International Network of
Health Promoting Hospitals
& Health Services

Strumento di Autovalutazione per l'implementazione degli

Standard 2020 per gli Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono la salute

Translation in Italian by Dr. Cristina Aguzzoli / Friuli Venezia Giulia Network of Health Promoting Hospitals & Health Services, Coordinator of HPH Italian Networks

La Rete Internazionale degli Ospedali e Servizi Sanitari che Promuovono la Salute

Il Segretariato della Rete Internazionale HPH ha la sua sede presso OptiMedis AG:

Burchardstrasse 17
20095 Hamburg
Germany

Telefono: +49 40 22621149-0
Fax: +49 40 22621149-14
Email: info@hphnet.org

© The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services 2021

La Rete Internazionale degli Ospedali e dei Servizi Sanitari per la Promozione della Salute accoglie con favore le richieste di autorizzazione a tradurre o riprodurre questo documento in tutto o in parte. Si prega di chiedere il permesso formale al Segretariato Internazionale HPH.

Citazione consigliata: Rete Internazionale degli Ospedali e dei Servizi Sanitari per la Promozione della Salute. Strumento di autovalutazione per l'implementazione degli standard 2020 per gli ospedali e i servizi sanitari che promuovono salute, versione 1.1. Amburgo, Germania: Rete HPH internazionale; novembre 2021.

Ringraziamenti

Le reti HPH, i coordinatori, i membri del consiglio di amministrazione e i leader di task force/gruppi di lavoro di 11 reti hanno fornito preziosi contributi allo sviluppo degli elementi misurabili presentati in questo documento.

Si ringraziano i seguenti esperti e le Reti HPH per aver condiviso la loro competenza ed esperienza: Dott.ssa Cristina Aguzzoli (Rete HPH del Friuli Venezia Giulia, Italia); Dr. Mohamad Ali Seif-Rabiee MD (Iran); Dott. Francois Alla (Francia); La rete HPH Ceca; Dott.ssa Susan Frampton (Stati Uniti); Dipl. Med Olaf Haberecht e Marit Derenthal (rete HPH Germania); la prof. Margareta Kristenson e il dott. Ralph Harlid MD PhD (rete HPH Svedese); Dr. Ming-Nan Lin (rete HPH Taiwanese); Birgit Metzler e il Prof. Jürgen Pelikan (rete HPH Austriaca); Dott.ssa Ilaria Simonelli (Rete HPH Trentino, Italia); e la Prof. Dr. hab. n. med Bożena Walewska-Zielecka (rete HPH Polacca).

Vorremmo inoltre ringraziare le dott.sse Janika Bloemeke, Nina-Sofie Krah, Maria Muenzel e Paula Zietzsch (OptiMedis) per aver fornito la loro consulenza in qualità di esperte nella formulazione e revisione degli elementi misurabili degli standard.

Il processo di consultazione per definire gli elementi misurabili per gli Standard 2020 per gli ospedali e i servizi sanitari che promuovono la salute, nonché la produzione di questo documento sono stati guidati dal Dr. Oliver Groene e la Dr.ssa Keriin Katsaros del Segretariato HPH Internazionale.

Indice

Scopo dello strumento di autovalutazione 1
L'attenzione sull'orientamento verso la salute e sui risultati di salute 2
Il processo di sviluppo dello strumento di autovalutazione 3
Come può essere applicato lo strumento di autovalutazione? 5
Schema dello strumento di autovalutazione 9
1. Dimostrare l'impegno organizzativo per HPH 10
2. Garantire l'accessibilità ai servizi 16
3. Migliorare l'assistenza sanitaria centrata sulla persona e il coinvolgimento dei cittadini che afferiscono ai servizi 21
4. Creare un posto di lavoro sano e un setting salutare 33
5. Promuovere la salute della società nella comunità locale 38
Bibliografia 46

Scopo dello strumento di autovalutazione

Questo documento presenta i moduli di autovalutazione riferiti agli Standard 2020 per gli Ospedali e i Servizi Sanitari che promuovono la salute, che rendono gli standard applicabili e forniscono elementi concreti e misurabili, rispetto ai quali è possibile monitorare le prestazioni.

Lo scopo principale del documento è quello di fornire uno strumento in grado di dare un supporto agli ospedali e i servizi sanitari per

- valutare e attuare la promozione della salute.
- stimolare processi di miglioramento interno continuo.
- incoraggiare la rifocalizzazione della strategia organizzativa, per affrontare meglio le sfide generali del sistema sanitario e convertire concretamente l'organizzazione in un ambiente che promuove la salute.

Le organizzazioni, in particolare quelle appartenenti alla rete HPH Internazionale, sono fortemente sollecitate a utilizzare lo strumento di autovalutazione.

Poiché gli standard sono considerati di dominio pubblico, si coglie l'occasione per invitare le agenzie di miglioramento della qualità e gli organismi di accreditamento a integrare gli standard per gli ospedali e i servizi sanitari che promuovono la salute nei loro standard esistenti.

L’attenzione sull’orientamento verso la salute e sui risultati di salute

> *“Gli ospedali e i servizi sanitari che promuovono la salute (HPH) orientano i loro modelli di governance, le strutture, i processi e la cultura interna ai servizi al fine di ottimizzare i guadagni in termini di salute dei pazienti, del personale e delle popolazioni servite e per sostenere lo sviluppo di società sostenibili.” (1)*

La Rete Internazionale degli Ospedali e dei Servizi Sanitari per la promozione della salute (HPH) è stata fondata sull’approccio basato sui settings che promuovono la salute in risposta all'area d’intervento "riorientare i servizi sanitari" prevista dalla Carta di Ottawa per la Promozione della Salute dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) (2). L'OMS ha ispirato un percorso di cambiamento culturale avviando una rete internazionale di reti nazionali e subnazionali che ha sostenuto l'attuazione di questo concetto (3).

L'approccio dell'intero sistema HPH ha creato un’area di azione che ha riunito con un comune denominatore i diversi cambiamenti inseriti nei percorsi di riforma sanitaria: i diritti dei pazienti o dei cittadini afferenti ai servizi, l’assistenza sanitaria di base, il miglioramento della qualità, l’assistenza sanitaria ecosostenibile ("verde") e le organizzazioni di alfabetizzazione sanitaria.

La strategia di sviluppo organizzativo HPH prevede il riorientamento della governance, delle politiche, delle capacità del personale, delle strutture, della cultura e delle relazioni verso il miglioramento della salute di pazienti, operatori e gruppi di popolazione nelle comunità e negli altri settings.

A partire dal 2021, la rete internazionale HPH è composta da oltre 600 ospedali e istituzioni sanitarie di 33 paesi (Figura 1).

