

28 NOVEMBRE POMERIGGIO
ORE 14.00-18.00

SALA GIOTTO

BUONE PRATICHE DI GESTIONE TRA SANITARIO E SOCIALE

Coordinano	Michelangelo Caiolfa Andrea De Conno	Federsanità ANCI Toscana Federsanità ANCI Toscana
Intervengono	Giovanni Viganò Annalisa D'Amato Alberto Bellelli Ranieri Zutton Andrea Vezzoli	ProMIS - Programma Mattone Internazionale Salute Area Welfare ANCI Assessorato al Welfare Regione Emilia-Romagna Area Welfare di Comunità Regione Friuli Venezia Giulia Segreteria Tecnica Ministero della Salute
Buone Pratiche	La gestione del paziente nefropatico in trattamento domiciliare Anna Zito	Dirigente Medico Nefrologo UOC Nefrologia, Dialisi e Trapianto ASL Lecce, Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biologiche e Ambientali Università del Salento
Processo di dialisi: appropriatezza e sostenibilità	Carlo Maria Alfieri	Professore di Nefrologia Dipartimento di Scienze Cliniche e Salute della Comunità Università di Milano
Applicativi informatici per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare	Massimiliano Zolesi	Azienda USL Toscana sud est
Innovazione di processo e clinical governance: l'accreditamento della medicina interna del PO Andria	Salvatore Lenti Federica Carpagnano	Direttore Medicina Interna ASL BAT, Presidente FADOI Puglia Direzione medica ASL BAT
Buone pratiche sociosanitarie	Mara Begheldo	Dirigente Apicale ATS Unione dei Comuni di Moncalieri Trofarello La Loggia, supporto tecnico-scientifico ANCI Piemonte in materia di welfare immigrazione ed edilizia sociale
Girolama De Gennaro Massimo Melo Selma Rodrigues Emilio Abbritti Massimiliano Maisano Valentina Battiston Federica Boschi Rodolfo Rollo Achille Di Falco Daniela Mortello Francesco Crisafulli Roberto Francini Giampiero Luatti Roberto Baragatti Domenico Antonelli	Direttore di Distretto Socio Sanitario Cerignola ASL Foggia APSS Trento Federsanità Anzi Toscana Direttore Distretto USL Umbria 1 Referente Unico PNRR Missione 6 Regione Siciliana Dirigente Area Socio Sanitaria Regione Umbria Direttrice Distretto Sanitario di Lugo AUSL della Romagna Direttore Distretto Socio Sanitario ASL Lecce Direzione Servizi Socio-Sanitari - Azienda ULSS 8 Berica Direttore Distretto 15 ASL 4 Liguria Responsabile Servizio Sociale per la Disabilità Comune di Bologna Direttore Distretto Valdchiana Aretina Direttore Zona Distretto Aretina Direttore Zona Distretto Senese Direttore Distretto Socio-Sanitario Margherita di Savoia ASL BT	

Innovazione di processo e Clinical Governance: l'accreditamento della medicina interna del PO Andria

Dr.ssa Lucia Federica Carpagnano

Dirigente Medico Direzione Sanitaria, Responsabile Gestione dei processi
clinico-organizzativi e dei Modelli Organizzativi ASL BT

Dr. Salvatore Lenti

Direttore UOC Medicina Interna Ospedale di Andria –ASL BT

“Il compito di un’azienda non è dare potere alle persone, è ricordare ai dipendenti che ce l’hanno già e metterli in condizioni di esercitarlo”.

- PATTY MC CORD -





VALUE BASED HEALTHCARE



VALORE,
COSTI,
RISULTATI,
COMPETIZIONE





ASL BT

PugliaSalute

*Non è migliorabile
Ciò che non è
Misurabile*



WHAT ARE SMART GOALS AND ARE YOUR GOALS SMART ?

SMART GOALS

S

SPECIFIC

What do you want to do?

M

MEASURABLE

How will you track your progress?

A

ATTAINABLE

How will you do it?

R

RELEVANT

Is this relevant to your life right now?

T

TIMELY

When do you want to do it?

WHAT ARE SMART GOALS AND ARE YOUR GOALS SMART ?



CLINICAL GOVERNANCE E LEAN MANAGEMENT

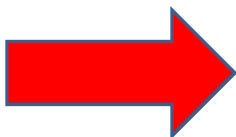


CLINICAL GOVERNANCE e LEAN MANAGEMENT



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BT

(Andria - Barletta - Bisceglie - Canosa - Margherita di S. - Minervino - S. Ferdinando di
P. - Spinazzola - Trani - Trinitapoli)
76123 ANDRIA (BT)



DELIBERAZIONE DELLA DIRETTRICE GENERALE n. 2295 del 23 dicembre 2024

TIPOLOGIA: Varie senza spesa

OGGETTO: Piano aziendale Adeguamento Accreditamento ASL BT e Griglie di autovalutazione
requisiti per la fase PLAN, DO ex R.R. n. 16/2019 ASL BT - Adozione

- **METODOLOGIA**
- **MAPPATURA**

1. RAZIONALE

Gli indirizzi europei (Direttiva 2011/24/EU del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011), volti a promuovere, all'interno di un comune quadro di riferimento politico e strategico, meccanismi di cooperazione tra gli Stati membri per garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di qualità nell'ambito dell'Unione e l'eterogeneità dei modelli di accreditamento regionali, hanno fatto nascere in Italia l'esigenza di rivedere la normativa in materia di accreditamento al fine di definire un quadro comune di riferimento e ridisegnare uno strumento in armonia con i mutati scenari nazionali e internazionali.

In particolare, per dare attuazione alle disposizioni contenute nell'articolo 7 del Patto per la Salute 2010-2012, è stato attivato un Tavolo per la revisione della normativa per l'accreditamento (TRAC), costituito da rappresentanti dello stesso Ministero, di Agenas, delle Regioni e Province Autonome. Il Tavolo ha predisposto, in ottemperanza al predetto mandato, un "Disciplinare tecnico" che individua, sulla base di precedenti studi sulle dimensioni della qualità, il quadro concettuale di riferimento e identifica una serie di criteri/fattori di qualità e requisiti ritenuti essenziali per i modelli di accreditamento regionali.

Più in dettaglio, il disciplinare predisposto dal Tavolo e approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, con specifica Intesa in data 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR), individua 8 Criteri e 28 requisiti essenziali per l'accreditamento "istituzionale".

La Regione Puglia, a seguito di specifica presa d'atto della prefata Intesa, ha adeguato la propria normativa di riferimento emanando il Regolamento Regionale 23 luglio 2019, n. 16 e ss.mm.ii. ad oggetto "Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie" e le griglie di autovalutazione secondo le tipologie di strutture individuate dai Manuali di accreditamento.

La strutturazione delle griglie ha seguito l'impostazione dei Manuali per l'accreditamento istituzionale, articolati in "Criteri", declinati in "Requisiti" a cui corrispondono le "Evidenze", queste ultime individuate in relazione alle quattro fasi del ciclo di Deming (PDCA), ossia:

- prima fase "Plan" (pianificazione/programmazione);
- seconda fase "Do" (attuazione/implementazione);
- terza fase "Check" (monitoraggio/controllo);
- quarta fase "Act" (azione volta al miglioramento della qualità).

In accordo con quanto indicato dall'OMS, il manuale per l'accreditamento delle strutture ospedaliere mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza dell'organizzazione, dell'uso delle risorse e della formazione, in modo tale che ogni cittadino, in relazione ai propri bisogni sanitari, possa ricevere gli atti diagnostici e terapeutici, che garantiscano i migliori risultati in termini di salute, in rapporto allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, al minor costo possibile e ai minori rischi iatrogeni, per conseguire la soddisfazione dei bisogni rispetto agli interventi ricevuti e agli esiti conseguiti. L'obiettivo del manuale è quello di creare e incentivare il miglioramento attraverso un modello che permetta alle organizzazioni di effettuare una valutazione continua dell'applicazione dei requisiti, consentendo attraverso la misurazione e l'analisi di innescare processi di miglioramento continuo. Con l'accreditamento istituzionale si intende raggiungere l'obiettivo di consentire ai cittadini di usufruire di prestazioni sanitarie che siano realmente di qualità. Perché ciò sia possibile è necessario che le strutture sanitarie si dotino di modelli organizzativi e gestionali di riconosciuta validità.

2. OBIETTIVI

La ASL BT con il presente Piano si propone di implementare un approccio innovativo gestionale dei processi orientato all'applicazione concreta dei Criteri e Requisiti dell'Accreditamento attraverso una serie di obiettivi strategici e operativi che mirano a ottimizzare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria.

3. "PIANO DI ADEGUAMENTO ACCREDITAMENTO ASL BT" – Metodologia applicata

- Mappatura As Is / To Be;
- Definizione Requisiti Generali;
- Definizione Requisiti Specifici I e II livello;
- Definizione Requisiti Specifici III livello;

lucia federica
carpagnano

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2006-2025

- Definizione Ruoli e Responsabilità;
- Elaborazione e condivisione Road Map;
- Analisi Documentale;
- Analisi Criticità, Stato dell'Arte;
- Richiesta implementazione documentale;
- Verifica;
- Elaborazione Griglie di Autovalutazione requisiti, ex Reg. Reg. n. 16/2019;
- Formazione Continua e Supporto alla gestione per processi con elaborazione Modelli Organizzativi.

4. CRONOPROGRAMMA ATTIVITA'

La ASL BT attraverso la metodologia sopra descritta ha elaborato e completato le Griglie di Autovalutazione requisiti, ex Reg. Reg. n. 16/2019 (Fase PLAN - DO).

Sono stati, inoltre, individuati i requisiti e le evidenze super specifici per Unità Operativa che saranno perfezionati e aggiornati di volta in volta, d'intesa con i Direttori di UOC, secondo un cronoprogramma dettagliato e di seguito sinteticamente delineato.

A tal proposito è stata, inoltre, prevista un'attività di condivisione, informazione e formazione relativamente al Processo di Accredimento ed è stata programmata un'attività formativa "training on job" in particolare inerente le fasi operative di aggiornamento delle Griglie di Autovalutazione al fine di che avverrà nel corso del 2025, a partire da Gennaio, parallelamente alle tempistiche di aggiornamento e revisione (Fase di Check e Fase di Act) delle specifiche di riferimento per UOC, già individuate nel cronoprogramma.

Tanto al fine di guidare il Direttore di UOC in un processo di miglioramento continuo allineando tutte le strutture e i servizi all'obiettivo comune trasversale aziendale.

