

# **3a Conferenza Nazionale GIMBE®**

Dall'Evidence-based Practice alla Clinical Governance

**ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

**E**

**CLINICAL GOVERNANCE CORE-CURRICULUM**

**L'ESPERIENZA DELL'AOU DI PADOVA**

**Maria Laura Chiozza**

**Responsabile Servizio Qualità**

**Azienda Ospedaliera – Università di Padova**

## **D.LGS. 30.12.1992 n. 502**

**“Riordino della disciplina in materia sanitaria,  
a norma dell’art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e  
successive disposizioni con il D.LGS. 19.06.1999, n. 229**

### **Art. 8-bis, comma 3**

La **realizzazione** di strutture sanitarie e l’esercizio di attività sanitarie, **l’esercizio** di attività sanitarie **per conto** del Servizio sanitario nazionale e l’esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono **SUBORDINATE**, rispettivamente, al rilascio delle **AUTORIZZAZIONI** di cui **all’articolo 8-ter**, dell’**ACCREDITAMENTO** istituzionale di cui **all’articolo 8-quater**, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all’articolo 8-quinquies. La presente disposizione vale anche per le strutture e le attività **sociosanitarie**.

## **Deliberazione della Giunta n. 2501 del 6.08.2004**

**Attuazione della LR 16.08.2002 n. 22 in materia di "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e adozione del Manuale delle procedure".**



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale  
7<sup>a</sup> legislatura

**Con L.R. n. 22/2002 il Consiglio Regionale ha disciplinato la materia dell'Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, in attuazione di quanto disposto dagli artt. 8-ter e 8-quater del D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, e dal DPR 14.01.1997 in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie.**

**Con detta legge regionale sono state disciplinate per le medesime attività (dell'Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale) anche le attività sociali non contemplate dalla legge di razionalizzazione del SSN.**

## PRINCIPI DELLA L.R. 22/2002

La Regione promuove la qualità dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale e provvede affinché l'assistenza sia:

**ELEVATO LIVELLO TECNICO-PROFESSIONALE E SCIENTIFICO**

**EROGATA IN CONDIZIONI DI**

- **efficacia**
- **efficienza**
- **equità**
- **pari accessibilità a tutti i cittadini**

**APPROPRIATA** rispetto ai Reali Bisogni di salute, psicologici e relazionali della persona.



ARSS - Agenzia Regionale Socio-Sanitaria



REGIONE DEL VENETO

Giunta Regionale - Segreteria Regionale Sanità e Sociale



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.

## I processi di autorizzazione e accreditamento previsti dalla L.R. 22/02

**I REQUISITI sono DISTINTI in:**

- **GENERALI** (per autorizzazione e accreditamento)
- **SPECIFICI** (per autorizzazione e accreditamento)

**LE 10 AREE (o dimensioni della qualità) DEI REQUISITI GENERALI per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie:**

- 1. Responsabilità della Direzione o della Leadership**
- 2. Programmazione e controllo gestionale**
- 3. Informazione e Comunicazione**
- 4. Struttura**
- 5. Attrezzature**
- 6. Formazione e Valutazione del personale**
- 7. Sistema informativo**
- 8. Procedure generali**
- 9. Valutazione dei risultati**
- 10. Analisi e Miglioramento continuo**



1926 - Vignetta satirica dell'epoca raffigurante I tre diogeni alla ricerca dell'ospedale modello

## Profilo di competenza per Accreditamento Istituzionale

	<b>EBM</b>	<b>Linee guida</b>	<b>HTA</b>	<b>Audit clinico</b>
<b>1. Responsabilità della Direzione o della Leadership</b>				
<b>2. Programmazione e controllo gestionale</b>				
<b>3. Informazione e Comunicazione</b>				
<b>4. Struttura</b>				
<b>5. Attrezzature</b>				
<b>6. Formazione e Valutazione del personale</b>				
<b>7. Sistema informativo</b>				
<b>8. Procedure generali</b>				
<b>9. Valutazione dei risultati</b>				
<b>10. Analisi e Miglioramento continuo</b>				



## 1- Responsabilità della Direzione o della Leadership

### Requisiti generali autorizzazione

- Organizzazione interna, ruoli e responsabilità
- Definizione di politiche, obiettivi ed attività
- Gestione risorse umane (fabbisogno e politiche)



### Evidenze possibili nel contesto aziendale

- Atto Aziendale o P.A.L., Budget annuale e documento direttive, organigrammi e funzionigrammi...

