

# **IL MANAGEMENT DELLE MALATTIE CRONICHE**

**Profili economico-aziendali**

**a cura di  
Claudia Salvatore**

**FrancoAngeli**

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





Il presente volume è stato realizzato con il contributo della Direzione Generale per la Salute della Regione Molise nell'ambito del progetto di ricerca "Value-Based Healthcare e la sostenibilità economica del servizio sanitario regionale (SSR) del Molise. Gestione economica di alcune malattie croniche", di cui è Responsabile scientifico Claudia Salvatore.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

# **IL MANAGEMENT DELLE MALATTIE CRONICHE**

**Profili economico-aziendali**

**a cura di  
Claudia Salvatore**

**FrancoAngeli**

Copyright © 2023 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](http://www.francoangeli.it).*

# INDICE

<b>Prefazione</b> , di <i>Maria Triassi</i>	pag.	7
<b>Il contributo dell'economia aziendale al problema economico delle malattie croniche: un inquadramento concettuale</b> , di <i>Claudia Salvatore</i>	»	9
<b>1. Le malattie croniche e la sostenibilità dei sistemi sanitari in Italia e a livello internazionale</b> , di <i>Claudia Salvatore</i>	»	13
1.1. Introduzione	»	13
1.2. La letteratura e il background di riferimento: la gestione delle malattie croniche a livello nazionale ed internazionale	»	15
1.3. Gli sviluppi futuri di ricerca per la sostenibilità delle malattie croniche: opportunità e sfide per una riprogrammazione dell'assistenza sanitaria territoriale	»	19
Riferimenti bibliografici	»	23
<b>2. Il quadro sulla dimensione e sulla governance delle malattie croniche in Italia</b> , di <i>Carla Del Gesso, Claudia Salvatore, Raffaella Petti e Valentina Di Cillo</i>	»	26
2.1. Introduzione	»	26
2.2. La dimensione epidemiologica ed economica delle malattie croniche nel Sistema Sanitario Nazionale italiano	»	28
2.3. Il modello di gestione della cronicità nel "Piano Nazionale Cronicità" (PNC)	»	39
2.3.1. I principi e la vision del PNC per la gestione della cronicità	»	41

2.3.2. Le fasi del macro-processo di gestione della persona con malattia cronica	pag.	46
2.4. Il recepimento e il rilancio del PNC: la (ri)costituzione della Cabina di regia nazionale	»	56
Riferimenti bibliografici	»	59
<b>3. Le esperienze di recepimento del Piano Nazionale Cronicità e di gestione della cronicità in alcune Regioni italiane, di Claudio Struzzolino</b>	»	62
3.1. Premessa	»	62
3.2. Piemonte	»	63
3.3. Veneto	»	71
3.4. Lombardia	»	78
3.5. Emilia Romagna	»	90
3.6. Riflessioni conclusive	»	101
Riferimenti bibliografici – Normative di riferimento	»	103
<b>4. Il caso della Regione Molise: analisi dello stato dell'arte sullo "scompenso cardiaco" e sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale, di Claudia Salvatore, Lolita Gallo, Carla Del Gesso, Stefania Pizzi, Gennaro Panacciulli, Valentina Di Cillo e Raffaella Petti</b>	»	108
4.1. Obiettivi e metodologia della ricerca	»	108
4.2. La gestione di una particolare malattia cronica, "lo scompenso cardiaco": la letteratura di riferimento	»	111
4.3. Lo scompenso cardiaco in Regione Molise: lo stato dell'arte	»	112
4.4. La gestione dello scompenso cardiaco nel sistema sanitario molisano	»	114
4.5. Proposte e scenari futuri nella gestione delle malattie croniche	»	138
Riferimenti bibliografici	»	142
<b>Considerazioni conclusive, di Claudia Salvatore</b>	»	144
<b>Gli Autori</b>	»	147
<b>Ringraziamenti</b>	»	151

# PREFAZIONE

di *Maria Triassi*

Negli ultimi decenni la Medicina è stata interessata da cambiamenti radicali che richiedono nuovi approcci gestionali per migliorare gli esiti di salute e le performance dei sistemi sanitari. L'allungamento dell'aspettativa di vita, l'invecchiamento della popolazione (con incremento conseguente di persone con patologie croniche), l'incremento e la sofisticazione delle innovazioni tecnologiche fanno emergere la necessità di contenere gli elevati costi che tali trasformazioni comportano. In aggiunta, la gestione e l'ammodernamento continuo delle tecnologie obsolete determineranno in futuro ulteriori costi per i servizi sanitari.

Il Management della Sanità ha, pertanto, un ruolo sempre più importante e complesso anche alla luce del *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* (PNRR) che sicuramente prevede molte opportunità per lo sviluppo della sanità territoriale; tuttavia, il PNRR si focalizza prevalentemente su investimenti strutturali per la ristrutturazione e la riconversione degli spazi e investimenti sul digitale. Mancano ancora investimenti importanti per il reclutamento e la formazione del personale, nonostante sia emersa la necessità di coinvolgere, in un sistema a rete, i nuovi professionisti della sanità che creino un coordinamento tra assistenza ospedaliera, e assistenza territoriale e di comunità.

In questo framework, si inserisce il presente volume con l'esigenza di analizzare i profili economico-aziendali del management delle malattie croniche e studiare come rendere sostenibili, in epoca post-pandemica, i Servizi Sanitari Regionali per affrontare la gestione di tali patologie che sono in progressiva crescita, in seguito soprattutto a fattori importanti quali l'invecchiamento della popolazione. L'analisi empirica svolta nella seconda parte del volume riguarda il caso di una regione italiana di piccole dimensioni, il Molise (con poco meno di 300.000 abitanti), dove vi è prevalenza di persone anziane ultra sessantacinquenni e dove le patologie croniche e, in particolare,

lo scompenso cardiaco (*heart failure*), sono in grande aumento e rappresentano quindi un'alta percentuale della spesa sanitaria destinata all'assistenza. Tale Regione può rappresentare una regione pilota sul tema e uno stimolo per una approfondita riflessione in altre regioni italiane.