Dunque le attività di Formazione sui processi operativi di Accredimento, aggiornamento requisiti specifici, audit e briefing e consulenza e supporto nella elaborazione di Modelli Organizzativi saranno implementate da Gennaio 2025 con priorità massima per i Presidi Ospedalieri, come da indicazioni regionali, secondo il diagramma di seguito illustrato.

	Gennaio - Maggio 2025	Giugno - Settembre 2025	Ottobre - Dicembre 2025
Condivisione Piano e Formazione Accredimento	UU.OO. PP.OO.	UU.OO. PP.OO.	UU.OO. DSS e Aree Territoriali
Aggiornamento Griglie Requisiti specifici UU.OO.	UU.OO. PP.OO.	UU.OO. PP.OO.	UU.OO. DSS e Aree Territoriali
Aggiornamento e Verifica Griglie 2025	UU.OO. PP.OO.	UU.OO. PP.OO.	UU.OO. DSS e Aree Territoriali
Briefing and Audit	UU.OO. PP.OO.	UU.OO. PP.OO.	UU.OO. DSS e Aree Territoriali

Legenda: Squadra 1 Squadra 2 Squadra 3

Lucia Federica
Carpagnano

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2006-2025

5. SISTEMA DI REVISIONE

Le Griglie di Autovalutazione requisiti, ex Reg. Reg. n. 16/2019, sono state elaborate e formalizzate e saranno periodicamente revisionate e aggiornate, sia per quanto attiene i criteri e i requisiti trasversali, sia per i requisiti specifici per UOC.

6. INNOVAZIONE DEI PROCESSI - TRANSITIONAL CARE - UMANIZZAZIONE DELLE CURE

La ASL BT ha introdotto un sistema di Gestione dei Processi Clinico Organizzativi atto a strutturare Modelli Organizzativi che possano efficientare l'assistenza sanitaria, ottimizzando le risorse e migliorando gli esiti di cura creando reti cliniche e sfruttando la tecnologia ove possibile.

Si proseguirà, dunque, con la già avviata attività di innovazione di processo che consentirà di adeguare sempre più le Unità Operative a quanto previsto dai Criteri 1, 7, e 8 del Manuale di Accreditemento.

7. RICERCA SCIENTIFICA E ORGANIZZATIVA

Le attività orientate all'adeguamento in materia di Accreditemento e di Innovazione di processo saranno traslate anche nel mondo della ricerca clinico-organizzativa al fine di dare evidenza di programmi di didattica e ricerca basati sulla innovazione di processo di cui al punto precedente.

La Referente della Gestione dei Processi, con la Cabina di Regia della Direzione Strategica Aziendale, supporterà in tal senso i Direttori di Unità Operativa.

8. FORMAZIONE FACILITATORI

La ASL BT al fine di strutturare in modo capillare le attività di Adeguamento all'Accreditemento ha già organizzato un Corso Formativo Aziendale orientato a tutti i Direttori di UU.OO. dei Presidi Ospedalieri con sessione teorica e pratica utile a guidare i professionisti nell'applicazione, verifica e controllo dei criteri e requisiti di Accreditemento. Tale Formazione specifica e orientata è già calendarizzata per il 2025 e rappresenta una nuova metodica didattico-formativa che è al contempo guida pratica dei processi.

9. SISTEMA DI MONITORAGGIO

INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO

- n. operatori sanitari formati entro il 2025;
- n. Modelli Organizzativi elaborati e inseriti in Griglie di Autovalutazione requisiti, ex Reg. Reg. n. 16/2019;
- Revisione Griglie di Autovalutazione ASL BT PP.OO. entro Dicembre 2025;
- Formazione Aziendale Direttori UU.OO. PP.OO. e percorso di supporto entro Dicembre 2025.

10. CONCLUSIONI

ASL BT con una metodologia basata sui principi di Clinical Governance elabora il Piano di Adeguamento Accreditemento e avvia, sulla base del Manuale di Accreditemento, una Gestione Innovativa dei processi implementando e rafforzando i seguenti elementi fondanti:

- Accreditemento e standard di eccellenza;
- Telemedicina e Intelligenza Artificiale
- Continuità Ospedale-Territorio
- Comunicazione
- Empowerment paziente, caregiver e associazioni
- Presa in carico multidisciplinare
- Ottimizzazione Risorse con condivisione di figure specialistiche innovative
- Formazione professionale ultraspecialistica

lucia federica
carpagnano

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2006-2025

- Formazione Medici di Medicina Generale e Medici in Formazione Specialistica
- Gestione delle Liste di Attesa
- Appropriately diagnostica e prescrittiva
- Attrattività
- Umanizzazione delle Cure

Barletta, 19.12.2024

IL DIRIGENTE MEDICO
Referente Gestione Processi Clinico-Organizzativi
Dr.ssa Lucia Federica Carpagnano

lucia federica
carpagnano

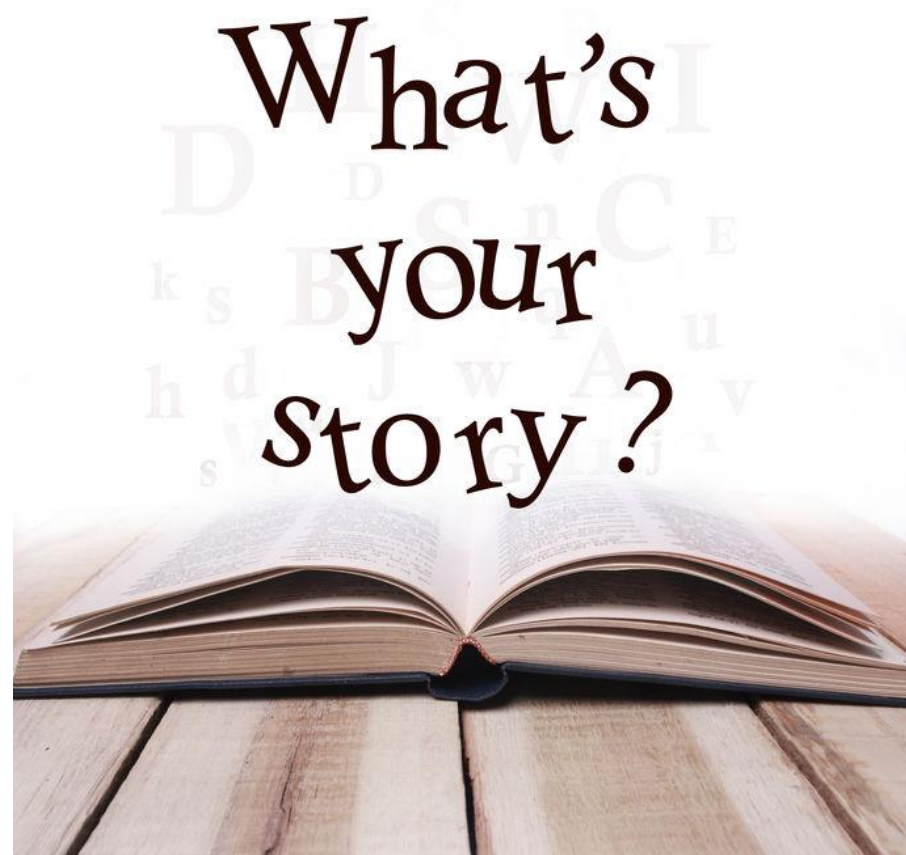
Firmato digitalmente
da lucia federica
carpagnano
Data: 2024.12.19
14:45:14 +01'00'

**Principi
Teorici**

**Esempi
Modelli
Organizzativi**

**Innovation
Lab**

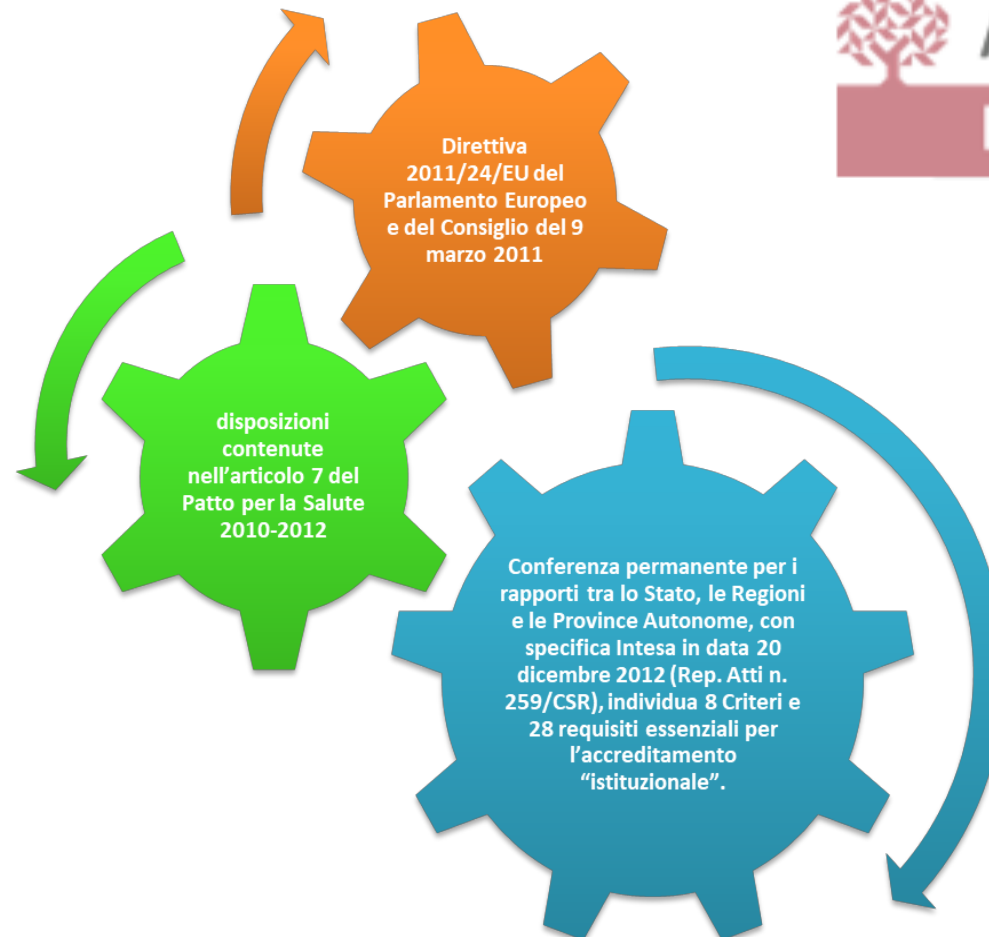






***Partire dalla Storia, centrati
sul presente...
...ma con lo sguardo al futuro!***





Accreditamento istituzionale

Capisaldi normativi

Decreto legislativo 502/92 e ss.mm.ii.

