REGIONE PIEMONTE

Health Promoting Hospitals

Implementare la Promozione della Salute negli Ospedali

MANUALE E SCHEDE per l'autovalutazione

RETE PIEMONTESE HPH

CIPES PIEMONTE

MARZO 2008

Implementare la Promozione della Salute negli Ospedali

Manuale e schede per l'autovalutazione

EDITO DA:
Oliver Groene,
Technical Officer, Quality of Health Systems and Services,
Division of Country Health Systems, Country Policies,
Systems and Services Unit,
Barcelona Office

VERSIONE ITALIANA A CURA DI:
Torri Emanuele, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
(Provincia Autonoma di Trento)
Dalbosco Marcello, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
(Provincia Autonoma di Trento)
Vezzoli Matteo, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
(Provincia Autonoma di Trento)

Adattamento, resa grafica e stampa a cura di
Rete Piemontese HPH Cipes Piemonte

Il presente documento rappresenta uno dei prodotti del progetto
di Ricerca Sanitaria finalizzata dell'Assessorato alla Tutela
della Salute e Sanità della Regione Piemonte
"La rete HPH in Piemonte: analisi di esperienze regionali
e proposta di modelli organizzativi
per l'integrazione ospedale-territorio"

RINGRAZIAMENTI

Lo sviluppo di questo documento ha potuto beneficiare dei contributi di molte persone.
I ringraziamenti vanno a tutti coloro che hanno sostenuto e guidato questo lavoro, sia all'interno dei gruppi di lavoro della Rete Internazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute che come consulenti esterni.
Un ringraziamento particolare è rivolto ai coordinatori nazionali che hanno supportato l'implementazione pilota di questo strumento ed ai professionisti sanitari negli ospedali che hanno dedicato il loro tempo a valutare la conformità agli standard ed hanno raccolto i dati sugli indicatori per la promozione della salute.
Infine, un riconoscimento va al Dott. Svend Juul Jorgensen per la sua supervisione su questo progetto, alla Dott.ssa Mila Garcia-Barbero per il suo continuo supporto e alla Dott.ssa Kiki Lomberts per il suo contributo esperto al documento finale.

Manuale - Schede per l'autovalutazione

Una rete dell'OMS

ABSTRACT

La promozione della salute è una parte integrante del processo sanitario ed è collegata a tematiche cliniche, educative comportamentali ed organizzative.
Il miglioramento della qualità deve includere le attività di promozione della salute al fine di assicurare che siano utilizzati approcci efficaci e che questi siano continuamente monitorati per migliorare gli esiti. Dal momento che molti comuni strumenti di gestione della qualità non riguardano esplicitamente le attività di promozione della salute, abbiamo sviluppato questo "Manuale per l'implementazione della promozione della salute negli ospedali".
Il suo scopo è di mettere in condizione manager e professionisti sanitari di: valutare le attività di promozione della salute negli ospedali; formulare raccomandazioni per il miglioramento delle attività di promozione della salute negli ospedali; coinvolgere tutti i professionisti ed i pazienti nel miglioramento della qualità dell'assistenza; migliorare il coordinamento dell'assistenza con altri erogatori; migliorare la salute e la sicurezza del personale e dei pazienti. I singoli ospedali, le agenzie di qualità ed in particolare i membri della Rete Internazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute sono incoraggiati ad utilizzare questo strumento e a valutare e migliorare la qualità delle attività di promozione della salute in sanità.

Parole chiave
OSPEDALI
PROMOZIONE DELLA SALUTE – STANDARD
INDICATORI DI QUALITÀ
SANITÀ
PROGRAMMI DI AUTOVALUTAZIONE
EUROPA
EUR/06/5064214

Inviare le richieste sulle pubblicazioni dell'Ufficio Regionale dell'O.M.S. per l'Europa a:
Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
In alternativa, compilare via internet un modulo di richiesta per documentazione, informazioni sanitarie, o per il permesso di citare o tradurre sul sito internet dell'OMS: http://www.euro.who.int/pubrequest.

© World Health Organization 2006
All rights reserved. The Regional Office for Europe of the World Health Organization welcomes requests for permission to reproduce or translate its publications, in part or in full.
The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Where the designation "country or area" appears in the headings of tables, it covers countries, territories, cities, or areas. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.
The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.
The World Health Organization does not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.
The views expressed by authors or editors do not necessarily represent the decisions or the stated policy of the World Health Organization.

CONTENUTI

RINGRAZIAMENTI	2
ELENCO DI FIGURE E TABELLE	5
1. INTRODUZIONE	6
2. DOMANDE E RISPOSTE PIÙ FREQUENTI	7
3. CONTESTO ED ASPETTI METODOLOGICI	8
3.1. Ruolo degli ospedali nella promozione della salute	8
3.2. Concettualizzazione della promozione della salute	9
3.3. Valutazione della qualità interna ed esterna	10
3.4. Gli standard per la promozione della salute	11
3.5. Indicatori per la promozione della salute	13
3.6 Utilizzo complementare di standard e indicatori	15
4. IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO	17
4.1. Chiarire le responsabilità	17
4.2. Raccogliere i dati	17
4.3. Interpretazione dei risultati	18
4.4. Sviluppare un piano di miglioramento della qualità	18
5 SCHEDE PER L'AUTOVALUTAZIONE	20
Standard 1: Politica dell'Organizzazione	23
Standard 2: Valutazione del Paziente	28
Standard 3: Informazione e Intervento sul Paziente	33
Standard 4: Promuovere un Posto di Lavoro Sano	37
Standard 5: Continuità e Cooperazione	42
6. SCHEDE DESCRITTIVE PER GLI INDICATORI	49
7. GLOSSARIO	68

ELENCO DI FIGURE E TABELLE

Figura 1: Strategie per la promozione della salute pag. 9

Figura 2: Prospettiva clinica, del paziente e gestionale pag. 11

Figura 3: Struttura a tre livelli degli standard per la promozione della salute pag. 13

Figura 4: Ciclo: Pianifica – Agisci – Controlla – Funziona pag. 19

Tabella 1: Visione d'insieme degli indicatori di promozione della salute pag. 15

Tabella 2: Scheda descrittiva sulla consapevolezza del personale sulla Politica pag. 50

Tabella 3: Scheda descrittiva sulla consapevolezza dei paziente (e dei familiari) pag. 51

Tabella 4: Scheda descrittiva sulla % di budget destinato alla promozione della salute pag. 52

Tabella 5: Scheda descrittiva sui pazienti valutati per generici fattori di rischio pag. 53

Tabella 6: Scheda descrittiva sulla valutazione dei pazienti per specifici fattori di rischio pag. 54

Tabella 7: Scheda descrittiva sulla soddisfazione del paziente pag. 55

Tabella 8: Scheda descrittiva sull'educazione all'autogestione del paziente pag. 56

Tabella 9: Scheda descrittiva sull'educazione del paziente sui fattori di rischio pag. 57

Tabella 10: Scheda descrittiva sul punteggio di informazione/intervento del paziente pag. 58

Tabella 11: Scheda descrittiva sul personale fumatore pag. 59

Tabella 12: Scheda descrittiva sulla cessazione del fumo pag. 60

Tabella 13: Scheda descrittiva sull'esperienza del personale pag. 61

Tabella 14: Scheda descrittiva sull'assenteismo di breve durata pag. 62

Tabella 15: Scheda descrittiva sugli infortuni sul lavoro pag. 63

Tabella 16: Scheda descrittiva sul burn-out pag. 64

Tabella 17: Scheda descrittiva sulla lettera di dimissione pag. 65

Tabella 18: Scheda descrittiva sul tasso di riammissione in ospedale pag. 66

Tabella 19: Scheda descrittiva sulla preparazione della dimissione pag. 67

1. INTRODUZIONE

Il ruolo della promozione della salute in ospedale sta cambiando. Questo non si limita più a fornire informazioni aggiuntive al paziente relativamente allo stile di vita una volta che l'iter clinico é stato completato. La promozione della salute, infatti, sta diventando una parte integrante del processo di cura ed è correlata ad aspetti clinici, educativi, comportamentali ed organizzativi[1]. Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza nei pazienti con patologie croniche ed affetti da condizioni di lunga durata, è necessario che le attività di promozione della salute in ospedale diventino maggiormente radicate nella più ampia cornice dei servizi sanitari. Con la prospettiva allargata delle attività di promozione della salute, aspetti da sviluppare riguardano la valutazione della qualità e la maggiore diffusione di queste attività.

Tra gli strumenti più importanti per migliorare la qualità in sanità, come l'utilizzo di linee guida a contenuto professionale, standard ed indicatori di performance, gli aspetti della promozione della salute sono poco approfonditi. Abbiamo quindi sviluppato uno strumento di autovalutazione per la promozione della salute negli ospedali che è indirizzato ai seguenti aspetti: la politica di gestione dell'ospedale; la valutazione del paziente per quanto riguarda i fattori di rischio ed i bisogni di salute; l'informazione e l'intervento di promozione della salute sui pazienti; la promozione di un posto di lavoro sano e la continuità e la cooperazione dell'ospedale con altri erogatori di assistenza sanitaria, sociale ed informale[2].

Questo documento fornisce uno strumento applicabile per autovalutare, monitorare e migliorare le attività di promozione della salute negli ospedali. Si basa su due approcci complementari di valutazione della qualità: **standard**, che esprimono le indicazioni professionali sulle strutture sanitarie o sui processi che dovrebbero essere presenti, ed **indicatori**, che indirizzano i processi sanitari e gli esiti e forniscono uno strumento quantitativo per valutare le variazioni della performance nel tempo o tra le istituzioni. Nello specifico questo documento dovrebbe facilitare: la valutazione delle attività di promozione della salute negli ospedali; la formulazione di suggerimenti per il miglioramento delle attività di promozione della salute negli ospedali; il coinvolgimento di tutti i professionisti ed i pazienti nel miglioramento delle attività di promozione della salute; miglioramento del coordinamento dell'assistenza con gli altri erogatori di assistenza; il potenziamento delle condizioni di salute e di sicurezza del personale e dei pazienti; un'assistenza con pratiche moderne e flessibili ed erogare servizi per renderla più efficiente ed efficace.

La sezione successiva di questo documento, contiene un elenco di domande e risposte più frequenti che riguardano il modello e l'applicazione di questo strumento (Sezione 2). A seguire sono descritti il contesto e la metodologia adottati nello sviluppo di questo strumento (Sezione 3). Il documento, inoltre, considera aspetti pratici per la realizzazione del progetto: come realizzare l'autovalutazione, come identificare le fonti dei dati, come interpretare i risultati e ricondurli all'interno del piano di miglioramento della qualità (Sezione 4). Per supportare la raccolta dei dati, le sezioni 5 e 6 includono una serie di schede di valutazione che possono essere utilizzate per valutare l'adesione agli standard (Sezione 5) e di schede descrittive per gli indicatori di promozione della salute (Sezione 6). L'ultima sezione include un glossario di termini sulla qualità e sulla promozione della salute (sezione 7).

La promozione della salute copre concettualmente un'ampia gamma di attività, interventi, metodi ed approcci, alcuni dei quali vanno oltre lo scopo di questo documento. È stata presa la decisione di indirizzare questo strumento di autovalutazione solamente verso gli argomenti più facilmente riconoscibili dai professionisti che operano con i pazienti e per i quali siano disponibili le più solide prove di efficacia. Conseguentemente non trovano pieno riscontro alcune attività di promozione della salute che erano state invece incluse nei precedenti documenti guida della Rete degli Ospedali per la Promozione della Salute[3/4]. La cornice complessiva per orientare l'implementazione strategica della promozione della salute negli ospedali e il successivo sviluppo degli standard di promozione della salute sono illustrati nelle 18 Strategie Centrali per la promozione della salute negli ospedali[5]. Alcuni degli Standard (come valutazione dei pazienti o informazione e intervento) sono direttamente collegati a tematiche sulla sicurezza dei pazienti[6]; tuttavia, questo documento fornisce ulteriori strumenti per sviluppare un approccio complessivo nel favorire l'empowerment dei pazienti e del personale e per integrare le attività di qualità e sicurezza già esistenti.

Questo documento è stato sviluppato per tutti gli ospedali e le agenzie della qualità interessate a sostenere la promozione della salute. Le organizzazioni che operano nel campo del miglioramento della qualità sono incoraggiate a rivedere ed incorporare all'interno dei sistemi di gestione già in essere gli standard e gli indicatori per la promozione della salute negli ospedali.

---

[1]Groene O, Garcia-Barbero M. eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf, accessed 08 May 2006).

[2]Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf, accessed 08 may 2006).

[3]Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, accessed 08 May 2006).

[4]The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1, accessed 08 May 2006).

[5]Pelikan J, Dietscher C, Krajic K , Nowak P. Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds: Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 48-67. (http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf, accessed 08 May 2006).

[6]Forward Programme 2005. World Alliance for Patient Safety. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf , accessed 08 May 2006).

2. DOMANDE E RISPOSTE PIÙ FREQUENTI

D1 - È obbligatorio per i membri della rete internazionale HPH effettuare l'autovalutazione?
No - in questa fase l'autovalutazione è una valutazione volontaria. Lo strumento è al servizio degli ospedali che aderiscono alla rete HPH per facilitare l'identificazione delle aree dove può essere realizzato il miglioramento.

D2 - Quali sono i vantaggi per il mio ospedale nell'effettuare questa autovalutazione?
Gli ospedali possono effettuare l'autovalutazione al fine di migliorare l'assistenza, la qualità di vita dei pazienti e la salute del personale. Lo strumento di autovalutazione aiuta ad identificare le carenze della qualità nei servizi di promozione della salute e sostenere lo sviluppo di un piano d'azione.

D3 - Come si può integrare con le altre iniziative di qualità?
Il processo di definizione degli standard è parte integrante del miglioramento continuo della qualità. Gli standard di promozione della salute sviluppati in questo manuale hanno lo scopo di completare gli standard sulla qualità esistenti che sono privi di una tangibile focalizzazione sulla promozione della salute. Sono stati aggiunti degli indicatori complementari per consentire una valutazione quantitativa della performance nel tempo. È decisamente consigliabile collegare l'autovalutazione degli standard per la promozione della salute alle strategie per la qualità già adottate in ospedale.

D4 - Come questo contribuisce alla sicurezza del paziente?
Informazione, educazione e comunicazione in sanità sono elementi centrali per assicurare la sicurezza del paziente. Aumentando il livello di consapevolezza questo vale sia per il personale che per i pazienti, motivazione e responsabilità. Per esempio, pazienti informati possono assumere un ruolo importante nell'identificazione dei rischi e nel prospettare misure correttive durante la degenza in ospedale e dopo la dimissione del paziente. Il personale informato potrà contribuire a sviluppare e mantenere un ambiente di lavoro sano e sicuro.

D5 - Cos'è uno standard?
In questo documento, gli standard identificano il livello richiesto da raggiungere. Il documento definisce cinque standard ognuno dei quali fa riferimento ad una dimensione di promozione della salute. Ogni standard è articolato in sottostandard, che sono poi a loro volta suddivisi in un certo numero di elementi misurabili.

D6 - Come misuriamo la conformità agli standard?
La conformità agli standard è misurata come somma di sottostandard e di elementi completamente misurabili. Gli elementi misurabili devono essere valutati come: pienamente, parzialmente o per niente soddisfatti.

D7 - Come dovremmo interpretare la conformità agli standard?
La conformità agli standard identifica le aree di buona pratica nella promozione della salute che potrebbero essere prese da esempio anche in altri ambiti dell'ospedale. La non conformità evidenzia dove vi possono essere margini di miglioramento.

D8 - Cosa sono gli indicatori?
Mentre gli standard fanno riferimento al livello di conformità, valutato come parziale, pieno o assente, per lo scopo di questo documento intendiamo gli indicatori come strumenti quantitativi che riguardano i domini di processo e di esito della qualità. Vengono tipicamente descritti in termini di nominatore e denominatore.

D9 - Come sono correlati gli standard e gli indicatori?
Gli indicatori elencati in questo documento non sono utilizzati per valutare la conformità ai cinque standard. Essi riguardano piuttosto aspetti complementari che dovrebbero essere presi in considerazione nel monitoraggio, nella valutazione e nel miglioramento dell'area di promozione della salute valutata. Gli indicatori sono l'espressione numerica usata per evidenziare o scegliere le aree di miglioramento.

D10 - Come si possono misurare gli indicatori?
Gli indicatori devono essere misurati ripetutamente nel tempo, in modo da evidenziare il miglioramento continuo della qualità. Il manuale, per ogni indicatore specifica: razionale, descrizione di numeratore e denominatore, fonte dei dati e stratificazione.

D11 - Come si può costruire un piano d'azione?
Il piano d'azione dovrebbe essere sviluppato basandosi sulla valutazione di standard, indicatori, commenti e sulle osservazioni che sono stati espressi durante il processo di autovalutazione. Il piano d'azione dovrebbe anche considerare le principali carenze identificate durante la valutazione e riflettere le priorità organizzative.

D12 - Cosa succede al nostro piano d'azione?
Al fine di assicurarne la diffusione ed il monitoraggio, il piano d'azione dovrebbe essere presentato alla direzione aziendale ed essere inserito nel sistema di gestione della qualità dell'ospedale.

D13 - Lo strumento potrà essere utilizzato per fare un benchmarking con altri ospedali?
In questa fase, lo strumento è predisposto per l'utilizzo limitato all'autovalutazione. L'OMS ed i Coordinatori della Rete HPH, stanno considerando un utilizzo futuro dello strumento per il benchmarking.

D14 - Sarà rilasciato un certificato?
No, l'OMS non rilascerà certificati. L'autovalutazione, il miglioramento continuo della qualità e lo sviluppo di piani d'azione non si concluderà con un "promosso" o "bocciato". Ogni ospedale è differente e quindi avrà sviluppato diverse tipologie di piani d'azione. Tuttavia, la Rete Internazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute potrà decidere in futuro di sviluppare un sistema per riconoscere il livello raggiunto, in linea con gli standard e gli indicatori presentati in questo manuale.

3. CONTESTO ED ASPETTI METODOLOGICI

3.1. Ruolo degli ospedali nella promozione della salute

Nei primi anni 90 l'OMS ha dato vita ad un'iniziativa internazionale per sostenere gli ospedali nell'impegno per la promozione della salute. Gli ospedali che fanno parte della Rete Internazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute, si sono posti l'obiettivo di erogare servizi medici ed infermieristici complessivamente di alta qualità introducendo nell'identità aziendale e nella pratica assistenziale di routine[7] attività di promozione della salute per i pazienti, per il personale e per la comunità.
C'è una valida finalità e un'ambiziosa motivazione di salute pubblica nello stabilire strategie di promozione della salute negli ambiti assistenziali[8]. Gli ospedali utilizzano tra il 40% ed il 70% del budget sanitario nazionale, e tipicamente impiegano circa tra l'1% ed il 3% della popolazione lavorativa[9]. Gli ospedali, come luoghi di lavoro sono caratterizzati da una gamma di fattori di rischio di tipo fisico, chimico, biologico e psicosociale. Paradossalmente, negli ospedali, organizzazioni che si prefiggono di ristabilire la salute, la conoscenza dei fattori che mettono a rischio la salute del loro personale è poco sviluppata, nonostante le consolidate prove di efficacia a sostegno della relazione tra salute del personale, produttività e qualità dell'assistenza al paziente[10].
Inoltre, gli ospedali possono determinare un impatto a lungo termine di influenza sul comportamento dei pazienti e dei familiari, i quali risultano essere più sensibili alle informazioni su come migliorare la propria salute in corso di malattia[11]. Dato l'aumento della prevalenza delle patologie croniche in Europa e nel mondo e la bassa adesione ai trattamenti, l'educazione terapeutica sta diventando un aspetto sempre più rilevante[12].
Molti trattamenti ospedalieri, non guariscono, ma piuttosto si prefiggono di migliorare la qualità della vita dei pazienti. Per mantenere questa qualità, i pazienti e i familiari devono essere educati e preparati meglio alla dimissione. Mentre la principale responsabilità dell'ospedale per l'assistenza ai pazienti si esaurisce con la procedura di dimissione, è importante sottolineare che in una prospettiva di sistema sanitario, se i pazienti fossero educati meglio ed i relativi erogatori di assistenza sanitaria e sociale partecipassero, potrebbe essere evitato un gran numero di reingressi o complicanze.
Gli ospedali utilizzano una vasta gamma di beni e producono considerevoli quantità di rifiuti e sostanze pericolose. L'introduzione di strategie per la promozione della salute, può contribuire a ridurre l'inquinamento ambientale e favorire l'acquisizione di semilavorati e prodotti finiti realizzati localmente nel rispetto dell'ambiente.
Infine, in qualità di istituzioni di ricerca e didattica, gli ospedali producono, raccolgono e diffondono una gran mole di conoscenze, possono avere un impatto sulle strutture sanitarie locali ed influenzano la pratica professionale anche in altre realtà.

