

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

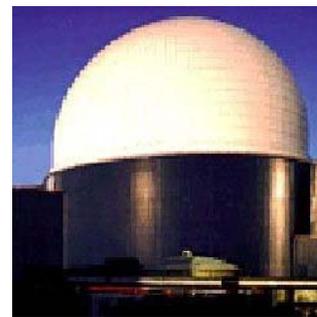
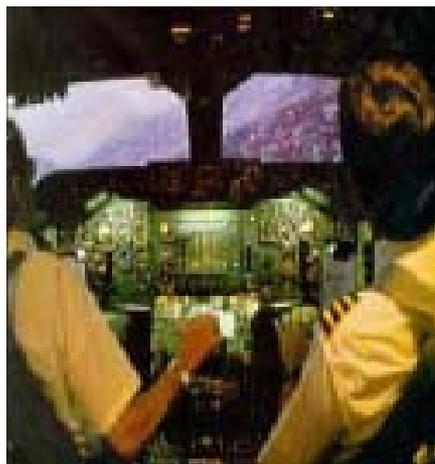
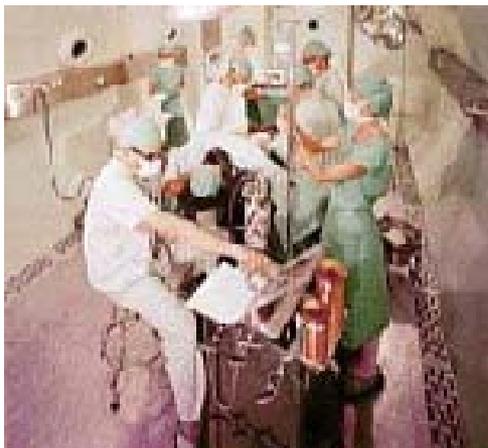
PROCESSI E SVILUPPO