### Ulteriori requisiti organizzativi generali per l'accreditamento

- Particolare attenzione per le politiche sulla qualità dell'assistenza
- Coinvolgimento del personale della struttura
- Definizione di Linee Guida, protocolli o Profili di cura aziendali per attività sanitarie più rilevanti





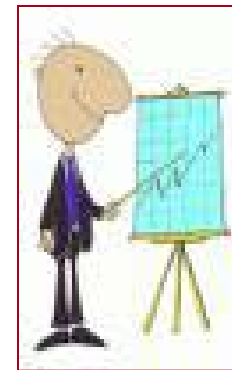
# Accreditamento Istituzionale e Clinical Governance Core-curriculum L'esperienza dell'AOU di Padova



## 2 – Programmazione e controllo gestionale

### Requisiti generali autorizzazione

- Valutazione periodica e documentata delle attività e del grado di raggiungimento degli obiettivi









### Evidenze possibili nel contesto aziendale

- Report monitoraggio attività, schede di budget...

### Ulteriori requisiti organizzativi generali per l'accreditamento

- Maggiore capacità di valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi in rapporto ai bisogni della propria utenza, in termini di costi e di soddisfazione degli operatori

## Profilo di competenza per Accreditamento Istituzionale

	<b>EBM</b>	<b>Linee guida</b>	<b>HTA</b>	<b>Audit clinico</b>
<b>1. Responsabilità della Direzione o della Leadership</b>				
<b>2. Programmazione e controllo gestionale</b>				
<b>3. Informazione e Comunicazione</b>				
<b>4. Struttura</b>				
<b>5. Attrezzature</b>				
<b>6. Formazione e Valutazione del personale</b>				
<b>7. Sistema informativo</b>				
<b>8. Procedure generali</b>				
<b>9. Valutazione dei risultati</b>				
<b>10. Analisi e Miglioramento continuo</b>				

## 3 – Informazione e comunicazione

### Requisiti generali autorizzazione

- **Comunicazione con l'utenza (aziende pubbliche: URP)**
- **Comunicazione e gestione interna della conoscenza (informazioni sicurezza e salute luogo di lavoro, esistenza di regolamenti, linee guida, ...)**











### Evidenze possibili nel contesto aziendale

- **Carta dei Servizi**
- **Documentazione attestante la presa visione del DVR per la sicurezza e la salute dei lavoratori e degli altri regolamenti interni per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti**

### Ulteriori requisiti organizzativi generali per l'accreditamento

- **Informazione dell'utenza più completa e studiata con l'apporto di tutte le parti coinvolte**
- **Modalità di diffusione interna delle informazioni e delle conoscenze**

## Profilo di competenza per Accreditamento Istituzionale

	<b>EBM</b>	<b>Linee guida</b>	<b>HTA</b>	<b>Audit clinico</b>
<b>1. Responsabilità della Direzione o della Leadership</b>				
<b>2. Programmazione e controllo gestionale</b>				
<b>3. Informazione e Comunicazione</b>				
<b>4. Struttura</b>				
<b>5. Attrezzature</b>				
<b>6. Formazione e Valutazione del personale</b>				
<b>7. Sistema informativo</b>				
<b>8. Procedure generali</b>				
<b>9. Valutazione dei risultati</b>				
<b>10. Analisi e Miglioramento continuo</b>				

## 4 - Struttura

### Requisiti generali autorizzazione








- Requisiti minimi strutturali e impiantistico-tecnologici generali (conformità degli edifici e degli impianti alle normative vigenti)
- Manutenzione preventiva e correttiva della struttura e degli impianti tecnologici



### Evidenze possibili nel contesto aziendale

- Certificato di agibilità, Manuale applicazione 626/94, dichiarazioni di conformità L. 46/90, certificazioni CE, capitolati tecnici di gara, verbali di verifica degli impianti...

