

SCHEDA MAPPATURA PRASSI DI UMANIZZAZIONE

Modalità di compilazione: On -line

Numero delle prassi da descrivere e periodo di riferimento: Indicativamente tre prassi per anno, nel triennio 2017-2019 (anche avviate precedentemente, purché ancora in corso nel triennio).

Tipologia delle prassi da descrivere: Descrivere prassi finalizzate al miglioramento del benessere (inteso come stato di completo benessere fisico, sociale e psicologico) dell'utente. Attività complementari all'assistenza sanitaria, che non hanno finalità cliniche e hanno carattere d'innovatività. Sono escluse iniziative legate a norme/leggi, salvo quelle effettuate con modalità peculiari/inedite.

Chi conduce la ricognizione delle prassi: Equipe mista che includa, a seconda del contesto locale, Referente Qualità/Referente Equità/Referente Urp/Referente Ricerca Agenas/Membro di parte civica. L'equipe ha il mandato di raccogliere e selezionare le pratiche in relazione alle caratteristiche indicate (ad esempio: esportabilità, impatto, rilevanza, innovatività, ...).

Chi compila la scheda: Individuare all'interno dell'equipe di ricognizione un referente al quale verrà inviato un link per la compilazione.

DESCRIZIONE DELLA PRATICA DI UMANIZZAZIONE

1. Titolo della pratica/progetto: _____

2. Ente promotore: _____

3. Ente erogatore: _____

4. Figura Responsabile della pratica (indicare il ruolo): _____

5. Sede di svolgimento (UU.OO. di): _____

6. Strutture/Servizi coinvolti: _____

7. La pratica, rispetto alle attività erogate, è (*indicare una sola opzione di risposta*):

incrementale (es. attività che prevede un'estensione della pratiche ad altri ospedali/u.o/setting o che è "aggiuntiva" in quanto nuova attività prima non esistente)

integrativa (es. amplia, completa, arricchisce, rinforza una pratica esistente)

sostitutiva (sostituisce una precedente pratica o una precedente modalità di lavoro)

8. La pratica è nata da (*indicare una sola opzione di risposta*):

rilevazione strutturata e periodica dei bisogni dell'utenza

rilevazione ad hoc dei bisogni dell'utenza (per singola tipologia di utenza o singolo reparto)

proposta da parte di soggetti esterni all'Azienda (es. associazioni)

proposta da parte di soggetti interni all'Azienda

richiesta diretta di pazienti/familiari

altro (specificare _____)

9. Qualora la pratica sia nata da rilevazione strutturata o ad hoc, quali metodologie sono state utilizzate? (Es. Interviste, questionari, focus group)

10. La pratica è (*indicare una sola opzione di risposta*):

mutuata da esperienza regionale

mutuata da esperienza di altra regione

mutuata da esperienza estera

completamente originale

11. Obiettivo della pratica:

12. Sono state coinvolte associazioni di Terzo Settore (es. Ass. di volontariato, di promozione sociale): è possibile più di una opzione di risposta

No

Sì nella progettazione, specificare quali (nome e obiettivo dell'associazione) _____

Sì nella realizzazione, specificare quali (nome e obiettivo dell'associazione) _____

13. Esiste un documento formale per l'approvazione della pratica? (indicare nome della convenzione, progetto, ecc.)

14. Data di inizio della pratica/progetto: _____

15. Stato di avanzamento della pratica/progetto (indicare una sola opzione di risposta):

- in essere, a regime
- in essere, in fase di sperimentazione
- non ancora avviata
- conclusa

16. Se la pratica è conclusa, per quali motivi?

17. Breve descrizione della pratica/progetto (non più di 10 righe + eventuali allegati o link a pagine di descrizione del progetto)

18. Spazi/Sedi di svolgimento della pratica

19. E' stata condotta una valutazione di impatto della pratica/progetto?

- NO
- SI, realizzata. Specificare come:
 - endpoint misurati, specificare _____
 - percezione utenti, specificare _____
 - altro (specificare _____)

