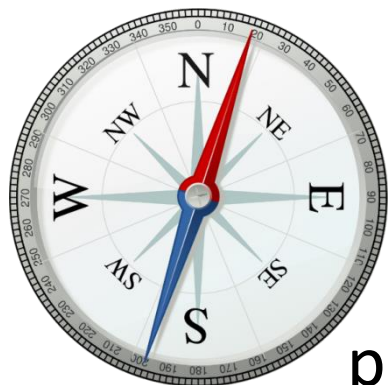




La vita dentro e «oltre» gli ospedali

Valutazione partecipata della qualità



Bologna, 17 Maggio 2018

La ricerca nazionale
per la valutazione ed il miglioramento
partecipati del grado di umanizzazione
delle strutture di ricovero

Sara Carzaniga e Giorgia Duranti

Agenas, Area funzionale Qualità ed Accreditamento

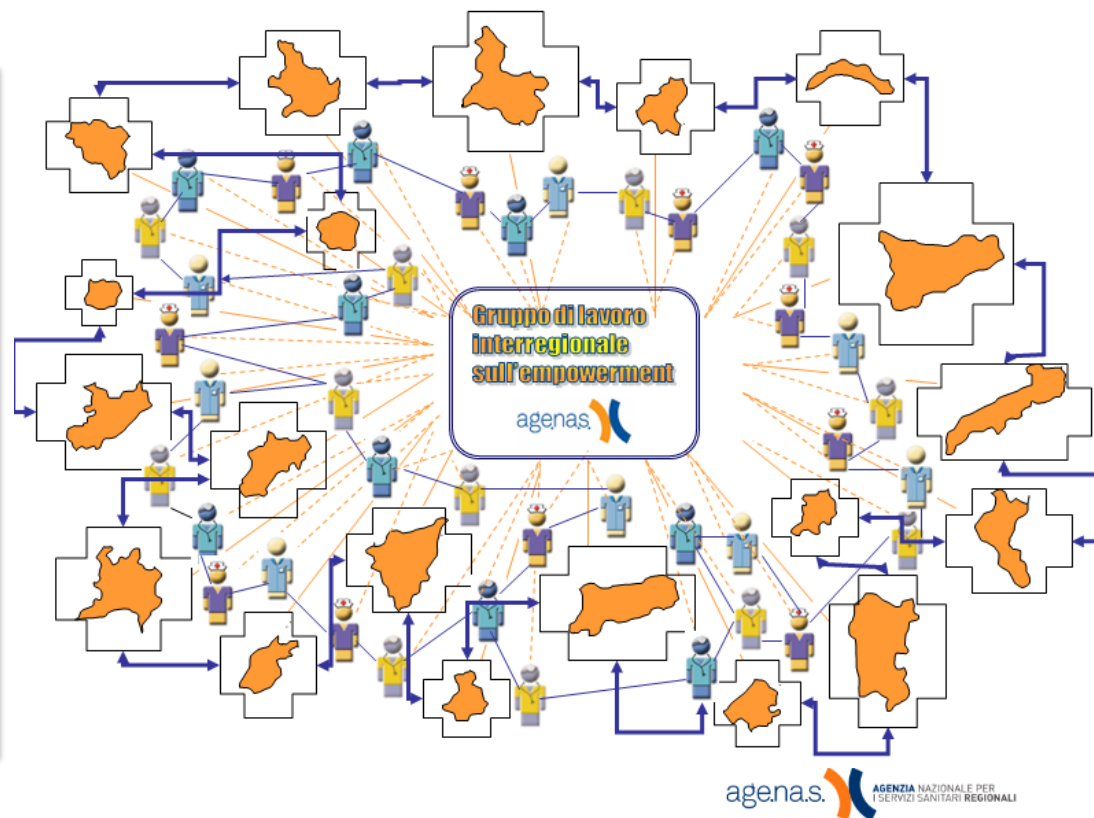
IL GRUPPO DI LAVORO INTERREGIONALE PERMANENTE SULL'EMPOWERMENT

Promuovere un confronto interregionale permanente volto allo sviluppo della cultura dell'empowerment in Italia

Dicembre 2007

METODO DI LAVORO

- Il **coinvolgimento** più ampio delle Regioni nel corso dell'intero processo di ricerca-azione per favorire lo scambio e la partecipazione
- La **condivisione** non solo di strumenti concettuali, ma anche di esperienze significative



VALUTAZIONE e MIGLIORAMENTO PARTECIPATI DEL GRADO DI UMANIZZAZIONE

2011-2012

Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari

2013-2014

La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino



2016-2018

**LA VALUTAZIONE PARTECIPATA DEL GRADO DI
UMANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO**

2016-2017

Implementazione di metodi e strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)




RIFERIMENTI INTERNAZIONALI

<http://www.oecd.org/els/oecd-reviews-of-health-care-quality-italy-2014-9789264225428-en.htm>
<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-reviews.htm>

 **World Health Organization** | Service Delivery and Safety

WHO global strategy on people-centred and integrated health services

Interim Report

 **World Health Organization**

SIXTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY A69/39
Provisional agenda item 16.1 15 April 2016

Framework on integrated, people-centred health services

SIXTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY WHA69.24
Agenda item 16.1 28 May 2016

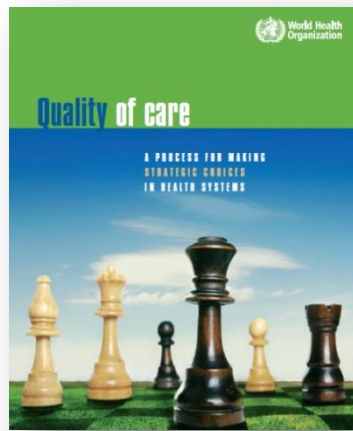
Strengthening integrated, people-centred health services

The Sixty-ninth World Health Assembly,
Having considered the follow-up of the report on the framework on integrated, people-centred health services,¹



<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R24-en.pdf?ua=1



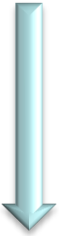


ASSISTENZA CENTRATA SUL PAZIENTE
Fornire un'assistenza che prenda in considerazione le preferenze e le aspirazioni dei singoli utenti e le culture delle loro comunità

ASSISTENZA CENTRATA SULLE PERSONE:
approccio all'assistenza che **adotta** consapevolmente la **prospettiva** degli individui, dei caregiver, delle famiglie e delle comunità come **"partecipanti ai"** e **"beneficiari di"** sistemi sanitari affidabili che sono organizzati attorno ai **bisogni globali delle persone** piuttosto che alle singole malattie, e che rispetta le preferenze sociali

L'assistenza centrata sulle **persone** è più ampia dell'assistenza centrata sulla **persona** e sul **paziente**, poiché include non solo gli incontri clinici, ma anche l'attenzione alla salute delle persone nelle proprie **comunità** e il **loro ruolo cruciale nel modellare le politiche sanitarie ed i servizi sanitari**

2006



2016



SIXTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY
Provisional agenda item 16.1

A69/39
15 April 2016

Framework on integrated,
people-centred health services



Health care systems need to engage patients as active players in improving health care, while modernising the role of health professionals 29

Lesson 5: A strong patient voice is a priority to keep health care systems focused on quality when financial pressures are acute 30

Lesson 6: Measuring what matters to people delivers the outcomes that patients expect 33

Lesson 7: Health literacy helps drive high-value care 36

Lesson 8: Continuous professional development and evolving practice maximise the contribution of health professionals 39

-  United Kingdom
-  Mexico
-  Australia
-  Japan
-  Portugal
-  Italy
-  Turkey
-  Norway
-  Czech Republic
-  Denmark
-  Sweden
-  Korea
-  Israel

Ensuring patient participation in decision making

Patient organisations can be central bodies in the oversight of health care and can push national authorities to improve quality of care. A positive

Measuring what matters to people delivers the outcomes that patients expect

Capturing patients' perspectives and perceptions

Ensuring participation of patients or the public in decision-making processes and capturing patients' experiences with care are key policies to encourage patient empowerment.



