

**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**

# ORIGINE E SVILUPPO SISTEMI ACCREDITAMENTO

**1912**

**3° Congress of American College of Surgeon**

*...standardizzare struttura e modo di lavorare degli ospedali per far sì che le istituzioni con ideali più elevati abbiano giusto riconoscimento e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare...*

**1951**

**Joint Commission on Accreditation of Hospital - JCAHO**

**1958**

**... su iniziativa delle associazioni mediche e dell'Hospitals' Association of Canada nasce il CCH – CCHSA – AC**

**1981**

**Programma Accredimento Ospedali Catalogna**

**1919**

**Hospital Standardization programm  
5 criteri di accreditamento delle  
Strutture Sanitarie  
[AMA, AHA, ACPH, CMA, ADA]**

**1953**

**JCAHO pubblica gli "Standard for Hospital Accreditation".  
La politica di accreditamento evolve dalla logica dei requisiti minimi a quella degli standard**

**1974**

**Australian Council on Health Care Standard**

**1996-99**

**Progetto ExPeRT (External Peer Review Techniques)**



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.

## 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

## 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

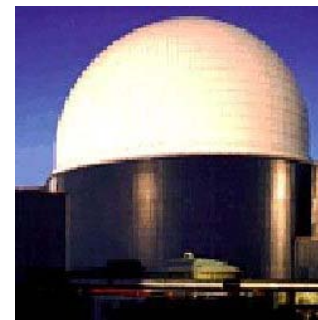
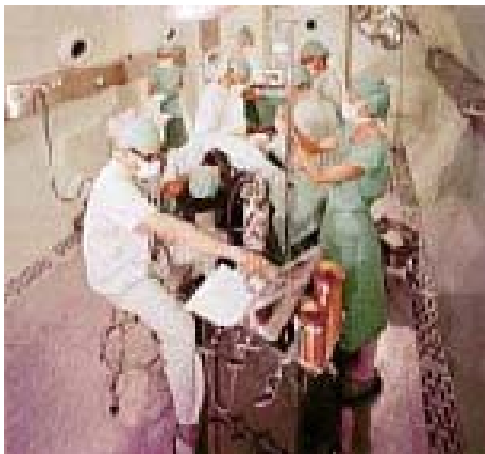
## PROCESSI E SVILUPPO

