

# Integrazione ospedale-territorio: una roadmap per la ri-organizzazione dei processi ADI nel DM 77/2022 in ottica patient-centred

Giuliano Marolla, Angelo Rosa, Luigi Rossi, Luigi Fruscio, Rossella Squicciarini\*

L'articolo 22 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (dPCM) del 12 gennaio 2017 definisce l'assistenza domiciliare integrata (ADI) come una sottocategoria delle cure domiciliari e ne descrive la modalità di erogazione e gli obiettivi fondanti. In molte regioni i Distretti – definiti dal Decreto Ministeriale 77 del 2022 (DM 77/2022) come articolazioni organizzativo-funzionali delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) – sono responsabili della gestione e del coordinamento del servizio ADI. Attraverso il caso studio di un progetto pilota che interessa tre Distretti socio-sanitari afferenti all'ASL Bari, il lavoro intende offrire una roadmap per governare con efficacia la ri-organizzazione e la standardizzazione dei processi ADI in unità organizzativo-funzionali diverse. I risultati dello studio evidenziano come l'implementazione di logiche di Lean management abbia, da una parte, consentito di facilitare il cambiamento

organizzativo nei tre Distretti e, dall'altra, creato le condizioni per un'efficace standardizzazione dei processi di gestione ed erogazione del servizio a livello aziendale. I risultati del progetto pilota sono altresì stati utili per l'organizzazione delle Centrali Operative Territoriali (COT).

*Parole chiave:* DM 77/2022, assistenza domiciliare integrata, Lean PDTA, distretti socio-sanitari, mappatura dei processi, ri-organizzazione processi.

## **Integrating hospital-territory: A roadmap for ADI process re-organization in DM 77/2022 in a Patient-centred perspective**

*Article 22 of the Prime Minister's Decree (dPCM) of January 12, 2017 defines integrated home care (ADI) as a subcategory of home care and describes its delivery mode and foundational objectives. In many regions, Districts - defined by Ministerial Decree 77 of 2022 (DM 77/2022) as organizational-functional units of Local Health Authorities (ASLs) - are responsible for managing and coordinating the ADI service. Through the case study of a pilot project involving three Socio-Health Districts belonging to ASL*

## S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Inquadramento teorico: l'assistenza domiciliare integrata e il ruolo dei Distretti
3. Obiettivi e metodologia di ricerca
4. Risultati
5. Discussioni
6. Conclusioni

\* Giuliano Marolla, Università LUM Giuseppe Degennaro.

Angelo Rosa, Università LUM Giuseppe Degennaro.

Luigi Rossi Direttore Sanitario ASL Bari

Luigi Fruscio Direttore Generale ASL Bari

Rossella Squicciarini Direttore di Distretto ASL Bari

*Bari, the work aims to offer a roadmap to effectively govern the re-organisation and standardisation of ADI processes in different organisational-functional units. The results of the study show the implementation of Lean management concepts facilitated organisational change in the three districts on the one hand and created the conditions for an effective standardisation of administrative and delivery processes at ASL level on the other. The results of the pilot project were also useful for the organisation of the Territorial Operations Centres (COTs).*

*Keywords: DM 77/2022, Integrated Home Care, Lean PDTA, Social and Health Districts, Process Mapping, Process Re-organization.*

Articolo sottomesso: 24/06/2024,  
accettato: 14/01/2025

## 1. Introduzione

Il DM 77/2022 può essere considerato una pietra miliare nella riforma del sistema sanitario italiano perché introduce importanti innovazioni concettuali e strutturali che ridefiniscono l'organizzazione dell'assistenza sanitaria (Noto *et al.*, 2023). Il decreto, emanato con l'intento di modernizzare il sistema sanitario in risposta alle sfide poste dalla pandemia di Covid-19 e alla necessità di rendere i servizi sanitari più accessibili e vicini ai cittadini, pone un'enfasi significativa sul ruolo della medicina territoriale e dell'assistenza domiciliare. Tali ambiti sono riconosciuti come soluzioni eccellenti per il conseguimento dei principali obiettivi strategici in ambito sanitario e per la sostenibilità economica (Cinelli *et al.*, 2023; Noto *et al.*, 2023). Al fine di potenziare l'assistenza territoriale, il

DM 77/2022 prevede: l'istituzione di nuovi presidi sanitari quali le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, la creazione di nuove unità di coordinamento come le Centrali Operative Territoriali e l'implementazione di sistemi informativi avanzati per facilitare l'integrazione dei soggetti in rete e il rafforzamento dei servizi domiciliari. Tutte queste innovazioni mirano a decongestionare gli ospedali, migliorare l'accessibilità e la qualità delle cure, e orientare l'assistenza verso una medicina d'iniziativa e personalizzata.

Nella riforma una grande attenzione è data ai Distretti (Dalponte *et al.*, 2022a). Queste macro-strutture sono regolati dal decreto legislativo n. 502 del 1992, successivamente modificato e integrato, e dal decreto legislativo n. 229 del 1999, il quale stabilisce per la prima volta e in modo organico l'assetto di riferimento del Distretto conferendogli un'autonomia paragonabile a quella delle altre articolazioni organizzative delle ASL. I Distretti sono istituiti come unità operative territoriali all'interno delle ASL con il compito di organizzare e fornire servizi sanitari e socio-sanitari di base, avvicinandosi maggiormente alla comunità che servono. L'istituzione di queste unità organizzative ha rappresentato un importante passo nella riorganizzazione dei servizi territoriali i quali vengono ora concepiti come punti di riferimento per l'assistenza primaria (Cinelli *et al.*, 2023; Noto *et al.*, 2023).

Il Distretto ha il compito di assicurare la fornitura dei servizi di assistenza primaria in conformità alle attività sanitarie e socio-sanitarie previste dall'articolo 3-quinquies del D.Lgs. n. 502/92, e svolge il ruolo di coordinatore delle proprie attività con quelle

degli altri servizi aziendali, tra cui gli ospedali e i dipartimenti. Per poter garantire un'efficace assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale e adeguate prestazioni sociali di rilevanza sanitaria, l'organizzazione del Distretto deve favorire un approccio multidisciplinare della presa in carico attraverso la piena integrazione con e tra i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i dipartimenti, le strutture ospedaliere ed extra ospedaliere accreditate, i servizi di guardia medica notturna e festiva, gli infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali (Testa e Buccione, 2002). Come ampiamente riconosciuto in letteratura, quando la loro organizzazione è orientata al coordinamento - e ancor di più all'integrazione - delle interdipendenze funzionali, di risorse e dei processi di cura di più provider la loro azione può favorire il funzionamento delle reti socio-sanitarie (Longo, 2011). Tale orientamento può essere stimolato dotando i Distretti di strumenti tecnici e manageriali per facilitare l'integrazione delle strategie e delle iniziative degli erogatori del servizio (Compagni *et al.*, 2010; Corsalini e Vendramini, 2010) e coinvolgendo i fruitori nei loro percorsi socio-assistenziali (Tozzi, 2004).

Il DM 77/2022 riprende le indicazioni del D.Lgs. n. 229/99 e sottolinea il ruolo del Direttore di Distretto quale responsabile dell'attività di programmazione, del raggiungimento degli obiettivi assegnatoli e infine della gestione dei percorsi assistenziali integrati di competenza. Affinché la sua opera di gestione e coordinamento risulti efficace è necessario che questa figura possieda un insieme diversificato di competenze e soft-skills come la

capacità di gestione di team multidisciplinari e di modelli di co-progettazione, l'ascolto e la comunicazione orizzontale, lo stile di leadership condivisa e responsabilizzante (Borgonovi e Migliore, 2022). Completano il profilo d'eccellenza di un Direttore di Distretto la capacità di mappare i bisogni individuali e comunitari, l'abilità di definire i profili di salute delle comunità e l'apertura verso la formazione continua (Borgonovi e Migliore, 2022; Dalponte *et al.*, 2022).

La gestione dei Distretti in Italia è da sempre considerata una sfida complessa in quanto coinvolge più livelli di governance (Longo *et al.*, 2023). A livello centrale, il Ministero della Salute ne influenza l'organizzazione attraverso le direttive e i regolamenti (Palumbo, 2011) ossia attraverso le linee guida generali per il funzionamento, la definizione di standard di qualità, la regolamentazione dei servizi e la supervisione generale delle politiche sanitarie. Sebbene il DM 77/2022 abbia ampliato il potere del livello centrale rispetto ai servizi territoriali esso prevede importanti spazi di autonomia per le regioni e le ASL (Dalponte *et al.*, 2022a). Esempi di autonomie riguardano la vocazione, l'inquadramento del target dei servizi, la progettazione del sistema di ruoli e responsabilità, dell'organizzazione delle interdipendenze, delle forme di collaborazione da mettere in atto e la presa di decisioni in merito alla programmazione dei processi operativi (Dalponte *et al.*, 2022a; Longo *et al.*, 2023). Le regioni hanno il compito di definire i contenuti delle politiche di assistenza territoriale e della gestione della relazione con le ASL responsabili dei processi di erogazioni dei servizi. Gli organi decisionali regionali sulla

base delle politiche e della pianificazione strategica sanitaria definiscono le norme per le articolazioni in Distretti delle ASL (Longo *et al.*, 2023). Inoltre, le Regioni gestendo le risorse finanziarie, attraverso le scelte di allocazione finanziaria tra i diversi provider di servizi, condizionano indirettamente l'organizzazione dei Distretti. Le ASL a loro volta nel rispetto delle politiche sanitarie regionali e in base alla popolazione servita, alla geografia del territorio e alle esigenze sanitarie locali di riferimento hanno il compito di strutturare i Distretti, di assegnare a essi le risorse e di definirne gli obiettivi di salute pubblica, i piani di spesa e le priorità sanitarie (Longo *et al.*, 2023; Mapelli *et al.*, 2007). Considerata la forma di unità organizzativo-funzionale dell'ASL appare chiaro come l'azione e l'autonomia di queste strutture siano fortemente influenzate da una serie di fattori, tra cui: il modello sanitario e le linee guida regionali e le disposizioni delle aziende di appartenenza. Guardando ai diversi sistemi regionali, in generale è possibile asserire che sebbene i Distretti operino all'interno di un quadro regolatorio e strategico definito dalle Regioni e dalle ASL essi godono di una certa autonomia nella gestione operativa. Per chiarire, mentre il Distretto gode di autonomia tecnica (gestione ed erogazione dei servizi e controllo della qualità), gestionale (gestione del personale e coordinamento con le reti socio-sanitarie locali) ed economico-finanziaria (contabilità separata nel bilancio dell'ASL), la pianificazione strategica, il budget, l'allocazione delle risorse, i livelli essenziali di assistenza e gli standard di qualità sono ambiti regolati da specifiche normative.

I trend consolidati di riduzione delle ASL e accorpamento dei Distretti, con l'ampliamento dei territori e della popolazione da servire, stanno producendo rilevanti implicazioni organizzative e gestionali, generando nuove sfide manageriali per ASL e Distretti (Dalponte *et al.*, 2022; Palumbo, 2011). Una delle conseguenze più evidenti della riduzione del numero delle ASL è la necessità di gestire strutture più ampie e complesse. Con meno ASL, il territorio da coprire diventa più grande e ciò richiede un coordinamento più stretto tra vari attori dei servizi. Di conseguenza, diventa imperativo per i dirigenti sanitari definire e implementare protocolli comuni tra i diversi livelli organizzativi (Dalponte *et al.*, 2022a; Dalponte *et al.*, 2022b). Allo stesso modo, in alcune regioni l'accorpamento dei diversi Distretti in Distretti socio-sanitari (DSS) ha creato la necessità di unificare pratiche e procedure dei percorsi di cura e più in generale dei servizi (Dalponte *et al.*, 2022a; Cinelli *et al.*, 2023). Le ASL, ora più grandi, devono armonizzare i protocolli tra le unità organizzative eterogenee precedentemente separate, il che richiede un notevole sforzo di coordinamento e standardizzazione per il superamento di differenze radicate nelle pratiche locali, con la conseguente necessità di formazione del personale e di gestione del cambiamento (Palumbo, 2011). Un'altra sfida riguarda il monitoraggio e la supervisione delle singole unità operative. Per poter essere affrontata essa richiede investimenti in sistemi informatici atti a raccogliere e analizzare dati relativi alle performance quali/quantitative dei servizi erogati dai diversi DSS.