La finalità del volume è quella di evidenziare la necessità di un equilibrio tra assistenza sanitaria territoriale e assistenza sanitaria ospedaliera, cercando di ridurre il più possibile il ricorso all'assistenza ospedaliera dei malati cronici, e invertendo, quindi, il sistema tradizionale (*hospital-based*) con un sistema a rete meno centralizzato e più ramificato (in cui addirittura lo specialista si sposta presso l'abitazione del paziente). Tutto ciò si riesce a realizzare con l'aiuto di nuovi strumenti, tecnologie innovative e attraverso una cooperazione tra i vari settori e tra i diversi attori dell'ampio sistema della salute. In tal modo, è possibile coniugare qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie con economicità ed efficienza, in un sistema a rete che coinvolga diverse e nuove professionalità presenti nel setting ospedaliero e territoriale.

Oltre ad una analisi del panorama internazionale della ricerca sul tema oggetto di studio, sono state poste in evidenza pratiche concrete e modelli di gestione che possano essere poi esportati e implementati in altri ambiti territoriali. Tutto ciò coinvolgendo anche il paziente, che negli anni più recenti è chiamato, infatti, a partecipare al processo decisionale delle aziende sanitarie (*empowerment* del paziente) per la definizione del suo percorso terapeutico, insieme ai professionisti e agli altri operatori sanitari e socio-sanitari.

È dunque auspicabile per una gestione economica delle malattie croniche, sviluppare modelli assistenziali con l'integrazione di competenze e profili professionali differenti che tengano conto di strategie di prevenzione, di diagnosi precoce, di valutazione e monitoraggio digitale al fine di garantire una maggiore autonomia delle persone anziane e fragili con malattie croniche e con multi-patologie.

*Maria Triassi*

Professore Ordinario di Igiene  
nell'Università degli Studi di Napoli  
Federico II  
Presidente della Scuola di Medicina  
e Chirurgia

Direttore del Master di II livello  
in Management Sanitario dell'Università  
degli Studi di Napoli Federico II  
Vice Direttore del Dipartimento  
di Sanità Pubblica

# IL CONTRIBUTO DELL'ECONOMIA AZIENDALE AL PROBLEMA ECONOMICO DELLE MALATTIE CRONICHE: UN INQUADRAMENTO CONCETTUALE

di *Claudia Salvatore*

Il management delle malattie croniche è un tema di grande attualità e rilevanza nel panorama internazionale della ricerca, non solo più strettamente ed evidentemente in campo medico-assistenziale, ma anche in quello economico-aziendale alla luce della crescente necessità di migliorare qualitativamente e rendere più efficienti ed efficaci i sistemi e i processi di gestione ed erogazione dell'assistenza sanitaria ai pazienti con patologie croniche. L'ottimizzazione dell'impiego di risorse finanziarie e umane per garantire l'assistenza sanitaria ai malati cronici può assicurare il benessere delle popolazioni e la futura sostenibilità dei sistemi sanitari pubblici, coinvolgendo i diversi attori dell'ecosistema della salute. Ciò comporta ovviamente una notevole attività di promozione della salute sul territorio e di *engagement* dei pazienti e dei professionisti della salute.

In questa cornice, si colloca il presente volume che si pone all'attenzione di studiosi di discipline economico-aziendali, di sanità pubblica, policy-maker, manager, professionisti ed operatori nel campo del sistema della salute. In particolare, il lavoro sviluppa contenuti utili per una riflessione in chiave economico-aziendale sul management delle malattie croniche, che appare una delle sfide più significative dei moderni sistemi di tutela della salute. Il framework dello studio è legato al filone di ricerca del *Value based healthcare* (VBHC) che fornisce un approccio metodologico e strategico con al centro i bisogni di assistenza sanitaria delle persone per misurare gli *outcome* (esiti di salute) dei pazienti (anziché il volume delle prestazioni), e i costi reali sostenuti per ogni singolo paziente, analizzando la relazione tra i miglioramenti dello stato di salute dei pazienti e i costi sostenuti durante l'erogazione dell'assistenza. Il VBHC è un modello gestionale che si basa sul valore e tiene conto di logiche di integrazione organizzativa e di partnership con il territorio e con le aziende.

In Italia, come in molti altri Paesi a livello internazionale, le patologie croniche (le malattie cardiovascolari - quali lo “scompenso cardiaco” o *heart failure* –, le patologie polmonari, quali la bronco pneumopatia cronico ostruttiva – BPCO, il diabete, le malattie reumatologiche, l’obesità, l’ipertensione di lunga durata, e così via) rappresentano la principale causa di malattia e di disabilità e, quindi, di utilizzo dell’assistenza sanitaria, come nel caso dello “scompenso cardiaco” che è oggetto di attenzione particolare nel presente volume, attraverso un’analisi empirica svolta nella Regione Molise. La metodologia di ricerca impiegata ha, infatti, combinato una ricostruzione del quadro teorico-empirico degli studi economico-aziendali condotti a livello internazionale sulle malattie croniche – attraverso una revisione della letteratura esistente sui temi di pertinenza della ricerca – con una approfondita analisi di dati empirici raccolti con riferimento alla Regione Molise, quale Regione tra le più piccole in Italia (con poco meno di 300.000 abitanti), con un’unica Azienda Sanitaria Regionale (l’ASREM), che, quindi, per le sue caratteristiche, per il presente studio, può essere considerata una regione pilota. Infatti, il metodo di ricerca adottato nella seconda parte dello studio è il *case study research*.

È ormai ben noto che le malattie croniche e le disabilità sono in costante aumento in tutto il mondo, a causa dell’invecchiamento della popolazione e spesso della presenza di multi-patologie. Di conseguenza, sono in aumento anche i costi dell’assistenza sanitaria per tali pazienti, specialmente quella ospedaliera per i ricoveri ripetuti, mettendo a dura prova la sostenibilità economica, sociale ed ambientale dei sistemi sanitari pubblici (Salvatore, 2020). La sfida, pertanto, non è solamente di natura epidemiologica, ma anche economico-aziendale, in quanto implica il miglioramento degli *outcome* di salute dei malati cronici, garantendo loro attività di prevenzione, diagnosi, cura, e prestazioni sanitarie appropriate, efficaci ed efficienti anche dal punto di vista del contenimento delle ospedalizzazioni e dei relativi costi di degenza. In altre parole, le Aziende Sanitarie e i sistemi sanitari nel loro complesso hanno il difficile compito di gestire ed erogare servizi di assistenza a livello sia ospedaliero, sia territoriale, nel rispetto di vincoli economici e di equilibri di bilancio, senza per questo ridurre i livelli di qualità, sicurezza ed equità delle prestazioni e degli *outcome* di salute dei pazienti.