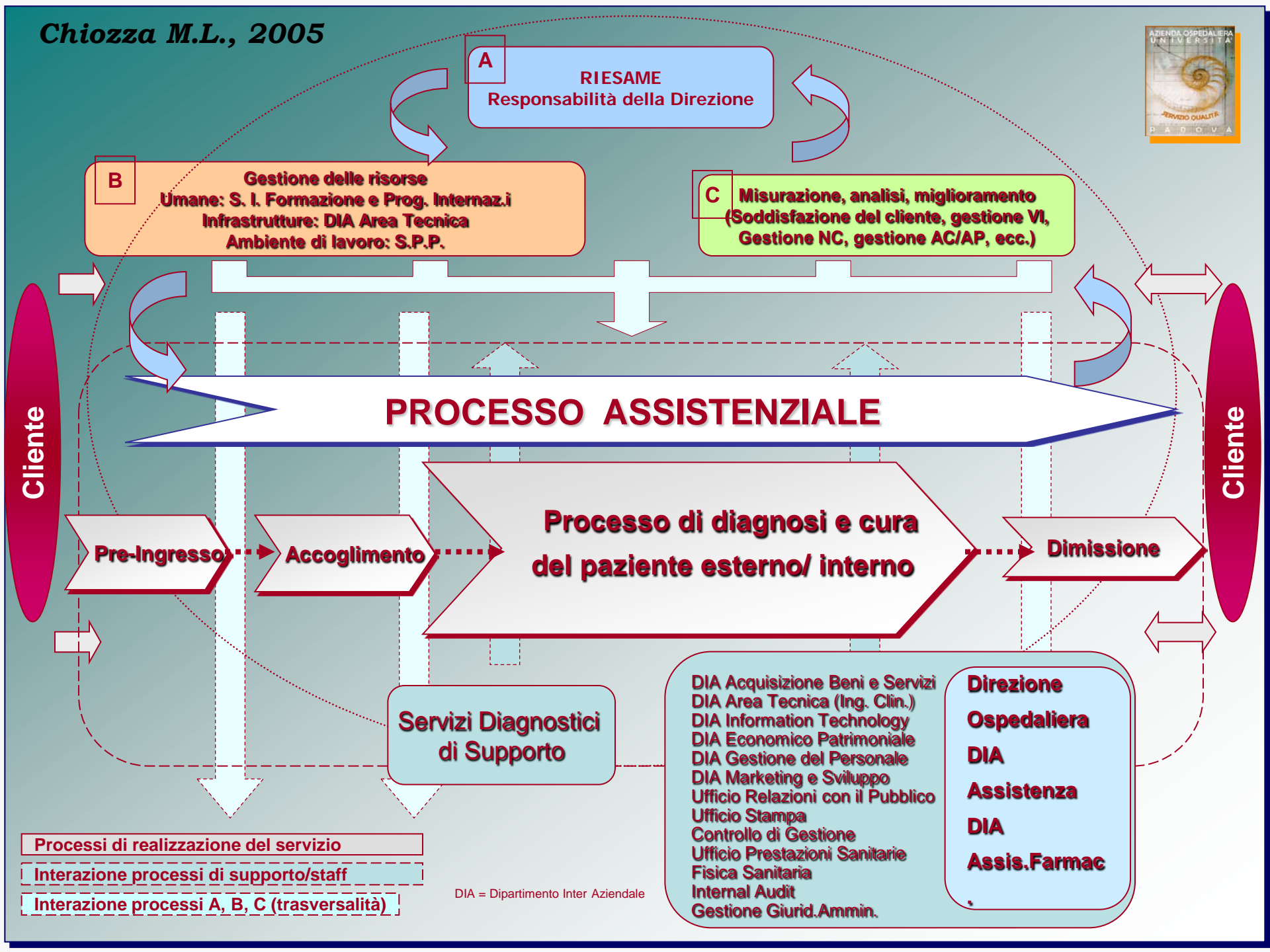
Alta complessità

### ☑ **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

# 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*

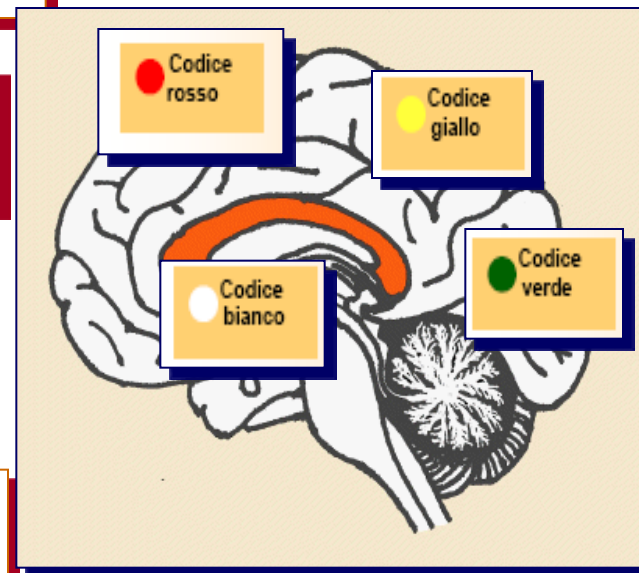


**Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ. 2001; 323(7313):625-8***

**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***

**Plsek 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 attuativa del  
26 giugno 1991

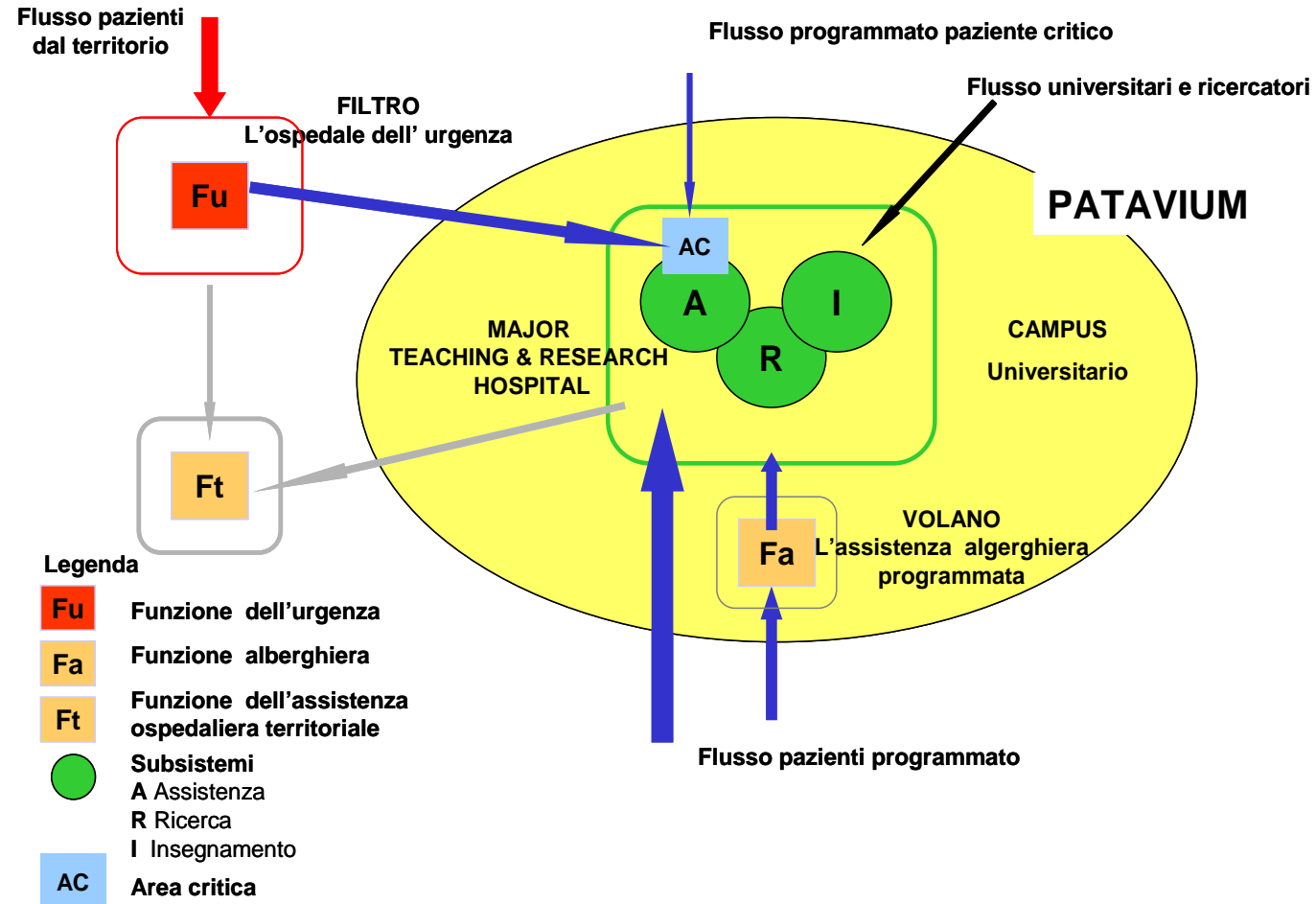
CONVENZIONE ATTUATIVA	
T.R.A.	
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA	
E	
UNITA' LOCALE SOCIO-SANITARIA DI PADOVA	
*****	
L'Università degli Studi di Padova e l'Unità Locale Socio-Sanitaria n. 21 di Padova, rispettivamente rappresentate dal Magnifico Rettore Prof. Mario BONSEMBIANTE e dal Presidente Prof. Antonio PREZIOSO;	IL PRESIDENTE DELLA U.L.S.S. N. 21 DI PADOVA PROF. ANTONIO PREZIOSO
- vista la deliberazione del Consiglio Regionale del Veneto n. 912 - protocollo n. 2266 del 9.6.1989;	
- vista la Convenzione tra la Regione del Veneto e l'Università degli Studi di Padova sottoscritta il 20.12.1989;	
- vista la deliberazione adottata dal Consiglio di Amministrazione dell'Università di Padova in data 28.02.1991;	
- vista la deliberazione del Comitato di Gestione della ULSS 21 di Padova n. 761 del 20.3.1991, esecutiva;	IL MAGNIFICO RETTORE DELLA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA PROF. MARIO BONSEMBIANTE
- visto l'art. 39 - 8° comma - della Legge 23.12.1978 n. 833, nel reciproco interesse, per la gestione dell'assistenza sanitaria connessa ai fini istituzionali della ricerca e della didattica medica universitaria, stabiliscono quanto segue:	
ART 1	

# AZIENDA OSPEDALIERA - UNIVERSITA' DI PADOVA



## DOCUMENTO PRELIMINARE STRATEGICO

### Dati di base : Modello organizzativo di riferimento



#### PRE INTESA

tra  
REGIONE DEL VENETO  
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA  
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA  
per la stipula del

"PROTOCOLLO D'INTESA FRA REGIONE VENETO E LE UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA E VERONA  
LE AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE INTEGRATE (AOUI)"

Il giorno 30 gennaio 2006, in Venezia, presso la sede della Giunta Regionale, Palazzo Balbi, Dorsoduro 3901, la Regione del Veneto in persona del suo legale rappresentante, Presidente della Giunta Regionale On. Dr. Giancarlo Galan, l'Università degli Studi di Padova in persona del suo legale rappresentante, Rettore Prof. Vincenzo Milanese e l'Università degli Studi di Verona in persona del suo legale rappresentante Prof. Alessandro Mazzucco