I DSS a loro volta devono riorganizzarsi per dare risposta alla perdita di identità locale, alla necessità di un coordinamento intra e inter organizzativo più complesso, e per ridurre gli effetti della disomogeneità di risorse e infrastrutture conseguente agli accorpamenti. Queste sfide sono amplificate, come già discusso in precedenza, dalle profonde innovazioni introdotte dal DM 77/2022 che da una parte richiedono alle regioni un rinnovamento sostanziale delle politiche sanitarie e dall'altra determinano per le ASL e i DSS significativi sforzi di riprogettazione delle organizzazioni e dei processi di gestione (Borgonovi e Migliore, 2022; Noto *et al.*, 2023).

Partendo dal riconoscimento di queste sfide, il presente lavoro si propone di offrire una roadmap per la riorganizzazione patient-centred e la standardizzazione di processi di assistenza di più DSS afferenti alla stessa ASL. Basandosi sulle evidenze emerse da un progetto pilota di miglioramento e standardizzazione del percorso di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) presso tre DSS dell'ASL Bari condotto mediante l'approccio del Lean process management, lo studio mostra nel dettaglio le fasi per raggiungere in maniera efficace l'allineamento dei processi di servizio e la creazione di standard work tra DSS.

Con questo scopo in mente l'articolo è suddiviso nelle seguenti sezioni: inquadramento teorico; obiettivo e metodologia di ricerca; risultati; discussioni e conclusioni.

## **2. Inquadramento teorico: l'assistenza domiciliare integrata e il ruolo dei Distretti**

L'assistenza domiciliare - che include una vasta gamma di prestazioni, come

per esempio l'assistenza infermieristica, la riabilitazione, l'assistenza sociale e il supporto psicologico - è un pilastro fondamentale della medicina territoriale e rappresenta un elemento centrale della riforma prevista dal DM 77/2022. Come dimostrato in letteratura, i sistemi di assistenza domiciliare, se pianificati e gestiti in modo efficace, offrono numerosi vantaggi ed esternalità positive per tutti gli attori coinvolti, sia erogatori sia fruitori diretti e indiretti. L'assistenza domiciliare consente ai pazienti di ricevere cure personalizzate direttamente nel proprio ambiente familiare, riducendo lo stress legato al ricovero in ospedale e migliorando il benessere psicologico (Sandulli, 2021). Di fatto l'approccio favorisce un percorso di assistenza più sereno, soprattutto per le persone anziane o con patologie croniche, che possono continuare a vivere nelle proprie case mantenendo le abitudini quotidiane e i legami affettivi (Fosti *et al.*, 2023). I vantaggi per i caregiver sono molteplici. In primis i servizi di assistenza domiciliare consentono ai caregiver di rimanere vicini ai propri cari e di essere coinvolti attivamente nel percorso di cura; inoltre attraverso programmi di formazione e sostegno tali servizi contribuiscono a ridurre il senso di isolamento e a gestire meglio le pressioni legate alle responsabilità di assistenza (Sandulli, 2021). Ponendo il focus sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), l'assistenza domiciliare, favorendo la gestione integrata delle cure al di fuori del setting ospedaliero, contribuisce da una parte a promuovere la continuità assistenziale e dall'altro a limitare la pressione sulle strutture ospedaliere. L'assistenza domiciliare impatta positiva-

mente sulle performance inerenti il numero di ricoveri inappropriati e il sovraffollamento del pronto soccorso (Landi *et al.*, 1999, Sandulli, 2021) e genera cicli virtuosi di ri-allocazione di risorse da destinare a pazienti con necessità più complesse (Landi *et al.*, 1999). A livello sociale, questo modello promuove la costruzione di comunità più coese e solidali che coinvolgono pro-attivamente diversi attori nella rete assistenziale, dalle famiglie ai servizi territoriali (Gudnadottir *et al.*, 2019). Infine, l'assistenza domiciliare può contribuire a migliorare la percezione della qualità del servizio (Gudnadottir *et al.*, 2019) e a ridurre l'impatto ambientale legato all'utilizzo intensivo delle risorse ospedaliere (Sandulli, 2021). In sintesi, si tratta di un approccio che valorizzando le relazioni umane, le reti di assistenza e l'integrazione delle competenze multidisciplinari consente di ottimizzare le risorse impiegate nei percorsi di assistenza e di rispondere in modo sostenibile ai bisogni della popolazione (Thome *et al.*, 2003).

Fanno parte delle cure domiciliari le cure domiciliari integrate (ADI). L'articolo 22 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (dPCM) del 12 gennaio 2017 le definisce e classifica in tre livelli sulla base del Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) e del livello di complessità assistenziale. Il servizio ADI (sia esso di I, II e III livello) è un modello di presa in carico – prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale – che prevede l'erogazione di una varietà di servizi medici, infermieristici, terapeutici e sociali direttamente a domicilio dei pazienti ed è erogato in favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assi-

stenziale e interventi programmati. Tale modello è particolarmente rilevante per i pazienti con malattie croniche, disabilità, anziani con problemi di mobilità, pazienti in fase di riabilitazione o quelli che necessitano di cure palliative. Tuttavia possono essere coinvolti in ADI anche pazienti under 65 con particolari requisiti definiti dalle normative regionali. Questo servizio offre un'alternativa all'ospedalizzazione o all'assistenza in strutture residenziali, consentendo ai pazienti di rimanere in un ambiente familiare, circondati dai propri cari. L'ADI è "integrata" perché richiede la presa in carico da parte di un team multidisciplinare composto da figure diverse che lavorano in modo coordinato e collaborano per la Valutazione Multidimensionale. Questi professionisti includono medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, terapisti occupazionali, psicologi e altri specialisti a seconda delle esigenze specifiche del paziente. Il team multidisciplinare (Unità di Valutazione Multidimensionale, UVM), convocato dal Distretto, collabora per sviluppare e attuare un piano di assistenza personalizzato (PAI) basato sulle condizioni cliniche del paziente e sugli obiettivi terapeutici. Il PAI è soggetto a revisioni periodiche. L'obiettivo dell'ADI è fornire cure personalizzate e complete, mantenendo il paziente al centro del processo decisionale; ciò comporta non solo il trattamento delle condizioni mediche, ma anche il supporto emotivo, la consulenza e l'assistenza sociale.

Come previsto dal DM 77/2022 i soggetti che erogano cure domiciliari devono possedere i requisiti atti a garantire: l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'équipe assisten-

ziale, l'integrazione tra professionisti e servizi e, al contempo, devono assicurare la continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta. Poiché come chiarito nel DM 77/2022 il servizio di cure domiciliari è in capo al DSS, sarà esso che, attraverso i suoi servizi e professionisti, deve governare le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali e garantire la continuità delle cure vigilando sui soggetti erogatori. Ulteriore compito della struttura è quello di integrare il programma delle attività territoriali (PAT) descrivendo le modalità di coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri. Per incrementare l'efficacia delle azioni di coordinamento delle unità organizzative e il potenziamento del servizio di assistenza domiciliare il DM 77/2022 prevede l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali ovvero entità Distrettuali che svolgono un ruolo chiave nel coordinamento e nell'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari a livello locale. Le COT sono progettate per facilitare la comunicazione e la collaborazione tra i diversi attori del sistema sanitario come medici di base, specialisti, infermieri, servizi sociali e ospedali. L'obiettivo principale delle COT è migliorare la continuità delle cure e facilitare la gestione dei pazienti sul territorio, specialmente quelli con bisogni complessi o cronici (Dalponte *et al.*, 2022b). Attraverso le COT si possono coordinare interventi sanitari e socio-sanitari assicurando che i pazienti ricevano assistenza appropriata e tempestiva. In molte regioni, tra cui la Puglia, l'istituzione delle COT è in fase di programmazione. Per

garantire la loro efficacia sul piano operativo è fondamentale, nel processo di pianificazione e attivazione, definirne le modalità di funzionamento, di organizzazione e di coordinamento con gli altri soggetti sanitari. Nell'ambito dell'accorpamento dei Distretti in Italia, le COT possono giocare un ruolo cruciale per le sfide organizzative in quanto sono uno strumento essenziale per facilitare l'azione di coordinamento tra diverse parti del sistema sanitario e per assicurare che le esigenze dei pazienti vengano soddisfatte nonostante la maggiore estensione geografica dei Distretti (Dalponte *et al.*, 2022b; Cinelli *et al.*, 2023).

Come detto, l'autonomia di gestione ed erogazione dei servizi consente ai Distretti di adattare i servizi alle esigenze specifiche della comunità locale. Queste macro-strutture possono, quindi, sviluppare programmi sanitari mirati, scegliere di collaborare con partner locali e prendere decisioni rapide in risposta a necessità emergenti (Dalponte *et al.*, 2022a; Testa, Buccione, 2002). Sebbene i Distretti, sulla base dei protocolli aziendali, hanno tradizionalmente perseguito l'unitarietà delle risposte soprattutto attraverso la standardizzazione delle condizioni di accesso e di erogazione dei servizi, l'autonomia di cui godono può portare in seno alla medesima azienda a una pluralità di modelli spesso determinati dalle contingenze di ciascun territorio e dalla diversa interpretazione della funzione distrettuale (Asquer *et al.*, 2007). L'autonomia dei Distretti all'interno di una stessa ASL può quindi sollevare diverse sfide e problematiche che richiedono attenzione. Una delle principali difficoltà è mantenere la coerenza e l'uniformità dei

servizi. Per esempio quando le singole unità sviluppano approcci e pratiche diverse potrebbe generarsi una significativa differenza nella qualità e nell'accessibilità dei servizi sanitari a seconda dell'area geografica. Ciò potrebbe inficiare fortemente il valore percepito dai pazienti che si aspettano un certo standard di servizio indipendentemente dal Distretto di riferimento. Allo stesso modo diversi modelli di gestione delle risorse potrebbero determinare differenti livelli di efficacia ed efficienza di utilizzo delle stesse, tanto da comportare diseguaglianze rispetto all'accesso servizi e alle infrastrutture (Asquer *et al.*, 2007; Borgonovi e Migliore, 2022). Le modalità di coordinamento tra i Distretti rappresentano un'altra sfida rilevante. Se i Distretti agiscono come unità stand-alone, può diventare difficile coordinarne le attività e garantire un flusso efficiente di informazioni. Questo disallineamento può incidere negativamente sulla capacità dell'ASL di pianificare e gestire i servizi sanitari in modo integrato, creando silos che ostacolano la collaborazione e la condivisione delle migliori pratiche. L'autonomia dei Distretti potrebbe altresì determinare una duplicazione di sforzi e risorse; ciò non solo può essere inefficiente dal punto di vista economico, ma può anche causare confusione tra i pazienti e gli operatori sanitari, che potrebbero trovare difficoltà nel navigare tra servizi simili ma distinti a seconda del Distretto. Infine, la frammentazione derivante dall'autonomia dei Distretti potrebbe complicare la pianificazione strategica a livello di ASL con conseguente riduzione di adattamento sia ai cambiamenti nei bisogni sanitari della popolazione sia normativi. Per ridurre queste criticità,

rispettando le autonomie e i vincoli strutturali, è necessario definire e implementare protocolli aziendali chiari, attuabili, basati su evidenze e orientati ai risultati, che includano sia aspetti sanitari sia organizzativi. Ciò significa co-progettare tra i Distretti i protocolli e allineare i comportamenti organizzativi attraverso standard work condivisi.

### 3. Obiettivi e metodologia di ricerca

L'obiettivo della ricerca è offrire una roadmap per la ri-organizzazione dei processi ADI in ottica patient-centred. In particolare attraverso la presentazione di un progetto pilota che vede coinvolti tre DSS afferenti alla ASL Bari, il lavoro intende mostrare come, nel rispetto delle autonomie dei DSS, mediante l'approccio del Lean management sia possibile allineare il comportamento delle organizzazioni, facilitare l'azione di coordinamento tra attori del processo ADI e incrementare il valore per i pazienti.