Decreto Presidente della Repubblica 14.01.97

Decreto Presidente Consiglio Ministri 12.01.17

Intesa Stato Regioni 259/CSR 20.12.20

Intesa Stato Regioni 32/CSR del 19.02.15

QUANTITA'



QUALITA'



Conferenza Stato Regioni 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR)
8 Criteri

Accreditamento Istituzionale

1° criterio

Attuazione di un sistema di gestione

6 requisiti

25 evidenze

2° criterio

Prestazioni e Servizi

5 requisiti

27 evidenze

3° criterio

Aspetti strutturali

2 requisiti

10 evidenze

Accreditamento Istituzionale

4° criterio

Competenze del Personale

2 requisiti

10 evidenze

5° criterio

Comunicazione

5 requisiti

23 evidenze

6° criterio

Appropriatezza clinica e sicurezza

4 requisiti

18 evidenze

Accreditamento Istituzionale

7° criterio

Processi di innovazione e miglioramento

3 requisiti

6 evidenze

8° criterio

Umanizzazione

1 requisiti

4 evidenze



Mission Statement

“To continuously improve health care for the public, in collaboration with other stakeholders, by evaluating health care organizations and inspiring them to excel in providing safe and effective care of the highest quality and value”

Qu..T.A.



Criterio 1: ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE				
Requisito 1.1: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto				
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	AUTOVALUTAZIONE (spazio riservato alla Struttura)		
		Conformità		Riferimenti ai documenti tipici attestanti le evidenze
		SÌ	NO	
PLAN	(P) 1.1.1	X		Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + DDG n. 746 del 24.4.24 Adozione Atto Aziendale ASL BT + nota prot. N. 86846 del 05.11.2024 DPO - PRIVACY + DDG. N. 129 del 31.01.2024 PIAO ASL BT 2024-2026 + DDG. N. 1133 del 28.06.2024 RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023
	(P) 1.1.2	X		Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + DDG n. 746 del 24.4.24 Adozione Atto Aziendale ASL BT + nota prot. N. 86846 del 05.11.2024 DPO - PRIVACY + DDG. N. 129 del 31.01.2024 PIAO ASL BT 2024-2026 + DDG. N. 1133 del 28.06.2024 RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023
	(P) 1.1.3	X		Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + DDG n. 746 del 24.4.24 Adozione Atto Aziendale ASL BT + nota prot. N. 86846 del 05.11.2024 DPO - PRIVACY + DDG. N. 129 del 31.01.2024 PIAO ASL BT 2024-2026 + DDG. N. 1133 del 28.06.2024 RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023
Requisito 1.2: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali				
PLAN	(P) 1.2.1	X		Nota prot. n. 98020 del 13.12.2024 del Referente Gestione Processi Clinico-Organizzativi ASL BT con relativi allegati; Istituzione COBUS DDG. N. 1328 del 16.07.2018; Coordinamento Rete Trapianti DDG. N. 1135 del 28.06.2024; Istituzione Gruppo di Lavoro attuazione Rete Distrettuale e Continuità Ospedale Territorio ASL BT prot. n. 15485 del 19.02.2024.
Requisito 1.3: Definizione delle responsabilità				
PLAN	(P) 1.3.1	X		Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + DDG n. 746 del 24.4.24 Adozione Atto Aziendale ASL BT + nota prot. N. 86846 del 05.11.2024 DPO - PRIVACY + DDG. N. 129 del 31.01.2024 PIAO ASL BT 2024-2026 + DDG. N. 1133 del 28.06.2024 RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023
Requisito 1.4: Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)				
PLAN	(P) 1.4.1	X		Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata; Aggiornamento Programma Liste Attese DDG n. 593 del 05.04.2024 + nota prot. N. 82476 del 18/10/2024 del Dirigente Responsabile UOSVD ICT
	(P) 1.4.2	X		Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata; Aggiornamento Programma Liste Attese DDG n. 593 del 05.04.2024 + nota prot. N. 82476 del 18/10/2024 del Dirigente Responsabile UOSVD ICT
Requisito 1.5: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi				
PLAN	(P) 1.5.1	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + DDG. N. 129 del 31.01.2024 PIAO ASL BT 2024-2026 + DDG. N. 1133 del 28.06.2024 RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023
	(P) 1.5.2	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + DDG. N. 129 del 31.01.2024 PIAO ASL BT 2024-2026 + DDG. N. 1133 del 28.06.2024 RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023
	(P) 1.5.3	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + DDG. N. 129 del 31.01.2024 PIAO ASL BT 2024-2026 + DDG. N. 1133 del 28.06.2024 RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023
	(P) 1.5.4	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + DDG. N. 129 del 31.01.2024 PIAO ASL BT 2024-2026 + DDG. N. 1133 del 28.06.2024 RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023
Requisito 1.6: Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi				
PLAN	(P) 1.6.1	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione + nota prot. N. 82476 del 18/10/2024 del Dirigente Responsabile UOSVD ICT
	(P) 1.6.2	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione + nota prot. N. 82476 del 18/10/2024 del Dirigente Responsabile UOSVD ICT
	(P) 1.6.3	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione + nota prot. N. 82476 del 18/10/2024 del Dirigente Responsabile UOSVD ICT

Criterio 2: PRESTAZIONI E SERVIZI				
Requisito 2.1: Tipologie di prestazioni e di servizi erogati				
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	AUTOVALUTAZIONE		
		Conformità		Riferimenti ai documenti tipici attestanti le evidenze
		SÌ	NO	
PLAN	(P) 2.1.1	X		Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + DDG n. 746 del 24.4.24 Adozione Atto Aziendale ASL BT + nota prot. N. 86846 del 05.11.2024 DPO - PRIVACY + DDG. N. 129 del 31.01.2024 PIAO ASL BT 2024-2026 + DDG. N. 1133 del 28.06.2024 RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023
PLAN	(P) 2.2.1	X		specifico per UOC
	(P) 2.2.2	X		specifico per UOC
	(P) 2.2.3	X		specifico per UOC
	(P) 2.2.4	X		specifico per UOC
	(P) 2.2.5	X		specifico per UOC
Requisito 2.2: Eleggibilità e presa in carico dei pazienti				
PLAN	(P) 2.3.1	X		specifico per UOC
	(P) 2.3.2	X		specifico per UOC
	(P) 2.3.3	X		DDG. N. 1510 del 13/09/2024 "Adozione del "Piano Operativo Attuativo delle Centrali Operative Territoriali (COT) ex art.17 R.L. 13/23" con Verbale Riunione attuazione e carta dei servizi COT
	(P) 2.3.4	X		DDG. N. 1510 del 13/09/2024 "Adozione del "Piano Operativo Attuativo delle Centrali Operative Territoriali (COT) ex art.17 R.L. 13/23" con Verbale Riunione attuazione e carta dei servizi COT
	(P) 2.3.5	X		DDG. N. 1510 del 13/09/2024 "Adozione del "Piano Operativo Attuativo delle Centrali Operative Territoriali (COT) ex art.17 R.L. 13/23" con Verbale Riunione attuazione e carta dei servizi COT
	(P) 2.3.6	X		DDG. N. 1510 del 13/09/2024 "Adozione del "Piano Operativo Attuativo delle Centrali Operative Territoriali (COT) ex art.17 R.L. 13/23" con Verbale Riunione attuazione e carta dei servizi COT
Requisito 2.3: Continuità assistenziale				
PLAN	(P) 2.4.1	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + customer satisfaction
	(P) 2.4.2	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + customer satisfaction
	(P) 2.4.3	X		specifico per UOC
	(P) 2.4.4	X		specifico per UOC
Requisito 2.4: La modalità di gestione della documentazione sanitaria				
PLAN	(P) 2.5.1	X		REALIZZAZIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA della REGIONE PUGLIA Manuale Utente CIG 55187486EA - CIG 62303341B + nota prot. N. 82476 del 18/10/2024 del Dirigente Responsabile UOSVD ICT
	a.	X		REALIZZAZIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA della REGIONE PUGLIA Manuale Utente CIG 55187486EA - CIG 62303341B + nota prot. N. 82476 del 18/10/2024 del Dirigente Responsabile UOSVD ICT
	b.	X		REALIZZAZIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA della REGIONE PUGLIA Manuale Utente CIG 55187486EA - CIG 62303341B + nota prot. N. 82476 del 18/10/2024 del Dirigente Responsabile UOSVD ICT
	c.	X		REALIZZAZIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA della REGIONE PUGLIA Manuale Utente CIG 55187486EA - CIG 62303341B + nota prot. N. 82476 del 18/10/2024 del Dirigente Responsabile UOSVD ICT
	d.	X		REALIZZAZIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA della REGIONE PUGLIA Manuale Utente CIG 55187486EA - CIG 62303341B + nota prot. N. 82476 del 18/10/2024 del Dirigente Responsabile UOSVD ICT
PLAN	(P) 2.5.2	X		REALIZZAZIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA della REGIONE PUGLIA Manuale Utente CIG 55187486EA - CIG 62303341B + nota prot. N. 82476 del 18/10/2024 del Dirigente Responsabile UOSVD ICT
	(P) 2.5.3	X		REALIZZAZIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA della REGIONE PUGLIA Manuale Utente CIG 55187486EA - CIG 62303341B + nota prot. N. 82476 del 18/10/2024 del Dirigente Responsabile UOSVD ICT

AGOSTO 2025
CONGRESSI

20 Years
2006-2025



ASL BT

PugliaSalute

Mappatura e Analisi

Criterio 3: ASPETTI STRUTTURALI					
Requisito 3.1: L'idoneità all'uso delle strutture					
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	AUTOVALUTAZIONE (spazio riservato alla Struttura)			VALUTAZIONE (spazio riservato al GDV)
		Conformità		Riferimenti ai documenti tipici attestanti le evidenze	Note
		SÌ	NO		
PLAN	(P) 3.1.1	X		Nota Direttore Area Tecnica prot. N. 46772 del 05.06.2024	
	(P) 3.1.2	X		Nota Direttore Area Tecnica prot. N. 46772 del 05.06.2024	
	(P) 3.1.3	X		Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati	
	(P) 3.1.4	X		Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione	
Requisito 3.2: Gestione e manutenzione delle attrezzature					
PLAN	(P) 3.2.1	X		Nota Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria Clinica prot. N. 39892 del 13.05.2024	
	b.	X		Nota Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria Clinica prot. N. 39892 del 13.05.2024	
	c.	X		Nota Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria Clinica prot. N. 39892 del 13.05.2024	
	d.	X		Nota Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria Clinica prot. N. 39892 del 13.05.2024	