#### PREMESSO CHE

il decreto legislativo n. 517 del 21 dicembre 1999 disciplina i rapporti fra il servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419 prevedendo:

- che l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle università è determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale in modo da assicurarne la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, secondo specifici protocolli d'intesa stipulati dalla Regione con le università ubicate nel proprio territorio,
- i criteri ed i principi direttivi sulla base dei quali vengono stipulati i protocolli d'intesa;

**AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

- CONSIGLIO DEI SANITARI
- COLLEGIO SINDACALE
- MEGLIO DI CONTROLLO INTERNO

**DIREZIONE GENERALE**

**AREA SERVIZI DI STAFF TECNICO-AMMINISTRATIVI**

Dipartimento Amministrativo e Direzione del Personale (SDI Direzione del Personale, SDI Amministrazione del Personale)  
 Dipartimento di Area Tecnica (SDI Opere ed Impianti, SDI Impianti Obici, SDI Pianificazione e Programmazione)  
 Dipartimento di Informazione Technology (SDI Sistema Operativo centralizzato e logistica)  
 SDI Patologia  
 SDI Formazione e Progetti Internazionali  
 SDI Prevenzione e Protezione  
 SERVIZIO Interdisciplinare Sperimentale di Assistenza  
 SDI Controllo di Qualità  
 SDI Ufficio Relazioni con il Pubblico  
 SDI Ufficio Stampa  
 Direzione Qualità  
 Ufficio Internal Audit  
 Ufficio operativo di Risk Management

**Referenti medici e coordinatori infermieristici LR 22/2002**

**DIREZIONE SANITARIA**

**AREA SERVIZI DI STAFF TECNICO-SANITARI**

Dipartimento di Area Patologica e Patologica (SDI Patologia Operativa Centralizzata, SDI Assistenza Farmaceutica Terapeutica)  
 SDI Direzione Medica Operativa  
 SDI Valutazione Sperimentale e Tecnologie Sanitarie  
 SDI Ufficio Prevenzione Sanitaria

**DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

**AREA SERVIZI DI STAFF TECNICO-AMMINISTRATIVI**

DIPARTIMENTO INTERAZIONALE ECONOMICO PATRIMONIALE (SDI Economico Patrimoniale)  
 DIPARTIMENTO INTERAZIONALE AGGIORNAMENTO BENE E SERVIZI (SDI Assistenza Beni e Servizi, SDI Logistica e Servizi alle figure)  
 SDI Assistenza  
 SDI Marketing e Sviluppo  
 SDI Direzione Sanitaria e Commerciale  
 SDI Direzione Amministrativa di Padova Operativa  
 SDI Ufficio Legale

**AREA CHIRURGICA**

**AREA CHIRURGICA**

- Chirurgia del Raddio (Chirurgia Oncologica)
- Chirurgia Endoscopica delle vie aeree
- Chirurgia Mastoideale
- Chirurgia Plastica con approccio pediatrico
- Chirurgia Generale 2\*
- Chirurgia Generale 4\*
- Clinica Oculistica
- Clinica Otorinolaringoiatrica e Tiroideologica
- Fisiologia Operativa (Chirurgia e Proctologia)
- ORL con approccio endoscopico
- Oncologia e tiroideologia
- Urologia

**AREA TRAPIANTI**

AREA DI CHIRURGIA E TRAPIANTI D'ORGANO

- Chirurgia Generale 1\*, Chir. Chirurgia Generale 2\*, Endocrinologia, SSD
- Chirurgia Epatoepilica e del Trapianto Epatico, SSD
- Chirurgia del Trapianto di Rene e Pancreas

**AREA CARDIOLOGICA, TORACICA, VASCOLARE**

AREA DI SCIENZE CARDIOLOGICHE, TORACICHE, VASCOLARI (Cardiologia, Chirurgia Toracica, Pneumologia, Chirurgia Vascolare, Cardiologia, Fisiologia Respiratoria)

**AREA MEDICA**

- Fisiologia
- Chirurgia Dermatologica
- Clinica Medica 1
- Clinica Medica 2\*
- Clinica Medica 4\*
- Clinica Medica 5\*
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Malattie Infettive
- Malattie Metaboliche
- Medicina Generale
- Medicina del Lavoro
- Nefrologia 1
- Nefrologia 2
- Pneumologia Speciale (Malattie e Malattie Critiche)
- Reumatologia

**AREA ANZIANO / RIABILITAZIONE**

AREA DELL'ANZIANO (SDI Chirurgia Geriatrica)

- Riabilitazione ospedaliera
- Riabilitazione Intensiva Convalescente

**AREA URGENZA**

**PRONTO SOCCORSO**

DIPARTIMENTO INTERAZIONALE DI PRONTO SOCCORSO (Pronto Soccorso e Accettazione)

**TERAPIA INTENSIVA**

- Anestesiologia e Rianimazione
- Credito di Anestesiologia e Rianimazione

**AREA MATERNO INFANTILE**

**AREA PEDIATRICA**

- Chirurgia Pediatrica, Cardiologia Pediatrica, Chirurgia Pediatrica, Geriatria Pediatrica
- Endocrinologia, Fisiologia e Oncologia Pediatrica, Fisiologia Neonatale, Malattie Metaboliche Ereditarie, SSD
- Neonchirurgia Pediatrica, SSD
- Clinica delle Immunodeficienze primarie e diagnostiche avanzate in Oncologia e Immunologia Pediatrica

**GINECOLOGIA E OSTETRICIA**

- Clinica Ginecologica oncofisiologica
- Ginecologia e Ostetricia

**AREA SERVIZI**

**ANATOMIA PATOLOGICA**

- Istologia e Anatomia Patologica
- Istologia e Anatomia Patologica 2
- Laboratori di Anatomia e Istologia Patologica (CLOPO)
- Patologia Cardiovascolare

**LABORATORIO**

DIPARTIMENTO INTERAZIONALE DI MEDICINA DI LABORATORIO (Medicina di Laboratorio)

DIPARTIMENTO INTERAZIONALE PERIODICAMENTE BEMENOTRASPIRIBILE (Cemeteri di Laboratorio)

- Istologia di Patologia
- Microbiologia e Virologia
- Tossicologia Forense e Autopsia

**AREA RADIOLOGICA E DIAGNOSTICA**

DIPARTIMENTO INTERAZIONALE DI RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINE (Radiologia)

- Istologia di Radiologia
- Medicina Nucleare

**AREA SERVIZI**

- Chirurgia e Radiologia Clinica
- Medicina dello Sport
- Medicina Legale

**AREA NEUROLOGICA E DELLA SALUTE MENTALE**

- Clinica Neurologica
- Neurofisiologia
- Neurologia Psichiatrica

DIPARTIMENTO INTERAZIONALE DI SALUTE MENTALE (Psichiatria 2)

