

# La realizzazione di reti stroke

Domenica Farinella<sup>1</sup>, Pietro Saitta<sup>1</sup>, Guido Signorino<sup>1</sup>, Domenico Consoli<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Università di Messina, Dipartimento di Economia, Statistica, Matematica e Sociologia "V. Pareto"  
signorin@unime.it

<sup>2</sup> UO Neurologia, Ospedale Jazzolino, Vibo Valentia  
neurologiavv@live.it

Numerose evidenze scientifiche mostrano che il riconoscimento precoce dell'ictus e il suo trattamento in strutture dedicate (*stroke unit*), dotate di *équipe* multi-professionali (neurologi, neuroradiologi, internisti, cardiologi, fisiatristi, infermieri, fisioterapisti ecc.) in grado di attivare un trattamento integrato medico e riabilitativo riduce il rischio di morte e di invalidità (1-4). La realizzazione e diffusione di queste strutture nel Sistema sanitario nazionale era l'obiettivo dell'Accordo Stato-Regioni del 3 Febbraio 2005, "Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale". Tale accordo - prodigo di dettagli operativi e organizzativi, ma di limitata coerenza - impegnava le Regioni a costruire reti per l'assistenza integrata allo *stroke* e a privilegiare nei presidi ospedalieri la formazione di *stroke unit* (SU) con personale polivalente e dedicato (5).

La *rete stroke* viene disegnata nell'accordo mediante un sistema "circolare" di *governance* territoriale, che ruota attorno all'utente; l'obiettivo è creare un adeguato raccordo tra territorio e Ospedale,

coinvolgendo i diversi attori territoriali prima isolati, secondo il modello sintetizzato in Fig. 1.

Tuttavia, il passaggio dalla *best evidence* alla *best practice*, con la diffusione di cambiamenti strutturali nei metodi di cura dei pazienti, è problematico e richiede un approccio condiviso che coinvolga i differenti livelli organizzativi e i soggetti implicati nella pratica di cura (medici, staff ospedalieri, strutture di cura, ambiente locale) (6). Recenti studi (7,8) hanno confermato questa difficoltà, osservando che l'implementazione dell'assistenza integrata all'ictus ha raggiunto un apprezzabile grado di attivazione solo in poche Regioni; nelle altre essa è carente sia sul piano normativo che nell'organizzazione della rete sul territorio (Fig. 2).

La ricerca qui presentata, finanziata dal Centro Controllo e prevenzione delle malattie (CCM) del Ministero della Salute, si è proposta di colmare questo vuoto, analizzando i modelli organizzativi di sei Regioni caratterizzate da differenti livelli di implementazione dell'Accordo Quadro, in modo da trarre da tale con-

fronto ipotesi e suggestioni utili al superamento degli ostacoli presenti nelle aree in ritardo.

Valutazione delle difformità territoriali nell'implementazione dell'Accordo Stato-Regioni

fronto ipotesi e suggestioni utili al superamento degli ostacoli presenti nelle aree in ritardo.

## Metodo dello studio

Il disegno della ricerca era costruito con un metodo esplorativo, aperto e circolare, volto a comprendere i diversi modelli d'azione ed accogliere ipotesi "in itinere" (9). La ricerca ha impiegato strumenti qualitativi, in particolare interviste semi-strutturate in profondità e *focus*

*group* (10-12). Tale scelta è dovuta all'impossibilità di misurare statisticamente le dinamiche di un processo in itinere come quello della *rete stroke*, in cui, accanto a variabili di spesa e di produzione normativa, contano fattori organizzativi, culturali, di potere (processi decisionali) e/o istituzionali (13-19). Per analizzare in profondità tali aspetti si è deciso di concentrare la ricerca su un limitato numero di Regioni e, all'interno di queste, di attori so-

Fig. 1. La rete stroke, un processo circolare.