1° Raccomandazione per il miglioramento della qualità in ITALIA

Rafforzare la **governance della qualità nell'assistenza sanitaria**



Coinvolgendo i cittadini nei processi di verifica e revisione della qualità dell'assistenza sanitaria

Realizzando indagini sulla soddisfazione/esperienza del paziente in maniera estesa e sistematica



L'UMANIZZAZIONE NELLE POLITICHE SANITARIE NAZIONALI

PSN
2006 - 2008

Obiettivi

Il PSN fa propri gli obiettivi di salute già individuati dal PSN 2003-2005 ed in particolare: la promozione della salute e la lotta alle malattie trasmissibili, alle grandi patologie, al dolore e alla sofferenza nei percorsi di cura, l'umanizzazione dell'ospedale e le cure palliative, la

Si dovranno favorire forme di valutazione dei servizi in comune tra cittadini ed operatori del SSN, diffondendo metodiche partecipate di raccolta di informazioni, che dovranno costituire, una volta effettuata la valutazione partecipata, la base per realizzare percorsi ed interventi di miglioramento.

Intese Stato-Regioni
ACCREDITAMENTO

8° Criterio: Umanizzazione

"L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture"

PATTO PER LA
SALUTE
2014 - 2016

ART. 4

Umanizzazione delle cure

1 Nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza.



PROGRAMMA NAZIONALE PER LA VALUTAZIONE ED IL MIGLIORAMENTO PARTECIPATI DEL GRADO DI UMANIZZAZIONE: Obiettivi del progetto 2016-2018

- **Valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero** pubbliche (a discrezione delle Regioni/PA le private accreditate);
- mettere a regime uno specifico flusso informativo dedicato al tema dell'umanizzazione per una **rilevazione periodica (triennale)**;
- attivare **una rete nazionale e regionale** per la rilevazione periodica del grado umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti;
- definire **LLGG per la diffusione** dei risultati della valutazione, condivise con Regioni/PA, Professionisti e Cittadini.

LE NOVITÀ

- La funzione del Referente Civico Regionale (**RCR**)
- Revisione **checklist**
- Il modulo integrativo sulla **sicurezza** del paziente
- Documento di indirizzo per il **monitoraggio piani di miglioramento**



PROGRAMMA NAZIONALE PER LA VALUTAZIONE ED IL MIGLIORAMENTO PARTECIPATI DEL GRADO DI UMANIZZAZIONE

BASATO SU UNA METODOLOGIA COMPLESSA

- **Multilivello:** nazionale
regionale
locale
- **Coinvolge:** **Istituzioni/
Organizzazioni
Professionisti
Cittadini**



I VALORI DI RIFERIMENTO CONDIVISI

EMPOWERMENT

L'**empowerment** delle comunità, delle organizzazioni, dei professionisti e dei cittadini è un'efficace strategia di sanità pubblica attraverso la quale "le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita" (Wallerstein N. 2006).

UMANIZZAZIONE

Impegno a "*rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica*" in un **Ciclo di miglioramento partecipato e continuo del grado di umanizzazione**

ACCOUNTABILITY

I sistemi sanitari e le organizzazioni devono "**rendere conto**" agli utenti dei risultati raggiunti e più in generale della qualità dei propri servizi sanitari

TRASPARENZA

La **trasparenza** delle organizzazioni sanitarie è un elemento imprescindibile per garantire il diritto dei cittadini all'informazione, alla libera scelta, la piena partecipazione alla vita democratica ed al miglioramento dei servizi, di cui sono allo stesso tempo fruitori e "finanziatori"



LA VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO PARTECIPATI: IL METODO

COINVOLGIMENTO

PARTECIPAZIONE

ELEMENTI FONDANTI

della metodologia e del *processo* di svolgimento:
i cittadini come **parte attiva** e "**autonomi garanti**" rispetto ai dati raccolti.

I CITTADINI SONO PARTE ATTIVA, INSIEME AI PROFESSIONISTI, IN TUTTE LE FASI:

- definizione **strumenti** di valutazione
- raccolta dei dati (**site-visit**) e **analisi** dei risultati
- **diffusione** dei risultati
- definizione, implementazione e monitoraggio **piani di miglioramento**



<https://www.shutterstock.com>

IL PERCORSO ATTUATIVO COMUNE



Condivisio

LA DEFINIZIONE CONDIVISA DI UMANIZZAZIONE

UMANIZZAZIONE

L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica

LE 4 AREE DELL'UMANIZZAZIONE

- 1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona**
- 2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura**
- 3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza**
- 4. Cura della relazione con il paziente/ cittadino**

La procedura di visita: il lavoro «sul campo»



Referenti aziendali



Referenti civici



esaminano in anticipo le rispettive copie della Checklist e possono pre-compilarle

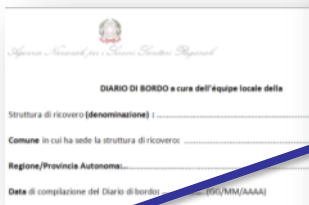
effettuano le **OSSERVAZIONI** nella struttura, con la **collaborazione dei responsabili** (Primari, Capo Sale...)

verificano le **evidenze DOCUMENTALI**

compilano in tutte le sue parti una **versione finale condivisa** e firmata della **CHECKLIST** e del **DIARIO DI BORDO**



Eventuale relazione con risposte divergenti



AREA	SCHEMI-AREA	CODICE	N. COPIE	N. MIN	N. MAX	Titolo Item
1.1.1	1.1.1	1.1.1.1	1	1-1		1.1.1.1
		1.1.1.2	1	1-2		1.1.1.2
		1.1.1.3	2	1-2		1.1.1.3
		1.1.1.4	1	1-2		1.1.1.4
		1.1.1.5	1	1-2		1.1.1.5
		1.1.1.6	1	1-2		1.1.1.6
		1.1.1.7	1	1-2		1.1.1.7
		1.1.1.8	1	1-2		1.1.1.8
		1.1.1.9	1	1-2		1.1.1.9
		1.1.1.10	1	1-2		1.1.1.10
		1.1.1.11	1	1-2		1.1.1.11
		1.1.1.12	1	1-2		1.1.1.12
2.1	2.1	2.1.1	1	1-4		2.1.1
		2.1.2	1	1-4		2.1.2
		2.1.3	1	1-4		2.1.3
3.1	3.1	3.1.1	1	1-10		3.1.1
		3.1.2	1	1-10		3.1.2
		3.1.3	1	1-10		3.1.3
4.1	4.1	4.1.1	1	1-10		4.1.1
		4.1.2	1	1-10		4.1.2
		4.1.3	1	1-10		4.1.3
5.1	5.1	5.1.1	1	1-10		5.1.1
		5.1.2	1	1-10		5.1.2
		5.1.3	1	1-10		5.1.3
6.1	6.1	6.1.1	1	1-10		6.1.1
		6.1.2	1	1-10		6.1.2
		6.1.3	1	1-10		6.1.3
7.1	7.1	7.1.1	1	1-10		7.1.1
		7.1.2	1	1-10		7.1.2
		7.1.3	1	1-10		7.1.3
8.1	8.1	8.1.1	1	1-10		8.1.1
		8.1.2	1	1-10		8.1.2
		8.1.3	1	1-10		8.1.3

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

- Checklist
- Guida all'utilizzo della Checklist
- Diario di Bordo

Ricerca Autofinanziata 2015
 "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero"