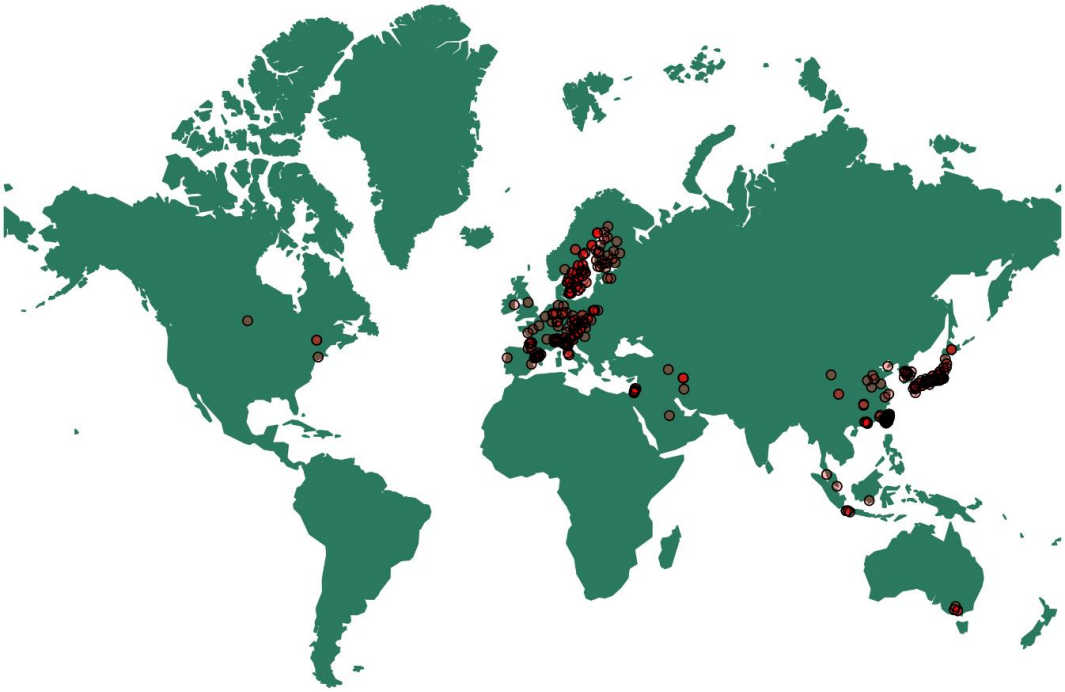

Figura 1: Posizione dei Membri HPH nel mondo

Il processo di sviluppo dello strumento di autovalutazione

Il Manuale originale e i Moduli di autovalutazione per l'applicazione della promozione della salute negli ospedali sviluppati dall'OMS nel 2006, sono stati sviluppati seguendo i passaggi proposti nel programma ALPHA di ISQua, che si basa su una valutazione critica della letteratura e delle prove disponibili, sulla stesura e sulla sperimentazione di standard e della loro implementazione (4, 5). Allo stesso modo, questo processo è stato seguito da varie task force e gruppi di lavoro HPH, che hanno sviluppato successivi standard specifici sul loro tema di interesse.

L'Assemblea Generale dell'HPH ha richiesto che tutti gli standard fossero integrati in un insieme generale di standard, che rappresentasse l'ampiezza della visione del concetto HPH e dei membri della rete. Questo lavoro si è basato su un'analisi condotta dal Dr. Chiarenza, che ha previsto una mappatura complessiva identificando le differenze e i punti in comune su importanti aree di interesse nell'ambito dei sette set di standard sviluppati

dalle task force e dai gruppi di lavoro HPH. Sulla base di questa analisi, sono stati identificati sette domini e relativi sottodomini aggregati in una serie di standard iniziali definiti Umbrella (6). All'inizio del 2020 è stato istituito un gruppo di lavoro guidato dal Segretariato Internazionale HPH che tenendo conto di questa analisi ha organizzato uno studio Delphi in due fasi per perfezionarla ulteriormente. Lo studio Delphi mirava a valutare gli standard rispetto ai principi RUMBA. RUMBA sta per Rilevante, Comprensibile, Misurabile, Comportamentale (in grado di modificare i comportamenti) e Attivabile. In una prima fase, lo studio Delphi ha prodotto delle valutazioni di comprensione, portata e importanza degli standard, delle definizioni e dei sottostandard generali. È stata fatta una valutazione sulla chiarezza della formulazione degli standard e sulla priorità di essi e dei relativi sottostandard. Lo studio ha invitato a partecipare alla valutazione un gruppo di esperti composto dal Tavolo strategico dell'HPH, dagli osservatori permanenti, dai coordinatori nazionali e regionali, dale varie task force dell'HPH e dai leader dei gruppi di lavoro.

Nel secondo giro di consultazione dello studio Delphi, tutti gli standard e sottostandard contenuti nelle diverse aree sono stati nuovamente valutati in base alla loro chiarezza e priorità. Oltre alle valutazioni quantitative, entrambe le consultazioni hanno fatto emergere una serie di commenti qualitativi per aiutare a strutturare, allineare e formulare meglio gli standard. Il gruppo di lavoro ha esaminato tutti i commenti quantitativi e qualitativi del gruppo di esperti e ha sintetizzato il risultato finale. Di conseguenza, gli standard 2020 per gli ospedali e i servizi sanitari che promuovono la salute sono stati presentati e approvati dall'Assemblea generale dell'HPH. Il processo per definire gli elementi misurabili in questo documento è iniziato invitando lo stesso gruppo di esperti a proporre elementi misurabili per ciascuno standard e sottostandard. Un gruppo di lavoro composto da membri del Segretariato HPH e della rete HPH della Germania ha integrato e sintetizzato le risposte ricevute da 11 reti HPH, basate sulle seguenti caratteristiche di valutazione che gli elementi misurabili proposti devono rispettare:

- direttamente osservabili e facilmente riconoscibili come soddisfatti o non soddisfatti
- preferibilmente consultabili sulla base della documentazione esistente, piuttosto che a seguito della richiesta di un sondaggio
- logici e ampiamente applicabili in diversi contesti istituzionali e regionali
- focalizzati su fatti, documenti o altre fonti che aiutano a misurare/osservare/dimostrare l'attuazione dello standard.

Questa valutazione critica ha portato a un elenco iniziale di elementi misurabili proposti che è stato ridistribuito al gruppo di esperti per la loro valutazione. In una fase finale, il gruppo di lavoro interno ha incorporato il risultato. L'elenco finale degli elementi misurabili, che

riflette l'esperienza nella valutazione dell'applicabilità degli Standard per gli Ospedali e i Servizi Sanitari che promuovono la Salute, si trova in questo documento.

Come può essere applicato lo strumento di autovalutazione?

Gli approcci per la valutazione della qualità possono essere raggruppati in generale in valutazione interna ed esterna:

- per valutazione interna si intende la valutazione basata sul giudizio o sull'autovalutazione istituzionale basata sugli standard.
- La valutazione esterna si riferisce all'ispezione o all'accreditamento da parte di esperti.

L'autovalutazione è un processo utilizzato dalle organizzazioni sanitarie per valutare il proprio livello di prestazione in relazione agli standard stabiliti e per attuare misure per il miglioramento continuo. Questo processo consente alla Direzione aziendale di identificare le aree di buona pratica e quelle in cui è necessario un miglioramento. La Direzione aziendale può quindi definire le priorità e pianificare le azioni necessarie o replicare le buone pratiche in ulteriori dipartimenti dell'ospedale o del servizio sanitario.

Anche l'*accreditamento* si basa solitamente sull'autovalutazione, ma è seguito da un processo di valutazione tra pari *esterno*. La valutazione esterna si traduce tipicamente in una valutazione complessiva della qualità della struttura assistenziale, attraverso l'identificazione delle aree prioritarie di miglioramento e, a condizione che sia raggiunto il livello di prestazione dichiarato, in una dichiarazione formale della struttura in fase di accreditamento.

Ci sono due lezioni principali da trarre dai processi di autovalutazione e accreditamento: il miglioramento della qualità richiede dati sulle prestazioni e una cultura del miglioramento.

Senza dati sulle prestazioni, misurati da standard, non è possibile raccomandare una chiara direzione per il miglioramento della qualità. E, senza una cultura della partecipazione e del sostegno al processo, anche se sono disponibili dati sulla qualità dell'assistenza, le proposte di miglioramento della qualità non possono essere attuate. La strategia dell'autovalutazione è quindi quella dell'incoraggiamento e dell'educazione, assistendo le organizzazioni sanitarie nello sviluppo di processi di miglioramento continuo della qualità.