L’indagine empirica si è focalizzata, quindi, sullo studio della gestione economica dell’assistenza ospedaliera e territoriale relativa alla malattia dello scompenso cardiaco nel Servizio Sanitario Regionale del Molise, offrendo spunti pertinenti per successive analisi e riflessioni da estendere anche ad altre patologie croniche. Interessante sarà approfondire, in altri lavori di ricerca, il legame delle malattie croniche con le disuguaglianze di genere,

tema di grande attualità anche alla luce dei *Sustainable Development Goals* (SDGs) dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite.

La gestione della cronicità si fonda, dunque, sulla capacità dei servizi sanitari nazionali e locali di coniugare efficacemente obiettivi di performance clinico-assistenziale con obiettivi di sostenibilità delle prestazioni complessivamente erogate dalle strutture e dai professionisti del territorio e dell'ospedale. Al fine di porre in essere un sistema virtuoso in tema di cronicità, è necessaria una gestione focalizzata ed integrata dei percorsi assistenziali che implica lo sviluppo di modelli di reti assistenziali, nonché l'impiego di tecnologie e strumenti innovativi, quali la telemedicina, il monitoraggio da remoto e la salute digitale (*digital health*) in senso ampio, anche al fine di ridurre il carico dell'assistenza ospedaliera e garantire prestazioni territoriali e domiciliari alla popolazione di età più anziana, che spesso vive anche in zone geografiche disagiate.

L'emergenza pandemica da COVID-19 ha posto in evidenza in molti contesti sanitari le criticità derivanti dalla gestione delle malattie croniche basate prevalentemente sull'assistenza ospedaliera, ribadendo, invece, la necessità di puntare per le patologie croniche alla creazione di una rete di assistenza a livello territoriale e di comunità. La valutazione della performance delle reti assistenziali ospedale-territorio rappresenta un utile strumento di miglioramento e di *accountability* per la presa in carico dei pazienti cronici.

In quest'ottica, la presente opera propone alcuni validi approfondimenti teorico-pratici e spunti di analisi critica per supportare un ripensamento del tradizionale sistema di cura *hospital-based* per le malattie croniche a favore di un incremento e potenziamento del sistema delle cure primarie e domiciliari e, più in generale, dell'assistenza territoriale come ben emerge in Italia dal Decreto Ministeriale n. 77/2022 sulla riforma dell'assistenza territoriale, dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 del Ministero della Salute. Il ruolo della prevenzione, della diagnosi, l'importanza di un'assistenza non solo ospedaliera, le potenzialità della medicina digitale e della multidisciplinarietà nella gestione delle malattie croniche e delle reti, sono i nuovi principi cardine da seguire in epoca post-pandemica e nel framework del *Value Based Health Care*.

L'opera accoglie i contributi di diversi Autori, accademici, professionisti, operatori del settore, policy-maker, per offrire un quadro internazionale e nazionale sulla gestione in chiave economico-aziendale della cronicità e si inserisce nel quadro della ricerca gestionale e contabile del settore sanitario, con un *excursus* sull'esperienza di gestione della malattia dello "scompenso cardiaco" in Regione Molise.

In sintesi, la sostenibilità dei sistemi sanitari risulta minata dalla gestione della complessità clinica dei pazienti e dall'esplosione di patologie che fino a decenni fa non avevano percorsi di cura definiti. È necessario un nuovo modo di gestione di tali patologie che si basi sull'integrazione dei servizi sanitari, su nuovi ruoli del personale medico (per esempio per i Medici di Medicina Generale – MMG – e per i Pediatri di Libera Scelta – PLS) ed infermieristico (infermiere di famiglia o di comunità: l'IFoC) non solo in ospedale, ma anche sul territorio (De Lorenzo *et al.*, 2020). La trasformazione digitale che sta investendo la sanità pubblica, inoltre, vedrà coinvolti tutti i pilastri dell'assistenza territoriale: la Casa della Comunità (CdC), la Casa della Salute, il MMG, il PLS, la Centrale Operativa Territoriale (COT), l'IFoC, l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) e, infine, la rete di cure palliative in cui è inserito, quale nodo della rete, anche il setting domiciliare.

Il volume è articolato in quattro capitoli. Il primo capitolo offre un'*overview* della letteratura di riferimento in merito al tema della gestione delle malattie croniche secondo un approccio aziendale e sulla sostenibilità delle stesse per i servizi sanitari regionali e nazionali. Il secondo capitolo fornisce un quadro sulla dimensione economica ed epidemiologica delle malattie croniche e sulla *governance* della cronicità in Italia. Il terzo capitolo offre esperienze di recepimento del Piano Nazionale Cronicità (PNC) in alcune regioni italiane (Piemonte, Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna) e il quarto capitolo si sofferma sul caso della Regione Molise, con focus sulla patologia dello scompenso cardiaco e sulle criticità che ne derivano. Ciò al fine di proporre opportunità di miglioramento nel management sanitario pubblico, con particolare riferimento alla gestione economica e aziendale delle patologie croniche.

Giugno, 2023

*Claudia Salvatore*

Professore Ordinario di Economia  
Aziendale  
Dipartimento di Sanità Pubblica  
Università degli Studi di Napoli  
Federico II  
Dipartimento di Economia  
Università degli Studi del Molise