**LEGENDA**

DAI: Dipartimento ad Attività Integrata  
 DAIS: Dipartimento ad Attività Integrata Sperimentale  
 SCI: Struttura Complessa Interaziendale  
 SSI: Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale  
 SSI: Struttura Semplice Interaziendale  
 Le Strutture riportate all'interno delle parentesi afferiscono al dipartimento

	AREA DI INTERAZIONE TRA AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA E Istituti di Padova
	AREA DI INTERAZIONE TRA AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA E UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
	AREA DI INTERAZIONE TRA AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA, UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA E Istituti di Padova
	AREA DI INTERAZIONE TRA AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA, Istituti di Padova E Istituti di Padova
	AREA DI INTERAZIONE PROVINCIALE
	LE CERCHE TRATTEGGIATE RAPPRESENTANO RAPPORTI AGGIORNATI DI AREA FUNZIONALI

## Obiettivi percorso formativo Clinical Governance

- ➔ **EBM**  
Acquisire **metodi, strumenti e competenze** per migliorare il trasferimento dei risultati della ricerca alle decisioni cliniche.
  
- ➔ **Dalle Linee Guida ai Percorsi Assistenziali**  
Acquisire **metodi e strumenti** per costruire percorsi assistenziali nelle organizzazioni sanitarie, previo adattamento locale di linee guida.
  
- ➔ **HTA**  
Acquisire **metodi, strumenti e strategie** per introdurre la valutazione delle tecnologie sanitarie - Health Technology Assessment - nelle organizzazioni sanitarie.
  
- ➔ **Audit Clinico**  
Acquisire le **metodologie** per la pianificazione, conduzione e reporting dell'audit clinico.

**Percorso di Formazione sul “Governo Clinico”  
 rivolto ai Referenti medici della Legge Regionale 22/2002.**

<b>CORSI</b>	<b>EDIZIONE 1</b>	<b>EDIZIONE 2</b>	<b>EDIZIONE 3</b>
<b>EMB</b>	<b>GENNAIO- FEBBRAIO 2009</b>	<b>OTTOBRE- NOVEMBRE 2009</b>	<b>GENNAIO- FEBBRAIO 2010</b>
<b>LINEE GUIDA</b>	<b>MARZO 2009</b>	<b>DICEMBRE 2009</b>	<b>MARZO 2010</b>
<b>AUDIT CLINICO</b>	<b>APRILE 2009</b>	<b>GENNAIO 2010</b>	<b>APRILE 2010</b>
<b>HTA</b>	<b>OTTOBRE 2009</b>	<b>FEBBRAIO 2010</b>	<b>OTTOBRE 2010</b>

<b>CORSO ED. 1</b>	<b>GIORNO 1</b>	<b>GIORNO 2</b>	<b>GIORNO 3</b>	<b>GIORNO 4</b>
<b>EMB</b>	<b>20.01.09</b>	<b>21.01.09</b>	<b>3.02.09</b>	<b>4.02.09</b>
<b>LINEE GUIDA</b>	<b>11.03.09</b>	<b>12.03.09</b>	<b>13.03.09</b>	<b>-</b>
<b>AUDIT CLINICO</b>	<b>21.04.09</b>	<b>22.04.09</b>	<b>23.04.09</b>	<b>-</b>
<b>HTA</b>	<b>2 SEMESTRE</b>	<b>2 SEMESTRE</b>	<b>2 SEMESTRE</b>	



**LINEA GUIDA AZIENDALE  
TERAPIA DELLA MALATTIA  
TROMBOEMBOLICA VENOSA**

**Preparato da** *Ref. GdL*  
*P. Prandoni.....*

**Verificato da** *Servizio Qualità*  
*R. Perilli .....*  
*Resp.le M.L. Chiozza .....*

**Verifica per  
validazione** *Direzione Medica Ospedaliera*  
*(opzionale) C. Pillerc.....*

**Approvato da** *Direzione Sanitaria*  
*P. Benini .....*

**Data 18.12.2007 Rev 00**

**2. Gruppo di lavoro:**

**COMITATO SCIENTIFICO**

**Coordinatori:** Antonio Pagnan  
Paolo Prandoni

Massimo Castoro

Vitaliano Bernini Medico  
Giancarlo Bombonato Medico  
Paola Cantele Medico  
Antonino Cartabellotta Medico

Massimo Castoro Medico

Alessandra Masin Medico  
Antonio Pagnan Medico

Paolo Prandoni Medico

Pietro Zucchetta Medico

Direttore Clinica Medica 2°  
Responsabile Unità Tromboembolica – Clinica Medica 2°  
Responsabile Unità di Valutazione Technology Assessment

Medicina – Ospedale S. Antonio  
Clinica Medica 5  
Istituto di Anestesia e Rianimazione  
Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze (GIMBE)  
Responsabile Unità di Valutazione Technology Assessment

Clinica Chirurgica Generale 2°  
Direttore Clinica Medica 2°

Responsabile Unità Tromboembolica – Clinica Medica 2°  
Medicina Nucleare

**COMITATO DI VALUTAZIONE. REFERENTI UU.OO. AZIENDA OSPEDALIERA – ULSS 16 - IOV**

Fabio Verlato Medico  
Alessandra Scomparin Medico  
Giampietro Avruscio Medico  
Armando Marzari Medico  
Vittorio Pengo Medico  
Valeria De Min Medico  
Silvano Furlani Medico  
Lorenzo Previato Medico  
Maria Teresa Sartori Medico  
Paolo Simioni Medico  
Antonio Berizzi Medico  
Natalia Petrova Infermiera  
Nataschia Capello Infermiera  
Paolo Moreni Medico  
Roberto Tiffi Amministrativo  
Andrea Piccioli Medico  
Claudio Pillerc Medico  
Elisabetta Di Lenardo Farmacista

Girolama Iadicicco Farmacista  
Alessia Lazzaro Farmacista  
Diego Miotto Medico  
Elisa Piva Medico  
Dario Casara Medico  
Silvia Berlucchi Medico  
Susanna Melichioro Infermiera  
Maria Grazia Sechi Infermiera  
Cristina Ghiotto Medico  
Mauro Endri Medico  
Antonio Olmeda Medico  
Fabio Zangrandi Medico

Giuseppe Ricciardi Medico  
Cosimo Guerra Medico  
Franco Merlin Avvocato  
Luigi Visentin Medico

Irene Marin Infermiera  
Maria Padovan Infermiera  
Maria Laura Chiozza Medico  
Mariangela Mancini Medico  
Clorinda Passaniti Infermiera

