



# PROGRESS REPORT 2021 RETE HPH

## Sezione 1: Informazioni amministrative

### 1A. Contatti

Coordinatore Aziendale HPH:Nome/i

.....;  
.....;  
.....;  
.....;

Telefono: .....

E-mail: .....; .....

Indirizzo: .....  
.....

Sito:

Coordinatore gruppo benessere del personale HPH Nome/i

.....;  
.....;

Coordinatore gruppo Patient Engagement/Clinical Health promotion HPH Nome/i

.....;  
.....;

Nome dell'Azienda aderente alla rete HPH :

Indirizzo:

E-mail segreteria Direzione generale

Telefono Segreteria Direzione Generale

Sito istituzionale :

### 1B. Aspetti amministrativi dell'azienda

Numero di ospedali:

Numero di distretti:

Numero di dipartimenti:

Numero di medici competenti:

Numero di operatori sanitari:

Note:

---

## **Sezione 2: il mandato**

2A. A che livello la mia azienda ha messo in atto nella pratica la mission HPH, gli scopi e gli obiettivi ?

Scegli un' opzione:

- Per niente
- Un po'
- Discretamente
- Abbastanza
- Completamente

Per favore descrivi di seguito le azioni principali aggiungendo un breve testo ( non più di 500 parole):

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

### **2B. Com'è organizzata la mia rete interna?**

Per favore descrivi di seguito l'assetto interno dei referenti e componenti aggiungendo un breve testo (non più di 500 parole) e allegando la composizione dei gruppi di lavoro formalizzata da atti o lettere:

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

### **2C. Qual è l'obiettivo della mia rete interna??**

Per favore descrivi di seguito gli obiettivi aggiungendo un breve testo ( non più di 500 parole) o allegando evidenza della programmazione:

.....

.....  
.....  
2D. Quali sono le principali occasioni di aggiornamento rivolte alla rete interna quest'anno?

Per favore descrivi di seguito gli eventi aggiungendo un breve testo ( non più di 500 parole) o allegando evidenza di essi:

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

## **2E. Strategia Globale 2021-2025**

La mia rete interna persegue gli obiettivi della strategia globale HPH 2021-2025: SI/NO

Se SI:

Priorità particolari sono state date a :

**Priorità HPH 1 : Influenzare la governance, la politica e le partnership in modo che i sistemi sanitari e i servizi sanitari possano riorientarsi verso risultati di salute, benessere ed equità sanitaria: si/no**

Se si, selezionare tra le attività quelle realizzate:

- Sviluppo di un kit di strumenti di marketing che includa i prodotti di comunicazione HPH
- Presentazione della rete HPH a eventi correlati (nazionali e internazionali)
- Collaborazione con le associazioni nazionali dei servizi ospedalieri e sanitari e le organizzazioni professionali sanitarie
- Presentazione alla rete interna: strategia HPH, standards e obiettivi
- Sviluppo di una strategia per creare impatto sulla diffusione della strategia HPH
- Stesura e pubblicazione di 3 documenti brevi su argomenti prioritari HPH
- Diffusione delle informative sulle politiche HPH
- Sostegno all'integrazione dell'autovalutazione con gli standard nell'ambito della qualità
- Indagine sui leader e sui coordinatori di rete per identificare come aumentare al meglio la produzione, l'uso e la diffusione della ricerca in aree strategiche di interesse HPH
- Analisi dei comitati nazionali e regionali rilevanti per far progredire la visione e la missione HPH
- Preparare proposte da presentare ai comitati e gruppi chiave globali e regionali

**Priorità 2 HPH Sviluppare la capacità degli ospedali e dei servizi sanitari di riorientarsi creando impegno e adattando e condividendo prove, strumenti, metodi e risorse: SI/NO**

- Creare un corso eLearning sugli standard HPH e la loro implementazione
- Formare coorti di membri HPH per pilotare l'applicazione dei concetti appresi
- Interazione con TF/WG per identificare prove, strumenti, metodi e risorse che possono essere condivisi sulla piattaforma per lo scambio (eLearning) e strategie per creare nuovi prodotti

- *Esaminare la fattibilità dell'integrazione della piattaforma per lo scambio nell'approccio generale di eLearning*
- *Fornire spazio sul sito Web per TF/WG per diffondere prove, strumenti, metodi e risorse*
- *Informare i membri HPH del valore di questi strumenti*
- *Connettere HPH ai canali dei social media dei membri*
- *Stabilire plug-in di utilizzo sul sito Web, ottimizzazione del traffico, sito Web di interconnessione*
- *Indagine sui membri HPH per determinare le esigenze di sviluppo delle capacità*
- *Produrre un documento informativo sulle esigenze di sviluppo delle capacità e sui modi per creare capacità*
- *Contattare e stabilire relazioni con editori di riviste internazionali pertinenti e altre piattaforme di comunicazione*
- *Indagine sui membri HPH per determinare la necessità di incentivi e supporto per pubblicare ricerche ed esperienze*
- *Scrivere una proposta per creare incentivi e support*