La scelta della metodologia Lean per condurre il progetto pilota è dovuta alla sua natura di modello manageriale-operativo focalizzato al miglioramento continuo dell'intera catena di valore di produzione/servizio (Womack *et al.*, 2005). Grazie alla sua capacità di offrire ai policy maker strumenti atti a governare progetti di co-creazione di processi condivisi e di facilitare l'azione di coordinamento di più attori (Augusto e Tortorella, 2019; Rosa *et al.*, 2023b) il paradigma risulta particolarmente indicato per lo scopo del progetto. Entrando nello specifico, tra i pillar della Lean vi è la definizione di standard work, ovvero modalità operative standardizzate che garantiscono uniformità e qualità nei servizi

(de Barros *et al.*, 2021). In un contesto di più unità funzionali come quello del progetto, questo aspetto consente di sviluppare pratiche condivise che migliorano l'integrazione e la continuità assistenziale, evitando duplicazioni di attività o inefficienze dovute a procedure non coordinate. Il coinvolgimento di tutti gli attori, dagli operatori sanitari ai dirigenti, è un altro pilastro fondamentale della Lean. Esso consente di valorizzare le competenze e il contributo di ciascuno process owner. A rendere particolarmente efficace la partecipazione dal basso è il principio del consenso. Piuttosto che imporre soluzioni top-down, la Lean mira a costruire un accordo tra tutti gli attori coinvolti. Tale accordo è basato sull'analisi condivisa dei dati e sull'identificazione partecipata delle soluzioni migliori. Questa pratica facilita l'implementazione dei cambiamenti perché le decisioni emergono da un percorso di confronto e collaborazione, garantendo un'adesione convinta e duratura (Marolla *et al.*, 2022). Ogni professionista si sente parte integrante del processo di miglioramento, aumenta così la motivazione e l'adesione ai cambiamenti organizzativi (Marolla *et al.*, 2022; van Rossum *et al.*, 2016). Il coinvolgimento è cruciale per superare le resistenze al cambiamento, specialmente in realtà complesse come le ASL, dove è necessario armonizzare le esigenze di diverse unità operative.

Un altro aspetto chiave della metodologia è la mappatura dei processi mediante i Lean tools. Essa permette di: analizzare nel dettaglio i flussi di lavoro – attraverso Swim Lane e Work Breakdown Structure – e valore – tramite la Visual Stream map –, identificare le criticità relative alle responsa-

bilità – mediante la matrice Responsabile-Accountable-Consulted-Informed (RACI) – e infine individuare soluzioni mirate alle cause radice dei problemi – a seguito della Roots Cause Analysis (de Barros *et al.*, 2021). Attraverso la mappatura dei processi, le diverse unità funzionali possono acquisire una visione d'insieme delle interconnessioni tra i diversi servizi, promuovendo una maggiore coerenza e ottimizzando i passaggi tra un'unità e l'altra. La mappatura, inoltre, rappresenta una base solida per la creazione di percorsi assistenziali più fluidi e lineari, che migliorano l'esperienza del paziente e l'efficienza complessiva (de Barros *et al.*, 2021). La Lean applicata alla riorganizzazione dei servizi dei DSS afferenti a una stessa ASL può quindi consentire di creare un sistema più efficiente e integrato, in cui la standardizzazione, il coinvolgimento degli operatori, l'analisi approfondita dei processi e la costruzione del consenso si combinano per migliorare la qualità dell'assistenza e l'utilizzo delle risorse disponibili.

Come discusso e dimostrato in letteratura l'implementazione di azioni di miglioramento e di standard condivisi tra unità organizzative mediante l'approccio Lean possono risultare in incrementi degli outcome clinici, della qualità reale e percepita del servizio e della riduzione di costi (Rosa *et al.*, 2023a; McDermott *et al.*, 2022b). Inoltre, rispetto ad altre metodologie di riorganizzazione top-down, il Lean management garantisce maggiore sostenibilità e adesione nel tempo, favorendo circoli virtuosi di miglioramento continuo (Rosa *et al.*, 2023a; van Rossum *et al.*, 2016).

Nel caso specifico dell'ADI, applicare la Lean a livello aziendale in ottica

patient-centred può portare numerosi vantaggi quali l'armonizzazione dei processi dei Distretti, una maggiore collaborazione e coordinamento, una più efficace integrazione con i servizi territoriali e infine un più facile controllo e monitoraggio a livello aziendale. Va sottolineato che implementare il modello Lean non è affatto un'iniziativa semplice (Marolla *et al.*, 2022; Rosa *et al.*, 2021). Il successo della metodologia deriva dalla capacità di declinare e adottare le strategie di implementazione sulla base dei fattori contestuali organizzative e extra-organizzativi (Rosa *et al.*, 2021; McDermott *et al.*, 2022a). Il coinvolgimento e sponsorizzazione del management, la formazione, il raggiungimento del consenso, la fiducia e volontà della base operativa sono tra gli elementi più importanti da tenere in considerazione durante i pro-

getti Lean (McDermott *et al.*, 2022a). Altri fattori determinanti per il successo sono l'adozione di un linguaggio comune e l'utilizzo di strumenti in grado di mappare i processi as-is e condividere la conoscenza e far emergere le cause radice dei problemi (Rosa *et al.*, 2018). Dal punto di vista operativo l'implementazione Lean richiede l'adozione del ciclo Plan Do Check Act (PDCA) per il miglioramento dei processi con focus sul fruitore dei servizi (Rosa *et al.*, 2018; Rosa *et al.*, 2023a). La ricerca si compone di diversi step che corrispondono alle fasi progettuali di ri-organizzazione del percorso ADI nei tre DSS.

La Tab. 1 sintetizza le fasi, lo scopo e l'output prodotto in ogni milestone di progetto. È importante sottolineare l'impegno proattivo di ogni partecipante allo studio. I dirigenti ASL Bari,

**Tab. 1** – Struttura del progetto di ri-organizzazione processo ADI nei DSS

Fase	Durata	Scopo	Output
Pianificazione Progetto	Non determinata	Definire ambito e scopo del progetto e partecipanti.	– Selezione e ingaggio partecipanti; – Definizione ambito di progetto;
Formazione Lean	40 ore	Lean assessment. Formazione sui principi e strumenti Lean.	– Sviluppo competenze su filosofia e strumenti Lean.
Analisi delle normative	20 ore	Analisi della letteratura disponibile in tema ADI. Analisi della normativa nazionale, regionale e dei protocolli ASL Bari.	– Allineamento normativo; – Valutazione dei protocolli ASL Bari.
Focus Group I	8 ore	Discutere i modelli organizzativi dei DSS rispetto al percorso ADI con particolare enfasi su strumenti e risorse a disposizione.	– Benchmark sui modelli organizzativi e condivisione conoscenza di massima sui processi di ogni DSS.
Visiting, Gemba Walk e tutoring	16 ore dedicate a ogni DSS	I supervisori hanno supportato lo staff di ogni Distretto nelle attività di: mappatura dei processi as-is e del flusso di valore e nell'analisi delle cause radice degli sprechi.	– Mappatura dei percorsi ADI di ogni DSS attraverso: Work Breakdown Structure e Swim Lane dei sotto processi e Matrice RACI; – Analisi delle cause radice mediante diagramma a blocchi.
Focus Group II	16 ore	Condividere la conoscenza dei processi e delle principali problematiche di ogni Distretto.	– Definizione delle soluzioni per i problemi comuni e del piano di azione.
Focus Group III	16 ore	Definire gli standard work condivisi.	– Sono stati definiti i nuovi standard work sulla base delle best practice individuate e dei vincoli organizzativi di ogni DSS.

i Direttori, i medici e gli infermieri di ogni DSS sono stati coinvolti attivamente in tutte le fasi progettuali e il loro contributo e la loro voce è stata ascoltata e valorizzata in ogni momento. Al fine di creare un clima di collaborazione e fiducia, fondamentale per superare la resistenza al cambiamento, sono stati utilizzati tutti i principi cardine della Lean tra cui il rispetto delle persone, il consenso e la presa di decisione integrata Bottom-Up Top-Down (Marolla *et al.*, 2022). I tre DSS partecipanti al progetto sono stati selezionati su base volontaria e i Direttori, partecipanti in ogni fase del progetto, hanno favorito e facilitato la partecipazione del loro staff al progetto.

Due dei tre autori dell'articolo sono stati formatori e supervisori del progetto e hanno supportato e coordinato i partecipanti durante l'implementazione delle fasi di Plan e Do. Il progetto ha avuto inizio a settembre 2023 e si è concluso a aprile 2024. Va sottolineato che già al termine della fase di Do i nuovi standard work comuni sono stati adottati.

Le fasi di Check e Act non fanno parte dello studio. Queste attività inizieranno a seguito della chiusura del piano di implementazioni soluzioni e potranno essere l'oggetto di un nuovo articolo.

#### 4. Risultati

##### 4.1. Pianificazione Progetto

La Direzione dell'ASL Bari, in vista della ri-organizzazione dell'azienda a seguito delle recenti disposizioni regionali in risposta al DM 77/2022 e al piano di investimenti PNRR Missione 6, ha deciso di intraprendere un percorso di miglioramento dei processi ADI aziendali. La scelta di tale per-

corso è dovuta alla volontà di ri-progettare un servizio ritenuto fondamentale per la qualità dell'offerta del servizio socio-assistenziale territoriale. Come sottolineato dal direttore sanitario ASL Bari "L'ADI deve essere intesa come un servizio strategico per l'offerta socio-sanitaria territoriale e anche ospedaliera [...] pertanto, anche alla luce delle grandi opportunità e contingenze attuali favorevoli al rafforzamento della sanità territoriale, è nostro dovere ri-progettarlo efficacemente affinché essa restituisca appieno i suoi benefici potenziali. [...]. Questo progetto sarà utile anche per la definizione di dettaglio delle funzionalità dei nuovi sistemi informativi aziendali che dovranno essere sviluppati e implementati per i percorsi assistenziali domiciliari".

Per gestire il progetto pilota e con l'obiettivo di guidare i DSS attraverso un processo di ottimizzazione e standardizzazione dei loro servizi, la direzione ASL, ha coinvolto due professionisti di management sanitario dell'Università Lum Giuseppe de Gennaro. Durante la fase di pre-implementazione e scelta del framework esecutivo è stata organizzata una serie di incontri con i dirigenti di alcuni dei tredici DSS di afferenza ASL Bari. Avendo dato la piena disponibilità, il DSS unico di Bari, il DSS IV di Altamura e il DSS XIII di Gioia sono stati ingaggiati nella sperimentazione. Durante il primo incontro i formatori hanno presentato i principali obiettivi del progetto, spiegando l'importanza di porre il focus sul paziente e sul consenso della base operativa e hanno proposto la metodologia Lean. In questa sede è stato concordato la partecipazione delle direzioni nel ruolo di facilitatore e di supporto ai partecipanti al progetto. Per ogni unità-funzionale organizzativa

hanno partecipato il Direttore, due medici, tre infermiere (di cui uno con compiti amministrativi e uno con funzioni di coordinamento) e due farmacisti. Durante i focus group è stata richiesta la partecipazione di assistenti sociali di afferenza dei comuni di riferimento e quando possibile il contributo di medici di medicina generale (MMG) del territorio.

#### 4.2. Formazione Lean

Il training dei partecipanti al progetto è avvenuta attraverso 5 giornate di formazione in aula (8 ore ciascuna). Nella prima giornata è stata effettuata una valutazione delle competenze rispetto ai temi di mappatura dei processi, monitoraggio dei key performance indicators (KPI), della gestione dei processi mediante strumenti di coordinamento e di gestione delle risorse umane. La formazione, basata su numerosi case study, si è poi concentrata sui principi Lean (manageriali e operativi), sulla definizione del valore per pazienti e stakeholder, sulla mappatura dei processi (SIPOC, Swim Lane, Value Stream Map, Demand Map), sull'analisi delle cause radice (Diagramma a Blocchi) e sullo sviluppo di competenze di benchmarking. Nella quarta giornata di formazione grande enfasi è stata data allo sviluppo di PDTA Lean e l'importanza della standardizzazione. Nella quinta giornata per valutare il livello di apprendimento attraverso giochi di ruolo e serious game è stato richiesto a gruppi composti da risorse afferenti a diversi DSS di discutere di casi reali e simulare la risoluzione di problemi potenziali. Una volta valutato l'allineamento delle conoscenze e competenze si è passato alla fase successiva di progetto.

#### 4.3. Analisi delle normative

Sono stati organizzati tre incontri di 5 ore ciascuno al fine di: allineare le conoscenze di tutti i partecipanti sui temi regolatori, discutere le risposte delle politiche regionali alle direttive nazionali e per valutare l'attuale coerenza e le opportunità di miglioramento del protocollo aziendale alla luce delle normative regionali successive al recepimento del DM 77/2022. In Puglia, il disegno dei DSS è disciplinato dal Regolamento regionale 8 aprile 2011, n. 6. In esso il Distretto socio-sanitario (DSS) viene definito come una macrostruttura territoriale afferente all'ASL chiamata a garantire il "governo della domanda di salute", con funzione di coordinamento e integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale. Come riportato nel Regolamento, tale funzione deve essere svolta mediante la programmazione, la direzione e l'implementazione di azioni di coordinamento dei diversi attori (delle reti formali e informali) e dei rapporti strutturali e funzionali tra la Direzione del Distretto e le cure primarie, i dipartimenti e le strutture sovra-distrettuali territoriali. Mediante i DSS, quindi, si ricercano, promuovono e realizzano le sinergie tra i vari provider dei servizi territoriali al fine di garantire l'accessibilità, la qualità e l'equità delle cure primarie. La normativa regionale prevede che i DSS si concentrino principalmente sui casi "fragili", le cui necessità devono essere valutate da Unità di Valutazione Multidimensionale, le quali sono i responsabili dell'attivazione del percorso di cura.