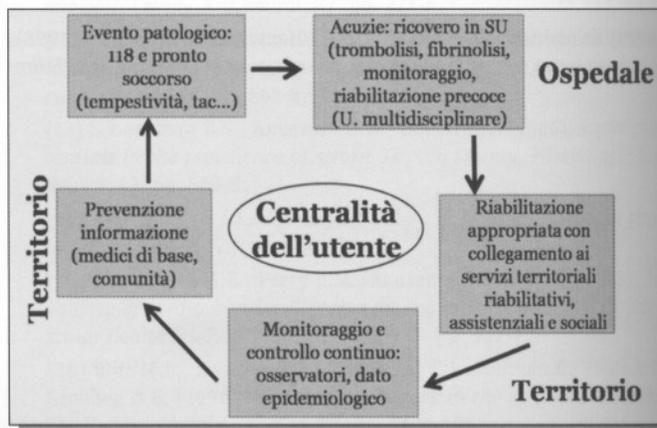
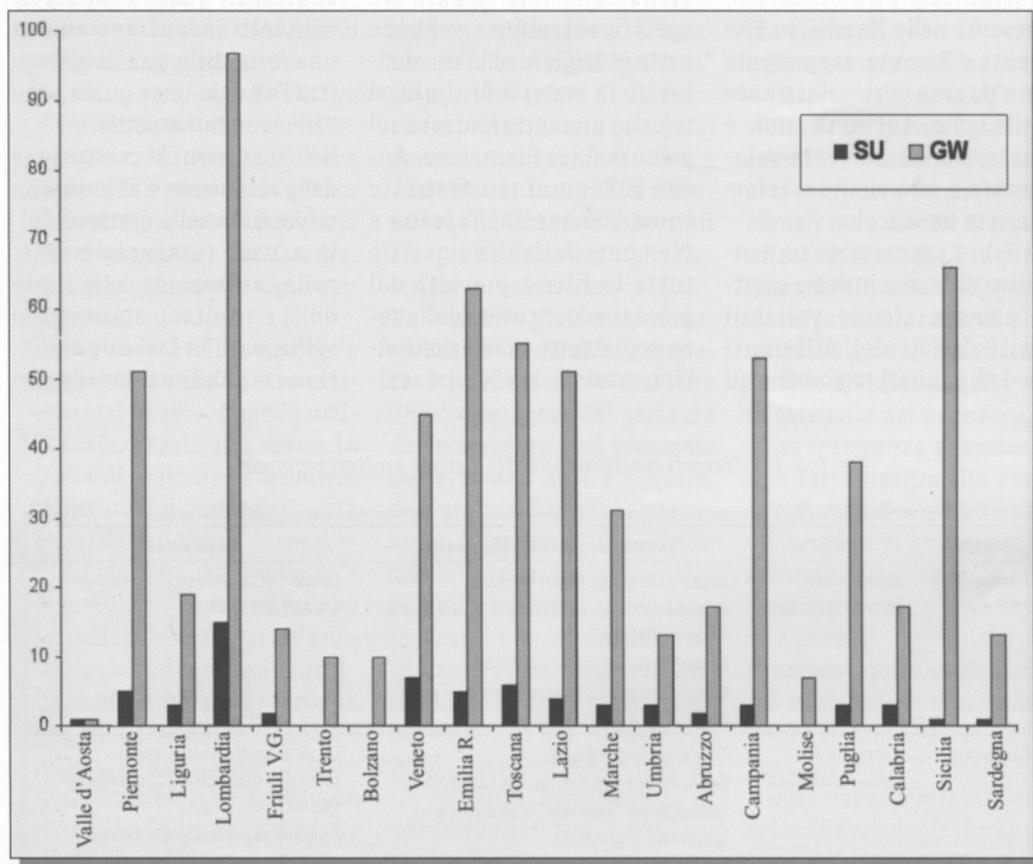


Fig. 2. Diffusione delle stroke unit in Italia (fonte: Bersano, 2006).



ciali, ricoprenti ruoli strategici all'interno delle organizzazioni sanitarie regionali.

Le Regioni selezionate sono sei: Campania e Calabria, con un basso grado di implementazione dell'Accordo Quadro, una *rete stroke* ancora solo sulla carta e poche *stroke unit*; Marche e Toscana, poste ad un livello medio di implementazione, con una rete abbozzata ma non ancora operativa e SU non omogeneamente distribuite su tutto il territorio. Lombardia e Piemonte, infine, con buoni gradi di attuazione.

Dopo aver raccolto materiale organizzativo e legislativo per inquadrare l'argomento, si è proceduto alla prima fase del-

la ricerca, consistita in interviste in profondità a testimoni privilegiati. Per ogni Regione sono stati "ascoltati" inizialmente da 6 a 12 soggetti, per un totale di 52 "interviste in profondità". Successivamente sono stati realizzati 6 *focus group*, che hanno coinvolto un totale di 62 persone (totale: 114 intervistati).

#### Risultati

Come evidenziato da un'ampia letteratura, il Sistema sanitario si sta fortemente "regionalizzando" (20-22). È tuttavia possibile individuare tendenze comuni. La prima rinvia all'affermarsi di un modello di erogazione dei Servizi che si struttura "a re-

te" e per grandi patologie (rete oncologica, cardiologica, ecc.). Lo stesso caso *stroke* mostra la tendenza a perseguire un modello organizzativo a rete, costituito "dal basso"; ossia a partire da logiche di concertazione e cooperazione tra esperti impegnati sul territorio (in genere attraverso Commissioni e Gruppi studio).

L'implementazione del modello a rete nei Servizi sanitari implica d'altronde il superamento dei settorialismi e delle specializzazioni che caratterizzano il Sistema sanitario nazionale e l'inserimento del processo assistenziale in un'ottica di *governance* locale (23,24), in cui è essenziale la

compresenza, il dialogo e la complementarità tra attori di diversa natura (pubblici, privati *no profit* e *profit*, associazioni, utenti e così via). La centralità è assegnata al territorio e all'utente che, assieme ai familiari, diventa parte attiva del processo di costruzione del percorso assistenziale, in un'ottica di cittadinanza attiva ed *empowerment*.

