

SENZA WELFARE?
**Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello
mediterraneo**

Napoli, 30 settembre – 2 ottobre 2010

**Regionalizzazione dei sistemi sanitari e nuovi modelli di
governance dell'assistenza, il caso della rete stroke.**

di Domenica Farinella, Pietro Saitta e Guido Signorino*

Paper presentato alla Terza Conferenza annuale ESPAnet Italia 2010
Sessione: 1C

*Processi di regionalizzazione dei sistemi sanitari in Italia e in Europa meridionale:
quali prospettive tra cambiamenti di policy e dinamiche di politics?*

Versione provvisoria

*Dipartimento di Economia, Statistica, Matematica applicata e Sociologia "V.Pareto"
Via Tommaso Cannizzaro, n.278
982122 Messina

*Per contatti: Guido Signorino, professore ordinario di Economia politica presso l'università di
Messina, signorin@unime.it*

Pietro Saitta, ricercatore di Sociologia generale presso l'università di Messina; pisait@gmail.com

*Domenica Farinella, dottore di ricerca in Sociologia dei processi di innovazione,
domenica.farinella@gmail.com*

ABSTRACT

The article discusses the outcomes of a empirical study conducted in 2009. The research aims to investigate the reasons of the regional differences in the implementation process of the “stroke networks” in Italy. By employing 50 in-depth interviews and 6 focus-group addressing key-actors operating in the health systems of six Italian Regions, the following dimensions are observed: Decision makers’ agenda; limitations of the regional budgets; general organizational delays; structural complexity; competition mechanisms concerning scarce resources; differences in the organization, structures of power and relevance of informal practices.

Keywords: Devolution – Health System – Stroke – Organization - Networks.

1. Introduzione

Un’ampia letteratura si è ormai consolidata nell’analisi sia del ruolo dell’assistenza sanitaria in Italia all’interno del più generale sistema di welfare che dei processi di managerializzazione e regionalizzazione che si sono avviati a partire dagli anni novanta (tra gli altri, Sharpe 1988; Pavolini 2009, France 2008, Vicarelli, Neri and Pavolini, 2005, France and Taroni 2005, Vicarelli 2005). I processi di cambiamento e devolution sanitaria si sono rispecchiati in una sostanziale disomogeneità nelle performance dei sistemi sanitari regionali, tanto in termini di bilancio quanto di qualità delle cure e dei servizi (riproponendo peraltro il tradizionale divario Nord-Sud in materia di economia e welfare state) (Kazepov and Genova 2005; Cartocci 2007).

La nostra ricerca matura nell’ambito di questo processo di differenziazione ed è volta a comprendere le ragioni del differente sviluppo che servizi di cura essenziali come le reti stroke assumono nel quadro italiano. In termini concreti, infatti, la regionalizzazione assume forme minime e per nulla altisonanti, volte a regolare singoli servizi che compongono la sfera complessa della pubblica amministrazione. Concentrarsi su queste forme minime di applicazione, dunque, può essere un modo utile di investigare gli stili di regolazione e i motivi delle differenze esistenti.

A quasi cinque anni dall’adozione di linee guida nazionali, soltanto alcune regioni del Nord presentano un modello di assistenza integrata allo stroke, fondato sulla creazione di Stroke Unit dentro gli ospedali e su una rete stroke che definisca il percorso assistenziale del paziente dalla manifestazione dell’evento fino alla fase di reinserimento nel tessuto sociale. Le regioni meridionali in particolare evidenziano notevoli difficoltà nella realizzazione di un modello di governance dell’assistenza territorializzato e integrato come quello che presiede la logica della rete stroke. Il paper cerca di capire i motivi di tale ritardo a partire da un confronto con regioni con presentano un migliore stato di avanzamento.

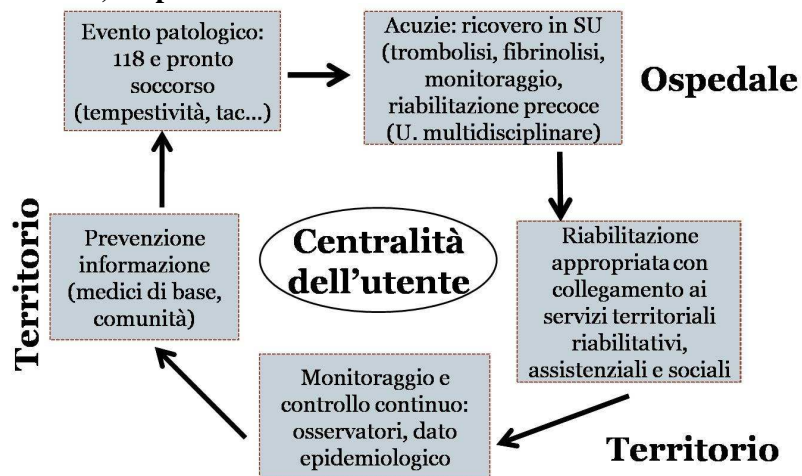
Il caso dello stroke è interessante e può aiutare ad individuare le debolezze e i fattori di arretratezza dei sistemi sanitari regionali meridionali, proprio in quanto espressione delle nuove logiche assistenziali a rete e integrate, che superano l’approccio meramente economicistico che si era affermato negli anni novanta

Il par. 2 ricostruisce la problematica dello stroke e riassume inoltre l’impostazione della ricerca e la metodologia adottata. Il par. 3 espone i risultati dell’analisi empirica, soffermandosi sull’analisi dei singoli casi regionali. Il par. 4 propone un confronto d’insieme tra le diverse regioni e provare a proporre una tassonomia dei sistemi sanitari regionali analizzati basata su alcune variabili tipizzanti, collegandola ai diversi esiti della rete stroke. Il par. 5 stila alcune riflessioni conclusive e delle indicazioni di *policy*.

2. L'impostazione della ricerca

Sulla base di studi longitudinali e di indagini condotte su scala regionale (Ricci et al. 1991; D'Alessandro et al. 1992; Lauria et al. 1995; Di Carlo et al. 2003), la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (2005) ha riconosciuto che “l'ictus rappresenta, per le sue dimensioni epidemiologiche e per il suo impatto socio-economico, una delle più importanti problematiche sanitarie, costituendo la prima causa di invalidità permanente, la seconda causa di demenza, e (in Italia) la terza causa di morte”. Evidenze empiriche di cui la stessa Conferenza tiene conto mostrano che il riconoscimento precoce dell'ictus e il suo trattamento in strutture dedicate (*stroke unit*), dotate di equipe multiprofessionali (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 (Langhorne e Dennis 2004; Drummond et al. 2005; Candelise et al. 2007; Saka et al. 2009). La realizzazione e diffusione di queste strutture nel sistema sanitario nazionale era l'obiettivo dell'Accordo Stato-Regione 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 cogenza – 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.

Fig. 1 – la rete stroke, un processo circolare



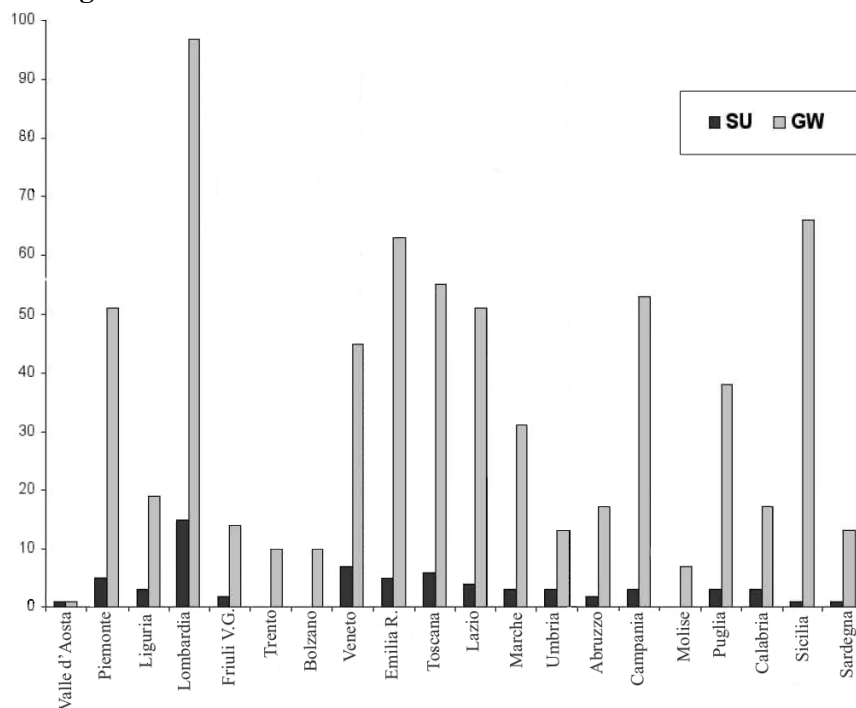
La *rete stroke* viene disegnata nell'accordo mediante un sistema “circolare” di *governance* territoriale, che ruota attorno all'utente; l'obiettivo è creare un adeguato raccordo tra territorio e ospedale, coinvolgendo i diversi attori territoriali prima isolati. Nella fase di prevenzione si realizzano campagne formative e informative con i medici di base e gli utenti sui fattori di rischio (come fumo e obesità) e gli stili di vita (svolgimento di una regolare attività fisica). In occasione dell'evento patologico, la *rete stroke* attivando canali privilegiati già dal 118 e dal pronto soccorso, assicura un tempestivo intervento sul paziente, con l'applicazione di tecniche specifiche (le scale di Cincinnati e del Coma di Glasgow). Il rapido ricovero in *stroke unit* (SU) per la fase acuta, permette il controllo in letti monitorati, un trattamento integrato e un avvio precoce della riabilitazione. Inoltre, aiuta a incrementare il numero di pazienti eleggibili per la trombolisi (praticabile solo entro tre ore dall'evento in strutture autorizzate, di solito centrali e per questo definite *hub*, contrapposte a quelle inidonee, periferiche e chiamate *spoke*). In seguito

al superamento dell'acuzie, si deve attivare un raccordo diretto con idonee strutture riabilitative, calibrate sulle esigenze di cura del paziente e non solo sulla disponibilità dei posti nelle strutture; infine bisogna aiutare il paziente a reinserirsi nel tessuto sociale, coordinando l'integrazione tra servizi territoriali riabilitativi, assistenziali e sociali e garantendo un monitoraggio continuo della patologia, attraverso la costituzione di database e osservatori specifici, i cui dati sono peraltro utili a tarare le campagne di prevenzione e informazione (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 attivi i differenti livelli organizzativi e i soggetti implicati nella pratica di cura (medici, staff ospedalieri, strutture di cura, ambiente locale) (Grol e Grimshaw 2003).

Il Progetto di Ricerca sui Servizi di Ricovero per Pazienti con Ictus Cerebrale in Italia (PROSIT) ha censito le *stroke unit* e la qualità delle loro prestazioni comparativamente alle performance dei reparti internistici non specializzati (General Ward, o GW) nelle strutture che avevano trattato più di 50 casi di ictus nell'anno (Bersano et al. 2006). Sono state individuate 68 SU e 677 GW. La valutazione qualitativa ha rivelato complessivamente una significativa superiorità per le SU rispetto alle GW, a fronte però di una loro scarsa diffusione (9% del campione), in controtendenza rispetto ad altri paesi come la Gran Bretagna, dove le SU risultano attive nell'83% degli ospedali (Rudd et al., 2005). Inoltre la distribuzione regionale delle SU mostrava livelli differenziati e una prevalenza nelle zone del Centro-Nord (fig.2).