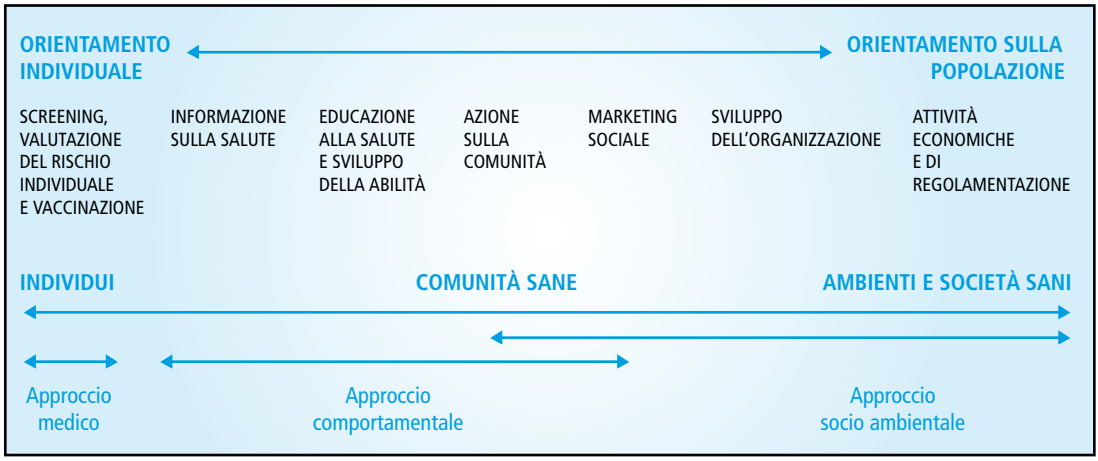
[7]Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization, 1998 (http://www.who.int/hpr/nph/docs, accessed 08 May2006).
[8]Tonnesen H, Fugleholm AM, Jorgensen SJ. Evidence for health promotion in Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 22-47 (http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf accessed 08 May 2006).
[9]Mckee M, Healy J, eds. Hospitals in a changing Europe. Oxford, Open University Press, 2001.
[10]Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002 Oct 23-30;288(16):1987-93.
[11]Ogden J. Health Psychology: A Textbook. Oxford, Open University Press, 1996.
[12]Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies. Geneva, World Health Organization, 2003
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf, accessed 08 May 2006.).

3.2. Concettualizzazione della promozione della salute

Il termine promozione della salute spesso non è chiaramente distinto da termini come prevenzione delle malattie, educazione sanitaria o empowerment[13]. Lo scopo della prevenzione delle malattie è stato definito nel Glossario della Promozione della Salute, come "l'insieme delle misure necessarie non solo a prevenire l'insorgenza della malattia, quali la riduzione dei fattori di rischio, ma anche ad arrestarne la progressione e ridurne le conseguenze una volta che si è manifestata". La stessa fonte, definisce lo scopo dell'educazione alla salute come quello di favorire "l'opportunità di apprendimento progettata in maniera consapevole, utilizzando alcune forme di comunicazione strutturate per migliorare l'alfabetizzazione sulla salute, e lo sviluppo di capacità che conducono alla salute individuale e della comunità". L'empowerment e la promozione della salute, fanno riferimento al più esteso concetto illustrato nella Carta di Ottawa come "il processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla"[14].

Nella pratica questi termini sono frequentemente utilizzati in modo complementare o intercambiabile e le misure per la loro implementazione possono sovrapporsi, tuttavia, ci sono differenze concettuali rilevanti riguardanti l'orientamento e l'impatto delle azioni di promozione della salute (Figura 1):

Figura 1: Strategie per la promozione della salute[15]



Mentre l'approccio medico è rivolto ai fattori di rischio fisiologici, (ad esempio l'ipertensione arteriosa, lo stato immunitario), l'approccio comportamentale è rivolto ai fattori legati agli stili di vita (ad esempio il fumo, la sedentarietà) e l'approccio socio-ambientale è rivolto alle condizioni generali (come disoccupazione, basso livello di istruzione, povertà). La promozione della salute di conseguenza comprende gli approcci clinici per la cura degli individui, ma va ben oltre. Mentre riconosciamo differenti scuole teoriche dietro l'uso di questi termini, questo manuale fa riferimento solamente alle attività di promozione della salute, intendendo trattare entrambe le azioni concrete, quali la valutazione dei pazienti e l'assicurazione di specifiche informazioni a sostegno dell'identificazione dei sintomi di malattia, ma anche gli interventi più complessi come il supporto al paziente nell'esercitare un ruolo attivo nella gestione della propria condizione. Da questo manuale sono escluse le attività come lo screening e la vaccinazione, per le quali esistono criteri diversi di qualità. Vi è la consapevolezza che gli standard qui presentati, non riguardano l'intera gamma delle attività connesse alla Rete Internazionale OMS degli Ospedali per la Promozione della Salute. Gli standard orientati al miglioramento della salute della comunità ed agli aspetti ambientali degli ospedali possono essere sviluppati in una fase successiva.

Inoltre, gli standard di questo documento non riguardano tutte le dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria. La qualità dell'assistenza, definita come "il livello con il quale i servizi sanitari rivolti agli individui e alla popolazione aumentano la probabilità di ottenere gli esiti di salute desiderati e sono coerenti con la conoscenza professionale corrente"[16], può essere suddivisa in differenti dimensioni di qualità, come l'assistenza clinica, la centralità del paziente, l'orientamento al personale, la governance responsabile o l'efficienza. Gli standard e gli indicatori descritti in questo documento, fanno riferimento solamente alla dimensione di promozione della salute della qualità dell'assistenza sanitaria.

Una prospettiva multidisciplinare nella valutazione della qualità si trova all'interno dello strumento di valutazione della perfomance orientato al miglioramento della qualità negli ospedali (PATH)[17].

[13]Per le definizioni complete e ulteriori riferimenti bibliografici vedere il Glossario nella Sezione 7.
[14]Ottawa Charter for Heatlh Promotion. Geneva , World Health Organization, 1986.
[15]Bensber M. What are health promoting emergency departments? Melbourne, Department of Human Services, Victoria State Government, 2000.
[16]Glossary. European Observatory on Health Systems and Policies. (http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage , accessed 08 May 2006).
[17]Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions. Report on a WHO Workshop, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/document/e78873.pdf , accessed 09 May 2006).

3.3. Valutazione della qualità interna ed esterna

Gli approcci per la valutazione della qualità possono essere genericamente raggruppati in valutazione interna ed esterna. La valutazione interna fa riferimento alla valutazione fondata su un giudizio o un'autovalutazione istituzionale basata su standard. La valutazione esterna è da mettere in relazione alla verifica da parte di esperti o all'accreditamento[18].

Gli standard e gli indicatori di performance possono essere utilizzati sia per la valutazione interna ed il monitoraggio continuo nel tempo che per la valutazione esterna e l'analisi comparativa della performance (come il benchmarking). L'autovalutazione e l'accreditamento sono le più comuni forme di valutazione rispettivamente, interna ed esterna.

L'**autovalutazione** è un processo utilizzato dalle organizzazioni sanitarie per valutare accuratamente il livello di performance in relazione agli standard stabiliti e per implementare azioni finalizzate al miglioramento continuo. L'autovalutazione può riguardare tutte le attività ospedaliere o può focalizzarsi su aspetti specifici, come la promozione della salute. Ciò permette al personale di identificare le aree di buona pratica e le aree dove invece è richiesto un miglioramento. Il personale ospedaliero può quindi definire le priorità e pianificare le azione necessarie o riproporre le buone pratiche in altri reparti dell'ospedale.

L'**accreditamento** è basato normalmente anche sull'autovalutazione ma è seguito da un processo esterno di revisione tra pari. La valutazione esterna risulta tipicamente una valutazione complessiva della qualità ospedaliera, nell'identificazione delle aree di priorità per il miglioramento e, qualora il livello di qualità richiesto venga garantito, si esprime con una dichiarazione formale di accreditamento dell'ospedale. In molti Paesi, l'accreditamento comporta importanti risvolti di carattere legale, finanziario e di mercato.

Numerose evidenze dimostrano che l'autovalutazione contribuisce in molti modi agli obiettivi della garanzia di qualità. È un sistema a basso costo che guida i cambiamenti nel comportamento individuale così da aumentare l'adesione agli standard, fa emergere le aree di miglioramento, stimola il contributo dei partecipanti e rende più efficace la comunicazione tra supervisori e collaboratori[19].

Una domanda importante che riguarda l'autovalutazione è se gli autovalutatori interni giudichino oggettivamente sé stessi. L'esperienza maturata con le procedure di autovalutazione ha insegnato che gli ospedali che erogano un buon livello di performance risultano solitamente più critici rispetto a quelli di livello inferiore. Gli ospedali che adottano la strategia del miglioramento continuo della qualità, sono più sensibili al potenziale miglioramento rispetto agli altri[20]. Ad esempio, uno studio sull'autovalutazione ha mostrato che nel contesto degli errori di terapia e del lavoro di gruppo, i gruppi più efficienti riportavano più errori rispetto a quelli più carenti. Per approfondire ulteriormente questo aspetto i leader dei gruppi sono stati intervistati e si è riscontrato che i leader autoritari e "dittatoriali" guidavano i gruppi peggiori, che hanno riportato, forse non sorprendentemente, meno errori. Le attività di autovalutazione sono quelle più soggette a errori sistematici che andrebbero considerati nell'interpretazione dei risultati.

Ci sono due principali lezioni importanti da apprendere attraverso il processo di autovalutazione: il miglioramento della qualità necessita della disponibilità di dati sulla performance e di una cultura del miglioramento. Senza dati sulla performance, misurati da standard ed indicatori, non può essere individuata nessuna chiara iniziativa per il miglioramento della qualità. Analogamente, senza una cultura di partecipazione e sostegno, anche se sono disponibili i dati sulla qualità dell'assistenza, i propositi sul miglioramento della qualità non possono essere implementati. Sfortunatamente, molti dati sono spesso raccolti senza essere utili o utilizzati per iniziative di miglioramento della qualità.

In questo caso, la raccolta dei dati sottrae tempo e risorse da altre attività, con conseguenze sulla qualità dell'assistenza.

La strategia di autovalutazione è una strategia di incoraggiamento e di educazione, per aiutare le organizzazioni sanitarie a sviluppare dei propri processi di miglioramento continuo della qualità. Non è intenzione dell'OMS usare gli standard e gli indicatori per valutare formalmente, accreditare o classificare i singoli ospedali appartenenti alla Rete degli Ospedali per la Promozione della Salute. Lo scopo principale dello sviluppo degli standard è quello di fornire uno strumento che possa supportare gli ospedali nella valutazione e nel miglioramento delle attività di promozione della salute. Tuttavia, gli ospedali membri della Rete degli Ospedali per la Promozione della Salute, sono fortemente incoraggiati ad usare lo strumento di autovalutazione. Dal momento che gli standard sono considerati di dominio pubblico, tutte le agenzie di qualità e gli enti di accreditamento dovrebbero includere all'interno degli standard che utilizzano quelli per la promozione della salute negli ospedali.

[18]Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the EXPERT project. International journal for quality in health care , 2000, 3: 169-175.

[19]Bose S, Oliveras E, Edson WN. How can self-assessment improve the quality of healthcare? Operations Research Issue Paper 2(4). Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance (QA) Project, Bethesda, MD and JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD. 2001.

[20]Edmondson AC. Learning from mistakes is easier said than done: group and organizational influences on the detection and correction of human error Journal of Applied Behavioural Sciences, 1996. 32: 5-28.

3.4. Gli standard per la promozione della salute

In molti Paesi, le agenzie per la qualità hanno sviluppato standard di qualità per l'assistenza ospedaliera. Importanti agenzie sono presenti ad esempio in Australia, (Austrialian Council on Healthcare Standards – ACHS); Canada (Canadian Council on Health Services Accreditation – CCHSA); Francia (Haute Autorité de Santè – HAS); Regno Unito, (Health Quality Services – HQS); Stati Uniti d'America (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations – JCAHO)[21]. Inoltre, standard internazionali sono stati sviluppati ad esempio dall'International Organization for Standardization e dalla divisione internazionale di JCAHO, Joint Commission International (JCI). Mentre molte di queste agenzie puntano a definire un set di standard, altre organizzazioni di qualità, come l'European Foundation for Quality Management, mirano al raggiungimento dell'eccellenza[22].

Una revisione degli standard sviluppati dalle maggiori agenzie di accreditamento, ha mostrato una limitata relazione con le attività di promozione della salute[23]. Gli standard per la promozione della salute dell'OMS in linea con la filosofia generale del miglioramento continuo della qualità nelle organizzazioni sono stati dunque sviluppati in modo complementare agli standard di accreditamento esistenti. In generale: sebbene gli standard siano largamente utilizzati nelle unità cliniche centrali (ad esempio, laboratori, radiologia, endoscopia, servizi di emergenza territoriale, sale operatorie), non sono universalmente accettati dai professionisti sanitari, a causa del loro limitato orientamento al paziente e ai risultati clinici.

I modelli di eccellenza, sono costruiti tipicamente su standard dell'organizzazione e quando sono applicati alla sanità, mancano di standard relativi ai processi di assistenza al paziente. Alla luce del forte orientamento all'utente ed al personale impliciti in alcuni modelli, gli standard di promozione della salute dell'OMS potrebbero essere visti come un'integrazione necessaria.

Gli standard di accreditamento sono stati applicati agli ospedali in molti Paesi e in parte riguardano alcune componenti dell'educazione del paziente, sebbene siano privi di orientamento alla salute del personale. Gli standard dell'OMS possono essere complementari a questo approccio con un orientamento più forte verso il ruolo del paziente nella gestione della cronicità e finalizzato al miglioramento della salute del personale.

Contenuto degli standard

Gli standard prendono in considerazione il potenziale di salute degli individui ed evidenziano l'importanza di essere implementati attraverso l'informazione, la motivazione, il counselling, l'addestramento o altre attività per la realizzazione del potenziale di salute. Dal momento che informazione, educazione e counselling comportano un rilevante cambiamento comportamentale solamente se sostenuti da norme, regole e culture predominanti, gli interventi di promozione della salute nelle organizzazioni devono essere orientati ai fattori illustrati a seguire. Basandosi sulla filosofia della Rete degli Ospedali per la Promozione della Salute, gli standard non riguardano l'assistenza al paziente ma anche la salute del personale ed i collegamenti dell'ospedale con la comunità e con lo sviluppo dell'organizzazione. Il contenuto degli standard è stato definito basandosi sulla filosofia della Rete degli Ospedali per la Promozione della Salute, sulle prove di efficacia sulle attività di promozione della salute negli ospedali e sulle evidenze di implementazione nella gestione della qualità all'interno delle organizzazioni. Gli standard si applicano a tutti i settori dell'organizzazione sanitaria, direttamente o indirettamente coinvolti nell'assistenza al paziente, come per esempio: gli ospedali pubblici e privati, i reparti di riabilitazione, e possono anche essere applicati ad ospedali psichiatrici o pediatrici.

Gli standard rappresentano gli obiettivi di qualità dell'organizzazione ospedaliera, correlati a tre differenti prospettive: la prospettiva clinica, la prospettiva del paziente e la prospettiva dell'organizzazione/della direzione (Figura 2):

Figura 2 : Prospettiva clinica, del paziente e gestionale

[21]Quality and accreditation in health care services. A global review. ISQuA and WHO. Geneva, Word Health Organization, 2003. (EIO/OSD/2003) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf , accessed 08 May 2006).

[22]Möller J. The EFQM excellence model. German experiences with the EFQM approach in health care. International Journal for Quality in Health Care, 2001, 13 (1): 45-49.

[23]Developing standards for Health Promotion in Hospitals. Background paper for the 1st Workshop on Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (5038045/5).

Processo di sviluppo

A partire dalle proposte di un gruppo di lavoro della Rete degli Ospedali per la Promozione della Salute danese, è stato istituito un gruppo di lavoro dedicato allo sviluppo degli standard di promozione della salute. I cinque standard descrivono i principi e le azioni che dovrebbero rientrare nell'assistenza di ogni ospedale[24]. Essi sono stati sviluppati nel rispetto dei requisiti internazionali del programma ALPHA, che include: revisione critica della letteratura, proposte di standard, revisione degli standard, bozza preliminare di standard, sperimentazione pilota, sviluppo degli standard definitivi, implementazione e revisione continua e aggiustamento in risposta ai cambiamenti nell'evidenza e nell'erogazione dell'assistenza sanitaria[25].

Una revisione della letteratura ha dimostrato che gli standard esistenti sono indirizzati solo marginalmente alla tematica della promozione della salute negli ospedali. Una volta raggiunto un accordo sulle cinque dimensioni degli standard richiesti, è stato sviluppato un elenco di sottostandard per rendere operativo il contenuto normativo degli standard. I sottostandard sono basati sulla migliore evidenza disponibile sulle azioni di promozione della salute. Successivamente sono stati formulati gli elementi misurabili per aumentare la validità e l'affidabilità della procedura di valutazione. Essi necessitano di essere documentati attraverso specifiche evidenze per la valutazione (se il sottostandard per "identificare le responsabilità per la valutazione e la realizzazione della promozione della salute" è valutato positivamente, ciò deve essere documentato ad esempio attraverso una relazione che delinea queste responsabilità). L'obiettivo degli elementi misurabili e delle evidenze è perciò di ridurre i possibili errori sistematici che possono presentarsi nella procedura di valutazione.

Gli elementi misurabili sono valutati come "si, in parte o no", ma l'importanza di aggiungere un'informazione qualitativa alla valutazione è evidenziata nel riquadro posto sotto ogni elemento misurabile che consente di documentare l'evidenza, ad esempio analizzando perché l'elemento misurabile è stato solo valutato come "in parte o no", o di aggiungere qualche informazione che potrebbe essere importante per lo sviluppo del piano di miglioramento della qualità. Mentre in una valutazione esterna la soddisfazione consiste nel raggiungimento di un determinato standard, per il miglioramento della qualità interna è invece più importante incrementare la conoscenza su come la qualità potrebbe essere migliorata ulteriormente. L'informazione qualitativa contenuta nel riquadro contribuisce a supportare questa finalità.

Gli standard, i sottostandard e gli elementi misurabili, sono stati introdotti sperimentalmente in 36 ospedali in nove Paesi europei[26]. Lo scopo principale della sperimentazione pilota, era di valutare se gli standard fossero percepiti come rilevanti ed applicabili dai professionisti sanitari in differenti tipologie di ospedali dei Paesi europei. Inoltre, contemporaneamente è stato valutato il rispetto degli standard al fine di delinearne il loro possibile impatto.

Contemporaneamente gli standard preliminari sono stati inviati per commenti e suggerimenti alle agenzie internazionali di accreditamento e ad altre agenzie che si occupano del miglioramento della qualità in sanità.

Introduzione agli standard

Ogni standard ha tre livelli (Figura 3):

Il livello uno è il livello dello standard stesso. I cinque standard riguardano: politica di gestione, valutazione del paziente, informazione e intervento, promozione di un posto di lavoro sano e continuità e la cooperazione.

Il livello due è il livello dei sottostandard. I sottostandard rendono operativo lo standard e lo suddividono nei suoi componenti principali. Complessivamente ci sono 24 sottostandard; il numero di sottostandard per standard può variare da 4 a 6.