VALUTAZIONE IMPATTO DELLA PRATICA¹

DATI RIFERITI AI VOLUMI DI ATTIVITÀ E COSTI DELLA PRATICA

20. Numero di pazienti coinvolti _____

21. Numero di Unità operative/servizi coinvolti _____

22. Durata e frequenza in giorni della settimana _____

23. La pratica ha richiesto risorse di personale aggiuntive:

- SI, specificare quali _____
 NO

24. La pratica ha richiesto adeguamenti strutturali, logistici e tecnologici:

- SI, specificare _____
 NO

25. Finanziamento a supporto della pratica (ulteriore rispetto alle risorse normalmente dedicate)

- No
 SI. Se sì, chi partecipa al finanziamento (**possibile più di una risposta**):
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Azienda | <input type="checkbox"/> Associazioni di volontariato |
| <input type="checkbox"/> Altri enti del terzo settore | <input type="checkbox"/> Enti locali/regionali (es. Comune) |
| <input type="checkbox"/> Fondi da bandi (es. ricerca) | <input type="checkbox"/> Donazioni da privati cittadini |
| <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____ | |

26. Valutazione del costo della pratica (NB: indicare sempre il livello di costo anche nel caso in cui non sia sostenuto direttamente dall'Azienda)

Molto basso					Molto elevato
○	○	○	○	○	○

POTENZIALE INNOVATIVITÀ DELLA PRATICA

27. Impatto sui percorsi di diagnosi e cura (**una sola risposta**)

- No → **passi alla domanda n. 29** ○
 Sì, Risponde a bisogni finora inevasi ○
 Sì, Aumenta il numero di modalità di diagnosi e cura ○
 Sì, Modifica le modalità esistenti di diagnosi e cura ○

28. Se nella domanda precedente ha indicato un impatto, in quale misura pensa che la pratica modifichi o aumenti le modalità esistenti?

Molto poco					Moltissimo
○	○	○	○	○	○

¹ In questa sezione le risposte si possono basare su un percepito legato al grado di conoscenza della pratica da parte dell'equipe, visto che alcune valutazioni se devono essere effettuate in modo preciso richiederebbero l'accesso a dati non sempre immediatamente disponibili.

29. La pratica fornisce opportunità di ricerca e sviluppo (per i professionisti, per l'Azienda, per il SSR...)

Nessuna				Moltissime
0	0	0	0	0

POTENZIALE IMPATTO SULLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA

30. Impatto della pratica/progetto sui seguenti aspetti

	Nessuno				Molto elevato
a. Appropriatelyzza	0	0	0	0	0
b. Efficacia	0	0	0	0	0
c. Sicurezza	0	0	0	0	0
d. Efficienza	0	0	0	0	0
e. Personalizzazione cure	0	0	0	0	0
f. Qualità della vita dei pazienti	0	0	0	0	0
g. Qualità della vita degli operatori	0	0	0	0	0
h. Altro (specificare_____)	0	0	0	0	0

POTENZIALE IMPATTO ORGANIZZATIVO

31. Impatto sui tempi di lavoro dell'equipe/professionista (*una sola risposta*)

- Nessuno → *passi alla domanda n. 33* 0
- Riduce i tempi di lavoro 0
- Aumenta i tempi di lavoro 0

32. Se nella domanda precedente ha indicato un impatto, in quale misura pensa che la pratica aumenti/riduca i tempi di lavoro?

Molto poco				Moltissimo
0	0	0	0	0

33. Impatto su spazi e strutture (*una sola risposta*)

- Nessuno → *passi alla domanda n. 35* 0
- Diminuzione degli spazi richiesti 0
- Aumento degli spazi richiesti o riorganizzazione degli spazi esistenti 0

34. Se nella domanda precedente ha indicato un impatto, in quale misura pensa che la pratica aumenti/riduca gli spazi richiesti?

Molto poco				Moltissimo
0	0	0	0	0

35. Impatto sulle risorse umane aziendali (*una sola risposta*)

- Nessuno → *passi alla domanda n. 37*
- Diminuzione delle risorse richieste
- Aumento delle risorse richieste

36. Se nella domanda precedente ha indicato un impatto, in quale misura pensa che la pratica aumenti/riduca le risorse richieste?

Molto poco				Moltissimo
<input type="radio"/>				

37. Integrabilità con altre pratiche di umanizzazione

Non integrabile				Integrabile senza difficoltà
<input type="radio"/>				

38. Possibilità di utilizzo in setting o discipline diversi

Molto ridotta/nessuna				Molto elevata
<input type="radio"/>				

Principali punti di forza da segnalare:

- 1.
- 2.
- 3.

Principali punti di debolezza/criticità riscontrate:

- 1.
- 2.
- 3.