Criterio 4: COMPETENZE DEL PERSONALE						
Requisito 4.1: La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica						
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	AUTOVALUTAZIONE (spazio riservato alla Struttura)				VALUTAZIONE (spazio riservato GDV)
		Conformità		Riferimenti ai documenti tipici attestanti le evidenze	Conformità	
		Sì	NO			
PLAN	(P) 4.1.1	X		Adozione Piano Formativo Aziendale ASL BT 2024 DDG n. 280 del 19.02.2024; nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione		NA
	a.	X		Adozione Piano Formativo Aziendale ASL BT 2024 DDG n. 280 del 19.02.2024; nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione		
	b.	X		Adozione Piano Formativo Aziendale ASL BT 2024 DDG n. 280 del 19.02.2024; nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione		
	c.	X		Adozione Piano Formativo Aziendale ASL BT 2024 DDG n. 280 del 19.02.2024; nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione		
	d.	X		Adozione Piano Formativo Aziendale ASL BT 2024 DDG n. 280 del 19.02.2024; nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione		
	e.	X		Adozione Piano Formativo Aziendale ASL BT 2024 DDG n. 280 del 19.02.2024; nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione		
	f.	X		Adozione Piano Formativo Aziendale ASL BT 2024 DDG n. 280 del 19.02.2024; nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione		
	g.	X		Adozione Piano Formativo Aziendale ASL BT 2024 DDG n. 280 del 19.02.2024; nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione		
	(P) 4.1.2	X		Adozione Piano Formativo Aziendale ASL BT 2024 DDG n. 280 del 19.02.2024; nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione		
Requisito 4.2: Inserimento e addestramento di nuovo personale						
PLAN	(P) 4.2.1			Adozione Piano Formativo Aziendale ASL BT 2024 DDG n. 280 del 19.02.2024; nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione		
	a.	X		Adozione Piano Formativo Aziendale ASL BT 2024 DDG n. 280 del 19.02.2024; nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione		
	b.					
	c.	X		Adozione Piano Formativo Aziendale ASL BT 2024 DDG n. 280 del 19.02.2024; nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione		
	d.	X		Adozione Piano Formativo Aziendale ASL BT 2024 DDG n. 280 del 19.02.2024; nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione		

Criterio 5: COMUNICAZIONE				
Requisito 5.1: Modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori				
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	AUTOVALUTAZIONE (spazio riservato alla Struttura)		
		Conformità		Riferimenti ai documenti tipici attestanti le evidenze
		SÌ	NO	
PLAN	(P) 5.1.1	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione + Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + DDG n. 746 del 24.4.24 Adozione Atto Aziendale ASL BT + nota prot. N. 86846 del 05.11.2024 DPO - PRIVACY + DDG. N. 129 del 31.01.2024 PIAO ASL BT 2024-2026 + DDG. N. 1133 del 28.06.2024 RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023
	(P) 5.1.2	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione + Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + DDG n. 746 del 24.4.24 Adozione Atto Aziendale ASL BT + nota prot. N. 86846 del 05.11.2024 DPO - PRIVACY + DDG. N. 129 del 31.01.2024 PIAO ASL BT 2024-2026 + DDG. N. 1133 del 28.06.2024 RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023
	(P) 5.1.3	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione + Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + DDG n. 746 del 24.4.24 Adozione Atto Aziendale ASL BT + nota prot. N. 86846 del 05.11.2024 DPO - PRIVACY + DDG. N. 129 del 31.01.2024 PIAO ASL BT 2024-2026 + DDG. N. 1133 del 28.06.2024 RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2023
Requisito 5.2 Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori)				
PLAN	(P) 5.2.1	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione
	(P) 5.2.2	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione
	(P) 5.2.3	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione
Requisito 5.3: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver				
PLAN	(P) 5.3.1	X		specifico per UOC
	(P) 5.3.2	X		Modulistica consenso ASL BT - Centro Regionale Trapianti - REGIONE PUGLIA
		X		Poster affissi nelle UU.OO. Su Bunde di Prevenzione (Igiene delle Mani): trasmissione note periodiche Adempimenti UU.OO. Per la Prevenzione ICA e corretta e adeguata informazione ai pazienti, utenti, visitatori;
		X		specifico per UOC
Requisito 5.4: Coinvolgimento dei pazienti, dei familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali				
PLAN	(P) 5.4.1	X		specifico per UOC
	(P) 5.4.2	X		specifico per UOC
	(P) 5.4.3	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione
Requisito 5.5: Modalità di ascolto del paziente				
PLAN	(P) 5.5.1	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione
	(P) 5.5.2 a.	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione
	b.	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione
	(P) 5.5.3	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione

Criterio 6: APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA				
Requisito 6.1: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche				
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	AUTOVALUTAZIONE (spazio riservato alla Struttura)		
		Conformità		Riferimenti ai documenti tipici attestanti le evidenze
		SÌ	NO	
PLAN	(P) 6.1.1	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + DDG n. 1169 del 11.07.2024 "Recepimento e Implementazione Raccomandazioni Ministeriali"
	(P) 6.1.2	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + DDG n. 1169 del 11.07.2024 "Recepimento e Implementazione Raccomandazioni Ministeriali"
Requisito 6.2: Promozione della sicurezza e gestione dei rischi				
PLAN	(P) 6.2.1	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + DDG n. 1169 del 11.07.2024 "Recepimento e Implementazione Raccomandazioni Ministeriali"
	(P) 6.2.2	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + DDG n. 1169 del 11.07.2024 "Recepimento e Implementazione Raccomandazioni Ministeriali"
	(P) 6.2.3	X		nota prot. n. 86412 del 04.11.2024 Direzione Medica P.O. Barietta + Verbale Riunione Gruppo Operativo del 23.11.2023 con notifica di procedure e protocolli aziendali sorveglianza prevenzione e controllo ICA
	(P) 6.2.4	X		DDG. N. 15 del 09.03.2023 Procedure Aziendale Igiene delle Mani + DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati
	(P) 6.2.5	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + DDG n. 1169 del 11.07.2024 "Recepimento e Implementazione Raccomandazioni Ministeriali"
Requisito 6.3: Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi				
PLAN	(P) 6.3.1	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + DDG n. 1169 del 11.07.2024 "Recepimento e Implementazione Raccomandazioni Ministeriali"
	(P) 6.3.2	X		Nota prot. N. 84995 del 29.10.2024 di UOSVD Informazione, Comunicazione Polo Universitario e Formazione + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati
Requisito 6.4: Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze				
PLAN	(P) 6.4.1	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + customer satisfaction
	(P) 6.4.2	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + customer satisfaction
	(P) 6.4.3	X		DDG n. 1711 del 11.10.2024 Presa d'atto e Recepimento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) relativo all'anno 2024 + Nota prot. n. 89066 del 12.11.2024 UOSVD Rischio Clinico con relativi allegati + Nota prot. N. 59892 del 23.07.2024 Direttore Controllo di Gestione ASL BT con documentazione allegata, mail integrative + customer satisfaction

Criterio 7: PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE				
Requisito 7.1: Progetti di miglioramento				
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	AUTOVALUTAZIONE (spazio riservato alla Struttura)		
		Conformità		Riferimenti ai documenti tipici attestanti le evidenze
		SÌ	NO	
PLAN	(P) 7.1.1	X		Nota prot. n. 98020 del 13.12.2024 del Referente Gestione Processi Clinico-Organizzativi ASL BT con relativi allegati
Requisito 7.2 Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi				
PLAN	(P) 7.2.1	X		Nota Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria Clinica prot. N. 39892 del 13.05.2024
Requisito 7.3: Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa				
PLAN	(P) 7.3.1	X		Nota Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria Clinica prot. N. 39892 del 13.05.2024
	(P) 7.3.2	X		Nota Dirigente Responsabile UOSVD Ingegneria Clinica prot. N. 39892 del 13.05.2024 + Nota prot. n. 98020 del 13.12.2024 del Referente Gestione Processi Clinico-Organizzativi ASL BT con relativi allegati
	(P) 7.3.3	X		specifico per UOC

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2006-2025



Criterio 8: UMANIZZAZIONE				
Requisito 8.1: Programmi per l'umanizzazione delle cure				
Fase Ciclo PDCA	EVIDENZE	AUTOVALUTAZIONE (spazio riservato alla Struttura)		
		Conformità		Riferimenti ai documenti tipici attestanti le evidenze
		SÌ	NO	
PLAN	(P) 8.1.1	X		PROGETTUALITÀ E ATTIVITÀ SPECIFICHE PER UOC
	(P) 8.1.2	X		PROGETTUALITÀ E ATTIVITÀ SPECIFICHE PER UOC
	(P) 8.1.3	X		Nota prot. n. 98020 del 13.12.2024 del Referente Gestione Processi Clinico-Organizzativi ASL BT con relativi allegati
	(P) 8.1.4	X		PROGETTUALITÀ E ATTIVITÀ SPECIFICHE PER UOC
	(P) 8.1.5	X		PROGETTUALITÀ E ATTIVITÀ SPECIFICHE PER UOC
	(P) 8.1.6	X		PROGETTUALITÀ E ATTIVITÀ SPECIFICHE PER UOC

Requisiti specifici per UOC

- Consenso informato
- Documentazione sanitaria (cartella clinica ed infermieristica)
- Definizione Criteri di eleggibilità ai percorsi interni del paziente
- Controllo degli accessi ai locali
- Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
- Adozione di linee guida, protocolli e PDTA
- Sistema di audit reattivo e ACP
- Attività formativa degli operatori

L'esperienza di accreditamento nella U.O. Medicina Interna del P.O Andria



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE BT

(Andria - Barletta - Bisceglie - Canosa - Margherita di S. - Minervino - S. Ferdinando di
P. - Spinazzola - Trani - Trinitapoli)
76123 ANDRIA (BT)