Angiologia  
Angiologia  
Angiologia S. Antonio – ULSS 16  
Cardiologia - UCIC  
Cardiologia  
Chirurgia Plastica Pediatrica  
Chirurgia Ospedale S. Antonio – ULSS 16  
Clinica Medica 1°  
Clinica Medica 2°  
Clinica Medica 2°  
Clinica Ortopedica  
Clinica Ortopedica  
Clinica Ostetrica - Piastra Operatoria  
Responsabile Clinical Risk Management  
Controllo di Gestione  
Day Surgery  
Direzione Medica Ospedaliera  
Direttore S.C.I. Farmacia Ospedaliera Centralizzata  
Farmacia Ospedaliera Centralizzata  
Farmacia Ospedaliera Centralizzata  
Istituto di Radiologia  
Medicina di Laboratorio  
Medicina Nucleare – IOV  
Neurochirurgia  
Neurochirurgia  
Neurochirurgia  
Oncologia Medica - IOV  
Oncologia Medica – IOV  
Ortopedia e traumatologia  
Patologia Speciale Chirurgica e Clinica Propedeutica  
Radiologia  
Medico di Medicina Generale  
Rappresentante Associazione Pazienti AIPA  
Rappresentante Associazione Pazienti Padova Ospitale Nuova Vita  
Servizio dell'Assistenza  
Responsabile Servizio dell'Assistenza – IOV  
Responsabile Servizio Qualità  
Urologia  
Unità di Valutazione Technology Assessment



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



ultimo LBP - Microsoft Internet Explorer

Crea Risposta Inoltra Sposta Completa Strumenti

**Da:** Lucia Soattin/Servizio Qualita/servam/People/sanita.padova.it  
**Per:** Mechthilde Adam/Accettazione e Pronto Soccorso/servsan/People/sanita.padova.it@AOP, betalli@pediatria.unipd.it, Giuseppe Rolma/Neuroradiologia/servsan/People/sanita.padova.it@AOP, Vitaliano Bernini/Medicina OSA/OSA/People/sanita.padova.it@AOP, mauriziofumari@alice.it, maria.mazzoli@unipd.it, laura.chiozza@unipd.it, padova.unipd@unipd.it  
**Cc:** Maria Laura Chiozza/Servizio Qualita/servam/People/sanita.padova.it@AOP, Massimo Girotto/Direzione Ospedaliera/servam/People/sanita.padova.it@AOP

**Data:** Martedì 16 Settembre 2008 10.39  
**Oggetto:** ultimo LBP

Cari Colleghi,  
 nell'incontro di giovedì scorso abbiamo definito l'ultimo step del nostro lavoro.  
 Dopo la identificazione e traduzione della LG di riferimento, secondo procedura insegnataci, ora siamo alla fase di integrazione di tale LG per colmare sia i "Gap di contenuti" che i "gap temporali". A questo scopo abbiamo ripreso le LG che avevamo sottoposto ad Agree e le abbiamo assegnate ad alcuni componenti del gruppo affinché evidenzino i punti che possono andare a completamento della LG predefinita. (Vedi Nomi in Tabella).  
 A **MaurizioFumari** avremmo dato il compito di controllare l'aspetto del "gap temporale" e cioè se sono state pubblicate linee guida più recenti di quella di riferimento.  
 Abbiamo anche identificato la data del prossimo ritrovo: **Venerdì 10 ottobre h 14,30** (sempre davanti studio di Massimo Girotto) che sarà anche l'ultimo incontro per questo nostro gruppo in quanto in quell'occasione stileremo il documento completato dalle integrazioni di ciascuno e lo invieremo alla Dott.ssa Chiozza e al Dott. Cartabellotta.  
 Tale nostro elaborato (eseguito nell'ambito del percorso formativo GIMBE) potrà costituire la base scientifica per il successivo lavoro di Adattamento Locale della Linea Guida che andrà svolto da un Gruppo di Lavoro Aziendale Multiprofessionale (GLAM) che sia più completo e comprenda tutte le professionalità coinvolte (ad esempio mancano Ortopedico, Neurologo, Terapista della riabilitazione...)  
 Carissimi saluti a tutti, a presto!

Lucia Soattin  
 cell. 3290082363

Società	Titolo	Anno	Composizione gruppo	Grading evidenze	Utilizzabile
<b>V. BERNINI</b>	PNLG Regione Toscana Mal di schiena: raccomandazioni per la costruzione di percorsi assistenziali aziendali nelle cure primarie	2005/a.2008	multidisciplinare/multiprofessionale	dichiarato	Si

start | 3 Internet Explorer | PADOVA FMEA 23... | BOLOGNA\_GIMBE... | DOCUMENTAZION... | 2 Esplora risorse | Aggiornamento del... | Microsoft Excel | IT | 14.42



# Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

**1917**

American College of Surgeons formed the Hospital Standardization Program employees, staff members, patients, and visitors

**1996**

JCAHO introduced several new standards that are intended to support continuous improvement in the safety of care provided to the public

**2003**

Accredited organizations are expected to engage in at least one **proactive risk assessment of high risk process**

The JACHO high risk processes: medication use; use of blood and blood components, restraint use, operative procedures

**1951**

JCAHO assumed responsibility for the accreditation of hospitals

**2001**

JCAHO selected October 2001 as the date that health care facilities were required to have some kind of a risk assessment topic in in place

**2008**

TECHNICAL SPECIFICATION ISO/TS 22367

Medical laboratories — Reduction of error through risk management and continual improvement

Laboratoires médicaux — Réduction d'erreurs par gestion du risque et amélioration continue

# PATIENT SAFETY IS A “MODEL” ISSUE

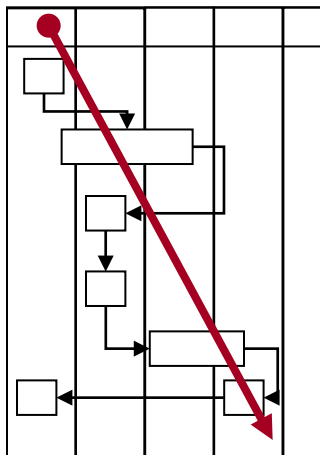
FMEA is a team-based analytical method that has been used for decades in engineering to identify and prevent product or process problems.

