

# SMART CARE PROJECT

Ottimizzazione dell'integrazione e  
coordinamento fra Medici di Medicina  
Generale e Specialisti.

Presidio Territoriale F. Jaia Conversano

In collaborazione con la MSD

*dott. giuseppe d'auria*

A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted diagonally from the bottom right towards the top right, set against a blue background.

# PERCHE' SMART CARE?

Nella sua traduzione letterale

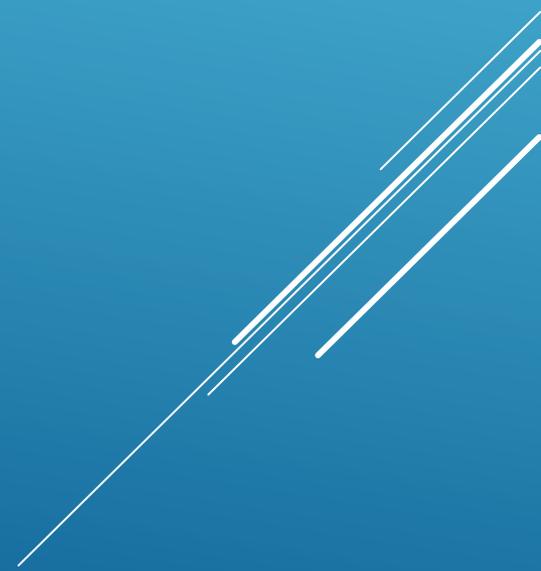
Il termine inglese SMART, in italiano assume il significato abile,acuto,alla moda,brillante,elegante,furbo,intelligente.

Pertanto ci è sembrato

**FURBO e INTELLIGENTE**

giocare

con questo termine



Il progetto che vi proponiamo vuole essere una **RISPOSTA INTELLIGENTE... DI BUON SENSO ...** e, per alcuni versi, anche **FURBA** al fine di prestare **ATTENZIONE** ai bisogni delle persone, di gestire in maniera oculata le risorse, di proiettarsi in un **FUTURO** in cambiamento per uno **SVILUPPO** sostenibile anche economicamente.... nel **PRENDERSI CURA E FARSI CARICO** delle patologie croniche , vera epidemia del nostro tempo. **Facendolo insieme .... lavorando per un obiettivo comune ....e con una metodologia condivisa. Questo è**

**SMART CARE PROJECT**

A series of white diagonal lines of varying lengths and thicknesses, located in the bottom right corner of the slide, creating a modern, abstract graphic element.

# APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI

- ▶ Una prestazione è **appropriata** se oltre ad essere efficace viene erogata, con la modalità assistenziale più idonea e con le caratteristiche (di tempestività, di continuità, ecc.) necessarie a garantire effettivamente l'utilità.
- ▶ Erogata come **“la cosa giusta, al soggetto giusto, al momento giusto, da parte dell'operatore giusto, nella struttura giusta e al giusto costo”**.

# APPROPRIATEZZA CLINICA E ORGANIZZATIVA

**Due determinanti del livello di qualità del sistema sanitario:**

## Appropriatezza clinica:

- ▶ Rapporto tra prestazioni e bisogni di salute

## Appropriatezza organizzativa:

- ▶ Rapporto fra prestazioni e caratteristiche organizzative dell'offerta assistenziale

# OBIETTIVI S.M.A.R.T.

ACRONIMO CHE SINTETIZZA IL METODO DECRITTO DA PETER DRUCKER

Se gli **obiettivi** sono fissati in modo confuso essi non risultano essere efficaci.

**Un obiettivo per essere efficace deve essere S.M.A.R.T.**

**Ma come fare per fissare un buon obiettivo?**



*SMART STA PER :*

**Specific**

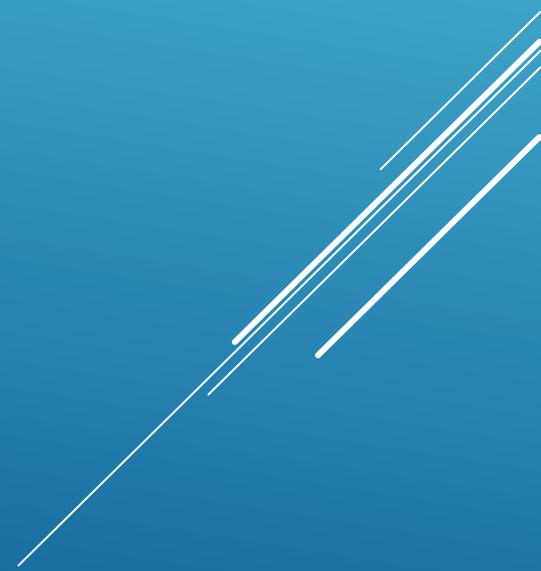
**Measurable**

**Achievable**

**Realistic**

**Time Related**

**Specific.** L'obiettivo fissato deve essere specifico, e quindi il fine che ci si propone deve essere chiaro, e non vago.



# SMART STA PER :

**Specific**

**Measurable**

**Achievable**

**Realistic**

**Time Related**

**Measurable.** L'obiettivo deve essere misurabile, ciò permette di capire se il risultato atteso è stato raggiunto o meno ed eventualmente, quanto si è lontani dalla meta.



# SMART STA PER :

**Specific**  
**Measurable**  
**Achievable**  
**Realistic**  
**Time Related**

**Achievable.** L'obiettivo deve essere **realizzabile** date le risorse e le capacità a propria disposizione. Nel fissare gli obiettivi occorre tenere conto anche delle capacità e delle abilità necessarie per eseguire i compiti che possono essere diverse da individuo ad individuo.

# SMART STA PER :

**Specific**

**Measurable**

**Achievable**

**Realistic**

**Time Related**

**Realistic.** Un obiettivo deve essere sì stimolante, ma anche **realisticamente raggiungibile** date le risorse e i mezzi a disposizione.



## SMART STA PER :

**Specific**

**Measurable**

**Achievable**

**Realistic**

**Time Related**

**Time Related.** L'obiettivo deve essere **basato sul tempo**, cioè occorre determinare il periodo di tempo entro il quale l'obiettivo deve essere realizzato.



# LA MALATTIA DIABETICA



Poiché la malattia diabetica è  
modello di cronicità.  
( Assorbe il 9% del FSN)

- **elevata frequenza/accesso Ambulatorio di MMG e/o di Specialisti;**
- **elevata suscettibilità revisione trattamenti;**
  - **elevato carico Liste d'Attesa.**

*Abbiamo lavorato sull'appropriatezza delle prestazioni e dei percorsi*

# STRUMENTO DI LAVORO: IL PROJECT CHARTER

- ▶ Il Project Charter è un **documento sintetico** che riporta le **principali informazioni** in merito all'implementazione di un progetto di miglioramento
- ▶ E' una **"sintesi plastica"** che viene aggiornata continuamente durante lo sviluppo del progetto

## Tipicamente in un Project Charter sono contenute le seguenti informazioni

- ▶ **TITOLO:** indicare il titolo del progetto
- ▶ **PROBLEM STATEMENT:** descrivere il problema e opportunità di miglioramento che il team affronterà
- ▶ **BUSINESS CASE:** aree in cui il miglioramento del Problem Statement genererà un impatto positivo
- ▶ **SAVINGS:** Risparmi tangibili (Hard) e intangibili (Soft)
- ▶ **SCOPE:** Ambito / Campo d'azione dettagliato

# SMART CARE: PROJECT CHARTER

## Problem/Opportunity Statement

La riconversione dell'Ospedale di Conversano in Presidio Territoriale è una esigenza in linea con gli obiettivi dettati dalla Spending Review. Si calcola che il bacino d'utenza della neostruttura è di 450mila persone circa

L'integrazione tra specialista e MMG (passaggio da struttura ospedaliera a territoriale), ed i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) saranno critici in termini di outcomes del paziente e di contenimento dei costi

Quanto sopra vale in generale e per i Pazienti cronici in particolare Il Diabete assorbe circa il 10% del fondo sanitario nazionale (3 Aree richiedono la maggior parte delle risorse: Presidi diagnostici, ricoveri per inappropriata gestione territoriale e la degenza media ospedaliera)

## Goal Statement

- E' quindi necessario unificare linguaggi tra MMG e Specialista ex Ospedaliero per PDTA condivisi - SMART Care Project
- Riduzione di circa 1/3 della ospedalizzazione attuale
- Riduzione di circa 1/3 giorni la degenza media dei pazienti con diabete
- Riduzione del tempo d'attesa tra la diagnosi della malattia e l'ET con fenotipizzazione da parte dello specialista
- Aumento del tempo di intervallo di ospedalizzazione per i diabetici con 2 organi compromessi

## Business Case

- Inquadramento clinico
- Individuazione priorità clinica
- Scompensi e acuzie
- Fenotipizzazione → Adeguatezza Piano Terapeutico; Migliore individuazione molecole
- Adeguatezza (Ridondanza visite, esami, controlli e ospedalizzazione; Aumento dell'intervallo di tempo tra le ospedalizzazioni necessarie)
- Tempi: Riduzione di liste d'attesa, degenza media, tempo d'attesa tra la diagnosi malattia e l'ET con fenotipizzazione
- Savings:** Riduzione Costi attuali, Minore aumento costi futuri, Costi sociali

## Project Scope

In scope: Presidio Territoriale di Conversano, PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali), Pazienti cronici nuovi (dalla prima diagnosi MMG fino a fenotipizzazione paziente e terapia), Malattia diabetica (Progetto pilota)  
Out of scope: Medici Specialisti e MMG non afferenti al Presidio di Bari Conversano, Pazienti non cronici, Pazienti non affetti da patologie diabetiche, Pazienti già in degenza

## Project Plan

8 Aprile → 16 Maggio → 3 Luglio  
→ 11 Settembre → 9 Ottobre → 28  
Ottobre → 14 Novembre

## Team

- Sponsor: Dottori: V.Gigantelli /D'Auria /A. Ramunni
- Project Leader: Dott. V. Giagulli (diabetologo)
- Team: Dott. Albanese (MMG), dott. Grattagliano (MMG), Dott. Liuzzi (pediatra), Dott. G.Ramunni (cardiologo), Dott. I.Ramunni (diabetologo), Dott. A.Resta (geriatra)

