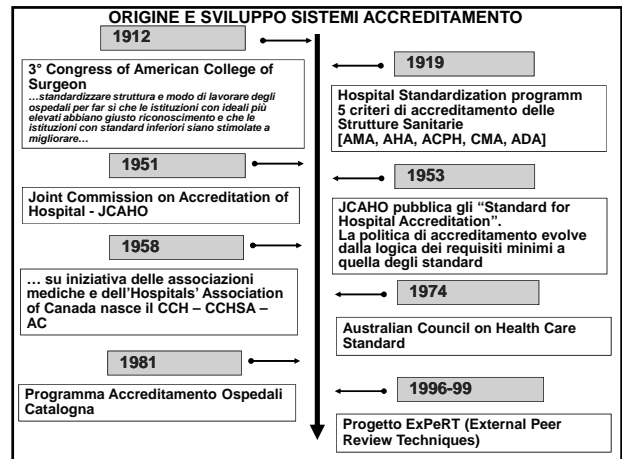


WORKSHOP
**IL GOVERNO CLINICO NELLE AZIENDE SANITARIE
 QUALE FORMAZIONE**

**FORMAZIONE AL GOVERNO CLINICO E
 ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE:
 L'ESPERIENZA DELL'AOU DI PADOVA**

Maria Laura Chiozza
 Responsabile Servizio Qualità
 Azienda Ospedaliera – Università di Padova



Formazione Al Governo Clinico e Accreditamento Istituzionale
 L'esperienza dell'AOU di Padova

S.S.S.R.
 MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA'
 ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA

AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE
 AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO
 ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

FONDAMENTA DEL SISTEMA QUALITA' (L.R. 22/02)

La strategia regionale relativa all'attuazione della L.R. 22/02 non è finalizzata a perseguire un mero fine amministrativo, bensì a realizzare le basi per costruire la QUALITA' DI TUTTO IL SISTEMA REGIONALE.

Possesso di determinati requisiti operare nel rispetto di procedure idonee a garantire qualità e sicurezza per l'utente.

Formazione Al Governo Clinico e Accreditamento Istituzionale
 L'esperienza dell'AOU di Padova

STRATEGIE 2008-2010: OBIETTIVI

- Posizionare l'offerta sanitaria su livelli di alta complessità**
 - Migliorare il case-mix
 - Aumentare l'attrazione extra-provincia e extra-regione
 - Migliorare l'appropriatezza
 - Sviluppare l'area a pagamento
 - Sostenere ricerca e innovazione
 - Sviluppare il sistema qualità

Formazione Al Governo Clinico e Accreditamento Istituzionale
 L'esperienza dell'AOU di Padova

PROCESSI E SVILUPPO

Alta complessità

- Su quali processi intervenire per migliorare l'appropriatezza?**
 - Definire percorsi diagnostico-terapeutici standardizzati per le principali patologie
 - Linee guida e procedure assistenziali basate su EBP (formazione, elaborazione di strumenti operativi, ...)
 - Percorsi dell'urgenza (OBI/ORI)
 - Passaggio da RO a DH e da ricoveri diurni a ambulatoriale
 - Attivazione Day Service
 - Dimissioni protette / continuità cure
 - Riduzione tempi di refertazione prestazioni per interni
 - Appropriatezza delle prescrizioni specialistiche
 - Protocolli condivisi ospedale/MMG

Formazione Al Governo Clinico e Accreditamento Istituzionale
 L'esperienza dell'AOU di Padova