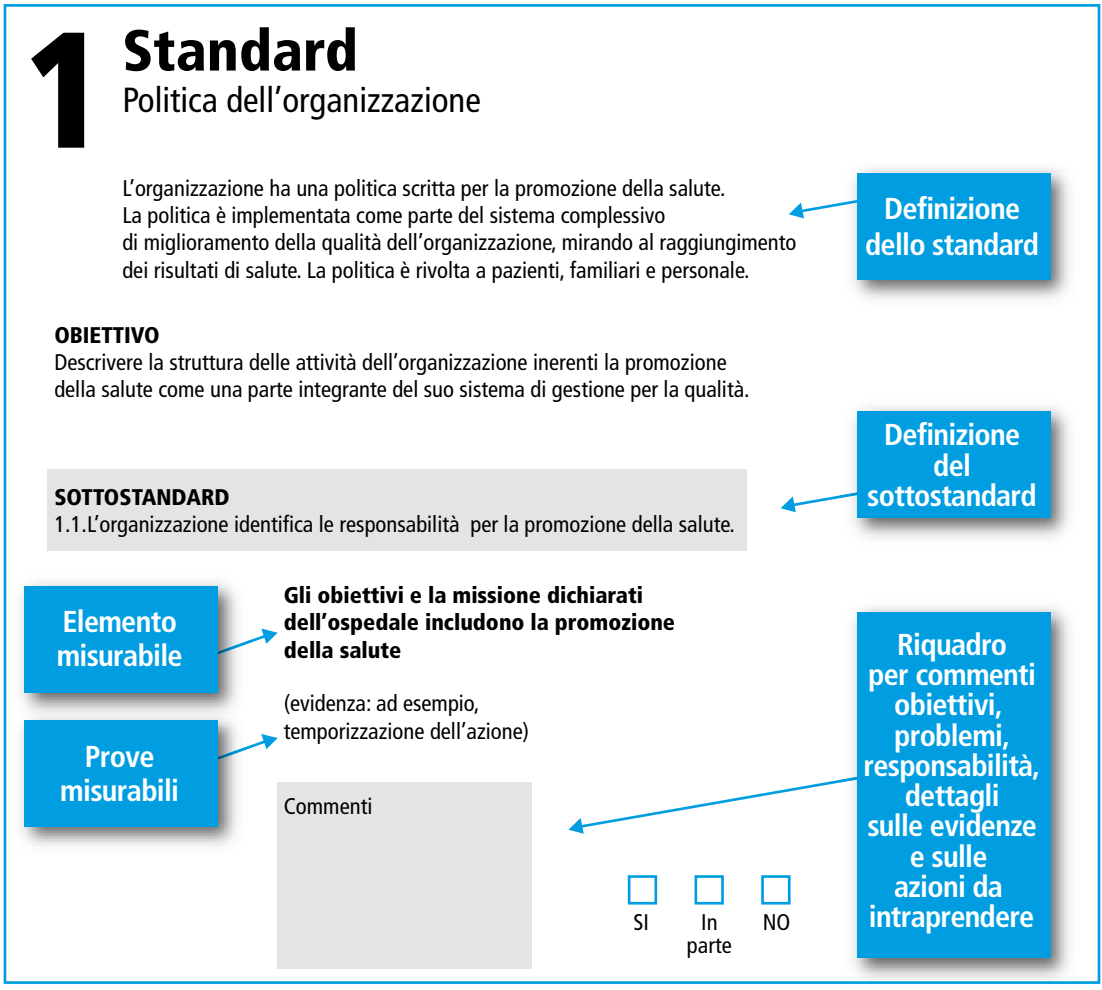
Il livello tre sono gli elementi misurabili. Gli elementi misurabili descrivono sinteticamente cosa è richiesto per rispettare pienamente lo standard. Con la definizione degli elementi misurabili, si intende spiegare gli standard ed aiutare le organizzazioni a formare il personale sugli standard e prepararlo per il raggiungimento dell'accreditamento. Gli elementi misurabili sono quei requisiti dello standard che saranno revisionati e valutati come non raggiunti, parzialmente raggiunti o pienamente raggiunti. Ci sono complessivamente 40 elementi misurabili, il numero di elementi misurabili per standard varia da 6 a 10.

[24]Developing standards for health promotion in hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphstandardsfinrpt.pdf , accessed 08 May 2006).

[25]International Standards for Health Care Accreditation Bodies. Internacional Society for Quality in Health Care (http://www.isqua.org/isquaPages/Accreditation/ISQualAPPrinciplesV2.pdf, accessed 08 May 2006).

[26]Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Moeller L, Garcia-Barbero M. Results of a pilot test of standards for health promotion in nine European countries. International Journal for Quality Assurance in Health Care, 2005, 18 (4): 300-307 (www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm , accessed 08 may 2006).

Figura 3: La struttura a tre livelli degli standard per la promozione della salute negli ospedali



3.5. Indicatori per la promozione della salute

Per completare gli standard e disporre di uno strumento di misurazione quantitativa per valutare il miglioramento continuo, sono stati sviluppati degli indicatori di performance. Se le strutture e i processi raccomandati nella formulazione degli standard sono presenti, gli indicatori aiutano a colmare il divario nella valutazione degli esiti attesi, se le strutture e i processi individuati nella formulazione dello standard sono adeguati. Rispetto agli standard, gli indicatori forniscono una base quantitativa per la valutazione, il monitoraggio e il miglioramento dell'assistenza e possono assistere i professionisti sanitari e i manager nella definizione degli obiettivi da raggiungere e nella valutazione dei progressi delle attività di miglioramento della qualità.

Definizione e caratteristiche degli indicatori

Gli indicatori possono servire a scopi molto differenti, ad esempio per documentare la qualità dell'assistenza, confrontare nel tempo diverse strutture, formulare giudizi e identificare priorità, sostenere responsabilità, regolamentazione e accreditamento, sostenere il miglioramento della qualità e la scelta del paziente tra gli erogatori[27].
Gli indicatori, di conseguenza, possono essere usati per finalità interne o esterne. Le finalità interne sono correlate alle varie funzioni gestionali dell'ospedale inteso come organizzazione che eroga servizi sanitari, quali il monitoraggio, la valutazione ed il miglioramento delle funzioni a breve termine o a lungo termine (strategia). Le finalità esterne sono correlate a rendere conto ai portatori di interesse, come il soggetto finanziatore (assicurazione privata o Stato), i pazienti/consumatori e il pubblico in generale.

[27]Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health care, 2003, 15 (6): 523-530.

Gli indicatori sono prevalentemente orientati al processo e alla dimensione di esito dell'assistenza, sebbene possano anche essere correlati agli aspetti strutturali (proporzione di medici specialisti rispetto agli altri medici). Essi possono essere descritti in vari modi, come un tasso (numero di eventi in una determinata popolazione su denominatore confrontabile), una proporzione (percentuale di eventi in una determinata popolazione), un rapporto (relazione tra due proporzioni), un valore medio (punteggio di un'indagine) o un numero assoluto. Gli indicatori possono anche riferirsi ad eventi sentinella, come ad esempio fenomeni che sono intrinsecamente indesiderabili, per i quali ogni evento potrebbe innescare un'approfondita indagine. Un esempio classico di evento sentinella è l'intervento chirurgico sul lato sbagliato. Tali errori possono essere generici (ad esempio la proporzione di reingressi non previsti in sala operatoria) o specifici per patologia (ad esempio la proporzione di pazienti con infarto miocardio trattati con beta-bloccante entro 24 ore dal ricovero).
In questo strumento di autovalutazione per la promozione della salute negli ospedali, gli indicatori forniscono una misurazione quantitativa per valutare il miglioramento nel tempo di determinati processi ed esiti chiave rispetto ad indicatori scelti di promozione della salute. Essi hanno il significato di sostenere internamente la gestione continua della qualità, e non di sostenere decisioni di responsabilità. Tuttavia, in prospettiva futura, essi potranno essere usati per il confronto delle attività di promozione della salute, una volta dimostratisi scientificamente validi e utili per la valutazione ed il miglioramento delle attività di promozione della salute.

Correlare gli indicatori alla prestazione

Un indicatore fornisce informazioni su una specifica tematica, mentre un insieme di indicatori può fornire informazioni su un fenomeno complesso (ad esempio la qualità dell'assistenza) di per sé non facilmente comprensibile. La loro validità sta nella forza della relazione tra l'elemento misurabile e il fenomeno rappresentato. Gli indicatori sono solo misure e non giudizi di merito. Un singolo indicatore non può essere utilizzato per giudicare la performance di un ospedale, ma un certo numero di indicatori convergenti può farlo. Ulteriori informazioni come riferimenti o variabili esplicative, necessitano di essere considerate per formulare un giudizio sulla base di un indicatore. Ad esempio, una degenza media di dieci giorni per l'ictus è da considerarsi un risultato positivo o negativo? La risposta a questa domanda dipende dalla media della degenza nel Paese, dalla disponibilità di posti letto di riabilitazione, o dalla gravità delle condizioni dei pazienti ricoverati in ospedale per ictus, dalle condizioni cliniche al momento della dimissione, dal sostegno assicurato dall'ospedale o organizzato dall'ospedale dopo la dimissione ecc.

Utilizzare gli indicatori per il benchmarking

Gli indicatori possono essere utilizzati per mettere a confronto le prestazioni tra ospedali. Un notevole sforzo deve essere fatto per elaborare indicatori, ottenere definizioni chiare (numeratore e denominatore), e aggiustare il confronto per i potenziali fattori confondenti. Un confronto tra tassi di mortalità per esempio non può essere fatto senza standardizzare i risultati per età, gravità e comorbidità. Tuttavia, anche dopo un aggiustamento complessivo del rischio avvalendosi di tecniche di statistica multifattoriale, può persistere una variazione residua non giustificata e ciò costituisce un limite alla validità del confronto.
È opportuno differenziare i semplici confronti dal concetto di benchmarking. Mentre il confronto è il termine più usato per mettere in relazione misure tra di loro, il benchmarking implica il confronto fra il risultato di valutazioni di un'organizzazione con i risultati di altre organizzazioni e l'esame dei processi rispetto a quelli di organizzazioni riconosciute come di eccellenza, quali mezzi per la realizzazione dei miglioramenti. Il benchmarking, perciò, implica (o prevede) di confrontare, riconoscere l'eccellenza e infine esaminare i fattori che hanno reso eccellente per l'aspetto considerato un'organizzazione, nel raffronto con le altre.

Sviluppare degli indicatori di promozione della salute

Sono stati analizzati i comuni modelli di valutazione della prestazione per identificare gli indicatori connessi alla promozione della salute attualmente in uso, e solo pochi sono risultati significativi per la promozione della salute. La maggior parte dei 300 indicatori identificati, riguardano l'ambito dell'efficacia clinica[28].
Per completare lo strumento di autovalutazione di promozione della salute negli ospedali successivamente, gli indicatori sono stati sviluppati tramite gruppi di lavoro e metodi fondati sul consenso. Si sono tenuti due incontri internazionali ai quali hanno partecipato esperti di: indicatori, miglioramento della qualità, accreditamento e promozione della salute[29].
Gli indicatori di promozione della salute identificati possono sembrare meno scientifici di altri che sono in uso nella pratica clinica da molto tempo.
Occorre rimarcare che la valutazione delle attività di promozione della salute è ancora un ambito nuovo e che trarrà sicuramente giovamento da ulteriori sviluppi. In relazione alla raccolta dei dati, molti degli indicatori di promozione della salute possono richiedere ulteriore impegno, poiché l'informazione non è generalmente rilevabile attraverso i sistemi informativi disponibili routinariamente. Non di meno questo comporta la possibilità di raccogliere dati più dettagliati per permettere aggiustamenti più efficaci nella fase di confronto o per rispondere meglio alle priorità della propria organizzazione.

[28]Champagne F, Guisset AL. A review of the indicators currently used in performance evaluation systems. Background paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (5038066/9).
[29]Standards for health promotion: development of indicators for a self-assessment tool. WHO Regional Office for Europe, 2003. (http://www.euro.who.int/document/E84988.pdf , accessed 08 May 2006).

Gli indicatori riportati di seguito sono stati selezionati per completare i 5 standard di promozione della salute presentati nello strumento di autovalutazione per la promozione della salute negli ospedali (Tabella 1).

Tabella 1: Visione d'insieme degli indicatori di promozione della salute

STANDARD/DOMINIO	INDICATORE
Politica dell'Organizzazione	% di personale informato sulla politica di promozione della salute % di pazienti e familiari informati sulla politica di promozione della salute % di risorse dedicate alle attività di promozione della salute del personale
Valutazione del Paziente	% di pazienti valutati per fattori di rischio generici % di pazienti valutati secondo linee guida per specifici fattori di rischio di malattia Punteggio nell'indagine di soddisfazione del paziente sulla procedura di valutazione
Informazione e Intervento sul Paziente	% di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione % di pazienti informati sulla modifica del fattore di rischio e sulle opzioni di trattamento della malattia nella gestione delle proprie condizioni Punteggio nell'indagine sull'esperienza del paziente con le procedure di informazione e di intervento
Promuovere un Posto di Lavoro Sano	% di lavoratori fumatori Cessazione del fumo Punteggio nell'indagine sull'esperienza del personale rispetto alle condizioni di lavoro % di assenze di breve durata % di infortuni sul lavoro Punteggio sulla scala del burnout
Continuità e Cooperazione	% di lettere di dimissione inviate al medico di medicina generale o al medico curante entro due settimane o consegnate al paziente al momento della dimissione Tasso di riammissione in ospedale entro cinque giorni per condizioni trattabili in regime ambulatoriale Punteggio dell'indagine sulla preparazione alla dimissione del paziente

Questi indicatori sono descritti con maggiore dettaglio nella Sezione 7. Per ogni indicatore è stata predisposta una scheda descrittiva riguardante i seguenti aspetti: standard, nome, razionale e descrizione, numeratore, denominatore, fonte dei dati, stratificazione e note.

3.6 Utilizzo complementare di standard e indicatori

Gli standard si focalizzano maggiormente sulla struttura e sul processo mentre gli indicatori si riferiscono più al processo e all'esito. Gli indicatori hanno proprietà metriche e richiedono un numeratore e un denominatore. Gli standard necessitano di una chiara definizione ma non devono necessariamente essere espressi in termini numerici.
La relazione tra standard e indicatori è complementare; essi seguono differenti filosofie e possono, se combinati, sostenere le attività di miglioramento della qualità negli ospedali.

Utilizzare standard e indicatori per valutare la qualità

La valutazione basata sugli standard si fonda sull'analisi di appropriatezza, applicabilità e funzionalità di strutture, sistemi e processi per il raggiungimento degli esiti favorevoli attesi. Il principio è che, se gli standard sono raggiunti, tutti gli elementi sono adeguati a ottimizzare le probabilità di buoni risultati (o esiti) per i pazienti, il personale o il pubblico in generale. Gli standard misurano le attività di sostegno della qualità. Le domande da porre, quindi per la valutazione della conformità agli standard sono: "L'organizzazione sta

facendo la cosa giusta?" e "Sta facendo la cosa giusta in maniera consistente?". Tuttavia, la valutazione degli standard non fornisce informazioni sulla reale performance di un'organizzazione.

La valutazione della prestazione basata sugli indicatori, d'altro canto, è una misura di cosa è stato fatto e di quanto bene lo sia stato. Per quanto una misura di performance possa essere una caratteristica strutturale o un processo, idealmente le misure di performance riguardano gli esiti, come gli esiti di salute, lo stato di salute, la soddisfazione del paziente e l'uso delle risorse per l'assistenza.
L'utilizzo di misure di performance è limitato dall'onere di raccogliere e analizzare i dati complessi che necessitano di essere aggiustati per i possibili fattori confondenti. I singoli indicatori sono difficili da interpretare ed è piuttosto la correlazione di indicatori scelti che riflette i potenziali fattori di miglioramento della qualità.
In base alla classificazione di Donabedian, la qualità può essere valutata attraverso struttura, processo e esiti. Anche se a contare in definitiva è più l'esito, nella prospettiva del miglioramento della qualità, è importante studiare la correlazione tra struttura, processo ed esiti. La combinazione di standard complementari e indicatori, permette di comprendere il collegamento tra strutture, processi ed esiti. La non conformità agli standard, può fornire indicazioni su cambiamenti di strutture o processo che potrebbero essere necessari per incrementare le probabilità di esiti positivi. Ad esempio l'informazione su esiti negativi come gli eventi sentinella, è importante per il monitoraggio, ma una volta che l'incidente si è verificato, è troppo tardi per le modifiche.

Utilizzo di standard e indicatori nello strumento di autovalutazione
Nello strumento di autovalutazione dell'OMS, gli standard sono valutati esclusivamente con elementi misurabili. Gli indicatori di promozione della salute, hanno il significato di completare la valutazione della conformità agli standard, riflettendone una sostenuta conformità. Spetta all'ospedale decidere per quale tra gli indicatori complementari dovrebbero essere raccolti dati, ma dovrebbe essere raccolto almeno un indicatore per ogni dominio/sezione. Lo strumento di autovalutazione contiene anche una sezione per indicatori aggiuntivi nella quale dovrebbero essere riportati gli indicatori disponibili di routine rilevanti a livello locale. Se un ospedale sceglie di aggiungere alcuni indicatori, va ricordato che andrebbero descritti in maniera analoga agli indicatori contenuti in questo manuale.
Il principale utilizzo degli indicatori nella procedura di autovalutazione è quello di fornire un livello operativo di partenza per ulteriori azioni di miglioramento della qualità che dovrebbero essere impostate nella definizione del piano di azione per il miglioramento della qualità. Tale livello di partenza, assicurerà un solido supporto per le ripetute misurazioni di prestazione nel tempo.

4. IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO

4.1. Chiarire le responsabilità

È importante evidenziare che la promozione della salute non può essere delegata ad uno specifico ruolo o ad una singola funzione all'interno dell'ospedale, è "responsabilità di tutti in un ospedale", ed i pazienti e ogni membro del personale possono contribuirvi. Come elemento di qualità, le attività di promozione della salute dovrebbero essere valutate dagli standard e dagli indicatori, analogamente agli altri elementi di qualità clinica.
In questo contesto le attività possono essere viste come "valore aggiunto" rispetto alle iniziative di qualità esistenti e l'autovalutazione delle attività di promozione della salute dovrebbe essere integrata all'interno del sistema di gestione della qualità.
È importante sottolineare come tutto il personale deve essere impegnato per il successo del progetto. L'impegno muterà in base all'interesse ed alla motivazione, tuttavia il sostegno al progetto in ospedale ed il senso di appartenenza sono due elementi chiave per il successo. Deve essere identificato il gruppo dedicato al progetto con ruoli e responsabilità chiaramente definiti:

Partner:
Direzione dell'ospedale: Essenziale per il successo di questo progetto è l'impegno del direttore generale, degli organi di governo e dei manager esperti dell'ospedale, per assicurare la definizione del piano d'azione e garantire le risorse per la realizzazione dell'iniziativa.

Responsabile del progetto: È altrettanto cruciale che il responsabile del progetto sia incaricato di guidare il processo all'interno dell'ospedale e formare altro personale per la realizzazione dell'autovalutazione. Teoricamente, questa persona potrebbe essere responsabile anche di altre iniziative di qualità in ospedale, dato che il progetto va portato avanti come qualsiasi altra iniziativa per il miglioramento della qualità.

Responsabile per gli standard di promozione della salute: Il responsabile del progetto dovrebbe nominare una persona referente per ciascuno dei cinque ambiti di promozione della salute (ma le persone referenti possono essere responsabili per più di uno standard). Le persone referenti avranno la responsabilità della valutazione del livello di conformità agli standard ed ai sottostandard. Essi saranno anche responsabili della raccolta delle prove di efficacia a sostegno delle proprie valutazioni. Saranno anche responsabili, in collaborazione con gli altri componenti del comitato guida, della raccolta dei dati sugli indicatori di promozione della salute.