# PROBLEM STATEMENT (ESPOSIZIONE DEL PROBLEMA)

- ▶ La **riconversione** dell'Ospedale di Conversano in Presidio Territoriale con Ambulatori di III Livello è una esigenza in linea con gli obiettivi dettati dalla *Spending Review* e dai successivi piani operativi
- ▶ Si calcola che il **bacino** d'utenza della neostruttura è di 450mila persone circa
- ▶ **L'integrazione** tra specialista e MMG nel passaggio da struttura ospedaliera a territoriale, ed i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (**PDTA**) saranno critici in termini di *outcomes* del paziente e di contenimento dei costi
- ▶ Quanto sopra vale in generale e per i **Pazienti cronici**

# GOAL STATEMENT (ESPOSIZIONE DEL FINE DA RAGGIUGERE)

## Goal:

- ▶ Armonizzare procedure, PDTA e linguaggi tra MMG e Specialista Ospedaliero
- ▶ nuovi modelli di setting assistenziali territoriali
- ▶ individuare dei PDTA per gli «out-patients» al fine di **ridurre sia l'inappropriatezza che la degenza media del ricovero ospedaliero**, con impatto su costi e liste d'attesa
- ▶ Fornire un'assistenza più accurata al paziente affetto da patologia cronica

## Vincoli:

- ▶ Rispetto delle Normative
- ▶ Garanzia della continuità assistenziale
- ▶ Garantire che le soluzioni individuate mirino all'integrazione tra MMG e Specialista e non all'antitesi

# BUSINESS CASE (AREE DI MIGLIORAMENTO)

## Benefici:

- ▶ Inquadramento clinico
- ▶ Individuazione priorità clinica
- ▶ Prevenzione di scompensi e acuzie
- ▶ Fenotipizzazione
  - ▶ Conseguente adeguatezza Piano Terapeutico
  - ▶ Conseguente migliore individuazione molecole
- ▶ Adeguatezza:
  - ▶ Ridondanza visite, esami, controlli , ospedalizzazione
  - ▶ Aumento dell'intervallo di tempo tra le ospedalizzazioni necessarie
- ▶ Riduzione di: liste d'attesa, degenza media, tempo d'attesa tra la diagnosi malattia e fenotipizzazione



**Hard Savings:** Riduzione Costi attuali, Contenimento costi futuri  
(risparmi tangibili)

**Soft Savings:** Costi sociali (risparmi intangibili)

# PROJECT SCOPE (AMBITO DEL PROGETTO)

## In scope:

- Presidio Territoriale di Conversano
- PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali)
- Pazienti cronici nuovi : dalla prima diagnosi (MMG) fino a fenotipizzazione paziente e terapia
  - **Sviluppo futuro: Pazienti con due organi compromessi** (alto rischio mortalità) da diagnosi a equilibrio terapeutico
- Follow-Up Pazienti Diabetici esenti: da riconoscimento esenzione a eventuale ospedalizzazione

## Out of scope:

- Medici Specialisti e MMG non afferenti al Presidio di Bari Conversano
  - Pazienti non cronici
  - Pazienti non affetti da patologie diabetiche
  - Pazienti già in degenza
- 

# TEAM

- Sponsor: Dottori: V. Gigantelli / G. D'Auria
  - Project Leader: Dott. V. A. Giagulli (Diabetologo)
  - Team:
    - Dott. Albanese (MMG)
    - Dott. Grattagliano (MMG)
    - Dott. Liuzzi (Pediatra)
    - Dott. G.Ramunni (Cardiologo)
    - Dott. I.Ramunni (Diabetologo)
    - Dott. A.Resta (Geriatra)
  - Facilitatore: Ing. Davide Volgare
- 

# PROJECT PLAN

- ▶ 8 Aprile: Impostazione Project Charter, CTQ Tree
  - ▶ 16 Maggio: Completamento Project Charter e impostazione Mappatura dello stato attuale
  - ▶ 3 Luglio: Completamento Mappatura dello stato attuale, Individuazione criticità
  - ▶ 9 Ottobre: Selezione criticità prioritarie; Individuazione azioni correttive
  - ▶ 28 Ottobre: Definizione action plan; Impostazione Mappatura dello stato futuro
  - ▶ 14 Novembre: Completamento Action plan e Mappatura dello stato futuro; Piano di monitoraggio dello Stato futuro
- 

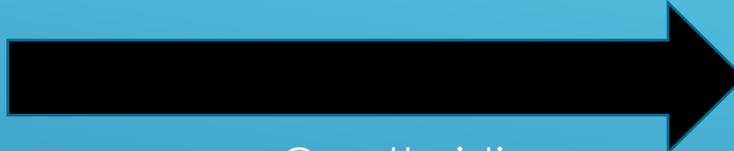
# STRUMENTO DI LAVORO: L'ALBERO DELLE CTQ

- ▶ Le esigenze e la percezione di un servizio da parte del “cliente” (Paziente, Distretto, Direzione, Personale, etc.) è espressa nel suo “linguaggio” (**VOC**: Voice Of the Customer)
  - ▶ La **CTQ** (Critical To Quality) è un parametro che “traduce” la VOC in linguaggio operativo chiaro, inequivocabile, comprensibile e **misurabile**
- 

# L'ALBERO DELLE CTQ

- ▶ Il “Diagramma ad albero” permette il passaggio da:

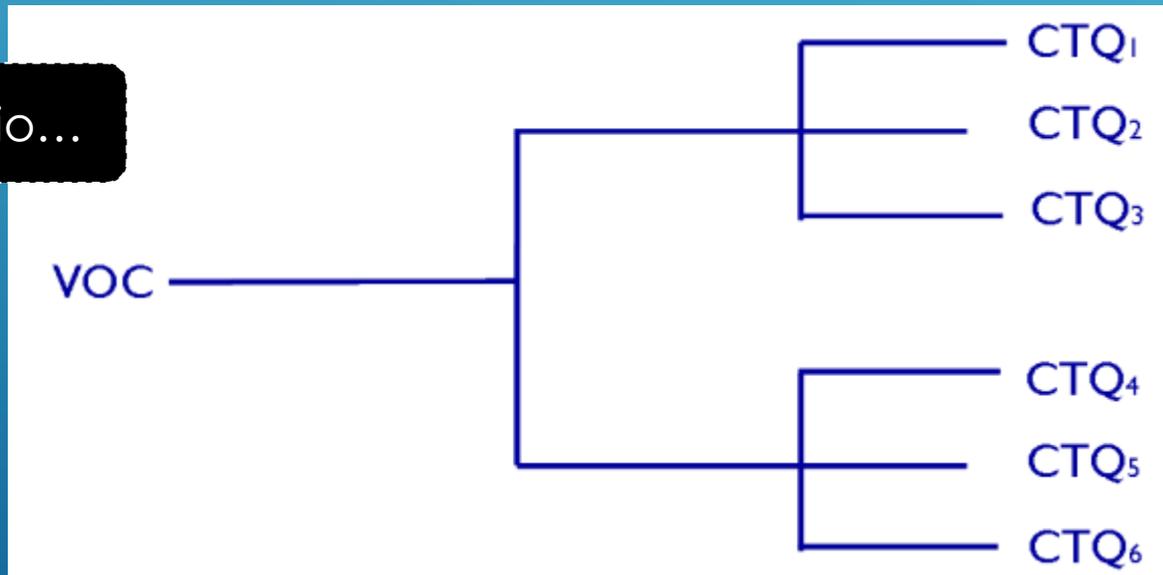
**VOC**



**CTQ**

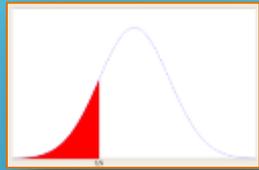
Linguaggio del Cliente

Caratteristica specifica e misurabile del processo/servizio che è critica per la soddisfazione della necessità espressa dalla VOC



Generico

Specifico



**Paziente "Nuovo"**

Presenza in carico

Chiarezza  
Chi fa che cosa

Diagnosi

Consulenze

Generale

Per diagnosi

Tempo

In lista d'attesa

Durante PDTA

Attese

T da Richiesta a Specialista

Integrazione e coordinamento MMG/Specialista su PDTA Pazienti Diabetici

**Paziente PACC (con 2 Organi compromessi)**

Presenza in carico

Chiarezza

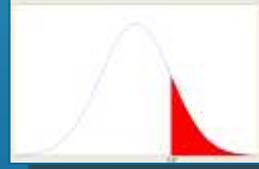
Diagnosi

Consulenze

Tempo  
Consulenza (MMG → Specialist → MMG)

Durante PACC

Attese



CTQs

# DEFINIZIONE DELLE METRICHE DEL PROGETTO: ALBERO DELLE CTQ

**CTQ<sub>1</sub>: T<sub>Pn</sub>** dove  $T_{Pn} = T_{f-Pn} - T_{0-Pn}$

Definizione operativa di T<sub>Pn</sub>: *Differenza espressa in giorni tra T<sub>0-Pn</sub> (Data 1°Visita da parte del MMG) e T<sub>f-Pn</sub> (Data in cui il Paziente riceve Diagnosi, Terapia ed è Clinicamente Stabile)*