ASL BT

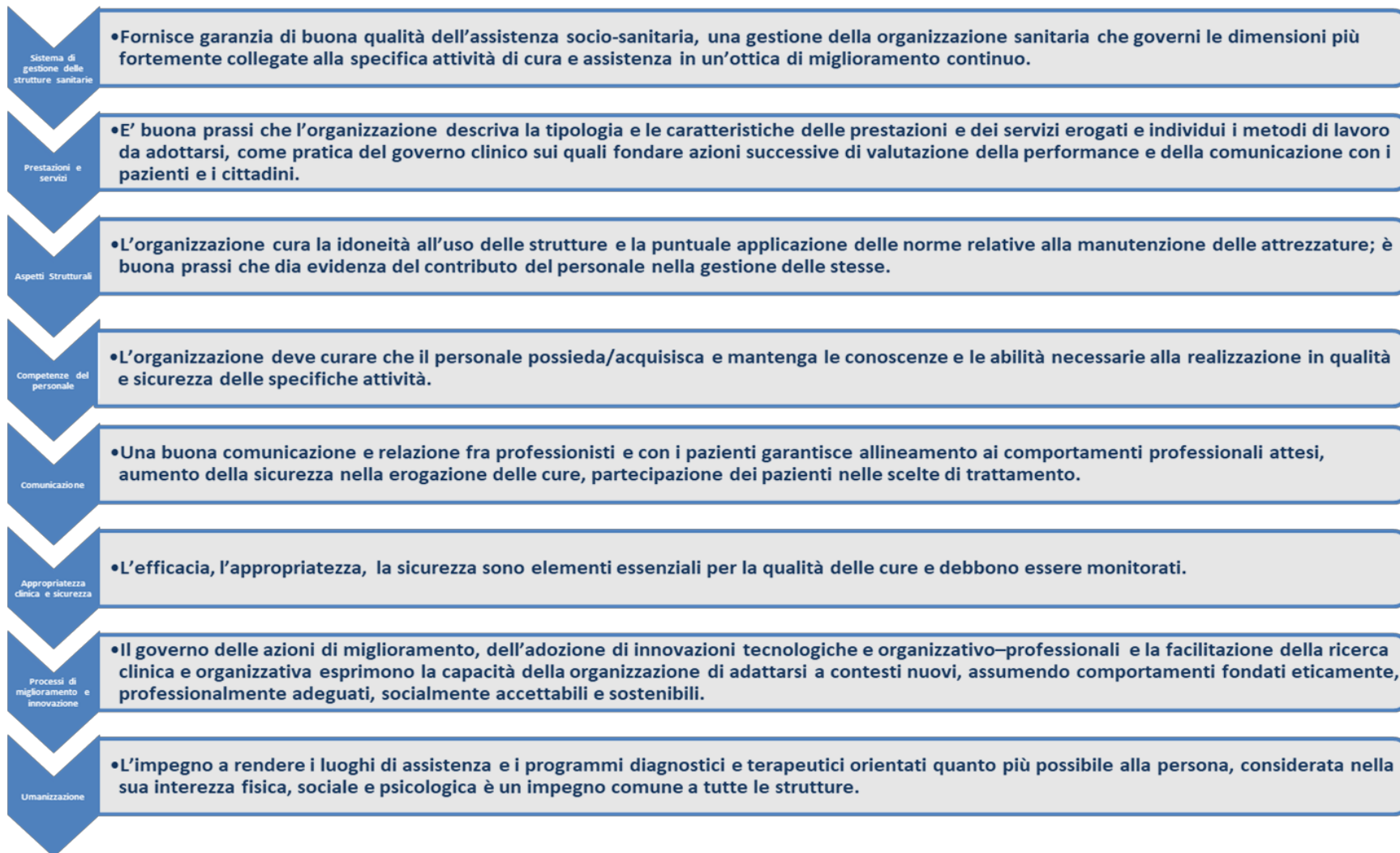
PugliaSalute



DELIBERAZIONE DELLA DIRETTRICE GENERALE n. 2295 del 23 dicembre 2024

TIPOLOGIA:Varie senza spesa

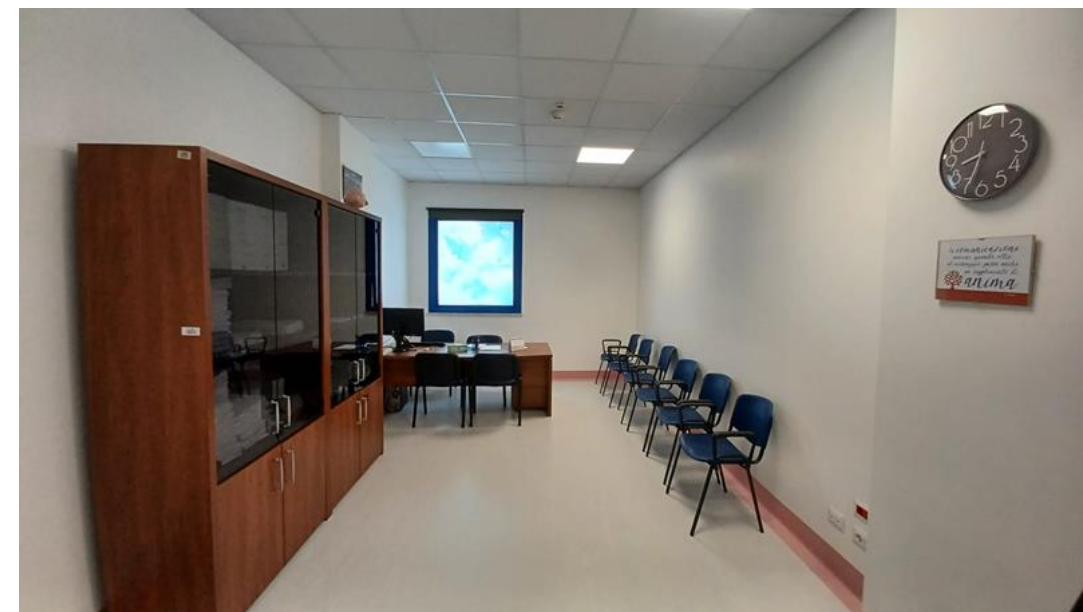
OGGETTO: Piano aziendale Adeguamento Accreditamento ASL BT e Griglie di autovalutazione
requisiti per la fase PLAN, DO ex R.R. n. 16/2019 ASL BT - Adozione



È stato inaugurato il nuovo reparto di Medicina Interna dell'ospedale "Bonomo" di Andria, situato al sesto piano. Il reparto è stato completamente riqualificato e ora conta 24 posti letto, con stanze principalmente a due letti e una dedicata all'isolamento. Il nuovo reparto, diretto dal Dott. Salvatore Lenti, è diventato operativo a partire dall'11 febbraio 2025 ed è dotato di nuove tecnologie e una "communication room" per favorire il dialogo tra sanitari e familiari. [🔗](#)

- **Posizione:** Sesto piano dell'ospedale "Bonomo".
- **Posti letto:** 24, rispetto ai 17 precedenti.
- **Caratteristiche:** Stanze prevalentemente a due letti, una stanza per isolamento e una "communication room".
- **Nuove tecnologie:** Il reparto è stato completamente riqualificato e rinnovato con tecnologie avanzate.
- **Data di inaugurazione:** 4 febbraio 2025, con apertura effettiva l'11 febbraio in occasione della Giornata Mondiale del Malato.
- **Direzione:** Dott. Salvatore Lenti. [🔗](#)





COMMUNICATION ROOM

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 5 del 15-1-2024

3711

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 novembre 2023, n. 1710

"Progetto di Riorganizzazione delle Unità Operative di Medicina Interna (novembre 2023)", di cui alla proposta della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI). Presa d'atto della proposta del modello organizzativo ed Istituzione Tavolo tecnico

L'Assessore alla Sanità, Benessere animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid-19, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale - Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR" e confermate dal Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" riferisce.



LA NUOVA ORGANIZZAZIONE

Nel solco del "Documento sulla Riorganizzazione Funzionale delle UU.OO di Medicina Interna", inviato dalle società scientifiche nazionali di Medicina Interna FADOI e SIMI al Direttore Generale della Programmazione Sanitaria Ministero della Salute e agli Assessori Regionali alla Salute nell'aprile 2021⁽⁶⁾, documento ulteriormente sviluppato da FADOI PUGLIA, in accordo con la sezione Appulo-lucana della SIMI, è stato predisposto il presente progetto di "RIORGANIZZAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE DI MEDICINA INTERNA IN PUGLIA" volto, tra l'altro, a favorire l'integrazione e i rapporti di collaborazione tra le tre reti assistenziali indicate dall'AGENAS qualche anno fa⁽⁷⁾:

- 1) la rete dell'emergenza-urgenza
- 2) la rete ospedaliera
- 3) la rete dei servizi sanitari territoriali.

Il progetto è finalizzato a favorire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Rendere possibile un rapido adeguamento delle capacità assistenziali quali-quantitative ai mutevoli scenari epidemiologici
- Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri
- Assicurare la gestione della continuità assistenziale
- Favorire l'integrazione delle reti assistenziali

- Condividere protocolli diagnostico-terapeutici e linee guida per la gestione dei problemi di salute attraverso la realizzazione di processi formativi del personale medico ed infermieristico.
- Favorire l'adozione di nuovi modelli organizzativi di presa in carico territoriale previsti dal PNRR (Centrale Operativa Territoriale "COT", Telemedicina, Teleconsulto, Ospedali di Comunità e Case della Comunità). Confrontarsi con i Medici di Medicina Generale e le nuove strutture territoriali, condividendo i percorsi di gestione dei pazienti sarà il nuovo scenario da affrontare. Gli internisti ospedalieri per le caratteristiche di multidisciplinarietà e di trasversalità di competenze, rappresentano una risorsa strategica per l'implementazione del modello territoriale in rete. La Missione 6 del PNRR 2021-2026⁽⁸⁾ ha l'obiettivo ambizioso di offrire ulteriori ed importanti possibilità di interazione e collaborazioni tra professionisti ospedalieri e del territorio, attraverso la creazione di reti di prossimità e strutture intermedie per l'assistenza sanitaria territoriale (le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità) e per "facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari" (COT). L'integrazione della filiera dei servizi indispensabili sul territorio, prevederà un ruolo centrale per lo specialista in Medicina Interna, oltre che una fattiva collaborazione con team multidisciplinari territoriali, con l'auspicabile istituzione futura di un tavolo di lavoro regionale sul tema.