# 1. LE MALATTIE CRONICHE E LA SOSTENIBILITÀ DEI SISTEMI SANITARI IN ITALIA E A LIVELLO INTERNAZIONALE

di *Claudia Salvatore*\*

## 1.1. Introduzione

La crescente necessità di migliorare i sistemi e i processi di gestione ed erogazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale, per i pazienti affetti da malattie croniche ha progressivamente richiamato l'attenzione anche degli studiosi delle discipline economico-aziendali su questi temi. L'approccio economico-aziendale allo studio delle malattie croniche, nello specifico, può fornire un contributo a tale miglioramento in un'ottica di sostenibilità economica e sociale dei sistemi e servizi sanitari, nazionali e locali (Bailie *et al.*, 2006; Francis *et al.*, 2016; Goh & Marimuthu, 2016; Cafagna *et al.*, 2018; Demartini & Beretta, 2020; Embuldeniya *et al.*, 2021). Ciò in quanto, la gestione delle malattie croniche richiede un'assistenza complessa, continua ed integrata, che coinvolge l'intero sistema di erogazione delle cure, sia a livello territoriale – medici di base e strutture di cure primarie e intermedie, – sia a livello ospedaliero. Come evidenziato in diversi contributi scientifici della letteratura internazionale sul tema, la gestione delle malattie croniche rappresenta una delle sfide più importanti del ventunesimo secolo in campo sanitario (Terzic & Waldman, 2011; Biró *et al.*, 2012; Achelrod *et al.*, 2016; Trankle *et al.*, 2020; Demartini & Beretta, 2020). Tutto ciò è il risultato di una serie di conseguenze connesse alla forte crescita della spesa sanitaria e sociale la quale è legata principalmente all'aumento dell'aspettativa di vita e all'invecchiamento della popolazione, ma non solo. La questione demografica, insieme agli stili di vita e ai tassi di urbanizzazione, ha determinato la nascita di nuovi scenari che hanno portato all'espansione delle malattie croniche e hanno un forte impatto sulle dinamiche economiche della sanità. L'aumento della popolazione ultra sessantacinquenne comporta, ine-

\* Il presente capitolo è da attribuire a Claudia Salvatore.

vitabilmente, l'aumento della domanda di cure relative alla cronicità e, di conseguenza, l'aumento dei costi. Tali costi sono generati dalla principale caratteristica che contraddistingue la malattia oggetto di studio: il fattore "tempo". La cronicità, infatti, ha un inizio, ma non una fine in termini di guarigione, motivo per cui si richiedono numerose risorse sociali e sanitarie, nonché servizi specialistici e territoriali e continua assistenza. A ciò si aggiungono frequenti ricoveri ospedalieri, visite periodiche, farmaci specifici da assumere costantemente che probabilmente creano disabilità nel lungo periodo; tale insieme di elementi rappresentano costi da sostenere da parte del Servizio Sanitario per i pazienti affetti da malattie croniche.

Il management delle malattie croniche secondo un approccio economico-aziendale significa, quindi, erogare assistenza sanitaria ai pazienti cronici ponendo attenzione alla qualità del servizio offerto e allo stesso tempo ai costi di gestione e, dunque, all'efficienza ed efficacia nella gestione di tali patologie. L'obiettivo duplice di migliorare gli esiti di salute dei pazienti cronici e tenere sotto controllo i relativi costi di assistenza e, quindi, le performance (Rapporto OASI, 2022) viene sottolineato anche dal recente filone di ricerca del *Value Based Health Care (VBHC)*. L'incidenza e la prevalenza delle malattie croniche, infatti, è motivo di criticità in molti Paesi del mondo, soprattutto in quelli industrializzati dove le molteplici patologie croniche sono in costante aumento, così come i relativi costi dell'assistenza sanitaria, specialmente di quella ospedaliera (Ramli & Taher, 2008; García-Goñi *et al.*, 2012; Milani & Lavie, 2015; Lavergne *et al.*, 2017; Trankle *et al.*, 2020; Karimi *et al.*, 2021). Come rilevato da Milani & Lavie (2015), le malattie croniche negli Stati Uniti rappresentano il principale motore di malattia e utilizzo dell'assistenza sanitaria, e sono responsabili del 75% dei costi sanitari totali e della maggior parte dei decessi nel Paese. Pertanto, come sottolineato in letteratura, appare necessario rimodulare il sistema tradizionale di cura *hospital-based* per le malattie croniche, implementando una gestione più ramificata e meno centralizzata al fine sfruttare i vari modelli di gestione disponibili e coinvolgere diversi professionisti per favorire un incremento e potenziamento del sistema di cure primarie e territoriali per contrastare la cronicità (Hwang *et al.*, 2018; Sayani *et al.*, 2019; Corbett *et al.*, 2020).

La gestione delle patologie croniche, inoltre, è attualmente oggetto di grande attenzione in molti contesti sanitari, nei quali essa è divenuta ancor più significativa alla luce delle maggiori criticità connesse all'assistenza ospedaliera per i malati cronici, che si sono palesemente manifestate durante l'emergenza pandemica da COVID-19. È emersa, infatti, la riflessione che il COVID-19 – nel momento in cui si è diffuso – ha trovato una popolazione con età media elevata e con alta prevalenza di patologie croniche (Pongi-

glione, 2020), peggiorando indirettamente gli esiti delle stesse patologie croniche già esistenti. Tali criticità ed esigenze emerse in epoca pandemica e post-pandemica, hanno ribadito, infatti, la necessità di puntare alla deospedalizzazione e alla creazione e sviluppo di una rete di assistenza a livello territoriale (Gualano *et al.*, 2021; Kendzerska *et al.*, 2021) e all’impiego di tecnologie e strumenti innovativi che possano curare il paziente con condizioni croniche, anche non in ospedale (Triassi-Nardone, 2021).

I professionisti della salute devono operare sul territorio, oltre che in ospedale. Infatti, il recente DM 77/2022 individua non solo nuove infrastrutture di grande utilità per lo sviluppo dell’assistenza territoriale (le case della salute, gli ospedali di comunità, la centrale operativa territoriale, come precedentemente già sottolineato), ma anche nuove figure professionali da coinvolgere nella gestione di tali patologie, quali l’infermiere di famiglia e di comunità – IFoC (De Lorenzo *et al.*, 2020) al fine di monitorare lo stato di salute, promuovere stili di vita sani, pianificare interventi da erogare alle comunità.

Il prosieguo del capitolo è strutturato come segue: nel paragrafo 1.2 vengono esaminate le problematiche emergenti a livello nazionale ed internazionale nella gestione delle malattie croniche. Il paragrafo 1.3 propone future vie per la gestione di tali patologie ed evidenzia le opportunità e sfide per una riprogrammazione dell’assistenza territoriale e per pianificare attività di prevenzione.

## **1.2. La letteratura e il background di riferimento: la gestione delle malattie croniche a livello nazionale ed internazionale**

La cronicità si presenta come un tema complesso ed articolato in quanto necessita di un forte impiego di risorse, di una continuità assistenziale per un arco temporale indefinito e al contempo di una notevole integrazione dei servizi socio-sanitari, determinando, di conseguenza, elevati costi per una corretta gestione dell’ampio sistema della salute.