GUIDA ALL'UTILIZZO DELLA CHECKLIST

Settembre 2016

Sezione 1 - Dati anagrafici della struttura di ricovero								
Regione Provincia COMUNE								
Denominazione Azienda Sanitaria di appartenenza								
Denominazione struttura								
CODICE STRUTTURA (L. 111/02) SUB-CODICE (L. 111/02) CODICE U.S.L./AZ. OSP.								
INDIRIZZO								
NUM. DI POSTI LETTO TOTALI PRESENTI NELLA STRUTTURA: (Day Hospital-Day Surgery), Degeneri ordinari e a pagamento)								
TIPO STRUTTURA (barrare la casella sottostante):								
1 - AZIENDA OSPEDALIERA		LA STRUTTURA OSPEDALIERA HA UNO O PIU':						
2 - OSPEDALE A DESTINAZIONE DIRETTA		URP						
3 - AZIENDA OSPEDALIERA - UNIVERSITARIA E POLICLINICO		CSPR prelevi						
A.O. integrata con I.S.D.S.		Pronto Soccorso						
A.O. integrata con Università		Ispettorato Generale						
4 - ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCOO) (pubblico) (privato) (fondazione)		Chirurgia Generale						
5 - OSPEDALE CLASSIFICATO O ADESSO ALI AI SENSI DELL'ART. 1, ULTIMO COMMA, DELLA LEGGE 151/1999		Psicatria						
6 - CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA		Oncologia e/o ematologia oncologica e/o chirurgia oncologica						
7 - ISTITUTO QUALIFICATO PRESIDIO DELLA U.S.L.		Tempo intensivo polivalente, specialistica o sub-operatoria						
		Servizio Psichiatrico Diagnostico e Cura Psichiatrica						
Data compilazione: Note eventuali:								
COMPONENTI DELL'EQUIPE LOCALE CHE HA REALIZZATO LA VALUTAZIONE PARTECIPATA DEL GRADO DI UMANIZZAZIONE NELLA STRUTTURA								
Referenti della struttura (ruolo, nome, cognome e firma):								
Referenti civici (Associazione di appartenenza, nome, cognome e firma):								
Nota Bene:								
1. La colonna "modalità di rilevazione" distingue gli item per i quali è prevista la rilevazione attraverso evidenza documentale (DOC), da quelli per i quali è prevista, invece, la rilevazione attraverso osservazione diretta (Oss). In alcuni casi sono contemplate entrambe le modalità (DOC/Oss).								
2. La colonna "NIP" indica la Non Pertinenza di un item, da cui si viene esonerati, barrando la casella corrispondente.								
3. Se una Unità Operativa/Modulo di degenza è temporaneamente non attivo, in ristrutturazione, ecc., barrare la casella per la Non Pertinenza (NIP).								
4. Se il titolo item riferiti ad un servizio di cui la struttura è sprovvista, barrare "no" anche alle relative alternative: ad es. se non è presente la Carta dei Servizi, si deve scegliere il "no" anche all'item che rileva la presenza di carta servizi multilingue.								
Sezione 2 - Struttura della checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero								
AREA	SOTTO-AREA	CRITERI	N. Criteri	N. Item	Item del n. al n.	Totale Item		
1 - Processi organizzativi e servizi erogati alle strutture di ricovero	1.1 Attenzione alla qualità e ai bisogni della persona	1.1.1 Funzione di supporto psicologico	6	1-5		48		
		1.1.2 Attività infermieristiche per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno	4	6-9				
		1.1.3 Aggravazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti	3	10-18				
		1.1.4 "Ospedale senza dolore"	5	19-23				
	1.2 Rispetto della privacy	1.2.1 Rispetto dell'autonomia e della non-diffusione dei dati sensibili	4	24-27		10		
		1.2.2 Rispetto della riservatezza	3	28-30				
	1.3 Impiego per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa	1.3.1 Rispetto delle specificità linguistiche	3	31-33		5		
		1.3.2 Rispetto delle esigenze di culto	4	34-37				
		1.3.3 Rispetto delle specificità etniche e culturali	5	38-42				
	1.4 Continuità delle cure	1.4.1 Aggravazione della continuità delle cure	6	43-48		8		
1.4.2 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali		3	49-51					
2 - Accessibilità fisica, mobilità e servizi erogati ai luoghi di cura	2.1 Accessibilità fisica	2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali	9	52-60		8		
		2.1.2 Accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto	2	61-62				
	2.2 Logistica e seguitabilità	2.2.1 Orientamenti e seguitabilità	2	63-64			7	
		2.2.2 Personi infanti	2	65-71				
	2.3 Ripartizione di degenza "a misura d'uomo"	2.3.1 Dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza	7	72-78			4	
		2.3.2 Ripartizione di degenza "a misura di bambino"	4	79-82				
	2.4 Comforti generali della struttura	2.4.1 Comforti dei servizi comuni	8	83-90			8	
		2.4.2 Comforti dei servizi comuni	8	91-94				
	3 - Accessibilità alle informazioni, trasparenza e partecipazione	3.1 Semplificazione delle procedure	3.1.1 Semplificazione delle modalità di prenotazione	4	95-98			6
			3.1.2 Semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni	3	99-101			
3.2 Aggravazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza		3.2.1 Aggravazione dell'accesso alla documentazione sanitaria	6	102-109		16		
		3.2.2 Accesso alle informazioni	4	110-113				
4 - Relazione tra professionista sanitario e paziente	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente	4.1.1 Contrasti e accessibilità del sito web	2	114-115		6		
		4.1.2 Cure della comunicazione diretta ed empowerment individuale	4	116-119				
	4.2 Relazione con il cittadino	4.2.1 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il paziente	4	120-124			16	
		4.2.2 Assunzione di impegni nei confronti del cittadino	5	125-129				
		4.2.3 Assunzione di impegni nei confronti del cittadino	2	140-141		1		
		4.2.4 Assunzione di impegni nei confronti del cittadino	2	142-143				
			28	1	142	142		



Diario di Bordo per l'équipe locale

Il Diario di Bordo è uno strumento che consente alle équipe locali¹ di ciascuna struttura di ricovero di raccogliere, nel corso del processo di valutazione, annotazioni e appunti in modo sistematico e omogeneo.

DESCRIZIONE E ISTRUZIONI PER L'USO

Il Diario di Bordo è articolato in 3 parti:

La **PARTI A** è di carattere "oggettivo", in quanto è pensata per registrare² atteggiamenti, opinioni, riflessioni, riguardanti sia aspetti positivi che elementi di criticità incontrati dall'équipe locale nell'attuare il percorso proposto nelle sue diverse fasi (incontro di formazione iniziale; lavoro preparatorio alla compilazione della Checklist; rilevazione dei dati, ecc.).

Di seguito si propongono alcuni campi di riflessione sui quali possono essere raccolte le osservazioni provenienti da tutti o solo da alcuni membri del gruppo:

- chiarezza e consapevolezza delle finalità del lavoro;
- assunzione del compito da parte dei membri dell'équipe;
- clima relazionale all'interno del gruppo;
- previsione e reazione a eventuali imprevisti.

Nella **PARTI B**, invece, possono essere annotate tutte le eventuali osservazioni emerse dal lavoro di gruppo dell'équipe durante le rilevazioni dei dati, in merito a come sono stati interpretati alcuni item della Checklist o precisazioni utili al fine di contestualizzare il dato rispetto alla struttura o alla situazione locale (ad esempio: "la procedura richiesta dall'item non è presente, per cui è stato dato risposta negativa; tuttavia si segnala che nella nostra struttura è una prassi consolidata fornire il servizio in questione". Oppure: "la procedura attualmente non c'è, ma è in corso di formalizzazione", ecc.).

Nella **parte B**, le annotazioni devono specificare:

- Numero item;
- Osservazione o annotazione per arricchire/contestualizzare la risposta data;
- Eventuali azioni locali già attuate.

La **PARTI C** serve a tenere traccia di informazioni rispetto al coinvolgimento e alla partecipazione dei cittadini, che costituisce un aspetto fondante della metodologia del Progetto nelle varie fasi del processo, incluse quelle finali di condivisione degli esiti e di pianificazione delle azioni di miglioramento.

In particolare i campi richiesti riguardano:

- le modalità di individuazione/invito/convocazione dei cittadini
- il numero di cittadini coinvolti e le eventuali Associazioni di appartenenza
- le modalità previste o che si vorrebbe pianificare per la condivisione dei risultati con la comunità locale

¹ L'équipe locale è il gruppo misto, composto dai referenti aziendali della struttura sanitaria e dai referenti civici volontari, appositamente costituito per rilevare e validare i dati e realizzare tutto il processo di valutazione.

² Per le parti A si raccomanda una lunghezza massima di 2 cartelle.





II “DIARIO DI BORDO”

Strumento che consente alle équipe locali di ciascuna struttura di raccogliere/registrare, nel corso del processo di valutazione, **annotazioni e appunti** in modo sistematico e omogeneo.

Si compone di **3 parti**:

- **Parte A:** aspetti positivi e criticità incontrati nelle diverse fasi
- **Parte B:** precisazioni dell'equipe utili per contestualizzare i dati rilevati
- **Parte C:** informazioni su coinvolgimento e partecipazione dei cittadini


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali


Ricerca Autofinanziata 2015

Diario di Bordo per l'équipe locale

Il Diario di Bordo è uno strumento che consente alle équipe locali¹ di ciascuna struttura di ricovero di raccogliere, nel corso del processo di valutazione, annotazioni e appunti in modo sistematico e omogeneo.

DESCRIZIONE E ISTRUZIONI PER L'USO

Il Diario di Bordo è articolato in 3 parti:

La PARTE A è di carattere “soggettivo”, in quanto è pensata per registrare² atteggiamenti, opinioni, riflessioni, riguardanti sia aspetti positivi che elementi di criticità incontrati dall'équipe locale nell'attuare il percorso proposto nelle sue diverse fasi (incontro di formazione iniziale; lavoro preparatorio alla compilazione della Checklist; rilevazione dei dati, ecc.).