Comitato guida multidisciplinare: Il responsabile del progetto deve nominare un comitato guida multidisciplinare che rappresenti il personale ai diversi livelli. Il comitato dovrà riunirsi regolarmente per discutere i progressi con l'autovalutazione, fare emergere le idee tra le varie discipline e promuovere un maggior senso di appartenenza al progetto. Ogni ospedale dovrà identificare tutti i membri del comitato guida, coerentemente con le caratteristiche della propria organizzazione. Quindi, è consigliabile includere nel comitato guida multidisciplinare le seguenti figure professionali:

- un infermiere esperto che dovrebbe anche essere il responsabile per la qualità/l'audit clinico,
- un medico giovane e uno esperto,
- un esperto di management,
- un membro del personale/risorse umane,
- un membro del personale proveniente da professioni ausiliarie di supporto all'attività clinica (ad esempio, fisioterapista, terapista occupazionale), servizi generali di supporto clinico (ad es. la radiologia) e/o un membro del personale dei servizi generali non clinici.

4.2. Raccogliere i dati

Il personale in ospedale ai diversi livelli, dovrebbe essere coinvolto nella raccolta dei dati e sostenere una risposta collettiva di conformità allo standard. È importante rimarcare come abbia poco valore il fatto che qualcuno completi l'autovalutazione senza il coinvolgimento del personale interessato, in quanto questo può impedire al personale di percepire l'appartenenza e quindi di partecipare efficacemente al processo di apprendimento.
Possono essere usate principalmente tre fonti di dati all'interno dell'ospedale per la valutazione di standard ed indicatori: il sistema informativo di routine, i metodi di indagine, e le procedure di audit. Inoltre, alcuni dati possono essere forniti da partner esterni, come compagnie assicurative che possono disporre di dati sul comportamento sanitario o sul tasso di assenteismo del personale.
I sistemi informativi di routine possono includere informazioni per alcuni standard e indicatori di promozione della salute; in particolare potrebbe essere utile un sistema informatico della gestione della documentazione del paziente che permetta di recuperare informazioni su particolari valutazioni dei bisogni o di attività di promozione della salute.
Le banche dati amministrative possono fornire informazioni sugli indicatori di promozione della salute relativamente al posto di lavoro. Ovunque siano disponibili dati da fonti routinarie, questi dovrebbero essere utilizzati per l'autovalutazione, al fine di ridurre il carico di lavoro nella raccolta dati. Tuttavia, il tipo di informazione contenuta in tali banche dati potrebbe non essere eccessivamente specifico rispetto alla finalità di valutazione sulle tematiche di promozione della salute. Inoltre, potrebbe emergere scarsa flessibilità nell'adattarsi ad altri utilizzi.

Per una gamma di indicatori di promozione della salute dovrebbe essere attuata un'apposita indagine. Potrebbe trattarsi di un'indagine sull'esperienza dei pazienti, ma anche sull'esperienza dei membri del personale. Visto che le indagini dovrebbero essere svolte solamente utilizzando metodi validati ed attendibili, che potrebbero impegnare delle risorse, l'utilizzo di indagini dovrebbe essere limitato il più possibile. In alternativa, si dovrebbe prendere in considerazione l'incorporazione degli elementi richiesti per la valutazione degli standard e degli indicatori di promozione della salute nelle indagini di valutazione del paziente e del personale già esistenti.
Un audit sulle documentazioni cliniche, è indicato per valutare alcuni standard orientati alla valutazione del paziente e all'informazione e intervento. I dettagli da seguire per le procedure di audit sono elencati a seguire.

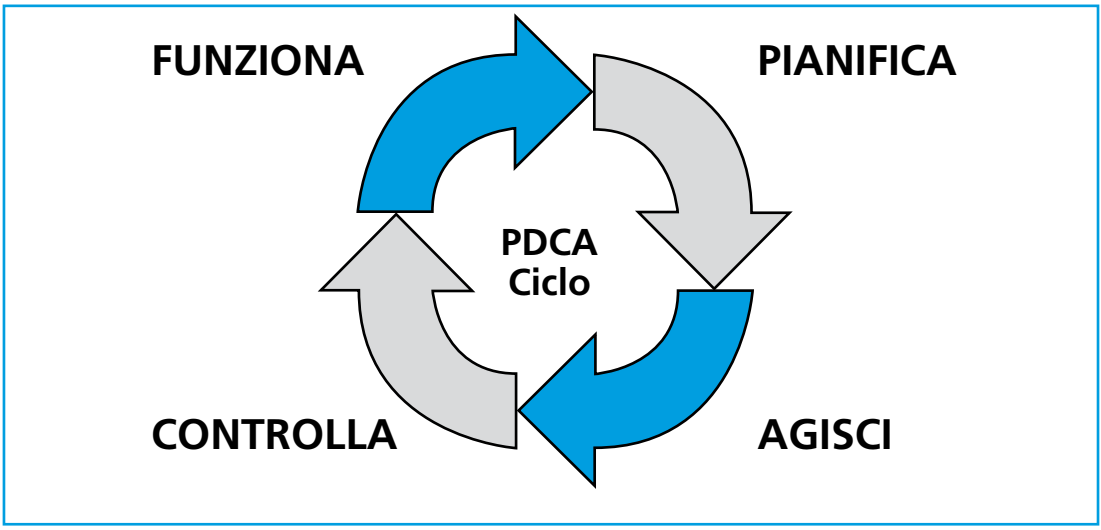
Standard
Gli standard che riguardano il livello della direzione e quelli che riguardano l'ospedale (politica dell'organizzazione, promozione di un posto di lavoro sano, continuità e cooperazione) dovrebbero essere valutati dalla direzione dell'ospedale o, qualora esistente, dal comitato per la qualità. Gli standard per le attività cliniche (valutazione del paziente, informazione ed intervento) dovrebbero essere valutati a livello di unità operative cliniche. Si consiglia di scegliere con randomizzazione 50 cartelle per la valutazione di pazienti dimessi che sono stati ricoverati nei 3 mesi precedenti. Il gruppo di audit dovrebbe essere un gruppo multidisciplinare di professionisti con una buona conoscenza sulla documentazione utilizzata routinariamente dall'unità operativa. Il termine "documentazione clinica del paziente" include ogni tipo di documentazione clinica (cartella clinica, cartella infermieristica, note dei terapisti e dei dietisti) che deve essere inclusa nella valutazione della conformità dell'ospedale agli standard.

Indicatori
Gli indicatori devono essere riportati nello strumento di autovalutazione. Comunque il processo di raccolta dei dati per la costruzione degli indicatori deve essere realizzato separatamente. È compito dell'ospedale decidere quale indicatore scegliere, tuttavia, dovrebbe essere registrato almeno un indicatore per completare ognuno dei cinque standard.
Gli indicatori devono essere riportati nello strumento di autovalutazione per sviluppare un piano d'azione basato sulla valutazione sia della conformità agli standard che del livello di raggiungimento degli indicatori. Sono necessarie ripetute misurazioni degli indicatori nel tempo, al fine di riconoscere i cambiamenti dell'indicatore. È consigliabile la raccolta dei dati sugli indicatori con frequenza semestrale.

4.3. Interpretazione dei risultati
Le misurazioni di qualità richiedono di riassumere i dati sull'assistenza sanitaria erogata ai pazienti e di esprimere i risultati come un tasso, un rapporto, una frequenza, una distribuzione, o un punteggio per la realizzazione media.
Le misurazioni spesso sono composte da un numero e da un'unità di misura con il numero che definisce la magnitudo e l'unità di misura che definisce il contesto per l'interpretazione del numero. È difficile interpretare il risultato di una misurazione di qualità come positivo o negativo, a meno che non esista per questo uno standard di confronto. I differenti tipi di confronto sono il confronto esterno in un determinato momento con erogatori simili, il confronto interno nel tempo (confrontando i punteggi prima e dopo le azioni per il miglioramento della qualità), e lo standard prescrittivo (ad esempio gli obiettivi definiti dal piano sanitario regionale).
Esistono standard di cura consolidati per alcune aree di trattamento sanitario e di servizi. In questi casi, è possibile concludere che una criticità sulla qualità può essere o meno presente. Dove manca lo standard di cura, i risultati possono essere significativi se confrontati con gli obiettivi definiti come quelli identificati dall'organizzazione che implementa la misura o gli obiettivi nazionali. È raccomandabile discutere i risultati dell'autovalutazione non solo all'interno dell'ospedale, ma anche con gli altri ospedali che hanno effettuato un'autovalutazione sulle attività di promozione della salute.

4.4. Sviluppare un piano di miglioramento della qualità
Nel realizzare questo progetto si raccomanda di seguire il ciclo "pianifica – agisci – controlla – funziona"(Plan-do-check-act, PDCA). Il ciclo PDCA è stato originariamente concepito da Walter Shewhart negli anni 30, e più tardi adottato da W. Edgards Deming. Il modello fornisce una cornice per il miglioramento di un processo o di un sistema. Può essere utilizzato per guidare il progetto di miglioramento nella sua globalità, o per sviluppare specifici progetti una volta che le aree chiave di miglioramento sono state identificate.
Il ciclo PDCA è disegnato per essere usato come un modello dinamico (Figura 4). Il completamento di un ciclo, porta a iniziare il successivo. Seguendo lo spirito del miglioramento continuo della qualità, il processo può sempre essere rianalizzato e può iniziare una nuova fase di cambiamento.

Figura 4: Ciclo: Pianifica – Agisci – Controlla – Funziona



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 quanto bene si sta lavorando. Ciò sta realmente conducendo al miglioramento nella modalità auspicata? Si devono stabilire le diverse misure attraverso le quali monitorare il livello di miglioramento.

FUNZIONA: Adottare il cambiamento, abbandonarlo, o ripercorrere il ciclo nuovamente.

Nelle procedure di autovalutazione, ogni sezione dello strumento contiene una casella di testo dove le azioni per il miglioramento della qualità, identificate attraverso la valutazione di standard ed indicatori, devono essere documentate e vanno stabilite le responsabilità per l'azione. Inoltre, si richiede di documentare la temporizzazione dell'azione e il suo risultato atteso. La sezione finale dello strumento di autovalutazione contiene un'altra casella di testo dove saranno riportate le attività complessive di miglioramento della qualità e le azioni correlate a specifici standard.
Spetta al responsabile del progetto assieme al comitato guida multidisciplinare di compilare i dati il più accuratamente possibile e, allo stesso modo, ed essere realista sulle possibili azioni di miglioramento della qualità al fine di ottenere il sostegno dell'alta direzione nella realizzazione del proposito. Quando l'autovalutazione è completata, il comitato guida sarà in grado di identificare aree di buona pratica e aree di miglioramento, rispetto alle quali l'ospedale non risulta conforme a standard o sottostandard. Un piano di azione per affrontare questi aspetti può essere sviluppato in seguito. È importante che le azioni contenute nel piano siano correlate alle priorità o agli obiettivi nazionali e locali e alle risorse proprie a disposizione dell'ospedale. Il piano d'azione dovrebbe essere integrato nel sistema di gestione ospedaliero già esistente per monitorarne lo sviluppo.
Dopo la riuscita identificazione delle potenzialità di miglioramento, la pianificazione e la realizzazione delle attività, ulteriori autovalutazioni dovrebbero essere effettuate per continuare il ciclo di miglioramento della qualità. Quando un intero ciclo PDCA è completato, un progetto nuovo e leggermente più complesso può essere affrontato per il miglioramento continuo e progressivo dei servizi.

Responsabilità dell'autovalutazione

In questa sezione devono essere documentate le responsabilità dell'autovalutazione. Una persona deve assumere la responsabilità complessiva (leader del progetto); possono essere assegnate responsabilità aggiuntive per i vari standard secondo la struttura dell'ospedale e delle risorse umane disponibili (ad esempio, la valutazione degli standard 1 e 5 può essere affidata a personale esperto della direzione ospedaliera, mentre la valutazione dei rimanenti standard può essere affidata a operatori dei servizi clinici). Ogni membro deve sottoscrivere un accordo per confermare che provvederà a raccogliere o a supervisionare la raccolta dei dati.
Il piano d'azione dovrebbe essere discusso e progettato da tutto il gruppo costituito. Il leader del progetto approva il piano d'azione e ne favorisce la sua implementazione. Il piano d'azione deve essere presentato alla direzione.

Leader del progetto

(Ha la responsabilità di supervisionare tutto il processo di autovalutazione e presentazione dei risultati)

Nome

Funzione

Data / /

Firma

Membri del gruppo di lavoro

Nome	Unità operativa Dipartimento	Titolo Funzione	Professione Disciplina

Leader del progetto per lo Standard 1: Politica dell'organizzazione

Nome _____

Funzione _____

Data _____

Firma _____

Leader del progetto per lo Standard 2: Valutazione del paziente

Nome _____

Funzione _____

Data _____

Firma _____

Leader del progetto per lo Standard 3: Informazione e intervento sul paziente

Nome _____

Funzione _____

Data _____

Firma _____

Leader del progetto per lo Standard 4: Promozione di un posto di lavoro sano

Nome _____

Funzione _____

Data _____

Firma _____

Leader del progetto per lo Standard 5: Continuità e cooperazione

Nome _____

Funzione _____

Data _____

Firma _____

1 Standard
POLITICA DELL'ORGANIZZAZIONE

L'organizzazione ha una politica scritta per la promozione della salute. La politica è implementata come parte del sistema complessivo di miglioramento della qualità dell'organizzazione, mirando al miglioramento dei risultati di salute. La politica è rivolta a pazienti, familiari e personale.

Obiettivo

Descrivere la struttura delle attività dell'organizzazione inerenti la promozione della salute come una parte integrante del sistema di gestione per la qualità.

SOTTOSTANDARD

1.1. L'organizzazione identifica le responsabilità per la promozione della salute.

1.1.1 Gli obiettivi e la missione dichiarati dell'ospedale includono la promozione della salute
[Evidenza: ad esempio, tempistica dell'azione].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

1.1.2 I verbali della direzione aziendale confermano l'accordo di partecipazione dell'anno precedente al progetto HPH dell'OMS
[Evidenza: ad esempio, data della decisione o del pagamento della quota di iscrizione annuale].

Commenti

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

1.1.3 Gli attuali programmi aziendali e di qualità includono la promozione della salute per i pazienti, il personale e la comunità
[Evidenza: ad esempio, la promozione della salute è resa esplicita nel piano di azione].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

1.1.4 L'ospedale identifica il personale e le funzioni per il coordinamento della promozione della salute
[Evidenza: ad esempio, membri del personale nominati per il coordinamento della promozione della salute].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

1.2. L'organizzazione alloca le risorse per l'implementazione della promozione della salute.

1.2.1 Esiste un budget identificabile per la valutazione di beni e servizi per la promozione della salute
[Evidenza: ad esempio, risorse umane o economiche].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

1.2.2 Nei reparti sono disponibili procedure operative quali linee guida per la pratica clinica o percorsi che prevedono azioni di promozione della salute
[Evidenza: ad esempio, controllo delle linee guida].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

1.2.3 Possono essere identificati specifici mezzi e strutture per la promozione della salute (comprese risorse, spazi e attrezzature)
[Evidenza: ad esempio, sono disponibili mezzi di sollevamento dei pazienti].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

1.3. L'organizzazione garantisce la disponibilità di procedure per la raccolta e valutazione dei dati al fine di monitorare la qualità delle attività di promozione della salute.

1.3.1 I dati sugli interventi di promozione della salute sono routinariamente raccolti e sono a disposizione del personale per la valutazione
[Evidenza: ad esempio, la disponibilità è valutata in un'indagine sul personale].

Commenti:

☐ SI	☐ In parte	☐ NO

1.3.2 Viene definito un programma per la valutazione della qualità delle attività di promozione della salute
[Evidenza: ad esempio, è disponibile un cronoprogramma delle indagini].

Commenti:

☐ SI	☐ In parte	☐ NO

Standard 1 - Politica dell'Organizzazione

Indicatori complementari

_____ **% del personale informato sulla politica di promozione della salute**

_____ **% di pazienti (e familiari) informati sulla politica di promozione della salute**

_____ **% di risorse dedicate alle attività di promozione della salute a favore del personale**

Indicatori aggiuntivi

(indicatori locali che si possono considerare per il piano d'azione)

Standard 1 - Politica dell'Organizzazione

Piano d'azione

	AZIONE	RESPONSABILE	SCADENZA	RISULTATO ATTESO
Note generali				
1.1				
1.2				
1.3				

2 Standard
VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

L'organizzazione assicura che i professionisti sanitari, in collaborazione con i pazienti, valutino regolarmente i bisogni di attività di promozione della salute.

Obiettivo

Supportare il trattamento del paziente, migliorare la prognosi e promuovere la salute e il benessere dei pazienti.

SOTTOSTANDARD

2.1. L'organizzazione assicura per tutti i pazienti la disponibilità di procedure per la valutazione del bisogno di promozione della salute.

2.1.1 Sono presenti linee guida sulle modalità per identificare lo stato di fumatore, il consumo di alcol, lo stato nutrizionale, lo stato psico-socio-economico
[Evidenza: ad esempio, verifica della loro disponibilità].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

2.1.2 Le linee guida/procedure sono state revisionate nell'ultimo anno
[Evidenza: ad esempio, verifica della data, presenza di una persona responsabile della revisione delle linee guida].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

2.1.3 Sono presenti linee guida sulle modalità per identificare i bisogni di promozione della salute di gruppi di pazienti (ad esempio, pazienti asmatici, diabetici, malattia polmonare cronico-ostruttiva, chirurgia, riabilitazione)
[Evidenza: ad esempio, per gruppi di pazienti specificamente trattati nei dipartimenti clinici].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

2.2. La valutazione del bisogno di promozione della salute del paziente viene effettuata all'ingresso in ospedale. Tale valutazione è sottoposta a revisione e, eventualmente, adattata in relazione ai cambiamenti nelle condizioni cliniche del paziente o a richiesta.

2.2.1 La valutazione è riportata nella documentazione clinica del paziente all'ammissione in ospedale
[Evidenza: ad esempio, identificabile dalla verifica della documentazione clinica del paziente].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

2.2.2 Esistono procedure/linee guida per rivalutare i bisogni alla dimissione o al termine di un determinato intervento
[Evidenza:ad esempio, presenza di linee guida].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

2.3. La valutazione dei bisogni del paziente riflette l'informazione fornita da altri professionisti e assicura comprensione del contesto sociale e culturale.

2.3.1 Informazioni del medico curante o di altre fonti significative sono disponibili nelle documentazioni cliniche del paziente
[Evidenza: ad esempio, per tutti i pazienti inviati dal medico curante].

Commenti:

☐ SI	☐ In parte	☐ NO

2.3.2 Le documentazioni cliniche del paziente documentano in modo appropriato il contesto sociale e culturale
[Evidenza: una religione che richiede diete speciali o altre specifiche attenzioni. Condizioni sociali che indicano che il paziente è a rischio].

Commenti:

☐ SI	☐ In parte	☐ NO

Standard: 2 Valutazione del Paziente

Indicatori complementari

_____ **% di pazienti valutati per fattori di rischio generici**

_____ **% di pazienti valutati secondo linee guida per specifici fattori di rischio di malattia**

_____ **Punteggio nell'indagine di soddisfazione del paziente sulla procedura di valutazione**

Indicatori aggiuntivi

(eventuali indicatori locali che si possono considerare per il piano d'azione)

Standard 2: Valutazione del Paziente

Piano d'azione

	AZIONE	RESPONSABILE	SCADENZA	RISULTATO ATTESO
Note generali				
2.1				
2.2				
2.3				

3 Standard
INFORMAZIONE E ATTIVITÀ SUL PAZIENTE

L'organizzazione fornisce ai pazienti informazioni sui fattori significativi riguardanti la malattia o le condizioni di salute e gli interventi per promuovere la salute vengono realizzati in tutti i percorsi del paziente.

Obiettivo

Assicurare che il paziente sia informato riguardo le attività programmate, in modo da favorire la sua attiva collaborazione a tali attività e facilitare l'integrazione delle attività di promozione della salute in tutti i percorsi del paziente.

SOTTOSTANDARD

3.1. Sulla base della valutazione dei bisogni di promozione della salute, il paziente viene informato sui fattori che influenzano la sua malattia e, con la sua collaborazione, viene concordato uno specifico piano di attività per la promozione della salute.