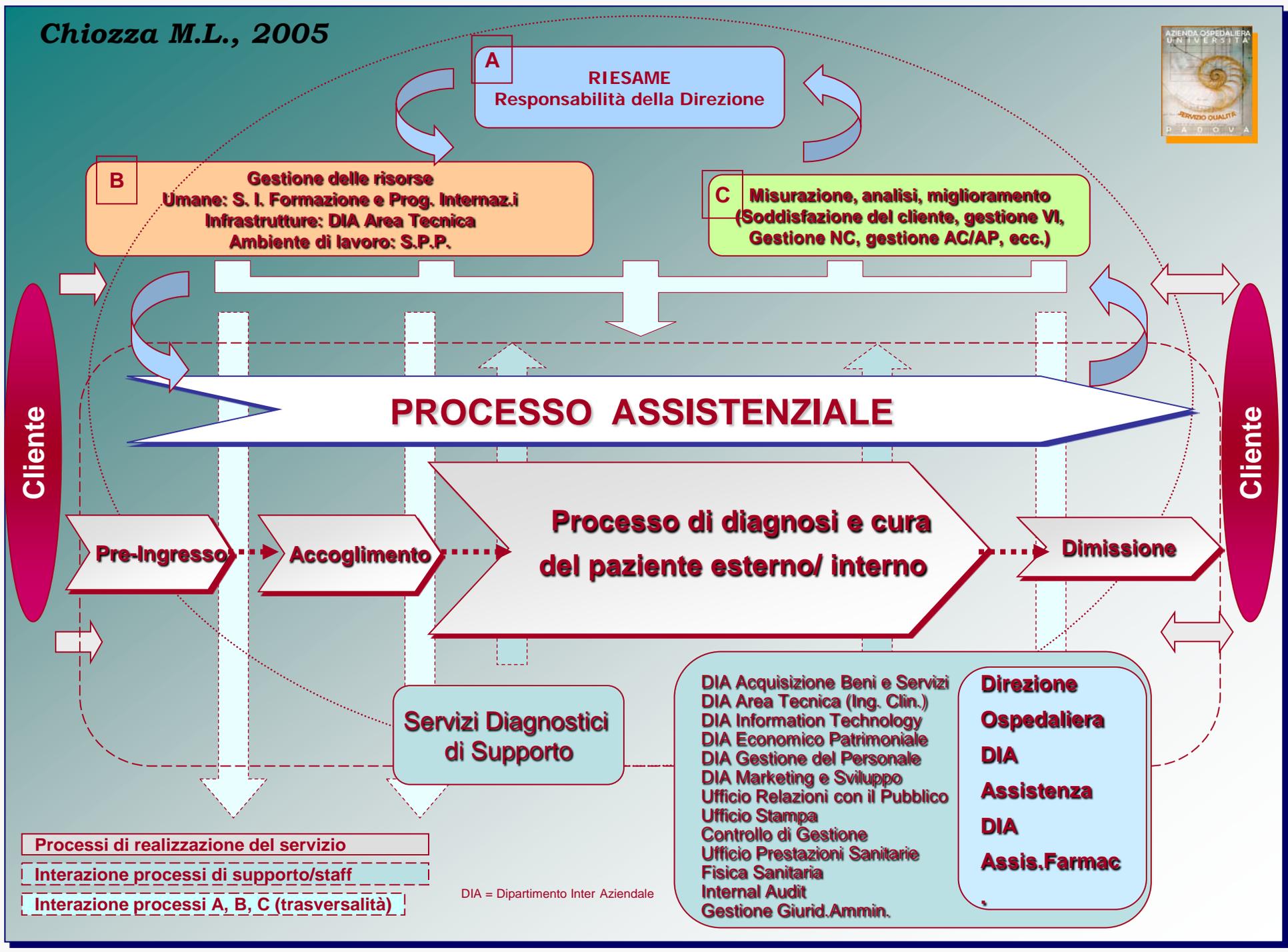
Alta complessità

☑ 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





A
RIESAME
Responsabilità della Direzione

B
Gestione delle risorse
Umane: S. I. Formazione e Prog. Internaz.i
Infrastrutture: DIA Area Tecnica
Ambiente di lavoro: S.P.P.

C
Misurazione, analisi, miglioramento
(Soddisfazione del cliente, gestione VI,
Gestione NC, gestione AC/AP, ecc.)

Cliente

Cliente

PROCESSO ASSISTENZIALE

Pre-Ingresso → Accoglimento → **Processo di diagnosi e cura del paziente esterno/ interno** → Dimissione

Servizi Diagnostici di Supporto

Direzione Ospedaliera
DIA
Assistenza
DIA
Assis.Farmac

DIA Acquisizione Beni e Servizi
DIA Area Tecnica (Ing. Clin.)
DIA Information Technology
DIA Economico Patrimoniale
DIA Gestione del Personale
DIA Marketing e Sviluppo
Ufficio Relazioni con il Pubblico
Ufficio Stampa
Controllo di Gestione
Ufficio Prestazioni Sanitarie
Fisica Sanitaria
Internal Audit
Gestione Giurid.Ammin.

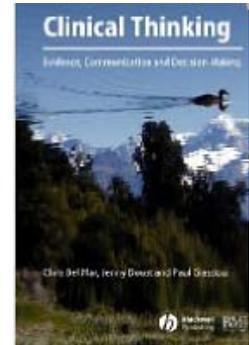
Processi di realizzazione del servizio
Interazione processi di supporto/staff
Interazione processi A, B, C (trasversalità)