Di seguito si propongono alcuni campi di riflessione sui quali possono essere raccolte le osservazioni provenienti da tutti o solo da alcuni membri del gruppo:

- chiarezza e consapevolezza delle finalità del lavoro;
- assunzione del compito da parte dei membri dell'équipe;
- clima relazionale all'interno del gruppo;
- previsione e reazione a eventuali imprevisti.

Nella PARTE B, invece, possono essere annotate tutte le eventuali osservazioni emerse dal lavoro di gruppo dell'équipe durante le rilevazioni dei dati, in merito a come sono stati interpretati alcuni item della Checklist o precisazioni utili al fine di contestualizzare il dato rispetto alla struttura o alla situazione locale (ad esempio: “la procedura richiesta dall'item non è presente, per cui è stata data risposta negativa; tuttavia si segnala che nella nostra struttura è una prassi consolidata fornire il servizio in questione”. Oppure: “la procedura attualmente non c'è, ma è in corso di formalizzazione”, ecc.).

Nella parte B, le annotazioni devono specificare:

- Numero item;
- Osservazione o annotazione per arricchire/contestualizzare la risposta data;
- Eventuali azioni locali già attivate.

La PARTE C serve a tenere traccia di informazioni rispetto al coinvolgimento e alla partecipazione dei cittadini, che costituisce un aspetto fondante della metodologia del Progetto nelle varie fasi del processo, incluse quelle finali di condivisione degli esiti e di pianificazione delle azioni di miglioramento.

In particolare i campi richiesti riguardano:

- le modalità di individuazione/invito/convocazione dei cittadini
- il numero di cittadini coinvolti e le eventuali Associazioni di appartenenza
- le modalità previste o che si vorrebbe pianificare per la condivisione dei risultati con la comunità locale

¹ L'équipe locale è il gruppo misto, composto dai referenti aziendali della struttura sanitaria e dai referenti civici volontari, appositamente costituito per rilevare e validare i dati e realizzare tutto il processo di valutazione.

² Per la parte A si raccomanda una lunghezza massima di 2 cartelle.

Ricerca Autofinanziata 2015
La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero

Pagina 161 5



IL FINE È IL MIGLIORAMENTO

FASE 1

Elenco item critici su cui esiste un comune accordo rispetto alla necessità/possibilità/opportunità di realizzare azioni di miglioramento.

FASE 2

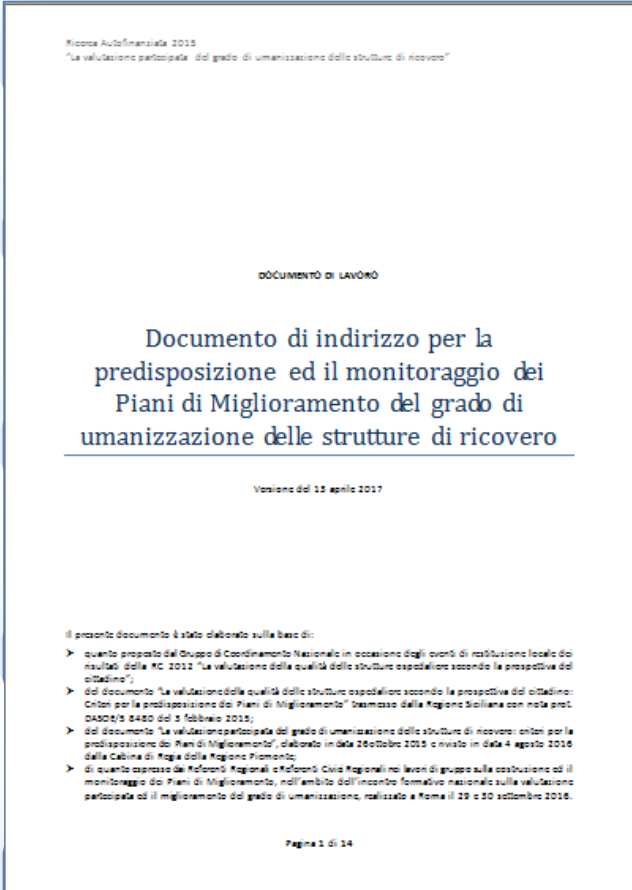
L'equipe locale **definisce** le azioni di miglioramento che ritiene siano da avviare in via prioritaria e che quindi definiranno nel loro complesso il **Piano di miglioramento**, a valenza **annuale/biennale**, da proporre alla Direzione aziendale.

FASE 3

La Direzione aziendale (Generale, Sanitaria, Amministrativa), di intesa con il Collegio di Direzione, approva formalmente il **piano** medesimo ed assegna le responsabilità per l'avvio della sua implementazione.

FASE 4

Condivisione dei piani di miglioramento con la **Comunità locale** (ad esempio attraverso incontri pubblici, stampa locale, conferenza dei servizi, sito istituzionale dell'Azienda o delle Associazioni civiche)



IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DEI PIANI DI MIGLIORAMENTO

		RILEVANZA AZIENDALE	
		BASSA	ALTA
ITEM		ITEM 16: applicazione modello assistenziale delle “terapie intensive aperte” tramite estensione dell’orario di accesso ai visitatori	ITEM 9 orario di visita della struttura sanitaria
AZIONE DI MIGLIORAMENTO		Azione di miglioramento consiste nel lavorare dal punto di vista organizzativo per estendere la fascia oraria che attualmente è tra le 5 e le 8 ore	Azione di miglioramento consiste nell’introdurre in tutta l’Azienda il modello “ospedale aperto”. A tal fine si dovranno: 1. Formare gli operatori 2. Aumentare il numero dei reparti pilota in cui condurre la sperimentazione 3. Valutare i risultati e possibilità di espansione a tutta Azienda
COSTO AZIENDA	ZERO		
	BASSO	X	X
	ALTO		
TEMPO	BREVE	X	
	MEDIO		X
	LUNGO		
Eventuali Osservazioni/ Commenti			

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n.	61.6 Presenza nell’atrio principale di un pannello aggiornato che indica l’ubicazione della Direzione Sanitaria			
AREA	2 Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura			
SOTTO-AREA	2.2 Logistica e Segnaletica			
CRITERIO	2.2.1 Orientamento e segnaletica			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Collocazione nell’atrio principale di un pannello aggiornato che indica l’ubicazione della Direzione Sanitaria			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input type="checkbox"/>	BASSA <input checked="" type="checkbox"/>		
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input checked="" type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL’AZIONE	Dott. Pinco – Ufficio Tecnico Dott.ssa Sempronia – URPE Comunicazione			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE (> 6 mesi e ≤ 12 mesi) <input type="checkbox"/>	LUNGO TERMINE (> 12 mesi) <input type="checkbox"/>	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input checked="" type="checkbox"/>	CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/COMMENTI				
PERIODICITÀ DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input checked="" type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/>	
GIORNO DEL MONITORAGGIO	gg/mm/aaa			
VALUTATORI	Dott. Tizio – Ufficio Qualità Aziendale Dott. Caio – Associazione “L’Umanizzazione”			



DOCUMENTO DI LAVORO

**Linee Guida condivise
con Regioni/PA, Professionisti e Cittadini
per la diffusione pubblica dei risultati
della valutazione partecipata
del grado di umanizzazione
delle strutture di ricovero**

VERSIONE DEL 18/10/17

Il presente documento è stato elaborato sulla base di:

- quanto proposto dal Gruppo di Coordinamento Nazionale in occasione degli eventi di restituzione locale dei risultati della Ricerca Corrente 2012 "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" (RC 2012);
- dei feed-back dei professionisti e cittadini intervenuti al convegno finale della RC 2012, tenutosi a Roma il 7 novembre 2014;
- del documento elaborato dal Gruppo di Coordinamento Nazionale per la "Costruzione delle Linee Guida", presentato ai Referenti Regionali e Referenti Civici Regionali in occasione dell'incontro formativo nazionale sulla valutazione partecipata ed il miglioramento del grado di umanizzazione, realizzato a Roma il 29 e 30 settembre 2016;
- dei riscontri richiesti a tutti i Referenti Regionali e Referenti Civici Regionali in merito alle considerazioni espresse nel "Documento per la costruzione delle LLGG".



LINEE GUIDA CONDIVISE per la diffusione dei risultati

...processo condiviso
attraverso il quale Regioni/PA,
professionisti e cittadini
definiscono **il sistema di regole,**
responsabilità ed impegni
reciproci che intendono
rispettare per assicurare la **piena**
disponibilità pubblica dei dati
raccolti...



VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO PARTECIPATI nei SSR

http://www.ciq.it/blog/obiettivo-un-sogno-coi



Allegato n. **Decreto**
ad ACTA
n. 84 del 09



Regione Abruzzo

Regione Abruzzo

Programma Operativo 2013-2015

5.3.2 AZIONE 2: Attivazione azioni f qualità percepita da utenti/cittadini

Inoltre è in atto l'attività di Empowerment in col progetto nazionale di ricerca per il miglioramento attraverso la sperimentazione insieme a tutte le grado di "umanizzazione degli ospedali pubblici. L'attività di Empowerment proseguirà per gli ar



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

**OBIETTIVI 2014-2015
DELLE AZIENDE SANITARIE SICILIANE**

Sistema di valutazione

SUB OBIETTIVO 3.2: La valutazione della q ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino

Referente obiettivo: DASOE - Servizio 5

La Regione Siciliana ha aderito al progetto in oggetto Age con l'obiettivo di realizzare una valutazione partecipata di delle strutture di ricovero della Regione, attraverso una m sperimentata e validata con successo nel 2011 e del 2012 ospedaliere tra le quali due siciliane.


Il percorso ha un duplice valore: contribuire alla costruzione per la valutazione dell'assistenza sanitaria e favorire la attiva e consapevole dei cittadini.

Il progetto si sviluppa su un arco di tempo triennale. P saranno evidenziati gli obiettivi annuali declinati a livello trim

Per il 2014 (31/12) le aziende dovranno realizzare la valut ricovero dell'Azienda Sanitaria secondo la checklist e la progetto.

La matrice della struttura di valutazione scompone progr "umanizzazione", da un livello più generale a un li all'individuazione dei singoli item. Complessivamente la area, 12 sub

Le area oggi
1. Proce
perso



REGIONE
PIEMONTE

Allegato alla deliberazione
n. 104 del 21/05/2015
Assessorato Regionale
Assessorato Regionale

ALLEGATO A

Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015.

OBIETTIVO n.4: Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali

Referente obiettivo: DIREZIONE SANITÀ



VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO PARTECIPATI nei SSR

http://www.micheleangelogiam



D.A. n. 2708/2014

REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA



ASSESSORATO DELLA SALUTE
L'ASSESSORE

ario anno 2017

Progetti Obiettivo di Piano Sanitario
Intesa Stato Regione del 26/10/2017

Regione Proponente

Sicilia

Linea progettuale

2) Sviluppo
assistenza

Fabbisogno

Titolo del Progetto

Sviluppo
assistenza
settore

Sezione 3. Interventi di Umanizzazione in ambito sanitario e socio-sanitario

La Regione Molise concluderà l'installazione dei Video Soccorso anche nelle nuove o riorganizzate strutture territoriali (UDI, Case della Salute, Ospedali di Comunità) previste dal Programma Operativo Straordinario.

Per di più, verrà sperimentata sui Video Soccorso già collocati ed operativi nei Pronto Soccorso regionali una tecnologia in grado di seguire lo stato d'avanzamento del percorso del paziente preso in carico, dando a familiari e conoscenti informazioni in tempo reale sullo stato di avanzamento dello stesso percorso assistenziale fino alla sua conclusione al PS.

Inoltre, attraverso questa sezione, si darà spazio agli interventi segnalati nei Piani di Miglioramento delle Equipres aziendali per la minimizzazione delle barriere logistiche, funzionali e relazionali, per l'ammodernamento di arredi e di materiale per miglioramento del comfort degli ambienti sanitari e socio-sanitari. Oltre a ciò, seguendo le indicazioni della

Attività previste

Ai fini del fabbisogno nella Regione Sicilia costituiscono un patrimonio prezioso le informazioni derivanti dal Progetto regionale "la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" che è stato realizzato nel corso del 2017 su tutte le aziende sanitarie pubbliche e dal progetto Regionale la "valutazione della Qualità percepita nelle strutture del servizio sanitario della Regione Sicilia".

Realizzazione degli interventi di umanizzazione in ambito sanitario, che coinvolga gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza e che preveda almeno un'azione di cambiamento organizzativo.

Gli interventi dovranno essere individuati sulla base degli indicatori disponibili a livello aziende, della checklist "umanizzazione" del progetto regionale "la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" e sulla base dei risultati del progetto regionale la valutazione della qualità percepita.

Area 1: processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona

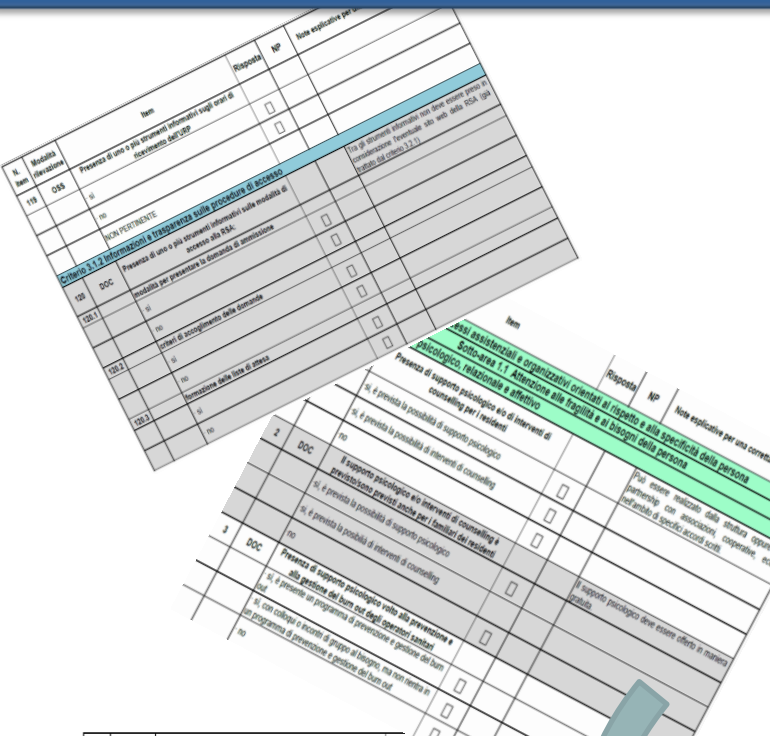
Area 2: accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura

Area 3: accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza

Area 4: cura della relazione con il paziente/cittadino



LA CHECK-LIST



AREA	SOTTO-AREA	CRITERI	N. Criteri	N. Item	Item dal n. al n.	Totale Item
1	Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	1.1.1 Funzione di supporto psicologico	10	5	1 - 5	48
		1.1.2 Attività/ interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno		4	6 - 9	
		1.1.3 Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti		9	10 - 18	
		1.1.4 "Ospedale senza dolore"		5	19 - 23	
		1.2 Rispetto della privacy		4	24 - 27	
		1.2.2 Rispetto della riservatezza		3	28 - 30	
		1.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa		3	31 - 33	
		1.3.2 Rispetto delle esigenze di culto		4	34 - 37	
		1.3.3 Rispetto delle specificità etniche e culturali		5	38 - 42	
		1.4 Continuità delle cure		6	43 - 48	
2	Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	2.1 Accessibilità fisica	9	3	49 - 51	46
		2.1.2 Accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto		9	52 - 60	
		2.2 Logistica e segnaletica		2	61 - 62	
		2.2.2 Percorsi interni		2	63 - 64	
		2.3 Reparti di degenza "a misura d'uomo"		7	65 - 71	
		2.3.2 Reparti di degenza "a misura di bambino"		4	72 - 75	
		2.3.3 Comfort alberghiero		7	76 - 82	
		2.4 Comfort generale della struttura		8	83 - 90	
		2.4.2 Comfort delle sale d'attesa		4	91 - 94	
		3		Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	3.1 Semplificazione delle procedure	
3.1.2 Semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni	3		99 - 101			
3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza	8		102 - 109			
3.2.2 Accesso alle informazioni	4		110 - 113			
3.2.3 Contenuti e accessibilità del sito web	2		114 - 115			
4	Cura della relazione con il paziente/cittadino	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente	5	15	116 - 130	27
		4.1.2 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il paziente		4	131 - 134	
		4.2 Relazione con il cittadino		5	135 - 139	
		4.2.2 Accoglienza		2	140 - 141	
		4.2.3 Formazione del personale di contatto		1	142	