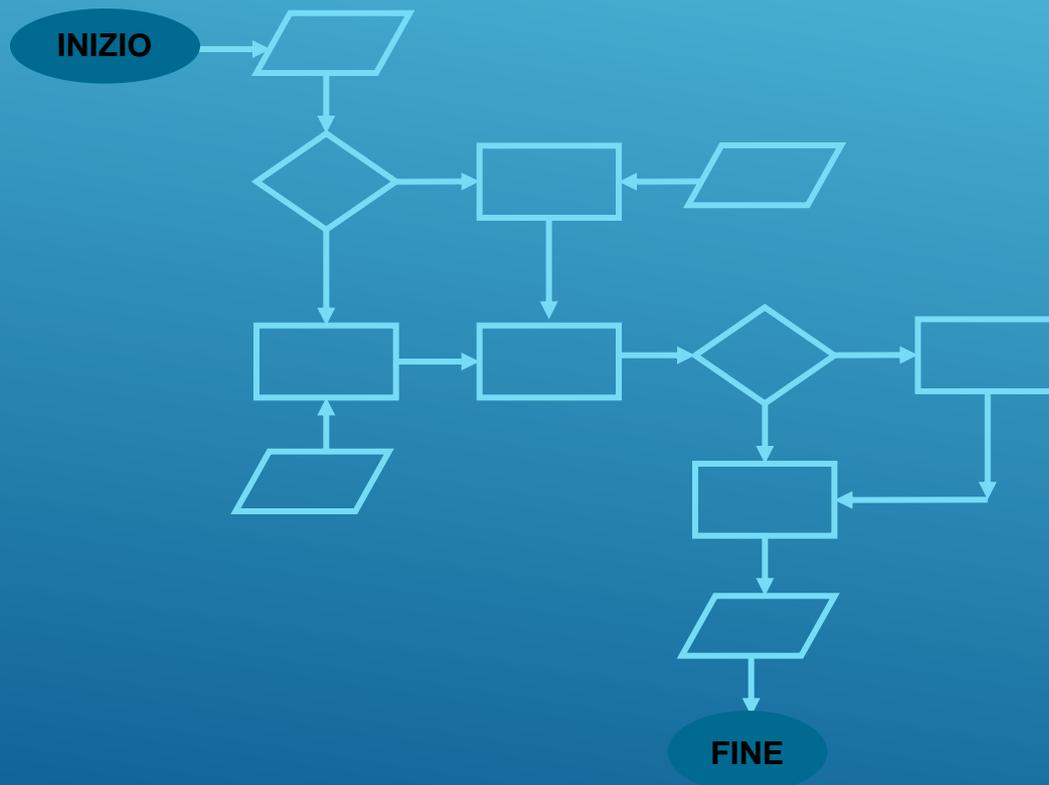
## **Ulteriori CTQs**

- ▶ CTQ<sub>2</sub>: Liste d'attesa
- ▶ CTQ<sub>3</sub>: Ospedalizzazioni
- ▶ CTQ<sub>4</sub>: Degenza media dei pazienti con diabete
- ▶ CTQ<sub>5</sub>: Intervallo di ospedalizzazione per i diabetici

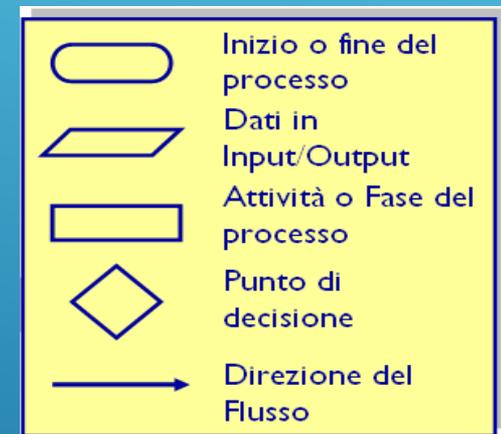
**CTQS (METRICHE CRITICAL TO QUALITY) – OUTCOME DEL PDTA**

# STRUMENTO DI LAVORO: DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITÀ

Diagramma utile per visualizzare la complessità e le decisioni prese in un processo e identificare **circoli viziosi e colli di bottiglia**



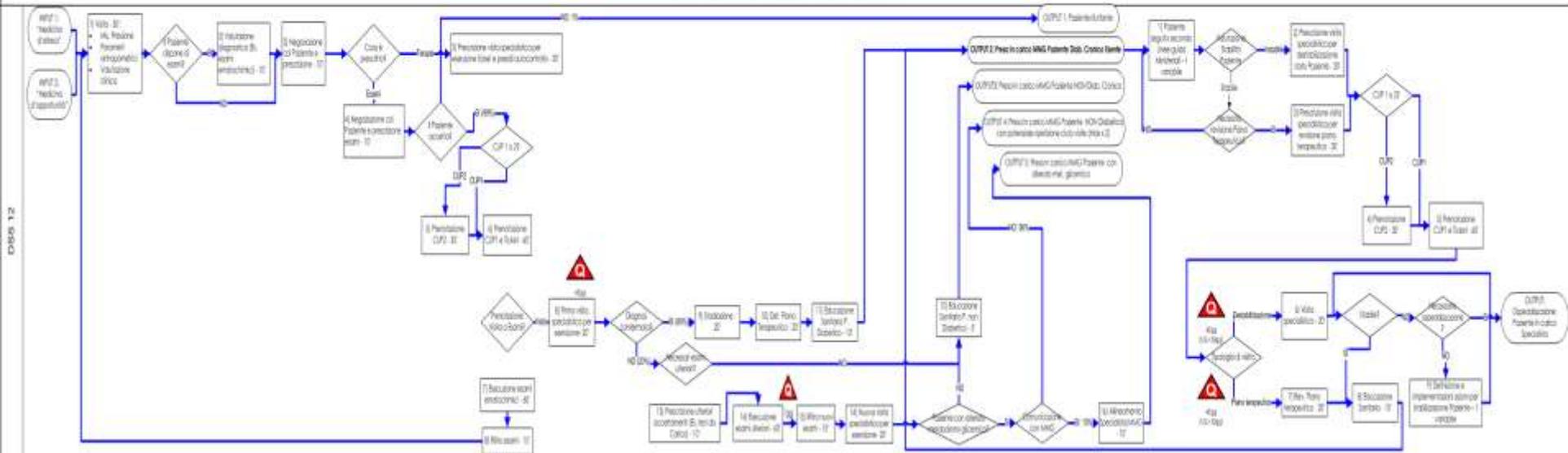
## Simbologia standard



# PDTA “Paziente Diabetico cronico nuovo”: Da prima diagnosi (MMG) a fenotipizzazione e definizione Piano terapeutico + Follow Up (da riconoscimento esenzione a eventuale ospedalizzazione)

PDTA “Paziente Diabetico cronico nuovo”: Da prima diagnosi (MMG) a fenotipizzazione e definizione Piano terapeutico + Follow Up (da riconoscimento esenzione a eventuale ospedalizzazione)  
- STATO ATTUALE -

Smart Care Project 2013 – Presidio Territoriale Bari Conversano



## PDTA “PAZIENTE DIABETICO CRONICO NUOVO”: MAPPATURA DELLO STATO ATTUALE

# STRUMENTO DI LAVORO: **BRAINSTORMING**

(1/2)

- ▶ Braistorming significa letteralmente tempesta cerebrale (semanticamente tempesta di idee).
- ▶ Tecnica di creatività di gruppo volta alla generazione di numerose idee in poco tempo
- ▶ Si basa sulla separazione della fase di generazione di idee, da quella di analisi critica e selezione delle stesse

La prima fase pone l'accento sul pensiero creativo/laterale, mentre la seconda sul pensiero logico/verticale

# Brainstorming DOs e DON'Ts

DOs	DON'Ts
•Permettere alle persone di completare il proprio ragionamento	•Dominare la discussione
•Essere sintetici	•Deridere o penalizzare idee “buffe” o “irrealizzabili”
•Generare tante idee in poco tempo	•Avere paura di sbagliare
•Organizzare e valutare le idee solo alla fine della sessione	•Focalizzarsi solo su pensieri logici, idee razionali
•Si può deliberatamente partire da aspetti non relazionati al problema	•Avere paura di sfidare i “dogmi” o assunti
•Incoraggiare la generazione di ogni tipo di idea ( non è importante in se stessa ma il suo effetto e dove essa ci porterà)	•Il leader parla per primo
•Si può anche essere in errore in alcune fasi del pensiero al fine di addivenire a soluzioni innovative	•Tutti parlano a turno, per un tempo definito
•Mettere a disposizione fogli, penne, pennarelli, etc.	•Team di soli esperti
•Scrivere ed annotare solo quello che ci sembra importante	•Scrivere e annotare tutto

La **Multivotazione** è utilizzata per dare una prima valutazione numerica e definire le priorità di intervento

Ciascun team member ha un limitato numero di punti da assegnare agli elementi da selezionare

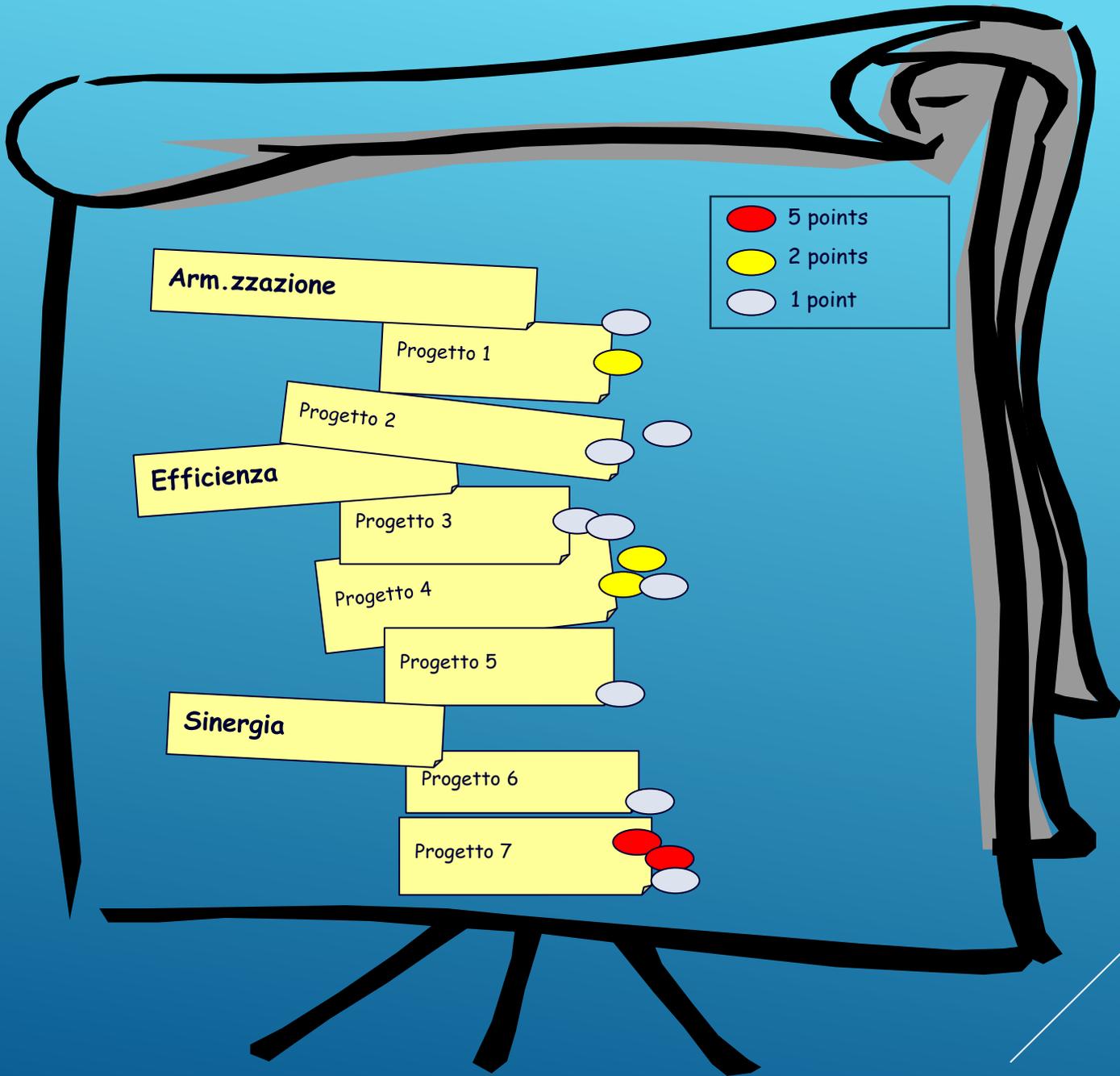
Criteri di selezione utilizzati:

- ▶ Criterio 1: Ricaduta sul Paziente
- ▶ Criterio 2: Controllabilità del fattore critico

Regola per definire numero punti ciascuno:

- ▶  $(n_{\text{votanti}} * n_{\text{punti per votante}}) \geq 2 * n_{\text{elementi da selezionare}}$

**STRUMENTO DI LAVORO: SELEZIONE  
ATTRAVERSO “MULTIVOTAZIONE”**

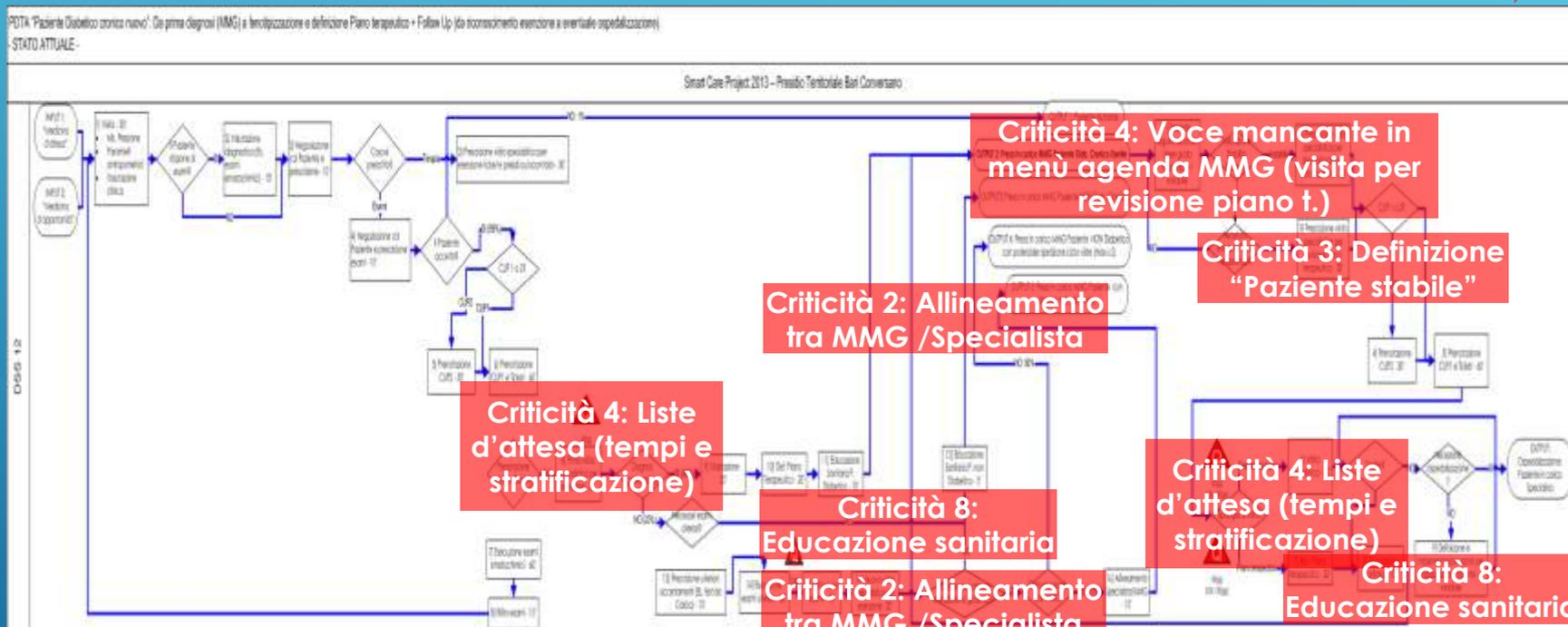


1. Chiarezza presa in carico ● ● ●
2. Allineamento tra MMG → Specialista → MMG su 1° visita per riconoscimento esenzione ● ● ● ● ●  
● ● ● ●
  - ▶ In particolare su diagnosi “Non Diabetico con alterato metabolismo glicemico”
  - ▶ In particolare per metodi e strumenti di comunicazione (necessario standardizzare e diffondere le best practice)
3. Allineamento tra MMG → Specialista → MMG su visite successive alla 1° ● ●
  - ▶ Definizione corretta e univoca di “Paziente stabile” (Risvolti medico-legali)
4. Liste d'attesa – Lunghezza e stratificazione priorità: ● ● ● ● ● ●
  - ▶ Attesa per visite per pazienti “improrogabili” (Es. Piano terapeutico)
  - ▶ Lentezza → Effetti collaterali, fallimento farmaco, controindicazioni, rischio discontinuità di cura, etc.
  - ▶ Voce mancante in menù software agenda MMG (visita per revisione piano t.) ●
5. Stadiazione
6. Altri Day service Spec. ● ● ●
7. Demedicalizzazione → team Diabetologico multiprofessionale
8. Educazione sanitaria

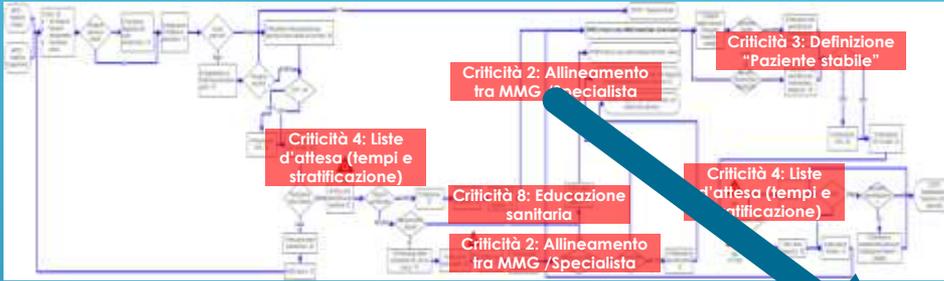
***LISTA CRITICITÀ E SELEZIONE PRIORITÀ***

# PDTA “Paziente Diabetico cronico nuovo” e Aree critiche selezionate

## Criticità 1: Chiarezza presa in carico



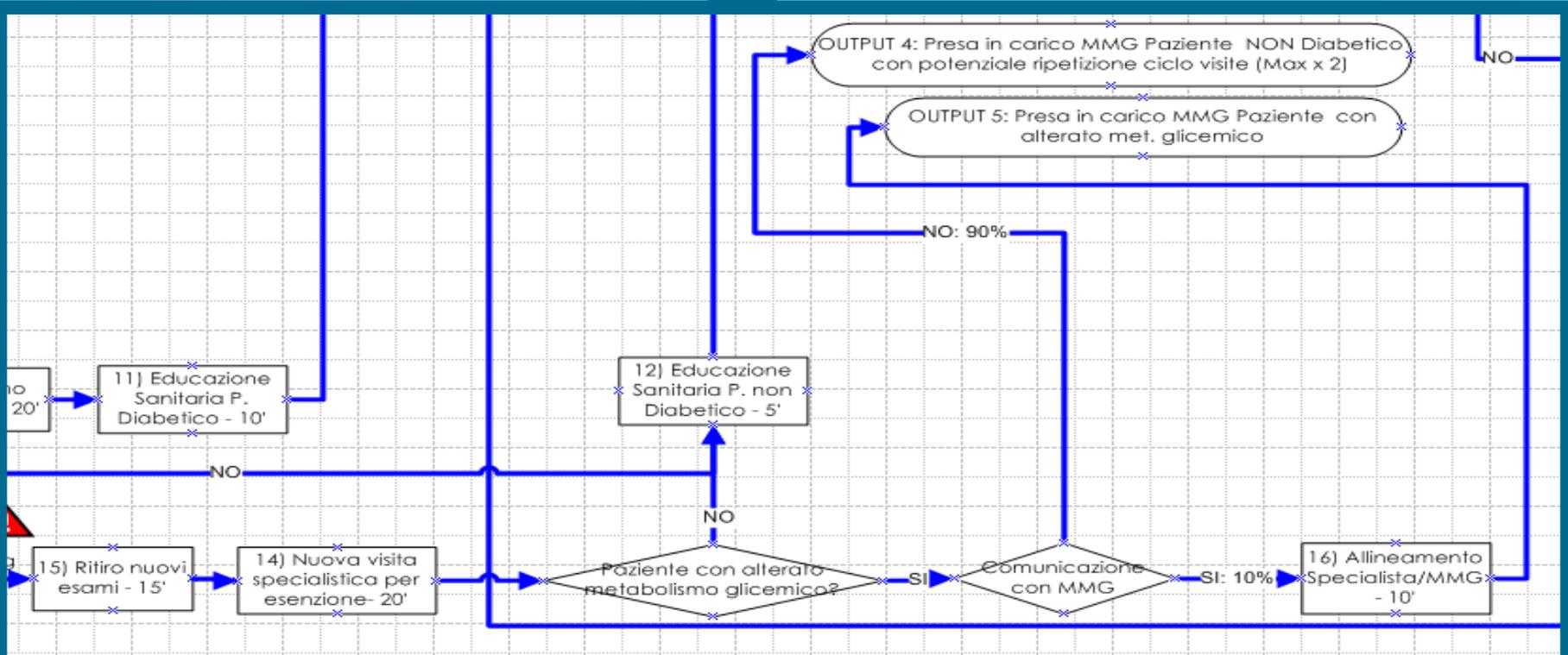
# PDTA "Paziente Diabetico cronico nuovo": focus su alcune criticità (1/3)