## Profilo di competenza per Accreditamento Istituzionale

	<b>EBM</b>	<b>Linee guida</b>	<b>HTA</b>	<b>Audit clinico</b>
<b>1. Responsabilità della Direzione o della Leadership</b>				
<b>2. Programmazione e controllo gestionale</b>				
<b>3. Informazione e Comunicazione</b>				
<b>4. Struttura</b>				
<b>5. Attrezzature</b>				
<b>6. Formazione e Valutazione del personale</b>				
<b>7. Sistema informativo</b>				
<b>8. Procedure generali</b>				
<b>9. Valutazione dei risultati</b>				
<b>10. Analisi e Miglioramento continuo</b>				



## 5 - Attrezzature

### Requisiti generali autorizzazione

- Programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomedicali
- Collaudi in accettazione per le apparecchiature biomediche
- Inventario delle apparecchiature e attrezzature
- Corretta gestione e manutenzione delle apparecchiature e attrezzature



### Evidenze possibili nel contesto aziendale

- Procedure per gli acquisti delle apparecchiature
- Regole per uso appropriato e sicuro delle apparecchiature biomedicali
- Certificati di collaudo
- Inventario aggiornato delle apparecchiature e attrezzature
- Piano manutenzione preventiva e correttiva delle attrezzature e relative modalità per la registrazione degli interventi manutentivi



# Accreditamento Istituzionale e Clinical Governance Core-curriculum L'esperienza dell'AOU di Padova



## 6 – Formazione e valutazione del personale

### Requisiti generali autorizzazione

- Programmazione attività di formazione su base annuale
- Definizione modalità inserimento operativo personale neoassunto

















### Evidenze possibili nel contesto aziendale

- Piano annuale di Formazione
- Direttive per l'affiancamento temporaneo personale nuova assunzione

### Ulteriori requisiti organizzativi generali per l'accreditamento

- Coinvolgimento degli operatori nella programmazione della formazione e condivisione delle conoscenze
- Pianificazione dell'addestramento del personale nuova acquisizione o assegnato a nuove funzioni
- Valutazione personale per identificazione mansioni più appropriate secondo caratteristiche specifiche e personali

## Profilo di competenza per Accreditamento Istituzionale

	EBM	Linee guida	HTA	Audit clinico
<b>1. Responsabilità della Direzione o della Leadership</b>				
<b>2. Programmazione e controllo gestionale</b>				
<b>3. Informazione e Comunicazione</b>				
<b>4. Struttura</b>				
<b>5. Attrezzature</b>				
<b>6. Formazione e Valutazione del personale</b>				
<b>7. Sistema informativo</b>				
<b>8. Procedure generali</b>				
<b>9. Valutazione dei risultati</b>				
<b>10. Analisi e Miglioramento continuo</b>				

## 7 – Sistema informativo

### Requisiti generali autorizzazione

- Individuazione di un responsabile del sistema informativo
- Obiettivi e caratteristiche del sistema informativo (raccolta, elaborazione e archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito)
- Sistema interno di gestione della documentazione sanitaria

















### Evidenze possibili nel contesto aziendale

- Atto con il quale è stato individuato il responsabile del sistema informativo
- Report e documenti indicanti le modalità di raccolta, elaborazione, diffusione, utilizzo ed archiviazione dei dati
- Regolamento per la conservazione ed eventuale rilascio di copie della documentazione clinica

### Ulteriori requisiti organizzativi generali per l'accreditamento

- Procedure per l'accesso agli archivi nel rispetto della riservatezza richiesta
- Assicurazione dell'identificazione e rintracciabilità dei documenti