Fig. 2: diffusione delle stroke unit in Italia



Fonte: Bersano et al. (2006)

Una recente ricerca di Ferro et al. (2008) su 14 regioni ha 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. Tale studio si basava però su dati documentali e non forniva indicazioni sui processi materiali.

La ricerca qui presentata, finanziata dal Centro Controllo e Prevenzione delle Malattie (CCM) del ex Ministero della Salute, si è proposta di colmare questo vuoto, analizzando i modelli organizzativi di sei regioni con differenti livelli di implementazione dell'Accordo Quadro, in modo da trarre dal confronto ipotesi e suggestioni utili al superamento degli ostacoli presenti nelle regioni in ritardo.

Il disegno della ricerca è costruito con un metodo esplorativo, aperto e circolare, volto a comprendere i diversi modelli d'azione ed accogliere ipotesi in itinere (Glaser e Strauss, 1967). La ricerca utilizza strumenti qualitativi, in particolare interviste semi-strutturate in profondità e focus group (King, Keohan e Verba 1994, Krueger 1994, Liamputtong e Ezzy 2005). 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 (Schein 1985; North 1990; Alvesson e Berg 1993; Lanzalaco 1995; Hatch 1997; Granovetter 1998; 2000). 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 sociali, 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.

Una questione centrale ha riguardato il "reclutamento" dei testimoni privilegiati. Per assolvere questa funzione sono stati identificati un nucleo di "informatori" (*focal point*), uno per ogni regione. L'"informatore" è un neurologo, con un ruolo apicale nella *rete stroke* regionale, e che, grazie alla propria posizione, possiede una profonda conoscenza delle dinamiche interne all'organizzazione sanitaria di riferimento. I *focal point* hanno identificato le figure-chiave da convocare per le interviste in base ad una lista di figure professionali stilata preventivamente dai ricercatori.

Dopo aver raccolto materiale organizzativo e legislativo per inquadrare l'argomento, si è proceduto alla prima fase della ricerca, consistita in interviste in profondità a testimoni privilegiati. Per ogni regione sono stati "ascoltati" da 6 a 12 soggetti, per un totale di 50 interviste in profondità (tab.1). Lo schema di interviste originario prevedeva di ascoltare per ogni regione alcuni soggetti con ruoli di vertice: un politico esperto nella sanità (assessore alla sanità o suo delegato), un tecnico-dirigente della Regione, responsabile della programmazione sanitaria, un tecnico-dirigente delle agenzie regionali sanitarie (laddove presenti), fino a due direttori generali di strutture ospedaliere (ASL, aziende ospedaliere, policlinici), un direttore sanitario di struttura ospedaliera, un direttore di SU o di reparto di neurologia (se non presente), un preside di facoltà di medicina e un presidente dell'ordine dei medici (considerati questi ultimi due come portatori di potenziali interessi). Alcuni soggetti (in particolare quelli di nomina politica) hanno però rifiutato l'intervista (tab.1).

Tab.1: composizione delle interviste

REG.	NUM. INTERVISTATI	Mancanti
Calabria	6	Preside di facoltà; assessore; direttore <i>stroke unit</i>
Campania	12	Assessore
Lombardia	8	Assessore
Toscana	9	Preside di facoltà
Marche	8	Assessore
Piemonte	9	Tecnico-dirigente regionale
Totale	52	

Nelle interviste, pur a partire da una traccia comune, si è adottato un approccio “flessibile”, che tenesse conto delle differenti posizioni degli intervistati. Nel complesso sono stati ascoltati 52 soggetti. Le interviste hanno preceduto la realizzazione di 6 focus group (uno per regione).

I partecipanti ai focus group sono stati individuati attraverso il metodo reputazionale, su indicazione dei partecipanti alle precedenti interviste e dei *focal points*. La composizione dei focus è stata modificata in base ai risultati emersi dalle interviste in profondità. Il disegno di ricerca originario intendeva concentrarsi su attori sanitari maggiormente attivi all’interno delle problematiche relative all’ictus (infermieri, tecnici della riabilitazione, neurologi) e organizzativo-gestionali delle aziende ospedaliere (collaboratori di direttori generali e sanitari).

In seguito alla prima fase della ricerca si è osservato che le problematiche relative all’implementazione della rete stroke, piuttosto che collocarsi su un piano operativo ed organizzativo-gestionale, andavano inquadrare in un contesto più ampio, legato alla più generale riorganizzazione nei sistemi sanitari regionali dei diversi percorsi assistenziali in rete. In particolare sono emerse quelle che sembrano configurarsi come:

- *forme di competizione tra le reti emergenti* (rete oncologica, cardiologia, rete delle emergenze-urgenze, rete della riabilitazione, per citarne alcune), in un quadro di risorse a disposizione che diventano sempre più scarse;
- *forme di complementarità tra le reti stesse*: la presenza di una affermata rete delle emergenze-urgenze o l’esistenza di una valida ed efficiente rete riabilitativa, appaiono infatti positivamente correlate allo stato di implementazione della rete stroke stessa.

In ragione delle precedenti osservazioni, nel corso dello studio si è deciso di ricalibrare i focus group includendo soggetti “apicali”, in particolare: responsabili delle principali rete di assistenza; della direzione delle Aziende sanitarie; della programmazione regionale; delle associazioni rappresentative dei medici di base. I focus sono risolti composti come in tab. 2 e hanno coinvolto nel complesso 62 soggetti.

Tab.2 – Composizione dei focus group per Regione

<i>Ruolo ricoperto nel sistema sanitario</i>	<i>Calabria</i>	<i>Campania</i>	<i>Marche*</i>	<i>Toscana</i>	<i>Lombardia</i>	<i>Piemonte</i>
Responsabile Programmazione regionale	1		1	2	1	1
Responsabile Agenzia Regionale sanitaria		1	1	1		1
Responsabile Rete Stroke	1	1	1	1	1	1
Responsabile Rete Emergenze-Urgenze	1	1	1	2	1	1
Responsabile Rete Riabilitazione	1	1	2	1	2	1
Responsabile Associazione malati (ALICE)	1	1	1	1	1	1
Responsabile Rete Cardiologica	1	1		1	1	1
Responsabile Rete Oncologica		2	1	1		1
Direttore Sanitario o Generale di ASL o Azienda Ospedaliera	1			3	1	1
Rappresentante dei Medici di Base	1		2	2	2	2
TOT	8	8	10	15	10	11

*Il tavolo si è caratterizzato per un tasso elevato di abbandono che ha in parte inficiato la validità della seconda parte del focus.

Infine, l’analisi dei contenuti di interviste e focus è stata condotta attraverso il software di analisi testuale *Atlas.ti*, secondo le modalità proprie della *grounded theory* (Glaser e Strauss, 1967)

3. Studi di caso

La rilevazione mostra che, a prescindere dal numero di SU attive nei territori studiati (generalmente basso, con l’eccezione della Lombardia), tutte le Regioni faticano ad attivare le *reti stroke*. Le ragioni di questo ritardo sono in parte comuni. In estrema sintesi, esse fanno capo

essenzialmente a: *i*) alla pressione derivante dagli oneri di risanamento del debito e all'agenda degli interventi, che distrae le Regioni dal problema ictus; *ii*) alla carente comunicazione tra settori sanitari coinvolti (si pensi, ad esempio, al complesso rapporto tra emergenze-urgenze e neurologie, tra strutture riabilitative e unità intensive, tra servizi territoriali e ospedalieri) e tra centro e periferia (la relazione tra medici di base nei comuni più piccoli e isolati e, per esempio, la Regione); *iii*) alla competizione tra medici e discipline (per esempio, quella tra cardiologi e neurologi); *iv*) alla concorrenza tra strutture ospedaliere; *v*) alla marginalità delle associazioni dei pazienti affetti dalla patologia in esame e allo scarso interesse dell'opinione pubblica verso quest'ultima.

Vedremo innanzi come ciascuna di queste problematiche si manifesta di concerto con le altre nelle aree osservate.

3.1 Calabria

Come emerge da tutte le interviste, il sistema sanitario calabrese versa in uno stato di emergenza, la Regione è commissariata ed è previsto un oneroso piano di rientro finanziario. La sanità regionale si caratterizza per una estesa presenza di ospedali di piccola dimensione che, secondo il nuovo piano sanitario, dovranno essere chiusi, seguendo una logica di razionalizzazione e gerarchizzazione volta a riorganizzare i presidi per livelli di importanza e a diversificare l'offerta sanitaria. Secondo i dirigenti regionali ascoltati, la chiusura degli ospedali minori incontra forti ostacoli, di natura politica (legate alla gestione del consenso) e sociale. Per gli operatori medici, la cultura assistenziale diffusa nella popolazione sovraccarica l'ospedale di funzioni improprie, scaricando su di esso anche la cura di patologie semplici che andrebbero indirizzate sulle strutture territoriali. Nel complesso gli intervistati sottolineano che, a causa del deficit finanziario, i margini di manovra nelle politiche sanitarie sono ridotti e queste sono incentrate sul mero contenimento della spesa, con una compressione delle esigenze sociali. La limitata attenzione ai bisogni dell'utenza e ai dati epidemiologici nella fase di programmazione può, sul lungo periodo, ostacolare il riassetto complessivo del sistema. Questi aspetti accomunano Calabria e Campania. I clinici ascoltati affermano che in genere tra le strutture sanitarie prevale una logica di separatezza e di assenza di comunicazione che produce frammentazione e bassi livelli di cooperazione. In modo analogo, i dirigenti regionali e ospedalieri osservano che l'atteggiamento individualistico e di chiusura, con una scarsa propensione al lavoro di gruppo, caratterizza anche gli specialisti che tendono a frenare le innovazioni, vedendole come minacce ai propri spazi di potere.

L'arretratezza nell'implementazione della *rete stroke* rispecchia questi problemi. Soltanto nel 2009 è stata approvata in Giunta una delibera che descrive il percorso assistenziale integrato. La rete è interamente da realizzare in tutte le sue fasi (prevenzione, ospedalizzazione e post-ospedalizzazione). Al momento gli sforzi maggiori sono rivolti alla gestione dell'acuto, con la costituzione di *stroke unit* presso alcuni presidi ospedalieri più grandi. Si tratta per lo più di iniziative condotte dal basso, ad opera di direttori sanitari sollecitati da neurologi. Le "storie" sulla costruzione delle SU seguono d'altronde questo canovaccio quasi mitologico di "pionierismo" anche nelle regioni virtuose; secondo tale narrazione, la SU nasce dal basso, dall'incontro tra la caparbia di alcuni professionisti e la disponibilità del direttore generale. Si mette così in atto uno spirito collaborativo e di sacrificio che permette il contenimento dei costi: le nuove unità vengono ricavate riadattando spazi dell'ospedale e rimodulando il personale, che viene addestrato dal neurologo che gestirà la struttura (un professionista spesso proveniente da strutture esterne, dove ha conosciuto il nuovo modello). Questa costruzione localizzata di un solo "nodo" della rete (la gestione dell'acuto) provoca problemi di coordinamento nelle regioni in cui le altre fasi sono poco sviluppate, limitando lo stesso funzionamento delle *stroke unit* (perché ad es. i pazienti arrivano tardi).

