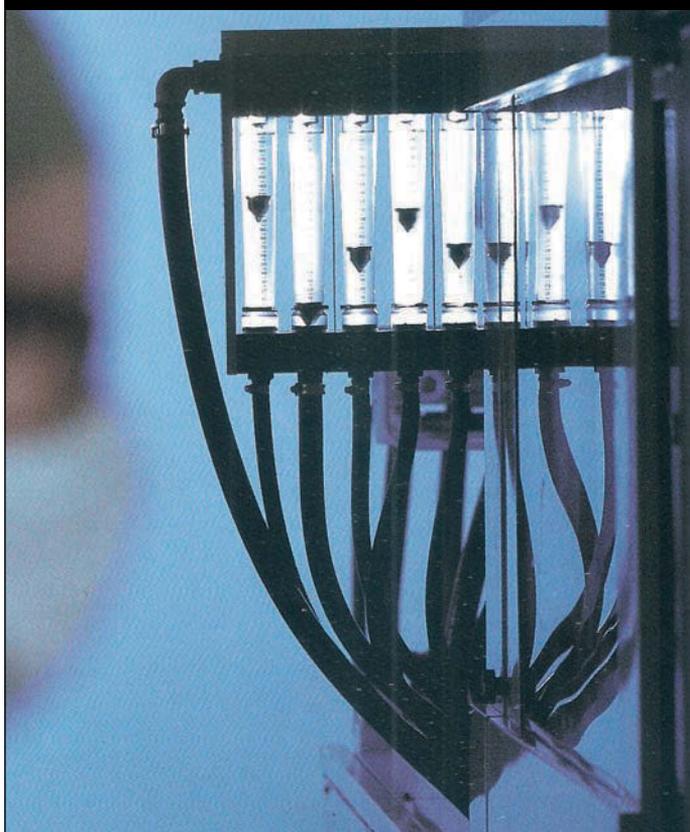


**Domenica Farinella
Pietro Saitta
Guido Signorino**

**SANITÀ
E GOVERNANCE
TERRITORIALE:
IL CASO
DELL'ASSISTENZA
INTEGRATA ALL'ICTUS**

con il coordinamento di Domenico Consoli



FRANCOANGELI/Sanità

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

**Domenica Farinella
Pietro Saitta
Guido Signorino**

**SANITÀ
E GOVERNANCE
TERRITORIALE:
IL CASO
DELL'ASSISTENZA
INTEGRATA ALL'ICTUS**

con il coordinamento di Domenico Consoli

FrancoAngeli

La pubblicazione di questo volume è stata possibile grazie al contributo della Federazione A.L.I.Ce Italia onlus (Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale)

Questo volume è frutto di un lavoro di ricerca svolta nell'ambito del Progetto **“Promozione dell'assistenza all'ictus cerebrale in Italia”**, finanziato dal **Ministero della Salute, Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo Malattie – CCM, Capitolo n. 4393 del 2007**. Referenti Scientifici: Domenico Inzitari (Università di Firenze), Bianca Maria Polizzi (Ministero della Salute); Unità Operative: Domenico Consoli (Vibo Valentia), Donata Guidetti (Piacenza); Maurizia Rasura (Roma), Maria Luisa Sacchetti (Roma); Comitato Scientifico: Livia Candelise (Milano), Leandro Provinciali e Mauro Silvestrini (Ancona), Danilo Toni (Roma). Segreteria Scientifica: Antonio Di Carlo, Marzia Baldereschi e Maria Elena Della Santa dell'Istituto di Neuroscienze del CNR di Firenze.

L'équipe di ricerca è stata composta da un team multidisciplinare di neurologi, sociologi ed economisti. Responsabile del Progetto Domenico Inzitari dell'Università di Firenze; Coordinatore della ricerca Domenico Consoli, neurologo dell'Ospedale Jazzolino di Vibo Valentia.

Hanno partecipato alla ricerca: Domenica Farinella e Pietro Saitta, sociologi, che hanno condotto la ricerca sul campo; Guido Signorino, economista, che ha coordinato gli aspetti metodologici; Elisabetta Alecci e Elena Massinbia, che hanno svolto il lavoro di sbobinatura.

Si ringraziano in particolare: Fabrizio A. De Falco, Giuseppe Micieli, Monica Gattinoni, Rossella Sciolla, Mauro Silvestrini e Leandro Provinciali, che, unitamente a Domenico Consoli ed a Domenico Inzitari, hanno svolto il prezioso ruolo di “focal point” regionali, supportando la ricerca empirica, partecipando alle riunioni del gruppo e fornendo commenti ed osservazioni molto utili ai fini della stesura del rapporto finale.

Si ringraziano infine tutti i partecipanti alle interviste ed ai focus group, che con la loro disponibilità hanno reso possibile la realizzazione della ricerca.

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di Bianca Maria Polizzi	pag.	7
1. I nuovi modelli di assistenza sanitaria: il caso della rete stroke , di Domenica Farinella, Pietro Saitta e Guido Signorino	»	11
1. Regionalizzazione della sanità e assistenza integrata allo <i>stroke</i> , una ricerca empirica	»	11
2. Lo sfondo della ricerca	»	14
3. Il disegno della ricerca e le sue fasi	»	17
4. L'analisi dei dati e le dimensioni semantiche	»	20
2. Il caso calabrese, tra debolezza sistemica e arretratezza di Pietro Saitta	»	30
1. Un quadro di sintesi	»	30
2. Una debolezza strutturale	»	33
3. L'attuazione della rete <i>stroke</i> e delle <i>stroke unit</i>	»	44
4. Come superare il ritardo	»	51
3. Piemonte: prevalenza del pubblico, partecipazione ed autonomia dei servizi , di Pietro Saitta	»	53
1. Un quadro di sintesi	»	53
2. Cultura sanitaria e implementazione della rete <i>stroke</i>	»	55
3. Conclusioni e prospettive	»	69
4. Marche, tra spontaneismo dei servizi ed autonomia di Pietro Saitta	»	72
1. Un quadro di sintesi	»	72
2. Un sistema in trasformazione	»	73

5. Il modello toscano tra equità e conflittualità	
<i>di Domenica Farinella</i>	pag. 94
1. Un quadro di sintesi	» 94
2. Centralità del pubblico ed organizzazione sanitaria	» 96
3. L'implementazione della rete <i>stroke</i>	» 116
4. Qualche indicazione	» 134
6. Lombardia: organizzazione a rete, concorrenza e managerialismo, di Domenica Farinella	» 136
1. Un quadro di sintesi	» 136
2. Un sistema sanitario tra cooperazione e concorrenza	» 138
2.1. Cooperazione tra aziende: la progettazione dal basso	» 141
2.2. Una nuova cultura organizzativa	» 149
2.3. Cooperare con la Regione: reti per l'assistenza e tavoli di esperti	» 155
3. I punti di forza: mercato, regole certe e stabilità nel tempo	» 160
4. Il ruolo tecnico della regione nell'organizzazione a rete	» 166
5. La rete <i>stroke</i> all'interno del sistema sanitario lombardo	» 182
6. Conclusioni	» 199
7. Campania: un sistema sanitario tra formalismo ed emergenza, di Domenica Farinella	» 201
1. Un quadro di sintesi	» 201
2. Burocrazia, politicizzazione e programmazione sanitaria	» 203
3. La logica dell'emergenza e il dualismo territoriale	» 222
4. Il vincolo del budget e del piano di rientro	» 228
5. L'implementazione della rete <i>stroke</i>	» 236
5.1. Il caso virtuoso della rete <i>stroke</i> beneventana, pregi e difetti	» 248
6. Conclusioni	» 256
8. Conclusioni, di Domenica Farinella	» 258
1. Un confronto tra Regioni	» 258
2. Criticità e indicazioni di <i>policy</i>	» 271
Bibliografia	» 281

Prefazione

L'ictus cerebrale è una patologia che merita grande attenzione data la sua elevatissima incidenza e prevalenza, gli esiti clinicamente e funzionalmente gravi e gli elevati costi sociali in termini di disabilità. Il moderno approccio gestionale all'ictus è basato sul concetto di "sistema integrato di assistenza" intendendo con ciò la corretta concatenazione dei processi di cura per le varie fasi del lungo percorso che va dalla prevenzione, alla riabilitazione ed al supporto sociale. Il concetto di sistema integrato di cura è già stato definito nel documento della Conferenza Stato-Regioni del 2005 ("stroke care"). La *rete stroke* è disegnata nell'Accordo Stato-Regioni come 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.

L'Accordo contiene tutti gli elementi di indirizzo basati su prove di efficacia, in termini di miglioramento degli esiti clinici e funzionali necessari per assicurare nelle varie regioni la presenza e l'efficacia di un sistema organizzato di cura. È da rilevare tuttavia come l'Accordo Stato-Regioni non contenesse alcun obbligo attuativo.

Sebbene l'evidenza scientifica indica chiaramente che la gestione del paziente a rischio colpito da ictus debba essere organizzata in modo sistematico ed integrato, tenendo conto di tutte le tappe del percorso assistenziale che va dalla prevenzione, alle cure appropriate nella fase acuta, alla riabilitazione fino al reinserimento sociale, il nuovo modello organizzativo incontra ostacoli di tipo culturale, economico e richiede un approccio da parte di tutti i soggetti implicati nella pratica di cura (medici, staff ospedalieri, strutture di cura, ambiente locale).

Il volume dal titolo *Sanità e governance territoriale: il caso dell'assistenza integrata all'ictus* è il prodotto di una ricerca effettuata dal Diparti-

mento di Scienze Neurologiche dell'Università degli studi di Firenze, in collaborazione con il Dipartimento di Economia, Statistica, Matematica e Sociologia "V. Pareto" dell'Università degli studi di Messina. Il libro è frutto di un'indagine che è stata promossa e finanziata dal Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute, nell'ambito del progetto CCM dal titolo "Promozione dell'assistenza all'ictus cerebrale in Italia".

Il progetto CCM ha il compito di monitorare la situazione organizzativa ed assistenziale dell'ictus cerebrale in Italia attraverso il monitoraggio e l'audit delle esperienze regionali, di promuovere interventi al fine di migliorare l'assistenza e la conoscenza della patologia cerebrovascolare in acuto, e di verificare quali sono gli ostacoli che si frappongono alla applicazione dell'Accordo Stato-Regioni nel nostro Paese, identificando gli strumenti organizzativi, gestionali e formativi per superarli.

Scopo della ricerca pubblicata nel presente volume, è quello di analizzare i modelli organizzativi ed assistenziali di sei Regioni caratterizzate da differenti livelli di implementazione dell'Accordo, in modo da trarre da tale confronto ipotesi e indicazioni utili al superamento degli ostacoli presenti nelle aree in ritardo. Per comprendere meglio le difficoltà e la natura dei problemi che impediscono la realizzazione del sistema integrato di cura, sono stati intervistati direttamente gli attori della programmazione regionale, allo scopo di rilevare le motivazioni di tipo culturale, economico ed organizzativo.

I dati raccolti hanno evidenziato un notevole ritardo nell'applicazione del sistema integrato di assistenza al paziente con ictus cerebrale. Il livello di attuazione delle *Stroke Unit* nelle regioni italiane è estremamente eterogeneo; ciò determina la permanenza di disuguaglianze nell'accesso ai servizi, che penalizzano soprattutto i soggetti deboli.

L'ostacolo principale all'implementazione sistematica dell'Accordo su tutto il territorio nazionale è stato identificato nella scarsa consapevolezza della malattia e delle problematiche assistenziali ad essa collegate a livello di amministratori della sanità pubblica. Questo comporta una insufficiente consapevolezza ed una eccessiva resistenza nel valutare l'implementazione di modelli innovativi, pur dotati di prove certe di evidenza, in uno scenario di risparmio di risorse.

L'indicazione che emerge da questo lavoro di ricerca è la necessità di aumentare l'attenzione nei confronti delle patologie cerebrovascolari da parte sia dei decisori politici che del management ospedaliero oltre che degli specialisti neurologi.

L'attuazione del sistema integrato di cura dipende in grandissima parte dal sostegno del livello politico-gestionale della Sanità pubblica.

Il Ministero della Salute, attraverso il suo ruolo di indirizzo e coordinamento, può supportare le Regioni nel loro percorso di implementazione dell'Accordo non solo attraverso l'identificazione dei "modelli virtuosi" da attuare e trasferire ad altre realtà regionali, ma anche attraverso una precisa identificazione degli interventi da attuare, dei loro costi e dei loro benefici.

Bianca Maria Polizzi
Direzione Generale della Prevenzione
Referente scientifico CCM
Ministero della salute

1. I nuovi modelli di assistenza sanitaria: il caso della rete stroke

di Domenica Farinella, Pietro Saitta e Guido Signorino

1. Regionalizzazione della sanità e assistenza integrata allo *stroke*, una ricerca empirica

A partire dagli anni novanta, all'interno della più generale ristrutturazione del sistema di *welfare*, si è avviato in Italia un processo cambiamento del settore sanitario, al centro di diversi studi (tra gli altri, Sharpe 1988; Vicarelli, Neri e Pavolini, 2005, France e Taroni 2005, Vicarelli 2005; France 2008; Pavolini 2009; Taroni, 2011). Tale processo si è snodato lungo tre principali direttrici: managerializzazione, *governance* e regionalizzazione.

La managerializzazione si inserisce nel più ampio fenomeno che caratterizza le riforme del settore pubblico a livello mondiale, sintetizzabile sotto l'etichetta di *New Public Management* (Hood 1995; Klett 2000; Pollit e Bouckaert 2000; Farinella 2005) e consistente nell'adozione di tecniche manageriali nella gestione delle organizzazioni sanitarie e nell'introduzione di meccanismi concorrenziali.

La *governance* (Rodhes 1996; 2006; Heritier 2002; Cepiku 2006) rinvia al superamento di un approccio prettamente economicistico di tipo micro che aveva caratterizzato l'aziendalizzazione, a vantaggio di una concezione di "governo" complessivo del territorio, in cui il sistema di *welfare* diventa sempre più partecipato e orizzontale. In ambito sanitario si sottolinea l'importanza di una gestione integrata dell'assistenza socio-sanitaria, in cui sono centrali sia la capacità di *empowerment* ed attivazione dei soggetti coinvolti (a partire dall'utente) (Piccardo 1995; Weich 1988) che l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali (sanitari e sociali), in un ottica di network, complementarità, circolarità ed interdipendenza (Longo 2005; Gensisi *et al.* 2007; Barretta 2009; Mascia 2009; Longo *et al.* 2010; Gensini *et al.* 2011; Nicoli e Pellegrino 2011).

La “regionalizzazione” prende avvio concreto dal processo di *devolution* che è iniziato con la riforma del titolo V della Costituzione e che ha visto la delega alle Regioni delle competenze in materia di sanità. I sistemi sanitari regionali diventano sempre più diversificati e territorializzati (Mapelli 2000; 2007; Maino 2000; Neri 2006; Formez 2007; Vicarelli e Pavolini 2011) e questo fenomeno si intreccia in modo del tutto inatteso con le storiche diseguaglianze regionali che caratterizzano il Sistema Sanitario Nazionale (Istat 2009; Francese e Romanelli 2010; Alampi *et al.* 2010; Bripi *et al.* 2011). Il quadro è destinato a complessificarsi in una futura prospettiva di federalismo fiscale (Falcitelli *et al.* 2010).

Nonostante tendenze isomorfiche (Powell e Di Maggio 2000), per cui molte regioni hanno imitato le proposte organizzative prevalenti e/o di moda (Czarniawska e Joerges, 1995), con il risultato di una certa standardizzazione nei nuovi modelli organizzativi (Jacobsson e Brunsson 2000), nella realtà concreta i processi di cambiamento e *devolution* sanitaria si sono accompagnati ad 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 e Genova 2005; Cartocci 2007).

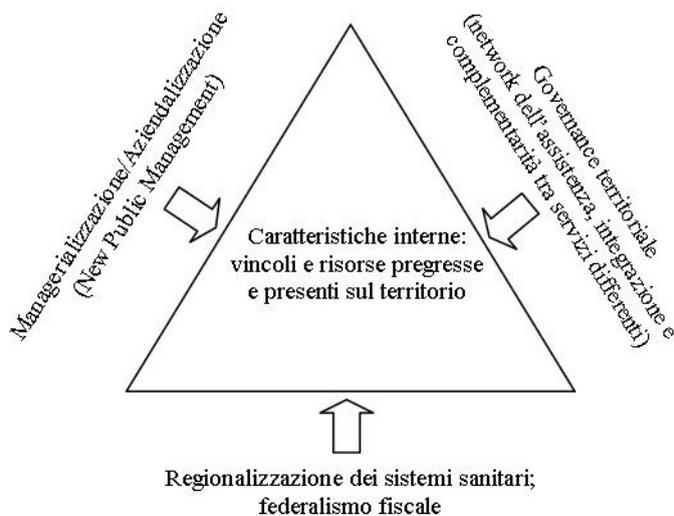
La capacità di “traslare” le riforme in pratica (Gherardi e Lippi 2000), oltre a dipendere dalle razionalità degli attori e dai loro interessi (Crozier e Friedberg 1977; March e Simon 1971; March 1998) è stata fortemente influenzata dalle caratteristiche istituzionali prevalenti nei contesti territoriali, mettendo in evidenza il peso della *path dependency* (North 1994). In particolare, come è emerso anche nel corso della ricerca presentata in questo volume, norme, valori, culture, prassi consolidate nei contesti territoriali possono fungere ora da vincolo ora da ostacolo alla realizzazione pratica delle riforme, condizionando la *performance* territoriale (Putnam 1993).

In sintesi il cambiamento dei sistemi sanitari può essere rappresentato all’interno di una figura triangolare in cui esso è il risultato dell’intrecciarsi delle tre spinte esogene sopra individuate (managerializzazione, *governance* e regionalizzazione) che si combinano in modo del tutto inatteso con le caratteristiche pregresse presenti nei territori locali (*path dependency*) (fig.1).

La ricerca¹ presentata nel volume si propone di indagare il processo di cambiamento dei sistemi sanitari regionali a partire da un ambito di cura particolare, quello dell’assistenza allo *stroke*.

¹ La fase di ricerca empirica è stata condotta dalla dott.ssa Domenica Farinella e dal dott. Pietro Saitta e coordinata dai prof. Guido Signorino e Domenico Consoli. Il lavoro di sbobinatura delle interviste e dei focus group è stato realizzato dalla dott.ssa Elena Massinhia e dalla dott.ssa Elisabetta Alecci. Il prof. Consoli ha effettuato un lavoro di editing del testo in relazione ai contenuti medico-scientifici. Responsabile del più ampio progetto di ricerca

Fig. 1 – Matrici del cambiamento dei sistemi sanitari regionali



A quasi cinque anni dall'adozione di linee guida nazionali, soltanto alcune regioni del Nord presentano un modello di assistenza integrata all'ictus, fondato sulla creazione di *stroke unit* dentro gli ospedali e su una rete *stroke* che definisce 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*. A partire da una ricerca empirica basata sul confronto tra sei regioni, si sono analizzate buone pratiche, ostacoli e debolezze emerse nei processi di implementazione.

Nel corso di questo capitolo si ricostruisce la problematica dell'ictus e si dà conto dell'impostazione della ricerca e della metodologia adottata. Nei capitoli successivi vengono presentati i singoli casi regionali; infine, nel capitolo conclusivo, viene proposto un confronto d'insieme tra le regioni studiate e si stilano alcune riflessioni conclusive e delle indicazioni di *policy*.

CCM era il Prof. Inzitari. Sei neurologi esperti hanno svolto il ruolo di *focal point* regionali, supportando i ricercatori nelle fasi di raccolta delle interviste e di realizzazione dei focus group. Il gruppo di ricerca ha svolto periodiche riunioni in cui, secondo un approccio alla ricerca aperto e condiviso, i *focal point* hanno commentato i risultati che andavano emergendo, fornendo importanti stimoli per la prosecuzione delle attività.

2. Lo sfondo 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 Falco 2002 *et al.*; Di Carlo *et al.* 2003a; 2003b), 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” (Presidenza del Consiglio dei Ministri 2005).

Evidenze empiriche (Langhorne e Dennis 2004; Drummond *et al.* 2005; Candelise *et al.* 2007; Strong *et al.* 2007; SPREAD 2007; EROS 2009; Abilleira *et al.* 2009; Saka *et al.* 2009) di cui la stessa Conferenza tiene conto mostrano che il rischio di morte e di invalidità risulta ridotto nei casi in cui avviene un riconoscimento precoce dell'ictus ed un 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. In particolare gli esiti dei pazienti trattati in *stroke unit* sono qualitativamente superiori di quelli inseriti in reparti generici (*general ward*) (Krespi *et al.* 2003; Rudd *et al.* 2005; Stroke Unit Trialists' Collaboration 2007; Feng Zhu *et al.* 2009)

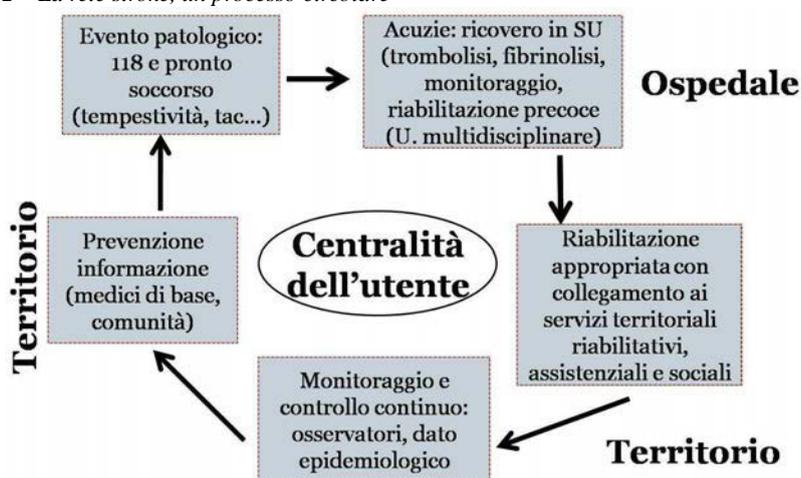
La realizzazione e diffusione di queste strutture nel sistema sanitario italiano era l'obiettivo dell'Accordo Stato-Regioni del 3 Febbraio 2005, “Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale”. Tale accordo incitava le regioni a costruire una rete per l'assistenza integrata allo *stroke* e a privilegiare nei presidi ospedalieri la formazione di *stroke unit* con personale polivalente e dedicato.

Attraverso un sistema “circolare” di *governance* territoriale, che pone al centro l'utente, la rete *stroke* ha l'obiettivo di fornire un adeguato raccordo tra territorio e ospedale, coinvolgendo i diversi attori territoriali che, in alternativa, operano isolatamente. Nel disegno previsto nell'Accordo quadro, la rete *stroke* attiva un processo di circolarità ed agisce in maniera coordinata nei tre settori di intervento: prevenzione, acuzie, riabilitazione (fig.2).

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 col 118 e il 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 permet-

te il controllo in letti monitorati, un trattamento integrato e un avvio precoce della riabilitazione. Esso aumenta inoltre il numero di pazienti eleggibili per la trombolisi (praticabile solo entro tre ore dall'evento e più recentemente entro 270'). In seguito al superamento dell'acuzie, si attiva un raccordo diretto con idonee strutture riabilitative; quindi il paziente dovrebbe continuare ad essere supportato nel reinserimento nel tessuto sociale, avviando un corretto coordinamento tra i servizi territoriali riabilitativi, assistenziali e sociali (ad esempio tramite programmi di assistenza domiciliare, se necessario); infine bisogna garantire un monitoraggio continuo della patologia, attraverso la costituzione di database e osservatori specifici che forniscono dati per calibrare le campagne di prevenzione e informazione (fig.2).

Fig. 2 – La rete stroke, un processo circolare

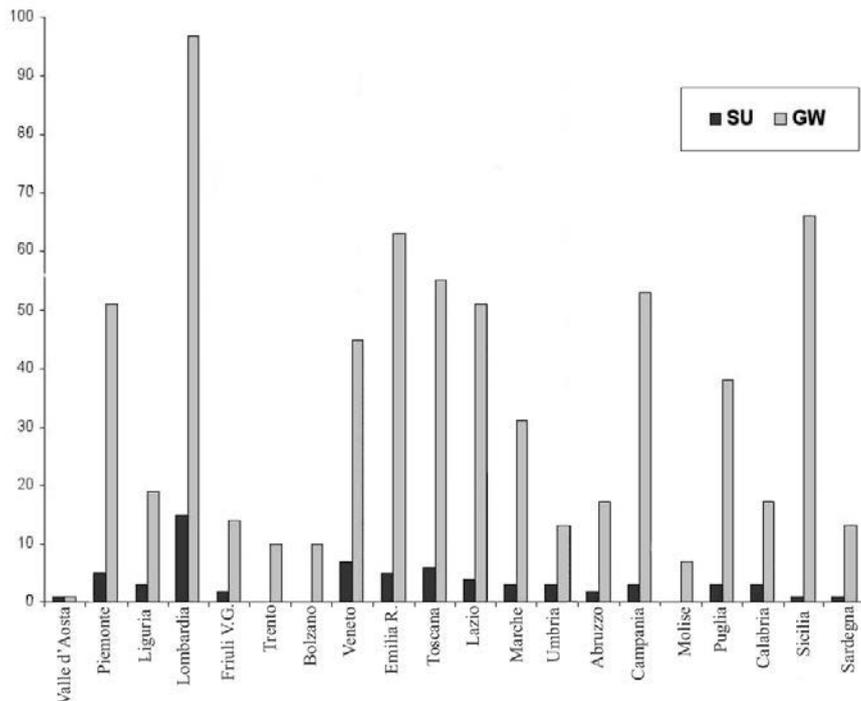


Tuttavia, il passaggio dalla *best evidence* alla *best practice*, con la diffusione di cambiamenti strutturali nei metodi di cura dei pazienti, è problematico e richiede un approccio condiviso che attivi i differenti livelli organizzativi e i soggetti implicati nella pratica di cura (medici, staff ospedalieri, 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* (SU) 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.3).

Fig. 3 – 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. Un'altra analisi (Consoli *et al.* 2010) faceva il punto dell'assistenza all'ictus all'interno delle *stroke unit*, confrontando tre modelli regionali (Lombardia, Lazio e Umbria).

Entrambe le ricerche si basavano su dati documentali, legislativi e statistici, mentre mancava uno sguardo sugli attori materialmente coinvolti nei processi. Lo studio presentato in questo volume, finanziato dal Centro Controllo e Prevenzione delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, si è proposto di colmare questa lacuna, analizzando la realizzazione dell'assi-

stenza integrata all'ictus in sei regioni italiane con una ricerca empirica che ha coinvolto il personale medico, amministrativo e direzionale interessato ed ha analizzato i processi in atto sul territorio.

3. Il disegno della ricerca e le sue fasi

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) (March e Olsen 1971; Crozier e Friedberg 1977; Schein 1985; Alvesson e Berg 1993; Gagliardi 1995; Hatch 1997; March 1998), e istituzionali (North 1992; Lanzalaco 1995; Granovetter 1998; 2000; March e Olsen 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 nelle organizzazioni sanitarie regionali.

Le regioni selezionate, individuate in base al grado di implementazione dell'Accordo Quadro, sono sei: Campania e Calabria, con un basso grado di implementazione, una rete *stroke* ancora solo sulla carta e poche *stroke unit*; Marche e Toscana, poste ad un livello medio di implementazione, con una rete *stroke* abbozzata ma non ancora completamente operativa e *stroke unit* non omogeneamente distribuite su tutto il territorio. Lombardia e Piemonte, infine, con buoni gradi di attuazione. Dopo aver raccolto materiale organizzativo e legislativo per inquadrare l'argomento, si è proceduto alla prima fase della ricerca, consistita in interviste in profondità a testimoni privilegiati.

Una questione centrale ha riguardato il "reclutamento" di tali testimoni. 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, che, per la propria posizione, possiede una profonda conoscenza delle dinamiche interne all'organizzazione sanitaria di riferimento.

I *focal point* hanno identificato i soggetti da convocare per le interviste in base ad una lista di figure professionali stilata preventivamente dai ricercatori. Per ogni regione sono stati "ascoltati" da 6 a 12 individui, per un totale di 50 interviste in profondità (tab.1).

Tab.1 – Composizione delle interviste

Regione	N. intervistati	Ruolo degli intervistati
Calabria	6	- Esponente apicale Sanità, Regione
		- Direttore generale azienda ospedaliera universitaria
		- Direttore sanitario Azienda Ospedaliera
		- Direttore straordinario Azienda sanitaria provinciale
		- Esponente programmazione regionale
Campania	11	- Esponente Ordine dei Medici
		- Addetto ufficio stampa Regione
		- Esponente tecnico Sanità regionale
		- Esponente apicale Agenzia regionale
		- Tecnico esperto Agenzia regionale
		- Direttore generale Azienda ospedaliera universitaria
		- Preside di facoltà
		- Primario di Neurologia Azienda ospedaliera universitaria
		- Esponente ordine dei Medici
		- Primario Neurologia Azienda ospedaliera A
		- Direttore generale Azienda ospedaliera B
- Primario di Neurologia Azienda ospedaliera B		
- Responsabile della <i>stroke unit</i> Azienda ospedaliera B.		
Lombardia	8	- Direttore generale azienda ospedaliera
		- Responsabile Neurologia e di <i>stroke unit</i> azienda ospedaliera
		- Direttore sanitario Azienda Ospedaliera
		- Esponente dell'Ordine dei Medici
		- Primario Neurologia Azienda Ospedaliera
		- Responsabile <i>stroke unit</i> Azienda Ospedaliera
		- Tecnico esperto programmazione Regione
- Preside di Facoltà di Medicina e Chirurgia		
Toscana	8	- Tecnico direttivo della programmazione Regione
		- Esponente apicale sanità regionale
		- Assessore Regionale
		- Direttore generale policlinico
		- Direttore sanitario policlinico
		- Esponente ordine Medici
		- Direttore <i>stroke unit</i>
		- Tecnico direttivo regione
Marche	8	- Esponente ordine dei Medici
		- Esponente apicale Agenzia Regionale
		- Tecnico esperto Agenzia Regionale
		- Direttore generale Azienda Ospedaliero-Universitaria
		- Direttore sanitario Azienda Ospedaliero-Universitaria
		- Responsabile di reparto e di <i>stroke unit</i> azienda ospedaliera
		- Vice-preside Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università
- Direttore Servizio Salute Regione Marche		
Piemonte	9	- Esponente ordine dei Medici
		- Esponente apicale sanità regione
		- Esponente programmazione regione
		- Preside di Facoltà Medicina
		- Esponente apicale Agenzia regionale
		- Direttore amministrativo Azienda Ospedaliera universitaria
- Direttore generale di Azienda Ospedaliera universitaria		
- Direttore sanitario ASL		
- Responsabile <i>stroke unit</i>		
Totale	50	

Lo schema di interviste originario prevedeva di intervistare 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 *stroke unit* o di reparto di neurologia (se non presente), un preside di facoltà di medicina e un Espovente dell'ordine dei medici (considerati questi ultimi due come portatori di potenziali interessi). Alcuni soggetti (in particolare, gli esponenti politici) hanno però rifiutato l'intervista in tutte le Regioni esaminate (tab.1). In Lombardia e Campania sono stati ascoltati più testimoni, grazie ad una elevata disponibilità riscontrata sul campo.

Nelle interviste, partendo da una traccia comune, si è adottato un approccio flessibile, adattato ai ruoli degli attori ascoltati. Le interviste hanno preceduto la realizzazione di 6 *focus group* (uno per regione), che hanno coinvolto tra gli 8 e i 12 testimoni privilegiati e che sono stati svolti durante la seconda fase della ricerca.

I partecipanti ai *focus group* sono stati individuati attraverso il metodo reputazionale. Durante la prima fase, quella delle interviste in profondità, era stato infatti chiesto agli intervistati di indicare uno o più soggetti, particolarmente rilevanti all'interno del sistema sanitario regionale in relazione alla problematica in oggetto, che potessero essere contattati per partecipare alle discussioni focalizzate di gruppo.

Va tuttavia precisato che la composizione prevista originariamente per la realizzazione dei *focus group*, è stata successivamente modificata alla luce dei risultati emersi dalle interviste in profondità. Il disegno di ricerca prevedeva originariamente di 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 alle interviste è invece emerso che le problematiche relative all'implementazione della rete *stroke*, piuttosto che collocarsi su un piano operativo (relativo ai medici e operatori che giornalmente si trovano a contatto con la patologia), 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;