La Tab. 2 riassume le norme e i protocolli aziendali analizzati al fine di allineare le conoscenze normative dei partecipanti.

Dall'analisi dei protocolli ASL è emerso che sebbene questi offrano ai DSS delle linee guida utili per governare il percorso ADI nel rispetto delle normative vigenti, essi sono caratterizzati da limiti evidenti: non consentono di definire univocamente le fasi del processo, di identificare chiaramente i livelli di responsabilità e non chiariscono le modalità e gli strumenti di coordinamento e integrazione dei provider dei servizi. Inoltre i protocolli, che sono stati revisionati nel 2019,

non danno indicazione sugli adempimenti previsti dalle deliberazioni della giunta regionale 15 febbraio 2022 e 10 maggio 2023 relative alle attività, funzioni, strumenti e responsabilità di monitoraggio e valutazione dei percorsi ADI. È quindi emersa la necessità di revisionare tali protocolli aggiornandoli rispetto alle criticità discusse e alle nuove politiche regionali. L'implementazione degli strumenti di mappatura Lean ai protocolli in essere è stata determinante sia per valutare le

**Tab. 2** – Analisi delle normative nazionali, regionali e protocolli aziendali

#### **Normativa e linee guida Sistema Sanitario Nazionale**

- D.P.C.M. 14 febbraio 2001 – Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie.
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 – Definizione dei livelli essenziali di assistenza.
- D.P.C.M. 12-1-2017 – Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.
- DM 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- DM 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

#### **Normative regionali**

- Deliberazione della giunta regionale n. 630 del 2015: "Approvazione Programma Operativo 2013-2015 predisposto ai sensi dell'art. 15, comma 20 della legge n. 135/2012" - Artt. 87 e 88 del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i. Approvazione Linee Guida regionali per le Cure Domiciliari integrate e Schema di Accordo di Programma tra ASL e Comuni che attualmente regola i percorsi ADI;
- Deliberazione della giunta regionale 14 dicembre 2022, n. 1868 Approvazione schema di Regolamento regionale avente a oggetto: "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022".
- Regolamento regionale 22 maggio 2023, n. 7 "Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle cure domiciliari necessari ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'Accordo Stato – Regioni n. 151/CSR del 04 agosto 2021".
- Deliberazione della giunta regionale 15 febbraio 2022, n. 134 Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell'art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, conversione legge n. 77 del 17 luglio 2020) – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6.
- Deliberazione della giunta regionale 10 maggio 2023, n. 643 Missione 6 Salute – Componente 1 – Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub Investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare. Approvazione Piano Operativo della Regione Puglia.

#### **Protocolli Aziendali riferibili a percorsi ADI**

- Disciplinare del servizio di assistenza domiciliare (SAD) e assistenza domiciliare integrata (ADI) disabili e anziani.
- Cure domiciliari ADI e ADT, Assistenza Farmaceutica: Riorganizzazione delle procedure per la fornitura dei farmaci, dispositivi medico chirurgici, prodotti per nutrizione, materiale di medicazione per l'assistenza domiciliare sull'intero territorio della ASL Bari".
- Adozione della "Check list per la registrazione delle attività di verifica" nella ASL Bari – Gestione del rischio Clinico nell'ADI di III livello

indicazioni organizzative e procedurali rispetto ai processi in essere nei DSS sia per creare uno schema di analisi comune per i modelli organizzativi delle singole unità. La Work Breakdown Structure delle sotto fasi di processo, la Swim Lane di ognuno di questi momenti e la matrice RACI del percorso sono stati utilizzati per mappare le indicazioni operative e procedurali descritte nei protocolli.

La Work Breakdown Structure (WBS) è una rappresentazione gerarchica di tutte le attività di un progetto. Suddivide il processo in deliverable (sotto-fasi) e attività elementari, organizzate in livelli. La Swim Lane è un diagramma di flusso che suddivide i processi o le attività in corsie orizzontali o verticali rappresentando i diversi attori, team, o soggetti responsabili delle attività. È utile per chiarire chi è responsabile di cosa e per visualizzare le interazioni tra ruoli o dipartimenti e funzioni. La matrice RACI è uno strumento che mostra o assegna ruoli e responsabilità alle attività di un progetto. Ogni compito è associato a uno o più ruoli: responsabile, accountable (decisore), consultato e informato. Facilita la comunicazione e la gestione delle responsabilità.

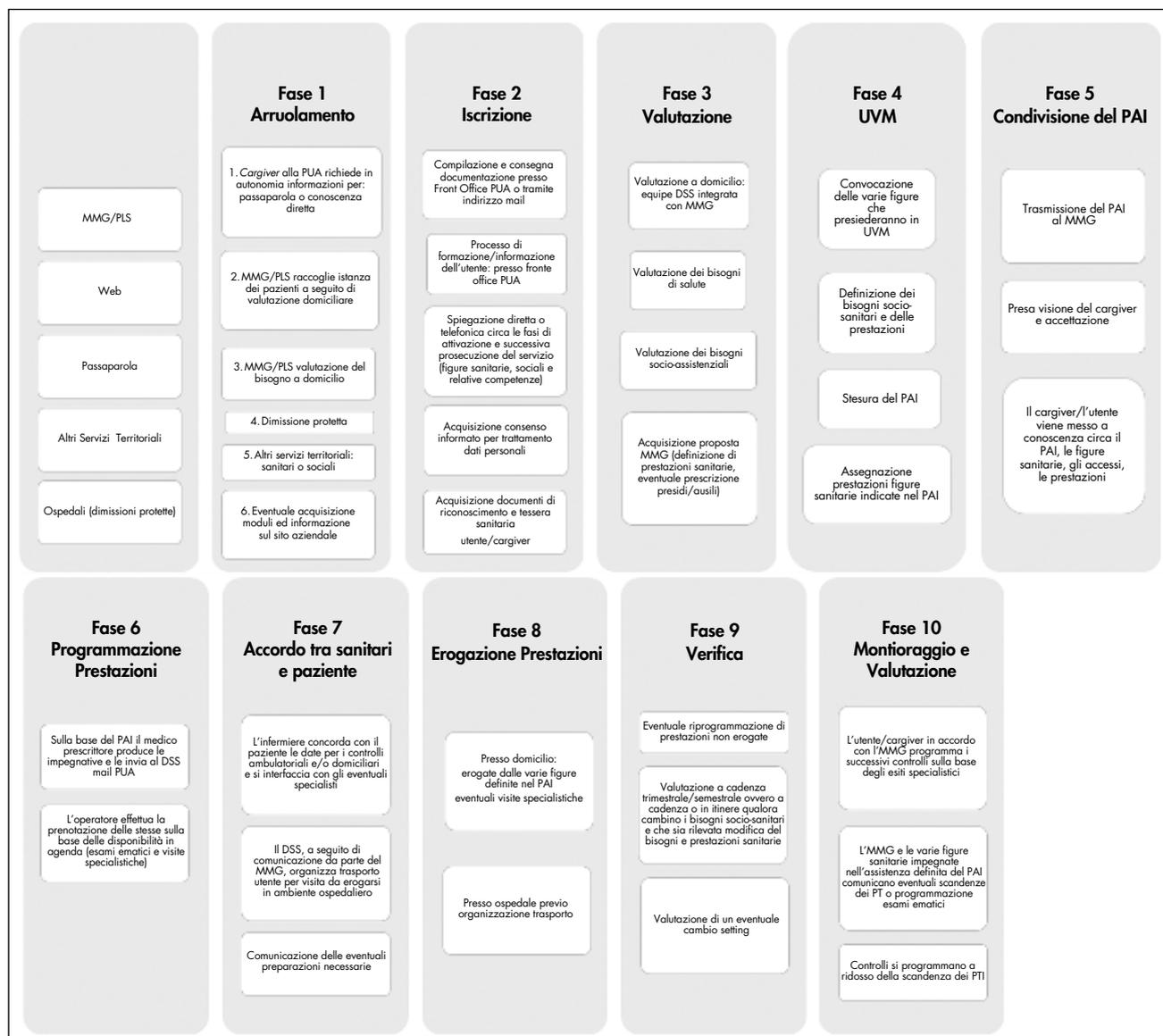
Nella Fig. 1, Fig. 2 e Fig. 3 sono rappresentate rispettivamente: la suddivisione delle sotto fasi di processo ADI (la Fig. 1 non include i processi legati alle dimissioni protette); la Swim Lane dell'arruolamento paziente; la matrice RACI derivate dall'analisi dei protocolli. La difficoltà di mappare le indicazioni presenti nei protocolli, a causa delle molteplici ambiguità emerse, è stata la principale dimostrazione della necessità di ri-disegnare il protocollo aziendale. Si veda per esempio la Fig. 2: i punti interrogativi all'interno

dei box attività, negli snodi decisionali e sui connettori indicano “dubbi” e “necessità di interpretazione” da parte del panel sulle modalità di azione, di coordinamento e relativamente alle responsabilità.

#### 4.4. Focus Group I

Durante questo step di progetto i partecipanti hanno potuto discutere delle differenze tra le indicazioni del protocollo e quanto da loro svolto durante i percorsi ADI. In particolare ogni direttore di Distretto, coadiuvato dal suo staff, ha commentato le differenze tra indicazioni procedurali del protocollo e comportamento organizzativo facendo emergere: i punti di forza/debolezza, le opportunità e le minacce del proprio modello di gestione e infine le criticità dell'adozione di alcune linee guida aziendali (es. personale, strumentazione, coordinamento, responsabilità ecc.).

Attraverso l'incontro sono state inoltre raccolte informazioni qualitative per comprendere le modalità di integrazione dei diversi attori coinvolti nei processi ADI tra cui i reparti ospedalieri per le dimissioni protette, i servizi sociali comunali e i modelli di logistica del farmaco. Secondo il Direttore sanitario dell'ASL “[...] avere un quadro chiaro e definito delle criticità riscontrate da ogni Distretto rispetto al protocollo aziendale è fondamentale nell'attività di revisione dello stesso. [...] le scelte inerenti le modalità operative e gestionali di ogni Distretto, risultanti delle contingenze in cui opera, hanno messo in luce la necessità di ampliare il set di istruzioni e di scenari previsti dal protocollo. [...] è necessario definire nel dettaglio e formalizzare i livelli di responsabilità, gli strumenti operativi e le modalità attraverso cui gestire i rap-