In Calabria l'eccessivo individualismo degli attori ostacola la cooperazione e finisce per intralciare la costruzione dal basso; non a caso in alcuni presidi si è registrata, secondo alcuni testimoni (medici e dirigenti), una forte conflittualità tra specialisti di medicina generale e neurologia relativa a quale reparto dovesse "accaparrarsi" l'apertura della SU. Inoltre, sia sul versante della prevenzione che della riabilitazione (decisamente sottodimensionata, poco qualificata e per lo più gestita da privati), il quadro è molto frammentario e, in carenza di risorse economiche, difficilmente potrà essere migliorato. Anche nei sistemi di monitoraggio dei casi clinici si registra una debole attenzione.

3.2 Campania

Il sistema sanitario campano presenta tratti di dualismo territoriale. Da un lato Benevento ed Avellino, piccole province montane, poco popolate, a bassa criminalità, con una discreta gestione dei servizi sanitari ed alcune eccellenze; dall'altro la zona costiera (Napoli, Caserta e parte di Salerno), con elevata congestione urbana, alta densità abitativa, sottodimensionamento e cattiva distribuzione delle strutture sanitarie rispetto ai bisogni territoriali che degenera in un'offerta sub-ottimale. Soprattutto nel napoletano ci sono aziende ospedaliere vecchie e obsolete ma di lunga tradizione storica e per questo difficili da chiudere (come quelle nei quartieri spagnoli). Tutto ciò finisce per decretare uno stato di perenne emergenza e di difficile gestione, in cui convivono frammentazione, individualismo, privatismo e conflittualità sociale. Come emerge dalle interviste condotte la conflittualità sociale si rispecchia a diversi livelli:

- tra gli utenti, che ragionano in termini egoistici e di *free-riding*, con un atteggiamento orientato al consumo istantaneo dei servizi e non al bene collettivo (Donolo 2001);
- tra gli utenti e le organizzazioni sanitarie: il *free riding* dell'utenza e l'elevato grado di sfiducia istituzionale intrappola gli ospedali in una logica di emergenza che, diventata quotidianità, rende difficile la programmazione, la progettualità e il miglioramento della qualità dei servizi;
- tra strutture sanitarie e amministrazione regionale, che non comunicano. La regione è vista dai medici e dai dirigenti ospedalieri come burocratizzata e centralizzatrice, caratterizzata da un fare tecnicista e giuridico-amministrativo che la allontana dal concreto sistema sanitario e genera un divario tra quello che è definito dalla legge e ciò che è realizzato. Gli operatori locali lamentano l'imposizione dall'alto di direttive formali e generiche riguardo a mezzi, risorse e modalità attraverso cui raggiungere gli obiettivi. Da qui, in assenza di controlli, una tendenza a "non" attuarle.

Così come notato da Vicarelli e Pavolini (2009) a proposito di altre Regioni meridionali, la Campania si caratterizza per una ipertrofia legislativa, che si esaurisce in gran parte nel piano formale: delibera abbondantemente, ma tali provvedimenti non hanno effetti sul sistema sanitario, che continua a camminare per inerzia. Si verificano così fenomeni di de-responsabilizzazione rispetto ai risultati, come se il compito dell'amministrazione si esaurisse nella produzione della delibera (Merton 1949). Tale tendenza accomuna peraltro la Campania ad altre Regioni che, all'indomani dell'Accordo in seno alla Conferenza Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 per il finanziamento dei deficit di bilancio, si sono rivelate incapaci di gestire le perdite, malgrado il proliferare di misure e piani di rientro da esse stesse prodotte (France 2008; Vicarelli e Pavolini 2009). La vicenda della *rete stroke* è emblematica di tali difficoltà. Attualmente esiste soltanto un atto di indirizzo regionale, frutto di una commissione di esperti nominata nel 2005, che ha definito la rete ed i percorsi assistenziali, sollecitando l'adozione delle SU. Il documento è rimasto inattuato, tanto che a Napoli (terza città italiana per popolazione) non si esegue la trombolisi e non esistono SU realmente operative. Nelle zone interne la situazione è meno grave. L'ospedale Rummo di Benevento presenta un'esperienza

interessante: grazie alla presenza di neurologi che venivano da realtà extraregionali si è creata una *stroke unit* e si sta abbozzando in modo artigianale la rete, sopperendo alle mancanze regionali e alla carenza di risorse finanziarie attraverso una cooperazione diretta sia con il dirigente del 118 che con alcune strutture riabilitative. Con piccole opere di adeguamento si sono attrezzate alcune stanze, si sono acquistati strumenti e letti monitorati utilizzando in modo flessibile alcuni fondi, gli operatori di 118 e pronto soccorso sono stati formati a carico proprio, si è creato una sorta di canale privilegiato per raccogliere parte dei pazienti con una grossa struttura riabilitativa privata presente nella zona. Nell'esperienza beneventana è proprio il neurologo che ha in cura il malato ad attivarsi per trovargli un posto in una struttura riabilitativa adeguata, anche se questo aggrava il proprio carico di lavoro. Si sopperisce così alle carenze di collegamento tra ospedale e plessi riabilitativi, che rappresentano un nodo critico in tutte le regioni osservate e in modo particolare in Campania, dove il settore riabilitativo è sottodimensionato, con pochi operatori qualificati e prevalentemente gestito da privati *for profit*. In questa regione, i pazienti più anziani e con traumi importanti, maggiormente costosi in termini di assistenza non vengono facilmente accolti nelle strutture, restando in carico agli ospedali che li hanno curati. Inoltre il vincolo delle assunzioni, che si applica anche a strutture virtuose, rende difficile "recuperare" personale da dedicare in modo esclusivo alla SU. Secondo i clinici e, persino, secondo alcuni dirigenti regionali, il dato epidemiologico non incide sulla programmazione sanitaria: nonostante la forte incidenza regionale dell'ictus, negli ultimi piani sanitari l'attenzione dedicata alla patologia si è ridotta. Alcuni dirigenti ospedalieri e i medici lamentano un *iter* troppo burocratico e di difficile conclusione per attivare una *stroke unit* autorizzata a specifici trattamenti. In questo senso, l'eccessivo formalismo è un vincolo alla pratica organizzativa. Sebbene esistano esperienze positive di attivazione dal "basso" delle SU, la *rete stroke* difficilmente potrà decollare in assenza di una maggiore integrazione tra 118, pronto soccorso, ospedali e strutture riabilitative, al momento attori isolati. Soprattutto, faticherà a svilupparsi se la Regione perseguirà nella logica di separatezza e controllo formale e non riuscirà a mettere in atto un controllo effettivo sui risultati, che vada oltre la definizione di parametri di valutazione delle performance (in parte esistenti) e compori una capacità di sanzionare le strutture inadempienti e di premiare quelle virtuose.

3.3 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. Secondo i dirigenti delle aziende periferiche e i clinici, però, tale convergenza resta in molti casi formale, non incidendo sullo "spontaneismo" delle realtà locali. Si registra così un accordo sugli intenti, senza che questo si concretizzi nella costituzione di una rete. 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. Una volta approvati tali standard, le SU avranno tre anni per adeguarsi.

Si registrano tuttavia ostacoli correlati alle difficoltà di coordinamento tra servizi territoriali e alle risorse (il deficit della sanità ammonterebbe a 60 milioni di euro). Sono inoltre presenti difficoltà legate alla conflittualità interna ai reparti, caratterizzati da relazioni competitive e

posizioni consolidate che potrebbero allungare i tempi delle riforme. Inoltre, ulteriori fattori ostativi rinviano alla limitata autonomia delle strutture a causa della scarsità di risorse. Secondo qualche tecnico regionale e alcuni neurologi, oltre alle difficoltà legate all'acquisto di sofisticate tecnologie, la mancanza di sistemi di incentivazione per i professionisti, medici o infermieri, coinvolti nel processo abbassa i livelli motivazionali e la volontà di partecipare. Un ulteriore problema, comune ad altre regioni, è relativo alla gestione delle urgenze: i neurologi notano che la mancanza di formazione adeguata, i problemi di collocamento dei malati, le resistenze da parte della cittadinanza alla riorganizzazione (con la tendenza a recarsi nell'ospedale più vicino e non in quello più attrezzato) hanno ricadute in termini di efficacia delle prestazioni erogate, soprattutto in una patologia in cui la tempestività è centrale. In tale quadro ai plessi periferici non resta che arrangiarsi. L'esperienza dell'ospedale di S. Benedetto è in questo senso interessante. Questo ha iniziato a organizzare la propria SU in perfetta sincronia con il Piano regionale, già nel 2003. Anche in questo caso la dinamica rinvia alla circolazione di esperienze per opera di soggetti (medici o dirigenti apicali) con trascorsi professionali in altre regioni. A S. Benedetto, l'innovazione avviene in ragione dell'incontro tra il locale direttore della Divisione di neurologia e il direttore generale dell'epoca. Quest'ultimo suggerisce al futuro sviluppatore *stroke unit* di recarsi al Niguarda di Milano per studiarne l'organizzazione. Piccole donazioni finalizzate all'acquisto di macchinari antiquati ma efficienti hanno consentito nel tempo al ristretto gruppo di neurologi di acquisire confidenza con le tecniche di intervento e partecipare attivamente al dibattito scientifico. L'esperienza di S. Benedetto evidenzia come elementi di natura motivazionale e relazionale dei singoli confluiscono in un sistema di relazioni stabile che permette di superare, entro certi limiti, gli ostacoli organizzativi. Gli aspetti motivazionali sono rappresentati dalla vocazione del direttore della divisione e del suo giovane aiuto di contribuire alla vita della comunità scientifica, mentre quelli relazionali rinviano alla messa in opera di interazioni cooperative sia all'interno (condivisione tra specialisti differenti e messa in comune delle competenze in un team multidisciplinare) che all'esterno (con contributi di fondazioni per l'acquisto del macchinario e con la creazione di rapporti con strutture limitrofe per integrare alcuni servizi). Le Marche, pur in presenza di risorse contenute, sembrano presentare livelli più bassi di conflittualità (ma non assenza di questa) ed una certa tendenza cooperativa (sia pure non "sistemica").