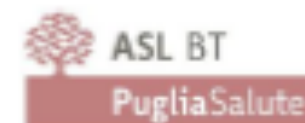
La riorganizzazione delle Strutture di Medicina Interna per livelli di intensità di cure prevede l'integrazione di tre aree:

- A) U.O. di Medicina interna per degenza ordinaria per acuti (codice 26): 20-24 PL di degenza ordinaria per acuti integrata nella rete ospedaliera;
- B) U.O. di Area critica di terapia semintensiva (Medicina interna semintensiva) (codice 94): 4-6 PL di Area critica di terapia semintensiva in collegamento con la rete dell'emergenza-urgenza;
- C) U.O. di Lungodegenza post-acuzie (LDPA) (codice 60): 12-20 PL in collegamento con la rete dei servizi sanitari territoriali.

N.B. L'indicazione del numero di posti letto di ciascuna delle tre U.O. è indicativo, potendosi avere variazioni in più o in meno nei diversi ospedali in base alla loro differente tipologia, grandezza, mission e collocazione geografica.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BT

(Andria - Barletta - Bisceglie - Canosa - Margherita di S. - Minervino - S. Ferdinando
di P. - Spinazzola - Trani - Trinitapoli)
76123 A N D R I A (BT)



DELIBERAZIONE DELLA DIRETTRICE GENERALE n. 2051 del 07 dicembre 2023

Varie senza spesa:

OGGETTO: Approvazione del Progetto sperimentale di Area Medica di Ammissione (AMA) – Presidio
Ospedaliero “Bonomo” di Andria – ASL BT



Ospedale Civile
Lorenzo BONOMO
Andria BT

U.O.C.
Medicina Interna
Direttore
Salvatore Lenti
tel. 0883 299201
339 3841050

Presidio Post Acuzie
Via Giovanni Bovio, 81
Canosa di Puglia BT

LUNGODEGENZA
Post Acuzie

Dirigenti Medici
Francesco Bruno
Annunziata Stella
Enza Tortorelli

tel. 0883 641224

Area di degenza e
Team Nursing

tel. 0883 641206

email
lungodegenza@aslbat.it

ASL BT
Sede Legale

Via Fomaci, 201
78123 Andria BT


PEC
protocollo.aslbat@pec.r
upar.puglia.it

Proposta di RICOVERO
Lungodegenza Post Acuzie
Presidio Post Acuzie - Canosa di Puglia

Data _____
Medico _____ Timbro e firma

Generalità del Paziente				
Data e luogo di nascita				
Residenza				
Familiare di riferimento - TEL.				
NOTIZIE CLINICHE				
Consulenza internistica	da allegare con motivazione trasferimento			
Reparto e città provenienza				
Diagnosi di dimissione				
Terapia in atto				
Vaccinazioni (+ Covid) e data				
Disidratazione	NO	LIEVE	MODERATA	GRAVE
Malnutrizione	NO	LIEVE	MODERATA	GRAVE
Lesione da decubito	Stadio I II III IV			
Coscienza	Lucida	Sonnolenza	GSC	
Linguaggio	Normale		Afasia	
Comportamento	TRANQUILLO		AGITATO	
AUTOSUFFICIENZA				
Vestirsi	COMPLETA	PARZIALE	ASSENTE	
Mangiare	COMPLETA	PARZIALE	ASSENTE	
Controllo sfinteri	COMPLETA	PARZIALE	ASSENTE	
Igiene personale	COMPLETA	PARZIALE	ASSENTE	
MOBILITA'				
Cammina autonomamente	SI	NO		
Cammina con ausilio	SI	NO		
Cammina con assistenza	SI	NO		
Seduto in carrozzina	SI	NO		
Allettato	SI	NO		
Divieto provvisorio di carico	SI	NO		
PORTATORE di				
Data				
Catetere vescicale	SI	NO		
Catetere Venoso Centrale	SI	NO		
Sondino nasogastrico	SI	NO		
PEG	SI	NO		
Ventilazione meccanica (CPAP)	SI	NO		
Stomie	SI	NO		
sito				
Apparecchio gessato	SI	NO		
SITUAZIONE FAMILIARE				
Vive solo	SI	NO		
Vive in famiglia	SI	NO		
Vive in comunità	SI	NO		
Relazione assistente sociale	Solo in caso di mancata assistenza familiare			
OBIETTIVI DEL RICOVERO				

CONTINUITA' OSPEDALE –TERRITORIO
TRANSITIONAL CARE
ORGANIZZAZIONE SANITARIA



PugliaSalute

ASL BT
PugliaSalute

[ASL Barletta Andria Trani](#) / [Assistenza](#) / [Ospedali](#) / [Ospedale "L. Bonomo" - Andria](#) / [Medicina Interna](#)

Medicina Interna

Ospedale L. Bonomo - Andria BAT
disciplina: MEDICINA INTERNA
direttore: Dott. LENTI SALVATORE
telefono: 0883 299309 - 307
posti letto: 30
orari: Tutti i giorni : 12.30 - 13.30 / 18.00 - 19.00

Documenti e Modulistica

» **Allegato**
Carta dei Servizi

Ultimo aggiornamento: 21/05/2025

[Note legali](#) | [Privacy](#) | [Compatibilità dei browser](#) | [Accessibilità](#)
[Gestisci i cookies](#)
[Responsabile procedimento pubblicazione](#) | [Dati monitoraggio sito](#)

CARTA DEI SERVIZI

CRITERIO 5 ACCREDITAMENTO - COMUNICAZIONE



REGIONE PUGLIA
ASL BT
PugliaSalute
CITTÀ DI ANDRIA

U.O.C. Medicina Interna

Direttore Dott. Salvatore Lenti

EQUIPE

Direttore:
Dott. Salvatore LENTI

Coordinatore:
Dott. Carlo DI BARI

Dirigenti Medici:
Dott.ssa Rosa D'ERRICO
Dott.ssa Margherita DE PINTO
Dott.ssa Claudia FANNESU
Dott.ssa Mariella FRUALDO
Dott.ssa Eugenia GENOVESE
Dott. Michele LEONE
Dott. Domenico LEUCI
Dott. Antonio QUARTICELLI
Dott.ssa Iva VORZAKOVA



ASL BT

Carta dei Servizi

U.O.C.
Medicina
Interna



*"La comunicazione avviene
quando, oltre al messaggio,
passa anche un supplemento
d'anima"*

LA CARTA DEI SERVIZI SANITARI

1. **PRESENTAZIONE**
 - 1.1 Mission dell'U.O.C. Medicina Interna
 - 1.2 La struttura che l'accoglie
 - 1.3 Cosa facciamo
2. **L'ORGANIZZAZIONE DELLA U.O.C MEDICINA INTERNA**
 - 2.1 AMA
 - 2.2 HIGH-CARE
 - 2.3 Medicina Interna degenza
 - 2.4 U.O.S. Lungodegenza Post-Acuzie (LDPA)
 - 2.5 Ambulatori e day service
3. **IL RICOVERO**
 - 3.1 L'accoglimento
 - 3.2 Cosa portare per il ricovero
 - 3.3 Privacy
 - 3.4 Informazioni sullo stato di salute
 - 3.5 Pasti
 - 3.6 Visite ai degenti
 - 3.7 Centralità della persona, assistenza spirituale, AVO
4. **LA DIMISSIONE**
 - 4.1 Come richiedere copia cartella clinica
 - 4.2 Donazione organi e tessuti
5. **LA U.O.S. DI LUNGODEGENZA DI CANOSA DI PUGLIA**
6. **TUTELA DEL CITTADINO**
 - 6.1 Customer satisfaction
 - 6.2 Procedure operative



OSPEDALE Civile "L. BONOMO" Andria BT
U.O.C. Medicina Interna
Direttore: Dott. Salvatore Lenti
Coordinatore: Dott. Carlo Di Bari

Istruzioni informative caregiver

- L'orario delle visite ai parenti è previsto unicamente dalle ore 18 alle ore 19 tutti i giorni e l'ingresso è consentito ad un solo parente (senza eccezioni) per famiglia e non è previsto lo scambio tra i diversi parenti.
- Le informazioni cliniche sui pazienti verranno date al solo parente indicato al momento del ricovero dalle ore 13 alle ore 14 e non in altri orari della giornata e neanche durante le visite nelle ore serali.
- Prima di accedere alle stanze di degenza è obbligatorio indossare i dispositivi di protezione e di sanificarli con gel.
- È vietato introdurre in reparto alimenti preparati altrove.
- Prima di somministrare eventualmente il vitto ai propri parenti chiedere al personale preposto.
- Si prega di non intralciare il lavoro del personale e in caso di urgenza sanitaria i visitatori (parenti e informatori) sono pregati di uscire tempestivamente dal reparto.
- Le informazioni del paziente
ricoverato in reparto, con proprio consenso verranno date solo al caregiver
- Caregiver autorizzato con 104
- Firma del paziente
- Firma del caregiver

Data

Firma del medico
.....

COMUNICAZIONE ORGANIZZAZIONE SERVIZI SICUREZZA

Win@Home



Con la semplicità gestionale e il dispositivo WinPack®, il paziente cronico, superata l'acuzie, può lasciare l'ospedale e continuare il monitoraggio fisiologico nelle strutture di cure intermedie e a domicilio. La trasmissione dei dati avviene tramite reti WIFI nelle strutture o con un apposito gateway ab medica a domicilio.

- Riduzione della degenza media
- Meno re-ricoveri in ospedale
- Maggior turnover ospedaliero
- Miglior qualità della vita per i pazienti
- Meno accessi ingiustificati al PS
- Meno complicanze ed eventi avversi

La piattaforma MAIA connected care®



Per supportare pienamente il processo di presa in carico sul territorio, WinPack® è integrato nella piattaforma di telemedicina Maia Connected Care®, dispositivo di classe IIa made in ab medica, che consente la definizione di un piano di cura personalizzato ed il monitoraggio spot o continuo del paziente.

Maia è in grado di mostrare gli andamenti dei parametri fisiologici e gli alert rilevati da WinPack contestualmente all'erogazione dei servizi di **Televisita**, **Teleriabilitazione** e **Piano Farmacologico**, tramite specifici moduli e app dedicate per medici, operatori e pazienti.