Il processo di managerializzazione del Sistema sanitario, avviato già sul finire degli anni Ottanta, ha comportato un'attenzione maggiore al contenimento della spesa ed all'allocazione delle risorse in termini di efficacia, efficienza ed economicità. Il ridimensionamento e la razionalizzazione delle attività delle strutture ospedaliere, che sono caratteristici di tutte le Regioni osservate, rispondono proprio alla necessità di diminuire i costi; ma tali attività esprimono anche la necessità di superare una visione tradizionale dell'assistenza, offrendo Servizi de-standardizzati e più qualificati, attraverso il potenziamento dei Servizi territoriali. Decentramento della regolazione, integrazione sociosanitaria, centralità del territorio, competizione amministrata, aziendalizzazione della sanità, liberalizzazione degli Ospedali pubblici, responsabilizzazione finanziaria, organizzazione a rete sul territorio (25,26) sono processi comuni a tutte le Regioni italiane e concetti presenti nella documentazione normativa regionale; gli esiti, tuttavia, dipendono dall'incontro tra tali concetti e i luoghi, che hanno specificità, prassi, norme e valori,

reti di potere e di scambio che si sono solidificate nel tempo e sono in grado di incanalare i processi di cambiamento in direzioni specifiche. L'analisi delle differenze di implementazione dell'Accordo Quadro in materia di ictus ha messo proprio in luce la centralità della continuità organizzativa e dei fattori istituzionali (14) nel determinare il modo in cui viene materialmente concepita l'organizzazione della *rete stroke*. La ricerca ha evidenziato come alcune di queste caratteristiche sfocino in un esito differente dell'organizzazione di tali reti. Per esempio, la centralità del principio organizzativo dell'equità in Toscana e della concorrenza in Lombardia si riflettono in un approccio diametralmente opposto alla rete: nel primo caso essa risulta infatti fortemente gerarchizzata, in quanto i nodi sono "incorporati" negli obiettivi di politica pubblica ed hanno scarsa autonomia; nel secondo invece il funzionamento della rete è definito soltanto attraverso un percorso individuato dagli attori, in cui i diversi nodi sono in competizione tra loro.

Le caratteristiche istituzionali, quindi, possono funzionare sia come fattori ostativi che di facilitazione delle strategie di implementazione: per esempio, la cultura individualista degli specialisti calabresi così come il formalismo dell'attore regionale campano, orientato alla produzione di norme più che alla loro implementazione, generano chiusura e frammentazione, ostacolando la cooperazione necessaria al funzionamento della rete. Al

contrario la cultura di associazionismo e volontariato, presente nelle Marche, in Piemonte e Toscana, rappresenta una risorsa particolarmente utile, che, tuttavia, non è spesso adeguatamente valorizzata e può anche trasformarsi in un vincolo.

La Tab. 1 rappresenta un tentativo di tenere insieme sinotticamente alcune variabili istituzionali dei differenti modelli sanitari regionali e gli

esiti del processo di costituzione della *rete stroke*. Più specificatamente, sebbene tutte le Regioni abbiano deliberato in materia di *stroke*, si registra una certa lentezza sul piano della realizzazione. Anche le Regioni più avanzate come Lombardia, Toscana e Piemonte faticano a gestire tutta la filiera prevista dal processo costitutivo della rete, soprattutto in relazione all'integrazione tra Servizi sani-

tari e sociali nelle fasi di post-acuzie, in quanto gli attori coinvolti incontrano ancora una forte difficoltà di dialogo (tra l'altro le linee guida sono carenti su tali aspetti). Nel complesso, la costruzione della *rete stroke* è al momento schiacciata sulla gestione delle acuzie (essenzialmente, nella costituzione delle *stroke unit*) e risultano ancora poco sviluppate le fasi di prevenzione e riabilitazione. Critico

Tab. 1. Principali caratteristiche dei Sistemi sanitari regionali.

Regione	Modello	Variabili-concetti tipizzanti	Rete stroke
Lombardia	Competitivo-concorrenziale	Bassa centralità della Regione. Autonomia organizzativa e progettuale delle strutture. Concertazione nelle politiche. Concorrenza tra le strutture che può penalizzare il pubblico.	Esiste tutta la rete, scarsa gerarchizzazione.
Campania	Formalistico-individualistico	Dualismo territoriale. Separatezza tra Regione e territorio. Centralismo "formale" della Regione, ipertrofia legislativa. Controllo e monitoraggio solo formale.	La rete esiste solo a livello formale, difficoltà burocratiche alla realizzazione. Singole esperienze dal basso.
Calabria	Individualistico-frammentato	Individualismo. Frammentazione politicizzazione. Scarsa cooperazione. Emergenza economica.	Stadio iniziale di formazione della rete.
Marche	Spontaneista-frammentato	Insufficiente coordinamento, pur in presenza di programmazione e monitoraggio da parte della Regione. Spontaneismo. Resistenza moderata al cambiamento dei medici.	Assenza di rete <i>stroke</i> (singole esperienze) - scarso coordinamento.
Toscana	Redistributivo-egualitario	Centralità e dirigismo della Regione (incorporazione del territorio nella programmazione). Concertazione istituzionalizzata delle politiche. Approccio "orizzontale" alle competenze (diffusione dei saperi pratici a tutti i livelli). Orientamento pubblico (subordinazione del privato).	Rete <i>stroke</i> organizzata dal basso per iniziative singole, stadio ancora relativamente formale (conflittualità).
Piemonte	Redistributivo-egualitario	Centralità della Regione e del pubblico. Forte presenza volontariato e associazionismo (spesso "pilotato", diretto da medici).	Rete <i>stroke</i> in via di consolidamento, ma buona attenzione a tutte le fasi della rete.

è il collegamento tra strutture ospedaliere e riabilitative, spesso sprovviste di livelli di competenza adeguati.

Un ulteriore punto è relativo al riassetto del sistema dell'emergenza-urgenza; laddove la riorganizzazione di questo settore è più avanzata, come per esempio in Lombardia, anche la *rete stroke* è più sviluppata.