N. Item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	N.
Area 2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi				
Sotto-Area 2.1 Accessibilità fisica				
Criterio 2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali				
69	OSS	Presenza di almeno un percorso accessibile dall'esterno per disabili motori dall'esterno verso l'interno della struttura		Si intende che ci sia almeno un percorso sicuro e privo di ostacoli che consenta l'accesso al servizio dall'esterno dell'edificio privo di ostacoli (barriere architettoniche quali - ad esempio - gradini, porte e ascensori non sufficientemente larghi per il passaggio di carrozzella, ecc) che sono fonte di disagio per la mobilità di chiunque ed in particolare di coloro che, per qualsiasi causa, hanno una capacità motora ridotta o impedita in forma permanente o temporanea.
		si	<input type="checkbox"/>	
		no	<input type="checkbox"/>	
70	OSS	Presenza di accorgimenti che consentono ai non vedenti e ipovedenti l'accesso alla struttura		Si intende la presenza di accorgimenti e segnalazioni che permettono l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo per chiunque, ed in particolare per i non vedenti e gli ipovedenti nell'accesso ai servizi (quali ad esempio marce tattili in braille con piante dei vani edifici, piste tattili indicanti le direzioni all'ingresso dell'ospedale, segnaletica all'interno degli ascensori, ecc.).
		si	<input type="checkbox"/>	
		no	<input type="checkbox"/>	



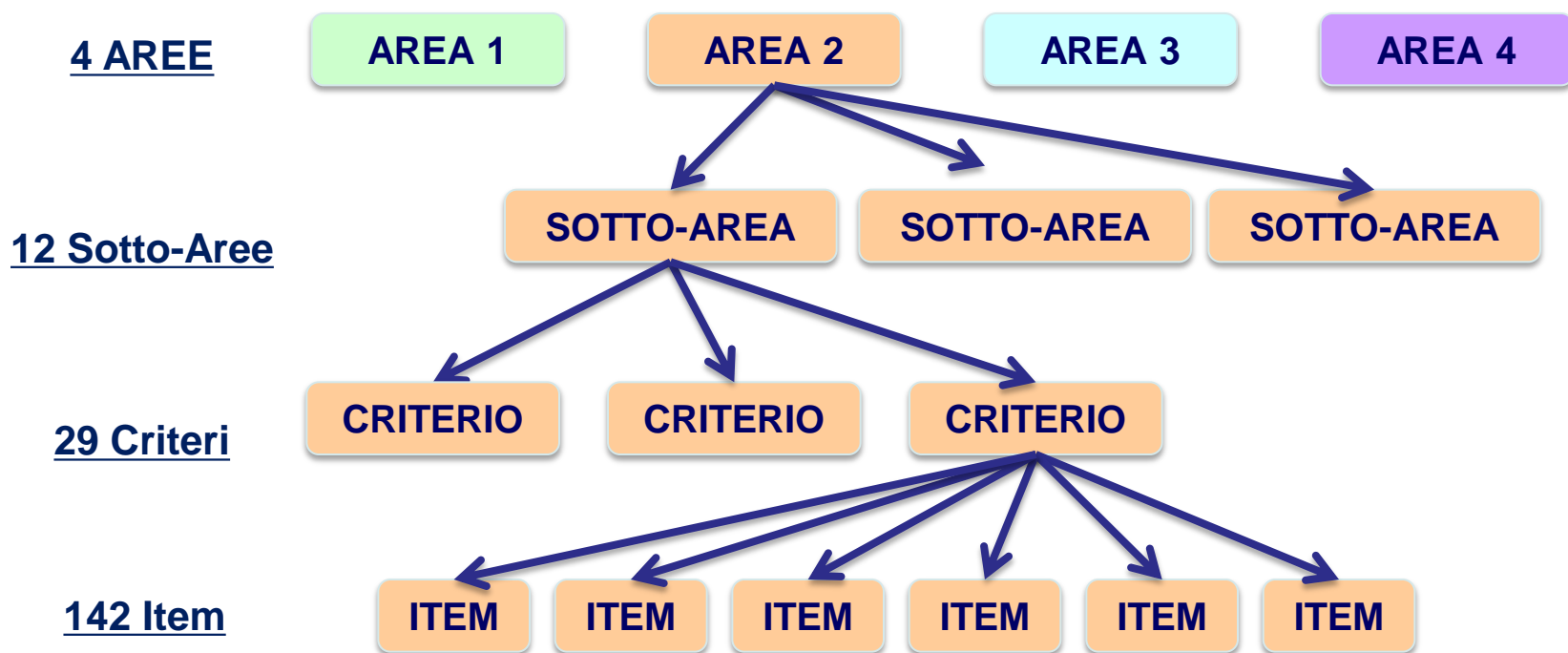
LA DEFINIZIONE CONDIVISA DI UMANIZZAZIONE

UMANIZZAZIONE

L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica

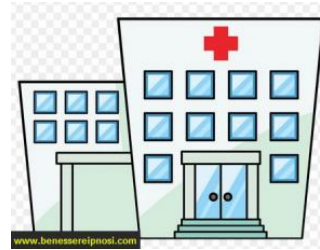
LE 4 AREE DELL'UMANIZZAZIONE

1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona
2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura
3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza
4. Cura della relazione con il paziente/ cittadino



BISOGNI INFORMATIVI

A chi serve l'informazione?



BISOGNI INFORMATIVI

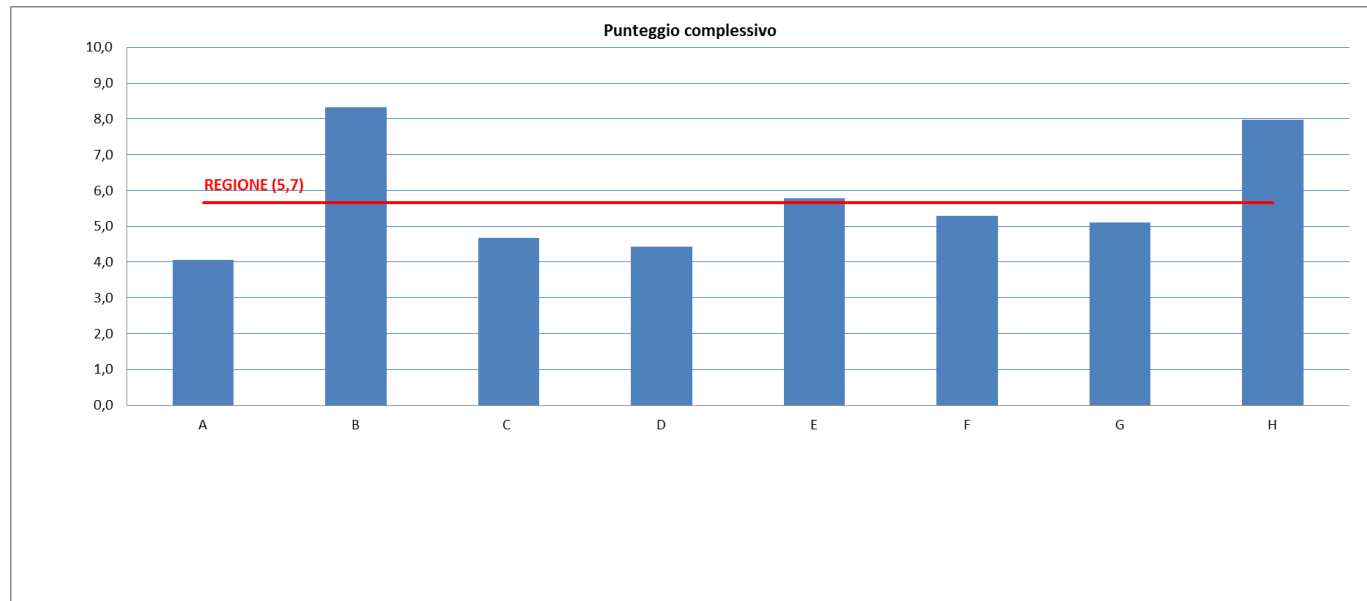
A cosa serve l'informazione?



