



Uno studio dell'Agenzia sanitaria dell'Emilia Romagna mette a confronto i modelli di

# Ictus, cure regionali vestite da

Troppe le «disomogeneità» dalle linee-guida nazionali su territorio,

**R**icovero in stroke unit con équipe multidisciplinari, un accesso rapido alla diagnostica per immagini e l'avvio precoce della riabilitazione con tanto di dimissione protetta. Per chi è colpito da un ictus a volte solo un'assistenza davvero adeguata può evitare peggioramenti, gravi disabilità se non addirittura la morte.

Per questo seguire un preciso percorso assistenziale a volte è cruciale e per questo motivo è nato un documento ad hoc («Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale») approvato dalla Conferenza Stato-Regioni a febbraio del 2005: una sorta di vademecum regionale da seguire quasi alla lettera per avere cure davvero efficaci. E, invece, cosa succede in Italia? Secondo una recente ricerca dell'Agenzia sociale e sanitaria dell'Emilia Romagna, per incarico del ministero della Salute, svolta su 14 Regioni (Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Umbria,

Marche, Abruzzo, Basilicata, Calabria) si registra una «notevole disomogeneità dei modelli organizzativi regionali in tutte le fasi assistenziali». «Nella maggior parte delle Regioni, le delibere - avverte ancora l'Asr che ha studiato tutte le normative regionali sul tema - non riguardano in modo specifico l'assistenza al paziente con ictus e non è possibile capire il livello di attuazione nei contesti locali».

Per questo lo studio dell'Agenzia dell'Emilia Romagna - nonostante in quasi tutte le normative regionali vengano presi in considerazione gli aspetti salienti dell'assistenza all'ictus presenti nelle linee di indirizzo nazionali - suggerisce «l'opportunità di promuovere iniziative di audit clinico-organizzativo al fine di migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti con ictus in Italia».

La ricerca, in un centinaio di pagine, valuta fase per fase l'assistenza ai malati di ictus: dalla prevenzione al ricovero fino alla dimissione dall'ospedale e alla riabilitazione.

**Il puzzle regionale.** Un «aspetto preminente della eterogeneità dell'assistenza» ai

Le malattie cerebrovascolari	
● <b>Infarto:</b>	1,5% negli uomini e 0,4% nelle donne
● <b>Ictus:</b>	1,1% negli uomini e 0,8% nelle donne
● <b>Fibrillazione atriale:</b>	0,8% negli uomini e 0,7% nelle donne
● <b>Angina pectoris:</b>	3,3% negli uomini e 3,9% nelle donne
● <b>Claudicatio intermittens:</b>	1,9% negli uomini e 2,5% nelle donne
● <b>Tia:</b>	0,8% negli uomini e 0,6% nelle donne
● <b>Ipertrafia ventricolare sinistra:</b>	2,6% negli uomini e 1% nelle donne

non ha dimostrato efficacia». Anche nelle realtà dove è prevista la costituzione di un team multidisciplinare operante all'interno di aree dedicate, spesso non è chiaro un aspetto sostanziale relativo al concetto di multidisciplinarietà che, parlando di stroke care, consiste in un «approccio integrato al paziente con ictus da parte di un team dedicato con personale specificamente formato alle problematiche dei pazienti con patologia cerebrovascolare acuta». Cosa ben diversa dalla possibilità di «consulenze specialistiche a richiesta secondo un modello organizzativo che

ampiamente diffuso nelle realtà ospedaliere italiane». Un altro aspetto interessante riguarda l'attenzione dedicata dalle Regioni alle diverse fasi assistenziali del percorso integrato «stroke care», che si concentra soprattutto nelle fasi precoci dell'assistenza - pre-ospedaliere e ospedaliere -, mentre le fasi in cui si dovrebbe realizzare un'efficiente integrazione ospedale-territorio (cioè la fase di dimissione e post-dimissione) «appaiono proporzionalmente meno ricche di provvedimenti normativi, anche nelle Regioni che dedicano maggiore attenzione al-

l'organizzazione dell'assistenza ai pazienti con ictus».

Questa discrepanza deriva anche dall'organizzazione dell'assistenza territoriale nelle Regioni italiane, sicuramente meno sviluppata e articolata dell'assistenza ospedaliera, soprattutto quando si fa riferimento all'assistenza socio-sanitaria.

Appare evidente, pertanto, che in tutte le realtà regionali che hanno emanato provvedimenti specifici sull'organizzazione dell'assistenza ai pazienti con ictus, si faccia riferimento a efficienti sistemi di soccorso e di trasporto, unitamente a

L'ictus in Italia	
● <b>200.000</b>	i nuovi casi ogni anno in Italia, di cui l'80% sono nuovi episodi e il 20% recidive che riguardano soggetti precedentemente colpiti
● <b>10-12%</b>	di tutti i decessi per anno si verifica dopo un ictus, in Italia l'ictus è la terza (la seconda, stando ad alcune stime) causa di morte dopo malattie cardiovascolari e neoplasie
● <b>913.000</b>	il numero di soggetti che hanno avuto un ictus e sono sopravvissuti nel nostro Paese, con esiti più o meno invalidanti
● <b>6,5%</b>	è il tasso di prevalenza di ictus nella popolazione anziana (età 65-84 anni), leggermente più alta negli uomini (7,4%) rispetto alle donne (5,9%)
● <b>Il 75%</b>	degli ictus colpisce i soggetti over 65. L'incidenza aumenta progressivamente con l'età raggiungendo il valore massimo negli ultra ottantacinquenni

Fase ospedaliera														
	Valle d'Aosta	Piemonte	Lombardia	Friuli V.G.	Veneto	Liguria	Emilia R.	Toscana	Umbria	Lazio	Marche	Abruzzo	Basilicata	Calabria
<b>Percorsi per l'assistenza in pronto soccorso</b>		■ ◆		■			■					■		
● <b>Indagini e consulenze mirate all'ictus</b>		■ ◆		■			■					■	■	■
<b>Definizione requisiti aree di degenza in acuzie</b>			■	■			■					■	■	
● <b>Localizzazione geografica area dedicata</b>	■	■ ◆	■ ◆	■	■		■					■	■	■
● <b>Unicità area dedicata</b>	■	■ ◆		■	■		■	■	■			■		■
● <b>Multidisciplinarietà/multiprofessionalità</b>	■	■ ◆	■ ◆	■			■	■	■			■	■	■
<b>- Figure professionali (*)</b>	[12] [8] [19] [10]	[12] [9] [6] [2] [5] [8] [19] [10] [18]	[12] [2] [3] [19] [17] [8]				[11] [8] [15] [14] [19]	[11] [8] [19]	[8] [11] [19] [20]	[11] [19] [8]		[11] [8] [19] [15] [14] [10]	[12] [7] [9] [2] [19] [8]	[12] [6] [7] [2] [5] [13] [4] [19] [10] [1]
● <b>Presenza in carico riabilitativa precoce</b>	■	■ ◆	■ ◆	■				■				■	■	
- <24 ore									■					
- >24 ore	■						■					■		
<b>Trombolisi</b>	■						■	■			■	■		
● <b>Sits-Most</b>	■	■ ◆	■ ◆	■ ◆	▲	▲	■	■	▲	■ ◆	■	■		
● <b>Ist 3</b>	■		▲		▲		■		▲					
● <b>Altri Rct in corso</b>		■ ◆	◆	◆										
			Ecasi 3											
<b>Riabilitazione post-acuzie</b>	■			■			■					■		
<b>Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili</b>	■	■	■ ◆	■			■		■	■		■	■	
<b>Strumento valutazione formale</b>	■	■	■	■			■			■				
<b>Riabilitazione estensiva</b>		■		■					■	■		■		

Legenda: ■ = normativa regionale; ◆ = attuazione in corso; ▲ = centri Sits-Most e/o centri Ist-3  
 (\*) [1] Assistente sociale; [2] cardiologo; [3] chirurgo vascolare; [4] capo sala; [5] dietologo; [6] fisiatra; [7] geriatra; [8] infermiere; [9] internista; [10] logopedista; [11] medico; [12] neurologo; [13] neuropsicologo; [14] operatore socio-sanitario; [15] operatore tecnico dell'assistenza; [16] psicologo; [17] rianimatore; [18] terapeuta occupazionale; [19] terapeuta riabilitazione; [20] team riabilitazione

Programmi		
	Valle d'Aosta	Piemonte (*)
<b>Coinvolgimento dei clinici</b>		■ ◆
<b>Coinvolgimento dei cittadini</b>		■
<b>Fattori di rischio</b>	■	
● <b>Fumo</b>		
● <b>Obesità</b>		
● <b>Diabete</b>	■	
● <b>Iperensione</b>	■	

Legenda: ■ = normativa regionale; ◆ = attuazione in corso  
 (\*) Linee guida sull'ictus

	Valle d'Aosta	Piemonte
<b>Percorsi per riconoscimento precoce</b>	■	■ ◆
<b>Trasporto in ospedale del paziente</b>		■ ◆
● <b>Strutturazione ospedali in rete specifica per ictus</b>		■ ◆

Legenda: ■ = normativa regionale; ◆ = attuazione in corso

	Valle d'Aosta	Piemonte
<b>Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione</b>		■
● <b>Destinazione</b>		
- <b>Domicilio</b>		■
- <b>Lungodegenza</b>	■	■
- <b>Rsa o similari</b>	■	■
● <b>Continuità assistenziale</b>		
- <b>Riabilitazione a domicilio</b>		■
- <b>Riabilitazione ambulatoriale</b>		■
- <b>Adi</b>		■

Legenda: ■ = normativa regionale

assistenza in quattordici Regioni

# Arlecchino

## «stroke unit» e riabilitazione

vie preferenziali all'interno dell'ospedale che consentano di mettere in opera l'iter diagnostico e terapeutico in fase acuta. «È quindi indispensabile - prosegue la ricerca dell'agenzia - immaginare il percorso assistenziale del paziente con ictus come un continuum che va dalle primissime fasi fino al reinserimento sociale e familiare».

Infine analoghe considerazioni possono essere fatte relativamente alla specificità di percorsi assistenziali. In alcune Regioni non esistono infatti percorsi ad hoc dedicati all'assistenza dei pazienti con ictus, in quanto le indicazioni organizzative per l'assistenza a questi malati compaiono all'interno di documenti riguardanti le malattie croniche.

**Il bilancio e il futuro.** Per l'agenzia esiste un «alto livello di attenzione» sull'assistenza all'ictus e una «comune volontà di superare un atteggiamento passivo» che negli anni passati portava a considerare questa patologia con «scarsa specificità assistenziale e per la quale la prognosi era poco o per nulla modificabile dagli interventi sanitari». A fronte

di questa attenzione è però auspicabile che al documento della Conferenza Stato-Regioni, prevalentemente orientato alla descrizione della fase acuta dell'assistenza, facciano seguito ulteriori documenti di indirizzo sulla continuità dell'assistenza ai pazienti con ictus con particolare riferimento all'assistenza post-ospedaliera.

«L'avvio di reti assistenziali efficienti non può essere scollato - continua la ricerca - da un'azione di monitoraggio e verifica che dovrebbe entrare a far parte stabilmente del percorso assistenziale stesso in un'ottica di miglioramento continuo della qualità delle cure». Anche in questo senso sarebbe utile che la presenza di «strumenti comuni e condivisi» permettesse di superare le disomogeneità, a esempio - come già succede in altri Paesi europei, quali il Regno Unito - promuovendo programmi di audit clinico e organizzativo che consentirebbero di monitorare l'effettiva attuazione dei provvedimenti regionali e il loro impatto sulla qualità dell'assistenza erogata ai pazienti con ictus.

**Marzio Bartoloni**

### Le normative regionali

VALLE D'AOSTA	LIGURIA	UMBRIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bollettino ufficiale Regione autonoma n. 46/2001: applicazione completa delle azioni di cui alla deliberazione del commissario dell'azienda Usl del 17/1/2000 relativa alla Carta dei servizi del pronto soccorso</li> <li>Informativa dell'assessore 2004: individuazione di centro idoneo all'utilizzo del farmaco Actilyse</li> <li>Deliberazione direttore generale 157/2005: istituzione stroke unit nell'ambito dell'Uo Neurologia e neurofisiopatologia e approvazione del relativo regolamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dgr 7092/1988: Fondi di sviluppo 1986. «Programma per disabili e anziani»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psr 2003-2005: 8.2.5. Lotta alle cardio e cerebrovasculopatie</li> <li>Dgr 3/2003: Linee d'indirizzo regionali sui percorsi di ausili e protesi</li> <li>Usl 2 Asl dell'Umbria: Linea guida diagnostico-terapeutica «La riabilitazione della persona con ictus cerebrale» - Ottobre 2003</li> <li>Usl 2 Asl dell'Umbria: Linea guida diagnostico-terapeutica «Ictus cerebrale». Prima revisione - Anno 2003</li> <li>Dgr 1147/2004: Linee d'indirizzo per la riabilitazione estensiva</li> </ul>
PIEMONTE	EMILIA ROMAGNA	MARCHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dgr 30/2004: individuazione dei centri autorizzati all'utilizzo del farmaco Actilyse nel trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto</li> <li>Dgr 26/2001: sviluppo della rete di assistenza regionale per l'ictus cerebrale</li> <li>Determinazione n. 303/2002: teleconsulto medico Piemonte ospedali in rete (tempore) - Progetto telestroke</li> <li>Dgr 44/2006: indicazioni in merito al percorso pre-ospedaliero e intra-ospedaliero per i pazienti con ictus cerebrale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dgr n. 1720 del 16/11/2007: approvazione linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus - Programma stroke care</li> <li>Dgr n. 1051 del 24/7/2006: Linee di programmazione e obiettivi alle aziende sanitarie per l'anno 2006 - Programma stroke care - La gestione integrata del paziente con ictus</li> <li>Lettera della Direzione generale Sanità e politiche sociali (protocollo n. Ass/Dir/05/15009 del 12 aprile 2005)</li> <li>Individuazione dei centri autorizzati all'utilizzo del farmaco Actilyse nel trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto</li> <li>Dgr 2068/2004: il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni</li> <li>Dgr 1349/2003: Psr 1999-2001 - Approvazione di linee guida per l'organizzazione del sistema emergenza-urgenza sanitaria territoriale e centrali operative 118 secondo il modello hub&amp;spoke</li> <li>Dgr 1267/2002: Psr 1999-2001 - Approvazione di linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello hub&amp;spoke</li> <li>Dgr 124/1999: criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decreto del dirigente del Servizio di assistenza ospedaliera 80/2005</li> <li>Decreto del dirigente del Servizio di assistenza ospedaliera 2/2005</li> <li>Psr 2003-2006: un'alleanza per la salute</li> </ul>
LOMBARDIA	TOSCANA	ABRUZZO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dgr 20772/2005: approvazione del Piano cardiocerebrovascolare della Lombardia e definizione delle risorse da destinare all'attuazione del Piano stesso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Piano sanitario regionale 2002-2004</li> <li>Piano sanitario regionale 2005-2007</li> <li>Consiglio sanitario regionale: diagnosi e cura dell'ictus. Linea guida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nota dell'assessore alla Sanità 431/2006 ai direttori generali Asl Regione Abruzzo</li> <li>Deliberazione del direttore generale - Azienda Usl Lanciano 308/2006</li> <li>Nota del direttore generale Asl Teramo all'assessore regionale alla Sanità - All.</li> <li>Studio di fattibilità per Unità di terapia neurovascolare - 2006</li> <li>Dgr 1535/2006. Oggetto: Progetti obiettivi a rilevanza nazionale ex art. 1, commi 34 e 34-bis L. 662/1996 - Finanziamento 2004 - Priorità 4: Centri di eccellenza - Determinazioni</li> <li>Determinazione 64/2006. Oggetto: Progetti obiettivi a rilevanza nazionale ex art. 1, commi 34 e 34-bis L. 662/1996 - Finanziamento 2004 - Priorità 4: Centri di eccellenza - Impegno, liquidazione e pagamento</li> <li>Determinazione 64/2006. Oggetto: Progetti obiettivi a rilevanza nazionale ex art. 1, commi 34 e 34-bis L. 662/1996 - Finanziamento 2004 - Priorità 4: centri di eccellenza - Impegno, liquidazione e pagamento</li> <li>Determinazione della Direzione generale Sanità n. 14/2005: costituzione Commissione tecnico-scientifica</li> </ul>
FRIULI VENEZIA GIULIA	LAZIO	BASILICATA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dgr 1177/2006: Piano regionale della prevenzione (seconda parte)</li> <li>Dgr 606/2005: Piano della riabilitazione</li> <li>Dgr 2862/2005: Piano regionale della prevenzione (prima parte)</li> <li>Dgr 3222/2005: Piano sanitario e socio-sanitario regionale 2006-2008</li> <li>Dgr 4462/2001: Intervento sulla Sanità regionale</li> <li>Dgr 734/2001: Piano di intervento a medio termine per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria per il triennio 2000-2002 (concetti ribaditi nella Dgr 2504/2002: Approvazione della proposta di piano regionale dell'emergenza sanitaria)</li> <li>Dgr 1487/2000: Linee guida per la gestione delle Rsa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determina del Ds D503/2005 e D1969/2006</li> <li>Delibera regionale dei piani di prevenzione attiva recidive cerebro e cardiovascolare (Integraz. alla Dgr n. 729 del 4/8/2005)</li> <li>Psr 2002-2004 (Dgr 144/2002)</li> <li>Dgr 424/2004</li> <li>Dgr 553/1999</li> <li>Documento per la riorganizzazione della rete ospedaliera ai fini del conseguimento degli obiettivi previsti dal Patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio</li> <li>Progetto Implica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dgr 1670/2004: direttiva vincolante per l'assistenza all'ictus cerebrale</li> </ul>
VENETO	CALABRIA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dgr 740/1999: Nuova proposta di revisione delle dotazioni ospedaliere del Veneto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Piano regionale per la salute</li> </ul>	

### di prevenzione primaria e secondaria

	Lombardia	Friuli V.G.	Veneto	Liguria	Emilia R.	Toscana (*)	Umbria (*)	Lazio	Marche	Abruzzo	Basilicata	Calabria
	◆	■			■	■		■		■	■	
	◆	■			■	■		■		■		
	◆	■			■	■		■		■		
	◆	■			■	■		■		■		
	◆	■			■	■		■		■		
	◆	■			■	■		■		■		

### Fase pre-ospedaliera

	Lombardia	Friuli V.G.	Veneto	Liguria	Emilia R.	Toscana	Umbria	Lazio	Marche	Abruzzo	Basilicata	Calabria
	◆	◆			■			◆		■	■	■
	■	■			■			◆		■	■	■
	◆	◆			■	■	■	■	■	■	■	■

### Fase post-operatoria

	Lombardia	Friuli V.G.	Veneto	Liguria	Emilia R.	Toscana	Umbria	Lazio	Marche	Abruzzo	Basilicata	Calabria
	■	■			■	■		■		■		
		■			■		■					■
		■			■		■					■
		■			■		■					■
		■			■		■					■
		■			■		■					■
		■			■		■					■

## Master specialistici. Non smettere mai di esplorare



Se vuoi impegnarti in prima persona a rinnovare concretamente il sistema sanitario italiano, iscriviti all'edizione 2009 del Master in Management per la Sanità della SDA Bocconi School of Management, la quindicesima scuola nel mondo e la quinta in Europa per l'executive education secondo il Financial Times.

Se invece rappresenti un'azienda sanitaria pubblica e privata, un'impresa farmaceutica biotecnologica o elettromedicale, una società di consulenza o un centro di ricerca e stai cercando un giovane talento, motivato, con forti competenze di management sanitario ed hai un progetto di stage da proporgli, a partire da ottobre 2008 sarà disponibile una nuova classe di master pronti ad immergersi nella tua organizzazione per tre intensi mesi di attività.

In dodici mesi i partecipanti all'ottava edizione del Master in Management per la Sanità diventeranno dei professionisti che, conoscendo le specificità del sistema sanitario italiano, saranno in grado d'individuare le soluzioni più adatte per una gestione efficace del servizio sanitario e di aiutare i policy-makers a progettare politiche sanitarie compatibili con i diversi contesti locali, diventando parte attiva di una rete professionale che periodicamente si confronta in una costante volontà di migliorarsi e migliorare la realtà in cui vive.

SDA Bocconi. Knowledge and imagination.

### Master in Management per la Sanità

Per i candidati: 02 5836 6810 - E-mail: [mims@sdbocconi.it](mailto:mims@sdbocconi.it)

Scadenza invio candidatura: 20 ottobre 2008

Per le proposte di stage: 02 5836 5094 E-mail: [tutormims@sdbocconi.it](mailto:tutormims@sdbocconi.it)

<http://www.sdbocconi.it/mims>



Bocconi School of Management

SDA Bocconi