TELEVISITA



TELERIABILITAZIONE



PIANO FARMACOLOGICO

INNOVAZIONE DI PROCESSO CRITERIO 7 ACCREDITAMENTO



- Migliore outcome clinico
- Migliore qualità percepita assistenziale
- Maggiore sicurezza

D.I.Ri.M.O. project: deprescription, inappropriateness evaluation and therapeutic reconciliation in hospital medicine

Maria Giulia Pollice¹, Luca Degli Esposti², Cataldo Procacci^{3*}, Salvatore Lenti⁴, Domenica Ancona⁵, Carmela Nappi⁶, Biagio Iacolare⁷, Anna Maria Tesse⁸, Domenico Leuci⁹, Mara Masullo⁶, Domenico Tricarico¹

¹Department of Pharmacy, Pharmaceutical Sciences, University Aldo Moro, Bari - Italy

²CliCon S.r.l. Società Benefit Health, Economics and Outcomes Research, Bologna - Italy

³Pharmaceutical Department of the Barletta-Andria-Trani Local Health Authority, Trani - Italy

⁴Internal Medicine Unit Andria Hospital, Barletta-Andria-Trani Local Health Authority, Andria - Italy

⁵Internal Medicine, University of Foggia, Foggia - Italy

⁶Clinical Risk Management, Quality and Bed Management, Barletta-Andria-Trani Local Health Authority, Trani - Italy

ABSTRACT

Background: In the Italian healthcare landscape, the management of chronic pathologies is a priority. Often, the elderly patient suffers from several pathologies at once and is commonly on polytherapy: this can easily bring potentially harmful errors in drug therapy. The D.I.Ri.M.O. project took place in an Internal Medicine department and aimed to reduce medication errors and improve the state of health through the Pharmacological Reconciliation procedure.

Methods: From June to October 2022, the team archived therapies for 70 hospitalized patients aged over 65 years and suffering from two or more chronic diseases. For each patient enrolled, the team developed a reconciliation board; afterward, the physician and the pharmacist proceeded to remodulate therapies, especially in those patients with serious interactions.

Results: The team collected 287 drug interactions and then classified them according to the Intercheck Web software classification: 36 class D (very serious), 49 class C (major), 174 class B (moderate), and 28 class A (minor). The modified therapies at discharge were 77.14%. This restriction brought about the removal of unnecessary drugs. After six months, the team observed an improvement in the health conditions of the patients enrolled.

Conclusions: By increasing the patient's awareness and reducing the number of potentially inappropriate prescriptions, it is possible to improve the effectiveness of therapies. It is also possible to look at a saving policy to make the economic resources better allocated.

Keywords: Comorbidity, Deprescription, Elderly patient, Hospitalization, Pharmacological reconciliation, Polytherapy

INNOVAZIONE DI PROCESSO E RICERCA CLINICO – ASSISTENZIALE CRITERIO 7 ACCREDITAMENTO



- Migliore outcome clinico
- Migliore qualità percepita assistenziale
- Maggiore sicurezza



6.2 PROCEDURE OPERATIVE

<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani/rischio-clinico>

- MORTE O GRAVE DANNO DA MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO;
- PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI;
- PREVENZIONI DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI LOOK-ALIKE SOUND-ALIKE;
- PREVENZIONE SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE;
- PREVENZIONE DELLA MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA;
- PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE - MANUALE RISCHIO CADUTA;
- PREVENZIONE MALFUNZIONAMENTO DISPOSITIVI MEDICI E APPARECCHI ELETTROMEDICALI;
- PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA REAZIONE TRASFUSIONALE DA INCOMPATIBILITÀ ABO;
- MANIPOLAZIONE DELLE FORME FARMACEUTICHE ORALI SOLIDE;
- PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEGUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI;

SICUREZZA DELLE CURE

CRITERIO 6 ACCREDITAMENTO



- PROCEDURA DI INCIDENT REPORTING - GESTIONE E COMUNICAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI;
- SEPSI E SHOCK SETTICO;
- PREVENZIONE LESIONI DA PRESSIONE



Edizione Aprile 2025



OSPEDALE Civile "L. BONOMO" Andria BT
U.O.C. Medicina interna – Lungodegenza post acuzie
Direttore: Dott. Salvatore Lenti
Tel. 0883 299201 – email: salvatore.lenti@aslbat.it



OSPEDALE Civile "L. BONOMO" Andria BT
U.O.C. Medicina interna – Lungodegenza post acuzie
Direttore: Dott. Salvatore Lenti
Tel. 0883 299201 – email: salvatore.lenti@aslbat.it

In data 28 maggio 2025, presso la communication room ubicata nella UOC di Medicina Interna PO Andria, si è tenuto un audit clinico sull'argomento "Insulina settimanale per il diabete: una nuova realtà".

La casistica di pazienti diabetici ricoverati in quanto affetti da diabete mellito, scompensato o concomitante a patologie scompensate di altra natura, comporta la necessità di un costante aggiornamento specifico utile nella gestione in degenza e per la presa in carico ambulatoriale del paziente: la presenza in équipe di una Specialista in Endocrinologia rappresenta un prezioso "plus" in un periodo di evoluzione tumultuosa della terapia del diabete.

La presenza di farmaci con dimostrata ricaduta positiva sugli outcomes cardiovascolari richiede l'implementazione degli stessi nella pratica clinica: come noto il paziente diabetico, ricoverato e non, è caratterizzato da un peculiare rischio cardiovascolare che si deve ridurre con farmaci innovativi e validati.

La presa in carico del paziente diabetico da noi operata in setting ambulatoriale anche tramite lo strumento del "day-service" consente una gestione integrata grazie alle competenze trasversali della nostra équipe in termini di farmacoterapia, ecocardio, eodoppler con l'irrinunciabile supporto della UO di Patologia Clinica.

Come più volte detto la gestione multidisciplinare è la nostra forza al servizio della complessità clinica!

Andria, 28 maggio 2025

Il direttore

Dott. Salvatore Lenti



OSPEDALE Civile "L. BONOMO" Andria BT
U.O.C. Medicina interna – Lungodegenza post acuzie
Direttore: Dott. Salvatore Lenti
Tel. 0883 299201 – email: salvatore.lenti@aslbat.it

In data 14 maggio 2025, presso la communication room ubicata nella UOC di Medicina Interna PO Andria, si è tenuto un audit clinico sull'argomento "La gestione della BPCO moderato-severa: la triplice terapia dalle linee guida GOLD alla real life".

È stata l'occasione utile per acquisire le variazioni chiave presenti nelle nuove Linee Guida GOLD 2025 riguardanti gli aspetti sottoelencati.

In data 9 aprile 2025, presso la communication room ubicata nella UOC di Medicina Interna PO Andria, si è tenuto un audit clinico sull'argomento "Introduzione alla Nutrizione parenterale".
Lo stato nutrizionale del paziente ricoverato in Medicina Interna richiede una attenta e oggettiva valutazione clinico strumentale che evidenzia la frequente presenza di malnutrizione calorico-proteica. Essa ha un evidente impatto negativo sull'evoluzione della malattia in termini di prolungamento della degenza e mortalità, causa inoltre un incremento dei costi richiamando quindi decisamente la nostra attenzione sul problema nutrizione del paziente interistico.

I provvedimenti "terapeutici" in tal senso si distinguono in base al grado di disfagia e compliance del paziente.
Nei pazienti con disfagia per cibi solidi adoperiamo l'alimentazione con vitto a densità intermedia assistito dagli OSS della nostra UO per i pazienti (prevista l'integrazione con Supplementi Nutrizionali Orali, ONS, da PTO).

Nei pazienti con disfagia di grado severo ricorriamo a soluzioni a varia scadenza a seconda del caso clinico:

- nel breve termine (1-3 mesi) adoperiamo il sondino nasogastroc siliconato per nutrizione enterale con presidi alimentari standard da PTO;
- nel medio termine (3-6 mesi) richiediamo posizionamento accesso vascolare ecoguidato della tipologia PICC per nutrizione parenterale totale con sacche nutrizionali da PTO; per la tecnica di accesso vascolare ci avvaliamo della collaborazione del "PICC team" della UO Anestesia e Rianimazione di Presidio: a tal proposito segnaliamo in fase plan l'addestramento del CPS della UOC Medicina Interna;
- nel lungo termine (oltre 6 mesi) optiamo per il posizionamento di PEG (gastrostomia percutanea confezionata dai Collegi della UOSVD Endoscopia Digestiva del PO Andria) per la nutrizione enterale totale basata su presidi nutrizionali standard da PTO.

La gestione della nutrizione artificiale implica l'ottimale gestione dei device e il follow-up dei parametri metabolici durante e dopo la degenza ospedaliera, la prescrizione di piano terapeutico domiciliare dei presidi terapeutici occorrenti, l'empowerment del caregiver supportato in setting assistenziali territoriali quali Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

In conclusione nutrire appropriatamente il malato significa curarlo meglio!

Andria, 9 aprile 2025

Il direttore

Dott. Salvatore Lenti

In data 18 Marzo 2025, presso la communication room ubicata nella UOC di Medicina Interna PO Andria, si è tenuto un audit clinico sull'argomento "Nuovi antibiotici per superbatteri: una minaccia da combattere per oggi e domani".

Il tema è molto sentito dall'équipe medica quotidianamente impegnata nella diagnosi e trattamento della sepsi.

L'occasione è stata proficua per fare riferimento alle linee guida SIAARTI pubblicate dall'Istituto superiore di sanità il 18 luglio 2024 nel Sistema Nazionale Linee Guida.

Come tutte le linee guida esse rappresentano un indirizzo nella pratica clinica ove trovano implementazione nella real life e personalizzazione sul paziente specifico.

L'equilibrio tra efficacia e costi rappresenta per il Medico Internista una sfida da vincere nel campo della complessità clinica, nostra tradizionale mission sempre attuale.

La gestione della sepsi trova quindi, nell'ottica olistica della nostra specialità una oculata gestione, grazie anche nell'interazione con i Consulenti Infettivologi e Microbiologi.

Andria, 18 marzo 2025

Il direttore

Dott. Salvatore Lenti

OSPEDALE Civile "L. BONOMO" Andria BT
U.O.C. Medicina interna – Lungodegenza post acuzie
Direttore: Dott. Salvatore Lenti
Tel. 0883 299201 – email: salvatore.lenti@aslbat.it



AUDIT CLINICO ORGANIZZATIVI

SICUREZZA DELLE CURE E COMUNICAZIONE

CRITERIO 5 - 6 ACCREDITAMENTO



OSPEDALE Civile "L. BONOMO" Andria BT
U.O.C. Medicina interna – Lungodegenza post acuzie
Direttore: Dott. Salvatore Lenti
Tel. 0883 299201 – email: salvatore.lenti@aslbat.it

In data 21 maggio 2025, presso la communication room ubicata nella UOC di Medicina Interna PO Andria, si è tenuto un audit clinico sull'argomento "Cirrosi scompensata ed encefalopatia epatica: ruolo della rifaximina".