Chiarimento sulle responsabilità

La promozione della salute non può essere delegata a uno specifico ruolo o funzione all'interno dell'ospedale o del servizio sanitario; è responsabilità di tutti contribuire. È necessario creare un team per il progetto con ruoli e responsabilità chiaramente definiti:

- Management: essenziale per il successo di questo progetto è l'impegno del Direttore Generale, dell'organo di governo della struttura e dei dirigenti senior dell'organizzazione, per garantire l'applicazione del piano d'azione e la messa a disposizione di risorse per svolgere il mandato.

- Project leader: deve essere nominato un project leader per guidare il processo e formare gli altri nello svolgimento dell'autovalutazione.

- Referente per gli standard: i referenti per gli standards si assumeranno la responsabilità di valutare il livello di conformità riferita a standard e sottostandard. Saranno responsabili della raccolta delle prove che testimoniano la loro risposta.

Gruppo direttivo multidisciplinare (Comitato Aziendale): il capo progetto istituisce un gruppo direttivo multidisciplinare che rappresenta il personale a tutti i livelli. Il gruppo direttivo si riunisce regolarmente per discutere i progressi con l'autovalutazione, generare idee in tutte le discipline e promuovere una maggiore titolarità del progetto. I membri del gruppo direttivo dovrebbero includere idealmente un'infermiera senior che può anche essere responsabile dell'audit clinico/della qualità, un medico senior e junior, un senior manager, un membro delle risorse umane/del personale, un membro del personale delle professioni accessorie legate alla medicina (ad esempio, fisioterapia, terapia occupazionale), servizi medici generali di supporto (ad esempio radiologia) e/o un membro del personale di servizi generali non clinici.

Raccolta dei dati

Il personale a diversi livelli organizzativi dovrebbe essere coinvolto nella raccolta dei dati e nella valutazione degli standard. C'è poco valore se una singola persona completa l'autovalutazione senza il coinvolgimento del personale di riferimento, poiché ciò potrebbe anche impedire al personale di assumersi la responsabilità e di apprendere dal processo.

Per la valutazione degli standard possono essere utilizzate tre principali fonti di dati:

- Sistemi informativi di routine: i sistemi informativi di routine possono registrare informazioni utili alla valutazione di alcuni standard di promozione della salute. I dati disponibili da fonti di routine, se disponibili, dovrebbero essere utilizzati nell'ambito dell'autovalutazione per ridurre il carico di lavoro della raccolta dei dati. Tuttavia, il tipo di informazioni contenute in tali banche dati potrebbe non

essere sufficientemente specifico ai fini della valutazione delle problematiche relative alla promozione della salute.

- Sondaggi: le indagini devono essere eseguite per una serie di elementi misurabili. Può trattarsi di un sondaggio sull'esperienza dei pazienti o dei membri del personale.

- Procedure di Audit: per alcuni elementi misurabili è richiesto un audit delle cartelle cliniche dei pazienti. Seguendo la prassi consolidata, si raccomanda di scegliere casualmente 50 cartelle di pazienti dimessi per effettuare la valutazione. L'audit dovrebbe essere condotto da un gruppo interdisciplinare di professionisti con una buona conoscenza delle routine di documentazione del servizio. Il termine "cartelle dei pazienti" riflette vari documenti (cartelle mediche, cartelle infermieristiche, note del terapeuta e del dietologo ecc.) che devono essere presi in considerazione durante la valutazione.

Interpretazione dei risultati

È difficile interpretare il risultato della valutazione senza uno standard di paragone con cui esso possa essere confrontato. I diversi tipi di confronto sono:

- confronto interno nel tempo (confronto della valutazione prima e dopo gli sforzi di miglioramento della qualità),

- confronto esterno con provider simili (es. Gruppo di pari) in un singolo momento o nel tempo,

- standard prescrittivi (es. obiettivi fissati dai piani sanitari regionali).

Sviluppare un piano di miglioramento della qualità

Si consiglia di seguire il ciclo plan-do-check-act (PDCA). Il ciclo PDCA è stato originariamente concepito da Walter Shewhart negli anni '30 e successivamente adattato da W. Edwards Deming (7,8). Il ciclo fornisce un quadro per il miglioramento dei processi all'interno di un sistema. Può essere utilizzato per guidare l'intero progetto di miglioramento o per sviluppare progetti specifici una volta che sono state individuate le aree target suscettibili di miglioramento. Il ciclo PDCA può essere utilizzato come modello dinamico (Figura 2): il completamento di un giro del ciclo sfocia nell'inizio del successivo.

- **Pianifica:** pianificare un'attività, un progetto o una procedura orientati al miglioramento. Questo implica l'analisi di ciò che si intende migliorare, riconoscendo le aree che forniscono le opportunità per il cambiamento e valutare dove possono essere maggiori i ritorni sull'investimento.
- **Agisci:** effettuare il cambiamento o il test (preferibilmente su piccola scala) e realizzare il cambiamento deciso nella fase di pianificazione.
- **Controlla:** riesaminare i risultati ed analizzare il fallimento ed il successo. Questo è un passaggio cruciale nel ciclo PDCA. Dopo aver realizzato il cambiamento per un breve periodo, si deve verificare l'impatto che esso sta producendo. Ciò sta realmente conducendo al miglioramento atteso?
- **Agire:** adottare il cambiamento, abbandonarlo, o ripercorrere il ciclo nuovamente.

Figura 2: Pianifica-Esegui-Verifica-Agisci

Ciascuna sezione dello strumento contiene una casella di testo in cui è possibile documentare le azioni di miglioramento della qualità e identificare le responsabilità per tale azione. Le note e le osservazioni dovrebbero includere un calendario per tale azione e per i risultati attesi.

Il capo progetto, insieme al gruppo direttivo, registra i dati nel modo più accurato e realistico possibile. Quando l'autovalutazione sarà completata, il gruppo direttivo sarà in grado di identificare aree di buona pratica e aree di miglioramento. È quindi possibile elaborare un piano d'azione. È importante che le azioni del piano prendano in considerazione le priorità, gli obiettivi e le risorse disponibili dell'organizzazione locali e nazionali. Per monitorare lo sviluppo, il piano d'azione dovrebbe anche essere integrato nei sistemi di gestione esistenti.

Dopo aver identificato con successo i potenziali di miglioramento della qualità, pianificato e messo in atto le azioni definite, è necessario eseguire successive autovalutazioni per continuare il cerchio di miglioramento della qualità. Nel frattempo che ogni ciclo completo di PDCA viene completato, è possibile intraprendere un nuovo progetto leggermente più complesso per migliorare ulteriormente i servizi.