Va inoltre sottolineato che le *stroke unit* sono spesso attivate dal basso, in modo artigianale, grazie alla messa in opera di pratiche cooperative tra neurologi particolarmente motivati e direttori ospedalieri. La mobilità del personale e la circolazione di saperi che ne deriva sono altresì elementi rilevanti. Un vincolo fortissimo alla loro realizzazione deriva, infatti, dal sostanziale divieto all'assunzione di nuovo personale. Ne consegue che quando una *stroke unit*

viene realizzata, essa si comporrà difficilmente di personale specializzato e, al contempo, "multidisciplinare" (in termini tanto di disposizione professionale quanto di conoscenze basiche). Com'è evidente, tutto questo allontana le *stroke unit* materiali da quelle idealtipiche, descritte in letteratura.

Un ulteriore problema, comune anche alle Regioni avanzate, è quello della formazione degli operatori del sistema dell'emergenza, del personale delle *stroke unit* e persino dell'utenza. Infatti la prevalenza di modelli di cura tradizionali e la scarsa informazione sulla malattia ostacolano la corretta fruizione della *rete stroke* da parte dei cittadini, favorendo modelli comportamentali che ritardano la prima assistenza e aumentano pertanto la probabilità di conseguenze invalidanti o

mortali (come, per esempio, la corsa in auto all'Ospedale più vicino).

Infine vanno sottolineate le difficoltà connesse all'affermarsi di un nuovo paradigma scientifico della *stroke unit*, che comporta tensioni relazionali tra i diversi attori sanitari, derivanti dalla prevalenza di dinamiche di definizione professionale, di potere, sospetto e/o scetticismo. Persino all'interno della stessa categoria dei neurologi, alcune resistenze possono essere fatte risalire alla necessità di modificare l'identità e l'immagine di questi professionisti come "specialisti di malattie croniche", in favore di quella di "specialisti dell'urgenza"; altre sono ritrovabili nell'ostilità di molti neurologi verso l'organizzazione per intensità di cura; altre ancora nel sospetto, da parte dei non neurologi, che lo spe-

cialismo della *stroke unit* esprima più la volontà di esercitare un maggiore potere da parte dei neurologi che costituire una risposta a reali esigenze cliniche.

Tali tensioni, combinandosi tra loro, sono in grado di provocare chiusure comunicative e conflittualità che ostacolano la realizzazione della *rete stroke*, come evidenziano il caso toscano e piemontese. Tale deficit comunicativo - un'autentica urgenza nell'urgenza - può essere forse superato valorizzando pratiche concertative e collaborative sostanziali e non meramente formali, in grado di attivare processi decisionali e organizzativi capillari, partecipati, condivisi e "dal basso" (27), in cui tutti i soggetti interessati dalla filiera di cura siano coinvolti e maturino finalmente processi operativi comuni.

## Bibliografia

- (1) Langhorne P., Dennis M. (2004), *Stroke Units: The Next 10 Years*, Lancet, 363, pp. 834-5.
- (2) Drummond A.E.R., Pearson B., Lincoln N.B., Berman P. (2005), *Ten-year follow-up of a randomized controlled trial of a stroke rehabilitation unit*, BMJ, 331 (7515), pp. 491-2.
- (3) Candelise M., Gattinoni M., Bersano A., Micieli G., Sterzi R., Morabito A. (2007), *Stroke-unit care for acute stroke patients: an observational follow-up study*, Lancet, 369.
- (4) Saka O., Serra V., Samyshkin Y., McGuire A., Wolfe C. (2009), *Cost-effectiveness of stroke unit care followed by early supported discharge*, Stroke, 40, pp. 24-9.
- (5) Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 3 Febbraio 2005, *Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale*; disponibile su: <http://www.governo.it/backoffice/allegati/24489-2386.pdf>
- (6) Grol R., Grimshaw J. (2003), *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care*, Lancet, 362, pp. 1225-30.
- (7) Bersano A., Candelise L., Sterzi R., Micieli G., Gattinoni M., Morabito A. and the PROSIT Study Group (2006), *Stroke Unit care in Italy. Results from PROSIT (Project on Stroke Services in Italy). A nationwide study*, Neurol Sci, 27, pp. 332-9.
- (8) Ferro S. et al. (2008), *Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali*, Regione Emilia Romagna 2008.
- (9) Glaser B., Strauss A. (1967), *The Discovery of Grounded Theory*, Aldine, Chicago.
- (10) King G., Keohane R.O., Verba S. (1994), *Designing Social Inquiry*, Princeton University Press, Princeton.
- (11) Krueger R.A. (1994), *Focus Groups. A practical guide for Applied Research*, Sage, Thousand Oak.
- (12) Liamputtong P., Ezzy D. (2005), *Qualitative Research Methods*, Oxford University Press, Oxford.
- (13) Schein E.H. (1985), *Organizational Culture and Leadership*, Jossey-Bass, San Francisco.
- (14) North D. (1992), *Istituzioni, cambiamento istituzionale, evoluzione dell'economia*, Il Mulino, Bologna.
- (15) Alvesson M., Berg P.O. (1993), *L'organizzazione i suoi simboli*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- (16) Lanzalaco L. (1995), *Istituzioni, organizzazione, potere*, Nis, Roma.
- (17) Hatch M.J. (1997), *Teoria dell'organizzazione*, Il Mulino, Bologna.
- (18) Granovetter M. (1998), *La forza dei legami deboli e altri saggi*, Liguori, Napoli.