ESEMPIO

Anno	Struttura	PUNTEGGIO COMPLESSIVO
2017	A	4,1
2017	B	8,3
2017	C	4,7
2017	D	4,4
2017	E	5,8
2017	F	5,3
2017	G	5,1
2017	H	8,0
2017	REGIONE	5,7

TOT	
PUNTEGGIO COMPLESSIVO	
REGIONE	
PUNTEGGIO MEDIO	5,7
MINIMO	4,1
MASSIMO	8,3

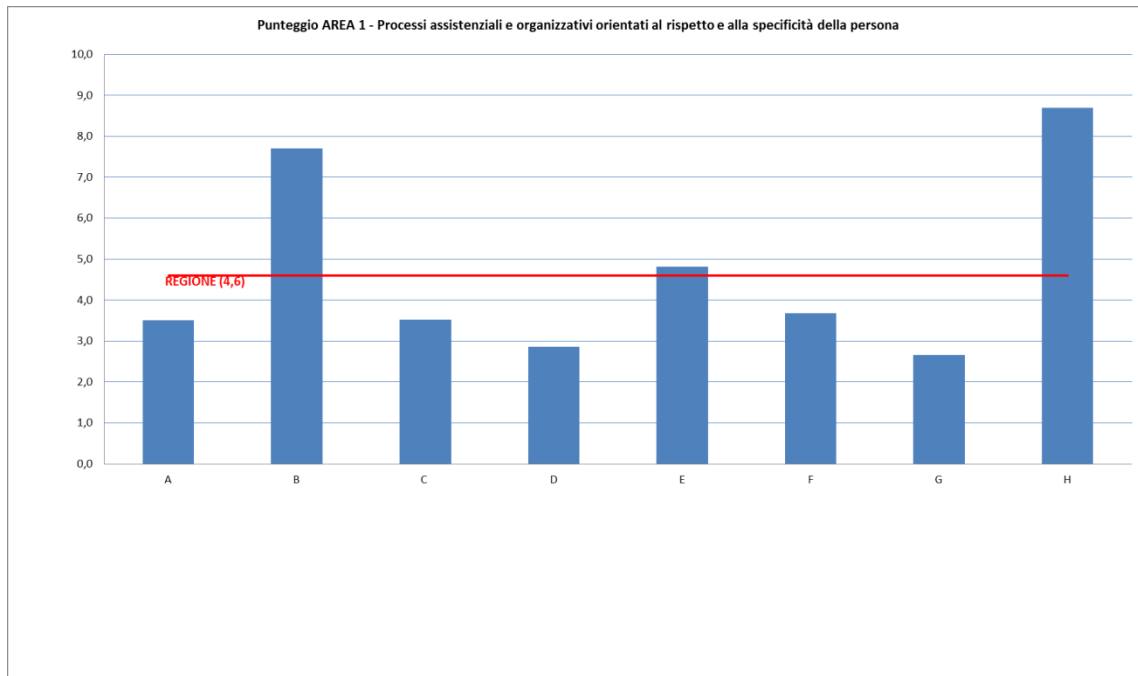


AREA
1 Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona
2 Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura
3 Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza
4 Cura della relazione con il paziente/ cittadino

ESEMPIO

Anno	Struttura	Punteggio AREA 1
2017	A	3,5
2017	B	7,7
2017	C	3,5
2017	D	2,9
2017	E	4,8
2017	F	3,7
2017	G	2,7
2017	H	8,7
2017	REGIONE	4,6

	AREA 1
	Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona
	REGIONE
PUNTEGGIO MEDIO	4,6
MINIMO	2,7
MASSIMO	8,7



AREA
1 Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona
2 Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura
3 Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza
4 Cura della relazione con il paziente/ cittadino

ESEMPIO

AREA	SOTTO-AREA
1 Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	1.1 Attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona
	1.2 Rispetto della privacy
	1.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa
	1.4 Continuità delle cure
2 Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	2.1 Accessibilità fisica
	2.2 Logistica e segnaletica
	2.3 Reparti di degenza "a misura d'uomo"
	2.4 Comfort generale della struttura
3 Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	3.1 Semplificazione delle procedure
	3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza
4 Cura della relazione con il paziente/paziente/ cittadino	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente
	4.2 Relazione con il cittadino

RISULTATI PER SOTTOAREA	1 PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITA' DELLA PERSONA				MEDIA AREA 1
DENOMINAZIONE STRUTTURA	1.1 ATTENZIONE ALLA FRAGILITA' E AI BISOGNI DELLA PERSONA	1.2 RISPETTO DELLA PRIVACY	1.3 IMPEGNO PER LA NON-DISCRIMINAZIONE CULTURALE, ETNICA, RELIGIOSA	1.4 CONTINUITA' DELLE CURE	
A	5,5	5,2	2,0	3,3	3,5
B	8,3	10,0	7,0	6,7	7,7
C	4,2	6,8	1,5	1,7	3,5
D	2,5	8,3	1,0	5,0	2,9
E	6,0	5,1	3,5	3,3	4,8
F	4,0	4,4	2,0	6,7	3,7
G	5,0	5,0	2,3	0,0	2,7
H	7,1	8,8	9,5	8,3	8,7
REGIONE	5,1	6,5	3,6	4,5	4,6



ESEMPIO

AREA	SOTTO-AREA	CRITERI	N. Criteri
1 Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	1.1 Attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 Funzione di supporto psicologico	10
		1.1.2 Attività/ interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno	
		1.1.3 Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti	
		1.1.4 "Ospedale senza dolore"	
	1.2 Rispetto della privacy	1.2.1 Rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili	
		1.2.2 Rispetto della riservatezza	
	1.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa	1.3.1 Rispetto delle specificità linguistiche	
		1.3.2 Rispetto delle esigenze di culto	
		1.3.3 Rispetto delle specificità etniche e culturali	
	1.4 Continuità delle cure	1.4.1 Agevolazione della continuità delle cure	

2 Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	2.1 Accessibilità fisica
	2.2 Logistica e segnaletica
	2.3 Reparti di degenza "a misura d'uomo"
	2.4 Comfort generale della struttura

3 Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	3.1 Semplificazione delle procedure
	3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza

4 Cura della relazione con il paziente/ cittadino	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente
	4.2 Relazione con il cittadino

1 PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITA' DELLA PERSONA											
<u>RISULTATI PER CRITERIO</u>	1.1 ATTENZIONE ALLA FRAGILITA' E AI BISOGNI DELLA PERSONA				1.2 RISPETTO DELLA PRIVACY		1.3 IMPEGNO PER LA NON-DISCRIMINAZIONE CULTURALE, ETNICA, RELIGIOSA			1.4 CONTINUITA' DELLE CURE	MEDIA AREA 1
DENOMINAZIONE STRUTTURA	1.1.1 Funzione di supporto psicologico	1.1.2 Attività/i interventi per favorire la socialità e la	1.1.3 Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di	1.1.4 "Ospedale e senza dolore"	1.2.1 Rispetto dell'anonimato e della non-diffusione e dei	1.2.2 Rispetto della riservatezza	1.3.1 Rispetto delle specificità linguistiche	1.3.2 Rispetto delle esigenze di culto	1.3.3 Rispetto delle specificità etniche e culturali	1.4.1 Agevolazione e della continuità delle cure	
A	NP	6,7	10,0	4,3	10,0	2,8	0,0	4,0	2,0	3,3	
B	10,0	6,7	6,0	10,0	10,0	10,0	4,0	10,0	7,0	6,7	7,7
C	2,0	7,0	7,3	0,9	10,0	4,2	0,0	4,0	1,0	1,7	3,5
D	NP	6,7	5,0	0,0	10,0	7,5	0,0	2,0	1,0	5,0	2,9
E	2,5	2,5	6,4	8,2	7,5	3,2	4,0	8,0	1,0	3,3	4,8
F	2,0	1,3	4,4	5,5	5,0	4,0	0,0	4,0	2,0	6,7	3,7
G	NP	6,7	10,0	0,0	10,0	0,0	3,0	4,0	1,0	0,0	2,7
H	NP	6,7	6,0	10,0	10,0	7,5	10,0	8,0	10,0	8,3	8,7
REGIONE	2,7	5,4	6,2	4,8	8,6	4,9	2,6	5,5	3,1	4,5	4,6

ESEMPIO

AREA	SOTTO-AREA	CRITERI	N. Criteri																		
1 Pianificati e difficili	1.1 Attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 Funzione di supporto psicologico																			
		1.1.2 Attività/ interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno																			
		1.1.3 Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti																			
	132.2	Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/ o sulla relazione di aiuto per gli infermieri																			
	· sì																				
	· no																				
-	NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato																				
2	133	Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla gestione della fase del fine vita per gli operatori sanitari																			
	CRITERIO	1.1.1 Funzione di supporto psicologico	1.1.2 Attività/interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno	1.1.3 Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di																	
3 Adeguate	DENOMINAZIONE STRUTTURA	1	2	3	4.1	4.2	5	6	7	8	9.1	9.2	10.1	10.2	11	12	13	14.1	14.2		
	A	NP	NP	NP	NP	NP	NP	0	NP	NP	10	10	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
	B	10	NP	NP	NP	NP	NP	10	NP	NP	5	5	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	si
	C	5	0	NP	5	0	0	5	10	10	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10	
	D	NP	NP	NP	NP	NP	NP	0	NP	NP	10	10	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
	E	5	5	NP	0	NP	0	5	NP	5	0	0	10	10	10	NP	7,5	10	10		
	F	5	0	NP	0	0	5	0	NP	5	0	0	10	10	10	NP	0	0	0		
	G	NP	NP	NP	NP	NP	NP	10	NP	NP	5	5	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
	H	NP	NP	NP	NP	NP	NP	10	NP	NP	5	5	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
	RISULTATI PER ITEM	6,3	1,7	NP	1,7	0,0	1,7	5,0	10,0	6,7	5,0	5,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	5,8	6,7	6,7	
4 Cura della relazione		4.2.3 Formazione del personale di contatto																			
																			29		