3.1.1 Le informazioni fornite al paziente sono registrate nelle documentazioni cliniche del paziente
[Evidenza: ad esempio, una revisione casuale delle registrazioni cliniche per tutti i pazienti].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

3.1.2 Le attività di promozione della salute e i risultati attesi sono documentati e valutati nelle documentazioni cliniche
[Evidenza: ad esempio, un audit delle documentazioni cliniche].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

3.1.3 Viene effettuata la valutazione della soddisfazione del paziente sull'informazione fornita ed i risultati sono integrati nel sistema di gestione della qualità
[Evidenza: ad esempio, vari metodi di valutazione: indagine, intervista mirata di gruppo, questionario. Crono-programma].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

3.2. L'organizzazione assicura che tutti i pazienti, il personale e i visitatori, abbiano accesso alle informazioni generali sui fattori che influenzano lo stato di salute.

3.2.1 Sono disponibili informazioni generali sulla salute
[Evidenza: ad esempio, disponibilità di informazione su supporto informatico o cartaceo o tramite specifici pannelli informativi].

Commenti:

SI	In parte	NO
☐	☐	☐

3.2.2 Sono disponibili informazioni dettagliate sulle malattie a rischio
[Evidenza: ad esempio, disponibilità di informazione su supporto informatico o cartaceo o tramite specifici pannelli informativi].

Commenti:

SI	In parte	NO
☐	☐	☐

3.2.3 Sono disponibili informazioni sulle organizzazioni di pazienti
[Evidenza: ad esempio, viene fornito l'indirizzo di contatto].

Commenti:

SI	In parte	NO
☐	☐	☐

Standard 3 Informazione e Intervento sul Paziente

Indicatori complementari

_____ **% di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione**

_____ **% di pazienti informati sulla modifica del fattore di rischio e sulle opzioni di trattamento della malattia nella gestione delle proprie condizioni**

_____ **Punteggio nell'indagine sull'esperienza del paziente con le procedure di informazione e di intervento**

Indicatori aggiuntivi

(eventuali indicatori locali che si possono considerare per il piano d'azione)

Standard 3: Informazione e Attività sul Paziente

Piano d'azione

	AZIONE	RESPONSABILE	SCADENZA	RISULTATO ATTESO
Note generali				
3.1				
3.2				

4 Standard
PROMUOVERE UN POSTO DI LAVORO SANO

L'organizzazione favorisce le condizioni per lo sviluppo dell'ospedale come un ambiente di lavoro sano.

Obiettivo

Supportare lo sviluppo di un ambiente di lavoro sano e sicuro per il personale e sostenere le attività di promozione della salute del personale stesso.

SOTTOSTANDARD

4.1. L'organizzazione garantisce lo sviluppo e l'implementazione di un posto di lavoro sano e sicuro.

4.1.1 Le condizioni di lavoro sono conformi alle direttive e agli indicatori nazionali/regionali
[Evidenza: ad esempio, vengono rispettate le regole nazionali e internazionali (UE)].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

4.1.2 Il personale si adegua ai requisiti di salute e sicurezza e sono identificati tutti i rischi dell'ambiente di lavoro
[Evidenza: ad esempio, verificare i dati sugli incidenti sul lavoro].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

4.2. L'organizzazione assicura lo sviluppo e l'implementazione di una Strategia complessiva delle Risorse Umane che includa formazione e sviluppo delle competenze di promozione della salute del personale.

4.2.1 Il personale di nuova acquisizione riceve una formazione iniziale sulla politica di promozione della salute in ospedale

[Evidenza: ad esempio, interviste dei nuovi assunti].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

4.2.2 Il personale di tutti i reparti è a conoscenza del contenuto della politica di promozione della salute dell'organizzazione

[Evidenza: ad esempio, valutazione annuale della performance o partecipazione del personale al programma di promozione della salute].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

4.2.3 È presente un sistema per la valutazione della performance e per il continuo sviluppo della professionalità che include la promozione della salute

[Evidenza: ad esempio, documentazione con la revisione dei fascicoli del personale o tramite interviste].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

4.2.4 Le pratiche professionali (procedure e linee guida) sono sviluppate da gruppi multidisciplinari

[Evidenza: ad esempio, il controllo delle procedure, il controllo condiviso con il personale].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

4.2.5 Il personale è coinvolto nelle politiche decisionali dell'ospedale, nell'audit e nella revisione

[Evidenza: ad esempio, verifica con il personale, verifica dai verbali dei gruppi di lavoro sulla partecipazione di rappresentanti del personale].

Commenti

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

4.3. L'organizzazione assicura la disponibilità di procedure per sviluppare e mantenere il coinvolgimento del personale.

4.3.1 Le politiche per il coinvolgimento su tematiche della salute sono a disposizione del personale
[Evidenza: ad esempio, verificare le politiche su alcool, fumo, abuso di sostanze e attività fisica].

Commenti:

☐ SI	☐ In parte	☐ NO

4.3.2 Sono offerti al personale programmi per la cessazione del fumo
[Evidenza: ad esempio, evidenza di partecipazione ai programmi].

Commenti:

☐ SI	☐ In parte	☐ NO

4.3.3 Vengono condotte indagini annuali su: valutazione di comportamenti individuali, conoscenze di servizi/politiche di sostegno e fruizione di seminari di supporto
[Evidenza: ad esempio, verifica dei questionari utilizzati e risultati dell'indagine sul personale].

Commenti:

☐ SI	☐ In parte	☐ NO

Standard 4 Promuovere un Posto di Lavoro Sano

Indicatori complementari

_____ **% di lavoratori fumatori**
_____ **Cessazione del fumo**

_____ **Punteggio nell'indagine sull'esperienza del personale rispetto alle condizioni di lavoro**

_____ **% di assenze di breve durata**

_____ **% di infortuni sul lavoro**
_____ **Punteggio sulla scala del burnout**

Indicatori aggiuntivi

(eventuali indicatori locali che lei vuole considerare per il piano d'azione)

_____ **% di lavoratori coinvolti in programmi di Risk Management**

Si tratta di indicare il personale coinvolto nelle procedure di gestione del rischio [Evidenza: ad esempio, verifica con il personale].

Standard 4: Promuovere un Posto di Lavoro Sano

Piano d'azione

	AZIONE	RESPONSABILE	SCADENZA	RISULTATO ATTESO
Note generali				
4.1				
4.2				
4.3				

5 Standard
CONTINUITÀ E COOPERAZIONE

L'organizzazione ha un approccio pianificato nel tempo di collaborazione con altri erogatori di servizi sanitari, altre istituzioni e settori.

Obiettivo

Assicurare collaborazione con i principali erogatori ed avviare partnership al fine di ottimizzare l'integrazione delle attività di promozione della salute nei percorsi dei pazienti.

SOTTOSTANDARD

5.1 L'organizzazione assicura che i servizi di promozione della salute siano conformi alle disposizioni di legge vigenti e alla pianificazione sanitaria regionale.

5.1.1La direzione aziendale prende in considerazione la pianificazione sanitaria regionale
[Evidenza: ad esempio, i regolamenti ed i provvedimenti sono identificabili e riportati nei verbali delle riunioni della direzione aziendale].

Commenti:

SI	In parte	NO
☐	☐	☐

5.1.2 La direzione aziendale può fornire una lista di erogatori di servizi sociali e sanitari che operano in collaborazione con l'ospedale
[Evidenza: ad esempio, i controlli di aggiornamento della lista].

Commenti:

SI	In parte	NO
☐	☐	☐

5.1.3 La collaborazione intra e intersettoriale con altre strutture concorre alla realizzazione del piano regionale di politica sanitaria
[Evidenza: ad esempio, valutare la conformità].

Commenti:

SI	In parte	NO
☐	☐	☐

5.1.4 Esiste un piano scritto per la collaborazione con i partner per il miglioramento della continuità di cura del paziente
[Evidenza: ad esempio, criteri di ricovero, piano di dimissione].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

5.2 L'organizzazione garantisce la disponibilità e l'implementazione di attività di promozione della salute e procedure durante le visite ambulatoriali e dopo la dimissione del paziente.

5.2.1 Ai pazienti (o ai familiari, se opportuno) vengono fornite informazioni comprensibili sul follow up al momento della visita ambulatoriale, del referto o della dimissione
[Evidenza: ad esempio, valutazione del paziente verificata nel corso delle indagini sul paziente].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

5.2.2 Esiste una procedura aggiornata e condivisa sulle modalità di scambio di informazioni tra organizzazioni riguardante tutte le informazioni rilevanti per il paziente
[Evidenza: ad esempio, verificare la disponibilità di procedure].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

5.2.3 L'organizzazione che prende in carico il paziente riceve in tempi rapidi un resoconto sulla condizione del paziente, sui suoi bisogni di salute e sugli interventi già effettuati dalla struttura
[Evidenza: ad esempio, la disponibilità di una copia].

Commenti:

☐ SI ☐ In parte ☐ NO

5.2.4 Se appropriato, nella documentazione clinica del paziente è documentato un piano riabilitativo che illustra il ruolo dell'organizzazione e dei collaboratori
[Evidenza: ad esempio, revisione delle documentazioni cliniche].

Commenti:

☐ SI	☐ In parte	☐ NO

Standard 5 Continuità e Cooperazione

Indicatori complementari

_____ **% di lettere di dimissione inviate al Medico di Medicina Generale o al Medico curante entro due settimane o consegnate al paziente al momento della dimissione**

_____ **Tasso di riammissione in ospedale entro cinque giorni per condizioni trattabili in regime ambulatoriale**

_____ **Punteggio dell'indagine sulla preparazione alla dimissione del paziente**

Indicatori aggiuntivi

(eventuali indicatori locali che si possono considerare per il piano d'azione)

Standard 5: Continuità e Cooperazione

Piano d'azione

	AZIONE	RESPONSABILE	SCADENZA	RISULTATO ATTESO
Note generali				
5.1				
5.2				

Valutazione complessiva della conformità degli standard

Politica dell'Organizzazione

1 **TOTALI**

☐ SI	☐ In parte	☐ NO
9	**9**	**9**

Valutazione del Paziente

2 **TOTALI**

☐ SI	☐ In parte	☐ NO
7	**7**	**7**

Informazione e Intervento sul Paziente

3 **TOTALI**

☐ SI	☐ In parte	☐ NO
6	**6**	**6**

Promuovere un posto di lavoro sano

4 **TOTALI**

☐ SI	☐ In parte	☐ NO
10	**10**	**10**

Continuità e Cooperazione

5 **TOTALI**

☐ SI	☐ In parte	☐ NO
8	**8**	**8**

TOTALI

☐ SI	☐ In parte	☐ NO
40	**40**	**40**

Piano di azione complessivo

(aggiungere altre pagine per completare la relazione, se necessario)

Azioni generali

Azioni connesse alla valutazione di standard e indicatori semplici

6. SCHEDE DESCRITTIVE PER GLI INDICATORI

È stata predisposta una scheda per ogni indicatore proposto[30]. Le schede descrittive contengono una definizione operativa, il razionale e le indicazioni per l'utilizzo (peso, importanza, prevalenza, potenziale miglioramento), fonti dei dati e stratificazione, validità e guida interpretativa.
È necessario sottolineare che alcuni degli indicatori proposti non possono essere definiti come indicatori clinici nei termini suggeriti dai codici della Classificazione Internazionale delle Malattie con chiari criteri di inclusione ed esclusione, ma fanno piuttosto riferimento a misure di indagine o procedure di audit. La validità e l'affidabilità di alcuni degli indicatori è ancora limitata rispetto ai ben consolidati indicatori clinici, dato che gli indicatori sulle attività di promozione della salute negli ospedali sono, in larga misura, ancora in fase di sviluppo. Le schede descrittive nelle pagine che seguono devono essere periodicamente aggiornate per adeguarsi alle nuove evidenze e alle valutazioni di validità per questi indicatori. Una visione d'insieme degli indicatori clinici e di altri indicatori di qualità dell'assistenza, si trova on line[31].

Sezione 1: Razionale e descrizione
Questa sezione fornisce una breve spiegazione del perché un indicatore dovrebbe essere utilizzato. È di cruciale importanza esprimere chiaramente ciò che l'indicatore si prefigge di misurare, la sua forza ed i suoi limiti. Inoltre è di notevole ausilio che gli utilizzatori capiscano perché è necessario raccogliere dati sull'indicatore, in modo da motivarli ad accettare l'indicatore, andare oltre l'impegno della raccolta dei dati e garantirne la qualità.

Sezione 2: Definizione operativa
L'obiettivo di questa sezione è quello di condividere un linguaggio comune. Le definizioni operative sono fornite per supportare una raccolta uniforme dei dati, longitudinale e trasversale a ospedali e paesi. Se gli indicatori devono essere utilizzati per confronti, le definizioni operative (e i dati di origine) vanno ampiamente standardizzati.

Sezione 3: Fonte dei dati e stratificazione
In questa sezione vengono fornite alcune informazioni su aspetti inerenti la raccolta dei dati. Non essendo il principale obiettivo di questo progetto quello di effettuare un'analisi comparativa tra le organizzazioni, chiare definizioni e procedure omogenee di raccolta dei dati servono esclusivamente a migliorare l'affidabilità e la validità dell'utilizzo di indicatori per analisi longitudinali. Per alcuni indicatori vengono fornite informazioni su quali dati raccogliere, dove trovarli, da chi sono raccolti e quali sono i sistemi di controllo della qualità dei dati.

Sezione 4: Guida all'interpretazione
L'ultima sezione, fornisce informazioni su come utilizzare i risultati dell'indicatore.
L'obiettivo di questo progetto è di incoraggiare una riflessione sulle pratiche correnti, e avviare attività di miglioramento della qualità basate sui risultati dell'autovalutazione. A questo scopo, gli indicatori non dovrebbero essere semplicemente considerati come una dichiarazione sulla bontà della performance e nemmeno essere interpretati singolarmente.

[30]Alcuni degli indicatori scelti sono congruenti con quelli selezionati nello Strumento per la Valutazione della Performance nell'ospedale (PATH). Per quegli indicatori abbiamo utilizzato la stessa definizione. Per ulteriori informazioni sul progetto PATH, consultare: www.euro.who.int/ihb.
[31]National quality measures clearinghouse (www.qualitymeasures.ahrq.gov, accessed 08 May2006).

Tabella 2: Scheda descrittiva sulla consapevolezza del personale sulla politica

Standard **Indicatore 1**	**Politica dell'Organizzazione** **% del personale informato della politica di promozione della salute**
Razionale e descrizione	Lo scopo principale dello standard corrispondente è lo sviluppo, da parte dell'organizzazione, di una politica per la promozione della salute rivolta al personale, ai pazienti e ai familiari. Le componenti fondamentali di questo processo sono la definizione delle responsabilità, lo sviluppo di competenze e l'identificazione delle infrastrutture. Dato che l'obiettivo non è valutare direttamente la conformità a standard e sottostandard ma piuttosto la sostenibilità dell'implementazione, andrebbe considerato che la consapevolezza del personale rispetto alla politica e ai suoi contenuti è una misura di performance indiretta, riflessa ma strettamente collegata. Anche se il personale è consapevole della politica ma non ne è soddisfatto, la misura è efficace nel valorizzare processi lavorativi trasparenti e democratici.
Numeratore	Numero di operatori che sono in grado di elencare le componenti principali della politica di promozione della salute.
Denominatore	Tutti gli operatori
Fonte dei dati	Metodi di audit o di indagine. Molti ospedali portano avanti indagini ripetute sulle condizioni di salute e sulla soddisfazione del personale e, all'interno di queste, potrebbero essere inseriti dei quesiti di valutazione sulla consapevolezza del coinvolgimento del personale nella politica di promozione della salute dell'organizzazione.
Stratificazione	Per dipartimento/reparto, per gruppi professionali
Note	Questo indicatore non è stato sistematicamente validato. Tuttavia, indicatori simili che misurano la consapevolezza del personale sui principi guida dell'organizzazione sono disponibili e si sono dimostrati essere efficaci[32], é disponibile poi una ricca letteratura nelle scienze organizzative che descrive l'impatto del coinvolgimento del personale sull'efficacia organizzativa[33]. Un'elevata consapevolezza dei membri del personale circa la politica dell'organizzazione è espressione di una buona comunicazione tra organizzazione e personale, questo è un fattore importante che potenzialmente sostiene il processo decisionale, per la costruzione di un'identità condivisa e i processi di apprendimento organizzativo. D'altra parte la sola consapevolezza non assicura azioni di promozione da parte dei membri del personale, ciò si verifica in particolare se il personale non dispone di risorse sufficienti per implementare la politica. L'indicatore é utile perciò a monitorare come le politiche di gestione vengono comunicate al personale e non misura la performance realizzata sulla promozione della salute. Dopo l'iniziale progressione attraverso il ciclo PDCA, le successive misurazioni possono riguardare la conoscenza dei membri del personale su specifici aspetti di contenuto della politica, e la valutazione del potenziale dello staff e delle risorse a disposizione per realizzare la politica.

[32]Roberts KH. Managing high reliability organizations. Calif Manage Rev 1990, 32: 101-113.
[33]Dierkes M, Antal AB, Child J, Nonaka I. Handbook of organizational learning and knowledge. Open University Press, 2001.

Tabella 3: Scheda descrittiva sulla consapevolezza dei pazienti (e dei familiari)

Standard **Indicatore 2**	**Politica dell'Organizzazione** **% di pazienti (e familiari) informati sulla politica di promozione della salute**
Razionale e descrizione	Come in precedenza, i pazienti devono essere consapevoli della politica di promozione della salute al fine di trarne il maggior beneficio. I pazienti informati della politica sono maggiormente propensi a richiedere ulteriori informazioni sulla propria condizione, sui cambiamenti negli stili di vita e su altre istituzioni, associazioni o gruppi di autoaiuto. Il presupposto è che maggiore è l'empowerment del paziente, maggiore sarà la probabilità che richieda ulteriori informazioni per comprendere il/la suo/a condizione, il processo assistenziale e le implicazioni per i controlli successivi. Vi è una forte evidenza a sostegno del fatto che un miglior empowerment dei pazienti comporta migliori esiti di salute[34]. Inoltre, questa informazione dovrebbe servire ai familiari; tuttavia, il peso della raccolta dei dati potrebbe essere maggiore dato che non ci sono registrazioni sistematiche sui familiari che visitano l'ospedale.
Numeratore	Numero di pazienti consapevoli della politica di promozione della salute.
Denominatore	Tutti i pazienti
Fonte dei dati	Metodi di indagine. In molti Paesi, gli ospedali inviano questionari di soddisfazione dopo la dimissione al fine di individuare le prospettive del paziente e l'esperienza sull'assistenza erogata. Tale indagine può includere un elemento misurabile sulla consapevolezza dei pazienti rispetto alla politica di promozione della salute. Interviste alla dimissione possono anche essere utilizzate per valutare la consapevolezza della politica su un campione di convenienza di pazienti.
Stratificazione	Per l'ospedale: per dipartimento. Per il paziente: per età, sesso e livello di istruzione
Note/interpretazione	Questo indicatore non è stato sistematicamente validato. Tuttavia, vi è una forte evidenza di ricerca sul collegamento tra empowerment e salute. Questo indicatore è utile per monitorare come i professionisti sanitari comunicano con il paziente e sono in grado di spiegare quanto l'ospedale sta facendo per la promozione della salute. Dopo la progressione iniziale attraverso il ciclo PDCA, le successive misurazioni possono riguardare la conoscenza dei pazienti su specifici interventi di promozione della salute dai quali hanno tratto beneficio o che considerano importanti. Queste informazioni possono essere utili per sviluppare successive attività di promozione della salute.

[34]McKee M. In: The evidence for health promotion effectiveness. Report from the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels, 2000.