DIA = Dipartimento Inter Aziendale

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

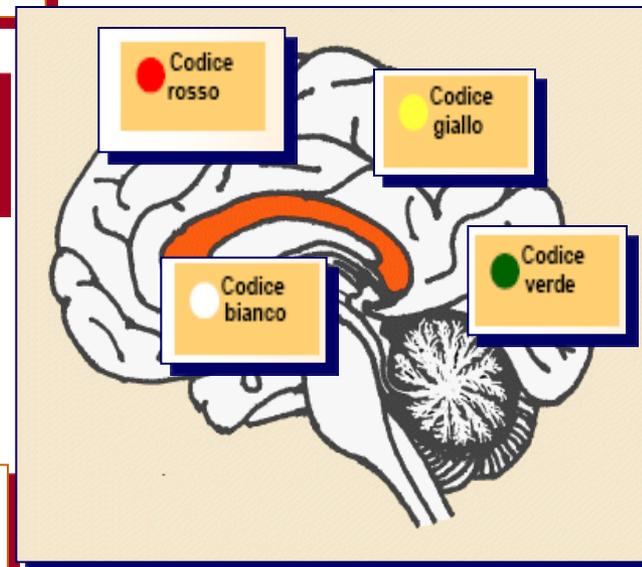


Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ. 2001; 323(7313):625-8*

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	

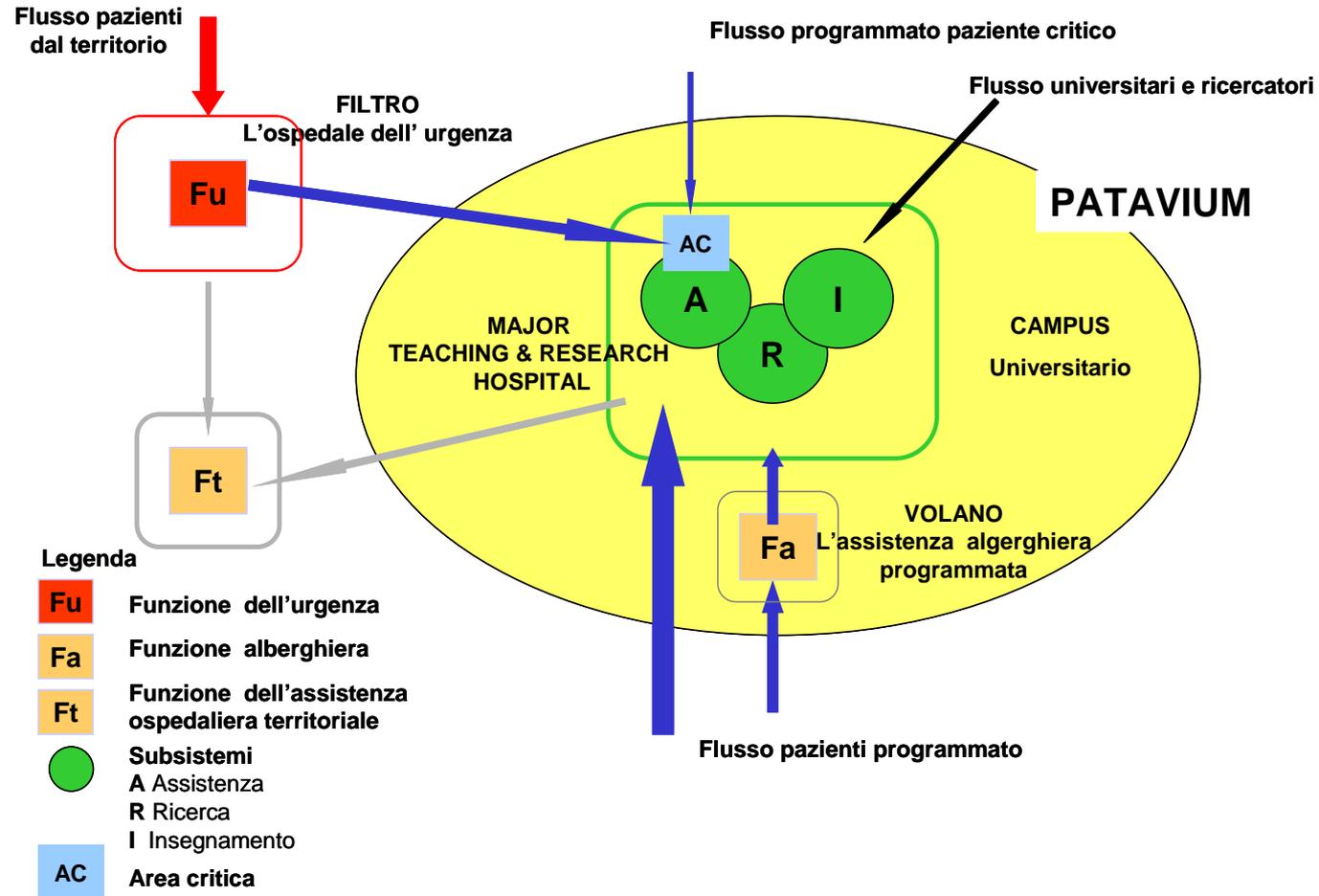
L'Università degli Studi di Padova e l'Unità Locale Socio-Sanitaria n. 21 di Padova, rispettivamente rappresentate dal Magnifico Rettore Prof. Mario BONSEMBIANTE e dal Presidente Prof. Antonio PREZIOSO;	IL PRESIDENTE DELLA U.L.S. N. 21 DI PADOVA PROF. ANTONIO PREZIOSO
- vista la deliberazione del Consiglio 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 UNIVERSITÀ 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;