ESEMPIO

AREE	PUNTEGGIO COMPLESSIVO
REGIONE (medio)	6,8
	6,2
	7,5
	6,6

287 strutture nel 2014

ali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona

RISULTATI PER SOTTO-AREA

1.1 attenzione alle fragilità e ai bisogni di socialità della persona

1.2 rispetto della privacy

1.3 impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa

1.4 continuità delle cure

AREA 1

OSPEDALE 1

5,9

7,6

6,9

10,0

6,9

REGIONE (medio)

7,6

7,7

6,6

9,33

7,5

AREA 1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona

Oggi: oltre 400

1.1 attenzione alle fragilità e ai bisogni di socialità della persona

1.4 continuità delle cure

AREA 1

RISULTATI PER CRITERIO

1.1.1 funzione di supporto psicologico

1.1.2 attività/interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno

1.1.3 agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti

1.1.4 "ospedale e senza dolore"

1.2.1 rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili

1.2.2 rispetto della riservatezza

1.3.1 rispetto delle specificità linguistiche

1.3.2 rispetto delle esigenze di culto

1.3.3 rispetto delle specificità etniche e culturali

1.4.1 agevolazione della continuità delle cure

n.

ITEM

Punteggio Ospedale 1

Punteggio Regione

1 Presenza di supporto psicologico per pazienti oncologici

5

5

9.1 Orario di visita della struttura sanitaria nei giorni festivi inferiore a 4 ore

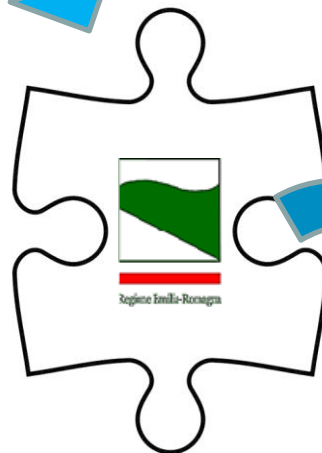
0

8

Differenti esigenze



Differenti esigenze



PRIORITY SETTING

PRIORITY SETTING



Ricerca corrente 2012 "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino"



- Studio 1
Sperimentazione di **priority setting** per la definizione del sistema di **ponderazione**
- Studio 2
Rilevazione della check-list
- Studio 3
Definizione indicatori

PRIORITY SETTING

AREA	SOTTO-AREA	CRITERI	N. Criteri	N. Item	Item dal n. al n.	Totale Item			
1 Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto della privacy della persona	1.1 Attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 Funzione di supporto psicologico	10	5	1-5	48			
		1.1.2 Attività/interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno		4	6-9				
		1.1.3 Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti		9	10-18				
		1.1.4 "Ospedale senza dolore"		5	19-23				
	1.2 Rispetto della privacy	1.2.1 Rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili		4	24-27				
		1.2.2 Rispetto della riservatezza		3	28-30				
	1.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa	1.3.1 Rispetto delle specificità linguistiche		3	31-33				
		1.3.2 Rispetto delle esigenze di culto		4	34-37				
		1.3.3 Rispetto delle specificità etniche e culturali		5	38-42				
	1.4 Continuità delle cure	1.4.1 Agevolazione della continuità delle cure		6	43-48				
	12 Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	2.1 Accessibilità fisica		2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali	9		3	49-51	46
				2.1.2 Accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto			9	52-60	
		2.2 Logistica e segnaletica		2.2.1 Orientamento e segnaletica			2	61-62	
				2.2.2 Percorsi interni			2	63-64	
2.3 Reparti di degenza "a misura d'uomo"		2.3.1 Dolazioni e caratteristiche dei reparti di degenza	7	65-71					
		2.3.2 Reparti di degenza "a misura di bambino"	4	72-75					
		2.3.3 Comfort alberghiero	7	76-82					
2.4 Comfort generale della struttura		2.4.1 Comfort dei servizi comuni	8	83-90					
		2.4.2 Comfort delle sale d'attesa	4	91-94					
3 Accesso alle informazioni, trasparenza		3.1 Semplificazione delle procedure	3.1.1 Semplificazione delle modalità di prenotazione	5		4	95-98	21	
	3.1.2 Semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni		3		99-101				
	3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza	3.2.1 Agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria	8		102-109				
		3.2.2 Accesso alle informazioni	4		110-113				
		3.2.3 Contenuti e accessibilità del sito web	2		114-115				
			1		116-117				
4 Cura della relazione con il cittadino	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente	4.1.1 Cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale	5	15	118-130	27			
		4.1.2 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il paziente		4	131-134				
	4.2 Relazione con il cittadino	4.2.1 Assunzione di impegni nei confronti del cittadino		5	135-139				
		4.2.2 Accoglienza		2	140-141				
		4.2.3 Formazione del personale di contatto		1	142				
					29				142

RAZIONALE

Non tutti gli item (e i criteri) contribuiscono allo stesso modo alla determinazione del punteggio finale

Obiettivi

- determinare gli item e i criteri caratterizzati da maggior rilevanza
- differenziare i punteggi attribuiti ai singoli item e ai criteri
- definire un sistema di ponderazione

PRIORITY SETTING

Rilevazione
dati

- portale online dedicato
- rispondenti: cittadini e operatori (246)



PRIORITY

Analisi dati

Attribuzione delle PRIORITA'

- Tra criteri
- Tra item

Analisi dei dati: versione
semplificata della Conjoint
Analysys

Metodo del
RANKING

46 ITEM

Differenti esigenze



Differenti analisi

- Acuti
- Riabilitative

- Province

- ASL

- Confronto
anni diversi

Differenti esigenze



FOCUS SPECIFICI

NUOVO SISTEMA DI
GARANZIA

OBIETTIVI DG

“Se tortureremo i dati, alla lunga questi confesseranno tutto” (*Ronald Coase - Nobel Economia '91*)



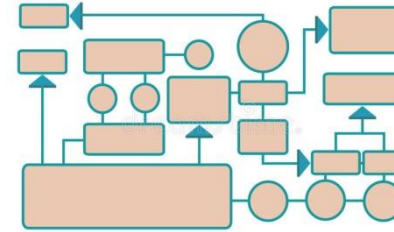
Valutazione partecipata del grado di umanizzazione



Percorso della valutazione partecipata dell'umanizzazione

Strumenti e metodi

Area	Indicatore	Descrizione	Valore	Max	Min
Qualità dell'assistenza	1.1	Tempi di risposta	4,0	5,0	3,0
	1.2	Tempi di attesa	4,0	5,0	3,0
	1.3	Tempi di attesa	4,0	5,0	3,0
	1.4	Tempi di attesa	4,0	5,0	3,0
Qualità dell'assistenza	2.1	Tempi di risposta	4,0	5,0	3,0
	2.2	Tempi di attesa	4,0	5,0	3,0
	2.3	Tempi di attesa	4,0	5,0	3,0
	2.4	Tempi di attesa	4,0	5,0	3,0
Qualità dell'assistenza	3.1	Tempi di risposta	4,0	5,0	3,0
	3.2	Tempi di attesa	4,0	5,0	3,0
	3.3	Tempi di attesa	4,0	5,0	3,0
	3.4	Tempi di attesa	4,0	5,0	3,0
Qualità dell'assistenza	4.1	Tempi di risposta	4,0	5,0	3,0
	4.2	Tempi di attesa	4,0	5,0	3,0
	4.3	Tempi di attesa	4,0	5,0	3,0
	4.4	Tempi di attesa	4,0	5,0	3,0



Partecipazione e condivisione



© www.123d.com

MIGLIORAMENTO



Grazie!

Sara Carzaniga: carzaniga@agenas.it

Giorgia Duranti: duranti@agenas.it