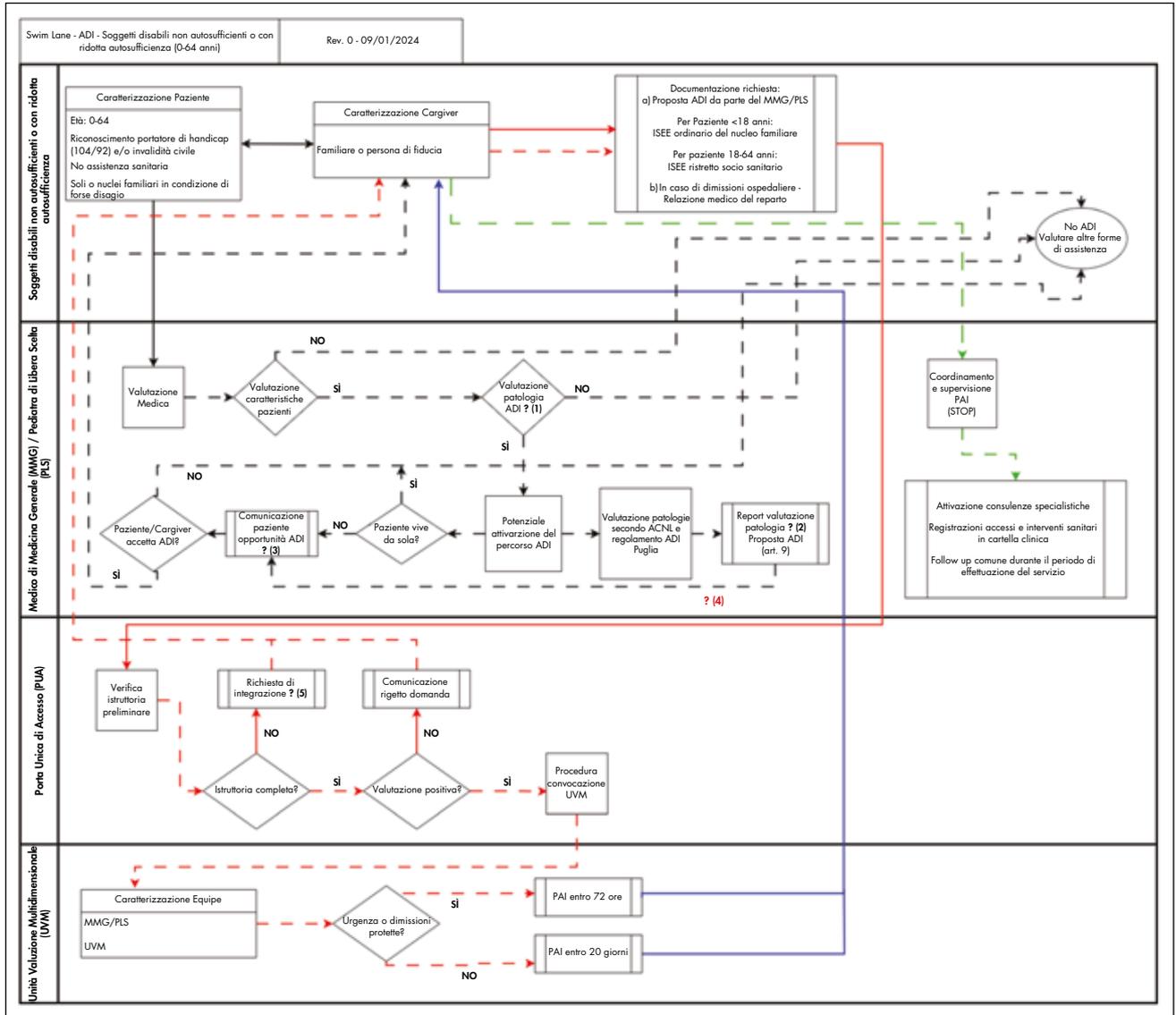


porti con i soggetti esterni, come gli specialisti e gli stessi caregiver. [...] è fondamentale che ogni Distretto sia allineato sui processi di ingaggio e abbia accesso alle stesse risorse strumentali e operative”.

È molto interessante sottolineare come gli stessi partecipanti abbiano riferito dell'utilità di questa fase per

la fase successiva di confronto tra i modelli organizzativi dei diversi DSS e per superare alcuni preconcetti, derivati da bias d'ancoraggio, esperienziali e tempo correlati inerenti la propria capacità di gestione. A detta del panel molti sono stati gli spunti di miglioramento emersi in questa fase, ognuna delle quali è stata regi-

**Fig. 1**  
Sotto-processi principali percorso ADI – derivanti da analisi protocolli



**Fig. 2**  
Swim Lane sotto fase di Arruolamento – derivante da analisi protocolli

strata e valutata nelle fasi successive. Per esempio, un membro del team di infermieri del Distretto IV di Altamura ha riferito che “[...] questi momenti di confronto con colleghi di altre realtà, soprattutto in presenza dei dirigenti, ci consentono di far emergere chiaramente i punti di forza e di debolezza del nostro servizio e di riflettere, anche in virtù delle

risorse a disposizione, sulle responsabilità sia personali che organizzative rispetto ai risultati conseguiti”. Un farmacista del DSS di Bari ha dichiarato “[...] insieme al Direttore, presente oggi, dovremmo considerare di valutare attentamente la soluzione di gestione dei farmaci e dei dispositivi dei nostri colleghi di Gioia del Colle. [...] vedo molti vantaggi in termini di

FASE	DIRETTORE DSS	DIRIGENTE MEDICO ADI	REFER. INFERMIERISTICO	ASS. SOCIALE DSS	ASS. AMMISTRATIVO	INFERMIERI ADI	MMG	SPECIALISTA	CARGIVER
0: CONTATTO		C	C	R	I				
1: ARRUIOLAMENTO							R		C
2: ISCRIZIONE		C	C	R	C				
3: VALUTAZIONE		C	R	R	I		C		C
4: UVM	C	R	A	C	I				
5: CONDIVISIONE DEL PAI		I	A	I	I		R		C
6: PROGRAMMAZIONE DELLE PRESTAZIONI		C	R	I			C		
7: ACCORDO TRA SANITARI E P2T		I	C			R	C	C	C
8: EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI		C	C			R	A	C	
9: VERIFICA		A	A	I		R	R		
10: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE						A	A	I	R

miglioramento del nostro lavoro e del servizio offerto”. Un infermiere con funzione amministrativa del Distretto di Gioia del Colle ha ammesso che “[...] se ci fossimo confrontati in precedenza è probabile che anche noi oggi utilizzeremmo il sistema di gestione delle cartelle digitalizzate utilizzare dai colleghi di Bari, [...] è obiettivamente una soluzione facile da implementare e utilizzare”.

Come sottolineato dal Direttore del Distretto IV di Altamura “[...] questi momenti di incontro sono fondamentali per creare rete, confrontarsi sulle questioni prioritarie da affrontare a livello aziendale e per creare le condizioni per un rafforzamento delle competenze operative e gestionali di ogni struttura. [...] tutti noi torneremo al nostro lavoro con idee e spunti di riflessione su miglioramenti e opportunità da implementare nei percorsi ADI”.

L’ultima attività del Focus Group I è stata la segnalazione visiva di tutte le criticità dei contenuti dei protocolli e delle differenze operative e gestionali dei DSS rispetto alle linee guida sugli strumenti di mappatura appositamente stampati e consegnati al panel. A partire dalle criticità segnalate attraverso gli strumenti di Visual Management sono stati definiti alcuni punti di discussione del terzo Focus Group.

#### 4.5. Visiting, Gemba Walk e tutoraggio

Al fine di replicare l’analisi dei protocolli aziendali sui processi ADI dei singoli DSS i supervisor hanno dedicato due giornate di Visiting, Gemba walk e tutoraggio in ogni unità coinvolta. Nella prima giornata i supervisor insieme ai partecipanti al progetto hanno svolto le seguenti attività: (i) caratterizzazione del Distretto in termini di risorse umane, territorio e personale infermieristico dedicato

**Fig. 3**  
Matrice RACI (solo sottoprocessi principali) – derivanti da analisi protocolli

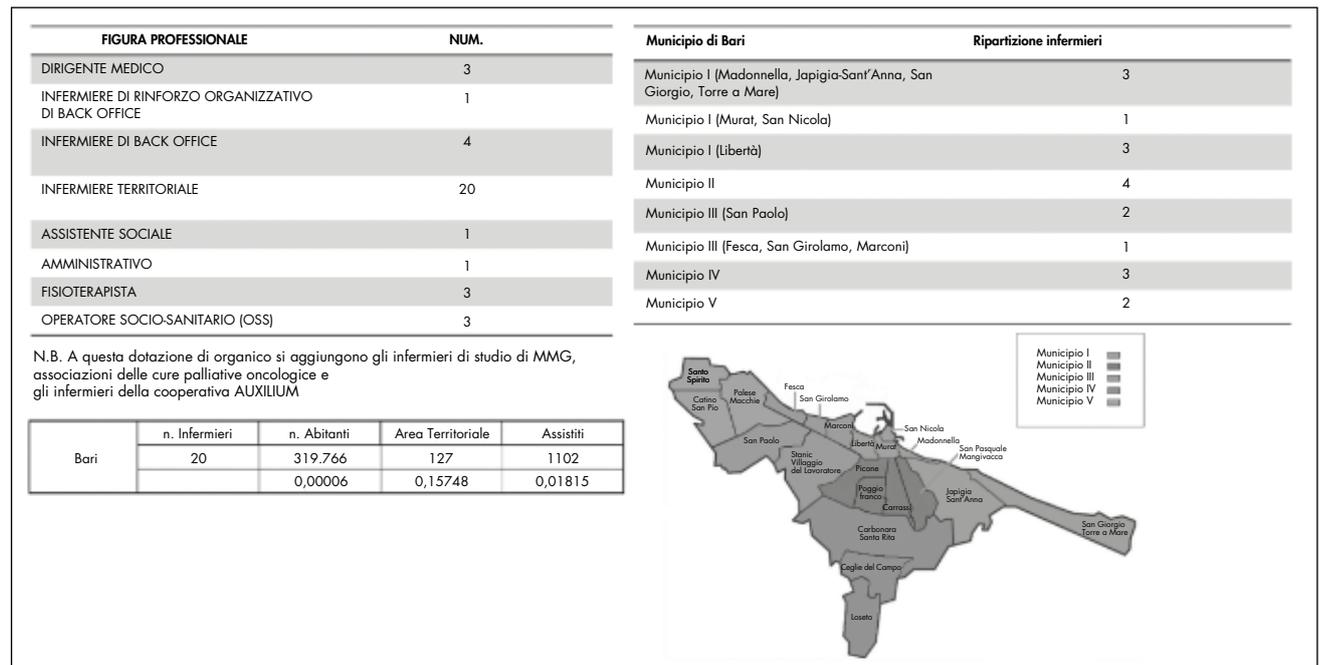
all'ADI (vedi a titolo esemplificativo Fig. 4); (ii) mappatura del percorso ADI attraverso la Work Breakdown Structure dei percorsi ADI, la Swim Lane dei sotto-processi e la Matrice RACI; (iii) condivisione delle best practice operative e strumentali emerse durante il primo focus group con i membri del Distretto.

Nella seconda giornata, attraverso il Diagramma a Blocchi, è stata eseguita l'analisi delle Cause Radice dei principali problemi organizzativi e procedurali che impattano negativamente sulle performance operative del DSS. È fondamentale sottolineare che il soggetto di analisi su cui si è concentrata l'intera mappatura del valore è stato il paziente.

Le attività svolte durante questa fase hanno favorito la partecipazione di più attori al progetto e hanno fatto emergere in tutti i DSS delle soluzio-

ni quick win che sono state implementate nelle giornate successive al Visiting attraverso azioni di Kaizen Blitz (interventi intensivi e mirati, condotti in pochi giorni, per risolvere rapidamente problemi specifici o migliorare un processo. Coinvolgono team multifunzionali che analizzano, propongono e implementano soluzioni direttamente sul campo). Tra i principali miglioramenti vi sono: la digitalizzazione delle cartelle cliniche e la creazione di un sistema informatico molto semplice per la condivisione delle stesse (con accessi controllati per garantire la privacy); l'istituzione di un calendario informatizzato condiviso orientato a migliorare la pianificazione, il coordinamento e la sincronizzazione delle attività tra i vari attori del servizio, riducendo le sovrapposizioni e i tempi morti; la riassegnazione delle

**Fig. 4**  
Esempio di descrizione del DSS in termini di risorse umane



mansioni sulla base dei flussi informativi e operativi e infine la formazione tra pari attraverso incontri settimanali per favorire la disseminazione delle conoscenze tacite e la crescita professionale collettiva.

Al termine di questa fase ogni DSS partecipante al progetto ha completato la fase di pianificazione del ciclo PDCA e ha riportato i risultati su un Report A3.

#### 4.6. Focus Group II

Durante il Focus Group II (due giornate), i partecipanti al progetto si sono incontrati per condividere i risultati della fase di plan. Grande enfasi in questi momenti di confronto è stata data all'analisi delle cause radice delle problematiche comuni (Tab. 3). Affrontare tali fattori di spreco anziché concentrarsi solo sui problemi delle singole unità ha consentito un approccio più olistico e sinergico alla discussione; in questo modo si è ottenuta una visione più completa degli elementi che inficiano le prestazioni complessive dell'organizzazione.

Focalizzarsi sui problemi comuni ha permesso alle Direzioni ASL Bari di sviluppare insieme ai Direttori di Dipartimento e ai partecipanti al progetto un piano di miglioramento che prevede delle soluzioni ad hoc per ogni causa radice (Tab. 3).