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.**

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

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



**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*
C. Pillerc.....
(opzionale)

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 Verlatto 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.univ@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 **MaurizioFurnari** 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		Utilizzabile	
				Composizione gruppo	Grading evidenze	
V. BERNINI	PNLG Regione Toscana	Mal di schiena: raccomandazioni per la costruzione di percorsi assistenziali aziendali nelle cure primarie	2005/a.2008	multidisciplinare/multiprofessionale	dichiarato	Si

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

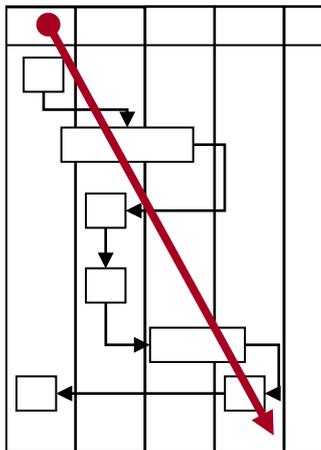
FMEA is a team-based analytical method that has been used for decades in engineering to identify and prevent product or process problems.

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

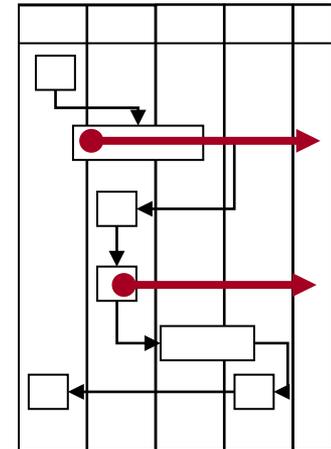
J M Juran, Juran's Quality Control Handbook, fourth ed. 1988.