**Priorità 3 HPH coltivare la prossima generazione di leadership HPH: SI/NO**

- *Identificare i leader di prossima generazione in sanità pubblica, medicina, assistenza infermieristica, salute alleata, gestione dei servizi sanitari, miglioramento della qualità e cambiamento dei sistemi su larga scala, in particolare nelle regioni e nei paesi attualmente non rappresentati nella rete HPH*
- *Stabilire collaborazioni formali*
- *Ricerca e produrre una proposta per un programma di mentoring per la leadership globale HPH che includa un business case*
- *Ricerca e produrre il primo di una serie di policy brief annuali su contesti, sfide e opportunità a lungo termine per HPH*
- *Definire le possibili tipologie di iniziative e i relativi partner istituzionali e organizzativi*
- *Produrre un documento informativo*

**La mia rete interna ha raggiunto i seguenti risultati:**

*Scrivi brevemente quali degli obiettivi sopra riportati hai raggiunto*

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

*2F Come sono stati usati gli Standard nella mia azienda?*

*La mia azienda prevede un utilizzo stabile degli standard?: **SI/NO***

*Se Si, la priorità è data a*

*Standard 1 Dimostrare l'impegno organizzativo per HPH: **SI/NO***

Standard 2 Garantire l'accesso ai servizi: **SI/NO**

Standard 3 Migliorare l'assistenza sanitaria centrata sulla persona e il coinvolgimento degli utenti: **SI/NO**

Standard 4 Creare un ambiente e un posto di lavoro sano: **SI/NO**

Standard 5 Promuovere la salute nella società: **SI/NO**

La mia azienda ha incluso gli standard HPH nella valutazione della qualità?: **SI/NO**

2G. Sviluppo di altri Standards rilevanti:

La mia rete ha lavorato con altri standard rilevanti: **SI/NO**

Se sì, nome degli standard

.....

Descrivi sinteticamente l'esperienza

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

Part 3: Condivisione di conoscenze ed esperienze

3B. La connessione della mia rete interna alle strategie regionali, nazionali e internazionali che riguardano la promozione della salute: **SI/NO**

3C. Disponibilità dei documenti chiave HPH nella lingua locale: **SI/NO**

Documenti esistenti:

.....

3D. Le risorse non sfruttate della mia rete e le esigenze di ulteriore supporto

La rete regionale potrebbe sostenere la mia attività provvedendo a:

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

**3E. Cronoprogramma “Aver cura di chi ci cura”. Piano di miglioramento dedicato al benessere del personale.** (sezione da compilare a cura del referente Benessere del personale)

OBIETTIVO	FORMAZIONE Team MP	Acquisizioni e strumenti	Incarico formale ai Team MP	Collaudo strumenti	DPO Moduli Trattam Dati	Piano Com. Adesioni personale	Supervision e Team MP	Calend. Follow Up	Avvio fase pilota 40 persone
Febbraio - giugno 2021	X								
Giugno-luglio 2021	X	X							
Luglio-agosto 2021			X		X				
Agosto – Settembre 2021				X		X	X	X	X
Settembre-dicembre 2021							X		X
Report Regionale intermedio e finale						X			X

**1. La mia azienda ha partecipato alla Formazione “Aver cura di chi ci cura”? SI/NO**

Se SI indicare il numero dei partecipanti che hanno portato a termine la Formazione per entrare a far parte dei Team Multiprofessionali. Indicare inoltre il numero di coloro che hanno dichiarato disponibilità a collaborare nella logistica pur in assenza della frequentazione completa.

N° Formatisti.....

N° potenziali collaboratori.....

**2. La mia azienda ha organizzato un percorso formativo interno per la diffusione dei risultati del progetto “Aver cura di chi ci ha curato”? SI/NO**

Se SI indicare la data o le date dell'incontro e il numero di partecipanti

.....  
 .....

**3. La mia azienda ha organizzato un percorso di comunicazione interna per la diffusione dei risultati del progetto “Aver cura di chi ci ha curato”? SI/NO**

Se SI indicare gli estremi della comunicazione e il numero di persone potenzialmente raggiunte

.....  
.....

4. La mia Azienda ha incaricato figure di coordinamento ( es. RID) per la logistica del coinvolgimento del personale nella realizzazione del progetto? **SI/NO**

Se SI indicare le figure coinvolte

.....

5. La mia azienda ha organizzato un'alleanza con i principali stakeholders sul tema Benessere del personale per la comunicazione istituzionale congiunta? **SI/NO**

Se SI indicare gli stakeholders sostenitori

.....  
.....

6. La mia azienda ha autorizzato l'acquisizione dei dispositivi elettromedicali utili alla realizzazione del progetto "Aver cura di chi ci cura"? **SI/NO**

Se SI, allegare la data e gli estremi della documentazione attestante l'autorizzazione e l'acquisizione dei dispositivi o la prospettiva temporale di acquisizione degli stessi

.....

