovere l'inclusione dei principali stakeholder;
2. Coordinare e guidare progetti e iniziative incentrati sulla persona in tutta l'organizzazione;
3. Diffondere le iniziative incentrate sulla persona in tutta l'organizzazione.

*non viene identificata una struttura specifica ma qualunque gruppo organizzato che risponda alla definizione operativa come i vari esempi successivamente elencati.

Esempi

- Comitato direttivo per l'assistenza centrata sulla persona, task force o coalizione guida che si riunisce regolarmente;
- Gruppo di miglioramento della pratica.

Elementi da compilare

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.

.....
.....
.....
.....

Se la tua organizzazione dispone di tale organo, fornisci **prove delle attività** svolte negli ultimi 12 mesi. In particolare indicare:

- **nomi dei progetti realizzati e/o delle associazioni coinvolte;**
- **documentazione** che provi l'effettiva attività (come ad esempio il verbale della riunione annuale).

.....
.....
.....

Se la tua organizzazione dispone di tale organo, indicare quali **partecipanti attivi** include tra:

- Associazioni di persone assistite e famiglie;
- Personale appartenente ai dipartimenti clinici (componente medica e delle professioni sanitarie);
- Personale appartenente alla direzione medica, delle professioni sanitarie e del servizio sociale aziendale;
- Comunità.

.....
.....
.....

Criterio E

All'interno dell'organizzazione esistono modalità con cui vengono raccolte le esperienze, i feedback delle persone assistite e famiglie. Esistono evidenze che questi dati qualitativi vengano utilizzati per identificare, informare e valutare gli sforzi di miglioramento all'interno dell'organizzazione.

Razionale

Il miglioramento centrato sulla persona inizia con le voci e le esperienze di coloro che interagiscono direttamente con l'organizzazione sanitaria (persone assistite, famiglie e membri della comunità) e si basa sulle percezioni delle cure sanitarie degli stakeholder per identificare le priorità, guidare il miglioramento e valutare i risultati.

A differenza dei sondaggi telefonici o via posta che generano dati quantitativi su queste esperienze, i meccanismi per catturare queste intuizioni con le parole stesse della persona migliorano la capacità delle organizzazioni di approfondire e comprendere meglio le loro esperienze.

Esempi

- Focus group;
- Tecnica Delphi;
- Cicli Plan Do Check Act con il coinvolgimento degli stakeholder;
- Ricerche etnografiche;
- Raccolta di narrazioni delle persone assistite/famiglie;
- Incontri comunitari o giornate di dialogo in contesti residenziali.

Elementi da compilare

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:

- l'**approccio(i)** adottato(i) per catturare queste voci;
- la **frequenza**;
- gli **sforzi** specifici compiuti per garantire un'ampia rappresentanza di persone assistite e famiglie.

.....

.....

.....

.....

Se la tua organizzazione si avvale dei **risultati** ottenuti da queste metodologie basate sulle voci delle persone assistite/famiglie **per identificare priorità di miglioramento**, fornisci esempi di realizzazione di tali attività attuati nell'organizzazione negli ultimi 18 mesi.

.....

.....

.....

.....

Se la tua organizzazione raccoglie questi dati qualitativi, descrivi i **canali di comunicazione utilizzati per condividerli con tutti i gruppi di stakeholder**.

.....

.....

.....

.....

Criterio F

Il processo di miglioramento continuo dell'organizzazione si basa su alleanze tra direzione, personale, persone assistite/famiglie e comunità per identificare e stabilire le priorità, progettare e valutare gli sforzi di miglioramento incentrati sulla persona. Le parti interessate sono formate sui metodi di miglioramento e sono supportate nell'apportare cambiamenti in tempo reale.

Razionale

La cultura organizzativa si fonda sull'apprendimento e sul miglioramento continuo. Gli sforzi di miglioramento centrati sulla persona si fondano sulla collaborazione e il sostegno da parte di tutte le parti coinvolte. I processi di miglioramento si basano ampiamente sulle prospettive delle persone assistite, familiari e membri della comunità per fornire input e guida su operazioni, politiche, procedure e sforzi per il miglioramento della qualità. Si tratta di vere partnership volte alla progettazione e creazione di obiettivi e soluzioni.

Esempi

- Gruppi di miglioramento delle pratiche;
- Consiglio consultivo del paziente e della famiglia;
- Integrazione delle persone assistite e familiari come membri a pieno titolo nei team e nei comitati esistenti;
- Circoli di apprendimento per la risoluzione dei problemi;
- Iniziative QAPI all'interno di contesti di assistenza continua;
- Gruppi d'azione o gruppi di progetto con il coinvolgimento delle persone assistite e le loro famiglie.

Elementi da compilare

Se attivate dalla tua organizzazione, descrivi eventuali **partnership** (v. esempi sopraelencati) che riuniscono **persone assistite/famiglie** e **comunità** con il **personale clinico** (medici, professioni sanitarie e OSS) e direzione medica per collaborare agli sforzi di miglioramento. Produci prova documentale di tali partnership.

.....

.....

.....

.....

Se prevista dalla tua organizzazione, descrivi la **formazione offerta al personale e alle persone assistite/familiari** per sviluppare competenze nei processi di miglioramento.

.....

.....

.....

.....