(19) Granovetter M. (2000), *Un'agenda teorica per la sociologia economica*, Stato e Mercato, 60, pp. 349-82.

(20) Maino F. (1999), *La regionalizzazione della sanità italiana negli anni novanta*, Il politico, 4, pp. 583-621.

(21) Maino F. (2001), *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna.

(22) Taroni F. (2007), *L'evoluzione delle politiche sanitarie in Italia, fra crisi finanziarie e problemi di fiducia*, Autonomie locali e servizi sociali, 1, pp. 29-42.

(23) Cepiku D. (2006), *Definizioni e modelli di Public Governance*, in M. Meneguzzo et al. (a cura di), *Managerialità, innovazione e governance*, Aracne, Roma.

(24) Martelli A. (2007), *Verso una nuova governance locale delle politiche sociali?*, Autonomie locali e servizi sociali, 1, pp. 97-108.

(25) Vicarelli G. (2005), *La politica sanitaria tra obiettivi annunciati e effetti inattesi*, in G. Vicarelli (a cura di), *Il malessere del welfare*, Liguori, Napoli.

(26) Ferrera M. (2006), *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna.

(27) D'Albergo E. (2002), *Modelli di governance e cambiamento culturale: le politiche pubbliche fra mercato e comunità*, in F. Battistelli (a cura di), *La cultura delle amministrazioni, tra retorica e innovazione*, FrancoAngeli, Milano.

# L'approccio organizzativo

Domenico Consoli<sup>1</sup>, Paolo Postorino<sup>1</sup>, Guido Signorino<sup>2</sup>, Domenica Farinella<sup>2</sup>, Pietro Saitta<sup>2</sup>

<sup>1</sup> UO Neurologia, Ospedale Jazzolino, Vibo Valentia  
neurologiavv@live.it

<sup>2</sup> Università di Messina, Dipartimento di Economia, Statistica, Matematica e Sociologia "V. Pareto"  
signorin@unime.it

L'approccio organizzativo al problema ictus sul territorio italiano presenta una straordinaria varietà di esperienze ad un livello sia inter- che intra-regionale. Al di là delle realtà di maggiore difficoltà, localizzate nelle Regioni meridionali, anche nelle Regioni che presentano la maggiore efficienza organizzativa o strutturale esistono delle lacune o delle pietre d'inciampo nella gestione del paziente con ictus cerebrale. Di seguito si riportano brevi note di sintesi relative alla valutazione dell'esperienza di sei Regioni italiane. Le valutazioni espresse sono frutto di una specifica indagine sul campo (la cui metodologia è più estesamente descritta nell'articolo: di Farinella, Saitta, Signorino e Consoli, pubblicato in questo stesso fascicolo) e di un diretto contatto con esponenti della realtà sanitaria delle varie Regioni.

## Calabria

La Calabria, in aggiunta alla annosa arretratezza, presenta attualmente la necessità di forti ridimensionamenti della spesa e la Sanità calabrese è, pertanto, commissariata. Il

Piano di rientro si incentra, sostanzialmente, sui concetti di riorganizzazione e di opzione su base prioritaria; questa spinta, però, trova le resistenze di numerose comunità locali, che premono per il mantenimento dell'Ospedale sotto casa e faticano ad affidare al territorio la gestione anche delle problematiche meno complesse.

Ciò può rientrare nell'ambito di un meccanismo che esalta, distorcendolo, un riferimento di tipo individualista che sconfinava nel particolarismo se non nel campanilismo.

Vi è poi una scarsa comunicazione fra gli operatori sanitari, se non addirittura una conflittualità nella implementazione delle novità, concernente l'assunzione della titolarità dell'iniziativa.

La rete territoriale è fortemente carente, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza riabilitativa, e, parimenti, vi è una scarsissima attenzione alle tematiche della formazione, informazione, prevenzione, sistemi di monitoraggio e di controllo della *performance* e dei risultati.

La *rete stroke* è sostanzialmente inesistente ed esiste una sola delibera, inattuata;

• Differenze ed analogie  
• in alcune Regioni italiane

si registrano sforzi isolati per la realizzazione delle *stroke unit*, soprattutto attraverso alcune iniziative condotte dal basso, ad opera di direttori sanitari sollecitati da neurologi. È da sottolineare che questa immagine della *stroke unit*, attivata all'interno degli Ospedali grazie alla caparbietà di singoli professionisti, che trovano poi il giusto supporto di un direttore generale, è comune anche ad altre Regioni, persino a quelle virtuose come la Lombardia. Particolarismi (politici e professionali), emulazione, competizione, polverizzazione del *management* dell'ictus con correlativa impossibilità di acquisire *expertise*, conseguenziale scarsa qualità degli Ospedali e dei Reparti, giocano certamente un ruolo fondamentale nel determinare il ritardo o nello spiegare la prevalenza di certe reti piuttosto che altre.

## Piemonte

Il Sistema sanitario del Piemonte, molto avanzato a li-

vello di proposta organizzativa e di legislazione, condivide con le altre Regioni un ritardo nella realizzazione della rete integrata. Già a partire dal 2005 la Regione è fortemente impegnata nell'implementazione delle linee guida, anche se rimangono aree di inefficienza legate sia ad una contenuta diffusione delle *stroke unit*, che ai percorsi assistenziali nella fase post-acuta. Il Piemonte si caratterizza per una centralità delle iniziative locali che faticano ad integrarsi fra di loro; nel quadro di un localismo per certi versi analogo a quello calabrese, ma assolutamente più efficace, il compito della Regione sarebbe di coordinare ed omogeneizzare gli sforzi delle singole strutture. Lo stato di implementazione della *rete stroke* piemontese è dunque definibile come interlocutorio, ovvero in fase di realizzazione.

## Marche

Al contrario di altre amministrazioni, sul fronte della

sanità, la Regione Marche si caratterizza per un elevato accordo sulle linee programmatiche, ottenuto grazie alle modalità progettuali della Regione, basate su una forte fase concertativa che coinvolge un numero di soggetti estremamente ampio. Tale convergenza resta, però, in molti casi formale, non incidendo sullo spontaneismo delle realtà locali.

La programmazione in materia di ictus è stata trattata per la prima volta nel Piano sanitario 2003-2006 e vede oggi sei *stroke unit* attive sul territorio. Dal punto di vista procedurale, il tavolo che si è occupato di raccogliere le evidenze scientifiche e di studiare le *best practice* sull'argomento era composto da un gruppo di esperti regionali sull'ictus, primari delle discipline interessate (118, Pronto Soccorso, Medicina interna, Neurologia, Neuroradiologia) e infermieri. Questo lavoro si è accompagnato ad una serie di monitoraggi sulle modalità di cura dello *stroke* negli Ospedali che, in ragione delle difformità rilevate, hanno condotto all'individuazione di standard per la costituzione di *stroke unit*, attualmente in attesa di approvazione da parte della Regione.

Esistono, naturalmente, delle debolezze di natura sistemica, quali una scarsa cultura delle *stroke unit* e dell'emergenza-urgenza in genere, la mancanza di personale dedicato, lacune d'organico che spesso sono colmate solo dalla buona volontà degli operatori, un generale sottodimensionamento della rete della riabilitazione e dei Servizi sociali.

### Toscana

Per quanto riguarda la Toscana i Piani regionali sanitari hanno segnato in maniera netta la direzione in materia di *stroke*, anche se la rete presenta ancora un livello intermedio di implementazione; in Regione esistono 14 Ospedali che trattano lo *stroke*; circa un quarto dei 10.000 eventi ictali annuali che affliggono l'area vengono trattati all'interno della *rete stroke*; tuttavia, come nelle altre Regioni, perdurano problemi relativi ai Servizi territoriali per la riabilitazione: sebbene esista dappertutto una presa in carico riabilitativa, non è organizzata sistematicamente, e resta quindi disomogenea e frammentata. Vi è una divergenza culturale su come debba essere immaginata la *stroke unit*; tra i politici, alcuni giudicano eccessivamente specialistico il modello delle *stroke unit*, ritenendo che corrisponda più alla volontà dei neurologi di marcare i confini professionali che ad una vera necessità medica. Per quanto riguarda la categoria stessa dei neurologi, si può affermare che si sta assistendo all'affermazione di una nuova consapevolezza, che implica la necessità di abbandonare una vecchia scuola di estrazione generalistica, optando per un approccio maggiormente orientato all'emergenza-urgenza ed alla cura di una patologia come l'ictus, in cui la rapidità diventa fondamentale ("time is brain!"). La gestione dello *stroke* in Toscana, in assenza di un riferimento legislativo specifico, trova riferimento generico nell'ambito di mo-

delli organizzativi più globali (Piano sanitario regionale), non contenendo gli indispensabili riferimenti organizzativi e la definizione dei criteri ineludibili per il riconoscimento e l'accreditamento delle strutture dedicate, che sono condizione necessaria per la garanzia di un'erogazione di qualità, universalità e eguaglianza.

Nel Sistema sanitario toscano è aperto un grande dibattito sulle problematiche relative alla riabilitazione e alla continuità assistenziale sociosanitaria, alla sensibilizzazione dell'utenza sull'importanza del 118, alla sensibilizzazione dei medici sul riconoscimento del TIA; questa organicità di visione e l'ambizione di inserire armonicamente la cura dello *stroke* nel Sistema sanitario nel suo complesso sono dei potenziali punti di forza della futura rete, anche se, allo stato attuale, tali potenzialità sembrano restare inespresse. Mancando, quindi, anche a livello di legislazione sanitaria, una codifica chiara della *stroke unit*, che è la cerniera fondamentale di tutto l'approccio all'ictus cerebrale, le stesse potenzialità della *rete stroke* sono inficiate.

### Lombardia

La Lombardia presenta un Sistema sanitario regionale che registra organizzazione a rete e concorrenza. L'organizzazione a rete, in questo senso, serve a strutturare il percorso di intervento per gruppi di patologie, a chiarire i livelli di intervento, gli standard minimi, le risorse e i mezzi che, sicuramente, le organizzazioni devono mettere in

campo per accreditarsi; ampia autonomia sul come implementare i processi viene poi lasciata alle singole Aziende. Il processo decisionale, con il quale si arriva alla definizione di linee guida, è basato sulla convocazione da parte della Regione di un gruppo di lavoro formato da esperti ed attori coinvolti nella gestione della patologia. Inoltre un punto di vantaggio rispetto alle altre Regioni è il fatto che il sistema delle emergenze-urgenze presenta in Lombardia un ottimo stato di implementazione ed è formato sulle problematiche dello *stroke*.