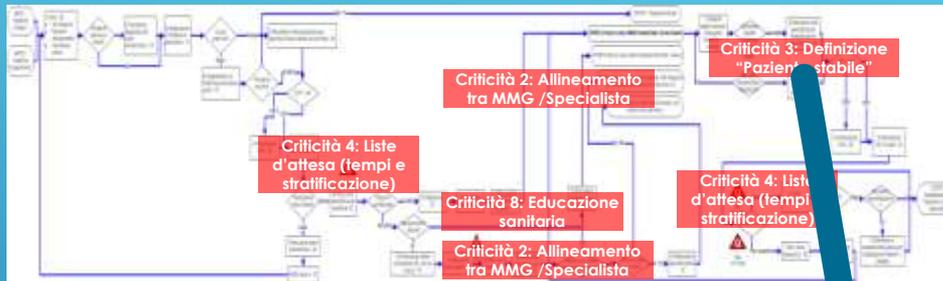
Allineamento tra MMG → Specialista → MMG su 1° visita

Es. Diagnosi "Non Diabetico con alterato metabolismo glicemico"

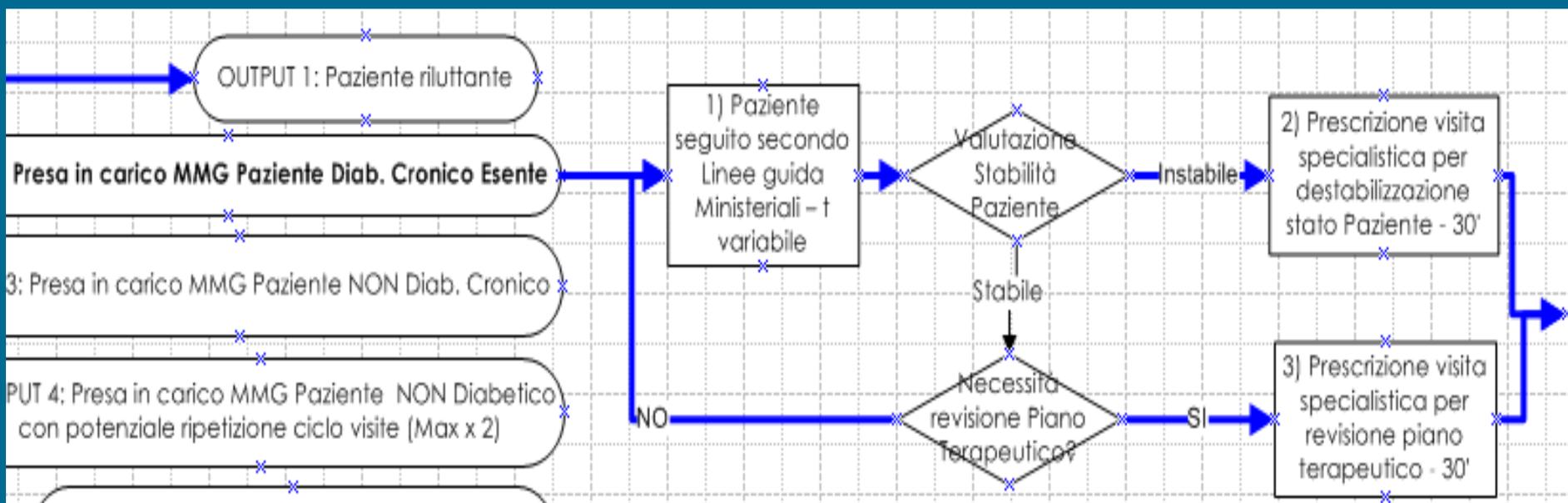
Es. Metodi e strumenti di comunicazione



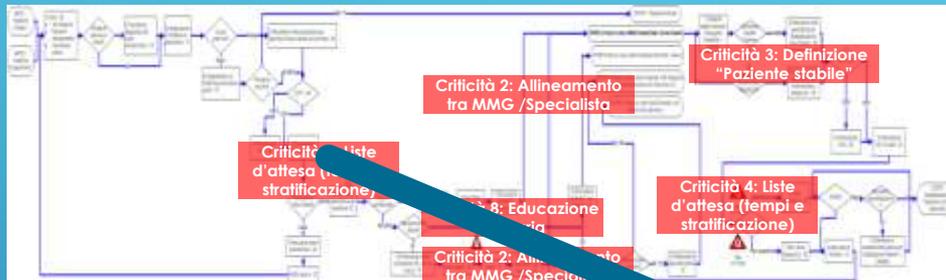
# PDTA "Paziente Diabetico cronico nuovo": focus su alcune criticità (2/3)



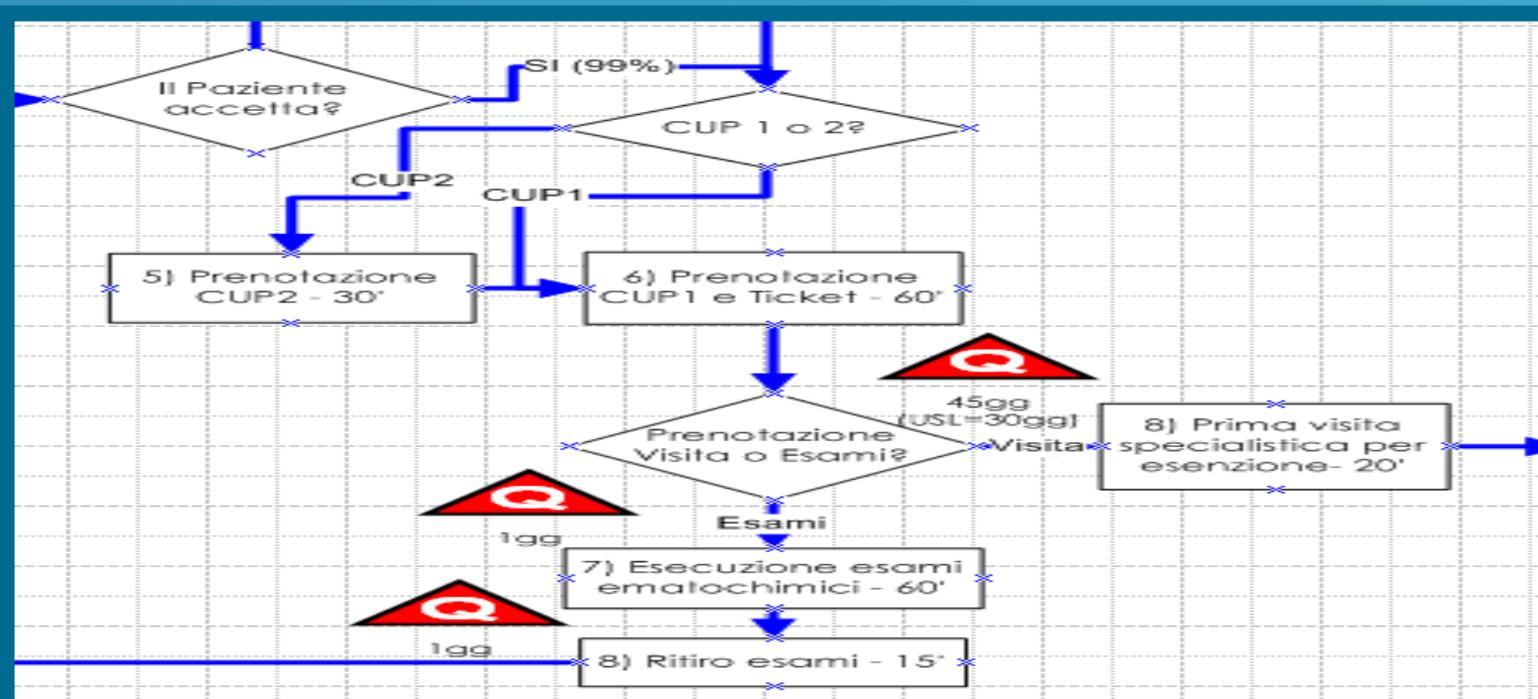
Allineamento tra MMG → Specialista  
→ MMG su visite successive alla 1°  
Definizione corretta e univoca di  
"Paziente stabile"