Tale piano è stato costruito ricercando il consenso di tutti gli attori coinvolti, rispettando l'autonomia dei DSS, e sulla base dei vincoli infrastrutturali e di risorse di ogni unità organizzativa. È particolarmente interessante sottolineare nuovamente come molte soluzioni di miglioramento sono derivate dalle attività di confronto. Per esempio il DSS Unico

di Bari e quello di Altamura hanno deciso di sperimentare il sistema di "logistica del farmaco e dei dispositivi medici" adottata dal DSS di Gioia del Colle, ovvero un modello misto cumulativo – individualizzato. Questo modello consiste nel gestire in maniera cumulativa (ordini, distribuzione e utilizzo) tutti quei presidi medici come garze, cerotti, disinfettanti, guanti ecc. ad alto consumo e alta rotazione in modo da non inserirli in ogni fornitura medica individualizzata. In tal maniera si riducono i tempi di preparazione dei pack, lo spreco legato a un cattivo utilizzo dei materiali presso i domicili dei pazienti, la percentuale di materiale recuperato e non riutilizzabile a seguito di decesso del paziente e di conseguenza la spesa di acquisto. I caregiver/pazienti hanno a disposizione, in tal maniera, una scorta minima di sicurezza da utilizzare solo in caso di necessità.

Un'altra soluzione di miglioramento derivante dal confronto, proposta dal DSS Unico di Bari, è quella di prevedere una visita domiciliare infermieristica tra la convocazione dell'UVM e la redazione del PAI. L'infermiere dotato di check list per la rilevazione delle necessita non solo assistenziali ma anche sociali e ambientali, al termine della visita, ha l'opportunità di segnalare eventuali integrazioni necessarie alla proposta PAI del MMG al fine di incrementarne l'appropriatezza.

#### 4.7. Focus Group III

Una volta definito il piano di implementazione dei miglioramenti, nelle due giornate dedicate al terzo Focus Group, la Direzione ASL insieme ai team di miglioramento di ogni DSS hanno ridisegnato il nuovo modello

**Tab. 3** – Cause Radice e Piano di Miglioramento

<b>Problemi</b>	<b>Soluzioni</b>	<b>Piano di implementazione</b>
<p>Il protocollo ASL non consente una standardizzazione dei processi sulle diverse aree</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisionare il protocollo ASL in officina Lean utilizzando strumenti visivi come Swim Lane e RACI per semplificare l'interpretazione dei percorsi e inserire sezioni dedicate alle modalità di integrazione tra soggetti interessati (PDTA ADI Lean).</li> <li>Creare e distribuire carta dei Servizi ADI e Distrettuale.</li> </ul>	<p>Data inizio – Data fine: 6 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A: Dir. Generale ASL, Dir. Sanitario ASL, Dir. Direttore di Assistenza Territoriale ASL (DAT).</li> <li>R: Dir. Distretto Unico, Responsabile UOS Cure Domiciliari, dirigenti Medici, coordinatore infermieristico e assistente sociale dell'UOS Cure domiciliari, UDMG.</li> <li>C: responsabili UO Specialistica – Medicina di base-Profesica del Distretto, Dir. UOC Farmacia Territoriale ASL.</li> </ul>
<p>Siti internet diversi per i Distretti e informazioni scarse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unificare i contenuti sui siti internet per garantire uniformità di informazione a tutti i soggetti coinvolti.</li> <li>Unificare modulsistica presente sui siti internet a livello di tutti i Distretti.</li> </ul>	<p>Data inizio – Data fine: 3 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A: Dir. Generale ASL, Dir. Sanitario ASL, Dir. DAT ASL.</li> <li>R: UOC Sistemi Informativi.</li> <li>C: Direttori dei Distretti ASL, Responsabili UOS Cure Domiciliari dei Distretti ASL.</li> </ul>
<p>Gestione della Farmacia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementare piattaforma informatizzata che garantisca la tracciabilità e il controllo delle richieste e la distribuzione del materiale utile all'assistenza domiciliare.</li> <li>Prevedere una funzione per caricare i piani terapeutici con un Sistema di alert alla loro scadenza, che permetta di visualizzare e avere riscontro del materiale consegnato e inevaso.</li> <li>Dotare la farmacia territoriale di un adeguato numero di risorse umane, e dedicare alcune unità, capaci di utilizzare la piattaforma, specificatamente al servizio ADI.</li> </ul>	<p>Data inizio – Data fine: 1 anno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A: Dir. Generale ASL, Dir. Sanitario ASL, Dir. Amministrativo ASL, Dir. DAT ASL, Dir. Dipartimento Gestione del Farmaco ASL.</li> <li>R: UOC Sistemi Informativi ASL, UOC Area Gestione Risorse Umane ASL.</li> <li>C: Direttore del Distretto, Dir. UOC Farmacia Territoriale ASL, Responsabile UOS Cure Domiciliari del Distretto ASL, UDMG.</li> </ul>
<p>Strumenti informativi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anche in assenza di strumenti informativi (da progettare a livello di ASL o meglio regionale) è possibile utilizzare un approccio di condivisione cartelle e informazioni digitali. Effettuare un benchmark territoriale, es. proporre sistema già in uso presso il DSS Unico di Bari: cartelle condivise (Servizio di riabilitazione, Farmacia e Operatori del Back Office UOS ADI) in rete LAN su computer con operatore dedicato, che provvede all'inserimento dati e all'aggiornamento in tempo reale.</li> <li>Registro informatizzato condiviso (Assistenza protesica – Specialistica – PUJA) inviato a mezzo mail mensilmente.</li> <li>Dotare gli operatori coinvolti nell'assistenza domiciliare (CPS Inf., OSS, Specialisti territoriali ecc.) di tablet e cellulari aziendali per la riduzione dei tempi dedicati alla registrazione degli accessi e delle chiamate.</li> </ul>	<p>Data inizio – Data fine: 3 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A: Dir. Generale ASL, Dir. Sanitario ASL, Dir. Amministrativo ASL, Dir. DAT ASL.</li> <li>R: UOC Sistemi Informativi ASL, UOC Area Patrimonio ASL.</li> <li>C: Direttore del Distretto di Bari, Responsabile UOS Cure Domiciliari del Distretto di Bari.</li> </ul>
<p>Assenza di chiari sistemi di Analisi delle performance</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementare nei DSS gli indicatori di processo del DSS Unico di Bari (indicatori di qualità delle informazioni ricevute durante l'accesso alla PUJA; indicatori di qualità del servizio domiciliare; indicatori di tempi di attesa tra presentazione domanda e UVM e inizio del servizio).</li> </ul>	<p>Data inizio – Data fine: 1 anno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A: Dir. Generale ASL, Dir. Sanitario ASL, Dir. DAT ASL.</li> <li>R: UOC Sistemi Informativi ASL.</li> <li>C: Direttori dei Distretti ASL, Responsabili UOS Cure Domiciliari, UDMG, caregiver, associazioni dei malati.</li> </ul>

(segue)

Problemi	Soluzioni	Piano di implementazione
Gestione dei rapporti con il caregiver	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individuare tra le professionalità dell'UOS di Cure domiciliari una figura dedicata ai rapporti con il caregiver (Case Manager).</li> </ul>	Data inizio – Data fine: 3 mesi <ul style="list-style-type: none"> <li>A: Dir. Generale ASL, Dir. Sanitario ASL, Dir. DAT ASL.</li> <li>R: Direttori dei Distretti ASL, Dir. Professioni Sanitarie ASL.</li> <li>C: Responsabili UOS Cure Domiciliari dei Distretti ASL, UDMG, associazioni dei malati.</li> </ul>
Coordinamento con i provider esterni es. MMG/ PLS, Ospedali ecc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creare un Sistema di condivisione informatizzato ai fini di comunicazione e gestione integrata e multidisciplinare dell'assistenza domiciliare (es. Cartella/Scheda clinica cartacea, Foglio accessi cartaceo ecc.), attraverso l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).</li> </ul>	Data inizio – Data fine: 6 mesi <ul style="list-style-type: none"> <li>A: Dir. Generale ASL, Dir. Sanitario ASL, Dir. DAT ASL, Dir. Dipartimento di Riabilitazione ASL, Dir. Dipartimento di Medicina dell'età evolutiva ASL.</li> <li>R: UOC Sistemi Informativi ASL.</li> <li>C: Direttore del Distretto Bari, Dir. U.O.S.V.D. Riabilitazione Sovra Distrettuale ASL, Responsabile UOS Cure Domiciliari del Distretto Bari.</li> </ul>
Gestione dei rapporti con il Servizio di Riabilitazione e Neuropsichiatria Infantile	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creare una piattaforma informatizzata con il Distretto che permetta la presenza di un Sistema univoco di condivisione per le richieste di visite fisiatriche o di NPI domiciliari e dove sia possibile caricare i piani terapeutici e i PRI (piani di riabilitazione individuali) con un Sistema di alert alla loro scadenza.</li> </ul>	
Assistenza Specialistica e prelievi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individuare tra i codici di priorità esistenti (U, B, D, P) quello da utilizzare per i pazienti in ADI che permetta di distinguere tre le visite specialistiche richieste dai MMG/PLS a domicilio, quelle per i pazienti in ADI e non ADI, in modo da creare un percorso dedicato ai pazienti in assistenza domiciliare.</li> <li>Creare agende di prenotazione dedicate per i pazienti in ADI per le visite specialistiche, la riabilitazione ecc.;</li> <li>Creare un'equipe multidisciplinare di specialisti territoriali dedicati al servizio ADI, con la possibilità di riduzione dei tempi di attesa e di condivisione diretta delle informazioni sanitarie.</li> </ul>	Data inizio – Data fine: 3 mesi <ul style="list-style-type: none"> <li>A: Dir. Generale ASL, Dir. Sanitario ASL, Dir. DAT ASL.</li> <li>R: Responsabile UOS Cure Domiciliari del Distretto e Responsabile Assistenza specialistica Distretto.</li> <li>C: UOS Cure domiciliari Distretto.</li> </ul>
Spostamento personale ADI sul territorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dotare il servizio ADI di un adeguato parco macchine;</li> <li>Creare una convenzione con il comune di Bari per la sosta gratuita sulle strisce blu e zone ZTL delle auto aziendali dedicate al servizio ADI.</li> </ul>	Data inizio – Data fine: 3 mesi <ul style="list-style-type: none"> <li>A: Dir. Generale ASL, Sindaco di Bari.</li> <li>R: Dir. Sanitario ASL, Dir. Amministrativo ASL, Dir. DAT ASL, Dir. UOC Area Patrimonio ASL, Assessore Urbanistica Comune di Bari.</li> <li>C: Dir. del Distretto di Bari.</li> </ul>

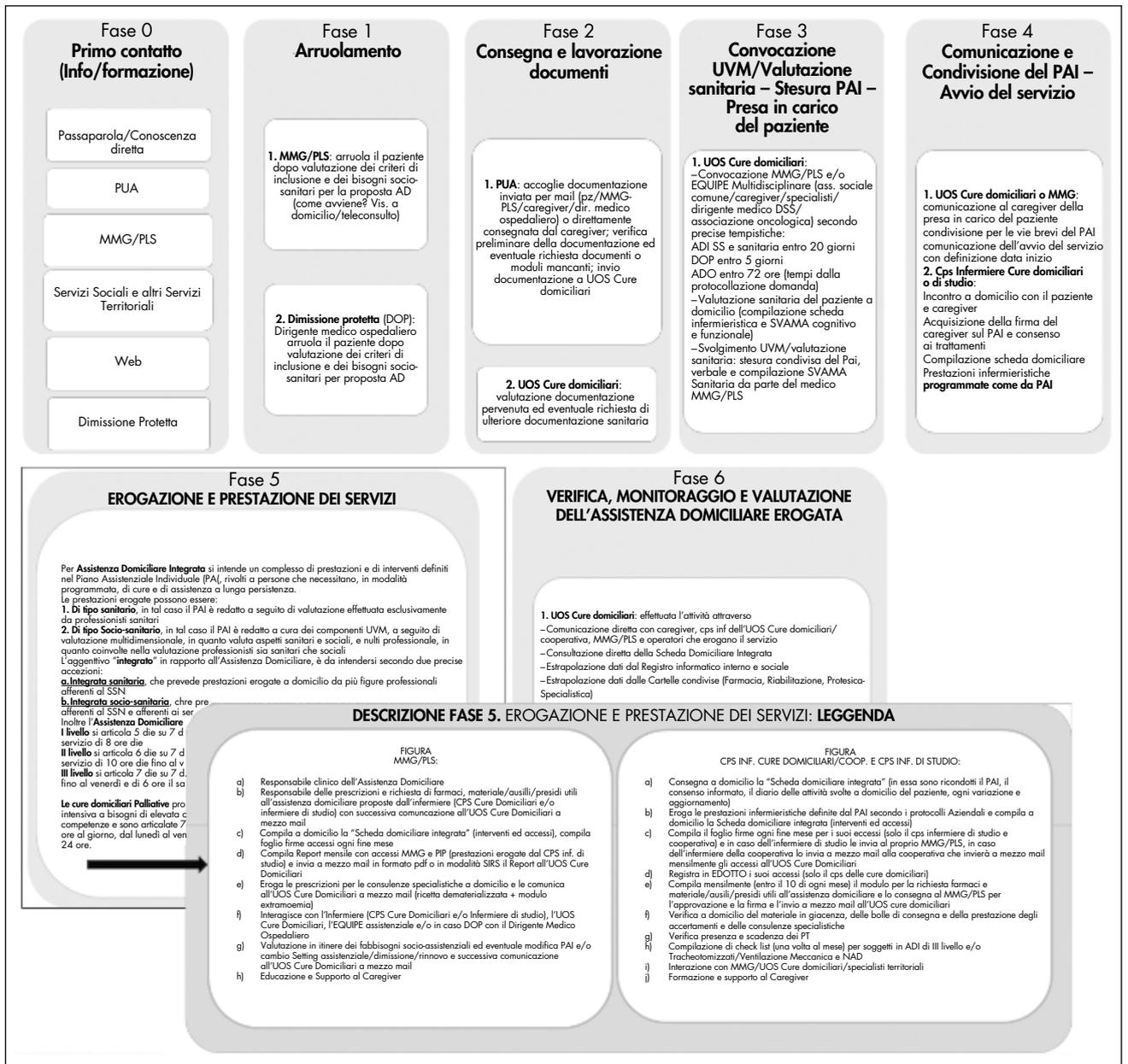
Leggenda A: Accountable; R: Responsible; C: Consulted.