Schema dello strumento di autovalutazione

L'attuale versione di questi standard include 5 standard, 18 sottostandard e 85 dichiarazioni standard. Gli elementi misurabili sono presentati in modo strutturato come segue (Figure 3):

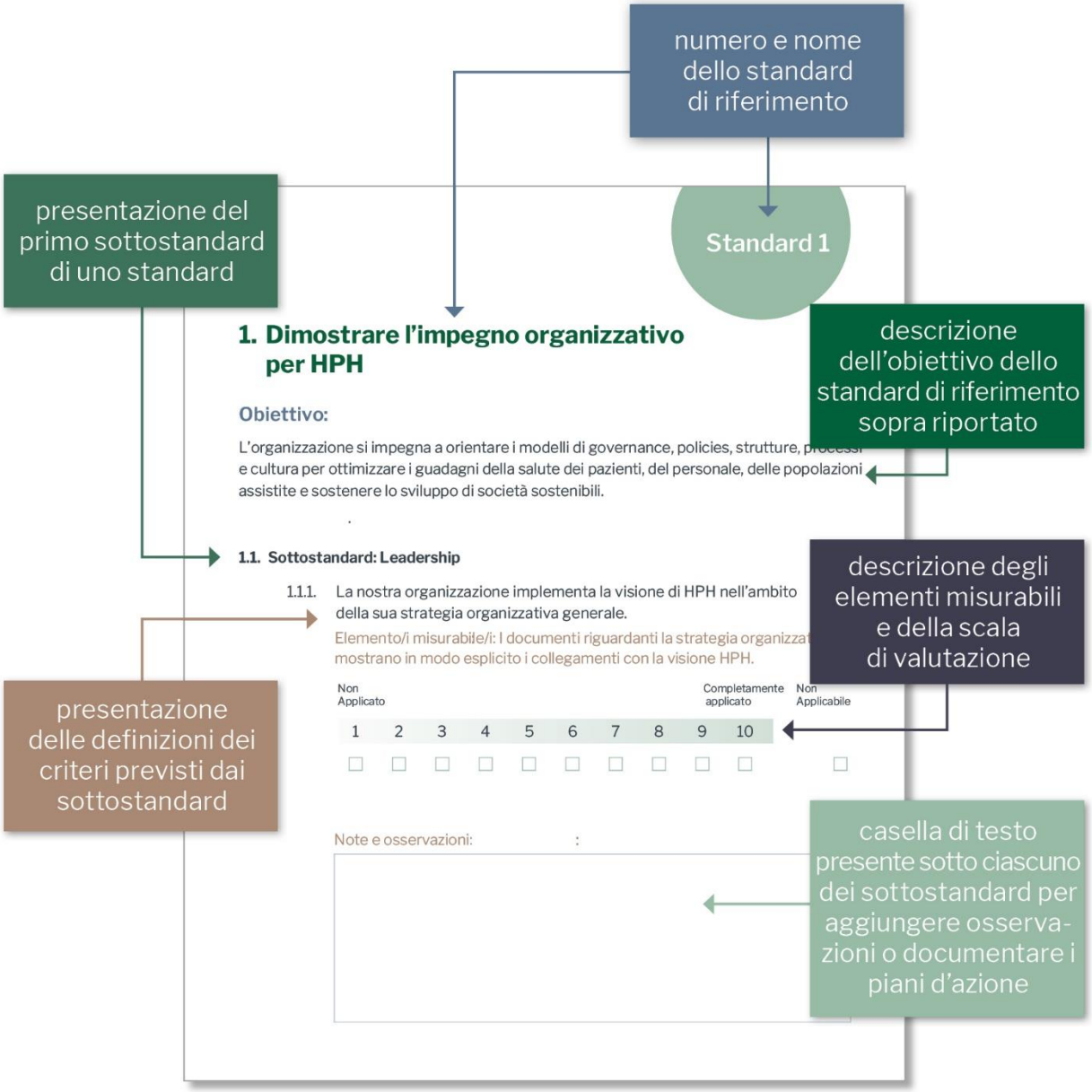

Figura 3: Schema dello strumento di autovalutazione

1. Dimostrare l'impegno organizzativo per HPH

Obiettivo:

L'organizzazione si impegna a orientare i modelli di governance, policies, strutture, processi e cultura per ottimizzare i guadagni della salute dei pazienti, del personale, delle popolazioni assistite e sostenere lo sviluppo di società sostenibili.

1.1. Sottostandard: Leadership

1.1.1. La nostra organizzazione implementa la visione di HPH nell'ambito della sua strategia organizzativa generale.
Elemento/i misurabile/i: I documenti riguardanti la strategia organizzativa mostrano in modo esplicito i collegamenti con la visione HPH.

Non Applicato									Completamente applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.1.2. Le azioni della leadership della nostra organizzazione rispecchiano gli scopi HPH.
Elemento/i misurabile/i: la programmazione del lavoro annuale e i piani d'azione includono in modo visibile gli obiettivi della visione HPH.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.1.3. La nostra organizzazione favorisce una cultura orientata alla salute e al miglioramento continuo.
Elemento/i misurabile/i: la visione organizzativa, la mission e le dichiarazioni sui valori riflettono un impegno per l'orientamento e il miglioramento della salute.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.1.4. La nostra organizzazione ha identificato un coordinatore per mettere in atto la visione HPH e specifici coordinatori dei sottostandard, con il compito di produrre un rapporto annuale da inoltrare al consiglio direttivo.
Elemento/i misurabile/i: sono nominati un leader e dei task leader; le loro descrizioni del lavoro includono la produzione di un rapporto annuale e la rendicontazione sulle attività operative avviate secondo la strategia HPH.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.1.5. La nostra Direzione aziendale persegue attivamente l'implementazione della visione HPH.
Elemento/i misurabile/i: una sintesi/review della visione HPH è presente nell'ordine del giorno e nei verbali delle ultime tre riunioni della Direzione Aziendale.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.1.6. I nostri programmi di formazione per il personale includono al loro interno la visione HPH.
Elemento/i misurabile/i: il materiale per la formazione introduttiva (pacchetti di benvenuto, note informative, linee guida per il neo assunto) include la visione della rete HPH.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.1.7. La nostra autovalutazione dei risultati e il continuo sviluppo delle prassi orientano verso la visione HPH.
Elemento/i misurabile/i: esempi di valutazione delle prestazioni includono valori e principi HPH.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni

1.2. Sottostandard: Policy

1.2.1. Gli obiettivi e la mission dichiarati dalla nostra organizzazione sono allineati con la visione HPH.Elemento/i misurabile/i: le dichiarazioni sulla mission e gli obiettivi aziendali promuovono e sostengono il riorientamento dei servizi di ospedali e servizi sanitari per ottimizzare i guadagni in termini di salute. (Logo HPH presente, sito Web HPH collegato alla homepage).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.2.2. I nostri scopi e la nostra missione sono chiaramente comunicati a tutti gli stakeholders (portatori di interessi).

Elemento/i misurabile/i: gli obiettivi e la missione sono chiaramente documentati (ad es. sulla pagina web dell'organizzazione) o comunque ampiamente accessibili (poster, volantini).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.2.3. La nostra organizzazione garantisce la disponibilità delle infrastrutture necessarie, includendo le risorse, lo spazio e le attrezzature, per implementare la visione HPH.

Elemento/i misurabile/i: viene designato un budget per l'attuazione delle azioni HPH e delle osservazioni sul campo (elementi osservabili che riflettono le risorse, il personale, lo spazio e le attrezzature necessari).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

1.3. Substandard: Monitoraggio, implementazione e valutazione

1.3.1. La nostra organizzazione monitora sistematicamente i bisogni di salute e i determinanti di salute nella popolazione come base per la pianificazione e la valutazione dei servizi.

Elemento/i misurabile/i: sono disponibili prove di rapporti/analisi organizzative sui fattori di salute della popolazione, nonché esempi di come sono stati utilizzati nella pianificazione e nella valutazione.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.3.2. I sistemi informativi della nostra organizzazione integrano i parametri necessari per valutare l'attuazione della visione HPH.

Elemento/i misurabile/i: i sistemi informativi consentono la raccolta di dati relativi agli indicatori HPH; è disponibile una panoramica degli indicatori calcolabili.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.3.3. Le nostre procedure e gli interventi per il miglioramento dei risultati sanitari vengono periodicamente valutati.

Elemento/i misurabile/i: esempi recenti di report sugli esiti sanitari dimostrano la presenza di un percorso di valutazione periodica.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni

2. Garantire l'accessibilità ai servizi

Obiettivo:

L'organizzazione introduce misure per migliorare la disponibilità, l'accessibilità, e l'accettazione dei propri servizi.

2.1. Sottostandard: Diritto e disponibilità

2.1.1. La nostra organizzazione dispone di una procedura per la valutazione ed il supporto delle situazioni in cui, per mancanza di requisiti o di risorse (assicurative o economiche), non siano garantiti i diritti umani.
Elemento/i misurabile/i: l'organizzazione fornisce le prove in merito alla disponibilità della procedura di valutazione e il personale competente è formato sul suo utilizzo.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2.1.2. La nostra organizzazione informa tutti i pazienti sui loro diritti e sulla politica aziendale di promozione della salute.
Elemento/i misurabile/i: la dichiarazione sui diritti del paziente è facilmente accessibile, disponibile nelle lingue chiave della comunità e diffusa tramite diversi mezzi di comunicazione.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

2.2. Substandard: Informazione e accessibilità

2.2.1. Le informazioni per il contatto, la localizzazione e le informazioni per raggiungere la nostra organizzazione sono facilmente reperibili tramite i motori di ricerca internet.
Elemento/i misurabile/i: Il sito Web mostra le informazioni di contatto, la posizione e le informazioni per raggiungere la struttura.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2.2.2. Il sito web dell'organizzazione è facile da usare, anche per le persone con bassa alfabetizzazione sanitaria (digitale) ed è disponibile in varie lingue in base alla composizione della popolazione locale.
Elemento/i misurabile/i: il sito web è disponibile nelle lingue chiave della comunità ed è scritto in un linguaggio semplice.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2.2.3. La nostra organizzazione sviluppa materiale scritto e indicazioni per l'accessibilità dei servizi considerando l'alfabetizzazione sanitaria, il linguaggio e le capacità cognitive del paziente.
Elemento/i misurabile/i: i materiali scritti e le modalità di navigazione in rete corrispondono ai livelli di alfabetizzazione sanitaria, alle lingue e alle capacità cognitive dei gruppi di pazienti.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2.2.4. La nostra organizzazione mette in atto una comunicazione tale da poter raggiungere anche gli emarginati o i gruppi svantaggiati.
Elemento/i misurabile/i: sono disponibili su richiesta le evidenze della comunicazione personalizzata, mirata a specifici gruppi emarginati o svantaggiati (età, genere, etnia, livello di istruzione).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2.2.5. La nostra organizzazione è facilmente accessibile sia dal punto di vista fisico che informatico da parte di pazienti e visitatori indipendentemente dalla presenza di disabilità.
Elemento/i misurabile/i: sono state condotte valutazioni sull'alfabetizzazione sanitaria dell'ambiente che dimostrano la sua adeguatezza in relazione all'accessibilità sia fisica che informatica da parte di pazienti e visitatori.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

2.3. Substandard: Accettabilità socio-culturale

2.3.1. La nostra organizzazione dimostra consapevolezza e rispetto per i valori, le esigenze e le preferenze dei diversi gruppi all'interno della comunità.
Elemento/i misurabile/i: sono disponibili prove riguardanti la presenza di informazioni nelle lingue chiave della comunità, il ricorso a mediatori culturali ove appropriato, al personale viene fornita una formazione per acquisire consapevolezza sulle caratteristiche culturali delle diverse etnie e vengono offerti servizi nutrizionali e religiosi culturalmente appropriati.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2.3.2. La nostra organizzazione attua misure speciali per garantire che i diritti di tutti i pazienti siano rispettati.
Elemento/i misurabile/i: sono condotte valutazioni sistematiche con i pazienti e i risultati vengono applicati per affrontare i diritti dei pazienti nelle politiche dell'organizzazione e nella formazione del personale.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2.3.3. La nostra organizzazione fa ogni sforzo per adattare le proprie procedure alle esigenze delle persone vulnerabili.
Elemento/i misurabile/i: vengono condotte valutazioni sistematiche i cui risultati vengono applicati per affrontare i bisogni dei pazienti vulnerabili, come gli anziani, i bambini e gli adolescenti.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2.3.4. Il sistema di accessibilità della nostra organizzazione è valutato dai pazienti e viene migliorato in seguito ai risultati della valutazione. I servizi digitali e i nuovi mezzi di comunicazione sono pre-testati dai rappresentanti dei gruppi target e dei pazienti prima della loro distribuzione.
Elemento/i misurabile/i: sono disponibili rapporti sui test pilota che analizzano l'accessibilità dell'organizzazione utilizzando un pool diversificato di partecipanti.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

3. Migliorare l'assistenza sanitaria centrata sulla persona e il coinvolgimento dei cittadini che afferiscono ai servizi

Obiettivo:

L'organizzazione cerca di offrire la migliore assistenza centrata sulla persona e i migliori esiti di salute e consente alle persone che usufruiscono del servizio di partecipare e contribuire alle sue attività.

3.1. Sottostandard: Risposta ai bisogni di cura

3.1.1. La nostra organizzazione collabora con i pazienti, le loro famiglie e gli operatori sanitari per sviluppare le procedure necessarie a valutare i bisogni di salute dei pazienti.

Elemento/i misurabile/i: possono essere descritti i meccanismi attraverso i quali l'organizzazione collabora con pazienti, famiglie e operatori sanitari per sviluppare le procedure per la valutazione dei bisogni di salute.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.1.2. La nostra organizzazione ha un approccio standardizzato per la valutazione e documentazione sui bisogni di intervento relativi ai fattori di rischio comportamentali (come tabacco, alcol, dieta/nutrizione e inattività fisica).

Elemento/i misurabile/i: i moduli di raccolta dati e le cartelle cliniche dei pazienti includono e consentono la raccolta di dati relativi ai fattori di rischio comportamentali utilizzando il modello di raccolta dati HPH Data Model.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.1.3. La nostra organizzazione utilizza linee guida per rilevare i rischi per la salute mentale tra pazienti con disturbi somatici e identificare i rischi somatici per la salute tra i pazienti con disagio o malattia mentale.
Elemento/i misurabile/i: sono disponibili Linee guida dedicate e tali Linee Guida sono applicate nell'ambito dell'organizzazione.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.1.4. La nostra organizzazione garantisce che le esigenze di salute dei bambini siano valutate con il contributo attivo di bambini, genitori, parenti e caregiver, coetanei e altri eventuali fornitori di assistenza.
Elemento/i misurabile/i: la Convenzione sui diritti del bambino/UNICEF e la Carta sui diritti dei bambini in ospedale sono disponibili e le disposizioni sono messe in atto.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.1.5. La nostra organizzazione ha sviluppato procedure per identificare i pazienti vulnerabili al fine di determinare i loro bisogni e ridurre le disuguaglianze nei nostri servizi sanitari.
Elemento/i misurabile/i: sono in uso procedure mirate per identificare i pazienti vulnerabili e tali procedure sono utilizzate per analizzare i meccanismi necessari a ridurre le disuguaglianze.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

3.2. Sottostandard: Pratica di cura responsiva

3.2.1. L'organizzazione crea un ambiente in cui pazienti e famiglie si sentono in sicurezza e le loro dignità e identità sono rispettate.
Elemento/i misurabile/i: il feedback dei pazienti e delle famiglie insieme ai dati dei sondaggi sulla loro percezione dell'esperienza assistenziale vengono utilizzati per migliorare l'ambiente di cura (attenzione particolare alle aree: sicurezza del paziente, dignità, diritti del paziente).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2.2. Nella nostra organizzazione, le visite dei pazienti si svolgono in stanze/spazi privati e con il tempo necessario a favorire una comunicazione efficace.
Elemento/i misurabile/i: il feedback dei pazienti e delle famiglie insieme ai dati dei sondaggi sulla loro percezione dell'esperienza assistenziale vengono utilizzati per migliorare l'ambiente di cura (attenzione particolare alle aree dedicate a : privacy, tempo per la consultazione).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2.3. Nella nostra organizzazione, la privacy dei pazienti è rispettata in ogni momento e i pazienti hanno il diritto di trovare posti dove rilassarsi. Se necessario, i partner o i parenti prossimi possono rimanere vicini.
Elemento/i misurabile/i : il feedback dei pazienti e delle famiglie insieme ai dati dei sondaggi sulla loro percezione dell'esperienza assistenziale vengono utilizzati per migliorare l'ambiente di cura (attenzione particolare ai

seguenti criteri: qualità dell'ambiente costruito, disponibilità di spazi pubblici).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2.4. La nostra organizzazione invita e mette in grado i pazienti e le famiglie di diventare partner attivi in qualità di co-promotori nell'assistenza e nel processo decisionale condiviso nel percorso di cura.
Elemento/i misurabile/i: sono disponibili strumenti (PDA-patient decision aids) dedicati al processo decisionale condiviso (PDC-shared decision making) e protocolli sull'inclusione organizzativa.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2.5. La nostra organizzazione offre a tutti i pazienti il diritto di ricevere servizi di promozione della salute, prevenzione delle malattie, trattamento terapeutico, riabilitazione e cure palliative personalizzate, adeguate alla cultura e all'età.
Elemento/i misurabile/i: i requisiti sono presi in considerazione nella carta dei diritti dei pazienti adottata dall'organizzazione.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2.6. La nostra organizzazione ha specifiche linee guida sullo screening degli anziani ad alto rischio e integra, ove possibile, la promozione della salute, la riabilitazione e la gestione del rischio nelle linee guida o nei percorsi di pratica clinica dei dipartimenti.
Elemento/i misurabile/i: sono in uso apposite linee guida sullo screening ad alto rischio per gli anziani che includono la promozione della salute, la riabilitazione e la gestione del rischio.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2.7. La nostra organizzazione attua, ove applicabile, l'iniziativa assistenziale babyfriendly OMS/UNICEF.
Elemento/i misurabile/i: sono state ottenute le certificazioni di riferimento come "ospedale e servizio sanitario a misura di bambino" da parte dell'OMS/UNICEF o altre certificazioni pertinenti.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2.8. La nostra organizzazione implementa gli standard della Rete Globale per Servizi Sanitari liberi da tabacco.
Elemento/i misurabile/i: è stata ottenuta la certificazione come Servizio Sanitario senza tabacco.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

3.3. Sottostandard: Comunicazione tra paziente e fornitore del servizio

3.3.1. La nostra organizzazione implementa la comunicazione centrata sul paziente e il processo decisionale condiviso come principali strumenti a supporto di un ruolo attivo dei pazienti e delle loro famiglie nelle cure.
Elemento/i misurabile/i: l'organizzazione può dimostrare che i reclami dei pazienti e i dati dei sondaggi dei pazienti e delle famiglie sulla loro percezione dell'esperienza di cura vengono utilizzati per migliorare l'ambiente di cura (attenzione particolare alle aree: comunicazione paziente-fornitore, coinvolgimento nel processo decisionale, attivazione del paziente).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.3.2. La nostra organizzazione addestra il personale sulle tecniche che migliorano la comunicazione e la centralità del paziente. L'addestramento si applica sia nella comunicazione scritta che in quella orale attraverso metodi come il linguaggio semplice (plain language) o le tecniche di teach-back.
Elemento/i misurabile/i: sono disponibili programmi di formazione del personale; la formazione include una guida per migliorare le capacità di comunicazione e la centralità del paziente nel processo assistenziale.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.3.3. La nostra organizzazione si aspetta che il personale comunichi con rispetto e invita i pazienti a porre domande e li forma per farlo adeguatamente.
Elemento/i misurabile/i: il feedback dei pazienti e delle famiglie insieme ai dati dei sondaggi sulla loro percezione dell'esperienza assistenziale vengono utilizzati per migliorare l'ambiente di cura (attenzione particolare alle aree: sicurezza del paziente, dignità, diritti del paziente).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.3.4. La nostra organizzazione fornisce ove necessario l'accesso ai traduttori per facilitare la comunicazione.

Elemento/i misurabile/i: sono disponibili servizi di traduzione linguistica, inclusi servizi per non udenti e servizi di mediazione culturale.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.3.5. Nella nostra organizzazione tutti i pazienti possono porre domande liberamente.

Elemento/i misurabile/i: sono in atto procedure per incoraggiare i pazienti a porre domande (come la campagna "Ask Me 3-Chiedimi tre cose" Qual è il mio problema principale? Cosa ho la necessità di fare? Perchè per me è importante farlo?).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

3.4. Sottostandard: Favorire i cambiamenti di abitudine e l'empowerment del paziente

3.4.1. La nostra organizzazione fornisce ai pazienti una chiara, comprensibile e adeguata informazione sulle loro condizioni attuali, il trattamento, l'assistenza e i fattori che influenzano la loro salute.

Elemento/i misurabile/i: sono disponibili esempi dei documenti di informazione forniti al paziente o delle lettere di dimissione e tali documenti sono valutati per completezza secondo lo standard di riferimento.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.4.2. Sulla base di valutazioni personalizzate dei bisogni dei pazienti, la nostra organizzazione offre servizi di consulenza breve o intensiva riguardanti i principali fattori di rischio, come tabacco, alcol, dieta/nutrizione e inattività fisica.

Elemento/i misurabile/i: l'organizzazione descrive la procedura in uso per la valutazione dei bisogni e la disponibilità di servizi di consulenza brevi o intensivi.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.4.3. La nostra organizzazione fornisce ai pazienti l'accesso alla cartella clinica (anche elettronica).

Elemento/i misurabile/i: l'accessibilità alla cartella clinica è evidenziata nella carta dei diritti del paziente e può essere verificata tramite indagini a campione.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.4.4. La nostra organizzazione fornisce, ove necessario, un facile accesso ai supporti utili al processo decisionale del paziente.

Elemento/i misurabile/i: sono disponibili esempi di strumenti di supporto decisionale condivisi (patient decision aids) e protocolli sul loro inserimento nell'organizzazione.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.4.5. La nostra organizzazione implementa interventi a supporto dell'autogestione che aiutano i pazienti a gestire le loro condizioni, in preparazione della dimissione o per il follow-up a lungo termine.

Elemento/i misurabile/i: il feedback dei pazienti e delle famiglie insieme ai dati dei sondaggi sulla loro percezione dell'esperienza assistenziale vengono utilizzati per migliorare l'ambiente di cura (attenzione particolare alle aree: autoefficacia, autogestione, assistenza nella fase di transizione da un setting ad un altro).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

3.5. Sottostandard: Coinvolgere i pazienti, le famiglie, i 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.
Elemento/i misurabile/i: i verbali delle riunioni mettono in evidenza la partecipazione dei pazienti alla pianificazione, erogazione e valutazione dei servizi dell'organizzazione assistenziale.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.5.2. 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.
Elemento/i misurabile/i: i pazienti che partecipano alle funzioni organizzative sono reclutati da diversi background socio-economici.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.5.3. Nella nostra organizzazione, tutti i documenti e i servizi rilevanti per i pazienti sono sviluppati e testati insieme a chi tutela la salute dei pazienti e ai rappresentanti dei gruppi di pazienti.
Elemento/i misurabile/i: può essere descritta la partecipazione di rappresentanti singoli dei pazienti o di organizzazioni che proteggono i pazienti nell'ambito delle attività dell'organizzazione.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Elemento/i misurabile/i: possono essere presentati esempi di pubblicità che incoraggiano l'inclusione di volontari, studenti, anziani della comunità, pazienti e famiglie nelle attività svolte dall'organizzazione.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

3.6. Sottostandard: Collaborare con i fornitori di cure

3.6.1. La nostra organizzazione collabora con altri fornitori di prestazioni sanitarie convenzionati per massimizzare il guadagno di salute.