La gestione economico-aziendale della cronicità non interessa solo l’Italia ma abbraccia indistintamente molti Paesi, i quali cercano – ognuno con le proprie risorse – di porre in essere strategie per migliorare la salute delle persone affette da patologie croniche, ridurre il peso sull’individuo e sulla sua famiglia attraverso servizi sanitari più efficaci ed efficienti, e attraverso un approccio proattivo verso la prevenzione e assistenza, volto ad assicurare a tutti i cittadini equità ed uniformità nel processo di erogazione dei servizi.

La grande difficoltà nella gestione della cronicità si manifesta anche a livello internazionale; già dal lavoro di Thrall J. H. (2005) si era evidenziato che le malattie croniche negli Stati Uniti rappresentavano il 70% dei decessi e oltre il 75% dei costi sanitari. Ad oggi la situazione non si discosta molto dal resto del mondo. Il problema della cronicità tenderà a consolidarsi sempre più poiché la probabilità di insorgenza delle malattie croniche è direttamente proporzionale all'aumento dell'età della popolazione e nell'ultimo secolo le persone con età superiore ai 65 anni sono notevolmente aumentate (Rapporto OASI, 2022). La longevità contribuisce, quindi, all'elevata presenza delle malattie croniche e ai costi aggregati delle cure per le persone con tali patologie; motivo per cui si è pensato ad una riformulazione del sistema sanitario (attualmente costituito e progettato da strutture ospedaliere che offrono prevalentemente risposta a cure episodiche ad hoc per pazienti con patologie acute), dando maggiore enfasi, invece, alla prevenzione ed assistenza multidisciplinare dei malati cronici. Quindi, prevenzione, maggiore educazione del paziente, *empowerment*, sistemi informativi incentrati sul paziente per tenere traccia dei progressi della malattia e della terapia e un approccio di squadra da parte di medici e altri operatori sanitari, sono tutti elementi attualmente prioritari e strategici nella gestione delle patologie croniche.

Il medesimo approccio si riscontra in Spagna; la maggior parte dei Servizi Sanitari nel mondo continua ad essere principalmente organizzato in funzione di un modello tradizionale di cura per acuti, episodico e di durata limitata che non soddisfa più i bisogni e le preferenze di individui che hanno o rischiano di sviluppare condizioni croniche e patologie multiple. A tal fine, è importante implementare nuovi modelli per la gestione di cure croniche ad alte prestazioni, ad esempio il *Chronic Care Model* – modello presente in Italia nella Regione Toscana (Barsanti e Guarneri, 2019) - la *piramide permanente di Kaiser* (quale evoluzione del CCM) e il *Chronic Disease Self Management Model*, programma che mira ad incrementare l'*empowerment* del paziente, identificando – con tali modelli – gli elementi dell'architettura di un sistema sanitario che contribuiscono ad una migliore risposta alla sfida delle malattie croniche (García-Goñi *et al.*, 2012).

Una possibile soluzione in termini di nuova formula assistenziale, in un contesto in cui l'assistenza sanitaria può essere intesa come ecosistema dei servizi (*Services ecosystems – SES*) riguarda le pratiche di ricovero domiciliare (*Hospitalization at Home – HaH*), che consentono nuove tipologie di ricovero, molto più aderenti alle reali necessità dei pazienti e dei *caregivers*. L'HaH può essere considerato un approccio alternativo alle cure sanitarie consolidate, offrendo un “ambiente assistenziale” equivalente a quello ospedaliero, ma presso il domicilio del paziente, utile per migliorare la qualità della vita dei pazienti e

ridurre i costi dei processi sanitari. Il ricovero domiciliare viene così identificato come metodo attraverso il quale gli ecosistemi dei servizi sanitari (*Healthcare services ecosystems – HSES*) possono essere gestiti alla luce della sostenibilità economico-finanziaria e sociale (Polese *et al.*, 2018).

L’Australia, invece, pone accento sui servizi sanitari integrati volti a migliorare l’accesso, la qualità e la continuità dei servizi, in particolare per le persone con bisogni complessi e co-morbilità, collegando le cure primarie e secondarie e affrontando i bisogni sanitari e sociali. Tale sistema trova le basi nella fiducia tra i diversi fornitori di servizi sanitari, nella comprensione comune dell’assistenza integrata e negli obiettivi condivisi. Integrare l’assistenza sanitaria e supportare la gestione delle malattie nelle comunità aiuta a raggiungere risultati migliori, a prevenire le malattie ed evitare ricoveri inappropriati (Trankle *et al.*, 2020).

Simile strategia è analizzata da Embuldeniya *et al.* (2020) nel cui studio si osserva che per correlare l’efficienza clinica ed economico-finanziaria la provincia Canadese dell’Ontario ha avviato un programma di assistenza integrata (modelli di finanziamento integrato) che richiede la collaborazione e il coordinamento dei servizi tra diversi settori dell’assistenza sanitaria per acuti e post-acuti. Si sono volute collegare, quindi, le cure per acuti, le cure primarie, i servizi sociali e della comunità allo scopo di ridurre notevolmente la durata dei ricoveri ed ottenere terapie più armonizzate ed economicamente vantaggiose.

Con approccio differente, i Paesi del Nord Europa (ad esempio Svezia, Finlandia) si focalizzano su un’organizzazione basata sul valore per offrire servizi sanitari che creino valore aggiunto, concentrandosi su come il servizio è erogato e remunerato in relazione ai risultati raggiunti, in termini di salute della popolazione, di esperienza del paziente e di costi delle cure. All’assistenza sanitaria basata sul valore sono connessi due importanti implicazioni: i modelli di pagamento alternativi – che spostano l’attenzione dei sistemi sanitari dal volume delle prestazioni al valore del paziente – e i modelli innovativi di erogazione delle cure – i quali garantiscono un’assistenza che permette l’integrazione sia orizzontale che verticale degli operatori sanitari al fine di migliorare la continuità assistenziale basata sulle esigenze del paziente (Elf *et al.*, 2017; Kokko & Kork 2020).