7. La mia Azienda ha autorizzato formalmente i professionisti formati nel percorso "Aver cura di chi ci cura" a esercitare l'attività prevista dal Servizio Benessere del personale, inclusi i follow up dedicati al recupero del benessere psico fisico tramite diagnostica (pletismografia e bioimpedenziometria a due frequenze) e intervento basato sul lifestyle? **SI/NO**

Se SI evidenziare la data e gli estremi del documento di incarico assegnato ai professionisti dei Team Multiprofessionali

.....  
.....

8. La mia azienda ha autorizzato l'utilizzo di un ambiente idoneo per l'utilizzo dei dispositivi elettromedicali nella realizzazione del progetto "Aver cura di chi ci cura"? **SI/NO**

Se SI, allegare la data dell'autorizzazione e gli estremi della documentazione attestante l'autorizzazione

.....

9. La mia Azienda ha autorizzato l'utilizzo dei moduli di informazione e trattamento dei dati previsti dal progetto sperimentale? **SI/NO**

Se SI, allegare la data dell'autorizzazione e gli estremi della documentazione attestante l'autorizzazione

.....

10. La mia Azienda ha autorizzato la raccolta delle adesioni del personale interessato ad aderire all'iniziativa di recupero psico fisico? **SI/NO**

Se SI, allegare la data dell'autorizzazione e gli estremi della documentazione attestante l'autorizzazione e le modalità con cui il personale può aderire

.....

11. La mia Azienda ha realizzato un piano di comunicazione per integrare le attività della promozione della salute con quella della gestione dei rischi e la sorveglianza sanitaria e rendere trasparente la comunicazione di “chi fa cosa” per trasmettere le informazioni al personale? SI/NO

Se SI, allegare il piano di comunicazione ( newsletter, riunioni periodiche calendarizzate, intranet, depliant, Formazione sul campo, etc)

.....

12. I referenti HPH hanno calendarizzato gli incontri aziendali di monitoraggio per la valutazione in itinere dell'implementazione del percorso di offerta del Servizio dei Team Multiprofessionali con la discussione degli aspetti da migliorare e la raccolta dei dati? SI/NO

Se si, evidenza del calendario

.....

13. I team Multiprofessionali hanno in dotazione un foglio di raccolta dati per riportare gli elementi utili al monitoraggio dell'impatto del programma sul benessere del personale aderente? SI/NO

Se SI, dare evidenza del format e dei tempi di raccolta

.....

14. I professionisti incaricati presso i Team Multiprofessionali hanno in dotazione la modulistica necessaria e i flyer informativi da consegnare alla prima visita di follow up? SI/NO

Se SI, dare evidenza della disponibilità e conservazione dei moduli

.....

**3F. Cronoprogramma “Patient Engagement”. Piano di miglioramento dedicato alla rilevazione dei bisogni di promozione della salute dei pazienti.**

OBIETTIVO	Analisi cartelle cliniche	Confronto con Documento Engage in the process of change	Elaborazione format	Analisi tappe implementazione	Report Regionale intermedio e finale
Febbraio - giugno 2021	X				
Giugno-luglio 2021	X	X			
Luglio-agosto 2021	X	X			
Agosto – Settembre 2021			X	X	X
Settembre-dicembre 2021				X	X

1. La mia azienda ha partecipato alla raccolta delle cartelle cliniche attive negli ospedali e nei servizi sanitari? SI/NO

Se SI indicare il numero di cartelle cliniche raccolte e le aree coinvolte.

N° Cartelle.....

Aree .....



2. La mia azienda ha partecipato all'elaborazione del format regionale di raccolta dei bisogni di promozione della salute dei pazienti? SI/NO

Se SI indicare la data o le date dell'incontro e il numero di partecipanti

.....  
.....

3. La mia azienda ha organizzato un percorso di comunicazione interna con I referenti HPH per la condivisione del format? SI/NO

Se SI indicare gli estremi della comunicazione e il numero di persone potenzialmente raggiunte

.....  
.....

4. La mia azienda ha verificato la modalità di integrazione del format relativo alla rilevazione dei bisogni di promozione della salute dei pazienti nella documentazione clinica standard, in base alla prassi aziendale? SI/NO

Se SI indicare il percorso di implementazione del format in cartella clinica

.....  
.....

5. La mia azienda ha presentato al suo interno il programma di astensione del fumo nel periodo perioperatorio? SI/NO

Se SI indicare date e persone raggiunte

.....  
.....

6. La mia azienda ha reso disponibile ai servizi clinici la documentazione (depliant) riguardante il programma di astensione del fumo nel periodo perioperatorio? SI/NO

Se SI indicare date e persone raggiunte

.....  
.....

Data e Firma del Referente Coordinatore/i

.....