Elemento/i misurabile/i: l'ente fornisce esempi di collaborazione con fornitori di prestazioni sanitarie convenzionati, finalizzati a una cura globale del paziente

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.6.2. La nostra organizzazione ha una procedura approvata per lo scambio di informazioni rilevanti dei pazienti con altre organizzazioni.
Elemento/i misurabile/i: è in atto una procedura per lo scambio di informazioni rilevanti relative ai pazienti (con possibilità di integrazione informatica, ove opportuno).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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.
Elemento/i misurabile/i: i riepiloghi delle condizioni dei pazienti, delle esigenze di salute e degli interventi richiesti vengono trasferiti in modo tempestivo, elemento che può essere dimostrato con la registrazione di data e ora nei documenti.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

4. Creare un posto di lavoro sano e un setting salutare

Obiettivo:

L'organizzazione sviluppa un ambiente di lavoro che promuove la salute e si impegna a diventare un ambiente di promozione della salute per migliorare la salute di tutti i pazienti, i loro parenti, il personale, gli operatori di supporto e i volontari.

4.1. Sottostandard: : Bisogni di salute, coinvolgimento e promozione della salute degli operatori

4.1.1. La nostra organizzazione offre valutazioni periodiche delle esigenze del personale e delle offerte sanitarie in termini di promozione della salute in materia di tabacco, alcol, alimentazione/nutrizione, inattività e stress psicosociale.

Elemento/i misurabile/i: vengono condotte regolari valutazioni sullo stato di salute del personale e sui percorsi in atto dedicati alla salute; possono essere descritti sia i servizi che le attività di promozione della salute dedicati al personale, nonché la loro adozione.

Non Applicato								Completamente Applicato		Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.1.2. Durante periodi eccezionalmente impegnativi, queste valutazioni delle esigenze sanitarie sono utilizzate per identificare tempestivamente possibili richieste di supporto.

Elemento/i misurabile/i: in base alle valutazioni dello stato di salute del personale, è in atto una procedura adattata e rapida per identificare i servizi supplementari da integrare e le esigenze emergenti di tutto il personale.

Non Applicato								Completamente Applicato		Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.1.3. La nostra organizzazione sviluppa e mantiene la consapevolezza del personale sulle questioni relative alla salute.

Elemento/i misurabile/i: vengono condotte interviste regolari al personale e sono realizzati sondaggi sui bisogni sanitari.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.1.4. La nostra organizzazione garantisce il coinvolgimento del personale nelle decisioni che hanno un impatto sui processi clinici e il loro ambiente di lavoro.
Elemento/i misurabile/i: vengono condotti incontri partecipativi con il personale (con evidenza di verbali di riunione) per assumere decisioni collettive su modifiche organizzative significative.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.1.5. La nostra organizzazione sviluppa percorsi assistenziali che coinvolgono teams multidisciplinari, ove necessario.
Elemento/i misurabile/i: i verbali/report delle riunioni dimostrano la partecipazione di team multidisciplinari.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.1.6. La nostra organizzazione realizza un posto di lavoro che promuove la salute, con particolare attenzione agli aspetti psicosociali dell'ambiente di lavoro.
Elemento/i misurabile/i: la pianificazione e l'attuazione della promozione della salute sul posto di lavoro prendono in considerazione alcuni fattori chiave (come le condizioni di lavoro e il sostegno sociale), indicatori precoci (come il mandato sul tema e l'orientamento verso stili di vita salutari) e indicatori tardivi (come l'elevata rotazione delle mansioni-Job rotation- o l'assenza per malattia).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

4.2. Sottostandard: Setting salutare

4.2.1. La nostra organizzazione crea un ambiente in cui pazienti, famiglie e personale possono sentirsi al sicuro, nel rispetto della loro dignità e identità.
Elemento/i misurabile/i: i dati di sondaggi e interviste riflettono la presenza di un ambiente rispettoso dell'identità e dignità delle persone; il feedback dei pazienti, delle famiglie e i dati dei sondaggi vengono utilizzati per identificare le aree di miglioramento.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.2.2. La nostra organizzazione applica i principi comuni di Universal Design all'ambiente fisico ogni qualvolta sia pratico, conveniente e possibile.
Elemento/i misurabile/i: esempi di Universal Design si trovano in tutto l'ambiente fisico della nostra organizzazione.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.2.3. La nostra organizzazione, comprese le aree di attesa, è pulita e confortevole.
Elemento/i misurabile/i: l'osservazione e le indagini sul campo evidenziano un ambiente pulito e confortevole.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.2.4. La nostra organizzazione è dotata di una buona illuminazione, superfici del pavimento antiscivolo, mobili stabili e percorsi di passaggio chiari.
Elemento/i misurabile/i: l'osservazione sul campo e gli audit/valutazioni dei rischi dei luoghi di lavoro riflettono una buona illuminazione, superfici del pavimento antiscivolo, mobili stabili e passaggi liberi.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.2.5. La nostra organizzazione offre spazi e iniziative per pazienti, personale e visitatori per rilassarsi, fare esercizio fisico e socializzare.
Elemento/i misurabile/i: l'osservazione sul campo evidenzia la presenza di stanze e iniziative destinate a pazienti, personale e visitatori per rilassarsi, fare esercizio e socializzare.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.2.6. La nostra organizzazione fornisce un'alimentazione sana e proibisce le opzioni malsane nell'ambito dei suoi locali o in quelli presenti nelle sue immediate vicinanze.
Elemento/i misurabile/i: l'osservazione sul campo mostra diverse opzioni nutrizionali disponibili che sono conformi alle linee guida nazionali per un'alimentazione sana (compresa la certificazione, se disponibile). L'organizzazione è firmataria di un accordo che proibisce opzioni malsane; la verifica è fatta tramite l'osservazione sul campo.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.2.7. La nostra organizzazione garantisce che l'ambiente sanitario sia senza fumo e senza alcool e in grado di ridurre al minimo il rumore non necessario.
Elemento/i misurabile/i: l'organizzazione è certificata come organizzazione sanitaria senza tabacco (GNTH), la vendita di alcol e prodotti del tabacco è vietata. Viene firmato un accordo a livello di organizzazione che proibisce

tabacco e alcol; la verifica viene fatta tramite l'osservazione sul campo. Le indagini e le valutazioni del rischio relativo al rumore sono state completate.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

5. Promuovere la salute della società nella comunità locale

Obiettivo:

L'organizzazione si assume la responsabilità di promuovere la salute nella comunità locale e nei confronti della popolazione di riferimento.

5.1. Sottostandard: Bisogni di salute della popolazione

5.1.1. La nostra organizzazione raccoglie dati sui modelli di utilizzo dei servizi nel bacino di utenza per migliorare l'accesso e l'equità.
Elemento/i misurabile/i: i rapporti sui modelli di utilizzo dei servizi nel bacino di utenza includono indicatori rilevanti di sanità pubblica (come i ricoveri ospedalieri generati da carente risposta ai servizi di assistenza primaria o la coerenza tra i fattori epidemiologici chiave e i servizi dell'organizzazione).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.1.2. La nostra organizzazione collabora con tutto il sistema sanitario per raccogliere informazioni sullo stato di salute, i bisogni di salute e i determinanti della salute riferiti al bacino di utenza.
Elemento/i misurabile/i: sono documentate le collaborazioni con organizzazioni sanitarie pubbliche locali per la raccolta di informazioni sanitarie nel bacino di utenza.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.1.3. La nostra organizzazione collabora con le organizzazioni sanitarie pubbliche per raccogliere informazioni sulle esigenze di prevenzione delle malattie e di promozione della salute nel bacino di utenza.
Elemento/i misurabile/i: sono documentate le collaborazioni con le organizzazioni sanitarie pubbliche locali per raccogliere informazioni sulle malattie presenti nel bacino di utenza.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.1.4. Sulla base della valutazione dei bisogni di salute, la nostra organizzazione ha identificato azioni e collaboratori per migliorare la salute della popolazione nel bacino di utenza.