Altri studi individuano nella tecnologia il mezzo per vincere la sfida delle malattie croniche soprattutto nelle aree svantaggiate. L’implementazione di piattaforme digitali può aiutare ad affrontare i sistemi di servizi complessi come l’assistenza sanitaria, bilanciando efficienza ed efficacia, nonché aggiungere sostenibilità a lungo termine all’assistenza sanitaria. Le tecnologie fungono da fattori abilitanti attivando relazioni specifiche e dinamiche tra i

diversi attori, che possono condividere reciprocamente le proprie risorse per crearne sempre nuove (Faggini *et al.*, 2019). A tal proposito, non casuale, l'importanza della telemedicina affrontata da Paul *et al.* (2016) nel cui studio l'attenzione si pone sulle teleconsultazioni (consultazioni tra due o più operatori sanitari geograficamente separati). Occorre rendere sostenibile il progetto di telemedicina in particolar modo nelle aree sotto-servite dal punto di vista medico, permettendo, in tal modo, un maggior accesso alle cure primarie e specialistiche e realizzando un risparmio di costi e tempo. Tali sono gli ostacoli che devono affrontare le popolazioni presenti in zone a basso e medio reddito dovute a infrastrutture obsolete, al problema della sicurezza, agli alti tassi di povertà, alla crisi socio-politica e ai lunghi spostamenti per raggiungere il centro sanitario più vicino (Sayani *et al.*, 2019).

Tra le diverse forme di malattie croniche lo studio di Liu & Eisen (2014), descrive l'epidemiologia dell'insufficienza cardiaca, come principale forma di malattia cardiovascolare, la quale sta aumentando di incidenza e prevalenza soprattutto nei paesi sviluppati (ad esempio Stati Uniti ed Australia) causando elevati oneri finanziari e sanitari per il paziente, la famiglia ed il contesto in generale. Nel lavoro di Liu & Eisen (2014) vengono analizzate le sfide affrontate nella prevenzione e nel trattamento dell'insufficienza cardiaca; con riferimento alla prevenzione, occorre evidenziare non solo i segni e i sintomi attuali dell'insufficienza cardiaca, ma anche i segni e i sintomi che indicano una causa specifica della sindrome, come l'ipertensione o la malattia coronarica, di conseguenza utilizzare "un'architettura" che permetta di suddividere la malattia in quattro stadi, passando dal meno grave allo stadio terminale. In tal modo si aiutano anche gli operatori sanitari nel trattare e comprendere il continuum della progressione della malattia raggiungendo gli obiettivi e gestendo meglio ogni singolo stadio.

Negli ultimi anni, data la situazione internazionale dovuta alla pandemia, molteplici sono gli studi che indagano le barriere alle cure primarie e specialistiche per i pazienti non COVID-19, ma affetti da malattie croniche. L'assistenza sanitaria per quest'ultimi è stata influenzata dalla allocazione delle risorse verso l'assistenza urgente per i pazienti COVID-19. Durante la pandemia, "l'assistenza ad persona" si è ridotta a causa delle restrizioni governative per visite sanitarie non urgenti, per la maggiore paura di contagio durante le visite, per il sovraccarico dei servizi sanitari e dei tassi di utilizzo più elevati della telemedicina rispetto al periodo pre-COVID-19, strategia fondamentale per affrontare l'emergenza pandemica.

Dai risultati emerge, inoltre, che i ritardi e/o rinvii causati dal professionista sono fortemente associati all'età e ai pazienti cronici; si potrebbe sostenere che gli anziani, i malati cronici sono quelli che hanno più bisogno di

prestazioni sanitarie su base programmata, e come tali sono stati i più colpiti dal rinvio dei servizi sanitari non urgenti; quindi i più vulnerabili e fragili sono stati i più colpiti nel periodo pandemico (Kendzierska *et al.*, 2021; Gualano *et al.*, 2021).

Seixas *et al.* (2021) propongono soluzioni digitali e strategie innovative e personalizzate al fine di ottimizzare la cura delle malattie croniche in egual modo per tutti, per timore che la pandemia da COVID-19 potesse appesantire ancora di più un sistema instabile e obsoleto. Le soluzioni digitali per la salute e la telemedicina, durante la pandemia, hanno permesso di affrontare carenze nella gestione delle malattie croniche. Tuttavia, anche queste soluzioni manifestano alcuni limiti; motivo per cui, risulta di estrema importanza co-crearle insieme al paziente, così da aumentare l'alfabetizzazione di quest'ultimo, oltre che la fiducia nei nuovi strumenti.

Come anticipato ogni Paese, sulla base dei mezzi e strumenti a disposizione, mette in atto strategie che possono condurre ad un miglioramento dei risultati in termini di qualità della salute e riduzione dei costi di gestione delle patologie croniche (Sahle *et al.*, 2016; Cafagna *et al.*, 2018).

### **1.3. Gli sviluppi futuri di ricerca per la sostenibilità delle malattie croniche: opportunità e sfide per una riprogrammazione dell'assistenza sanitaria territoriale**

Dall'analisi approfondita della principale letteratura di riferimento internazionale, si evincono strategie da seguire e linee di azione future per risolvere le criticità emergenti e i problemi più attuali nel management delle malattie croniche secondo un approccio economico-aziendale.

Lo scenario sopra descritto e l'aumento dell'aspettativa di vita alla nascita porta a riflettere in primis su una ri-organizzazione delle aziende sanitarie e del sistema sanitario, la cui struttura è attualmente dominata soprattutto da ospedali che offrono assistenza sanitaria per acuti. Bisogna procedere ad un cambiamento verso strategie, comportamenti, processi e sistemi informativi più adeguati – (i.e. utilizzo di cartelle cliniche elettroniche che vanno a racchiudere cure ambulatoriali ed ospedaliere) – per un'assistenza a lungo termine (Thrall J. H., 2005) ed implementare quindi sistemi di intelligenza artificiale e di analisi di dati e *machine learning*. Il sistema sanitario tradizionale progettato su un modello di cure episodiche e di breve durata non riesce più a soddisfare i bisogni e le necessità di pazienti cronici; o meglio la cronicità non si adatta più a questo modello (García-Goñi *et al.*, 2012). A tal proposito, molto interes-

sante, il punto di vista professionale dei Medici di Medicina Generale (MMG), i quali evidenziano effetti positivi in riferimento all'attuazione del *Chronic Care Model* – CCM (Grover & Joshi, 2015; De Lorenzo *et al.*, 2020), non solo sui processi di cura e sugli esiti dei malati, ma anche sul coinvolgimento di essi e sulla gestione del lavoro svolto a livello ambulatoriale. Il CCM ha aumentato la soddisfazione dei professionisti, senza cambiare la qualità delle relazioni con i pazienti; migliorando nel contempo i rapporti soprattutto con infermieri e aumentando gli incontri tra i medici di medicina generale aderenti al programma (Barsanti e Guarneri, 2019).