## Profilo di competenza per Accreditamento Istituzionale

	<b>EBM</b>	<b>Linee guida</b>	<b>HTA</b>	<b>Audit clinico</b>
<b>1. Responsabilità della Direzione o della Leadership</b>				
<b>2. Programmazione e controllo gestionale</b>				
<b>3. Informazione e Comunicazione</b>				
<b>4. Struttura</b>				
<b>5. Attrezzature</b>				
<b>6. Formazione e Valutazione del personale</b>				
<b>7. Sistema informativo</b>				
<b>8. Procedure generali</b>				
<b>9. Valutazione dei risultati</b>				
<b>10. Analisi e Miglioramento continuo</b>				

## 8 – Procedure generali

### Requisiti generali autorizzazione

- Procedure per l'organizzazione e la realizzazione del servizio
- Procedure per la gestione della sicurezza
- Procedure per la valutazione e gestione del rischio



### Evidenze possibili nel contesto aziendale

















- Regolamenti, linee guida, indicazioni operative sugli aspetti inerenti l'organizzazione e la realizzazione servizio
- Piano di emergenza in caso di calamità interne e/o naturali
- Provvedimento istituzione commissione per il controllo inf. ospedaliero

### Ulteriori requisiti organizzativi generali per l'accreditamento

- Ulteriori procedure per l'organizzazione e la realizzazione del servizio
- Ulteriori procedure per la valutazione e gestione del rischio (in particolare rischio clinico)



## Profilo di competenza per Accreditamento Istituzionale

	<b>EBM</b>	<b>Linee guida</b>	<b>HTA</b>	<b>Audit clinico</b>
<b>1. Responsabilità della Direzione o della Leadership</b>				
<b>2. Programmazione e controllo gestionale</b>				
<b>3. Informazione e Comunicazione</b>				
<b>4. Struttura</b>				
<b>5. Attrezzature</b>				
<b>6. Formazione e Valutazione del personale</b>				
<b>7. Sistema informativo</b>				
<b>8. Procedure generali</b>				
<b>9. Valutazione dei risultati</b>				
<b>10. Analisi e Miglioramento continuo</b>				

## 9 – Valutazione dei risultati

### Requisiti generali autorizzazione

- Valutazione periodica e documentata delle attività e del grado di raggiungimento degli obiettivi (vedi area Programmazione e controllo)























### Evidenze possibili nel contesto aziendale

- Report monitoraggio attività, schede di budget...

### Ulteriori requisiti organizzativi generali per l'accreditamento

- Valutazione per il governo clinico (strumenti di garanzia della qualità clinica – audit clinico, linee guida e/o percorsi diagnostico-assistenziali)

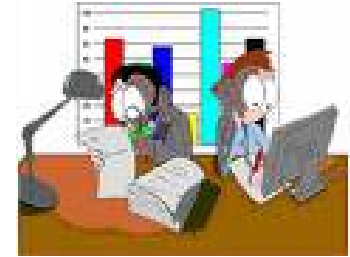
## Profilo di competenza per Accreditamento Istituzionale

	<b>EBM</b>	<b>Linee guida</b>	<b>HTA</b>	<b>Audit clinico</b>
<b>1. Responsabilità della Direzione o della Leadership</b>				
<b>2. Programmazione e controllo gestionale</b>				
<b>3. Informazione e Comunicazione</b>				
<b>4. Struttura</b>				
<b>5. Attrezzature</b>				
<b>6. Formazione e Valutazione del personale</b>				
<b>7. Sistema informativo</b>				
<b>8. Procedure generali</b>				
<b>9. Valutazione dei risultati</b>				
<b>10. Analisi e Miglioramento continuo</b>				

## 10 – Analisi e miglioramento continuo

### Requisiti generali autorizzazione

- Individuazione referente per attivazione programmi miglioramento qualità
- Attivazione progetti di valutazione e miglioramento della qualità con coinvolgimento del personale