Tabella 4: Scheda descrittiva sulla percentuale di risorse destinate alla promozione della salute

Standard **Indicatore 3**	**Politica dell'Organizzazione** **% di risorse destinate alle attività di promozione della salute del personale**
Razionale e descrizione	Questo indicatore riguarda le risorse finanziare direttamente disponibili per attività di formazione, riunioni e infrastrutture connesse alla promozione della salute. Ci sono pochi dati disponibili sull'entità delle attività di promozione della salute all'interno degli ospedali. Un'indagine su un campione di più di 1.400 aziende in sette Paesi europei indica che "le attività riguardanti l'ambito della promozione della salute (ad esempio alimentazione, alcool o politiche antifumo) tendono ad essere attuate solo raramente"[35]. Le aree delle attività di promozione della salute possono essere raggruppate nel modo seguente: 1) screening sanitari 2) promozione di un comportamento sano, 3) interventi organizzativi, 4) sicurezza ambiente fisico 5) sociale e welfare. Illustrazioni: programmi per la cessazione del fumo nei luoghi di lavoro,servizio di counselling antistress, asili nido e centri per l'infanzia sui luoghi di lavoro, vaccinazione contro l'influenza, screening sulla dipendenza dall'alcol, ecc. Il grado di libertà nell'allocazione dei fondi all'interno degli ospedali varia enormemente tra Paesi e in relazione al carattere pubblico/privato degli ospedali e alle risorse totali a disposizione. Dipende anche dalle politiche e dalla legislazione sulla promozione della salute sui luoghi di lavoro. Una potenziale conseguenza sfavorevole è che gli ospedali sono valutati esclusivamente sulle risorse destinate alle attività di promozione della salute e non sul volume e sulla qualità delle attività di promozione della salute; essi potrebbero persino assegnare delle risorse senza convinzione sulla sua utilità o senza utilizzarlo veramente.
Numeratore	Risorse per le attività dedicate alla promozione della salute del personale
Denominatore	Numero medio di dipendenti stipendiati durante il periodo considerato (in alternativa, numero medio di dipendenti assunti a tempo pieno)
Fonte dei dati	Dati finanziari
Stratificazione	In relazione alle aree di promozione della salute (vedi le definizioni precedenti)
Note/interpretazione	Questo indicatore non è stato sistematicamente valutato. Nessuna evidenza supporta l'idea che l'assegnazione di risorse per la promozione della salute abbia un impatto sull'entità e sulla qualità delle attività sanitarie. Tuttavia, anche se le attività non producono i risultati attesi, la loro implementazione può essere vista come un indice di attenzione alla salute del personale e concorrere a migliorare l'orientamento dell'organizzazione al personale stesso.

[35]European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition (EFILWC) Workplace Health Promotion in Europe – Programme summary. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, ed., 1997: 40.

Tabella 5: Scheda descrittiva sui pazienti valutati per fattori di rischio generici

Standard **Indicatore 4**	**Valutazione del Paziente** **% di pazienti valutati per fattori di rischio generici**
Razionale e descrizione	L'indicatore misura se i pazienti sono stati valutati per fattori di rischio generici. I fattori di rischio generici hanno un ruolo nello sviluppo di molte malattie; ancora, tuttavia sono frequentemente non valutati e non inseriti nelle documentazioni mediche o infermieristiche. Lo scopo di questo indicatore è sostenere una valutazione sistematica di tutti i pazienti per fattori di rischio generici e di documentarli al fine di renderli disponibili per l'utilizzo da parte di altri professionisti sanitari oltre ai responsabili della valutazione.
Numeratore	Numero totale di pazienti con evidenza nelle documentazioni cliniche di valutazione per fattori di rischio tra i quali fumo, alimentazione, alcol.
Denominatore	Numero di pazienti (in un campione randomizzato)
Fonte dei dati	Audit clinico delle documentazioni mediche o infermieristiche (campione)
Stratificazione	Stratificazione per età
Note	-

Tabella 6: Scheda descrittiva sulla valutazione dei pazienti per specifici fattori di rischio

Standard **Indicatore 5**	**Valutazione del Paziente** **% di pazienti valutati secondo linee guida per specifici fattori di rischio di malattia**
Razionale e descrizione	L'indicatore misura se i pazienti sono stati valutati per fattori di rischio secondo delle linee guida. Molti ricoveri in ospedale per condizioni croniche possono essere correlati a pochi fattori di rischio che risultano fortemente associati allo sviluppo della condizione: ad esempio abitudine al fumo, abuso di alcol, alimentazione scorretta e l'assenza di attività fisica. Gli ospedali frequentemente erogano assistenza per migliorare i sintomi della condizione cronica senza affrontare i fattori di rischio sottostanti. Mentre non è necessariamente compito dell'ospedale assicurare, ad esempio, programmi intensivi per smettere di fumare, dovrebbe esserlo invece a) fornire informazioni al paziente su come ottenere tali prestazioni e b) assicurare al medico di medicina generale il ritorno informativo sulla presenza dei fattori di rischio e sulla loro relazione con la condizione per la quale il paziente è stato ricoverato in ospedale.
Numeratore	Numero totale di pazienti con documentazione nelle documentazioni cliniche di valutazione secondo linee guida per fattori di rischio, ivi inclusi fumo, alimentazione e alcool.
Denominatore	Numero di pazienti (in un campione casuale)
Fonte dei dati	Audit clinico di documentazioni mediche o infermieristiche (campione)
Stratificazione	Stratificazione per età
Note	La differenza con l'indicatore numero 4 sta nella focalizzazione su specifiche malattie e nell'utilizzo di linee guida nel processo di valutazione. Il razionale è che per specifiche condizioni esistano concreti fattori di rischio oltre a quelli generici quali il fumo o l'assenza di attività fisica.

Tabella 7: Scheda descrittiva sulla soddisfazione del paziente

Standard **Indicatore 6**	**Valutazione del Paziente** **Punteggio nell'indagine di soddisfazione del paziente sulla procedura di valutazione**
Razionale e descrizione	I questionari di soddisfazione del paziente sono uno strumento accettato per valutare la qualità complessiva dell'assistenza nella prospettiva del paziente. La valutazione è spesso condotta alla dimissione o entro un breve periodo (ad esempio 2 settimane) successivo alla dimissione stessa. I questionari di soddisfazione del paziente sono uno strumento utile per valutare la qualità complessiva dell'assistenza; mentre i pazienti possono non essere in grado di valutare le componenti tecniche all'origine del ricovero in ospedale, essi sono meglio preparati per valutare aspetti dell'assistenza, molto importanti per i pazienti, quali il rispetto della privacy, la continuità dell'assistenza, la riservatezza, la percezione che i tutti i loro bisogni, incluse le emozioni, siano oggetto di attenzione. La soddisfazione del paziente e i questionari sull'esperienza individuale sono uno degli strumenti principali per analizzare gli aspetti dell'assistenza che il programma degli Ospedali per la Promozione della Salute intende migliorare.
Numeratore	Punteggio nell'indagine (ad esempio, il numero dei pazienti soddisfatti dell'assistenza che dipende dall'uso dello strumento di valutazione; gli ospedali possono scegliere il proprio valore soglia come obiettivo da raggiungere).
Denominatore	Tutti i pazienti
Fonte dei dati	Indagine
Stratificazione	Per dipartimento ospedaliero, per età, sesso e livello di istruzione
Note	Spesso gli ospedali utilizzano indagini che sono state elaborate internamente e possono implicare distorsioni nella valutazione della soddisfazione o dell'esperienza del paziente, sebbene siano disponibili in internet diversi strumenti di indagine in varie lingue. È decisamente consigliabile l'utilizzo di uno strumento di valutazione standardizzato che abbia ottenuto una completa validazione psicometrica. Esempi sono il Picker Questionnaire, il ServQual o il Consumer Health Plan Assessment.

Tabella 8: Scheda descrittiva sull'educazione all'autogestione del paziente

Standard **Indicatore 7**	**Informazione e Intervento sul Paziente** **% di pazienti educati su specifiche azioni nell'autogestione della propria condizione**
Razionale e descrizione	Una parte rilevante dell'assistenza erogata è destinata a pazienti con patologie croniche. Tuttavia, la degenza in ospedale rappresenta solamente una piccola componente nel processo assistenziale richiesto dai pazienti cronici. Altre componenti maggiori dell'assistenza sono erogate al di fuori dell'ospedale a livello ambulatoriale, o gestite direttamente dai pazienti e dai loro familiari. Infatti, l'empowerment del paziente per fargli assumere un ruolo più attivo nella gestione della sua condizione fornisce un contributo fondamentale al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla riduzione della spesa sanitaria. Per coinvolgere più attivamente i pazienti nel processo di cura, un prerequisito è quello di fornire maggiori informazioni sulla condizione che li riguarda e sulle possibili azioni correlate al suo miglioramento. I pazienti meglio educati hanno mostrato di avere meno complicanze, ricoveri ripetuti e dunque di permettere sia una migliore qualità della vita che il controllo dei costi[36/37].
Numeratore	I pazienti che sanno identificare le azioni necessarie per l'autogestione della propria condizione
Denominatore	Tutti i pazienti (campione)
Fonte dei dati	Indagine, interviste
Stratificazione	Dipartimenti, età , sesso
Note	Il metodo di indagine dovrebbe evidenziare la principale azione di autogestione che il paziente deve saper identificare.

[36]Tattersall RL. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. Clinical Medicine, 2002, 2(3): 227-9.
[37]Lorig K. et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. Medical Care 1999, 37(1): 5-14.

Tabella 9: Scheda descrittiva sull'educazione del paziente sui fattori di rischio

Standard **Indicatore 8**	**Informazione e Intervento sul Paziente** **% di pazienti informati sulla modifica del fattore di rischio e sulle opzioni di trattamento della malattia nella gestione delle proprie condizioni**
Razionale e descrizione	Vedi indicatore numero 7. La differenza è nella focalizzazione su specifiche condizioni
Numeratore	Pazienti che sanno individuare le azioni necessarie per l'autogestione della propria condizione
Denominatore	Pazienti con diagnosi di una specifica condizione clinica (ad esempio ictus, malattia polmonare cronica ostruttiva, infarto miocardico, diabete mellito...)
Fonte dei dati	Indagine, interviste
Stratificazione	Dipartimento, età, sesso, condizione
Note	L'indagine deve evidenziare i principali aspetti riguardanti la modifica del fattore di rischio e le opzioni di trattamento della malattia, per ogni condizione clinica che il paziente deve saper individuare. L'indicatore è simile all'indicatore numero 7 e entrambi possono essere raccolti simultaneamente, facendo seguire la stratificazione per condizione clinica.

Tabella 10: Scheda descrittiva sul punteggio di informazione/intervento del paziente

Standard **Indicatore 9**	**Informazione e Intervento sul Paziente** **Punteggio nell'indagine sull'esperienza del paziente con le procedure di informazione e intervento**
Razionale e descrizione	Vedere indicatore numero 6. I questionari sull'esperienza del paziente sull'assistenza sono uno strumento diffusamente accettato per valutare la qualità complessiva delle cure nella prospettiva del paziente. Oltre all'indicatore numero 6 che valuta la qualità globale dell'assistenza sanitaria, questo indicatore valuta l'esperienza rispetto all'informazione e agli interventi realizzati, ad esempio il medico ha informato il paziente sulla malattia, ma in maniera incomprensibile al paziente?
Numeratore	Punteggio nell'indagine (ad esempio il paziente è soddisfatto dell'assistenza dipende dall'uso dello strumento di valutazione; gli ospedali possono scegliere come obiettivo da raggiungere un proprio valore soglia).
Denominatore	Tutti i pazienti
Fonte dei dati	Indagine
Stratificazione	Per dipartimento; per età del paziente, sesso e livello di istruzione
Note	Spesso gli ospedali utilizzano questionari che sono elaborati internamente e possono comportare distorsioni nella valutazione della soddisfazione o dell'esperienza del paziente, sebbene siano disponibili in internet diversi strumenti di indagine in varie lingue. È decisamente consigliabile l'utilizzo di uno strumento di valutazione standardizzato che abbia ottenuto una completa validazione psicometrica. Esempi sono il Picker Questionnaire[38], il ServQual[39] o il Consumer Health Plan Assessment[40].

[38]Jenkinson C, Coulter, A, Bruster S. The Picker patient experience questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. International Journal for Quality in Health Care, 2002, 14: 353-358.
[39]Buttle F. SERVQUAL: review, critique, research agenda. European Journal of Marketing ,1996, 30 (1): 8-32.
[40]Hibbard JH, Slovik P, Jewett JJ. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. The Milbank Quarterly ,1997, 75(3): 395-414.

Tabella 11: Scheda descrittiva sul personale fumatore

Standard **Indicatore 10**	**Promuovere un Posto di Lavoro Sano** **% di lavoratori fumatori**
Razionale e descrizione	Gli ospedali per la promozione della salute si sono impegnati a trasformarsi in ambienti liberi dal fumo e quindi la proporzione di lavoratori che fumano è un singolo indicatore espressione del globale successo di implementazione della promozione della salute negli ospedali. Il fumo ha un effetto indiscutibilmente negativo sulla salute. Ciò nonostante c'è ancora un gran numero di professionisti sanitari che fuma[41/42].L'atteggiamento nei confronti dell'abitudine al fumo del personale è ulteriormente correlato all'adesione del paziente al counselling sullo stile di vita: i pazienti che sono stati ricoverati in ospedale per una condizione legata all'abitudine al fumo sono più sensibili al counselling sullo stile di vita. Tuttavia, il counselling da parte di un professionista sanitario fumatore riduce l'efficacia del contrasto dell'abitudine al fumo tra i pazienti.
Numeratore	Numero di lavoratori che fumano
Denominatore	Tutti i lavoratori
Fonte dei dati	Indagine
Stratificazione	Per dipartimento/reparto, sesso, età e disciplina
Note/interpretazione	La rete europea degli ospedali liberi dal fumo[43] ha sviluppato una misura di indagine che include 13 domande standard per confrontare le differenze tra ospedali in vari Paesi europei.

[41]Fichtenberg CM, GLantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. British Medical Journal, 2002, 325: 188.
[42]Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial. Lancet 2002, 359: 114-117.
[43]European Network of Smoke-free hospitals (http.//ensh.free.fr, accessed 08 May 2006).

Tabella 12: Scheda descrittiva sulla cessazione del fumo

Standard **Indicatore 11**	**Promuovere un Posto di Lavoro Sano** **Cessazione del fumo: percentuale di membri del personale che sono fumatori o che hanno recentemente cessato di fumare o ai quali è stato consigliato.**
Razionale e descrizione	Il fumo ha un impatto significativo sulla mortalità da malattie correlate al fumo. Smettere di fumare riduce il rischio di morte prematura, pertanto, un'elevata proporzione di fumatori sono interessati a cessare completamente di fumare. Questa misura riguarda sia i fumatori sia coloro che hanno smesso da poco di fumare, tra quanti sono stati seguiti da un medico di un' organizzazione di assistenza sanitaria durante l'anno di indagine e ai quali è stato consigliato di smettere di fumare. È stato dimostrato che l'invito a smettere di fumare dato da un clinico migliora i tassi di cessazione del 30%[40]. Questa misura valuta la percentuale di membri di età superiore a 18 anni che sono stati arruolati in maniera continuativa durante l'anno di indagine, che in quel momento erano fumatori o avevano smesso da poco, che sono stati seguiti da un medico di un'organizzazione di assistenza durante l'anno di indagine o ai quali è stato consigliato di smettere di fumare.
Numeratore	Il numero di membri del personale riportato al denominatore che hanno risposto all'indagine e che hanno dichiarato di aver ricevuto il suggerimento di smettere di fumare durante l'anno di indagine ad opera di un'organizzazione di assistenza.
Denominatore	Il numero di membri che hanno risposto all'indagine e che si sono dichiarati in quel momento fumatori o di recente cessazione e che sono stati visti durante l'anno di indagine in una o più occasioni da un medico di un'organizzazione di assistenza.
Fonte dei dati	Dati amministrativi e indagini sul paziente e sulla qualità (AHRQ).
Stratificazione	Per dipartimento, professione, sesso ed età
Note/interpretazione	Questo è un indicatore standard nel sistema HEDIS. Per maggiori dettagli concernenti le misure del National Committee on Quality Assurance (NCQA), consultare il HEDIS volume 2: Technical Specifications, reso disponibile dal NCQA sito web a www.ncqa.org.

[44]National Quality Measures Clearinghouse (http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/, accessed 08 May 2006).

Tabella 13: Scheda descrittiva sull'esperienza del personale

Standard **Indicatore 12**	**Promuovere un Posto di Lavoro Sano** **Punteggio nell'indagine sull'esperienza del personale rispetto alle condizioni di lavoro**
Razionale e descrizione	Esiste una gamma di strumenti per valutare l'esperienza del personale rispetto alle condizioni di lavoro. I risultati del questionario sulle condizioni di lavoro (misure di fabbisogno psicologico, spazio decisionale professionale e supporto sociale sul lavoro) sono associati ad assenze degli infermieri per malattia clinicamente certificate o meno[45]. Questo indicatore è fortemente collegato all'indicatore numero 10 (la soddisfazione si correla negativamente con l'assenteismo).
Numeratore	Punteggio nell'indagine (ad esempio soddisfazione del personale sulle condizioni di lavoro, tale misura dipende dall'uso dello strumento di valutazione; gli ospedali possono scegliere come obiettivo da raggiungere il proprio valore soglia).
Denominatore	Tutto il personale
Fonte dei dati	Indagine
Stratificazione	Per reparto; per età, sesso e titolo di studio dei pazienti
Note	L'indagine può essere scelta dall'ospedale, ad esempio il questionario Katasek sui contenuti del lavoro[46]. Le informazioni potrebbero anche essere già disponibili a partire da indagini sul personale preesistenti. Tuttavia, è consigliabile l'utilizzo solamente di indagini o quesiti che abbiano evidenziato la loro validità e attendibilità con validazione psicometrica.

[45]Bourbonnais R, Mondor M. Job strain and sickness absence among nurses in the Province of Québec. American Journal of Industrial Medicine, 2001, 39:194-202.
[46]Karesek R, BRisson C, Kawakami N et al. The job content questionnarie: an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. Journal of Occupational Health Psychology, 1998, 3(4): 322-5.

Tabella 14: Scheda descrittiva sull'assenteismo di breve durata

Standard **Indicatore 13**	**Promuovere un Posto di Lavoro Sano** **% di assenze di breve durata**
Razionale e descrizione	L'assenteismo comporta un grosso impatto sul funzionamento dell'ospedale: costo per compensare la perdita di ore lavorative, aumento del carico di lavoro per il personale, ridotta produttività, minore qualità qualora il personale altamente qualificato che assicura servizi essenziali non possa essere sostituito. L'assenza di breve durata a causa della sua natura imprevedibile è più problematica e comporta tempi più ridotti per modificare la programmazione della turnistica, per intraprendere le misure di sostituzione del lavoratore assente, etc. Ma l'assenteismo ha anche un impatto positivo: l'assenteismo di breve durata può costituire un'efficace strategia di adattamento in presenza di condizioni di stress. "Malattia durante il lavoro": l'incidenza di lavoratori che si recano al lavoro nonostante la malattia sta aumentando nei Paesi della Comunità degli Stati Indipendenti (CSI), principalmente a causa del timore di licenziamento o per ragioni economico-finanziarie (mancati guadagni). In Europa, il tasso di assenteismo (includendo l'incapacità di lavoro temporanea e permanente) varia dal 3,5% in Danimarca all'8% in Portogallo. Differenti interventi possono diminuire l'assenteismo a livello ospedaliero: programmi di assistenza per il neoassunto, programmi di addestramento e definizione di obiettivi, cambiamenti nella politica per incrementare la responsabilizzazione dei lavoratori sulla loro assenza, variazioni della programmazione della turnistica con l'introduzione di orario flessibile, punteggi o riconoscimenti economici. I predittori situazionali di assenteismo come la permissività dell'organizzazione, i problemi di ruolo, lo stipendio, e le caratteristiche del lavoro rientrano solo parzialmente sotto la sfera di influenza dell'ospedale.
Numeratore	Numero di giorni di assenza clinicamente o non clinicamente giustificata escludendo le festività tra infermieri e figure ausiliarie di durata uguale o inferiore a 7 giorni consecutivi (assenteismo di breve durata) o di durata maggiore di 30 giorni (assenze di lungo periodo), escludendo le ferie, tra infermieri e figure ausiliarie.
Denominatore	Numero di giorni contrattuali per anno per un lavoratore a tempo pieno (ad esempio 250 giorni). per numero totale equivalente di infermieri e assistenti infermieri a tempo pieno
Fonte dei dati	Sistema informativo di routine di ospedale o dipartimento oppure dati provenienti da altre compagnie assicurative sanitarie.
Stratificazione	Raccolta dei dati per età, sesso e qualifica (infermiere o assistente).
Note	Questo indicatore è misurato solo per infermieri o assistenti infermieri. Non sono inclusi il personale amministrativo, di supporto e i medici. Per l'assenteismo di lungo periodo, i congedi di maternità, sono inclusi, mentre quelli preventivi, sono stati esclusi. Tuttavia, vi rientra il congedo per malattia durante la gravidanza.