Se previsti dalla tua struttura, descrivi i processi per la **condivisione** in tutta l'organizzazione delle **conoscenze** derivate da progetti di miglioramento.

.....

.....

.....

.....

Se la tua organizzazione ha attivato delle partnership, descrivi le **eventuali priorità per il miglioramento** da queste individuate.

.....

.....

.....

.....

Se la tua organizzazione ha formalizzato una **nuova partnership** negli ultimi 24 mesi, forniscine una descrizione.

.....

.....

Criterio G

L'organizzazione collabora con persone assistite/famiglie e istituzioni comunitarie/associazioni per affrontare i determinanti sociali che possono avere un impatto sull'accesso delle persone all'assistenza con particolare attenzione alle popolazioni hard-to-reach (vulnerabili, soggetti a discriminazione culturale, linguistica, sociale, di genere e omotransofobica).

Razionale

Numerosi fattori, compresi quelli sociali, culturali, economici e ambientali, contribuiscono a modificare l'accesso alle cure, le opportunità e le barriere che gli utenti incontrano nel processo di cura. Le organizzazioni centrate sulla persona, grazie alle partnership precedentemente descritte, condividono informazioni e incoraggiano la partecipazione di tutti.

Esempi

- Tipi di fonti informative da cui attingere per identificare le popolazioni hard-to-reach: dati censuari, ecc.
- Esempi di potenziali organizzazioni partner del Terzo settore: organizzazioni per gli alloggi, istituzioni religiose, scuole, centri per anziani, biblioteche pubbliche, servizi sociali.

Elementi da compilare

Se disponibili, descrivi quante e quali **fonti** l'organizzazione utilizza per mantenere una conoscenza aggiornata delle popolazioni hard-to-reach, a rischio di discriminazione all'interno della comunità locale o della propria popolazione di persone assistite.

.....

.....

.....

.....

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.

.....

.....

.....

.....

Se individuabile, descrivi una **partnership** attivata con la comunità negli ultimi 24 mesi con l'obiettivo esplicito di **soddisfare i bisogni di una popolazione hard-to-reach**.

.....

.....

.....

.....

Sottostandard 6: Collaborare con i fornitori di cure

3.6.1. La nostra organizzazione collabora con altri operatori sanitari per massimizzare il guadagno di salute.

3.6.2. La nostra organizzazione ha una procedura approvata per lo scambio di informazioni rilevanti delle persone assistite con altre organizzazioni.

3.6.3. All'organizzazione ricevente viene fornito, in modo tempestivo, un riassunto scritto sulle condizioni del paziente, le esigenze di salute e gli interventi forniti dall'organizzazione di riferimento.

Criterio H

L'organizzazione collabora con altri operatori sanitari dell'ASL di appartenenza/riferimento attraverso la continuità di assistenza volta a favorire l'integrazione ospedale-territorio. 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.

Razionale

Rafforzare il coordinamento tra le varie strutture e gli operatori sanitari lungo il continuum sanitario può migliorare la sicurezza del paziente, la qualità delle cure e gli esiti di salute riducendo costi, accessi ripetuti inappropriati in ospedale e migliorare l'esperienza al paziente e la sua famiglia. Per definizione, le transizioni in assistenza coinvolgono più contesti e professionisti e pertanto la collaborazione tra questi contesti è essenziale.

Esempi

- Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Strutture previste dal DM 77 del 23 maggio 2022 (ad es. Centrali Operative Territoriali);
- Incontri periodici tra Distretto e Medici Convenzionati (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta);
- Sviluppo e applicazione della DGR Regione Piemonte 10 - 5445;
- Applicazione Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutici Assistenziali (P(S)DTA);
- Integrazione tra sistemi operativi aziendali.

Elementi da compilare

Se presenti all'interno della tua organizzazione, descrivi le **strutture** che si occupano di garantire la **continuità assistenziale** come indicato nel DM 77 del 23 maggio 2022.

.....

.....

.....

.....

Se all'interno della tua organizzazione sono presenti le strutture indicate nel punto precedente, individua i **referenti**.

.....

.....

.....

.....

Se previste dalla tua organizzazione, illustra come sono state **condivise e formalizzate procedure** allo scopo di **facilitare il percorso di cure** del paziente.

.....

.....

.....

.....

Se attivati dalla tua organizzazione, fornisci prova documentale dei **P(S)DTA** formalizzati.

.....

.....

.....

.....

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.

.....

.....

.....
.....
Descrivi, se presente, il **sistema gestionale** utilizzato dall'organizzazione per la condivisione dei dati sanitari all'interno della struttura stessa e/o con altre strutture facenti parte della stessa area di competenza.

.....
.....
.....
.....
Indicare, se disponibile, la **percentuale di caricamento** delle lettere di dimissione ospedaliera, dei referti di specialistica ambulatoriale e di diagnostica per immagini e di laboratorio nel **Fascicolo Sanitario Elettronico**.

.....
.....
.....
.....
Se offerti dalla tua organizzazione, descrivi i **corsi attivati per informare ed educare gli operatori sanitari sulle procedure di condivisione di dati sanitari** delle persone assistite tra diversi presidi interaziendali e/o interaziendali.

.....
.....
.....
.....
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.

Acronimi

- P(S)DTA: Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutici Assistenziali
- HPH: Health Promoting Hospitals
- QAPI: Quality Assurance/Performance Improvement (QAPI)

Sperimentazione