*R J Croteau, P M Schyve. ed P L Spath. 2000: 179-98.*

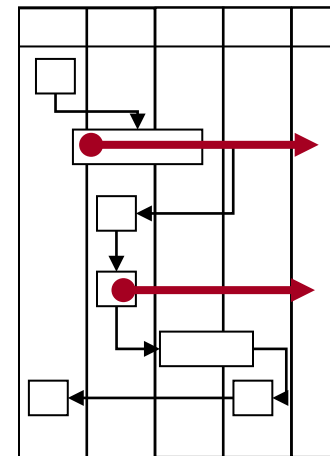
*J M Juran, Juran's Quality Control Handbook, fourth ed. 1988.*

This technique examines the individual components of a process to determine:

The variety of ways each component could fail in **one or more steps** of a process or in the **transitions** between steps



The effect of a particular failure on the stability of the **entire process**



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

SHERRY WOODHOUSE, BRENDA BURNEY, AND KATHLEEN COSTE

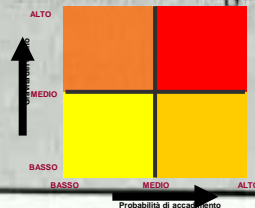
2004

**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)**



ISTITUTO DI CERTIFICAZIONE DELLA QUALITÀ  
www.certiquality.it

Pagina 1/1  
Page

ALLEGATO AL CERTIFICATO n. 5871  
ANNEX TO CERTIFICATE No

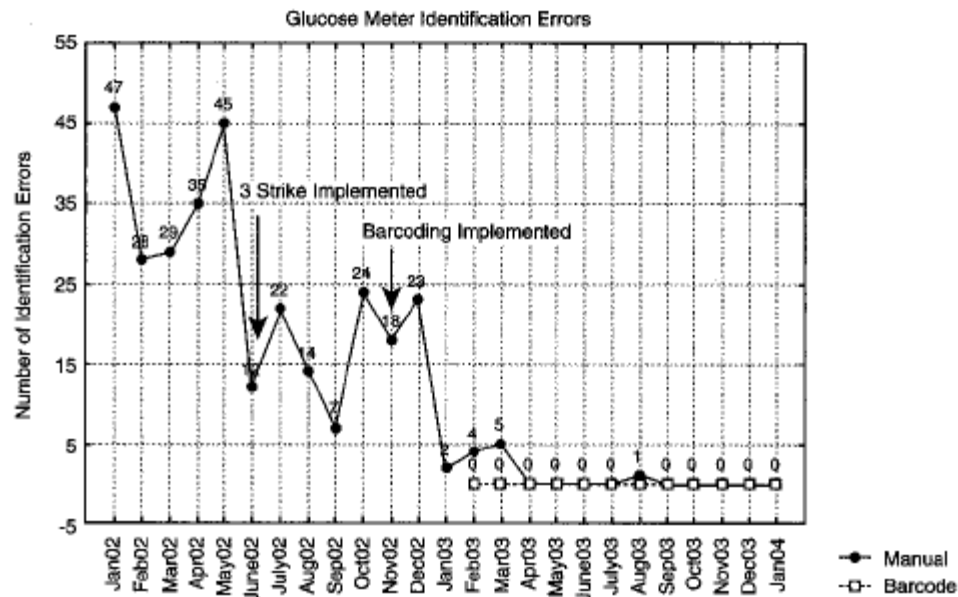
## AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITA' DI PADOVA MEDICAL PROCESSES

- Laboratory management. Patients and samples check-in, specimen collection, specimen processing, analyses report and report delivery - **MICROBIOLOGY AND VIROLOGY**
- Laboratory Medicine Services for routine testing - **MEDICAL LABORATORY SERVICE**
- Laboratory Medicine Services for STAT testing - **MEDICAL LABORATORY SERVICE**
- Laboratory and Clinical services for Allergic diseases in outpatients - **MEDICAL LABORATORY SERVICE**
- Transfusional Process - **BLOOD BANK AND TRANSFUSION MEDICIN UNIT**
- Therapeutic Apheresis and Transfusion Medicine Activities- **BLOOD BANK AND TRANSFUSION MEDICIN UNIT**
- Analytical and diagnostic procedures in forensic toxicology and antidoping **FORENSIC TOXICOLOGY AND ANTIDOPING**

# Reducing Medical Errors Through Barcoding at the Point of Care

2004

JAMES H. NICHOLS, CATHY BARTHOLOMEW, MARY BRUNTON, CARLOS CINTRON, SHEILA ELLIOTT, JOAN MCGIRR, 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.

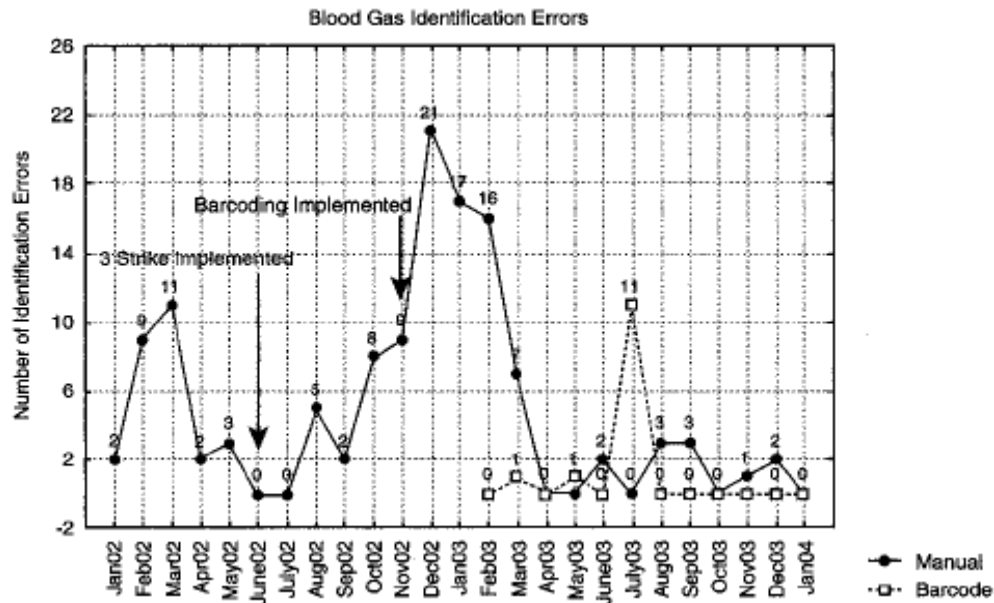
With an annual testing volume of nearly 600,000 blood gas and glucose test, the rate of identification errors represent more than 18,000 test

These errors were particularly problematic, since results were either stopped by the POCT 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.

# Reducing Medical Errors Through Barcoding at the Point of Care

2004

JAMES H. NICHOLS, CATHY BARTHOLOMEW, MARY BRUNTON, CARLOS CINTRON, SHEILA ELLIOTT, JOAN MCGIRR, DEBORAH MORSE, SUE SCOTT, JOSEPH SEIPEL, AND DAISY SINHA