Elemento/i misurabile/i: i piani d'azione riflettono le valutazioni dei bisogni sviluppate con le organizzazioni cooperanti.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

5.2. Sottostandard: Affrontare la salute di comunità

5.2.1. La nostra organizzazione sviluppa interventi di sensibilizzazione come momenti di incontro per definite fasce di età, per la promozione della salute e la prevenzione primaria.

Elemento/i misurabile/i: le prove degli interventi di sensibilizzazione possono essere trovate sul nostro sito Web e su altri mezzi di comunicazione.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.2.2. La nostra organizzazione lavora insieme alle organizzazioni presenti sul territorio, collabora attivamente e prende iniziative per sostenere il trasferimento di conoscenze sui determinanti della salute e sull'utilizzo dei servizi da parte dei cittadini.
Elemento/i misurabile/i: sono disponibili prove relative alla procedura di collaborazione e alla realizzazione di eventi.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.2.3. La nostra organizzazione si assume la responsabilità di fornire servizi innovativi alle popolazioni svantaggiate della comunità, comprese le visite a domicilio e i centri di assistenza domiciliare.
Elemento/i misurabile/i: sono documentate prove di servizi rivolti alle popolazioni svantaggiate della comunità.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

5.3. Sottostandard: Salute ambientale

5.3.1. La nostra organizzazione migliora la salute dei pazienti, del personale, della comunità e l'ambiente garantendo l'utilizzo di processi, materiali e sostanze chimiche sicuri.

Elemento/i misurabile/i: vengono definiti i prodotti chimici, i materiali e i processi sicuri e il loro utilizzo viene confermato tramite audit.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.3.2. La nostra organizzazione riduce il volume e la tossicità dei rifiuti prodotti dal settore sanitario e implementa il miglior ciclo di smaltimento dei rifiuti nel rispetto dell'impatto ambientale favorendo tutte le opzioni di riciclo possibile.

Elemento/i misurabile/i: esistono procedure documentate per misurare il volume e la tossicità dei rifiuti e per utilizzare opzioni di gestione e smaltimento ecologico dei rifiuti.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.3.3. La nostra organizzazione riduce l'uso di energia fossile e favorisce l'efficienza energetica e l'utilizzo di energie alternative, rinnovabili.

Elemento/i misurabile/i: le valutazioni delle fonti di consumo energetico sono condotte e utilizzate per ridurre l'uso di energia fossile.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.3.4. La nostra organizzazione implementa la conservazione, il riciclaggio e le misure di trattamento per ridurre il consumo di acqua a livello degli ospedali e servizi sanitari e l'inquinamento delle acque reflue.

Elemento/i misurabile/i: vengono stabilite procedure documentate per la valutazione del consumo idrico che consentono di attuare misure di conservazione.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.3.5. La nostra organizzazione sviluppa strategie di trasporto ed erogazione dei servizi che riducono l'impatto climatico e il contributo all'inquinamento locale da parte di Ospedali e Servizi Sanitari

Elemento/i misurabile/i: il trasporto pubblico e le opzioni di trasporto a basse emissioni sono incluse nelle strategie di erogazione dei servizi.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.3.6. La nostra organizzazione riduce l'impatto da parte di Ospedali e Servizi sanitari sull'ambiente, promuovendo abitudini alimentari sane e l'accesso a cibi locali nel rispetto della sostenibilità delle risorse alimentari nella comunità.

Elemento/i misurabile/i: la documentazione sull'approvvigionamento alimentare, i rifiuti, le fonti alimentari locali e sostenibili viene utilizzata per ideare piani finalizzati a ridurre la nostra impronta ambientale.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.3.7. La nostra organizzazione incorpora principi e pratiche di green building (bioedilizia) nella progettazione, costruzione e ristrutturazione edilizia.

Elemento/i misurabile/i: l'organizzazione è un ospedale "verde" certificato o ha ottenuto altre certificazioni rilevanti (Global Green and Healthy Hospital, Green Hospitals).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

5.4. Sottostandard: Condividere informazioni, ricerca e possibilità

5.4.1. La nostra organizzazione promuove la ricerca su interventi di promozione della salute e prevenzione primaria e innovazioni sui percorsi di assistenza rivolti alle persone vulnerabili, per migliorare l'accessibilità e la qualità delle cure.

Elemento/i misurabile/i: è possibile documentare la leadership o il coinvolgimento in progetti di ricerca inerenti e i risultati di ricerca ottenuti in collaborazione con università e scuole

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.4.2. La nostra organizzazione contribuisce attivamente alle attività di aggiornamento e condivisione nell'ambito delle reti internazionali/nazionali/regionali degli ospedali e servizi sanitari per la promozione della salute.

Elemento/i misurabile/i: l'organizzazione è membro dell'International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services e il personale contribuisce e/o partecipa alle attività della rete (conferenze, task force, webinar).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.4.3. La nostra organizzazione sostiene le attività di pianificazione, valutazione e ricerca che coinvolgono pazienti, famiglie e cittadini, con particolare attenzione agli utenti emarginati dai servizi, sviluppando questionari, metodologie di raccolta dati e di reporting riferiti al settore sanitario (utilizzo della participatory research –ricerca partecipativa- oppure metodi qualitativi e misti).

Elemento/i misurabile/i: possono essere presentate le prove del coinvolgimento degli utenti dei servizi emarginati nella definizione delle priorità di ricerca e nella fornitura di servizi.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.4.4. La nostra organizzazione educa la cittadinanza sui determinanti della salute e sulle sfide per la salute sociale.

Elemento/i misurabile/i: le prove della comunicazione pubblica (conferenze pubbliche, comunicati stampa, informazioni basate sul web) possono essere documentate.

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.4.5. La nostra organizzazione sviluppa modelli e luoghi di incontro per l'informazione continuativa e il dialogo costante con i decision makers.
Elemento/i misurabile/i: i verbali delle riunioni dei gruppi di lavoro mettono in evidenza il dialogo attivo con i decision makers (es. conferenza dei sindaci).

Non Applicato									Completamente Applicato	Non Applicabile
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note e osservazioni:

Bibliografia

1. Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. Health Promot Int. 2021 Apr 5:daaa157. doi: 10.1093/heapro/daaa157.

2. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. World Health Organization; 1986. [cited 2021 Nov 10]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

3. International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. Wikipedia. [cited 2021 Nov 10]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/International_Network_of_Health_Promoting_Hospitals_and_Health_Services

4. ISQua External Evaluation Association (ISQua EEA). The International Society for Quality in Health Care; [cited 2021 Nov 10]. Available from: https://ieea.ch/accreditation.html

5. Groene O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. WHO European Office for Integrated Health Care Services; 2006 [cited 2021 Nov 10]. Available from: https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Manual-Standard-Assessment_English.pdf

6. Chiarenza A. Umbrella standard process development. 25th Meeting of the HPH General Assembly; 2019 May 29; Warsaw.

7. Shewhart, Walter Andrew. Statistical method from the viewpoint of quality control. New York: Dover. Originally published: Washington, DC: Graduate School of the Department of Agriculture, 1939.

8. W. E. Deming; Out of the Crisis; Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, 1982.