Questo sistema concorrenziale, che mutua riferimenti che privilegiano il diritto d'opzione del cittadino, nel mentre è applicabile in un *setting* assistenziale di tipo elettivo, ne marginalizza l'efficacia a vantaggio dell'utente allorché si contestualizza nell'ambito dell'emergenza - urgenza, ma riconosce una linea di tendenza e di pensiero che sottende strategie e tattiche.

Nel caso della Lombardia l'organizzazione a rete è intesa come messa in comunicazione di attori prima isolati, che potrebbero essere interessati in un percorso diagnostico o in una determinata patologia. La rete coincide con la definizione dei tavoli di esperti che dibattono su una determinata problematica, producendo alla fine di un percorso un documento ufficiale regionale, che rappresenta la implementazione e l'aderenza alla realtà locale delle principali evidenze cliniche internazionali sulla patologia e su percorsi ed

opzioni strategico-terapeutiche da eligere.

La storia della *rete stroke* lombarda evidenzia alcune peculiarità non riscontrabili in altre Regioni.

Si tratta di una proposta *bottom-up*, ma con una forte adesione alle linee guida. Nel documento finale della Commissione tecnica si parla di SUN, *Stroke Unit Network*, il cui obiettivo è collegare "le unità operative semplici e complesse, specializzate nella cura dell'ictus ed identificate sulla base dei criteri minimali previsti dallo studio PROSIT". Inoltre, elemento peculiare e di forte diversità rispetto alle altre Regioni, si adotta per le *stroke unit* un modello *comprehensive*, secondo cui all'interno dei presidi ospedalieri non si parla di SU (*Stroke Unit*), ma di UCV (Unità Cerebro cardioVascolare), costituita in modo flessibile da letti monitorati (per la cura semintensiva) e non monitorati. Le UCV, inoltre, condividono uno stesso riferimento informatico per l'introduzione dei dati clinici dei pazienti, che costituisce un notevole *database* e una possibilità di controllo di qualità dei singoli Centri sulla base dell'adesione comportamentale ai protocolli.

Collegamento precoce con la riabilitazione, tentativo di valorizzazione dell'integrazione sociosanitaria, incoraggiamento al dato epidemiologico, monitoraggio, sono alcuni degli aspetti della *rete stroke* lombarda, che ne aiutano a spiegare il migliore stato di avanzamento.

Il modello lombardo, comunque, non è immune da debo-

lezze: quella più generale è costituita dal rischio di opportunismo, cui si cerca di porre limite con la contrattualizzazione e una direzione per obiettivi e risultati, monitorati sul breve-medio periodo. Quella riguardante la *rete stroke* è l'elevata variabilità dei livelli di assistenza tra le varie UCV, nonostante i controlli periodici di qualità e le verifiche dell'operato delle Aziende ospedaliere pubbliche o private da parte delle ASL che supportano iniziative di controllo di eventuali irregolarità.

#### Campania

Il Sistema sanitario della Regione Campania è fortemente ambivalente; da un lato le province interne (Benevento, Avellino), iporappresentate sul piano abitativo e con minore inquinamento malavitoso, che consente modelli gestionali più snelli ed efficienti con strutture di particolare apprezzamento; dall'altro la zona costiera (Napoli, Caserta, Salerno) caratterizzata da una elevata densità di popolazione, con potenzialità di risposte sanitarie inadeguate ed insufficienti rispetto ai bisogni dell'utenza ospedaliera e territoriale.

La Regione, pur avendo una intensa attività normativa, di fatto resta inconcludente in termini operativi, in assenza di una chiara strategia che la porta ad un pullulare di atti quali risposte più a sollecitazioni esterne che ad un ragionato, razionale e sequenziale processo organizzativo.

Allo stato si riscontra una deliberazione di indirizzo regionale, frutto di una Commis-

sione di esperti nominata nel 2005, che ha definito la *rete stroke* ed i percorsi assistenziali, sollecitando l'adozione delle *stroke unit*. Il documento è rimasto un atto cartaceo, tanto che a Napoli non si eseguono la trombolisi e non esistono *stroke unit* operative.

La *rete stroke* prevista sulla carta è essenzialmente una rete dell'emergenza, molto concentrata sulla pronta gestione dell'acuto: entro le tre ore dalla manifestazione dell'evento, il paziente deve arrivare nella UNIC (Unità ictus) più vicina e di livello più adeguato alle sue necessità terapeutiche, grazie ad una diagnosi precoce che inizia dalla chiamata al 118 e si conclude in Pronto Soccorso, con la collaborazione dei medici di UNIC o *stroke team* presenti nel presidio. Le linee danno poi alcune indicazioni di percorso sia in relazione alla fase di prevenzione e pre-ospedalizzazione, che a quella di riabilitazione.

In realtà, dopo più di un lustro dall'approvazione si è assistito alla creazione di qualche *stroke unit* sporadica, ad esempio in provincia di Benevento, unica operativa, anche in termini di trattamento trombolitico, seppur con numeri modesti, ma il processo complessivo è rimasto solo nelle intenzioni degli estensori del documento. Addirittura, nel recente Piano sanitario (2007-2009), non soltanto non viene previsto alcun meccanismo di controllo sulla ricezione delle linee guida regionali da parte delle strutture ospedaliere (e di conseguente sanzione delle stesse), ma viene addirittura

ridimensionato lo spazio dedicato alla patologia. Forse questo trova giustificazione nella distrazione del decisore verso altre problematiche di natura economica e finanziaria sollecitate dal piano di rientro.