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

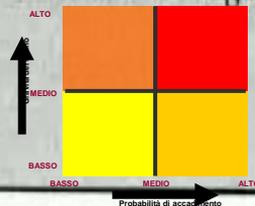
2004

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

$$(S \times P \times D)$$



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**

CISQ is



IQNet, the
class cert
pro

IQNet
bodies an

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

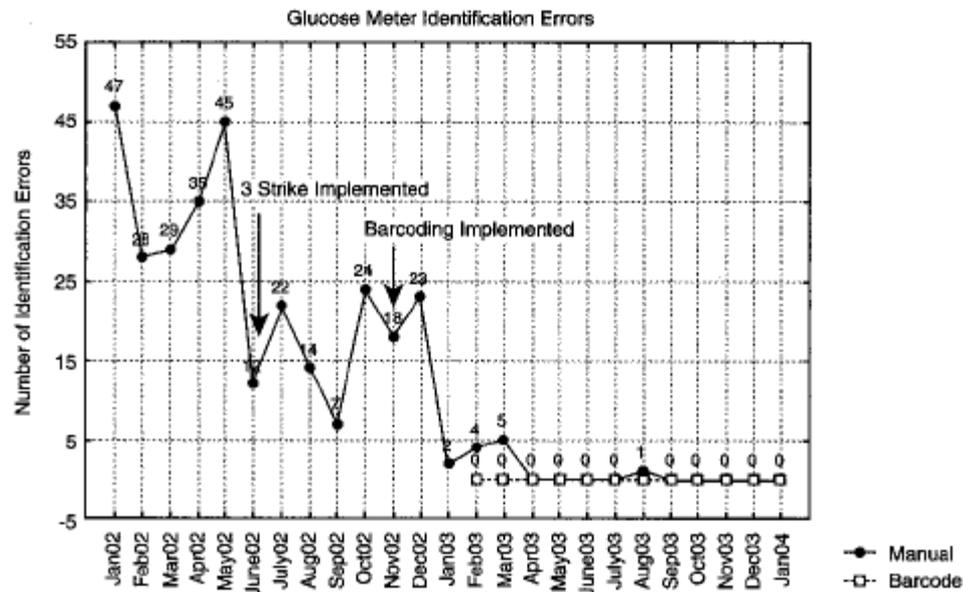


FIGURE 1. The number of identification errors for the glucose meters in the Intensive Care Unit (ICU). The 3-Strike Rule for locking-out operators from patient testing after three errors was started in June 2002, and patient barcoding was implemented in November 2002. Solid circles (●) indicate errors 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.

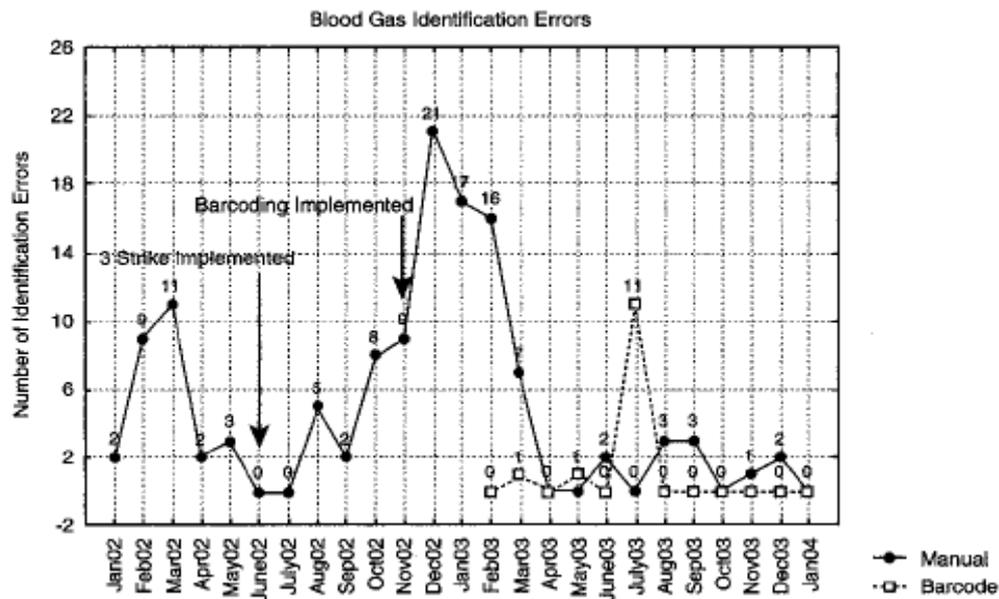
With an annual testing volume of nearly 600,000 blood gas and glucose test, the rate of identification errors represent more than 18,000 test