3.4 Toscana

Il sistema sanitario toscano si presenta con una buona qualità dei servizi; i piani regionali sanitari hanno riservato molta attenzione al trattamento terapeutico dello *stroke*, ma la rete presenta ancora un livello intermedio di implementazione. La razionalizzazione del quadro assistenziale – ovvero la chiusura di molti piccoli ospedali – ha avuto luogo già da tempo. Essa è stata possibile attraverso un peculiare modello di governo del cambiamento che ha unito dirigismo regionale e pratiche concertative. Nello specifico la regione Toscana ha implementato un modello di concertazione istituzionalizzata, all'interno della quale i principali *stakeholders* del cambiamento sono stati inglobati in un percorso concertativo formalizzato, di cui la Regione è il garante, in quanto attore deputato al coordinamento del cosiddetto "governo clinico" della sanità. Gli interessi specifici e particolari dei diversi attori locali vengono così incanalati e valorizzati in un quadro cognitivo comune, orientato ai valori di equità e universalismo delle prestazioni che il "governo clinico" dovrebbe realizzare. Istituzioni come la società della salute (che crea una struttura di raccordo permanente tra regione e sindaci), il consiglio regionale della Sanità (che fornisce una rappresentanza istituzionale ai diversi specialisti) o il meccanismo delle Aree vaste (che normalizza i rapporti tra le aziende ospedaliere, posizionandole in un sistema gerarchico di *hub e spoke*) individuano percorsi formali per la concertazione, attraverso i quali i diversi interessi particolari possono trovare un'adeguata rappresentanza e trasformarsi, mediante

procedure di compartecipazione e co-decisione, in beni collettivi. Da qui la minore conflittualità che ha permesso la riorganizzazione delle strutture sanitarie, con una ricollocazione dei servizi e la possibilità di diramare sul territorio interventi di qualità, in ragione dell'accresciuto numero di casi relativi a differenti patologie e della maggior specializzazione che ne deriva (il problema delle piccole strutture è infatti quello di non raggiungere la casistica necessaria a garantire standard minimi di cura).

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* organizzata dopo il 2005. Tuttavia, come nelle altre regioni, perdurano problemi relativi ai servizi territoriali per la riabilitazione, anche se di entità apparentemente soltanto relativa.

Lo strumento che ha portato alla definizione dei percorsi regionali in materia di ictus è costituito dai gruppi lavoro dedicati a tematiche specifiche, composti da operatori attivi nel territorio e dai rappresentanti delle associazioni scientifiche. Accanto ai soggetti istituzionali, si rinviengono le "parti sociali", costituite da associazioni di malati e di familiari. Questa modalità deliberativa ha contribuito ad un'organizzazione reticolare, in cui gli ospedali vengono integrati nelle politiche sanitarie e sono da considerarsi come parti di un percorso di degenza dedicata e geograficamente definita in modo da offrire al paziente affetto da ictus le stesse *chance* di cura, indipendentemente dalla sua area di residenza. In particolare l'idea delle linee guida è di diffondere le nuove conoscenze e i protocolli di cura dell'ictus in modo democratico in tutto il sistema sanitario, senza privilegiare centri *hub*. All'interno di questo modello non si ritiene centrale creare fisicamente strutture multidisciplinari con professionalità dedicate; al contrario, mediante una modalità "integrativa" di organizzazione, in caso di insorgenza dell'evento ictale, i differenti professionisti (dispersi nei propri dipartimenti) intervengono simultaneamente. Si tratta di una sorta di *stroke unit* immateriale che si compone in caso di necessità. In questo quadro la riorganizzazione del sistema delle urgenze è stata prevista in modo da velocizzare la diagnosi e discriminare la gravità dell'evento ictale in atto, garantendo al paziente la tempestività dell'intervento e le cure più adatte. Da questo punto di vista si è registrata una grande frattura tra i vertici politici/amministrativi e i neurologi. Soprattutto i primi appaiono molto perplessi dinanzi alla logica, giudicata eccessivamente specialistica, che si cela dietro il modello delle *stroke unit*. Questi attori ritengono che l'organizzazione delle strutture, così come la si rinviene nelle linee guida nazionali e nelle intenzioni di personalità rilevanti della comunità scientifica regionale, corrisponda più alla volontà dei neurologi di marcare i confini professionali che ad una necessità medica. I critici non attaccano lo specialismo in sé, ma ritengono che nel caso dell'ictus le conoscenze e i saperi non devono restare confinati nell'ambito dei reparti, ma essere socializzati e diventare parte del bagaglio tecnico di tutti gli operatori che potrebbero entrare in contatto con i pazienti, in una sorta di democratizzazione delle pratiche di cura. Ciascun medico dovrebbe essere in grado di praticare, ad esempio, la trombolisi, così come ogni infermiere dovrebbe sapere svolgere le manovre più idonee in caso di ictus sospetto o acclarato. Come nel caso piemontese, l'elevata conflittualità tra neurologi e non neurologi sul modello di cura della SU rappresenta il principale limite all'organizzazione della *rete stroke*.

Da un punto di vista più generale, la Regione si caratterizza per l'implementazione di percorsi riabilitativi sperimentali, come per esempio l' "attività fisica adattata", consistente in un progetto individuale di riabilitazione protratto per uno-due anni, che impiega palestre pubbliche accreditate e intende garantire quella continuità della riabilitazione che è sinora mancata e che è responsabile dei progressi limitati da parte di molti pazienti.

Malgrado l'interesse suscitato dalla tematica e la varietà di iniziative che coinvolgono i vari ambiti d'intervento, la regione si scontra con alcuni limiti. Il primo riguarda il sistema delle urgenze e del 118 in particolare, caratterizzato da un eccessivo numero di volontari, soggetti ad elevati livelli di *turn over*. Proprio i tassi di sostituzione in una fase fondamentale come

l'urgenza rendono problematica la formazione e l'acquisizione delle manualità necessarie e, di conseguenza, inficiano qualità e risultati degli interventi. Anche nei pronto soccorsi si evidenziano importanti lacune. Alcuni neurologi notano che, poiché l'infarto cerebrale è silente, esso non viene a volte diagnosticato e i pazienti affetti vengono così preceduti da ammalati con patologie meno gravi e manifestazioni più evidenti. La "cultura" e le prassi consolidate nei pronto soccorsi, così come i modi di identificare le urgenze e prendere le decisioni, sono nel loro insieme "nemiche" del paziente colpito da ictus. La formazione del personale, in questa prospettiva, è al momento uno dei principali limiti nell'organizzazione sanitaria toscana. Ma essa non andrebbe vista come un'emergenza che investe limitati settori della sanità, né tanto meno come una questione isolata. Essa va ricollocata all'interno delle differenti tensioni che si esplicano in un territorio e che sono fundamentalmente collegate alla specialità, ai ruoli e alle rispettive visioni in merito ai campi dell'intervento (diagnostico, terapeutico, etc.). Peraltro, sulla base delle testimonianze raccolte *on-* e *off-the-record*, si può affermare che si sta assistendo, nell'ambito della riorganizzazione degli interventi in materia di stroke, all'affermarsi di una nuova consapevolezza tra gli specialisti di neurologia, volta ad abbandonare le istanze di una vecchia scuola di estrazione quasi psichiatrica, in cui il neurologo si dedica prevalentemente allo studio di malattie croniche, consolidando un'indole maggiormente orientata all'urgenza e alla cura di affezioni "tempo-dipendenti" come l'ictus, in cui la celerità diventa centrale.

La sensazione che si ricava è che i nodi legati fundamentalmente alle rappresentazioni professionali di ruolo, alla cultura e, in ultima analisi, all'ideologia degli operatori (oltre che ovviamente ad elementi "materiali", legati alla disponibilità di risorse umane piuttosto che ai budget) funzionino come elementi di ritardo della traduzione in pratica dei programmi politici.

3.5 Lombardia

La Lombardia presenta un sistema sanitario regionale che intreccia *organizzazione a rete* e *concorrenza*. La cura delle diverse patologie è trattata con un approccio sistemico, all'interno di una filiera allargata in cui si cerca di integrare tutta la complessità della problematica: ad es. lo stroke non è affrontato settorialmente, ricade al contrario nel più ampio sistema della rete per le malattie cerebrovascolari. Tale approccio permette di ottimizzare le risorse disponibili e colma la mancanza di organicità e di accentrato decisionale che deriva dalla seconda caratteristica lombarda: la concorrenza. La Regione non è percepita dai dirigenti delle aziende sanitarie e dai clinici maggiormente impegnati nei processi di innovazione come un attore decisionale forte e *top down*; al contrario, lascia ampi margini di organizzazione dei servizi alle aziende ospedaliere territoriali, sollecitando, in un'ottica di competizione, la nascita di iniziative dal basso che permettano di sperimentare, su territori circoscritti, buone pratiche. 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"; viene poi lasciata alle singole aziende ampia autonomia sul come implementare i processi. Questo stimola una vivace competizione per le migliori pratiche: le aziende (singolarmente e in gruppo) si attivano per presentare progetti in cui si sperimentano modelli organizzativi e di cura per determinate malattie, competendo per accaparrarsi i finanziamenti regionali in materia di ricerca. In relazione allo *stroke*, l'ospedale di Lecco sta testando un modello per la razionalizzazione dell'emergenza-urgenza e il monitoraggio dei tempi di intervento in quattro province limitrofe, mentre una cordata tra l'ospedale di Melegnano, l'Humanitas e altre strutture ha ottenuto un finanziamento per un progetto sulla prevenzione primaria e secondaria dell'ictus, che coinvolge operatori e famiglie e comporta attività di formazione sul territorio. Tale capacità di aggregarsi e cooperare per l'individuazione di buone pratiche aiuta le strutture sanitarie a sviluppare autonomia, competenze progettuali, manageriali e relazionali. Inoltre poiché le pratiche

organizzative nascono in un quadro di negoziazione e condivisione, hanno maggiori chance di successo e di generare apprendimento organizzativo (Bifulco 1996). La competizione tra strutture per l'implementazione di progetti di ricerca è un forte motore di innovazione (Donolo e Fichera 1988). Va tuttavia ricordato che in un contesto di risorse scarse, i finanziamenti per microprogetti diventano ambiti, in quanto ampliano le scarse possibilità di spesa; per questo la competizione non va esasperata: se non inserita in un quadro di programmazione sanitaria regionale, essa potrebbe alla lunga penalizzare le strutture pubbliche più periferiche, che rispetto ai privati e al pubblico di eccellenza, non riescono a reperire le risorse adeguate per garantire una buona qualità dei servizi.

Sul piano delle rappresentazioni – contrariamente a quanto notato da altri osservatori (Jommi e Del Vecchio 2004; Pezzini 2005) sulla base di indicatori oggettivi – l'autonomia organizzativa e decisionale è in genere giudicata dai singoli attori del sistema sanitario lombardo elevata; similmente i dirigenti regionali, eliminate velleità dirigiste, preferiscono presentarsi come esponenti di un apparato tecnico, neutrale. Come se, una volta scelto il modello incentrato sulla concorrenza (sulla quale si investe ormai da diversi anni), tutto possa essere demandato a tecniche manageriali, altamente professionalizzate e apparentemente depoliticizzate. Questa sorta di realismo ingenuo rappresenta sicuramente un limite.

La Regione individua le linee di indirizzo (con vincoli e obiettivi di risultato), ma non incasella le diverse aziende (pubbliche e private) in un quadro di pianificazione delle politiche sanitarie, piegando le aziende agli obiettivi di programmazione delle politiche (come nel caso toscano); al contrario strutture e politiche restano separate, forse per la diffusa presenza del privato, difficile da incanalare in politiche sanitarie *top down*. L'approccio adottato è *micro*, rivolto al controllo del mantenimento degli standard da parte delle singole aziende, mentre l'efficienza complessiva dovrebbe scaturire dalla concorrenza.