#### Considerazioni conclusive

Ciascuna Regione tende a confezionare il percorso di costruzione della *rete stroke* coerentemente a quelle che sono le proprie peculiarità istituzionali e socio-culturali e non già ad un modello sperimentato in termine di efficacia ed efficienza. Così in Lombardia si realizza un modello di rete basato sulla emulazione-competizione e sull'equiparazione pubblico/privato mentre il Piemonte ne ipotizza un altro fondato su cooperazione, per qualche verso concertazione, ed infine condivisione e centralità del pubblico.

Quando i vari momenti territoriali non riescono a trovare un percorso condiviso ed unificante, in sintonia con i meccanismi istituzionali e con i riferimenti organizzativi, espressi dal Sistema sanitario regionale nella più generale pianificazione regionale dove trovano embricature diverse competenze in una ottimizzazione logistico strutturale, allora la *rete stroke* fa fatica ad avviarsi; il caso toscano è esplicitativo dell'incapacità di porre in essere un approccio condiviso allo *stroke*, che possa fungere da momento di sintesi tra valori, norme e principi del Sistema sanitario. Sebbene la Regione Toscana garantisca una sanità caratterizzata da buoni livelli di

assistenza allo *stroke*, il sistema della messa in rete stenta a sostanzarsi in un modello di gestione condiviso a livello regionale proprio a causa di visioni non univoche e più spesso contrastanti sulle *stroke unit* e sulla più generale filosofia di assistenza allo *stroke*.

Nelle Marche l'impossibilità di disegnare un percorso comune e condiviso a livello regionale è causata dalla difficoltà dell'attore regionale a esercitare il proprio potere programmatico in modo vincolante (al di là dell'atto formale), a causa della tradizione di larga autonomia locale ed auto-organizzazione dei nodi periferici del sistema.

Infine nel caso di Regioni come la Calabria e la Campania, caratterizzate da modelli sanitari con *performance* estremamente negative, in cui frammentazione e individualismo si associano ad una concezione tradizionalmente amministrativa e burocratica della sanità, che spesso serve a coprire un particolarismo e una politicizzazione delle scelte programmatiche, il pas-

so appare ancora più complesso. Il cambiamento e la possibilità di implementare la *rete stroke* si fondano, in queste Regioni molto che più che nelle altre, sulla necessità di generare un vero e proprio cambiamento culturale, attraverso l'istituzionalizzazione di nuovi modelli assistenziali che rompano con i riferimenti, le norme e le routine che, fino ad oggi, hanno orientato l'organizzazione materiale del Sistema sanitario.

La riabilitazione, molto più che altri settori sanitari, è stata, soprattutto nelle Regioni meridionali, terreno di sviluppo per il privato.

Questo ha causato una crescita disomogenea e frammentata delle strutture stesse. Inoltre il processo è stato nel suo complesso gestito male, con poca attenzione ai requisiti di base da richiedere alle strutture, all'importanza dei protocolli di cura, sia in termini di personale specializzato da impiegare, che di tecnologie e metodologie lavorative da seguire, e/o ai processi di accreditamento, che si sono affermati soltanto negli ultimi anni.

Nella stesura di questa breve sintesi, che trova più adeguato e diffuso riscontro nel volume *Sanità e governance territoriale: il caso dell'assistenza integrata all'ictus* di Domenica Farinella, Pietro Saitta, Guido Signorino, col coordinamento di Domenico Consoli (*in press*), ci siamo sforzati di osservare in maniera obiettiva, più che giudicare. Riteniamo che l'implementazione non possa nascere se non da modelli concertati e condivisi, metodologia questa che richiede tempi relativamente più lunghi, a fronte, però di una pressante ed urgente richiesta di inversione di tendenza.

D'altronde l'inesistenza di approcci universalmente validi per il trasferimento dalla *best evidence* alla *best practice* impone una rivisitazione del rapporto tra decisori e mondo professionale sanitario, nelle modalità più efficaci nelle diverse realtà territoriali (1).

La concertazione e la organizzazione del buon governo clinico nascono dal dialogo e da un corretto rapporto tra i detentori del diritto di scegliere

e gli attori sul campo del processo curativo-assistenziale.

Modelli diversi ripropongono il *leit-motiv* della gestione del potere e del comando, laddove la norma non ha sempre uguale peso e valore, laddove la inevitabile discrezionalità del singolo e del decisore intermedio e finale porta ad interpretare la norma per gli amici ed ad applicarla in maniera inflessibile per i nemici. Ad ogni buon fine, e questo ci pare possa essere il pensiero conclusivo, è impellente restituire alla pubblica opinione ed alla società civile la facoltà, per la ricerca dell'interesse collettivo, di orientare i propri delegati cui imporre il diritto/dovere di scegliere per mandato.

Appropriarsi della delega superando il patto fiduciario, non interpretando il ruolo di momento di risonanza, mediazione e sintesi delle diverse posizioni della pubblica opinione nel tentativo di gratificazione dei bisogni della collettività, significherebbe ribaltare la logica democratica e tradire l'istituto di rappresentanza.

## Bibliografia

Grol R., Grimshaw J. (2003), *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care*, *Lancet*, 362, pp. 1225-30.