Per realizzare quanto precedentemente esposto, l'attenzione dovrà essere orientata ad una visione fondata sulla collaborazione, e non più sulla concorrenza, così da concepire l'assistenza sanitaria come un'"ecosistema di servizi" guidato dai principi della sostenibilità, ragion per cui ci si vuole ispirare alle pratiche di ricovero domiciliare (*hospitalization at home* – HaH) molto più vicine al paziente e al *caregiver*, con riduzione dei ricoveri ospedalieri e dei costi delle cure e riduzione dei rischi clinici (Polese *et al.*, 2018).

Allo stesso tempo, non bisogna sottovalutare il tema dell'equità; dallo studio di Cafagna *et al.* (2018), infatti, è emerso che il miglioramento dell'equità porta ad ottenere risultati positivi sulla sostenibilità finanziaria. In particolare, lo studio ha analizzato lo status socio-economico di gruppi di pazienti, insieme alle risorse finanziarie riallocabili in mancanza di disuguaglianze; tutto ciò in riferimento a pazienti ricoverati per scompenso cardiaco in Regione Toscana e stratificati in base al livello di istruzione (alto o basso). Le differenze tra chi ha un livello di istruzione alto e chi ha un livello di istruzione basso, determinano differenze nelle performance di assistenza sanitaria (qualità dell'assistenza) e inevitabilmente si ripercuotono anche sulle risorse finanziarie da richiedere o distribuire, quindi sulla sostenibilità finanziaria. Equità, qualità dell'assistenza, sostenibilità finanziaria sono legate tra loro e ognuna dipende dall'altra. Dall'analisi è emerso che se i pazienti con livello di istruzione basso usufruissero delle stesse prestazioni di cui godono i pazienti con livello di istruzione alto (assenza di disuguaglianze) ci sarebbero molte più risorse finanziarie da ridistribuire o richiedere per servizi di maggior valore. Si sottolinea che probabilmente le disuguaglianze sono dovute ad una maggiore difficoltà di auto-gestione, minore comprensione delle raccomandazioni fornite da parte dei medici e minore rispetto del percorso terapeutico da parte degli individui con uno status socio-economico più basso rispetto agli individui con status socio-economico elevato.

Con lo scopo di migliorare contemporaneamente la salute della popolazione, l'esperienza del paziente e i costi per le cure, alcuni Paesi soprattutto del Nord Europa hanno pensato di adottare la logica dell'assistenza sanitaria

basata sul valore del paziente. Tale logica è implementata principalmente negli ospedali in via di sviluppo al fine di ridurre la frammentazione e garantire una continuità nell'assistenza, cercando di agevolare sia l'integrazione verticale dei servizi nelle cure primarie e secondarie, sia l'integrazione orizzontale dei servizi sanitari e sociali per lo sviluppo di politiche sanitarie che enfatizzano i bisogni dei pazienti e allineano le prestazioni in base alle esigenze individuali.

Occorre ascoltare le necessità e gli obiettivi di ciascun paziente, i quali potrebbero non essere gli stessi degli operatori sanitari. I sistemi sanitari che scelgono di adottare questo tipo di approccio devono rendere sempre più chiari i percorsi del malato. Le misure di esito da impiegare devono emergere da un processo decisionale condiviso tra professionisti, paziente e eventuale *caregiver*, portando ad una migliore collaborazione, integrazione e comunicazione in più settori e organizzazioni e una maggiore capacità di gestire le malattie croniche nell'ambito delle cure primarie. (Elf *et al.*, 2017; Embuldeniya *et al.*, 2020; Kokko & Kork 2020; Trankle *et al.*, 2020).

Altra strategia è rappresentata dalla tecnologia, è importante supportare l'assistenza sanitaria attraverso fattori digitali come tecnologie e soprattutto piattaforme digitali, ampliando la responsabilità e disponibilità degli attori coinvolti nel condividere le proprie risorse per co-creare valore continuo e reciproco, fondamentale per la sostenibilità dei sistemi sanitari. Le tecnologie aiutano a potenziare le interazioni tra gli individui offrendo una gestione più efficace delle informazioni e permettendo la coproduzione di servizi sanitari personalizzati. Per fare ciò, la sanità, pubblica e privata, dovrebbe favorire un uso più intelligente di tali fattori per incentivare un linguaggio comprensibile ai diversi attori con l'intento di unire il bisogno di efficacia, efficienza e sostenibilità sanitaria (Faggini *et al.*, 2019). Grazie alla tecnologia è possibile aiutare anche le aree svantaggiate dove risulta sempre più difficile accedere alle cure primarie e specialistiche (Paul *et al.*, 2016). Così facendo si cerca di "ridurre" la barriera della povertà che rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di malattie croniche e le stesse, a loro volta, aumentano la povertà nelle persone colpite (Sayani *et al.*, 2019). Medesimo concetto viene ribadito da Seixas *et al.* (2021) nel cui studio si esaminano le soluzioni digitali per la salute e la telemedicina, manifestatesi durante la pandemia. Numerosi sono i vantaggi di cui si può usufruire senza compromettere la qualità dell'assistenza sanitaria la quale diventa anche più veloce e conveniente per il paziente. Ciò rappresenta il modo più rapido per modificare un sistema sanitario frammentato.

La pandemia da COVID-19 ha evidenziato maggiormente le difficoltà che la popolazione deve affrontare. Il ridotto accesso all'assistenza sanitaria

tra i cittadini italiani era legato a diverse cause quali: ritardo di un servizio medico programmato per decisione del professionista/provider, associato principalmente a variabili socio-demografiche; paura di essere contagiati; livello di fiducia nei confronti dei politici; cittadinanza non italiana. Proprio i malati cronici e anziani sono quelli che hanno più bisogno di prestazioni sanitarie su base programmata, e nonostante ciò risultano essere i più colpiti dal rinvio dei servizi non urgenti (Gualano *et al.*, 2021). Il COVID-19 ha impedito ciò che è fondamentale per un malato cronico, ovvero la continuità nell'assistenza, la quale può essere ritrovata grazie alla telemedicina. I centri di assistenza primaria in tutto il mondo sono passati a consultazioni a distanza con visite mediche ad hoc per persona. L'assistenza virtuale permette un monitoraggio quotidiano più efficace della malattia, una migliore soddisfazione del paziente, una maggiore conformità al trattamento e maggiori tassi di follow-up (Kendzierska *et al.*, 2021). Tra le strategie possibili da attuare assolutamente prioritaria è la prevenzione che permette di analizzare i fattori di rischio, ma soprattutto affrontarli per evitare l'insorgenza o l'aggravarsi della malattia, concentrandosi maggiormente sugli individui più deboli, come le donne, gli anziani, le persone che abitano in zone rurali/remote (Sahle *et al.*, 2016).