Data inizio: Giugno, 2024.

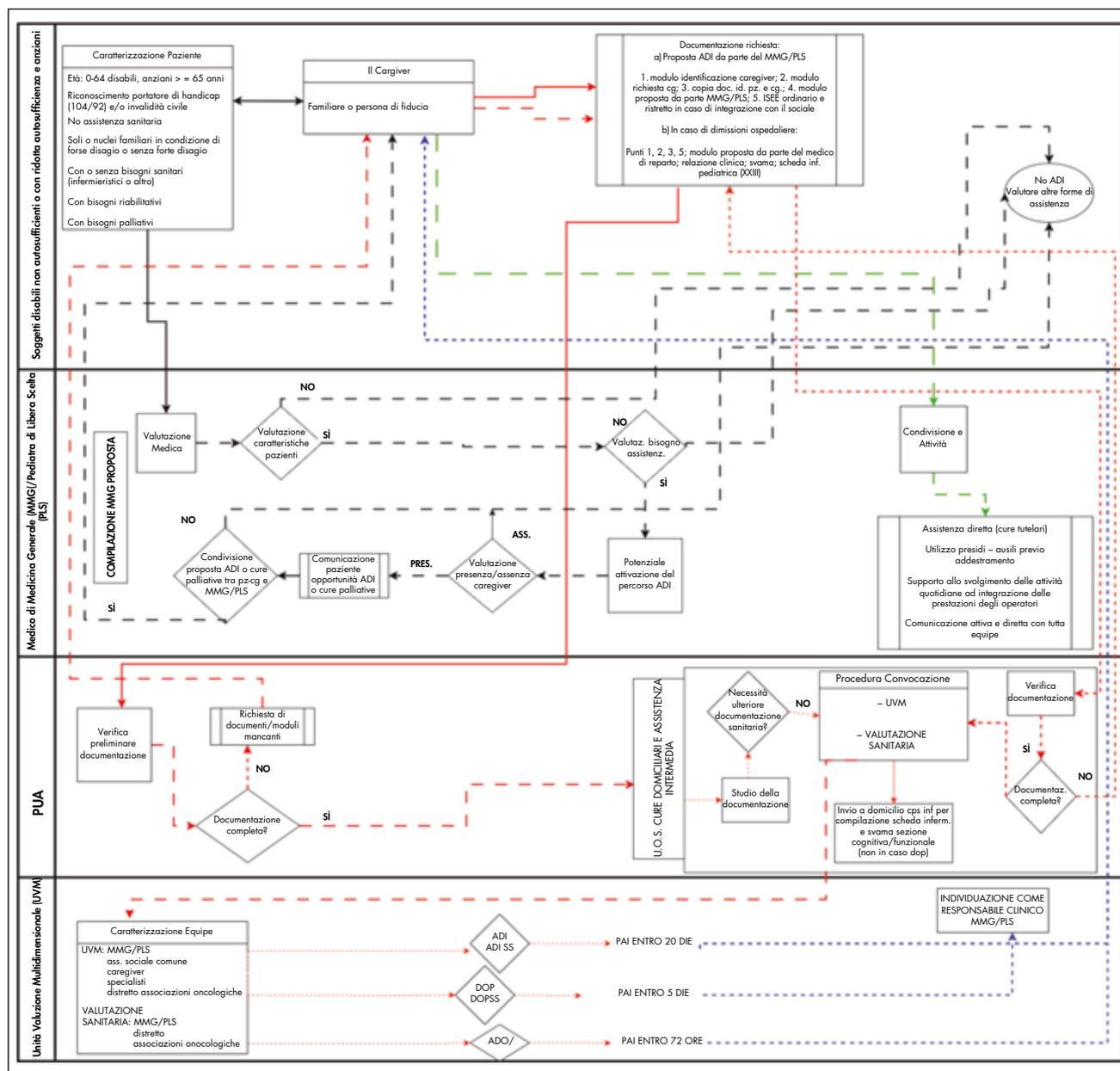
**Fig. 5**  
Estratto di nuova suddivisione del processo ADI in sotto fasi (6 sotto-fasi)

organizzativo del percorso ADI e hanno definito i nuovi standard procedurali e i livelli di responsabilità legati a ogni attività del processo. Mediante degli strumenti Lean già utilizzati in precedenza sono state descritte e rappresentate all'interno della bozza del nuovo protocollo: (i) le sotto-fasi del

processo ADI (Fig. 5); (ii) il nuovo protocollo d'azione per ogni fase (vedi a titolo esemplificativo Fig. 6; Swim Lane ingaggio pazienti); (iii) le responsabilità di ogni attore del processo ADI (vedi a titolo esemplificativo Fig. 7). Attraverso il nuovo percorso le Direzioni si attendono di incrementare il valo-



MEGOSAN – ISSN 1121-6921, ISSNe 2384-8804, 2024, 131 DOI: 10.3280/mesa2024-131oc20245



re per i pazienti (liste di attesa più brevi, facilità di accesso, incremento dell'appropriatezza del PAI), per i provider del servizio (maggiore coinvolgimento e coordinamento, facilità di reperire la modulistica e le informazioni per la presa in carico e gestione del paziente)

e infine per l'organizzazione (snellimento delle procedure, gestione delle risorse umane e strumentali, monitoraggio e valutazione dei percorsi, maggiore integrazione con gli altri servizi e attori di assistenza, facilità di progettazione e implementazione delle COT).

**Fig. 6**  
Procedura standardizzata presa in carico paziente e attivazione ADI

FASE/ATTIVITÀ	DIRETTORE DEL DSS	MEDICI ADI	PUA	INFERMIERE B.O.ADI	ASSISTENTE SOCIALE ADI	AMMISTRATIVO ADI	CAREGIVER	MMG/ PLS	MEDICI OSPEDALIERI	ASSISTENZA SPECIALISTICA	MEDICI SPECIALISTI DISTRETTUALI	SERVIZIO PROTESICA
FASE DI PRIMO CONTATTO (FORMAZIONE/ INFORMAZIONE)			R				A/R	A	A			
FASE DI ARRUOLAMENTO caratterizzazione paziente e valutazione medica PROPOSTA		C	R	C			R	A				
FASE DI ARRUOLAMENTO IN OSPEDALE (DOP) caratterizzazione paziente e valutazione medica PROPOSTA		C	C	C			I	I	A			
FASE DI RICEZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE		C	A	C			R	I				
STUDIO DOCUMENTAZIONE		A	I	R	R							
VALUTAZIONE INFERMIERISTICA COMPILAZIONE SVAMA COGNITIVO FUNZIONALE E SCHEDA INFERMIERISTICA		A		R			I	I				
CONVOCAZIONE UVM/VALUTAZIONE SANITARIA		A	I	R	R		I	I				
COMPILAZIONE SVAMA SANITARIA		A		I	I		I	R				
COMPILAZIONE SVAMA SANITARIA IN DOP		R		I	I		I	I	R			
COMPILAZIONE SVAMA SOCIALE		R	I	I	I		I	I				
PAI VERBALE UVM E DELLA VALUTAZIONE SANITARIA	A	R	I	I				R/C				
RESPONSABILE CLINICO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE		R		C	I		I	A				
COMUNICAZIONE AL PAZIENTE/CAREGIVER		A		R	R		I	R				
FASE DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE		A		R	R		I	I				

**Fig. 7**

Estratto della matrice RACI da integrare al nuovo protocollo

Tutti i nuovi standard work sono stati accettati all'unanimità dai partecipanti al progetto in quanto ritenuti migliorativi sia i pazienti sia per l'operatività quotidiana. Durante questa fase, è

emerso un tema particolarmente rilevante per l'organizzazione aziendale ossia gli effetti del coinvolgimento del personale nei processi decisionale. Come dichiarato da un infermiere del

DSS unico di Bari “Partecipare ai processi decisionali non solo aumenta il nostro coinvolgimento e motivazione, ma ci aiuta anche a comprendere a fondo i problemi e gli sforzi legati ai cambiamenti organizzativi. [...] Lavorare insieme alle direzioni, discutendo e contribuendo attivamente, rappresenta per noi un’opportunità unica di crescita professionale. È un’esperienza che rafforza il senso di appartenenza all’organizzazione e ci rende più consapevoli del nostro ruolo nel raggiungimento degli obiettivi comuni”. Questa evidenza dovrebbe far riflettere su come l’inclusione del personale operativo nei processi strategici possa generare un impatto positivo non solo sulla motivazione individuale, ma anche sulla coesione organizzativa complessiva. Secondo il panel i nuovi standard work consentono una più equa suddivisione del lavoro, semplificano l’attività di gestione di ogni fase del processo di presa in carico e chiariscono l’attribuzione delle responsabilità di ogni attività. Durante una discussione sulle implicazioni dei nuovi standard, è emersa una convergenza unanime di opinioni tra i partecipanti, in particolare su quanto dichiarato da un farmacista del DSS di Gioia del Colle: “[...] le procedure previste chiariscono meglio le responsabilità e le modalità collaborative e di integrazione con tutti gli attori del servizio e facilitano la suddivisione dei compiti e del carico di lavoro”.

## 5. Discussioni

La descrizione delle fasi del progetto e i risultati raggiunti hanno dimostrato come la metodologia Lean, sulla quale si è basata l’attività di ripensamento del protocollo aziendale e la standardizzazione dei processi ADI, sia stata effica-

ce per guidare il cambiamento attraverso i principi di co-creazione e del consenso. Gli strumenti di mappatura e di analisi delle cause radice applicate al protocollo in essere e ai processi ADI dei singoli Distretti hanno consentito di rappresentare la situazione attuale aziendale. L’analisi dello stato as-is è stata fondamentale per far emergere i molteplici elementi determinanti le performance di processo (attori, fasi, responsabilità, strumenti e organizzazione) e per riprogettare in dettaglio, in una prospettiva to-be, il sistema di servizi. La formazione e il confronto, la condivisione dei modelli di gestione e delle best practices e soprattutto l’utilizzo di una lingua comune hanno favorito il coinvolgimento dei partecipanti che si sono sentiti protagonisti nel percorso di cambiamento. Il profondo commitment del management e delle direzioni ha incrementato la fiducia e la partecipazione da parte delle squadre di miglioramento. Infine, la possibilità di far ascoltare la propria voce del personale sanitario in ogni fase del progetto ha generato un’atmosfera di collaborazione e responsabilità condivisa che si è tradotta in un impegno concreto di analisi dei processi e delle cause radice. A livello dei singoli Distretti l’analisi delle normative e del protocollo in essere ha permesso una profonda contestualizzazione delle indicazioni dei livelli superiori in particolare per quanto riguarda la necessità di standardizzazione dei processi e dell’integrazione tra gli attori della rete assistenziale. L’allineamento normativo è stato quindi fondamentale per creare un pensiero comune attraverso il quale ripensare i processi. Il confronto tra membri di diverse unità durante i Focus Group è stato prezioso per diversi motivi. In primis, ha favorito lo scambio di pro-

spettive e conoscenze tra individui con esperienze e background diversi. Ognuno ha portato un punto di vista unico su questioni specifiche e ciò ha permesso di ottenere una visione più completa e approfondita dei problemi comuni e delle opportunità di miglioramento. Inoltre la diversità di prospettive ha facilitato la creazione di soluzioni più innovative e creative.