# PDTA "Paziente Diabetico cronico nuovo": focus su alcune criticità (3/3)



Liste d'attesa – Lunghezza e stratificazione priorità

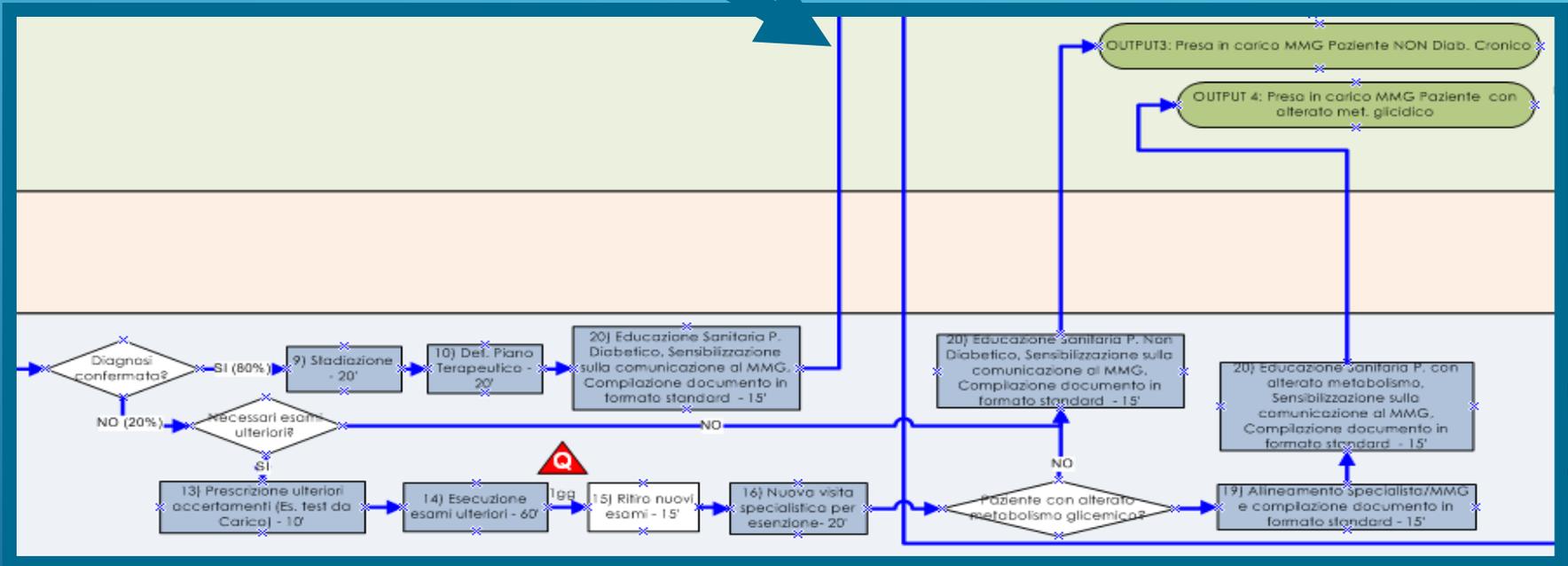
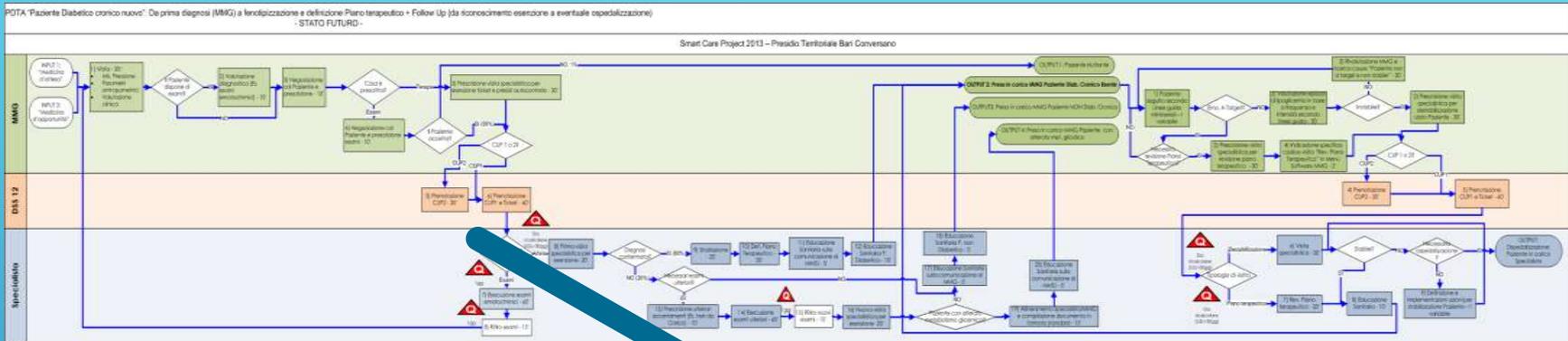




- ▶ **1** PDTA attraverso Diagramma di flusso funzionale (visual)
- ▶ Definizione Presa in carico come da Diagr. Di Flusso
  - ▶ Definizione protocollo standard di presa in carico come da Diagramma di flusso nei vari casi → Impatto su tempi e outcome
- ▶ **2.1** Definizione protocollo gestione allineamento caso Non Diabetico con alterato metabolismo glicidico
  - ▶ Vedi piano futuro
- ▶ **2.2** Documento in formato standard di comunicazione Specialista-MMG
  - ▶ Vedi doc. std da compilare allegato
- ▶ **2.3** Educazione sanitaria: Sensibilizzazione alla modalità di comunicazione con il MMG - Paziente come primo “mezzo di comunicazione” Medico Specialista - MMG
  - ▶ Vedi piano futuro
- ▶ **3** Definizione protocollo Paziente Instabile
- ▶ **4** Richiesta di inserimento in Software in agenda MMG codice “rev piano” (Soluzione IT)
- ▶ **5:** Def. lista Pazienti “inderogabili” e quote dedicate liste d’attesa
  - ▶ Agenda specifica (buffer liste d’attesa) per urgenze definite da Specialista + Codifica priorità
  - ▶ Liste criptate regolamentate e diffuse + buffer permette anche migliore visione organizzativa da parte della direzione
  - ▶ Linea preferenziale “Pazienti improrogabili” (Es. Visita per revisione piano terapeutico)

# AZIONI CORRETTIVE

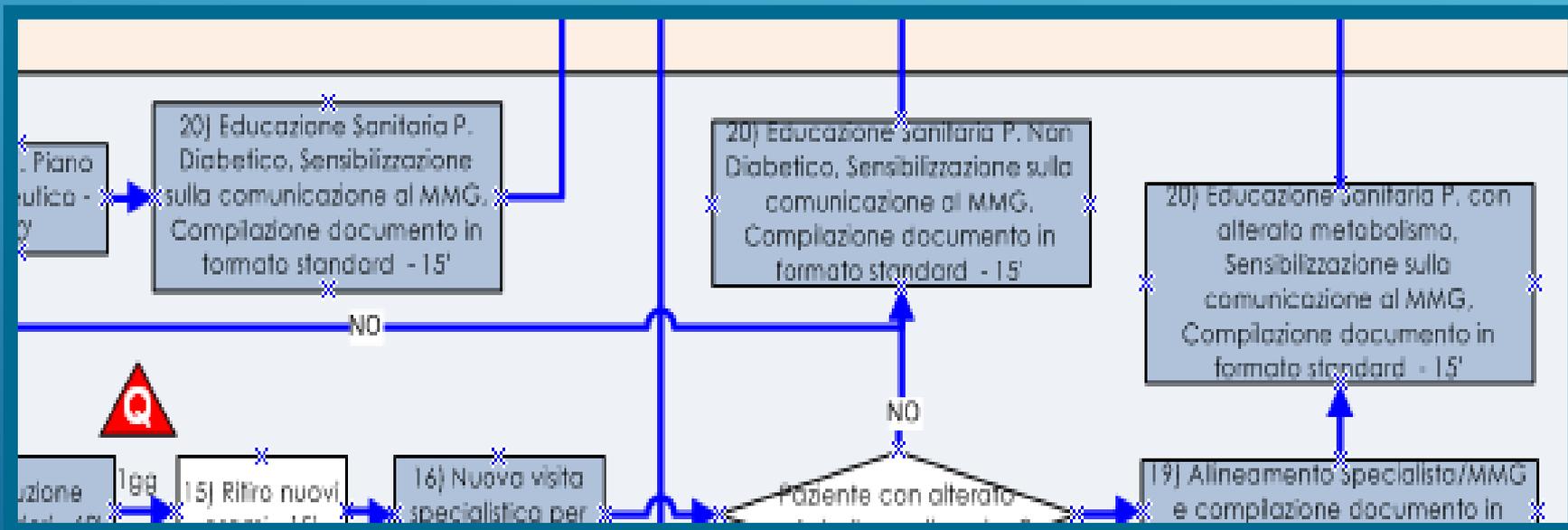
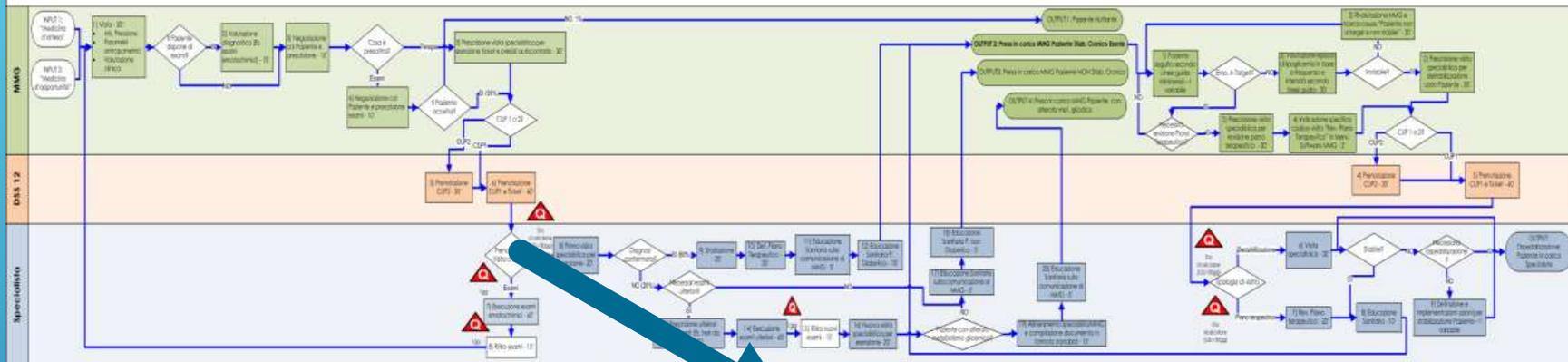