**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.**

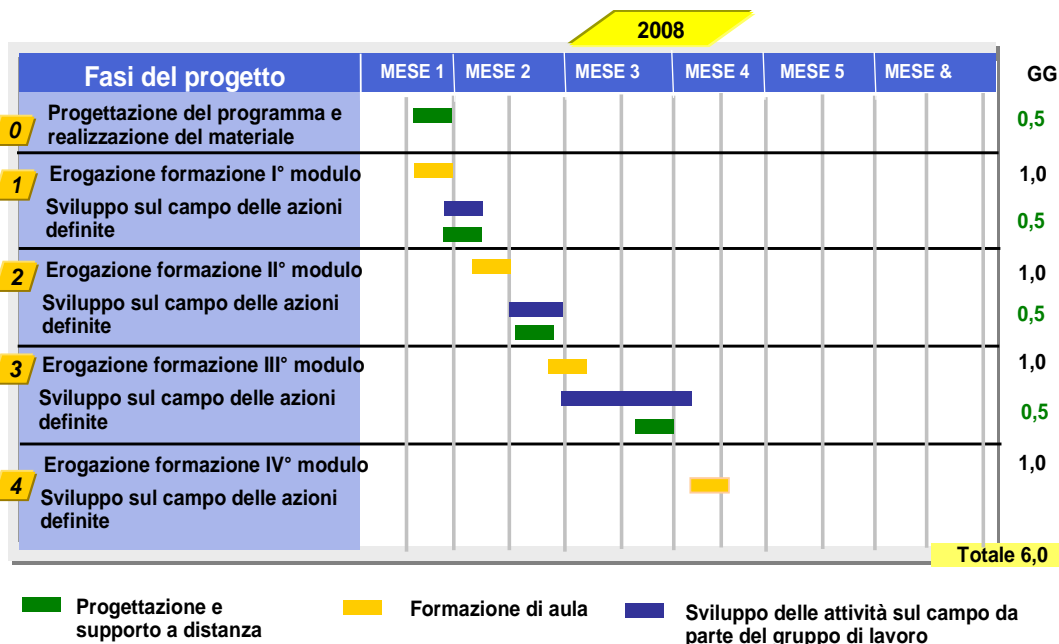
**FIGURE 2.** The number of identification errors for blood gas devices in the Intensive Care Unit (ICU). The 3-Strike Rule for locking-out operators from patient testing after three errors was started in June 2002, and patient barcoding was implemented in November 2002. Solid circles (●) indicate errors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

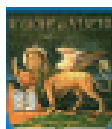


# PROGETTO H-FMEA MEDICINA DI LABORATORIO

ENTE DI APPARTENENZA DEL PERSONALE TECNICO	PIANIFICAZIONE				PIANIFICAZIONE			Partecipanti
	UNITÀ OPERATIVE	AOP	ULSS 16	IOV	UNIFD	2008	2009	
Anatomia e Istologia Pat. - Cleopd			1	1	A	B1	C	2
Anatomia Patologica	22				B1	B1	C	22
Anatomia Patologica 2	5			2	B1	B1	C	7
Cl. Ch. Gen. 1				1	A	B1	C	1
Cl. Ch. Gen. 2				1	A	B1	C	1
Cl. Ch. Gen. 3				2	A	B1	C	2
Cl. Ch. Gen. 4				1	A	B1	C	1
Cl. Dermatologia				2	A	B1	C	2
Cl. Ginecologia Ostetrica				1	A	B1	C	1
Ostetrica e Ginecologia	1				A	B1	C	1
Cl. Medica 1				3	A	B1	C	3
Cl. Medica 2	1			1	A	B1	C	2
Cl. Medica 4	1			1	A	B1	C	2
Cl. Medica 5				2	A	B1	C	2
Cl. Neurologica	1				A	B1	C	1
Cl. Oftalmica				1	A	B1	C	1
Cl. Ortop. Trauma				1	A	B1	C	1
Cl. Pediatrica	3			4	A	B1	C	7
Ematologia	1			1	A	B1	C	2
Endocrinologia	2			1	A	B1	C	3
Farmacia	2				A	B1	C	2
Formazione	1				A	B1	C	1
Gastroenterologia				2	A	B1	C	2
Immunologia Molecolare Oncologica			4	3	A	B1	C	7
Immunotrasfusionale	26				B1	B1	C	26
Medicina del Lavoro	1			3	A	B1	C	4
Medicina di Laboratorio	65				C	C1	C2	65
Ambulatorio Prelievi Colli		1			C	C1	C2	1
Laboratorio Oza		20			C	C1	C2	20
Microbiologia e Virologia	20			2	B1	C	C1	31
Istituto Radiologia				1	A	B1	C	1
Malattie Del Metabolismo				1	A	B1	C	1
Odontoiatria				1	A	B1	C	1
Patologia Cardiovascolare	2			2	A	B1	C	4
Reumatologia				2	A	B1	C	2
Tossicologia	3			1	A	B1	C	4
Uor Geriatria				1	A	B1	C	1
Cl. Oncematologia Pediatrica	2				A	B1	C	2
<b>TOTALE</b>	<b>168</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>45</b>				<b>239</b>
Totale A					67	0	0	
Totale B1					55	67	0	
Totale B2					31	55	0	
Totale C					36	31	122	
Totale C1					0	56	31	
Totale C2					0	0	56	

<b>Mod. 1</b> 8 ore	Processi e gestione del rischio clinico nel dipartimento di medicina di laboratorio: <b>L'APPROCCIO E GESTIONE PER PROCESSI</b>
<b>Mod. 2</b> 32 ore FR e FSC	Processi e gestione del rischio clinico nel dipartimento di medicina di laboratorio: <b>L'APPLICAZIONE DELLA FMEA FAILURE MODE END EFFECTS ANALYSIS NEL LABORATORIO D'ANALISI</b>
<b>Mod. 3</b> 32 ore FR e FSC	Processi e gestione del rischio clinico nel dipartimento di medicina di laboratorio: <b>L'APPLICAZIONE DELLA FMEA FAILURE MODE END EFFECTS ANALYSIS NEL DIPARTIMENTO DELLA MEDICINA DI LABORATORIO</b>





REGIONE DEL VENETO

*Giunta Regionale*

Segreteria Regionale Sanità e Sociale



ARSS - *Agenzia Regionale Socio Sanitaria*

**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"**



# LR.22/2002: AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

## GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

### AREA 5. Requisiti organizzativi: sistema informativo

#### La Gestione della documentazione

#### Requisito

**GENER05.AU.2.1 - E' stato predisposto un sistema interno di gestione della documentazione sanitaria.**

#### Documento/evidenze

**Procedure di gestione per redazione, chiusura, archiviazione e consegna copie, ...**

#### Evidenze

- **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)**

# 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**

- **SITO INTRANET AZIENDALE**  
([www.cdg.sanita.padova.it](http://www.cdg.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)**

- [Procedura sulla corretta gestione delle linee guida e dei regolamenti interni della Unità Operativa \(U.O.\) bozza](#)
- [Elenco procedure aziendali area sanitaria \(SQ\)](#)

Le Procedure per l'organizzazione e la realizzazione del servizio

## CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Requisito

Documento/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,...**

- [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](#)