[47]Arford CW. Failing health systems: Failing health workers in Eastern Europe. Report on the Basic Security Survey for the International Labour Office and Public Services International Affiliate in the Health Sector in Central and Eastern Europe. Geneva, International Labour Office, 2001 (Available on www.ilo.org/ses, accessed 08 May 2006).
[48]European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997.
[49]Dalton DR, William DT. Turnover, transfer, absenteeism: an independent perspective. Journal of Management, 1993, 19(2): 193-219.

Tabella 15: Scheda descrittiva sugli infortuni sul lavoro

Standard Indicatore 14	**Promuovere un Posto di Lavoro Sano % di infortuni sul lavoro**
Razionale e descrizione	L'esposizione al virus dell'HIV o ad altri virus trasmissibili per via ematica (es. epatite B o C) costituiscono rischi sanitari rilevanti per il personale ospedaliero. Il rischio di trasmissione dell'epatite C conseguentemente a puntura d'ago accidentale è stimato tra l'1,8% e il 3%. Il tempestivo trattamento antivirale dell'epatite C ha elevate probabilità di curare la malattia. Le ferite da pungenti o taglienti hanno un effetto rilevante sul livello ansiogeno con ripercussioni psicologiche e sulla preoccupazione del lavoratore[50] nonchè rilevanti costi diretti di follow-up clinico legato al rischio di esposizione. In una meta analisi della letteratura, il tasso medio di ferite accidentali da taglio per 10.000 operatori sanitari era pari al 4% con i chirurghi maggiormente colpiti[51]. Solamente il 35% dei medici aderiva alle precauzioni universali e il mancato rispetto era associato ad un consistente incremento del rischio, sia di esposizione percutanea (PCE), che mucocutanea (MCE), soprattutto nelle specialità non chirurgiche. Nota bene: è difficile confrontare i tassi a causa della varietà delle definizioni e dei metodi applicati. Il General Accounting Office (GAO) degli Stati Uniti ha stimato che il 75% delle punture da ago sarebbero prevenibili eliminando l'utilizzo non necessario (25%), utilizzando aghi con dispositivi di sicurezza (29%), o ricorrendo a modalità di lavoro più sicure (21%). Gli infortuni sono associati in modo significativo con le caratteristiche dell'ambiente di lavoro (pressione legata ai tempi di lavoro). Laiken et al. (1997) hanno riportato come il lavoro negli ospedali con modelli di pratica infermieristica professionali e l'adozione di precauzioni per prevenire il contatto ematico fossero significativamente associati a una riduzione del numero di infortuni tra gli infermieri.
Numeratore	Numero di ferite da taglio e da punta in 1 anno (incluse le ferite da pungenti e taglienti)
Denominatore	Numero medio di membri del personale a tempo pieno equivalenti esposti (medico, infermieri, assistente infermieristico addetto alle fleboclisi)
Fonte dei dati	Indagine tra i membri del personale sulle lesioni segnalate dall'interessato, altri dati: richieste di risarcimento, specifico registro sulle risorse umane
Stratificazione	Per professione, area di assistenza (unità di terapia intensiva, sala operatoria, pronto soccorso, chirurgia, dipartimenti medici), ora del giorno (giorni feriali vs giorni festivi), esperienza lavorativa.
Note	In alternativa, l'indicatore potrebbe riferirsi a tutti gli infortuni sul lavoro e quindi essere stratificato per tipo di infortuni.

[50]Fisman DN, Mittelman MA, Sorock GS, Harris AD. Willingness to pay to avoid sharp-related injuries: a study in injuried health care workers. AJIC: American Journal of Infection Control, 2002, 30(5): 283-287.
[51]Trim JC, Elliott TS. A review of sharps injuries and preventive strategies. Journal of Hospital Infection 2003, 53(4): 237-242.

Tabella. 16: Scheda descrittiva per il burn-out

Standard **Indicatore 15**	**Promuovere un Posto di Lavoro Sano** **Punteggio sulla scala del burnout**
Razionale e descrizione	Il burnout è una risposta, fisica, mentale ed emotiva a elevati livelli di stress prolungati nel tempo. La maggior parte delle situazioni sono legate al lavoro. Il burnout solitamente si manifesta con affaticamento fisico e mentale e può comportare senso di frustrazione, assenza di speranza, impotenza, fallimento. Il burnout spesso deriva da una eccessiva richiesta proveniente sia dall'interno (come l'avere aspettative troppo elevate su stessi) che dall'esterno (dalla famiglia, dal lavoro, dalla società) ed è frequentemente associato con circostanze professionali nelle quali la persona percepisce carichi di lavoro eccessivi, scarso riconoscimento, confuse aspettative e priorità, attribuzione di responsabilità non commisurate allo stipendio, insicurezza sulla stabilità del posto di lavoro, e/o sopraffazione dalle responsabilità domestiche e professionali[52]. Mentre lo stress è una "malattia della fretta"; il burnout rappresenta una "sindrome da esaurimento". Questi sono concetti ben diversi. Il burnout non è semplicemente stress eccessivo. Piuttosto, è una complessa reazione umana allo stress ed è correlata alla percezione che le proprie risorse interiori sono inadeguate per la gestione dei compiti e delle situazioni che si presentano[53]. Il burnout è causato da (tra gli altri fattori): cambiamenti nell'organizzazione, esigenze del proprio lavoro, del proprio supervisore o del settore di attività, cambiamenti negli interessi o valori del lavoro, ridotto utilizzo delle proprie abilità e capacità, sensazione di trovarsi intrappolati in un contesto che assicura poco riconoscimento e gratificazione per il buon lavoro svolto, sentirsi affidati più compiti di quelli materialmente eseguibili, impossibilità di regolazione dei carichi di lavoro o delle condizioni lavorative o affrontare compiti che vanno oltre le proprie capacità. Le conseguenze del burnout del personale possono essere malattie psicosomatiche (disturbi psicologici/emotivi che si manifestano somaticamente), disturbi digestivi, cefalee, ipertensione, attacchi cardiaci, bruxismo e affaticamento. Il burnout del personale può essere controllato tramite migliori: organizzazione dell'ospedale, ambiente di lavoro e stili direzionali[54].
Numeratore	- punteggio di valutazione del burnout -
Denominatore	- punteggio di valutazione del burnout -
Fonte dei dati	Indagine
Stratificazione	Per dipartimento, sesso, gruppo professionale ed età
Note	Una tematica controversa in letteratura è se la gravità del paziente si possa correlare positivamente con il burnout o con l'insoddisfazione professionale. Nel confrontare differenti dipartimenti (medicina interna, oncologia) la gravità può essere controllata, o almeno dovrebbe essere considerato l'impatto per differenti gruppi di pazienti o sulle condizioni di lavoro.

[52] Cordes C., Dougherty TW. A review and integration of research on job burnout. Academy of Management Review, 1993, 18 (4): 621-656.
[53] Collins MA. The relation of work stress, hardiness, and burnout among full-time hospital staff nurses. Journal for Nurses in Staff Development. 1996, 12(2): 81-5.
[54] Schulz R, Greenley JR, Brown R. Organization, management, and client effects on staff burnout. Journal of Health and Social Behavior, 1995, 36(4): 333-45.

Tabella 17: Scheda descrittiva per la lettera di dimissione

Standard **Indicatore 16**	**Continuità e Cooperazione** **% di lettere di dimissione inviate al medico di medicina generale o al medico curante entro 2 settimane o consegnate al paziente al momento della dimissione**
Presupposti e descrizione	È un indicatore di continuità assistenziale. I pazienti cronici richiedono un continuo follow-up, tuttavia, in molti contesti vi è un'insufficiente comunicazione tra servizi sanitari e sociali. La frammentazione dell'assistenza comporta ritardi nel riconoscere complicazioni o peggioramenti nello stato di salute, a causa di: valutazione errata o incompleta o inadeguato follow-up; inadeguata autogestione della malattia o dei fattori di rischio, come conseguenza della passività o ignoranza del paziente, conseguenza di valutazione educazione, motivazione ed interazione inadeguate od inconsistenti; ridotta qualità dell'assistenza dovuta alla mancanza di interventi efficaci o all'esecuzione di interventi inefficaci; problematiche psicosociali gestite in modo inadeguato o non rilevate. Mentre questo indicatore non copre l'intero ambito della continuità assistenziale[55], l'impegno della raccolta dei dati non è eccessivo e riflette una componente importante della continuità delle cure: il flusso di informazioni tra servizi primari e secondari. L'indicatore necessita di stratificazione per condizione: l'importanza delle lettere di dimissione varia con la condizione clinica per cui il paziente è stato ricoverato in ospedale. Un ulteriore approfondimento può accertare se la lettera di dimissione contiene dati sulle indagini di laboratorio che sono state effettuate in ospedale e che risultano necessarie per il monitoraggio dell'assistenza da parte del medico di medicina generale.
Numeratore	Lettere di dimissione inviate al medico di medicina generale o consegnate al paziente entro due settimane dalla dimissione.
Denominatore	Tutte le lettere di dimissione
Fonte dei dati	Audit amministrativo o indagine
Stratificazione	Per dipartimento o per professionista
Note/interpretazione	In relazione alla disponibilità dei dati tramite il sistema informativo di routine, questo indicatore può comportare un elevato carico di lavoro per la raccolta dei dati. In alcuni Paesi l'informazione alla dimissione può non essere trasmessa direttamente all'erogatore di assistenza a cui compete la presa in carico, ma essere consegnata direttamente al paziente al momento della dimissione. Pur essendo importante la tempestività dell'informazione alla dimissione, la completezza o la comprensione da parte del ricevente non vengono valutate con questo indicatore. Si possono considerare in cicli successivi di miglioramento della qualità nelle valutazioni su queste tematiche.

[55] For a review of measures of continuity of care see: Groene O. Approaches towards measuring the integration and continuity in the provision of health care services. In: Kyriopoulis, J, ed. Health systems in the world: From evidence to policy. Athens, Papazisis, 2005.

Tabella 18: Scheda descrittiva per il tasso di riammissione in ospedale

Standard **Indicatore 17**	**Continuità e Cooperazione** **Tasso di riammissioni in ospedale entro 5 giorni per condizioni trattabili in regime ambulatoriale**
Presupposti e descrizione	Le riammissioni riflettono l'impatto dell'assistenza dell'ospedale sulle condizioni del paziente dopo la dimissione[56]. L'assunto è che ciò che gli erogatori hanno fatto o non hanno fatto durante la degenza precedente, possa aver comportato la necessità di riospedalizzazione del paziente. Ciò può anche essere dovuto a inadeguati standard qualitativi di assistenza durante l'ospedalizzazione, insufficiente preparazione della dimissione o delle fasi di controllo. Per parlare di riammissione devono presentarsi quattro condizioni:1) presentare la diagnosi o procedure del ricovero iniziale, 2) successivo ricovero in emergenza o in urgenza (non in elezione), 3) Intervallo di tempo prestabilito tra la dimissione dopo l'episodio iniziale e l'ingresso per la successiva ospedalizzazione 4) episodio iniziale non concluso con l'autodimissione del paziente, contro il parere dei sanitari (o il decesso). Altri potenziali criteri di esclusione sono: pazienti che sono già in carico continuativamente presso una struttura di assistenza primaria, in chemioterapia o in radioterapia; residenti o destinati ad una casa di cura; ricoverati con l'unico obiettivo di sottoporsi ad una procedura. L'asma e il diabete sono due condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale. Per le condizioni trattabili ambulatorialmente, l'evidenza suggerisce che il ricovero potrebbe essere evitato, almeno in parte, attraverso una migliore assistenza al paziente esterno. Dal 9% al 48% di tutti i ricoveri ripetuti sono stati considerati come prevenibili attraverso una migliore educazione del paziente, valutazione prima della dimissione e assistenza domiciliare[57]. L'influenza dell'ospedale è limitata dato che i ricoveri ripetuti dopo la degenza ospedaliera spesso indicano la progressione della malattia piuttosto che esiti di cura discreti. Focalizzandosi sui ricoveri ripetuti precoci e sulla definizione di intervalli di tempo più brevi per il ricovero ripetuto, l'impatto della naturale progressione della malattia e dell'assistenza successiva alla dimissione sono limitati.
Numeratore	Numero totale di pazienti ricoverati dal dipartimento d'emergenza successivamente alla dimissione entro un periodo stabilito di controllo dallo stesso ospedale e con una diagnosi di ricovero ripetuto significativa rispetto all'assistenza inizialmente erogata.
Denominatore	Numero totale di pazienti ricoverati per condizioni prestabilite (es. asma, diabete, polmonite, by-pass coronarico).
Fonte dei dati	Sistemi informativi routinari e registrazioni cliniche. Richieste di rimborso alle agenzie assicurative.
Stratificazione	Aggiustatamento per età, sesso, gravità. Visto che l'obiettivo di questa sperimentazione non è quello di facilitare il confronto tra ospedali, in questa fase ulteriori stratificazioni non risultano necessarie.
Note	Esclusione: sono esclusi dal numeratore i pazienti deceduti durante l'ospedalizzazione o pazienti che sono stati dimessi verso un altro ospedale per acuti.

[56]Westert GP, Lagoe RJ, Keskimäki I, Leyland A, Murphy M. An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. Health Policy, 2002, 61: 262-278.
[57]Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care. Archives of Internal Medicine, 2000, 160:1074-1081.

Tabella 19: Scheda descrittiva per la preparazione della dimissione

Standard **Indicatore 18**	**Continuità e Cooperazione** **Punteggio dell'indagine sulla preparazione alla dimissione del paziente**
Razionale e descrizione	La preparazione alla dimissione è particolarmente importante per i pazienti che soffrono di patologie croniche e richiedono di un monitoraggio dopo la dimissione. I pazienti devono essere a conoscenza della propria condizione, dei fattori di rischio e dei sintomi di guarigione, delle possibilità di cura e dei regimi di trattamento farmacologico e della pianificazione delle successive fasi di assistenza. Molti pazienti non sono a conoscenza di questi aspetti, comportando in questo modo un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza a lungo termine e, potenzialmente, determinare complicazioni, ricoveri ripetuti e un deterioramento della qualità della vita. Questo indicatore è uno strumento di misurazione della qualità con la quale un'organizzazione sta preparando i suoi pazienti alla dimissione. Vari strumenti sono stati specificatamente sviluppati con questa finalità, alcuni questionari a disposizione sulla soddisfazione e sull'esperienza del paziente includono elementi sulla preparazione della dimissione. Dove disponibile, è raccomandabile l'utilizzo di questi strumenti o, in alternativa, applicare strumenti standardizzati e validati. Nell'adattamento degli strumenti esistenti quesiti da includere nell'intervista sono, ad esempio: "Può riferire la ragione del ricovero?", "Può riferire i sintomi della sua condizione?", "Si sente sicuro di aver capito come assumere i farmaci?", "Sa a chi rivolgersi nel caso la sua condizione peggiorasse?".
Numeratore	Per questo indicatore dovrebbe essere costruito un punteggio fondato su una misura di indagine
Denominatore	Per questo indicatore dovrebbe essere costruito un punteggio a partire da una delle misure di indagine
Fonte dei dati	Indagine
Stratificazione	Per dipartimento e caratteristiche del paziente (sesso, età, condizione)
Note/interpretazione	La standardizzazione per dipartimento e per caratteristiche del paziente può essere importante visto che la preparazione può essere influenzata da un certo numero di fattori.

7. GLOSSARIO

Il glossario che segue riporta i termini principali utilizzati in questo manuale suddivisi per aree tematiche principali, quali: prinicipi, dimensioni della qualità, parti interessate, procedure di valutazione/Raccolta dei dati, comprensione delle misure, interpretazione dei risultati, attività di promozione della salute, azioni per il miglioramento della qualità. La definizione dei termini si basa su glossari standard indicati da società quali International Society for Qualità in Health Care (ISQuA) , Joint Commission International (JCI) e European Observatory on Health Systems and Policies , ecc.

PRINCIPI

Rendere conto
Responsabilità ed impegno nel fornire risposte su determinati compiti o attività. Questa responsabilità non può essere delegata ad altri e dovrebbe essere trasparente.

Rischio
Probabilità o possibilità di pericolo, perdita o danno. Questo può riferirsi alla salute e al benessere del personale e del pubblico, proprietà, reputazione, ambiente, funzionamento dell'organizzazione, stabilità finanziaria, quota di mercato e ad altre forme di valore.

Salute
La salute è definita nella costituzione del 1948 dell'OMS come: Uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, non semplicemente l'assenza di malattia o infermità. Nel contesto della promozione della salute, la salute è stata progressivamente considerata sempre meno come una condizione astratta, e sempre più come un mezzo per raggiungere un fine, che può essere espresso in termini più funzionali e consente alle persone di condurre una vita produttiva dal punto di vista individuale, sociale ed economico. La salute è una risorsa di cui disporre nella vita quotidiana, non ha la finalità stessa della vita. Si tratta di un concetto positivo che vuole esaltare le risorse individuali e sociali, oltre che quelle fisiche.

Cultura
Sistema condiviso di valori, convinzioni e comportamenti.

Etica
Standard di comportamento moralmente corretti.

Diritti
Ciò che può essere rivendicato come giustamente, onestamente, legalmente o moralmente spettante a ciascuno. Una descrizione formale dei servizi che i clienti possono aspettarsi e richiedere a un'organizzazione.

Valori
Principi, convinzioni o asserzioni filosofiche che guidano il comportamento e che possono comportare aspetti etici o sociali.

Visione
Descrizione di cosa l'organizzazione vorrebbe essere.

Sviluppo di salute
Lo sviluppo di salute è quel processo di continuo, progressivo miglioramento dello stato di salute di individui e di gruppi in una popolazione. (Sistema di Informazione Terminologica, OMS, Ginevra, 1997). La Dichiarazione di Jakarta descrive la promozione della salute come un elemento di sviluppo sanitario essenziale.

Missione
Dichiarazione scritta generale in cui l'organizzazione dichiara di cosa si occupa e perché esiste. La missione distingue un'organizzazione rispetto ad un'altra.

Bisogno
Necessità di benessere fisico, mentale, emozionale, sociale o spirituale. I bisogni possono o meno essere percepiti o espressi da chi ne è portatore. Devono essere distinti dalle richieste, che sono desideri espressi, non necessariamente bisogni.

Filosofia
Dichiarazione di principi formulata dall'organizzazione tramite la quale questa viene gestita ed eroga i servizi.

DIMENSIONI DELLA QUALITÀ

Qualità
Grado di eccellenza, livello con cui un'organizzazione soddisfa i bisogni dei clienti e va oltre le loro aspettative.

Accessibilità
Possibilità per i clienti o per i potenziali clienti di usufruire dei servizi richiesti o disponibili al bisogno nei tempi appropriati.

Appropriatezza
Misura di quanto il servizio risponde ai requisiti richiesti dal cliente e viene erogato secondo la migliore pratica disponibile.

Continuità
Erogazione di servizi coordinati e trasversali a programmi ed organizzazioni nel tempo.

Appropriatezza culturale
Progettazione e erogazione di servizi in linea con i valori culturali dei clienti che li utilizzano.

Efficacia
Misura di quanto servizi, interventi o azioni sono erogati secondo la miglior pratica disponibile al fine di raggiungere gli obiettivi e conseguire risultati ottimali.

Efficienza
Misura di come le risorse sono utilizzate per il raggiungimento di risultati con minimi spreco, rielaborazione e impegno.

Sicurezza
Misura di quanto rischio potenziale e risultati non desiderati possano essere evitati o minimizzati.

PARTI INTERESSATE

Organismo di accreditamento
Organizzazione responsabile del programma di accreditamento e del riconoscimento della condizione di accreditamento.

Utilizzatori
Pazienti/clienti di un'organizzazione di clienti. Gli utilizzatori interni/il personale dell'organizzazione.