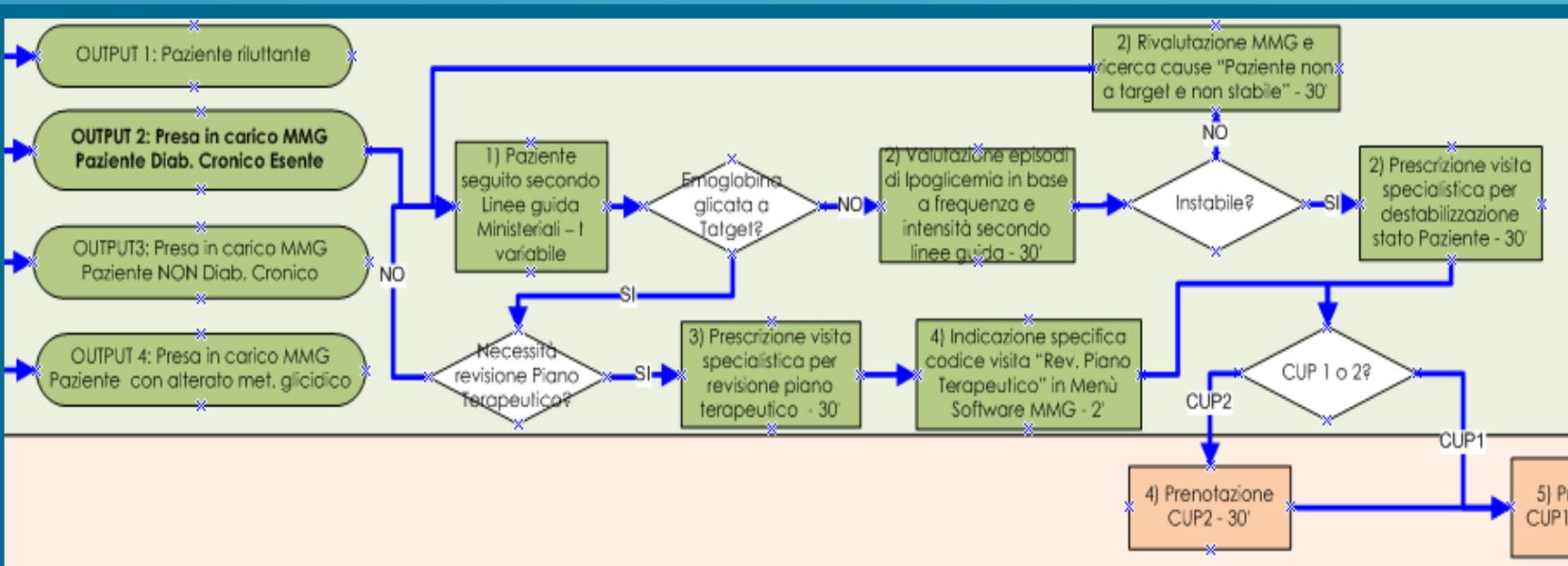
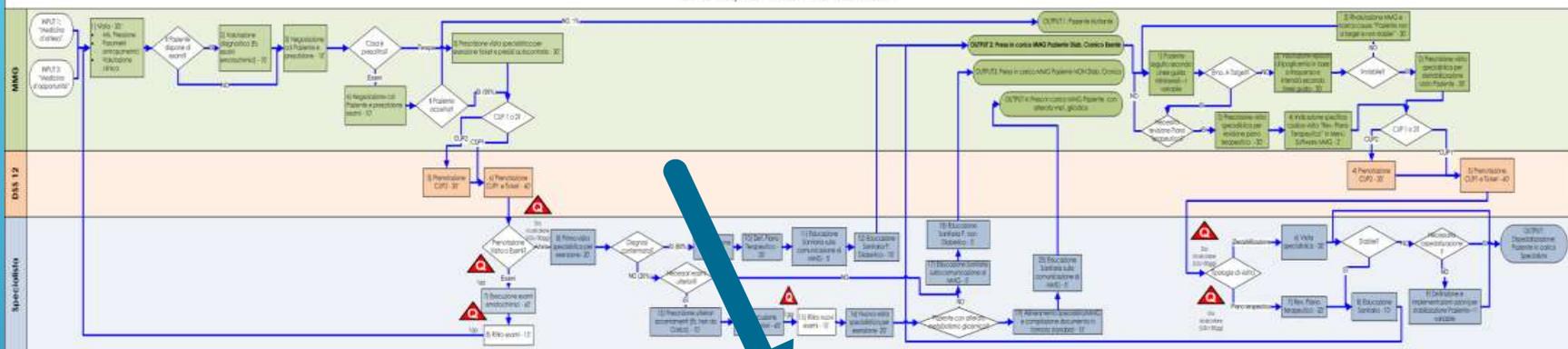
# AZIONE 2.1: GESTIONE PAZIENTE NON DIABETICO CON ALTERATO METABOLISMO GLICIDICO

# AZIONE 2.2: DOCUMENTO IN FORMATO STANDARD DI COMUNICAZIONE SPECIALISTA-MMG

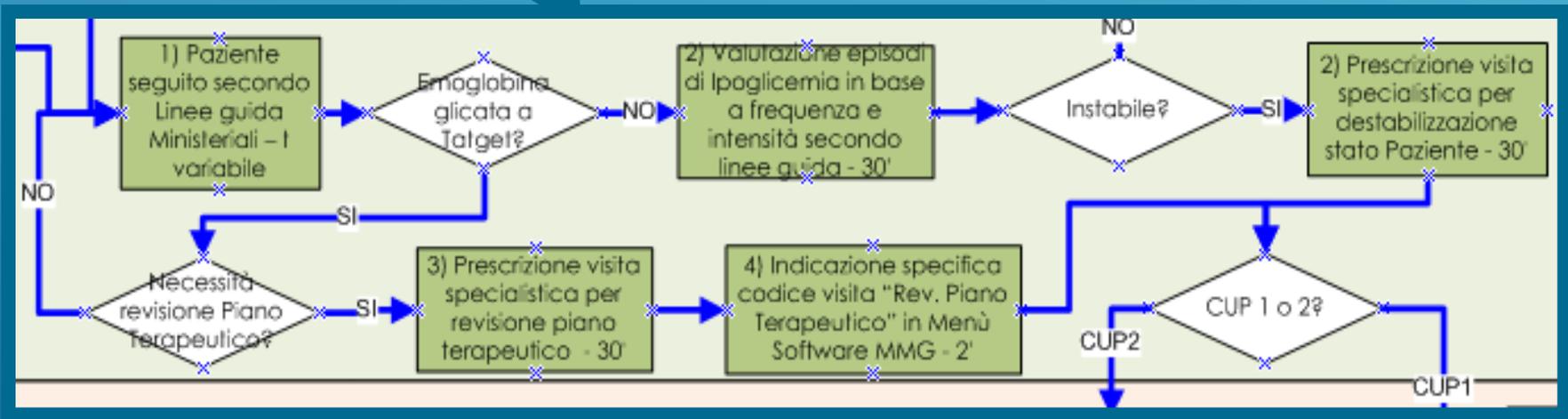
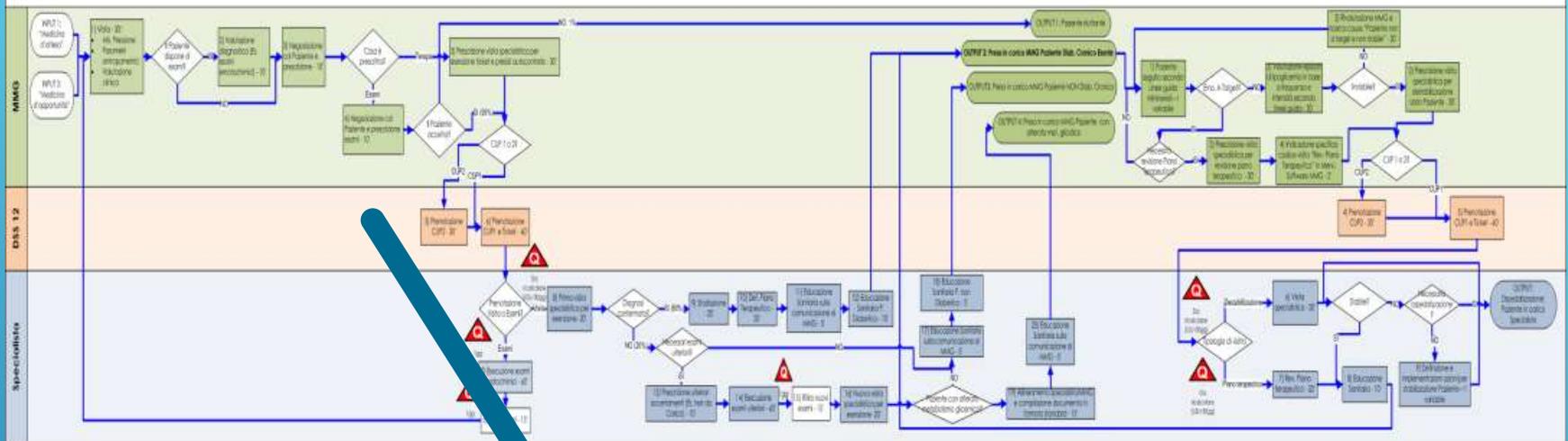
ASL BA - DSS 12		
Formato standard per allineamento Specialista - MMG		Data: _____
<b>Anagrafica:</b>		
- Specialista (Nome Cognome): _____		
- Medico di Medicina Generale (Nome Cognome): _____		
- Paziente (Nome Cognome): _____		
Diagnosi:		ICD9: _____
Indicazioni terapeutiche e Stile di vita:		
Indicazioni Follow-up:		
Necessaria rivalutazione specialistica? (Barrare casella)		
	SI	NO
Se SI, quale?		
Note:		



# AZIONE 2.3: SENSIBILIZZAZIONE ALLA MODALITÀ DI COMUNICAZIONE CON IL MMG



# AZIONE 3: DEFINIZIONE PROTOCOLLO PAZIENTE INSTABILE



**AZIONE 4: RICHIESTA DI INSERIMENTO IN SOFTWARE IN AGENDA MMG CODICE "REV. PIANO TERAPEUTICO"**

## Elenco delle patologie e casi considerati “inderogabili” per l'Endocrinologia e le Malattie metaboliche:

- ▶ ET per patologia
- ▶ Morbo di Basedow
- ▶ Follow-up dei tumori della tiroide
- ▶ M. di Cushing in fase di scompenso (infezioni, iperglicemia, ipertensione)
- ▶ Acromegalia in fase di scompenso (iperglicemia, cefalea, scompenso cardiocircolatorio)
- ▶ Donna gravida con diabete mellito o gestazionale
- ▶ Donna gravida con patologia tiroidea autoimmune con o senza alterata funzione della ghiandola
- ▶ Diabete tipo 1 o tipo 2 in instabile compenso (2-4 ipoglicemia documentate a settimana di media entità)
- ▶ Ulcera piede diabetico (infetta o non)
- ▶ Quota dedicata: 5-8% (da confermare)
- ▶ Liste criptate (Es. per revisione Piano terapeutico)

**AZIONE 5: DEF. LISTA PAZIENTI “INDEROGABILI” E QUOTE DEDICATE LISTE D'ATTESA**

What	Why	How	Where	Who	When	Status

- ▶ What: Azioni per affrontare la root cause
- ▶ Why: Ragione per la quale viene intrapresa l'azione
- ▶ How: Attività richieste per implementare le azioni
- ▶ Where: Dove verranno eseguite le attività
- ▶ Who: Chi eseguirà le attività
- ▶ When: Quando verranno eseguite le attività
- ▶ Status: % di completamento delle attività e colorazione in base allo status