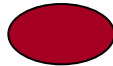



















### Evidenze possibili nel contesto aziendale

- Atto di designazione del referente per la qualità
- Progetti aziendali o di struttura di miglioramento della qualità

### Ulteriori requisiti organizzativi generali per l'accreditamento

- Analisi e valutazioni sull'efficacia dei progetti e/o attività di miglioramento continuo della qualità con relativa tracciabilità documentale

## Profilo di competenza per Accreditamento Istituzionale

	EBM	Linee guida	HTA	Audit clinico
<b>1. Responsabilità della Direzione o della Leadership</b>				
<b>2. Programmazione e controllo gestionale</b>				
<b>3. Informazione e Comunicazione</b>				
<b>4. Struttura</b>				
<b>5. Attrezzature</b>				
<b>6. Formazione e Valutazione del personale</b>				
<b>7. Sistema informativo</b>				
<b>8. Procedure generali</b>				
<b>9. Valutazione dei risultati</b>				
<b>10. Analisi e Miglioramento continuo</b>				

**AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

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

**DIREZIONE GENERALE**

**AREA SERVIZI DI STAFF TECNICO-AMMINISTRATIVI**

- Dipartimento Amministrativo e Direzione del Personale (SC Direzione del Personale, SC Amministrazione del Personale)
- Dipartimento di Area Tecnica (SC Opere ed Impianti, SC Impianti Obici, SC Pianificazione e Programmazione)
- Dipartimento Informatico Telematico (SC Sistema Operativo centralizzato e logistico)
- SC Passaggio
- SC Formazione e Progetti Internazionali
- SC Prevenzione e Protezione
- SCDIA Interdisciplinare Servizio dell'assistenza
- SC Controllo di Gestione
- SC Ufficio Relazioni con il Pubblico
- SC Ufficio stampa
- SC Ufficio Qualità
- Ufficio Internal audit
- Strutture operative di Risk Management

**DIREZIONE SANITARIA**

**AREA SERVIZI DI STAFF TECNICO-SANITARI**

- Dipartimento per l'Assistenza e Pianificazione (SC Pianificazione Operativa Centralizzata, SC Assistenza Farmaceutica Terapeutica)
- SC Direzione Medica Operativa
- SC Valutazione servizi e tecnologie sanitarie
- SC Ufficio Previsioni Sanitarie

**DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

**AREA SERVIZI DI STAFF TECNICO-AMMINISTRATIVI**

- DIP.TO INTERAZIONE ECONOMICO PATRIMONIALE (SC Economico Patrimoniale)
- DIP.TO INTERAZIONE ACQUISIZIONE BENE E SERVIZI (SC Logistica e Servizi agli utenti)
- SC Amministrazione
- SC Marketing e Sviluppo
- SC Direzione Amministrativa e Contrattoria
- SC Direzione Amministrativa di Pratiche Operative
- SC Ufficio Legale

**AREA CHIRURGICA**

- | AREA CHIRURGICA  | AREA TRAPIANTI  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>AREA DI COORDINAZIONE (SC Coordinamento)</li> <li>Chirurgia del Ristretto</li> <li>Chirurgia Endoscopica delle vie aeree</li> <li>Chirurgia Mastoideale</li> <li>Chirurgia Plastica con effetto pedicelo</li> <li>Cl. Chirurgia Generale 2*</li> <li>Cl. Chirurgia Generale 4*</li> <li>Clinica Oculistica</li> <li>Clinica ORL</li> <li>Clinica Ortopedica e Traumatologica</li> <li>Patologia Specialistica</li> <li>Chirurgia e Protesi</li> <li>ORL con approccio endoscopico</li> <li>Ortopedia e traumatologia</li> <li>Urologia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>AREA DI CHIRURGIA E TRAPIANTI D'ORGANO</li> <li>Cl. Chirurgia Generale 1*, Cl. Chirurgia Generale 2*, Endocrinologia, SSD</li> <li>Chirurgia Epatoenterica e del Trapianto Epatico, SSD</li> <li>Trapianto di Rene e Pancreas</li> </ul> |