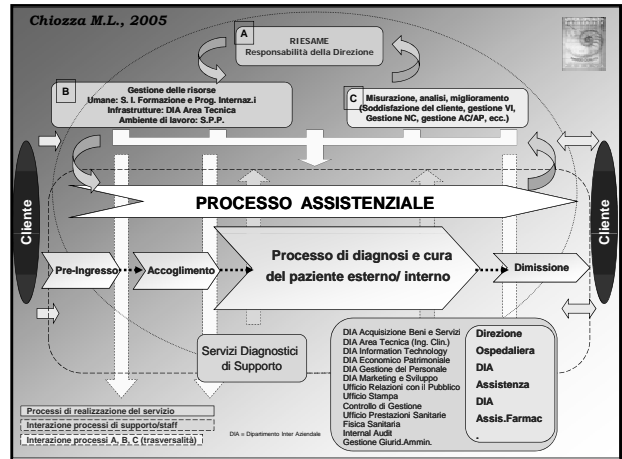
PROCESSI E SVILUPPO

Alta complessità

- Su quali processi intervenire per...**
 - raggiungere l'accREDITAMENTO istituzionale
 - Completare la formazione dei referenti per la legge 22/2002 (EBM, EBP, linee guida, audit clinico, HTA...)
 - mantenere / sviluppare i sistemi qualità certificati
 - Rinnovare certificazione ISO 9001:2000 per UU.OO. certificate e estendere il campo di applicazione alle UU.OO. che ne hanno fatto richiesta
 - sviluppare il Clinical Risk Management
 - Formazione su consenso informato e documentazione clinica
 - Sviluppare il sistema di incident reporting
 - Prevenire le cadute accidentali
 - Ridurre le infezioni nosocomiali

Formazione Al Governo Clinico e Accredimento Istituzionale
L'esperienza dell'AOU di Padova

NUOVE COMPETENZE PER LA GOVERNANCE DEI SISTEMI SOCIO TECNICI COMPLESSI



LE MAPPE MENTALI DELLA COMPLESSITA'

Human errors are the result of circumstances that are beyond the conscious control of those committing errors ⇒ Inner model of clinical thinking

Reason J. Human Errors: Models and Management. West JM 2000; 393-96

Pisek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. BMJ. 2001; 323(7313):625-8

Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity and clinical care. BMJ. 2001 Sep 22;323(7314):685-8

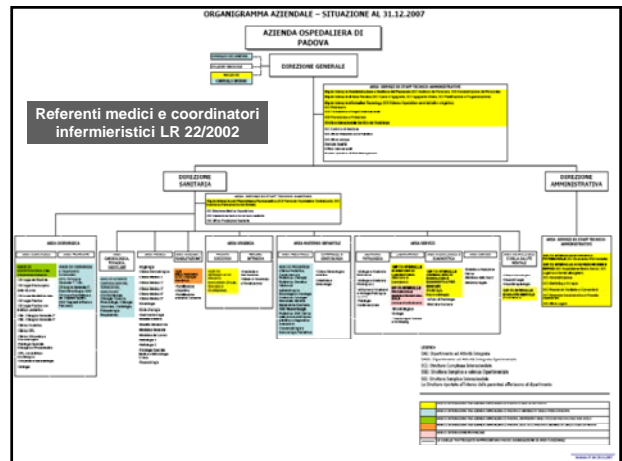
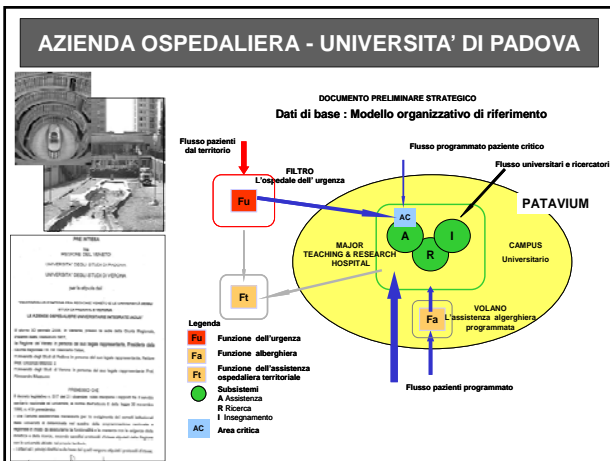
Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. BMJ. 2001;323(7316):799-803

Pisek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. BMJ. 2001;323(7315):746-9

LE MAPPE ORGANIZZATIVE AZIENDA OSPEDALIERA - UNIVERSITA' DI PADOVA

RAPPORTI CON L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Convenzione attuata del 26 giugno 1991



Clinical Leadership & Management Review

To Err Is Human: Improving Patient Safety through Failure Mode and Effect Analysis


GHCRRY WOODHOUSE, BRENDA BURNEY, AND KATHLEEN CUSTE 2004

Table 1
The ten steps for FMEA

- Step 1: Process review.
- Step 2: Brainstorm potential failure modes.
- Step 3: List potential effects of each failure mode.
- Step 4: Assign a severity rating.
- Step 5: Assign an occurrence rating.
- Step 6: Assign a failure rating.
- Step 7: Calculate the **CRITICALITY INDEX** for each effect.
- Step 8: Prioritize the failure modes.
- Step 9: Take action to reduce or eliminate the high risk failure modes.
- Step 10: Recalculate the RPN.