**STRUMENTO DI LAVORO: PIANO D'AZIONE DA STATO ATTUALE A STATO FUTURO (5W1H)**

## SMART Care Project : piano di implementazione

What Cosa fare	Why Perché farlo	How Come farlo	Where Dove farlo	Who Chi deve fare	When Quando farlo	Status
Quote dedicate in lista d'attesa	• Mancanza vie preferenziali per pazienti urgenti / indifferibili	• Stimare quota	• SMART care team c/o Ospedale di Conversano	• Dott. V. A. Giagulli (R) e MMG SMART Care team (S)	• 30/10/13	50%
		• Definire "indifferibili"		• Dott. V. A. Giagulli (R) e MMG SMART Care team (S)	• 30/10/13	
		• Definire agenda CUP	• DSS 12	• Dott. G. D'Auria	• 10/11/13	
		• Comunicazione a UDMG e Comunicazioni istituzionali		• Dott. V. Gigantelli	• 30/11/13	
		• Monitoraggio		• Dott. G. D'Auria		
• Definire chiaramente e semplicemente	• Definizione chiara e univoca presa in carico per alcune attività PDTA	• Mappare PDTA	• SMART care team c/o Ospedale di Conversano	• SMART Care team	• 30/11/13	50%
		• Formalizzare attraverso D. flusso funzionale visual	• DSS 12	• Ing. D. Volgare	• 30/11/13	
		• Condividere con UDMG	• UDMG	• Dott. V. Gigantelli	• 07/12/13	
		• Ufficializzare PDTA	• Evento ECM	• SMART Care team/DSS 12	• 14/12/13	
• Definire modalità gestione coordinata del Paziente non diabetico con alterato metabolismo glicemico	• Possibili accessi ambulatoriali e specialistici ridondanti	• Definizione protocollo	• SMART care team c/o Ospedale di Conversano	• Dott. V. A. Giagulli e Dott. A. Ramunni	• 30/11/13	50%
		• Formalizzare attraverso D. di flusso	• DSS 12	• Ing. D. Volgare	• 30/11/13	
		• Implementare voce software "alterata glicemia a digiuno"	• Evento ECM	• Dott. V. Giagulli	• 30/11/13	
		• Comunicazioni istituzionali e UDMG	• UDMG		• 14/12/13	
• Comunicazione / approvazione da parte della Dir. Generale	• Implementazione PDTA "Stato futuro"	• Valutazione feedback Convegno • Presentazione PDTA e report convegno SMART Care	• DSS 12	• SMART Care team	• Da definire	0%

## SMART Care Project : piano di implementazione

ASLBA What	Why	How	Where	Who	When	ASLBA
Follow up SMART Care project	Monitorare e sostenere nel tempo lo "Stato futuro"	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementazione e standardizzazione azioni correttive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SMART care team c/o Ospedale di Conversano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SMART Care team</li> </ul>	•30/01/14	0%
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoraggio outcome PDTA (CTQs)</li> </ul>			•30/06/14	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Incontro di valutazione prima/dopo su outcomes PDTA</li> </ul>			•30/06/14	

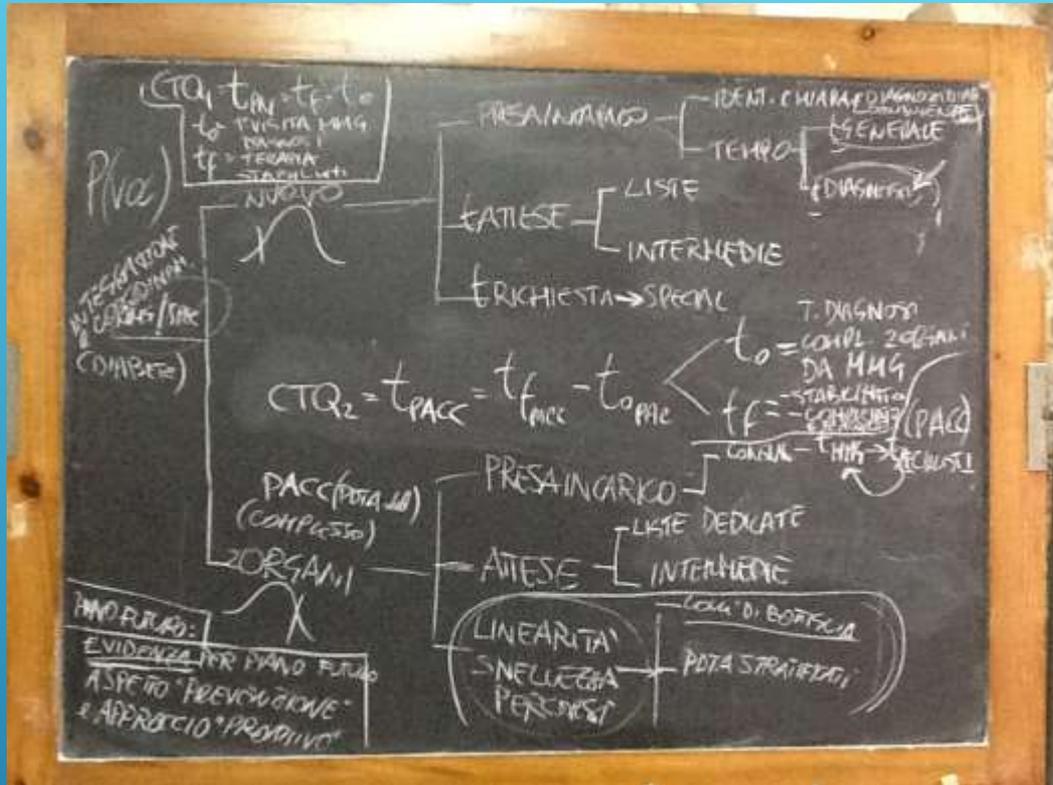
PIANO DI STANDARDIZZAZIONE E  
 MONITORAGGIO STATO FUTURO: **CONTROL PLAN**  
**CON 5W1H**

- ▶ Comunicazione, validazione, implementazione e monitoraggio Stato futuro
- ▶ Eventuale estensione ad altri Pazienti cronici e altri PDTA con analogia organizzativo-gestionale
  - ▶ Es. Sviluppo futuro: Pazienti con due organi compromessi (alto rischio mortalità) da diagnosi a equilibrio terapeutico
  - ▶ Altre cronicità

***STEP E PIANI FUTURI***

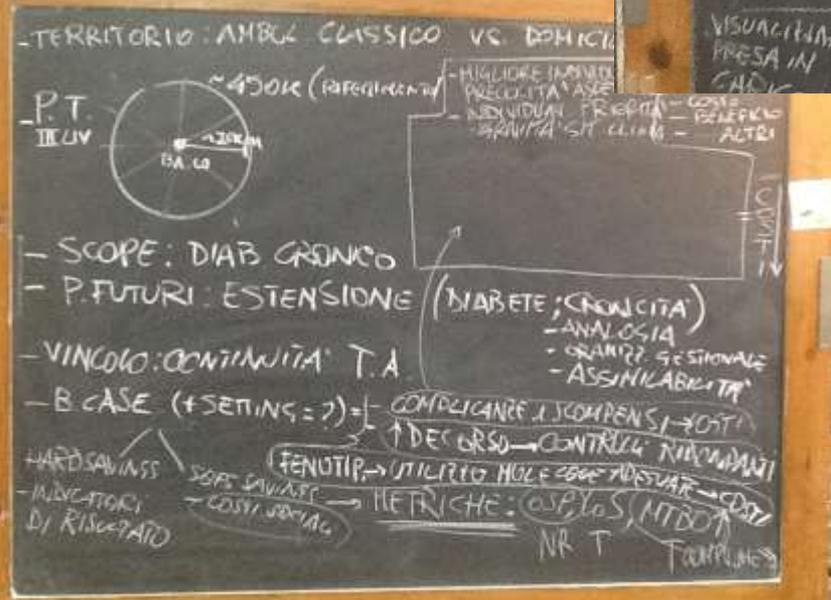


LAVORI DEL 08/04/2013:  
IMPOSTAZIONE PROJECT CHARTER



# LAVORI DEL 08/04/2013: CTQ TREE

# 16/05/2013: PROJECT CHARTER E MAPPATURA DELLO STATO ATTUALE



- ▶ Idee di miglioramento
- ▶ Mappatura di Processo tempificata "Paziente Nuovo"
- ▶ Aggiornamento Project Charter
  - ▶ Scope
  - ▶ Business Case
  - ▶ Etc.





### 4 LISTE CRIPTATE e/b

CRITICITA) (PERCHE)	COSA	COME
- NANO NO - VIE PRO - "URGENTE" - INDIFFER-	QUOTE DEDICATE LISTE	1.1 STIMARE BU 1.2 DEFINIRE "INDIFFERIBILI" (PLANO GRANISA I PERT' BOD 30, TUM, TIRAD MESE DIAS, + PATON... 1.3 DEFINIRE AGENZA CUP 1.4 COMUNICARE MMS ISTAUXIONS

EFFICACIA	COSA	COME	CHI	QUANDO
(PERCHE) (PERCHE)	STABILIRE (PERCHE) (PERCHE)	TRAG. PUNTO "CONTRAPC + CAORE + L'ORDV - CONDUZIONE - VERIFICA AL CONSEGNO	DV (PERCHE) (PERCHE)	30/10 (PERCHE) 30/11
(PERCHE) (PERCHE)	FAN DUBBIO PERDISSASI	- DEF ✓ - STIMARE DE MMS - DEF PROCEDURA D'ESSE - TRAG. PUNTO - COMUNICAZIONE - VERIFICA - ATTUALIZAZIONE MMS - CONSEGNO	(PERCHE) (PERCHE) (PERCHE) (PERCHE)	(PERCHE) (PERCHE)
(PERCHE) (PERCHE)	COM DIR GENERALE	- REPORT TOST COMISSIO	TEAM	TDD

09/10/2013: ACTION PLAN

***GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE***

The image features a solid blue background with a gradient from light to dark. In the center, the text "GRAZIE PER L'ATTENZIONE" is written in a bold, white, italicized sans-serif font. In the bottom right corner, there are several thin, white, parallel diagonal lines that create a sense of motion or a modern design element.