# 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

**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 scientifici utilizzati per la loro redazione**

- 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

# 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
<p>GENER02.AC.2 .2 - Il <b>paziente</b> è <b>rivalutato</b> ad <b>intervalli</b> <b>regolari</b> per valutare il grado di <b>raggiungim</b> <b>ento</b> degli <b>obiettivi</b> clinico assistenziali</p>	<p>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.</p> <p>La continua rivalutazione degli obiettivi assistenziali presuppone, in ogni caso, la loro esplicita definizione a priori. Possono essere fatti alcuni esempi:</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Documenti della cartella clinica ospedaliera</li><li>▪ Documenti della cartella clinica ambulatoriale</li><li>▪ Piani di assistenza individualizzata</li><li>▪ Schede, scale di valutazione, checklist e altri documenti che attestino il monitoraggio degli obiettivi clinicoassistenziali</li><li>▪ Audit clinici per migliorare la capacità della struttura/attività di rivalutare regolarmente i propri pazienti</li></ul>

DIREZIONE SANITARIA  
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA

STRUTTURA INTERAZIENDALE DI FORMAZIONE  
E PROGETTI INTERNAZIONALI

PROGRAMMA DEL  
CORSO DI FORMAZIONE:

LA DOCUMENTAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE  
PER LA GESTIONE DEL RISCHIO  
e L'INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE:  
criticità e proposte



**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

## STRUTTURA INTERAZIENDALE DI FORMAZIONE

### E PROGETTI INTERNAZIONALI

*Responsabile Dott. C. Putoto*

## PROGRAMMA DEL CORSO DI FORMAZIONE:

### PROGRAMMA AZIENDALE SSI: CARTELLA CLINICA ELETTRONICA



... 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.



Dipartimento  
di Pediatria

# DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA

## Report corsi di UO 2008



PADOVA

	N° ACCREDITAMENTO REGIONALE	TITOLO CORSO	NUMERO DI EDIZIONI ESPLETATE	UO	RESPONSABILI SCIENTIFICO	RESP. ORG.	N° PARTECIPANTI TOTALE	FUNZIONE	CRED. ECM	TOT. ORE	% MEDIA APPRENDIMENTO	% MEDIA GRADIMENTO
6	VEN-FOR19616 VEN-FOR19618	DANNO OSSIDATIVO E PATOLOGIA DELLA RETINA NEL PRETERMINE: C'È UN LEGAME?	2	TIN	Dr LAGO	SERVIZIO QUALITA' DAI	50	MEDICI INFERMIERI	7	11,00	97%	85%
4	VEN-FOR18639 VEN-FOR18640 VEN-FOR18641 VEN-FOR18642	DIABETE I IN ETA' EVOLUTIVA	4	PED2	Dr MONCIOTTI	SERVIZIO QUALITA' DAI	100	INFERMIERI	10	31,00	97%	94%
9	VEN-FOR14934	IDENTIFICAZIONE E ARTICOLAZIONE DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI E OPERATIVI DEL DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA ANNO 2008	1	SERVIZIO QUALITA' DAI	Dr CHIOZZA	SERVIZIO QUALITA' DAI	22	MEDICI INFERMIERI	30	24,00	100%	92%
3	VEN-FOR18502	IL BAMBINO IN VENTILAZIONE MECCANICA DOMICILIARE: ASPETTI PRATICI GESTIONALI	1	TER.ANTA LG.	Dr AGOSTO	LAZZARIN	24	INFERMIERI	11	9,00	98%	93%
10	VEN-FOR20756 VEN-FOR20757	L'ASSISTENZA AL NEONATO CRITICO: GESTIONE DELL' EMERGENZA-URGENZA	2	NIDO	Dr LAGO	SERVIZIO QUALITA' DAI	47	MEDICI INFERMIERI	14	22,00	96%	88%
5	VEN-FOR19232 VEN-FOR23318	LA DIALISI PERITONEALE IN ETA' PEDIATRICA	2	NEFROLOGIA	Prof.ssa ZACHELLO	SERVIZIO QUALITA' DAI	46	MEDICI INFERMIERI	11	18,00	99%	92%
1	VEN-FOR17624 VEN-FOR17625 VEN-FOR18643 VEN-FOR19204	LA GESTIONE DEL BAMBINO CON PROBLEMI NEUROLOGICI: EPILESSIA E IDROCEFALO	4	PED2	Prof.ssa LAVERDA	SERVIZIO QUALITA'	96	INFERMIERI	9	30,00	97%	86%
2	VEN-FOR18341 VEN-FOR18342	LA VALUTAZIONE E IL MONITORAGGIO DEL DOLORE E DELLO STRESS NEL NEONATO	2	TIN	Dr LAGO	SERVIZIO QUALITA' DAI	45	MEDICI INFERMIERI	9	15,00	96%	92%
8		LE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE: L'ASSISTENZA OLISTICA NEL BAMBINO INGUARIBILE	2	TER.ANTA LG.	Dr BENINI	LAZZARIN	40	MEDICI INFERMIERI		48,00		
7	VEN-FOR22470 VEN-FOR22471 VEN-FOR22472	PROGRAMMA AZIENDALE SSI: CARTELLA CLINICA ELETTRONICA	3	CL. PED.	Dr MORETTI	SERVIZIO QUALITA' DAI	75	MEDICI INFERMIERI	9	21,45		
11	VEN-FOR19636	STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE NEL BAMBINO	1	TER.ANTA LG.	Dr BENINI	LAZZARIN	25	MEDICI INFERMIERI	7	9,00	100%	89%

TOTALE EDIZIONI ESPLETATE

24

PERSONE PORTATE

570

tot ore 238,45

GRADIMENTO TOTALE

90%



## The clinical governance has a model of “translational management”

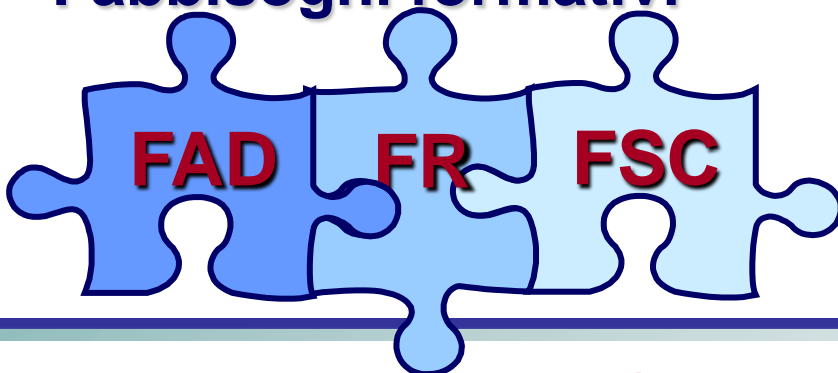
*ML Chiozza 2006*

**From EBM**



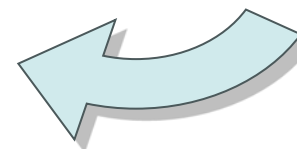
**EBCH**

Fabbisogni organizzativi  
Fabbisogni tecnologici (HTA)  
Fabbisogni formativi



**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*



**Frequent  
thinker**