Severity Probability Detectability

(S x P x D)



ALLEGATO AL CERTIFICATO
ANALISI DI CERTIFICAZIONE N° 5871

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITA' DI PADOVA
MEDICAL PROCESSES

- Laboratory management: Patients and samples check-in, specimen collection, specimen processing, analysis report and report delivery - MICROBIOLOGY AND VIROLOGY
- Laboratory Medicine Services for routine testing - MEDICAL LABORATORY SERVICE
- Laboratory Medicine Services for QIVT testing - MEDICAL LABORATORY SERVICE
- Laboratory and Clinical services for Allergic diseases in outpatients - MEDICAL LABORATORY SERVICE
- Transfusional Process - BLOOD BANK AND TRANSFUSION MEDICINE UNIT
- Therapeutic Adherence and Transfusion Medicine Activities - BLOOD BANK AND TRANSFUSION MEDICINE UNIT
- Analytical and diagnostic procedures in forensic toxicology and analytical FORENSIC TOXICOLOGY AND ANTI-DOPING

Clinical Leadership & Management Review

Reducing Medical Errors Through Barcoding at the Point of Care

2004

JAMES H. NICHOLS, CATHY BARTHOLOMEW, MARY BRUNTON, CARLOS GINTRON, SHEILA ELLIOTT, JOAN MCGARR, DEBORAH MORSI, SUE SCOTT, JOSEPH SEIPEL, AND DAISY SINHA




FIGURE 1. The number of identification errors for the glucose meters in the Intensive Care Unit (ICU). The 3-Strike Rule for locking-out operators from patient testing after three errors was started in June 2002, and patient barcoding was implemented in November 2002. Solid circles (●) indicate errors resulting from manual entry of identification numbers, while hollow squares (□) indicate that the error resulted during barcode scanning.

The frequency of identification errors for blood gas and glucose testing devices ranged from < 3% to > 15% each month.

With an annual testing volume of nearly 600,000 blood gas and glucose test, the rate of identification errors represent more than 18,000 test

These errors were particularly problematic, since results were either stopped by the POC data management system and did not go across to the proper medical record for documentation and billing, or worse the results were transferred to the wrong patient's medical record where a clinician could take inappropriate medical action. Both of these scenarios present significant clinical and regulatory problems.

Clinical Leadership & Management Review

Reducing Medical Errors Through Barcoding at the Point of Care

2004

JAMES H. NICHOLS, CATHY BARTHOLOMEW, MARY BRUNTON, CARLOS GINTRON, SHEILA ELLIOTT, JOAN MCGARR, DEBORAH MORSI, SUE SCOTT, JOSEPH SEIPEL, AND DAISY SINHA

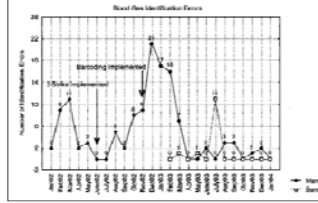


FIGURE 2. The number of identification errors for blood gas devices in the Intensive Care Unit (ICU). The 3-Strike Rule for locking-out operators from patient testing after three errors was started in June 2002, and patient barcoding was implemented in November 2002. Solid circles (●) indicate errors resulting from manual entry of identification numbers, while hollow squares (□) indicate that the error resulted during barcode scanning.

Barcoding thus offers a means of simplifying a complex testing process but does not totally replace the need for operator interaction. Operators still need to concentrate on the testing process, follow the device prompts in the sequence requested, and verify patient identification numbers.

PROGETTO H-FMEA MEDICINA DI LABORATORIO

POLITICAL ISSUE

Legge regionale 24 agosto 2002, n. 22 (R.G. n. 12/2002)

ISO International Organization for Standardization

CPA Accredited laboratory

"THINKING" ISSUE

H-FMEA

CORSO DI FORMAZIONE: Processi e gestione del rischio clinico nel dipartimento di medicina di laboratorio

"MANAGEMENT" ISSUE

"MODEL" ISSUE

PROGETTO H-FMEA MEDICINA DI LABORATORIO

MODULO	ATTIVITÀ				RISORSE UMANE			
	ORA	DATA	ORA	DATA	ORA	DATA	ORA	DATA
Mod. 1	8 ore							
Mod. 2	32 ore							
Mod. 3	32 ore							

Mod. 1
8 ore
Processi e gestione del rischio clinico nel dipartimento di medicina di laboratorio: L'APPROCCIO E GESTIONE PER PROCESSI

Mod. 2
32 ore
FR e FSC
Processi e gestione del rischio clinico nel dipartimento di medicina di laboratorio: L'APPLICAZIONE DELLA FMEA FAILURE MODE END EFFECTS ANALYSIS NEL LABORATORIO D'ANALISI

Mod. 3
32 ore
FR e FSC
Processi e gestione del rischio clinico nel dipartimento di medicina di laboratorio: L'APPLICAZIONE DELLA FMEA FAILURE MODE END EFFECTS ANALYSIS NEL DIPARTIMENTO DELLA MEDICINA DI LABORATORIO

2006

Fasi del progetto	MESE 1	MESE 2	MESE 3	MESE 4	MESE 5	MESE 6
0. Progettazione del programma e realizzazione del materiale						
1. Ergonomia formazione I° modulo Sviluppo sul campo delle azioni definite						
2. Ergonomia formazione II° modulo Sviluppo sul campo delle azioni definite						
3. Ergonomia formazione III° modulo Sviluppo sul campo delle azioni definite						
4. Ergonomia formazione IV° modulo Sviluppo sul campo delle azioni definite						
Totale 6.0						


■ Progettazione e supporto a distanza
 ■ Formazione di aula
 ■ Sviluppo delle attività sul campo da parte del gruppo di lavoro

Formazione Al Governo Clinico e Accreditemento Istituzionale



REGIONE DEL VENETO
Giunta Regionale

Segreteria Regionale Sanità e Sociale



MANUALE DI ATTUAZIONE DELLA L.R. 16 AGOSTO 2002 N° 22 CONTENENTE NORME DI "AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIALI DEL VENETO"

Formazione Al Governo Clinico e Accredimento Istituzionale L'esperienza dell'AOU di Padova		
LR.22/2002: AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA		
AREA 5. Requisiti organizzativi: sistema informativo		
La Gestione della documentazione		
Requisito	Documento/evidenze	Evidenze
GENER05.AU.2.1 - E' stato predisposto un sistema interno di gestione della documentazione sanitaria.	Procedure di gestione per redazione, chiusura, archiviazione e consegna copie, ...	<ul style="list-style-type: none"> *Procedure informatiche SSI (Sistema Sanitario Integrato) e SGP (Sistema Gestione Prestazioni) *Progetto Sistema Informativo (Dip. IT) *DGP - Organizzazione e registrazione cartelle DEA (CUP) *DGP - Pianificazione, programmazione e gestione delle prenotazioni e registrazione delle prestazioni sanitarie (CUP) *Documenti relativi alla cartella clinica (DMO) *Gestione della Documentazione Infermieristica (S.I. Assistenza)

Formazione Al Governo Clinico e Accredimento Istituzionale L'esperienza dell'AOU di Padova		
LR.22/2002: AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI		
AREA 5. Requisiti organizzativi: sistema informativo		
La Gestione della documentazione		
Requisito	Documento/evidenze	Evidenze
GENER05.AU.2.3 - La raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida è facilmente accessibile al personale	1. Archivio delibere accessibile a tutto il personale 2. software di gestione delibere 3. sito intranet	<ul style="list-style-type: none"> *SITO INTRANET AZIENDALE (www.cdq.sanita.padova.it) *Elenco procedure aziendali area sanitaria (SQ) *Procedura sulla corretta gestione delle linee guida e dei regolamenti interni della Unità Operativa (U.O.) bozza *MANUALE AZIENDALE LINEE GUIDA E PROCEDURE ASSISTENZIALI (S.I. Servizio dell'Assistenza) *Software consultazione delibere
GENER05.AU.2.3.1 - La raccolta dei regolamenti interni e dell linee guida è aggiornata o confermata ogni tre anni	Presenza di regolamenti con data e indice di revisione (max 3 anni di validità)	<ul style="list-style-type: none"> *Procedura sulla corretta gestione delle linee guida e dei regolamenti interni della Unità Operativa (U.O.) bozza *Elenco procedure aziendali area sanitaria (SQ)

Formazione Al Governo Clinico e Accredimento Istituzionale L'esperienza dell'AOU di Padova		
LR.22/2002: AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO LINEE GUIDA		
AREA 6. Requisiti organizzativi: linee guida, procedure e regolamenti interni		
Le Procedure per l'organizzazione e la realizzazione del servizio		
CONTINUITA' ASSISTENZIALE		
Requisito	Documento/evidenze	Evidenze
GENER06.AU.1.1 - E' predisposta una procedura per garantire la continuità dell'assistenza all'utente.	Procedura che descriva: modalità di accesso, assistenza, dimissione, trasferimento, gestione reclami, informazione al paziente, consenso informato,...	<ul style="list-style-type: none"> *DGP Sistema di Gestione Reclami (URP) *CARTA DEI SERVIZI (URP): *Guida breve all'ospedale *Presentazione *Tutela del paziente *Partecipazione in Azienda *MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE (SERVIZIO QUALITA') *Elenco procedure aziendali area sanitaria (SQ) *Servizio Continuità delle Cure *CARTA SERVIZI U.O. (U.O.), CARTA DI ACCOGLIENZA *MODULI CONSENSO INFORMATO DI U.O. *DOCUMENTI S.I. SERVIZIO ASSISTENZA: *Manuale aziendale delle Istruzioni Operative di Preparazione del paziente alle prestazioni diagnostico-terapeutiche *Gestione della Documentazione Infermieristica (S.I. Assistenza) *DGP Servizio Trasporto Ammalati

Formazione Al Governo Clinico e Accredimento Istituzionale L'esperienza dell'AOU di Padova		
LR.22/2002: AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO LINEE GUIDA		
AREA 6. Requisiti organizzativi: linee guida, procedure e regolamenti interni		
Le Procedure per l'organizzazione e la realizzazione del servizio		
Requisito	Documento/evidenze	Evidenze
GENER06.AU.1.9 - In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle linee guida predisposte dalle società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche	Presenza di linee guida predisposte da società scientifiche in tutte le articolazioni funzionali ed indicazione, nelle procedure, delle linee guida delle società scientifiche, o lavoro scientifico utilizzati per la loro redazione	<ul style="list-style-type: none"> *Procedura sulla corretta gestione delle linee guida e dei regolamenti interni della Unità Operativa (U.O.) bozza *Elenco procedure aziendali area sanitaria (SQ) *MANUALE AZIENDALE LINEE GUIDA E PROCEDURE ASSISTENZIALI (S.I. Servizio dell'Assistenza) *Linea guida Terapia della Malattia Tromboembolica venosa

Formazione Al Governo Clinico e Accredimento Istituzionale L'esperienza dell'AOU di Padova		
LR.22/2002: ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE		
AREA 2. Requisiti organizzativi: valutazione raggiungimento obiettivi programmati interni di struttura		
La capacità di valutare gli obiettivi		
Requisito	Interpretazione/significato del requisito	Possibili evidenze
GENER02.AC.2.2 - Il paziente è rivalutato ad intervalli regolari per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi clinico assistenziali	La regolare rivalutazione dei pazienti per verificare il progressivo raggiungimento degli obiettivi clinicoassistenziali può avvenire con modalità diverse a seconda degli ambiti assistenziali (es. ricovero e ambulatorio), delle tipologie di pazienti e delle specifiche condizioni cliniche. La continua rivalutazione degli obiettivi assistenziali presuppone, in ogni caso, la loro esplicita definizione a priori. Possono essere fatti alcuni esempi: a) nel contesto dell'assistenza ospedaliera, è prassi consolidata che il paziente venga continuamente rivalutato durante l'intero episodio di ricovero e, se necessario, anche per un breve periodo di follow up successivo alla dimissione; b) nel contesto specialistico ambulatoriale, di norma gli obiettivi clinico-assistenziali vengono raggiunti nel corso della visita, anche se per alcune patologie (es. diabete, cardiopatie, disturbi della coagulazione, ecc.) i pazienti vengono invitati a sottoporsi a successivi controlli per periodi di tempo più o meno lunghi; c) in alcuni contesti assistenziali (es. assistenza psichiatrica, consultorio familiare, dipendenze, ecc.) gli obiettivi clinico-assistenziali sono parte integrante del piano di assistenza individualizzato (PAI) e vengono regolarmente rivalutati.	<ul style="list-style-type: none"> * Documenti della cartella clinica ospedaliera * Documenti della cartella clinica ambulatoriale * Piani di assistenza individualizzata * Schede, scale di valutazione, checklist e altri documenti che attestino il monitoraggio degli obiettivi clinicoassistenziali * Audit clinici per migliorare la capacità della struttura/attività di rivalutare regolarmente i propri pazienti

Formazione Al Governo Clinico e Accredimento Istituzionale L'esperienza dell'AOU di Padova		
LR.22/2002: AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO LINEE GUIDA		
AREA 6. Requisiti organizzativi: linee guida, procedure e regolamenti interni		
Le Procedure per l'organizzazione e la realizzazione del servizio		
Requisito	Documento/evidenze	Evidenze
GENER06.AU.1.9 - In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle linee guida predisposte dalle società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche	Presenza di linee guida predisposte da società scientifiche in tutte le articolazioni funzionali ed indicazione, nelle procedure, delle linee guida delle società scientifiche, o lavoro scientifico utilizzati per la loro redazione	<ul style="list-style-type: none"> *Procedura sulla corretta gestione delle linee guida e dei regolamenti interni della Unità Operativa (U.O.) bozza *Elenco procedure aziendali area sanitaria (SQ) *MANUALE AZIENDALE LINEE GUIDA E PROCEDURE ASSISTENZIALI (S.I. Servizio dell'Assistenza) *Linea guida Terapia della Malattia Tromboembolica venosa

Il Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera di Padova nell'ambito delle linee strategiche del triennio 2008-2010 promuove un percorso formativo avente l'obiettivo generale di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi anche attraverso l'incremento di competenze in tema di documentazione sanitaria...
Data la complessità dei processi assistenziali, in particolare il processo di ricovero, e data l'esigenza di garantire la continuità assistenziale tramite l'integrazione del processo di ricovero e gli interventi nel territorio, l'importanza della corretta gestione della documentazione sanitaria può consentire una migliore gestione del rischio clinico e della catena delle responsabilità ad essa collegata...

edizione	Data
1° edizione	GIO 13 novembre 2008
2° edizione	GIO 20 novembre 2008
3° edizione	GIO 27 novembre 2008
4° edizione	LUN 01 dicembre 2008
5° edizione	MERC 10 dicembre 2008
6° edizione	MER 17 dicembre 2008
7° edizione	GIO 15 gennaio 2009
8° edizione	LUN 19 gennaio 2009
9° edizione	LUN 26 gennaio 2009

Formazione Al Governo Clinico e Accredimento Istituzionale
L'esperienza dell'AOU di Padova


... Da quest'anno, la direzione strategica del Dipartimento di Pediatria, in linea con l'obiettivo strategico aziendale "Diffusione dell'informatizzazione", si è posta come ulteriore obiettivo l'applicazione alla documentazione cartacea della tecnologia informatica. Il progetto di informatizzazione della documentazione clinico-assistenziale consiste nella traduzione, adattamento e miglioramento della documentazione cartacea, in un software applicativo...

OBIETTIVI

- uniformare il comportamento fra i diversi operatori della salute e la standardizzazione di alcuni passaggi del percorso stesso
- uniformare alcune valutazioni e giudizi costruendo un linguaggio professionale condiviso
- avere a disposizione delle informazioni complete, omogenee e precise
- monitorare le prestazioni mediche e infermieristiche erogate al piccolo paziente.

STRUTTURA INTERNAZIONALE DI FORMAZIONE E PROGETTI INTERNAZIONALI
Responsabile Dott. C. Paoletti

PROGRAMMA DEL CORSO DI FORMAZIONE:
PROGRAMMA AZIENDALE FISI-CARTELLA CLINICA ELETTRONICA



DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA
Report corai di UO 2008

UO	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	NUMERO DI ULTERI PERIODES	ESPOSIZIONE AL SERVIZIO	RESPONSABILITÀ	NUMERO DI PERSONALE	NUMERO DI FUNZIONI	ORARI	VALUTAZIONE	VALUTAZIONE		
4	DIAGNOSI, OCCORRENZA E PATOLOGIA DELLA RETINA NEL NEONATO	2	TRA	DI LABOR	SERVIZIO QUALITÀ DAL	80	MEDICI INFERMIERI	7	11,00	87%	80%
4	CONDOTTE E INFEZIONI DIALITICHE	4	PECO	DI FORMAZIONE	SERVIZIO QUALITÀ DAL	100	INFERMIERI	10	51,00	87%	84%
5	IDENTIFICAZIONE E APPLICAZIONE DEGLI UMBILICI PROTETTIVI E CORDONI DEL QUANTIFICAZIONE RESISTENZA	1	SERVIZIO QUALITÀ DAL	DI PREVENZIONE	SERVIZIO QUALITÀ DAL	22	MEDICI INFERMIERI	30	24,00	100%	100%
3	IL NUMERO DI SINTOMI MEDICINA DORSOLOMBARE: ASPETTI INFORMATIZZAZIONE	1	TECNICA S.B.	DI ACCOGLI	LAZARINI	24	INFERMIERI	11	9,00	85%	82%
20	INFERMIERI AL NEONATO OSTEO: SETTORE DELLA SOSTENIBILITÀ	3	NEOS	DI LABOR	SERVIZIO QUALITÀ DAL	47	MEDICI INFERMIERI	14	55,00	86%	88%
4	LA CELLULA INFORMATICA IN FISI INFORMATICA	2	NETTOLIO DA	DI LABOR	SERVIZIO QUALITÀ DAL	48	MEDICI INFERMIERI	11	14,00	80%	100%
1	LA SCELTA DEL NEONATO CON PROBLEMI NEUROLOGICI: SOSTENIBILITÀ E PROTEZIONE	4	PECO	DI LABOR	SERVIZIO QUALITÀ DAL	98	ATTORNIO	5	50,00	87%	88%
4	LA VALUTAZIONE E IL MONITORAGGIO DEL DOLORE E DELLO STRESS NEL NEONATO	2	TRA	DI LABOR	SERVIZIO QUALITÀ DAL	48	MEDICI INFERMIERI	5	18,00	85%	82%
8	EFFICACIA DELLE SOSTANZE ANTIDOLORIFICHE: SOSTENIBILITÀ E PROTEZIONE	2	TECNICA S.B.	DI LABOR	LAZARINI	10	MEDICI INFERMIERI	16,00			
9	PROGRAMMA AZIENDALE DEL CARTELLA CLINICA ELETTRONICA	5	CL. PED.	DI LABOR	SERVIZIO QUALITÀ DAL	78	MEDICI INFERMIERI	5	21,48		
11	STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE NEL BAMBINO	1	TECNICA S.B.	DI LABOR	LAZARINI	25	MEDICI INFERMIERI	7	9,00	100%	85%
TOTALE EDIZIONE ESPLETATE		24	GRADIMENTO TOTALE		570	100%		238,46			

Formazione Al Governo Clinico e Accredimento Istituzionale
L'esperienza dell'AOU di Padova

The clinical governance has a model of "translational management"
MLChiozza 2006

From EBM → EBCH

Fabbisogni organizzativi
Fabbisogni tecnologici (HTA)
Fabbisogni formativi

FAD FR FSC

FROM BENCH TO BED
FROM BED TO BENCH

LEADERSHIP RIFLESSIVE.
Il capitale umano ha ritmi di accumulazione radicalmente diversi dal capitale finanziario.
Andrea Vitullo. Ed Apogeo 2006