**AREA CARDIOLOGICA, TORACICA, VASCOLARE**

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

**AREA MEDICA**

- Aggiornamenti
- Clinica 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
- Patologia Speciale Medica e Malattie Infettive
- Riabilitazione

**AREA ANZIANO / RIABILITAZIONE**

- Cl. DELL'ANZIANO (SC Cura degli Anziani)
- SC Riabilitazione ospedaliera
- SC Riabilitazione Intensiva Convalescente

**AREA URGENZA**

- | PRONTO SOCCORSO  | TERAPIA INTENSIVA  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>DIP.TO INTERAZIONE DEL PRONTO SOCCORSO (Pratica Soccorso e Accettazione)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Intensivista e Anestesiologia</li> <li>Cl. di Anestesia e Rianimazione</li> </ul> |

**AREA MATERNO INFANTILE**

- | AREA PEDIATRICA  | GINECOLOGIA E OSTETRICIA   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>AREA DI PEDIATRICA (Cl. Clinica Pediatrica, Cardiologia Pediatrica, Chirurgia Pediatrica, Genetica Clinica)</li> <li>Endocrinologia, Pneumologia e Oncologia Pediatrica, Fisiologia Neonatale, Malattie Metaboliche Ereditarie, SSD Neonatologia Pediatrica, SSD Clinica delle immunodeficienze primarie e diagnostiche avanzate in Oncematologia e Immunologia Pediatrica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Clinica Ginecologica oncofisiologica</li> <li>Cl. Ostetricia e Ginecologia</li> </ul> |

**AREA SERVIZI**

- | ANATOMIA PATOLOGICA  | LABORATORIO  | AREA RADIOLOGICA E DIAGNOSTICA  | AREA SERVIZI  |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Patologia e Anatomia Patologica</li> <li>Patologia e Anatomia Patologica 2</li> <li>Patologia di Anatomia e Istologia Patologica</li> <li>CLORO</li> <li>Patologia Cardiovascolare</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>DIP.TO INTERAZIONE DI MEDICINA DI LABORATORIO (Medicina di Laboratorio)</li> <li>DIP.TO INTERAZIONE PROLABORIO BAMBINO/TRAUROPUBERALE (Laboratori)</li> <li>Cl. di Istologia Patologica</li> <li>Cl. di Microbiologia e Virologia</li> <li>Trasfusiologia, Fisiologia e Fisiologia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>DIP.TO INTERAZIONE RADIOLOGICA E DIAGNOSTICA PER BAMBINO (Radiologia)</li> <li>Cl. di Radiologia</li> <li>Medicina Nucleare</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Clinica e Istruzione Clinica</li> <li>Medicina dello Sport</li> <li>Medicina Legale</li> </ul> |

**AREA NEUROLOGICA E DELLA SALUTE MENTALE**

- Clinica Neurologica
- Neurofisiologia
- Neuropsicologia
- DIP.TO INTERAZIONE DI SALUTE MENTALE (Psichiatria 2)

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

	AREE DI INTERAZIONE TRA AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA E IUSULI DI PADOVA
	AREE DI INTERAZIONE TRA AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA E UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
	AREE DI INTERAZIONE TRA AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA, UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA E IUSULI DI PADOVA
	AREE DI INTERAZIONE TRA AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA, IUSULI DI PADOVA E UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
	AREE DI INTERAZIONE PROVINCIALE
	LE CERCHE TRATTEGGIATE RAPPRESENTANO PRINCIPALI AGGREGAZIONI DI AREE FUNZIONALI