Sul piano delle pratiche, 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. Il lavoro di gruppo e la concertazione continuata sollecitano la creazione di *frames* d'azione comuni (D'Albergo 2002), che scaturiscono in un documento finale maggiormente condiviso, che può per questo essere più agevolmente "socializzato" sul territorio. Questo è accaduto anche nel caso della problematica *stroke*. La commissione per le malattie cerebro-cardiovascolari, composta da esperti e professionisti di strutture pubbliche e private, ha analizzato il problema a partire dal dato epidemiologico e dalle evidenze cliniche su modelli organizzativi e protocolli di cura. Ne sono derivate linee guida differenti dalle altre regioni, in quanto non sono stati previsti *ex ante* né il numero di SU regionali, né le sedi presso cui realizzarle. La *rete stroke* è definita attraverso paletti sulle tempistiche di intervento e sui protocolli da utilizzare, con il sollecito alla telemedicina nei casi in cui non sono presenti determinati specialisti; ma non viene gerarchizzato il sistema ospedaliero in percorsi assistenziali fissi per il paziente affetto da ictus. Per l'apertura di *stroke unit* sono definiti tre livelli, che individuano differenti requisiti: al primo si collocano strutture neurologiche di base che non fanno fibrinolisi venosa, al secondo quelle che sono in grado di eseguirla, al terzo quelle che erogano trattamenti più complessi (fibrinolisi venosa e arteriosa, neurochirurgia, radiologia interventistica, ecc.). In un'ottica di libera competizione, ciascun ospedale, considerando le proprie risorse, può decidere di accreditarsi al livello di *stroke* che ritiene accessibile, indipendentemente dalla presenza di più strutture specializzate su uno stesso territorio.

La *rete stroke* presenta sul territorio un certo grado di implementazione, anche se alcune zone risultano più avanzate di altre. Una grande attenzione è riservata alla circolarità della filiera assistenziale. 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 sulla questione dello *stroke*.

3.6 Piemonte

Le interviste condotte in Piemonte mostrano che questo sistema sanitario, pur versando in uno stato apparentemente avanzato dal punto di vista del processo deliberativo, 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 SU, che ai percorsi assistenziali nella fase post-acuto. Tuttavia, secondo gli intervistati, la vicenda sanitaria regionale si caratterizza per la centralità delle iniziative "locali", messe in piedi da strutture disperse in un territorio esteso ed esposto alle rivendicazioni delle comunità locali, spesso di piccole dimensioni. Questa situazione, di per sé alquanto comune, ha determinato il consolidarsi di pratiche e culture locali improntate all'autonomia dei corsi d'azione ed ha altresì rallentato quel processo di razionalizzazione necessario per dare vita all'organizzazione reticolare proposta dalle articolate delibere regionali. "L'autosufficienza dei servizi", come la definisce un testimone, sembrerebbe un tratto culturale e organizzativo comune a dirigenti sanitari e professionisti che, incentivati per lungo tempo dai precedenti modelli gestionali a implementare nuovi interventi nei propri plessi, faticano a rilasciare spazi consolidati per condividere con soggetti esterni, dislocati e persino concorrenti, servizi offerti per anni (sia pure in assenza di casistiche e servizi complementari adeguati). Elementi "simbolici" come l'appartenenza delle strutture alla prestigiosa categoria degli ospedali *hub* o a quella in apparenza meno nobile delle strutture *spoke*, così come la confusione tra modelli organizzativi generano resistenze e confusioni (si pensi ad esempio al dibattito sulla riorganizzazione degli ospedali per "intensità di cura" che secondo i neurologi ostacolerebbe la logica delle SU). Inoltre le delibere, secondo un testimone, sembrano esposte ai rischi di quel processo proprio degli enunciati normativi che consiste nell'interpretazione (Ross 1978). Un processo "semiotico" che deriva dalla necessità dei gruppi di interesse consolidati di limitare la riduzione dei propri spazi di azione, più che da esigenze tecniche o dalla vaghezza degli atti regolativi.

Accanto a ciò, vi sono esitazioni al contempo "epistemologiche" e "di opportunità", legate alle perplessità generate da una visione estremamente specialistica che si esprime nella ratio della *stroke unit* (caratterizzate da personale dedicato e direttamente formato sullo *stroke*), che, secondo alcuni non neurologi potrebbe degenerare in una parcellizzazione e iper-specialismo delle conoscenze che minerebbero l'universalismo della cura, in quanto legherebbero nettamente la sua qualità alla presenza della SU nel territorio. Secondo questi intervistati la diffusione delle nuove conoscenze e competenze (seppure di base) anche ai livelli periferici può, per lo meno nei casi meno gravi, supplire ampiamente alla mancanza di strutture specializzate. Si tratta di una prospettiva scettica nei confronti delle *stroke unit* – nettamente marginale, ma non estranea alla letteratura medica (Blower e Au 1979; Andrews et al. 1981; Stroke Unit Trialist's Collaboration 2001) – che accomuna una minoranza degli intervistati, appartenenti però in ugual modo all'universo dei clinici e del management ospedaliero e regionale in quelle due regioni (Piemonte e Toscana) dove è maggiormente centrale il concetto di equità delle prestazioni, intesa come uguali opportunità di cura per i pazienti, indipendentemente dalla loro residenza. Altri ostacoli alla realizzazione sono poi oggettivi e legati alle ristrettezze dei budget o alla carenza di personale. Per esempio la rapidità – 18 mesi circa – con cui un ospedale come Le Molinette ha costituito la propria SU si comprende solo alla luce della ottima disponibilità di risorse (32 neurologi in tutto contro i 6-10 di cui dispongono gli altri ospedali cittadini). Il caso di questo ospedale d'eccellenza appare privilegiato se comparato al sottodimensionamento di strutture meno blasonate, maggiormente rispondenti alla realtà media dei nosocomi regionali.

Malgrado queste difficoltà, il Piemonte si caratterizza dal punto di vista programmatico per una elevata organicità delle misure in materia di ictus, che derivano dalle modalità,

essenzialmente concertative, impiegate per la messa a punto delle delibere. Lo strumento principale sembra essere l’Agenzia regionale per i servizi sanitari (Aress), che si è occupato del coordinamento dei gruppi di lavoro dedicati al tema. L’Agenzia costituisce gruppi volti ad affrontare particolari aree tematiche (patologie, temi legati alla prevenzione, etc.). Nel caso dell’ictus partecipano ai tavoli rappresentanti delle direzioni sanitarie, degli infermieri, dei medici di base e dei fisiatri e così via, in ragione della natura multidisciplinare dell’intervento in materia. Questo approccio allargato anche a soggetti con ruoli non apicali o centrali ha favorito un maggiore senso di partecipazione e coinvolgimento. Ovviamente i processi deliberativi non si esauriscono nei lavori delle commissioni; al contrario, come osserva un testimone di nomina politica, i Piani Sanitari Regionali sono il frutto di considerazioni politiche, in cui il ruolo delle associazioni dei malati è preminente. Va poi notato che il potere di queste non è necessariamente collegato al peso delle patologie in termini epidemiologici, ma alla capacità di far udire la propria “voce”. Altri motivi, anch’essi particolaristici, ma di natura differente o speculare rispetto a quelli interni alla professione medica, concorrono dunque a condizionare tempi e contenuti della decisione. Ricercare unicamente all’interno del sistema sanitario la risposta per spiegare i ritardi risulta perciò limitativo, al contrario occorre mettere in relazione il processo decisionale con l’ambiente generale.

4. Confronti tra Regioni

L’analisi delle differenze di implementazione dell’Accordo Quadro in materia di *stroke* ha messo proprio in luce la centralità della *path dependence* e dei fattori istituzionali (North 1990) sia nel determinare il modo in cui viene materialmente concepita l’organizzazione della rete *stroke* (si pensi ad esempio alle diversità culturali tra Toscana e Lombardia che causano un approccio diametralmente opposto alla rete), sia nel provocare fattori ostativi o di facilitazione alle strategie di implementazione (si pensi ancora al formalismo campano e all’individualismo calabro che ostacolano la cooperazione, favorita invece dalla presenza di una tradizione di associazionismo in Marche e Piemonte).

In un processo di cambiamento organizzativo che implica l’adesione a nuovi approcci culturali, e l’interiorizzazione di nuovi modelli comportamenti e di differenti pratiche sociali, il riferimento alla dimensione istituzionale è fondamentale. Il “milieu” di un luogo individua quell’insieme di norme, valori, routines, pratiche culturali e sociali, reti di relazioni e di potere caratteristiche culturali, sociali, organizzative ed economiche che si sono sedimentate sul territorio e che influenzeranno necessariamente gli esiti del processo di cambiamento, rappresentando allo stesso tempo dei potenziali vincoli/ostacoli e/o delle opportunità da valorizzare.

L’importanza della dimensione istituzionale si mette chiaramente in luce nel percorso di realizzazione della rete *stroke* che viene intrapreso dalle diverse regioni analizzate.

Su un piano generale il cambiamento non avviene nel vuoto, al contrario parte da un macroquadro definitivo, i cui contorni possono essere rappresentati da un triangolo i cui lati sono: l’evidenza epidemiologica (ed il corrispettivo bisogno di salute che essa esprime), la presenza di protocolli scientifici e linee guida validate a livello internazionale, un atto di indirizzo legislativo nazionale che definisce, seppure in modo flessibile, un quadro di azione e delle modalità di realizzazione, sollecitando peraltro in tempi comunque brevi la riorganizzazione in rete della cura allo *stroke*. Tuttavia, il processo di “implementazione” prende strade profondamente diverse nelle varie regioni e non tanto per una questione di minore o maggiore livello di implementazione, quanto in termini di “modalità” di traduzione della riforma stessa. Il punto più interessante è che tale “modalità” di traduzione tende a essere

espressione più o meno inconsapevole delle caratteristiche del più ampio sistema sanitario regionale, oltre che, ovviamente, di contingenze organizzative.

Ciò significa che ciascuna regione tende a riadattare il percorso di costruzione della rete stroke a quelle che sono le proprie peculiarità istituzionali e socio-culturali. Ovviamente questo non è necessariamente un processo consapevole o eterodiretto, al contrario, soprattutto nelle regioni in ritardo appare più l'esito inatteso della "non"risoluzione di problematiche socio-istituzionali più ampie, attinenti all'organizzazione stessa del sistema sanitario. Infatti, se per una sorta di inevitabile isomorfismo organizzativo la rete stroke tenderà a riflettere le caratteristiche socio-istituzionali del più ampio sistema sanitario, saremo in presenza di reti in stato più avanzato solo laddove gli attori territoriali interessati alla realizzazione della rete stessa sono riusciti a intercettare tale dinamica e, attraverso un approccio di policy condiviso e aperto, hanno messo in campo un approccio "locale" al problema stroke, che rispecchi valori, norme e culture territorialmente. È questo il caso della Lombardia, che esprime un proprio modello di rete basato sulla competizione e sull'equiparazione pubblico/privato o il Piemonte che ne costruisce un altro fondato su cooperazione, condivisione e centralità del pubblico. Si tratta di due opposti modelli organizzativi di rete stroke, che esprimono anche concezioni differenti di stroke unit (sebbene in linea con quanto previsto dai protocolli), che però risultano entrambi ugualmente validi, in quanto riescono a rispecchiare le esigenze organizzative dei sistemi sanitari in cui sono inseriti.

Laddove invece gli attori territoriali non riescono a trovare un percorso condiviso ed unificante, che possa essere in linea con i meccanismi organizzativi e istituzionali che il più generale sistema sanitario regionale esprime, la rete stroke stenta a decollare, a causa sia di fratture, divisioni e incomunicabilità che si generano tra i diversi attori territoriali (Toscana), che di una saldatura "spontaneista" tra caratteristiche dei sistemi sanitari locali e rete stroke, che causa forti vincoli ed ostacoli alla realizzazione della stessa (si pensi a Marche, Campania e Calabria).

Come anticipato il caso toscano è emblematico dell'incapacità di generare un approccio condiviso allo stroke, attraverso il quale generare una saldatura con valori, norme e principi del più ampio sistema sanitario. Sebbene questa regione presenti tutto sommato dei buoni livelli di assistenza allo stroke, il sistema della rete fatica a istituzionalizzarsi in un modello di gestione condiviso a livello regionale proprio a causa di visioni contrastanti sulle stroke unit e sulla più generale assistenza allo stroke tra i neurologi da un lato e l'attore amministrativo dall'altro. L'incomunicabilità provoca la difficoltà a trovare e condividere un processo comune di costruzione territoriale della rete, di fatto nullificando quelle potenzialità locali che potrebbero essere alla base di un buon funzionamento della rete stroke, ovvero la forte presenza di capitale sociale (si pensi alla tradizione associazionistica e di volontariato del territorio) e l'apertura verso pratiche cooperative.

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, che difficilmente saranno disponibili a cedere, senza un processo in cui, mediante condivisione e negoziazione, si istituzionalizzi un dialogo tra regione/territorio che permetta, anche attraverso meccanismi formalizzati (simili a quelli ad esempio previsti in Toscana, come le società della salute e simili) di garantire a quest'ultimo il mantenimento della propria autonomia decisionale e gestionale a livello locale. Fino a quando questo non accadrà, difficilmente si potrà superare quello spontaneismo locale, che, seppure rende possibile la realizzazione di pezzi di rete sul territorio o di eccellenze ospedaliere legate al positivo incontro tra l'operosità di singoli medici specialisti e le capacità gestionali di dirigenti "illuminati", finisce per essere un pesante vincolo all'istituzionalizzazione formale di un sistema a rete condiviso e socialmente accettato da tutti i partecipanti.

Tab. 3 - Principali caratteristiche dei sistemi sanitari regionali

Regione	Modello	Variabili-concetti tipizzanti	Rete stroke
Lombardia	Competitivo-concorrenziale	Bassa centralità della regione. Diffusa presenza di operatori privati Autonomia organizzativa e progettuale delle strutture. Concertazione nelle politiche. Concorrenza/competizione tra aziende sanitarie, indipendentemente dalla loro natura pubblica o privata	Esiste tutta la rete, scarsa gerarchizzazione.
Campania	Formalistico-burocratico	Separatezza tra Regione e territorio. Centralismo “formale” della Regione, ipertrofia legislativa. Dualismo tra zone costiere e zone interne. Controllo e monitoraggio solo formale, assenza di metodologie e protocolli condivisi tra Regione e attori territoriali	La rete esiste solo a livello formale, difficoltà burocratiche alla realizzazione. Singole esperienze dal basso, di maggiore successo in aree non metropolitane
Calabria	Individualistico-frammentato	Individualismo. Frammentazione politicizzazione. Scarsa cooperazione. Emergenza economica.	Ritardo anche sul piano formale e deliberativo (normativa approvata a metà 2009). Stadio iniziale di formazione della rete, centrato per lo più sulla creazione di SU.
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 <i>rete stroke</i> (singole esperienze dal basso centrate sulle SU) Scarso coordinamento, soprattutto tra acuto e post-acuto.
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)	<i>Rete stroke</i> organizzata dal basso per iniziative singole, stadio ancora relativamente formale a causa di elevata conflittualità sul modello specialistico vs multidisciplinare da adottare.
Piemonte	Redistributivo-egualitario	Centralità della regione e del pubblico. Forte presenza volontariato e associazionismo (spesso “pilotato”, diretto da medici).	<i>Rete stroke</i> in via di consolidamento, ma buona attenzione a tutte le fasi della rete.

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 politicizzazione delle scelte programmatiche, il passo appare ancora più complesso. Il cambiamento e la possibilità di implementare la rete stroke si basa in queste regioni molto che più nelle altre sulla necessità di generare un vero e proprio cambiamento culturale, attraverso l’istituzionalizzazione di nuovi modelli assistenziali che rompono con i valori, le norme e le routines che, fino ad oggi, hanno orientato l’organizzazione materiale del sistema sanitario. In queste regioni quindi, molte delle caratteristiche istituzionali si presentano come veri e propri vincoli al cambiamento, che devono essere tenuti presenti in fase di progettazione organizzativa. Sarebbe infatti necessario che l’assistenza all’ictus fosse inserita in

un più ampio percorso di apprendimento collettivo di nuove pratiche organizzative, orientate ai modelli assistenziali a rete, che rompano le vecchie routines e favoriscano innovazione e cambiamento culturale. Sarebbe necessario un forte e continuativo sforzo comunicativo, che si attui sia sugli operatori del sistema sanitario che sulla popolazione, in modo da aumentarne la consapevolezza “sanitaria”, superando la diffusa visione tradizionale dell’assistenza che porta a modelli comportamentali errati, come il “ricovero” in ospedale come panacea di tutti i mali o la corsa all’ “ospedale più vicino” come scelta più efficace. Bisognerebbe poi superare l’approccio formalistico e burocratico al lavoro sanitario che caratterizza l’attore regionale, potenziando la centralità dei protocolli di cura, i sistemi informativi e di monitoraggio dei risultati, la formazione del personale, ma questo non è pensabile in un quadro di scarsi investimenti in formazione e perenne crisi di budget.

La tab.3 ha l’obiettivo di proporre uno schema interpretativo e analitico in cui si operativizzi quanto detto in precedenza circa il ruolo delle variabili istituzionali dei differenti modelli sanitari regionali nel determinare gli esiti della rete *stroke*. Si è così tentato di schematizzare ogni regione in un modello sanitario, caratterizzato da un insieme di variabili-concetti tipizzanti, con la consapevolezza però che ogni processo di categorizzazione tende ad enfatizzare le differenze tra le categorie e a “omogeneizzare” le diversità interne alla categoria (sopravalutando il peso delle variabili scelte per definire la categoria stessa che la rendono uniforme e riconoscibile rispetto alle altre), laddove nella realtà i contorni sono spesso molto più sfumati ed incerti.

5. Conclusioni

Sebbene, come evidenziato da un’ampia letteratura, il sistema sanitario si sta fortemente regionalizzando (tra gli altri, Maino 1999; 2001; Taroni 2007), restano alcune tendenze comuni ai diversi sistemi sanitari. La prima rinvia allo spostamento su un modello di erogazione dei servizi che si struttura “a rete” per grandi patologie (ad es. la rete oncologica), con un’attenzione a tutti gli attori locali coinvolti nelle varie fasi (*ex, in e post*) ed all’integrazione tra i servizi offerti all’utenza soprattutto in termini socio-sanitari (Ranci Ortigosa 2006).

La seconda rinvia all’aspetto della partecipazione dal basso, che individua sia il processo di localizzazione delle politiche pubbliche, che quello di attivazione dei destinatari all’interno del processo di produzione stesso.

Il caso *stroke* evidenzia proprio la tendenza a costruire il modello organizzativo a rete dal basso, a partire da logiche di concertazione e cooperazione tra esperti che lavorano 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 la Sanità e l’inserimento del processo assistenziale in un’ottica di *governance* locale (Cepiku 2006; Martelli 2007), in cui è essenziale la compresenza, il dialogo e la complementarità tra attori di natura differente (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*. Diventa fondamentale anche l’*accountability*, che spinge verso i processi di accreditamento e di monitoraggio della qualità.

Decentramento della regolazione, integrazione socio-sanitaria, centralità del territorio, competizione amministrata, aziendalizzazione e managerializzazione della sanità, liberalizzazione degli ospedali pubblici, responsabilizzazione finanziaria, organizzazione a rete sul territorio (Vicarelli, 2005; Ferrera, 2006) 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.

Dalla disamina dei legami tra sistema sanitario regionale e organizzazione della stroke si è potuto osservare come non esista un modello “vincente” di rete stroke in assoluto. È migliore quel modello che riesce a individuare un approccio che rispecchi o sia in linea con i principi e le modalità organizzative del più ampio sistema sanitario. Laddove questo viene a mancare, perché non si riesce a trovare il giusto accordo o una corretta mediazione tra attori istituzionali e attori territoriali (Toscana), o perché non esiste un modello organizzativo forte, in grado di creare unitarietà e accentramento (Marche) o il modello necessita ancora di essere costruito sia materialmente che a livello socio-culturale (Campania e Calabria), la rete stroke ha difficoltà a istituzionalizzarsi in un percorso condiviso, fondato su protocolli diffusi e accettati da tutti gli operatori della potenziale rete stessa.

Il primo punto da tenere presente nella ridefinizione delle modalità di realizzazione dell’assistenza integrata allo stroke attiene quindi proprio alla necessità che essa non sia “calata” dall’alto, ma si omogeneizzi e si incastri dentro la “cultura”, i valori e le norme che vengono espresse dal più ampio contesto sanitario e sociale; ad esempio, probabilmente, se la Regione Lombardia avesse provato a proporre una qualche forma di gerarchia del tipo *hub* e *spoke* tra le diverse strutture ospedaliere sarebbe andata incontro a forti ostacoli nell’implementazione dell’assistenza integrata, che sarebbe stata vissuta come una lesione all’autonomia delle aziende e alla libera concorrenza.

Il secondo punto riguarda la necessità di adottare sempre una visione d’insieme e allargata, soffermandosi non tanto sulla gestione dell’evento acuto, quanto e soprattutto nei momenti di passaggio e di intersezione tra le varie reti che si incontrano per garantire l’assistenza integrata e che ne rappresentano i nodi:

1. rete dei medici di base e rete della comunità locale (intesa sia come popolazione che come associazioni di malati) in fase di prevenzione e informazione;
2. rete delle emergenze/urgenze e delle stroke unit in fase di gestione dell’acuto;
3. reti della riabilitazione ospedaliera e territoriale, in fase di post-acuto, la quale implica spesso anche un collegamento con la rete dei servizi territoriali non soltanto sanitari ma anche sociali);
4. reti regionali dei sistemi informativi e di monitoraggio (database sull’incidenza, l’andamento e gli esiti della patologia e così via) per la fase di controllo epidemiologico e dell’assistenza stessa, rete che chiama in causa ancora una volta i medici di base per la raccolta delle informazioni.

Infatti lo studio mette in evidenza che anche nelle regioni più avanzate i punti di collegamento tra le differenti reti sono sempre i nodi più critici, a causa della difficoltà di creare integrazione e dialogo tra mondi e culture che fino ad oggi hanno sempre “viaggiato” su binari separati.

Nello specifico si registrano diversi dualismi e/o scollature, potenzialmente portatrici di conflittualità e separatezza, che, se non adeguatamente superate, possono provocare il fallimento dell’assistenza integrata (e tale indicazione vale anche per altre patologie, non solo per l’ictus).

Una prima scollatura è quella relativa al *rapporto tra servizi sanitari e apparato amministrativo regionale*. Essa si realizza lungo un asse che oppone la praticità e il “saper fare” degli operatori al “formalismo” degli amministratori, sia esso espresso da un burocraticismo che nasconde una politicizzazione degli interessi o una competenza prettamente giuridica e scarsamente tecnica, o, viceversa da un managerialismo attento soltanto ai costi. Per risolvere tale *empasse* è necessario riattivare il binario comunicativo e potenziare le pratiche di coinvolgimento degli operatori nelle scelte decisionali, che aumentando la cooperazione e lo scambio tra attori regionali (piano decisionale e programmatico) e attori sanitari (piano pratico-operativo), che possono essere chiamati a lavorare insieme, favorendo la condivisione delle

culture ed un reciproco adattamento. Uno dei metodi che si è rivelato utile allo scopo è senza dubbio quello dei tavoli tecnici (pratiche cooperative e di co-decisione). Un altro è quello di valorizzare e sostenere il ruolo dei professionisti. Nelle regioni meridionali bisogna rafforzare la centralità dei protocolli nelle metodologie di cura e nell'organizzazione dei processi lavori, e dei sistemi di controllo, investendo anche sui sistemi informativi, ancora carenti.

La seconda scollatura riguarda i *rapporti tra ospedale e territorio (ovvero medici ospedalieri/ medici di base)*. I casi analizzati dimostrano che le reti stroke che funzionano meglio sono quelle in cui è stata materialmente avviata a livello regionale una riorganizzazione in senso di "rete territoriale" dei medici di base (con l'informatizzazione degli studi medici e la creazione dei fascicoli sanitari dei pazienti in primis). Nelle regioni che hanno iniziato un tale processo, i medici del territorio hanno assunto una maggiore consapevolezza di sé come "categoria" di raccordo tra il sistema sanitario (anche ospedaliero) e l'utente. I medici di base, se invogliati a partecipare più attivamente alla costituzione della rete stroke, portano un contributo molto originale, aiutando a stressare maggiormente la rete sui nodi territoriali e non soltanto sulla fase acuta della patologia.

Il terzo tipo di scollamento riguarda la *conflittualità/competizione tra strutture (e medici) ospedaliere e universitarie*, che deriva dal diverso ruolo svolto nel sistema sanitario (assistenza ricerca/formazione) e dalla eventuale posizione di subalternità o superiorità che ne potrebbe discendere. I casi di maggior successo della rete stroke sono quelli dove questo tipo di conflittualità è venuto meno, principalmente attraverso due strategie: la prima riguarda il superamento della competizione tra ospedali di diverso tipo, aprendo anche ai non universitari l'opportunità di offrire formazione, fatto che permette di allargare le loro competenze e di ancorarli più direttamente al sistema dell'innovazione e della ricerca. La seconda riguarda l'esplicitazione sia formale che materiale, da parte dell'attore regionale, dei diversi ruoli e compiti che attendono alle aziende, con una gerarchizzazione delle stesse all'interno del sistema sanitario regionale non tanto in un'ottica di subordinazione verticalistica, ma di complementarità ed integrazione: in questo senso, ogni nodo del sistema sanitario si vede assegnati posizioni e compiti ben definiti, essenziali al buon svolgimento del servizio sanitario. La gerarchizzazione è utile nei sistemi prevalentemente pubblici per migliorare i rapporti tra strutture ospedaliere, ASL e altri presidi territoriali, creando una struttura *hub e spoke*.

La quarta scollatura riguarda la *contrapposizione tra specialismo e multidisciplinarietà*, che include sia la competizione tra professionisti, che tra modelli organizzativi differenti, nello specifico tra *stroke unit* e ospedali ad *intensità di cura*. Essa rinvia alla dimensione culturale e all'identità dei professionisti, che può portare a competere e/o chiudersi, piuttosto che a collaborare. Questo tipo di blocco può essere superato potenziando i processi formativi da un lato, e la cultura della cooperazione dall'altro. La comunicazione tra specialisti e il superamento di gelosie reciproche è un dato fondamentale per una buona organizzazione della rete stroke. Due sembrano essere i fattori che aiutano tale scambio e comunicazione all'interno degli ospedali (e che si traslano in una gestione stroke più efficiente):

1. un management direzionale fortemente votato ad uno stile di leadership cooperativo, molto aperto alle relazioni e al coinvolgimento dei propri professionisti, alla luce delle reciproche skills.
2. Un'organizzazione ospedaliera dipartimentale o comunque caratterizzata da multidisciplinarietà e interscambiabilità delle competenze, con il riconoscimento e la valorizzazione della professionalità del personale infermieristico.

Il punto 2 merita qualche precisazione. Contrariamente a quello che si sarebbe potuto supporre, un'organizzazione dipartimentale e/o per intensità di cura aiuta il superamento dei settorialismi che ostacolano l'assistenza integrata. Questo però avviene soprattutto nei casi in cui si riesce a trovare quel giusto equilibrio tra multidisciplinarietà e interscambiabilità di personale da un lato e specializzazione necessaria allo stroke dall'altro. L'analisi delle *best*

practices evidenzia come una buona assistenza nasca proprio dal giusto di mix di queste due componenti, piuttosto che da una deriva iperspecialistica dell'assistenza allo *stroke*, che verrebbe mal percepita dai professionisti diretti *competitors* nell'attribuzione delle risorse.

I modelli ad intensità di cura rappresentano un'opportunità di rinnovamento culturale, che può aiutare l'implementazione delle modalità organizzative in rete: individualismo, separatezza e approccio non "emergenziale" alla patologia sono destinate a cadere, proprio per l'impostazione di complementarietà, flessibilità, condivisione e integrazione che caratterizza un'organizzazione per intensità di cura. Quest'ultima non rappresenta un ostacolo (come paventato da molti neurologi), ma questo soltanto nella misura in cui avvenga un adeguato riconoscimento, da parte del management, del ruolo del neurologo esperto di *stroke* nella gestione dei processi legati alla gestione dell'ictus. Laddove questo non avviene, il neurologo rischia di restare relegato ai margini del processo e di andare incontro ad un progressivo arretramento della disciplina stessa. Da un lato quindi i neurologi devono assumere un atteggiamento di minore diffidenza verso i modelli organizzativi dipartimentali e/o a intensità di cura; essi devono riorganizzare il proprio operato all'interno di questi, rivendicando quella attribuzione univoca della patologia alla loro professionalità, passo che permette il riconoscimento della necessità di un certo livello di specializzazione (e la conseguente attribuzione di responsabilità e autonomia agli specialisti) anche dentro un'organizzazione dalle competenze "diffuse". Dall'altro invece, il management regionale e delle strutture sanitarie, pur nel superamento dei settorialismi, devono garantire adeguatamente la centralità del neurologo esperto di *stroke* nella gestione di questa patologia, pena una perdita di specificità e di efficacia del modello di assistenza all'ictus nel suo complesso. Si è ancora in presenza di una cultura medica fortemente tradizionale per l'assistenza allo *stroke*, nella quale l'ictus fatica ad essere concepito come una malattia "tempo-dipendente". Per questo bisogna valorizzare e riconoscere istituzionalmente il ruolo di **leader** dei neurologi esperti di ictus, che devono essere fungere da "diffusori" dell'innovazione.

Infine un **ulteriore punto di blocco** e scollatura riguarda i *collegamenti tra sistema dell'emergenza/urgenza e ospedale da un lato, ospedale e rete di riabilitazione territoriale dall'altro e, infine integrazione tra servizi sanitari e sociali*. È chiaro che risulta vincente quel modello che riesce a garantire un adeguato raccordo tra le diverse reti di cura chiamate in causa nel percorso assistenziale allo *stroke*.

Da questo punto di vista, l'analisi ha messo in evidenza come funzionino meglio le reti *stroke* che si agganciano e valorizzano reti pregresse, fatto che finisce poi per caratterizzare la "vocazione" e la strutturazione della rete *stroke* stessa. Ad esempio laddove, come in Lombardia, era già stata avviata la ristrutturazione a rete del sistema delle emergenze/urgenze, la rete *stroke* presenta un nucleo forte orientato all'interventismo e all'urgenza; laddove invece esiste una grande attenzione ai servizi territoriali e alla qualità della vita, come in Toscana e in Piemonte, la rete, almeno a livello di concezione, assume una valenza maggiormente orientata alla fase riabilitativa e di integrazione tra servizi sociali e sanitari.

Una strategia di implementazione della rete *stroke* sul territorio potrebbe essere fondata quindi sulla stabilizzazione delle connessioni tra le reti che già funzionano, fornendo un nucleo fortemente stabile e fondato su protocolli condivisi ad almeno un punto della filiera assistenziale. A partire dalla stabilizzazione di tale nucleo fondativo, che rappresenterebbe uno *step* piuttosto semplice, bisognerebbe poi rafforzare i punti mancanti della filiera, concentrandosi sulla costituzione delle connessioni mancanti, partendo proprio dalla valorizzazione di singole esperienze dal basso già attive (se presenti).

In effetti, un aspetto che sembra favorire la diffusione della rete *stroke* è legato alla **sua costituzione attraverso un processo partecipato** (D'Albergo 2002), condiviso e dal basso, che coinvolga tutti i soggetti interessati. Tale processo aiuta a separare le chiusure comunicative e

gli arroccamenti difensivi dei professionisti mediante la costruzione di un frame condiviso di orientamenti e buone prassi.

Alla luce di ciò, poiché come emerso dall'analisi, la realizzazione dell'assistenza integrata passa in tutte le regioni per uno stimolo forte degli operatori territoriali, che si concretizza in una costruzione dal basso e spesso volontaristica di nodi e pezzi di rete, indipendentemente dalle (e a volte anche a causa del vuoto di) indicazioni di programmazione regionale, è necessario inserire tali esempi positivi in un percorso di riconoscimento e valorizzazione a livello regionale, che renda possibile l'uscita dalla logica precaria e contingente che li ha caratterizzati, aiutandoli a trasformarsi in buone pratiche, utili all'attivazione di network di crescita virtuosi.

Le precedenti indicazioni possono essere riassunte a partire dal difficile **rapporto tra stroke unit e rete stroke**, che rappresenta senza dubbio una questione centrale, ma per fare questo è necessario fare brevemente il punto sulla situazione delle SU nelle diverse regioni analizzate.

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 dalla rete, soprattutto in relazione all'integrazione tra servizi sanitari e sociali nelle fasi di post-acute, in quanto incontrano ancora una forte difficoltà di dialogo (tra l'altro le linee guida sono carenti su tali aspetti, almeno nei termini relativi al "come" materialmente integrare competenze sociali e sanitarie). Nel complesso, la costruzione della rete *stroke* è al momento schiacciata sulla gestione delle acuzie (costituzione delle *stroke unit*); sono ancora poco sviluppate le fasi di prevenzione e riabilitazione. Come precisato, critico è il collegamento tra strutture ospedaliere e riabilitative, spesso non dotate di livelli di competenza adeguati, così come decisivo per un buon funzionamento appare il riassetto del sistema dell'emergenza-urgenza. Si è già sottolineato che le *stroke unit* sono spesso attivate all'interno dal basso in modo artigianale, grazie alla messa in opera di un fare cooperativo tra neurologi particolarmente motivati e direttori ospedalieri. La mobilità del personale (ovvero il fatto di aver sperimentato presso altre sedi il modello di SU) è altresì un elemento rilevante, mentre un vincolo fortissimo alla loro realizzazione sono i divieti all'assunzione di nuovo personale. Anche per questo, quando una SU viene realizzata difficilmente si comporrà di personale specializzato e multidisciplinare. Tutto questo allontana le SU materiali da quelle idealtipiche, descritte in letteratura.

Un ulteriore problema comune anche a regioni avanzate è quello della formazione, che non coinvolge solo gli operatori del sistema dell'emergenza, ma riguarda anche la popolazione. Infatti la prevalenza di modelli di cura tradizionali e la scarsa informazione sulla malattia ostacolano una corretta fruizione della rete stroke da parte dei cittadini, attraverso modelli comportamentali (come la corsa in auto all'ospedale più vicino) che ritardano la prima assistenza, aumentando la probabilità di conseguenze invalidanti o mortali. La modifica di tali modelli comportamentali richiede investimenti specifici in comunicazione che sono ancora oggi troppo sporadici e poco inseriti nell'ambito della più ampia programmazione dell'assistenza sanitaria.

È in un quadro del genere che in quasi tutte le realtà regionali si è iniziato a costruire le stroke unit, senza a volte prestare una adeguata attenzione alla costituzione della rete. Per questo bisogna sottolineare che è necessario non sovrastimare il ruolo della Stroke Unit all'interno del percorso assistenziale, in quanto senza una rete di supporto che riesca a fare giungere tempestivamente il paziente prima e a proseguire il lavoro riabilitativo iniziato durante l'evento acuto, garantendo continuità assistenziale, la realizzazione della Stroke Unit rischia di restare un processo monco, in grado di produrre solo limitati effetti sulla salute dei cittadini, portando al fallimento del progetto stesso. Questo non deve però portare nell'errore opposto, che sembra quello in cui potrebbero incorrere due regioni come Toscana e Piemonte, di una sottostima della stroke unit e una sovrastima della rete integrata. Le evidenze empiriche dimostrano infatti

che l'assistenza specialistica nella fase acuta, realizzata all'interno di uno stroke team migliora significativamente le possibilità di risposta del paziente rispetto alle strutture generaliste. L'ipotesi di poter trattare l'ictus in una rete assistenziale integrata che non preveda (se non per i casi più gravi) un passaggio anche breve in una stroke unit può rivelarsi fallimentare e non produrre risultati positivi in termini di miglioramento dell'assistenza. In conclusione in fase programmatoria e di successiva implementazione, è sempre necessario non perdere una visione di sistema, che permette di tenere presente la circolarità dell'intero processo assistenziale (che parte dal territorio e ritorna ad esso, dopo una fase di ospedalizzazione in stroke unit). Soltanto in questo modo sarà possibile individuare un corretto equilibrio tra rete stroke e stroke unit.

Riferimenti bibliografici

- 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>
- Alvesson, M., and P.O. Berg. 1993. *L'organizzazione i suoi simboli*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Andrews, K., J.C. Brocklehurst, B. Richards et al. 1981. "The rate and recovery from stroke and its measurement." *International Rehabilitation Medicine*, 3: 151-161.
- Bersano, A., L. Candelise, R. Sterzi, G. Micieli, M. Gattinoni, A. Morabito, and the PROSIT Study Group. 2006. "Stroke Unit care in Italy. Results from PROSIT (Project on Stroke Services in Italy). A nationwide study." *Neurological Sciences*, 27: 332-339.
- Bifulco, L. 1996. *L'apprendimento organizzativo nei servizi socio-sanitari. Pratiche di cambiamento, problemi e possibilità*. Milano: FrancoAngeli.
- Blower, P., and S. AU. 1979. "A stroke unit in a general hospital: the Greenwich Experience." *British Medical Journal*, 2: 644-649.
- Candelise, M., M. Gattinoni, A. Bersano, G. Micieli, R. Sterzi, and A. Morabito. 2007. "Stroke-unit care for acute stroke patients: an observational follow-up study." *The Lancet*, 369, January 27: 254-255.
- Cartocci, R. 2007. *Mappe del tesoro. Atlante del capitale sociale in Italia*. Bologna: Il Mulino.
- Cepiku, D. 2006. "Definizioni e modelli di Public Governance." In *Managerialità, innovazione e governante*, eds. M. Meneguzzo et al. Roma: Aracne.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (2005) *Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente "linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale"*, 3 Febbraio. <http://www.governo.it/backoffice/allegati/24489-2386.pdf>
- D'Albergo, E. 2002. "Modelli di governance e cambiamento culturale: le politiche pubbliche fra mercato e comunità." In *La cultura delle amministrazioni, tra retorica e innovazione*, ed. F. Battistelli. Milano: Franco Angeli, 71-90.
- D'Alessandro, G., M. Di Giovanni, and L. Roveyaz et al. 1992. "Incidence and Prognosis of Stroke in the Valle D'Aosta, Italy, First-year Results of a Community-Based Study." *Stroke*, 23:1712-1715.
- Di Carlo A., M. Baldereschi, C. Gandolfo et al. (2003) "Stroke in an Elderly Population: Incidence and Impact on Survival and Daily Function." *Cerebrovascular Diseases*, 16: 141-150.
- Donolo, C. 2001. *Disordine*. Roma: Donzelli.
- Donolo, C., F. Fichera F. 1988. *Le vie dell'innovazione*. Milano: Feltrinelli.
- Drummond, A.E.R., B. Pearson, N.B. Lincoln, and P. Berman. 2005. "Ten-year follow-up of a randomized controlled trial of a stroke rehabilitation unit." *British Medical Journal*, 331(7515): 491-492.
- Ferrera, M. 2006. *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*. Bologna: Il Mulino.
- Ferro, S. et al. 2008. *Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali*. Regione Emilia Romagna
- France, G. 2008. "Seeking a better balance: Developments in intergovernmental relations in the Italian health care." *Eurohealth*, 13, 3: 16-19.
- France, G., and F. Taroni, F. 2005. "The evolution of Health-Policy Making in Italy." *Journal of Health Politics, Policy and Law*, n. 1-2: 169-184.
- Glaser, B., and L. Strauss. 1967. *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Granovetter, M. 1998. *La forza dei legami deboli e altri saggi*. Napoli: Liguori.
- Granovetter, M. 2000. "Un'agenda teorica per la sociologia economica." *Stato e Mercato*, 60: 349-382
- Grol, R., and J. Grimshaw. 2003. "From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care", *Lancet*, 362: 1225-1230.
- Hatch, M.J. 1997. *Teoria dell'organizzazione*. Bologna: Il Mulino.

- Jommi, C., M. Del Vecchio. 2004. "I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie nel Servizio sanitario nazionale." *Mecosan*, 49: 9-20.
- Kazepov, Y., A. Genova. 2005. "From Government Fragmentation to Local Governance: Welfare Reform and Lost Opportunities in Italy." In *Administering Welfare Reform: International transformations in welfare governance*, eds. P. Henman, and M. Fenger. Bristol: Policy Press, 233-255.
- King, G., R.O. Keohane, and S. Verba. 1994. *Designing Social Inquiry*. Princeton: Princeton University Press.
- Krueger, R.A. 1994. *Focus Groups. A practical guide for Applied Research*, Thousand Oaks: Sage.
- Langhorne, P., and M. Dennis. 2004. "Stroke Units: The Next 10 Years." *Lancet* 363: 834-835.
- Lanzalaco, L. 1995. *Istituzioni, organizzazione, potere*. Nis: Roma.
- Lauria, G., M. Gentile, G. Fassetta et al. 1995. "Incidence and Prognosis of stroke in the Belluno Province, Italy. First-year results of a community-based study." *Stroke* 26: 1787-1793.
- Liamputtong, P., and D. Ezzy. 2005. *Qualitative Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Maino, F. 1999. "La regionalizzazione della sanità italiana negli anni novanta." *Il politico* 4: 583-621.
- Maino, F. 2001. *La politica sanitaria*. Bologna: Il Mulino.
- Martelli, A. 2007. "Verso una nuova governance locale delle politiche sociali?" *Autonomie locali e servizi sociali* 1: 97-108.
- Merton, R.K. 1949. *Social Theory and Social Structure*. New York: Free Press.
- North, D. C. 1990. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pavolini, E. 2009. "Is Regionalisation Good for your Health? The Experience of the Italian NHS." Presented at the *I Congreso Annual REPS, Oviedo*. Available at: <http://www.espanet-spain.net/congreso2009/archivos/ponencias/TP09P04.pdf>
- Pezzini, B. 2005. "Ventuno modelli sanitari? Quanta disuguaglianza possiamo accettare (e quanta disuguaglianza riusciamo a vedere). Il cosiddetto modello lombardo." In *I Servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, ed. R. BALDUZZI. Milano: Giuffrè, 399-424.
- Ranci, Ortigosa, E. 2006. "Il rapporto tra servizi sociali e servizi sanitari." In *La riforma dei servizi sociali in Italia*, ed. C. Gori. Roma: Carocci, 116-127.
- Ricci, S., M.G. Celani, and F. La Rosa et al. 1991. "SEPIVAC: A community-based study of stroke Incidence in Umbria, Italy." *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 54: 695-698.
- Ross, A. 1978. *Direttive e norme*. Milano: Comunità.
- Rudd, A.G., A. Hoffman, P. Irwin, M. Pearson, and Lowe D. 2005. "Stroke units: research and reality. Results from the National Sentinel Audit of Stroke." *Quality and Safety in Health Care* 14, 1: 7-12.
- Saka, O., V. Serra, Y. Samyshkin, A. McGuire, and C. Wolfe. 2009. "Cost-Effectiveness of Stroke Unit Care Followed by Early Supported Discharge." *Stroke* 40: 24-29.
- Schein, E.H. 1985. *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass..
- Sharpe, L.J. 1988. "The Growth and Decentralization of the Modern Democratic State." *European Journal of Political Research* 4: 365-80.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration. 2001. "Organised Inpatient (stroke unit) Care for Stroke." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3.
- Taroni, F. 2007. "L'evoluzione delle politiche sanitarie in Italia, fra crisi finanziarie e problemi di fiducia." *Autonomie locali e servizi sociali* 1: 29-42.
- Vicarelli, G. 2005. "La politica sanitaria tra obiettivi annunciati e effetti inattesi." In *Il malessere del welfare*, ed. G. Vicarelli. Napoli: Liguori, 207-232.
- Vicarelli, M.G., and E. Pavolini. 2009. "I sistemi sanitari regionali in Italia: trasformazioni e rendimento in una epoca di regionalizzazione." In *Le Regioni. Capitale sociale, equilibri politici e rendimento istituzionale*, ed. S. Vassallo, Bologna: Il Mulino, forthcoming.
- Vicarelli, G., S. Neri, and E. Pavolini. 2008. "Changes in the Italian Health Care System between Regionalization and Privatization Process." Presented at the *4th Transatlantic Dialogue on the Status of Intergovernmental and Multi-level Governance in Europe and the US, June 12-14*, Università Bocconi, Milan, Italy. Available at: http://www.4tad.org/ws/paper_wks6_Pavolini-Vicarelli.pdf