I momenti di confronto hanno altresì favorito la condivisione delle migliori pratiche, approcci o metodologie per l'esecuzione di diversi compiti. Attraverso le discussioni durante il Focus Group II, queste pratiche non solo sono state identificate e condivise ma anche adattate per essere applicate da tutti i DSS, migliorando l'efficacia d'azione e il valore complessivo offerto ai pazienti. L'interazione tra colleghi provenienti da diverse aree funzionali ha favorito lo sviluppo di obiettivi comuni e ha piantato il seme per la creazione di una cultura aziendale basata sulla comunicazione aperta e sulla collaborazione trasversale. Infine, attraverso i momenti di condivisione sono stati identificati e risolti disallineamenti o conflitti tra le varie funzioni.

L'analisi dei problemi comuni ha rivelato pattern, tendenze o cause radicate che non sarebbero emerse qualora si fossero trattate solo le questioni a livello di singoli DSS. Inoltre, la focalizzazione su problemi comuni ha portato a sviluppare un piano di implementazione soluzione più efficiente e a vantaggi condivisi per tutte le unità coinvolte, promuovendo una maggiore coesione e collaborazione all'interno dell'organizzazione. Queste azioni hanno consentito di individuare le opportunità di miglioramento sia per la redazione di un nuovo protocollo aziendale condiviso sia per implementare e mettere in

atto modelli organizzativi comuni atti a standardizzare il percorso ADI. Il progetto ha altresì prodotto un risultato indiretto molto interessante, la standardizzazione dell'attività di ingaggio, di attivazione e di integrazione con tutti gli attori del processo ADI ha creato il terreno per la progettazione efficace delle COT a livello aziendale. Come sottolineato dal Direttore Generale ASL Bari “[...] la standardizzazione dei percorsi di ingaggio, la definizione delle responsabilità e le modalità di gestione del percorso del paziente e dell'integrazione degli attori consentirà di facilitare il disegno delle COT ovvero la loro modalità operativa, le risorse da allocare e le responsabilità da assegnare. [...] essere sicuri che indipendentemente dal territorio i processi seguiranno una serie di attività ben definite e schedate faciliterà alle COT il compito di integrare i servizi e di coordinare gli attori del percorso ADI”.

## 6. Conclusioni

Con lo scopo di potenziare l'assistenza territoriale, il DM 77/2022 istituisce nuovi presidi sanitari come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, crea nuove unità di coordinamento come le Centrali Operative Territoriali e prevede il potenziamento dei servizi a domicilio. Le innovazioni introdotte dal provvedimento, che mirano a decongestionare gli ospedali, migliorare l'accessibilità e la qualità delle cure e che spostano il focus verso una medicina personalizzata, richiedono alle regioni di approntare profondi cambiamenti alle loro politiche sanitarie e di conseguenza si ripercuotono su tutti gli attori del SSN. In particolare le ASL sono chiamate a intraprendere grandi sforzi per

la riprogettazione dei loro servizi in un'ottica di maggior integrazione sia degli attori sanitari in essere coinvolti nei percorsi di cura domiciliari sia per quelli che saranno istituiti a seguito degli adempimenti previsti dal DM 77/2022. La ri-organizzazione dei DSS e dei loro servizi assume in questo contesto un ruolo fondamentale in quanto essi rappresentano le principali unità operative territoriali incaricate di organizzare e fornire servizi sanitari di base più vicini alla comunità. Affinché questa tale ri-organizzazione abbia successo è necessario definire un approccio organizzativo-gestionale che, nel rispetto delle autonomie dei DSS, consenta da una parte di facilitare il governo, il monitoraggio e la valutazione delle unità, dall'altro di standardizzare i processi di erogazione di servizio. L'implementazione di protocolli comuni e di sistemi di coordinamento stretto tra DSS e tra DSS e ASL di afferenza possono essere due strumenti utili per tale scopo. Partendo da questa evidenza lo studio basato sul case study di un progetto pilota che ha visto coinvolti tre DSS afferenti all'ASL Bari ha voluto offrire una roadmap per la ri-organizzazione del servizio ADI in ottica patient-centred. Il progetto è stato condotto attraverso l'implementazione del Lean management coinvolgendo i diversi attori coinvolti nel processo ADI. I risultati ottenuti e le evidenze emerse possono guidare i policy maker durante la fase di traduzione delle strategie organizzative di ri-organizzazione in piani di azioni. Il caso studio proposto offre indicazioni preziose sia ai policy

maker che ai manager. I primi dovrebbero formulare piani strategici che favoriscano la collaborazione tra organizzazioni. Questo significa riuscire a far leva su un ambiente di fiducia, trasparenza e scambio reciproco, dove le diverse realtà possano confrontarsi apertamente sulle sfide comuni. Le attività di confronto dovrebbero in tal senso diventare un pilastro per guidare le decisioni: raccogliere dati comparabili e confrontarli consente non solo di identificare le best practices ma anche di definire standard replicabili con facilità da tutti gli attori interessati. Dal punto di vista manageriale, un'esperienza di questo tipo sottolinea l'importanza dell'ascolto attivo, sia interno che esterno. Dare voce a tutti gli stakeholder coinvolti è cruciale per comprendere esigenze specifiche e cogliere opportunità di miglioramento. Inoltre, il confronto tra le organizzazioni non solo permette di individuare le migliori soluzioni operative, ma facilita anche la loro adozione attraverso approcci semplici e non onerosi. Questo processo dimostra che l'efficienza e l'innovazione non derivano sempre da grandi investimenti, ma spesso da piccoli cambiamenti applicabili con minimo sforzo, grazie all'apprendimento reciproco. Infine, i manager dovrebbero riflettere sul fatto che il vero valore di un progetto Lean inter-organizzativo non risieda solo nei risultati diretti e tangibili, ma anche nella capacità di costruire relazioni durature e meccanismi di apprendimento continuo tra le parti, rendendo l'intero sistema più performante.

## BIBLIOGRAFIA

- Asquer G., Borsani V., & Matta A. (2007). Analisi della struttura organizzativa degli erogatori del servizio di assistenza domiciliare. *Politiche Sanitarie*, 8(3): 95-117.
- Augusto B.P., Tortorella G.L. (2019). Literature review on lean healthcare implementation: Assessment methods and practices. *International Journal of Services and Operations Management*, 32(3): 285-306. DOI: 10.1504/IJSOM.2019.10019746.
- Borgonovi E., & Migliore G. (2022). Il direttore di distretto: ritorno al futuro. *Mecosan* – Open Access (121). DOI: 10.3280/mesa2022-121oa13856.
- Cinelli G., Dalponte F., Ferrara L., & Zazzera A. (2023). L'implementazione del DM 77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie. In: *Rapporto OASI 2023. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano* (pp. 407-431). Milano: Egea.
- Compagni A., Tediosi F., Tozzi V. (2010). L'integrazione tra ospedale e territorio nelle aziende sanitarie. In: Cantù E. (a cura di). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano: Egea.
- Corsalini E., Vendramini E. (2010). *Integrare la rete dei servizi territoriali*. Milano: Egea.
- Dalponte F., Ferrara L., & Tozzi V. D. (2022). La trasformazione del Distretto Socio-Sanitario. In: *Rapporto OASI 2022* (pp. 521-547). Milano: Egea. (Dalponte et al., 2022a)
- Dalponte F., Ferrara L., Zazzera A., & Tozzi V. (2022). COT tra indicazioni nazionali e declinazioni territoriali. In: *Rapporto OASI 2022* (pp. 433-464). Milano: Egea. (Dalponte et al., 2022b)
- de Barros L. B., Bassi L. D. C., Caldas L. P., Sarantopoulos A., Zeferino E. B. B., Minatogawa V., & Gasparino R. C. (2021). Lean healthcare tools for processes evaluation: an integrative review. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7389. DOI: 10.3390/ijerph18147389.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- Fosti G., Longo F., Manfredi S., Notarnicola E., Perobelli E., & Rotolo A. (2023). Il ruolo dell'assistenza domiciliare nell'assistenza agli anziani non autosufficienti: un'analisi comparata. In: *Rapporto OASI 2023* (pp. 195-227). Milano: Egea.
- Gudnadottir M., Bjornsdottir K., & Jonsdottir S. (2019). Perception of integrated practice in home care services. *Journal of Integrated Care*, 27(1): 73-82.
- Landi F., Gambassi G., Pola R., Tabaccanti S., Cavinato T., Carbonin P., & Bernabei R. (1999). Impact of integrated home care services on hospital use. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(12): 1430-1434.
- Longo F. (2011). Reti Socio-Sanitarie e strumenti di integrazione: quale ruolo per il Distretto?. *I quaderni di Monitor*, 27(8): 113-217.
- Longo F., Guerra F., & Zazzera A. (2023). La trasformazione dell'assistenza territoriale e gli spazi di autonomia locali: le variabili strategiche. *Mecosan*, 123. DOI: 10.3280/mesa2022-123oa15581.
- Mapelli V., De Stefano A., Compagnoni V., Gambino A., Ceccarelli A. (2007). I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali. *Quaderni Formez*, 57.
- Marolla G., Rosa A., & Giuliani F. (2022). Addressing critical failure factors and barriers in implementing Lean Six Sigma in Italian public hospitals. *International Journal of Lean Six Sigma*, 13(3): 733-764. DOI: 10.1108/IJLSS-01-2021-0018.
- McDermott O., Antony J., Bhat S., Jayaraman R., Rosa A., Marolla G., & Parida R. (2022). Lean six sigma in healthcare: a systematic literature review on challenges, organisational readiness and critical success factors. *Processes*, 10(10), 1945. DOI: 10.3390/pr10101945.
- McDermott O., Antony J., Bhat S., Jayaraman R., Rosa A., Marolla G., & Parida R. (2022). Lean six sigma in healthcare: a systematic literature review on motivations and benefits. *Processes*, 10(10), 1910. DOI: 10.3390/pr10101910.
- Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. -- Consultabile al link: Decreto 23 maggio 2022, n. 77 – Normativa.
- Noto G., Noto A., & Borgonovi E. (2023). Le basi dell'approccio sistemico al DM 77/2022 e all'integrazione territorio-ospedale: dalla pianificazione

- strategica all'attuazione operativa. *Mecosan*, 124. DOI: 10.3280/ mesa2022-124oa16273.
- Palumbo F. (2011). Linee della programmazione nazionale e sviluppo dei Distretti. *I quaderni di Monitor*, 27(8): 104-107.
- Rosa A., Marolla G., & McDermott O. (2023b). A cross-organizational Lean deployment in an Italian regional healthcare system. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 36(3/4): 17-36. DOI: 10.1108/IJHCQA-06-2023-0045.
- Rosa A., Marolla G., Lega F., & Manfredi F. (2021). Lean adoption in hospitals: the role of contextual factors and introduction strategy. *BMC health services research*, 21: 1-18. DOI: 10.1186/s12913-021-06885-4.
- Rosa A., Trunfio T. A., Marolla G., Costantino A., Nardella D., & McDermott O. (2023a). Lean Six Sigma to reduce the acute myocardial infarction mortality rate: a single center study. *The TQM Journal*, 35(9): 25-41. DOI: 10.1108/TQM-03-2022-0082.
- Rosa A., Zammori F., & Marolla G. (2018). Applicazione dello strumento Lean A3 al percorso di presa in carico di pazienti anziani con frattura del femore: il caso studio di un ospedale pugliese. *Mecosan*, 106(2): 37-63. DOI: 10.3280/MESA2018-106003.
- Sandulli M. A. (a cura di) (2021). *L'assistenza domiciliare integrata esperienze, problemi e prospettive*. Napoli: Editoriale Scientifica.
- Testa F., Buccione C. (2002). Il Distretto sanitario: Funzioni e potenzialità di governo della domanda sanitaria. *Mecosan*, 44: 27-59.
- Thomé B., Dykes A. K., & Hallberg I. R. (2003). Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of clinical nursing*, 12(6): 860-872. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2003.00803.x.
- Tozzi V. (2004). La gestione per processi in sanità. *Mecosan*, 50: 71-82.
- van Rossum L., Aij K. H., Simons F. E., van der Eng N., Ten Have W.D. (2016). Lean healthcare from a change management perspective. *Journal of Health Organization and Management*, 30(3): 475-493. DOI: 10.1108/JHOM-06-2014-0090.
- Womack J. P., Byrne A. P., Fiume O. J., Kaplan G. S., & Toussaint J. (2005). *Going lean in health care*. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement.