

### *In questo numero*

È da tempo noto e provato come le malattie croniche rappresentino, nei paesi occidentali, una sorta di “epidemia” responsabile di decessi, sofferenza e grande impegno per il nostro Sistema Sanitario. A tale problematica dedichiamo i primi due contributi *in questo numero*. La gestione delle patologie croniche richiede forte integrazione e coordinamento tra diversi professionisti e *setting* assistenziali. Nonostante sia sostenuto da tutti che il paziente cronico debba essere al centro del sistema sanitario sono ancora limitati gli strumenti che monitorino l’esperienza e gli esiti delle cure riportate dai pazienti cronici in modo sistematico e comparabile. Il passaggio dalla formulazione teorica alla realizzazione pratica si rivela difficile da applicare inoltre anche per la mancanza di informazioni che riportano l’esperienza e gli esiti riferiti dai pazienti.

Da tale premessa si svolge l’articolo di *Milena Vainieri et al* che riassume gli elementi essenziali del protocollo standard previsto dall’iniziativa PaRIS – *Patient-Reported Indicators Survey* promossa dall’OCSE e il suo adattamento al contesto italiano anche in virtù della progettualità proposta dal Ministero della Salute. Gli Autori tracciano gli elementi differenziali evidenziando le sfide di questa fase di sperimentazione. Il protocollo PaRIS oltre a procurare informazioni rilevanti e utili per comprendere e valutare l’offerta dei propri servizi, potrà - in base alle argomentazioni degli autori - garantire di sperimentare le procedure di raccolta dei dati e le modalità di rappresentazione dei risultati; validare le proprietà psicometriche dei questionari previsti; fornire informazioni centrali su alcuni aspetti metodologici.

Nel loro contributo presentano la sperimentazione di una risposta inclusiva e sostenibile al problema della cronicità *Roberto Randellini et al*. Viene riportata l’esperienza realizzata nell’Azienda Usl Toscana Sudest di costruzione di un Modello delle reti cliniche integrate e strutturate, ispirata ai principi del Chronic Care Model. Il modello è basato su un approccio di Medicina d’iniziativa per la gestione della cronicità, complessità e fragilità.

E’ descritto il corollario teorico del modelli, i riferimenti concettuali fondanti - o pilastri - le aree di intervento e, a seguire, la declinazione operativa e le specifiche delle fasi di attuazione e di valutazione complessiva del modello e dei suoi esiti di salute secondo due prospettive: la prima in base ai dati in letteratura, la seconda attraverso una analisi comparativa dei maggiori indicatori tra due zone distretto della AUSL Sudest per i pazienti ove è attuata la medicina d’iniziativa, e laddove tale modello di cura non è applicato.

*Enza Caruso*, attraverso il suo rilevante saggio, apre la discussione sull’autonomia differenziata - prevista dall’articolo 116 comma 3 della Costituzione italiana - sulla profonda evidenza del regionalismo sanitario: la problematica viene inquadrata all’interno delle tre funzioni del bilancio pubblico: la stabilizzazione macroeconomica, la redistribuzione del reddito e l’allocazione delle risorse. Quale idea di giustizia in Sanità? Il problema di fondo posto da Caruso. Ripercorrendo la regolazione del decentramento amministrativo, fiscale e funzionale, l’autrice esprime la sua idea di giustizia nella Sanità per superare la tensione competitiva tra

accentramento e decentramento delle funzioni. È evidenziata con forza la necessità di entrare nel merito dei modelli organizzativi sanitari delle regioni per ridurre le disuguaglianze. Andare oltre un'idea di redistribuzione minimale (parti uguali tra diseguali?) garantendo alle regioni un finanziamento e compensare i perdenti (cioè il sud) con riserve sugli investimenti – afferma l'Autrice – e andare oltre il nord e il sud del paese, “occupandoci di ciò che fanno i virtuosi” valutando le best practice di ogni regione per farle entrare nella programmazione nazionale. Il contributo di *Nicola Nante et al* sottopone ad analisi le attività strutturate di Promozione della Salute (PdS) in Italia, a livello nazionale, regionale e, soprattutto, territoriale. Sono quindi esaminate strutture, progetti (divisi per tematica) e responsabilità esistenti a diversi livelli. I risultati del lavoro evidenziano una grande disomogeneità nell'ambito nazionale in merito alle attività di PdS, sia nell'organizzazione delle strutture che nella messa in opera dei progetti. È verosimile che il fenomeno, almeno in parte, dipenda da una lacunosa attenzione alla digitalizzazione dei dati, nonostante la crescente importanza informativa del web. *Claudia Zamin et al* presentano i risultati del progetto “Medico&PsicologoInsieme”. Attivo dal 2017 a Milano il progetto prevede una collaborazione congiunta all'interno dell'ambulatorio. Attraverso la somministrazione di questionari standardizzati, la ricerca ha messo a confronto gli assistiti di ambulatori di Medicina Generale che hanno effettuato la visita classica, la copresenza medico e psicologo e la consultazione psicologica al fine di verificare se la copresenza incida sulla salute in modo statisticamente significativo, dimostrare la sostenibilità della consultazione psicologica all'interno dello studio del MMG, verificare la soddisfazione degli assistiti. La collaborazione tra MMG e psicologo all'interno dell'ambulatorio ha rappresentato una possibilità immediata e concreta per iniziare a declinare nella clinica una integrazione di équipe multiprofessionali. La crescente domanda di supporto psicologico anche alla luce della recente pandemia da Covid-19 spinge a ripensare i servizi territoriali: una reale integrazione tra medicina e psicologia, insieme a tutti gli altri saperi coinvolti nella cura del territorio, è doverosa, auspicabile come continua e sistematica e non solo come intervento emergenziale. In conclusione, l'articolo di *Fulvio Forino* - Lavorare insieme e non accanto. L'approccio sistemico alle équipe multiprofessionali della “presa in carico” - si ricollega concettualmente alla tematica del contributo precedente. Nella prima parte dell'articolo l'autore discute delle équipe della “presa in carico” intese come sistemi complessi, aperti, adattativi, evolutivi, che basati sulla conoscenza, sono capaci d'autorganizzazione e d'autopoiesi del loro know-how e che hanno la loro ragion d'essere nella multidimensionalità dei pazienti complessi che trattano. Nella seconda parte dell'articolo il focus è centrato su diversità, interdipendenza, complementarietà, integrazione tra più conoscenze tacite e esplicite quali presupposti del lavorare in modo interprofessionale, ovvero del “lavorare insieme e non accanto”. Il paragrafo conclusivo è dedicato alle difficoltà che incontra un'équipe in quanto tale, i suoi componenti e chi esercita in essa una funzione direzionale, per adottare e mantenere in efficienza un modello di funzionamento sistemico e interprofessionale.