# ANALISI DEL CONTESTO

# CENSIMENTO REFERENTI



Descrizione_CA	Responsabile	Referente Budget	Referente Qualità	Referente Risk Management
MEDICINA NUCLEARE 1	Prof. Franco Bui	Prof. Franco Bui	Dr. Pietro Zucchetta	Dr. Pietro Zucchetta
TOSSICOLOGIA FORENSE E ANTIDOPING	Prof. Davide Ferrara	Dott. Giampietro Frison		
ANGIOLOGIA	Prof. Giuseppe Andreozzi	Prof. G. Andreozzi		
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	Prof. Giorgio Palù	Dott.ssa Lucia Rossi	Dr. A. Cavallaro	
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA - CLOPD	Prof.ssa Maria Luisa Valente	Prof.ssa Maria Luisa Valente		
ANATOMIA PATOLOGICA 2	Prof. Massimo Ruge	Dr. A. Galligioni	Dr. A. Galligioni	Dr. A. Gallinoni
ANATOMIA PATOLOGICA	Prof. Vito Ninfo	Dr. Roberto Mercarelli		
CHIRUR. SPERIMENTALE	Prof. Stefano Merigliano			
MEDICINA DELLO SPORT	Prof. Marco Zaccaria	Dott. Andrea Emolao		Dr. Andrea Ermolao

... Si chiede, quindi, alle 83 UU.OO. di voler cortesemente individuare, per ogni Unità Operativa, un **REFERENTE UNICO** per tale tematica, cui sarà rivolto il **CORSO FORMATIVO** citato. Si evidenzia che sarebbe opportuno che il referente per il Clinical Risk Management coincidesse con quello coinvolto nei progetti per la Qualità.

**Il Direttore Sanitario**



## 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.

## Clinical Governance Core-Curriculum Pianificazione formazione 2007

CORSO	EDIZIONI/ PARTECIPANTI	DESTINATARI
EBM	1 edizioni x 24 persone	Dirigenti medici refenti Qualità, L.R. 22/02 e Clinical Risk Management
LINEE GUIDA	1 edizioni x 24 persone	Dirigenti medici refenti Qualità, L.R. 22/02 e Clinical Risk Management
HTA	1 edizioni x 24 persone	Dirigenti medici refenti Qualità, L.R. 22/02 e Clinical Risk Management
AUDIT CLINICO	2 edizioni x 24 persone cad.	Dirigenti medici refenti Qualità, L.R. 22/02 e Clinical Risk Management
VALUTATORI SGQ SANITA'	2 edizione x 20 persone cad.	Referenti Qualità, Process Owner Area sanitaria e di staff
GESTIONE PROGETTI	1 edizione x 25 persone	Responsabili Struttura/project manager area staff

## **Clinical Governance Core-Curriculum Pianificazione formazione 2008**

<b>CORSO</b>	<b>EDIZIONI/ PARTECIPANTI</b>	<b>DESTINATARI</b>
<b>EBM</b>	<b>3 edizioni x 20 persone cad</b>	<b>Dirigenti medici referenti L.R. 22/02</b>
<b>HTA</b>	<b>1 edizione x 20 persone</b>	<b>Dirigenti medici L.R. 22/02 che hanno già completato moduli EBM e Linee Guida</b>
<b>AUDIT CLINICO</b>	<b>1 edizione x 20 persone</b>	<b>Dirigenti medici L.R. 22/02 che hanno già completato moduli EBM, Linee Guida e HTA</b>
<b>VALUTATORI SGQ SANITA'</b>	<b>1 edizione x 20 persone</b>	<b>Referenti Qualità, Process Owner Area sanitaria</b>
<b>INTRODUZIONE ALLE LOGICHE E AI PRINCIPALI DI GESTIONE DELLA QUALITÀ</b>	<b>1 edizione x 20 persone</b>	<b>Coordinatori infermieristici</b>
<b>INTRODUZIONE ALLE LOGICHE E AI PRINCIPALI DI GESTIONE DELLA QUALITÀ</b>	<b>1 edizione x 20 persone</b>	<b>Personale area amministrativa e tecnica</b>
<b>MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ</b>	<b>1 edizione x 20 persone</b>	<b>Responsabili qualità/process owner area staff</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 (opzionale)** *Direzione Medica Ospedaliera*  
**C. Pillercì**.....

**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 Pillercì 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 Visentini 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