Comunità
Collettività di individui, famiglie, gruppi e organizzazioni che interagiscono fra loro, collaborano ad attività comuni e risolvono problemi comuni, solitamente all'interno di una località geografica o di un ambiente.

Comunità
Uno specifico gruppo di persone, che spesso vivono in un'area geografica definita, che condividono una cultura comune, valori e norme e sono organizzate con una struttura sociale che rispetta i rapporti sviluppati nel corso del tempo. I componenti di una comunità acquisiscono la loro identità individuale e sociale mettendo assieme convinzioni, valori e norme comuni che sono state sviluppate dalla comunità in passato e possono essere modificate in futuro. Essi mostrano una certa consapevolezza della loro identità di gruppo, condividendo bisogni comuni e l'impegno al loro soddisfacimento.

Governance
Funzione di stabilire la direzione dell'organizzazione, di stabilire gli obiettivi e sviluppare una politica in grado di guidare l'organizzazione verso il raggiungimento della sua missione, monitorando il raggiungimento degli obiettivi e l'implementazione della politica.

Organismo di governo
Individui, gruppo o agenzia con la massima autorità e responsabilità delle direzioni strategiche complessive e i modi di operare dell'organizzazione. Noto anche come consiglio, comitato, commissione, ecc.

Professionisti sanitari
Professionisti sanitari del personale medico, infermieristico o ausiliario che erogano trattamenti clinici e assistenza ai pazienti appartenenti all'ordine professionale appropriato e, dove richiesto, dopo aver completato e conservato la registrazione o la certificazione rilasciata da un'autorità legalmente riconosciuta.

Organizzazione
Comprende tutte le strutture e i luoghi fisici gestiti da o di cui sono responsabili: l'organo di governo o il proprietario(i).

Alleati
Organizzazioni con le quali l'organizzazione lavora e collabora per fornire servizi complementari.

Alleanze
Relazioni di lavoro formali od informali, tra organizzazioni dove i servizi possono essere sviluppati o forniti in maniera congiunta o condivisa.

Personale
Dipendenti dell'organizzazione.

Parte interessata
Individui, organizzazioni o gruppi che sono portatori di interesse nei servizi.

PROCEDURE DI VALUTAZIONE/RACCOLTA DATI

Sistema di controllo della documentazione
Sistema progettato per controllare il rilascio, la modifica, l'utilizzo di documenti importanti all'interno dell'organizzazione, in particolare politiche e procedure. Il sistema prevede che ogni documento abbia un'unica identificazione, che metta in evidenza data di stesura, aggiornamenti e autorizzazione. La stesura dei documenti nell'organizzazione è controllata e le copie di tutti i documenti possono essere prontamente rintracciate ed ottenute.

Accreditamento
Un'autovalutazione è un processo di revisione esterna tra pari che le organizzazioni sanitarie utilizzano per valutare accuratamente il loro livello di performance rispetto a standard prestabiliti e per implementare iniziative di miglioramento continuo.

Valutazione
Processo tramite il quale le caratteristiche ed i bisogni di clienti, gruppi o situazioni vengono valutate o definite per formulare le risposte appropriate. La valutazione è alla base del piano dei servizi e delle azioni.

Audit
Un esame sistematico indipendente ed una revisione per determinare se le attività effettive ed i risultati concordano con le misure pianificate.

Competenza
Garanzia che le conoscenze e le abilità di un individuo siano appropriate al servizio erogato e assicurazione di una regolare valutazione dei livelli di conoscenza e di abilità.

Reclamo
Espressione verbale o scritta di problema, questione o insoddisfazione sui servizi.

Complementarietà
Servizi o componenti che si adattano o si aggiungono reciprocamente nell'erogare servizi più completi.

Riservatezza
Tutela dell'uso e della diffusione di informazioni riguardanti individui od organizzazioni.

Consenso
Accettazione od approvazione volontaria espressa dal paziente.

Dati
Fatti non organizzati a partire dai quali può essere prodotta un'informazione.

Verifica
Valutazione del livello di realizzazione degli obiettivi e dei risultati attesi (esiti) dell'organizzazione, dei servizi, dei programmi o dei clienti.

Evidenze
Dati ed informazioni utilizzati per prendere decisioni. L'evidenza può derivare da ricerca, da apprendimento empirico, essere frutto di indicatori e valutazioni. La prova è utilizzata in maniera sistematica per valutare opzioni e prendere decisioni.

Esiti di salute
Un cambiamento nella condizione di salute di un individuo, un gruppo o una popolazione che è attribuibile ad un intervento pianificato o ad una serie di interventi, indipendentemente dal fatto che tale intervento sia orientato a modificare lo stato di salute.
Esiti di salute intermedi / Esiti di promozione sulla salute

Informazione
Dati organizzati, interpretati ed utilizzati. L'informazione può essere in forma scritta, verbale, video o fotografica.

Sistemi informativi
Sistemi per pianificare, organizzare, analizzare e controllare dati ed informazioni, comprendenti sia i sistemi informatici che quelli manuali.

Performance
Processo continuo attraverso il quale un dirigente ed un membro del personale revisionano le prestazioni del personale, definiscono gli obiettivi di risultato e valutano i progressi verso questi obiettivi.

Qualitativo
Dati ed informazioni espressi a mezzo di descrizioni e resoconti, un metodo di indagine che indaga l'esperienza degli utenti attraverso l'osservazione e la realizzazione di interviste.

Quantitativo
Dati ed informazioni espressi in cifre e statistiche: metodo che indaga i fenomeni con misurazioni.

Affidabilità
Grado di costanza dei risultati verificato tramite misurazioni effettuate da parte di differenti operatori o eseguite in momenti temporali diversi da uno stesso operatore che si riscontra qualora il risultato misurato non venga modificato nell'intervallo tra misurazioni.

Ricerca
Apporto ad un nucleo esistente di conoscenze realizzato attraverso l'approfondimento finalizzato alla scoperta e all'interpretazione dei fatti.

Validità
Il livello con il quale una misurazione misura realmente solo ciò che si intende misurare.

Risultati (esiti)
Le conseguenze di un servizio.

Valutazione di qualità
Raccolta pianificata e sistematica e analisi dei dati riguardanti un servizio, solitamente focalizzata sul contenuto del servizio, le modalità di erogazione di tale servizio ed i risultati per il cliente.

Indagine
Processo di valutazione esterna, tra pari, che misura la capacità dell'organizzazione di raggiungere degli standard predefiniti.

Valutatore
Revisore esterno tra pari, verificatore del raggiungimento di standard predefiniti da parte dell'organizzazione.

Autorizzazione
Processo con il quale l'autorità di governo rilascia il permesso ad un individuo o ad un'organizzazione sanitaria o ad un singolo medico di intraprendere un'occupazione o una professione.

Valutazione tra pari
Processo di valutazione delle prestazioni di un'organizzazione fornite da parte di individui, gruppi, è valutata da membri di organizzazioni simili o della stessa professione, disciplina o stato di coloro che forniscono i servizi.

Fascicolo personale
Raccolta di informazioni su un componente dell'organico, che riguarda le pratiche del personale: permessi, meriti, valutazione di rendimento, qualifiche, assunzione e tipologia di rapporto di lavoro.

PARAMETRI DI MISURAZIONE

Ambito
Gamma, tipologia di servizi offerti dall'organizzazione, e qualsiasi condizione o limite nella copertura del servizio.

Servizi
Prodotti dell'organizzazione forniti ai clienti, o unità dell'organizzazione che erogano prodotti ai clienti.

Standard
Livello di prestazione desiderato e raggiungibile rispetto al quale viene misurata la prestazione erogata.

Criteri
Passaggi obbligati, o attività che devono essere svolte, per arrivare ad una decisione o per raggiungere uno standard.

Procedure
Insieme di istruzioni scritte che riguardano i passaggi raccomandati e approvati per un'azione o una serie di azioni.

Politiche
Dichiarazioni scritte che fungono da linee guida dell'organizzazione e che riflettono i valori dell'organizzazione rispetto ad una determinata tematica.

Elementi misurabili
Elementi misurabili di uno standard sono quei requisiti dello standard nonché la sua dichiarazione di intenti, che sono revisionati e ai quali viene attribuito un punteggio durante la procedura di valutazione per l'accreditamento. Gli elementi misurabili elencano semplicemente i requisiti per aderire completamente allo standard. Ognuno degli elementi è già indicato nello standard o nella dichiarazione di intenti. L'elenco degli elementi misurabili serve ad assicurare maggiore chiarezza sugli standard e aiutare le organizzazioni a formare il personale sugli standard e a predisporre l'indagine di accreditamento (JCI International Standards, 2003).

Indicatore
Strumento di misurazione della performance per sondare o evidenziare, usato come guida per monitorare, valutare e migliorare la qualità dei servizi. Gli indicatori fanno riferimento alla struttura, al processo e ai risultati.

INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

Benchmarking
Confrontare i risultati verificati da un'organizzazione con i risultati di altri interventi, programmi, o organizzazioni, e di esaminare i processi rispetto a quelli di altre organizzazioni, ritenuti di eccellenza, come mezzo per realizzare i miglioramenti.

Migliore pratica
Approccio che ha mostrato di produrre risultati superiori, selezionato tramite un processo sistematico e giudicato come modello, o che si è dimostrato efficace. Viene successivamente applicata ad una singola organizzazione.

PROMOZIONE DELLA SALUTE

Prevenzione della malattia
La prevenzione della malattia riguarda le misure non solo necessarie a prevenire l'insorgenza delle malattie, quali la riduzione dei fattori di rischio, ma anche ad arrestare la progressione e ridurne le conseguenze una volta insorta. Riferimento: adattato dal glossario terminologico usato nella serie "Health for All". OMS, Ginevra, 1984.
La prevenzione primaria è diretta a prevenire l'insorgenza di un disturbo. La prevenzione secondaria e terziaria cerca di arrestare o ritardare la malattia già in atto, e i suoi effetti, tramite la diagnosi precoce e il trattamento appropriato, o ridurre la comparsa di recidive e l'instaurarsi di condizioni croniche, attraverso, ad esempio, una riabilitazione efficace. La prevenzione delle malattie a volte viene utilizzata come termine complementare alla promozione della salute. Sebbene vi sia una frequente sovrapposizione tra contenuto e strategie, la prevenzione delle malattie tuttavia è definita in modo diverso. La prevenzione della malattia in questo contesto è considerata come un'azione che solitamente viene svolta dal settore sanitario, riguarda individui e popolazioni con fattori di rischio riconoscibili, spesso associati a diversi comportamenti a rischio.

Educazione
Istruzione sistematica e attività di apprendimento finalizzate a sviluppare o determinare un cambiamento nella conoscenza, nelle attitudini, nei valori o nelle abilità.

Empowerment per la salute
Nell'ambito della promozione della salute, con il termine empowerment si fa riferimento ad un processo attraverso il quale le persone raggiungono un miglior controllo sulle decisioni e sulle azioni che condizionano la propria salute. L' empowerment può essere un processo sociale, culturale, psicologico, politico attraverso il quale singoli individui o gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni, presentare le proprie preoccupazioni, individuare strategie di coinvolgimento nel processo decisionale, e attuare un'azione politica, sociale e culturale di soddisfazione di tali bisogni.

Abilitazione
Nell'ambito delle promozione della salute, per abilitazione si intende l'agire in alleanza con individui o gruppi per renderli in grado attraverso la mobilitazione di risorse umane e materiali, di promuovere e tutelare la propria salute.

Comportamento salutistico
Qualsiasi attività intrapresa da un individuo, indipendentemente dallo stato di salute reale o percepito, con lo scopo di promuovere, salvaguardare o mantenere la salute, indipendentemente dal fatto che tale comportamento sia realmente funzionale a tale scopo.

Comunicazione sulla salute
La comunicazione sulla salute è una strategia chiave nell'informare il pubblico riguardo le questioni sanitarie e nel mantenere importanti tematiche sanitarie nell'agenda della sanità pubblica. L'uso dei mezzi di comunicazione di massa e multimediali, nonché di altre innovazioni tecnologiche, per diffondere informazioni sulla salute utili al pubblico, aumenta la consapevolezza rispetto a specifici aspetti di salute individuale e collettiva, e all'importanza dello sviluppo del sistema di salute.
Riferimento: modificato da Communication, Education and Participation: a framework and Guide to Action. OMS (AMRO/PAHO), Washington, 1996.

Educazione alla salute
L'educazione alla salute comprende delle opportunità di apprendimento progettate in maniera consapevole utilizzando alcune forme di comunicazione strutturate per migliorare l'alfabetizzazione sulla salute, e lo sviluppo delle abilità di vita che conducono alla salute individuale e della comunità. L'educazione alla salute non si occupa solamente della comunicazione dell'informazione, ma anche di alimentare la motivazione, le capacità e
l'autoefficacia, tutti elementi necessari ad intraprendere le azioni finalizzate al miglioramento della salute. L'educazione alla salute comprende la comunicazione dell'informazione riguardante le sottostanti condizioni sociali, economiche ed ambientali che incidono sulla salute, come i fattori di rischio individuali, i comportamenti a rischio, e l'uso del sistema sanitario. Dunque, l'educazione sulla salute può coinvolgere la comunicazione delle informazioni, e lo sviluppo di abilità che mostrano fattibilità politica e potenzialità organizzative di varie forme di azione sociale che hanno lo scopo di applicare a livello sociale, economico ed ambientale i determinanti di salute.

Alfabetizzazione sulla salute
Per alfabetizzazione sanitaria si intendono le abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere, comprendere ed utilizzare l'informazione nelle modalità che promuovono e mantengono la salute.
L'alfabetizzazione sulla salute implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, abilità individuali e fiducia in se stessi nell'intraprendere azioni per migliorare la salute del singolo e della comunità con il cambiamento di stili e condizioni di vita. Pertanto alfabetizzazione sulla salute significa molto più di leggere un opuscolo o di fissare appuntamenti. Migliorando l'accesso delle persone all'informazione sanitaria, e la loro capacità di farne uso in modo efficace, l'alfabetizzazione sulla salute è fondamentale per l'empowerment delle persone. L'alfabetizzazione sulla salute è essa stessa dipendente da livelli più generali di alfabetizzazione. Una scarsa alfabetizzazione sulla salute può influenzare direttamente la salute delle persone limitando il loro sviluppo sociale e culturale e ostacolando lo sviluppo dell'alfabetizzazione sulla salute.

Ospedali per la promozione della salute
Un ospedale per la promozione della salute non fornisce solamente un insieme di servizi medici ed infermieristici di alta qualità, ma intende anche sviluppare un'identità aziendale comprensiva degli obiettivi della promozione della salute, sviluppando una cultura ed una struttura organizzativa di promozione della salute, che includa ruoli attivi e partecipativi per i pazienti e per tutti i membri del personale, che si evolva in un ambiente fisico di promozione della salute e collabori attivamente con la sua comunità. Riferimento: basato sulla Dichiarazione di Budapest sugli Ospedali per la promozione della salute. OMS, Ufficio Regionale per l'Europa, Copenhagen, 1991.

Promozione della salute
La promozione della salute è il processo che mette le persone nella condizione di aumentare il controllo e migliorare la propria salute. Riferimento: Carta di Ottawa per la Promozione della Salute. OMS, Ginevra, 1986. La promozione della salute rappresenta un processo globale sociale e politico, che non comprende solo azioni dirette a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma prevede anche un'azione orientata ad un cambiamento delle condizioni sociali, ambientali ed economiche, al fine di diminuire il loro impatto sulla salute pubblica ed individuale. La promozione della salute è quel processo che rende in grado le persone di aumentare il controllo sui determinanti della propria salute, e quindi di migliorarla. La partecipazione è fondamentale per sostenere l'azione di promozione della salute.

Collaborazione intersettoriale
Una relazione riconosciuta fra una o più parti di differenti settori della società che è stata costruita per intraprendere azioni su una tematica per raggiungere esiti di salute, o esiti di salute intermedi con una modalità che è più efficace, efficiente o sostenibile di quanto non potrebbe essere realizzabile dal solo settore sanitario.

Abilità di vita
Le abilità di vita sono abilità per un comportamento corretto e positivo, che permette agli individui di confrontarsi in maniera efficace con le richieste e le sfide della vita quotidiana.

Stile di vita (stili di vita che favoriscono la salute)
Lo stile di vita è un modo di vivere basato su modelli di comportamento ben identificabili che sono determinati dall'interazione tra le caratteristiche proprie dell'individuo, fenomeni sociali e condizioni di vita socio-economiche ed ambientali.

Riorientare i servizi sanitari
Il riorientamento dei servizi sanitari è caratterizzato da un esplicito interesse per il raggiungimento degli esiti di salute della popolazione in relazione alle modalità per le quali il sistema sanitario è organizzato e finanziato. Questo deve condurre ad un cambiamento di attitudine e di organizzazione dei servizi sanitari, bilanciato rispetto ai bisogni di gruppi di popolazione con focalizzazione sui bisogni dell'individuo come persona nella sua interezza.

AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

Follow-up
Processi ed azioni intrapresi dopo che un servizio è stato completato.

Finalità
Dichiarazioni generali che descrivono i risultati che un'organizzazione intende raggiungere e che definiscono l'orientamento di decisioni e attività quotidiane. Le finalità sostengono la missione dell'organizzazione.

Linee guida
Principi che guidano o dirigono l'azione.

Capacità
Abilità, risorse, attività e forza dei gruppi o dei singoli nel gestire le situazioni e nel soddisfare i bisogni.

Contratto
Accordo formale che stipula i termini e le condizioni generali di regolamentazione dei servizi che vengono ottenuti o che sono forniti ad un'altra organizzazione. Il contratto ed i servizi stipulati sono monitorati e coordinati dall'organizzazione per rispondere agli standard previsti dallo Stato e dall'organizzazione stessa.

Coordinamento
Il processo di lavorare efficacemente assieme che si svolge attraverso la collaborazione dei fornitori, dell'organizzazione e dei servizi dentro e fuori l'organizzazione per evitare duplicazioni, lacune o discontinuità.

Leadership
Abilità di dare la rotta e capacità di gestione del cambiamento. Concerne: definizione della visione, sviluppo di strategie per produrre i cambiamenti desiderati nel realizzare la visione; allineamento delle persone; motivazione e aiuto alle persone nel superamento degli ostacoli.

Gestione
Definizione di obiettivi o di finalità per il futuro attraverso la pianificazione e l'allocazione delle risorse, definizione di processi per raggiungere quegli obiettivi e allocare le risorse al fine di permettere la realizzazione di quanto pianificato. Assicurare che i progetti vengano sviluppati attraverso organizzazione, dotazione di personale, controllo e capacità di risolvere problemi.

Obiettivo
Un traguardo che deve essere raggiunto se l'organizzazione raggiunge le sue finalità. È la traduzione delle finalità ben definite, termini concreti rispetto ai quali i risultati possono essere misurati.

Piano operativo
La definizione di strategie, che comprende i processi, le azioni e le risorse necessarie al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'organizzazione.

Attività di qualità
Attività che misurano la prestazione, identificano le possibilità di miglioramento nell'erogazione dei servizi, e includono azioni e rivalutazione nel tempo.

Controllo della qualità
Il monitoraggio del prodotto per valutare la conformità a specifiche o requisiti, nonché le azioni intraprese per migliorare il prodotto. Garantisce sicurezza, trasmissione dell'informazione, accuratezza delle procedure e della riproducibilità.

Miglioramento della qualità
Risposta progressiva ai dati di valutazione della qualità di un servizio con modalità che migliorano i processi attraverso i quali i servizi vengono erogati ai clienti.

Piano qualità
Il piano di azione applicato per assicurare la conformità ai requisiti di qualità di un servizio.

Progetto di qualità
Un piano di miglioramento della qualità temporizzato per un determinato servizio o area.

Gestione dei rischio
Processo sistematico di identificazione, valutazione ed intervento finalizzato a prevenire o a gestire i rischi clinici, amministrativi, patrimoniali, per la salute e la sicurezza professionale all'interno dell'organizzazione.

Piano Strategico
Un piano formalizzato che stabilisce le finalità generali dell'organizzazione, e che cerca di collocare l'organizzazione all'interno del proprio contesto.