La casistica di pazienti cirrotici affetti alla nostra Unità Operativa per complicanze quali ascite, encefalopatia epatica, rottura di varici esofagee ed epatocarcinoma, impone un costante aggiornamento nella pratica clinica sotto l'egida delle linee guida: queste possono vertere sia sul percorso diagnostico-terapeutico sia sul versante logistico della presa in carico del paziente.

Abbiamo quindi discusso il recentissimo "modello organizzativo per la presa in carico del paziente cirrotico scompensato" approvato dall'ARESS Puglia dove si integrano in maniera efficace esigenze cliniche e organizzative grazie alla competenza ed esperienza organizzativa, clinica, farmaceutica ed economica declinata fra Ospedale, Territorio, Università e Agenzia Regionale.

Ancora una volta la gestione della patologia vede lo Specialista di Medicina Interna impegnato nella sintesi di scienza e organizzazione del lavoro quotidiano alla ricerca della efficacia ed efficienza grazie alla proficua collaborazione con gli Specialisti afferenti alla UOSVD di Endoscopia Digestiva, UOC di Radiologia Diagnostica ed Interventistica, Servizio di Medicina trasfusionale

Andria, 21 maggio 2025

Il direttore

Dott. Salvatore Lenti

Audit clinici per Medici

Medicina interna PO Andria

Martedì 18 MARZO ore 15

I 2 nuovi antibiotici per superbatteri.
Una minaccia da combattere per oggi e domani

Mercoledì 26 marzo ore 14.30

Utilizzo test sierologici per diagnosi differenziale tra virus e batteri

Lunedì 31 marzo ore 15.00

QUESTION TIME
con il Dirigente Infermieristico **Federico RUTA**

Mercoledì 9 APRILE ore 15.00

Introduzione alla nutrizione parenterale

Mercoledì 16 aprile ore 14.30

Match tra LEUCI e LENTI
Comunicazione basata su EMPATIA o EBM?
ore 16.00 AUGURI PASQUALI

Mercoledì 14 MAGGIO ore 14.30

La gestione della BPCO moderata-severa: la triplice terapia dalle linee guida
GOLD all'esperienza real life

Mercoledì 21 maggio ore 14.30

Cirrosi scompensata ed encefalopatia epatica: ruolo della rifaximina

Mercoledì 28 maggio ore 14.30

Insulina settimanale per il diabete: una nuova realtà

Mercoledì 4 GIUGNO ore 14.30

Fosfomicina: ritorno al futuro

Timbrare con straordinario – recupero (59 in entrata e uscita)

Coordinatore **Carlo Di Bari**

Direttore **Salvatore Lenti**

AUDIT CLINICO ORGANIZZATIVI

SICUREZZA DELLE CURE

COMUNICAZIONE

INNOVAZIONE DI PROCESSO

CRITERIO 5 – 6 - 7 ACCREDITAMENTO

METODO S.P.I.K.E.S.

- **S**etting up : preparare il contesto e disporsi all'ascolto.
- **P**ercezione : capire l'idea che il malato si è fatto dei suoi disturbi.
- **I**nvito: invitare il malato a esprimere il proprio desiderio di essere informato o meno sui dettagli della malattia.
- **K**nowledge/Conoscenza: fornire al malato le informazioni necessarie a comprendere la situazione clinica.
- **E**mozione: facilitare la persona a esprimere le proprie reazioni emotive rispondendo ad esse in modo partecipe.
- **S**trategia e **S**unto: discutere, pianificare e concordare con la persona una strategia d'azione ; valutare quanto la persona ha effettivamente compreso chiedendole di riassumere quanto detto.

INNOVAZIONE DI PROCESSO

EMPOWERMENT PAZIENTE E CAREGIVER

COMUNICAZIONE

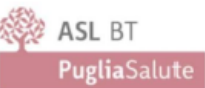
UMANIZZAZIONE DELLE CURE

CRITERIO 5 – 7 - 8 ACCREDITAMENTO

INNOVAZIONE DI PROCESSO


UMANIZZAZIONE DELLE CURE

CRITERIO 7 - 8 ACCREDITAMENTO

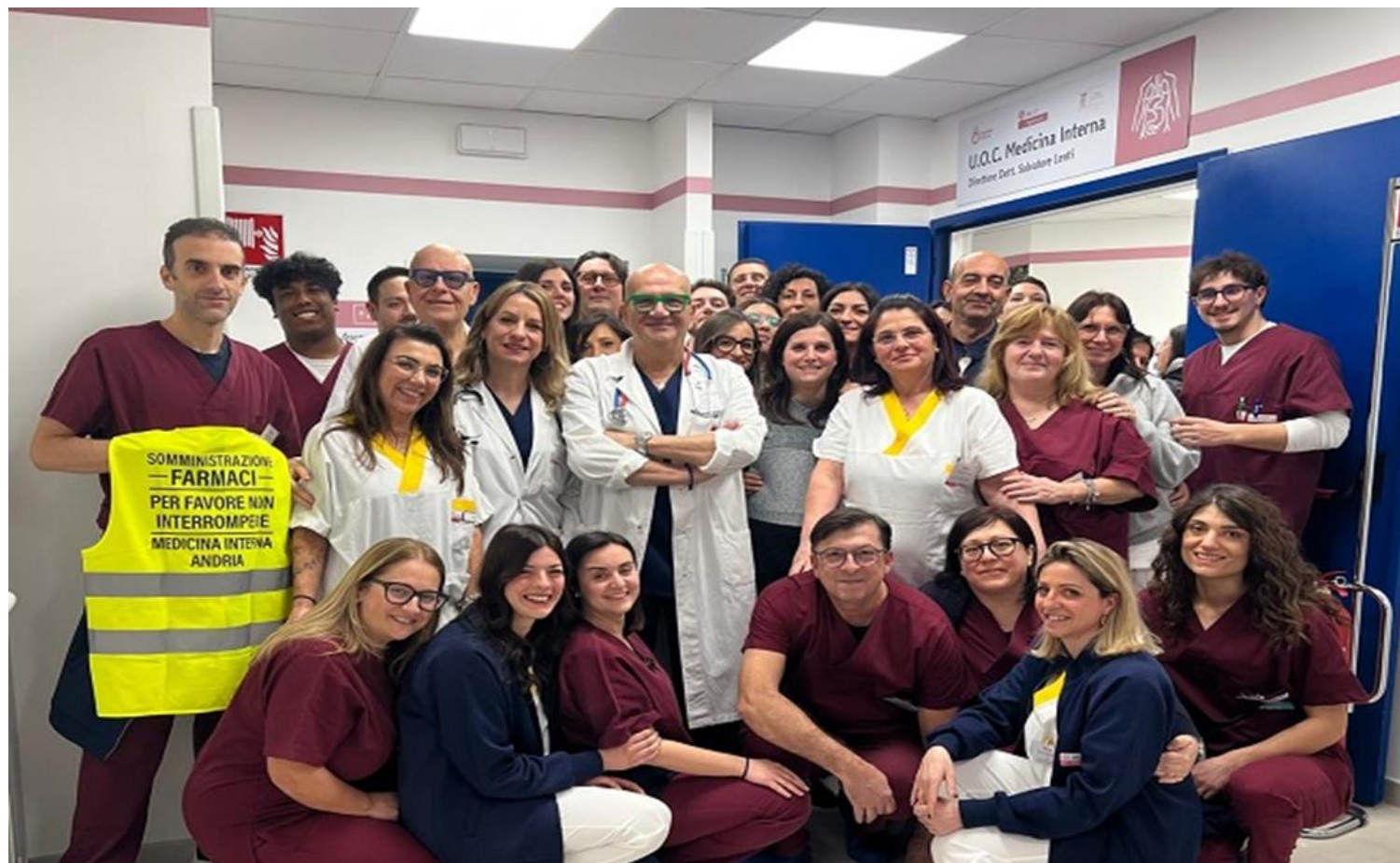
 ASL BT PugliaSalute DIPARTIMENTO MEDICO SPECIALISTICO – U.O.C. MEDICINA INTERNA PO ANDRIA	DOCUMENTO	Pagina 1 di 1
	PIANI DI LAVORO O.S.S. ed AUSILIARI MEDICINA INTERNA 23 POSTI LETTO	REVISIONE 01 del 20/05/2025

DATA	REDATTO DA:	TIPO DI MODIFICA	Verificato da: FIRMA	Approvato da: FIRMA
20/05/25	Incarico di funzione professionale U.O.C. Medicina Interna PO Andria: Dott. Giovanni Filannino	Revisione ed implementazione	Incarico di funzione professionale Direzione Medica PO Andria: F.to Dott. Nicola Tortora <hr/> Dirigente delle Prof. Infermieristiche ed ostetriche ASL BAT: F.to Dott. Federico Ruta <hr/>	Incarico di funzione organizzativa U.O.C. Medicina Interna PO Andria: F.to Dott. Carlo Di Bari <hr/>

Direttore UOC Medicina Interna F. to Dott. Salvatore Lenti Amministratrice unica Sanità Service Asl Bat Dott.ssa Annachiara Rossiello Direttore Direzione Medica PO Andria-Canosa Dott. Emanuele Tatò

 ASL BT PugliaSalute DIPARTIMENTO MEDICO SPECIALISTICO – U.O.C. MEDICINA INTERNA ANDRIA	DOCUMENTO	Pagina 1 di 11
	PIANI DI LAVORO INFERMIERI MEDICINA INTERNA 23 POSTI LETTO	REVISIONE 02 del 16/09/2025

DATA	REDATTO DA:	TIPO DI MODIFICA	Verificato da: FIRMA	Approvato da: FIRMA
16/09/2025	Incarico di funzione professionale U.O.C. Medicina Interna Andria: Dott. Giovanni Filannino	Revisione ed implementazione	Incarico di funzione professionale Direzione Medica di presidio: Dott. Nicola Tortora <hr/> Dirigente delle Professioni infermieristiche ed ostetriche: Dott. Federico Ruta <hr/>	Incarico di funzione organizzativa U.O.C. Medicina Interna Andria: Dott. Carlo Di Bari <hr/>



**Nessuno può
fischiettare
una sinfonia . . .
ci vuole una
intera orchestra
per
riprodurla**

Grazie dell'attenzione