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



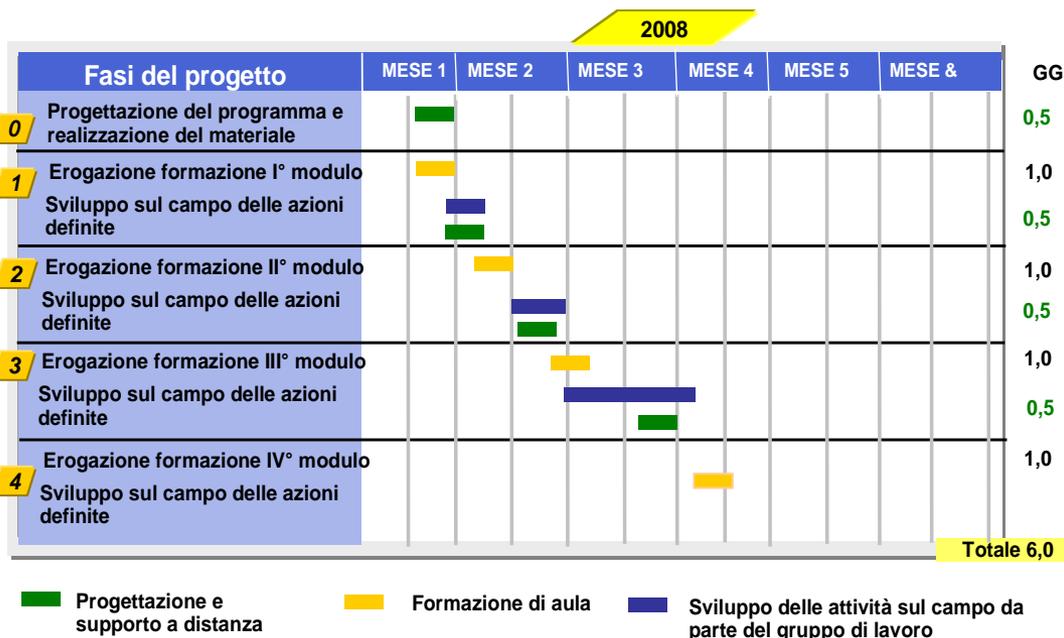
Barcoding thus offers a means of simplifying a complex testing process but does not totally replace the need for operator interaction. Operators still need to concentrate on the testing process, follow the device prompts in the sequence requested, and verify patient identification numbers.

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
	AOP	ULSS 16	IOV	UNIFE	2008	2009	2010	
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
TOTALE	168	21	5	45				239
Totali A					67	0	0	
Totali B1					55	07	0	
Totali B2					31	55	0	
Totali C					36	31	122	
Totali C1					0	36	31	
Totali C2					0	0	58	

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





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)
- [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 paziente è rivalutato ad intervalli regolari per valutare il grado di raggiungim ento degli obiettivi 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">▪ 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

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”

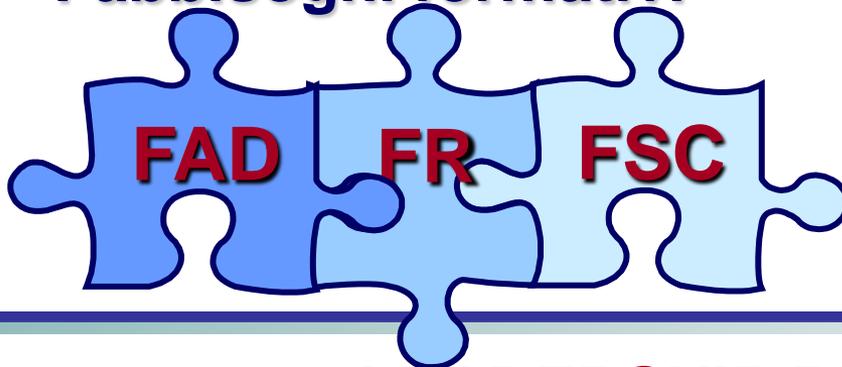
ML Chiozza 2006

From EBM



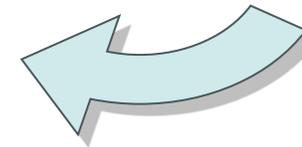
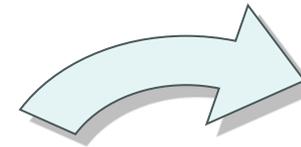
EBCH

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**