Le soluzioni alla cronicità risultano evidenti, occorre comprendere come realizzarle in base alle caratteristiche di ogni territorio, con la speranza di una collaborazione e condivisione tra i diversi Paesi.

In Italia, ad esempio, si cerca di affrontare in maniera sinergica tutte le criticità del Servizio Sanitario attraverso una serie di progetti istituzionali come il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il quale nella sua Missione 6 intende consolidare le prestazioni erogate sul territorio, grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, etc.), al rafforzamento dell'assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina e a una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Inoltre, il PNRR finanzia investimenti volti a rinnovare le strutture tecnologiche e digitali presenti, completare e diffondere il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), migliorare l'erogazione e il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Il PNRR dovrebbe consolidare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il rafforzamento della formazione del personale<sup>1</sup>.

È necessario programmare strategie di prevenzione che tutelino la sostenibilità, sociale ed ambientale, oltre che economico-finanziaria dei sistemi e

<sup>1</sup> Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6: Salute, pagg. 224-237.

delle aziende sanitarie che devono gestire la popolazione anziana e i malati cronici, spesso affetti da multi-patologie.

## Riferimenti bibliografici

- Achelrod, D., Welte, T., Schreyögg, J., & Stargardt, T. (2016). Costs and outcomes of the German disease management programme (DMP) for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) – a large population-based cohort study. *Health Policy, 120*(9), 1029-1039.
- Bailie, R. S., Robinson, G., Kondalsamy-Chennakesavan, S. N., Halpin, S., & Wang, Z. (2006). Investigating the sustainability of outcomes in a chronic disease treatment programme. *Social Science & Medicine, 63*(6), 1661-1670.
- Barsanti, S., & Guarneri F. (2019). Chronic disease management: Discussing the perspectives of general practitioners in Italy. *Health Services Management Research, 33*(1): 13-23. DOI: 10.1177/0951484819871011
- Biró, K., Zsuga, J., Kormos, J., & Ádány, R. (2012). The effect of financing on the allocation and production efficiency of the Hungarian health care system - Placing primary care into focus. *Society and Economy, 34*(3), 433-451.
- Cafagna, G., Seghieri, C., Vainieri, M., & Nuti, S. (2018). A turnaround strategy: improving equity in order to achieve quality of care and financial sustainability in Italy. *International Journal for Equity in Health, 17*(1): 1-12. DOI: 10.1186/s12939-018-0878-x.
- Corbett, J. A., Opladen, J. M., & Bisognano, J. D. (2020). Telemedicine can revolutionize the treatment of chronic disease. *International Journal of Cardiology Hypertension, 7*.
- Demartini, M. C., & Beretta, V. (2020). La gestione della cronicità nelle aziende sanitarie: una rassegna della letteratura. *Mecosan, 116*: 7-30.
- De Lorenzo, A., Esposito, E., Maffei, C.M., Zuccatelli, G. (2020). Coronavirus e cronicità, due battaglie da vincere sullo stesso campo (il territorio) e anche con una “nuova” figura (l’infermiere di famiglia e di comunità). *Mecosan, 113*: 201-210.
- Elf, M., Flink, M., Nilsson, M., Tistad, M., von Koch, L., & Ytterberg, C. (2017). The case of value-based healthcare for people living with complex long-term conditions. *BMC Health Services Research, 17*(1): 1-6. DOI: 10.1186/s12913-016-1957-6.
- Embuldeniya, G., Gutberg J., & Wodchis, W. P. (2020). The reimagination of sustainable integrated care in Ontario, Canada. *Health Policy, 125*(1): 83-89. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.11.001
- Faggini, M., Cosimato, S., Nota, F. D., & Nota, G. (2019). Pursuing Sustainability for Healthcare through Digital Platforms. *Sustainability, 11*(1): 165. DOI: 10.3390/su11010165.

- Francis, L., Dunt, D., & Cadilhac, D. A. (2016). How is the sustainability of chronic disease health programmes empirically measured in hospital and related healthcare services? – a scoping review. *BMJ Open*, 6(5), 1-18.
- García-Goñi, M., Hernández-Quevedo, C., Nuño-Solinis, R., & Paolucci, F. (2012). Pathways towards chronic care-focused healthcare systems: evidence from Spain. *Health Policy*, 108(2-3): 236-245. DOI: 10.1016/j.healthpol.2012.09.014.
- Goh, C. Y., & Marimuthu, M. (2016). The path towards healthcare sustainability: the role of organisational commitment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 224, 587-592.
- Grover, A., & Joshi, A. (2015), An overview of chronic disease models: a systematic literature review, *Global Journal of Health Science*, 7(2): 210-227.
- Gualano, M. R., Corradi, A., Voglino, G., Bert F., & Siliquini, R. (2021). Beyond COVID-19: a cross-sectional study in Italy exploring the covid collateral impacts on healthcare services. *Health Policy*, 125(7): 869-876. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.03.005.
- Hwang, R., Morris, N. R., Mandrusiak, A., Bruning, J., Peters, R., Korczyk, D., & Russell, T. (2018). Cost-utility analysis of home-based telerehabilitation compared with centre-based rehabilitation in patients with heart failure. *Heart, Lung and Circulation*, 28(12), 1795-1803.
- Karimi, M., Tsiachristas, A., Looman, W., Stokes, J., van Galen, M., & Rutten-van Mölken, M. (2021). Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients. *Health Policy*, 125(6), 751-759.
- Kendzierska, T., Zhu, D. T., Gershon, A. S., Edwards, J. D., Peixoto, C., Robillard, R., & Kendall, C. E. (2021). The effects of the health system response to the COVID-19 pandemic on chronic disease management: a narrative review. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14: 575-584. DOI: 10.2147/RMHP.S293471.
- Kokko, P., & Kork, A. A. (2020). Value-based healthcare logics and their implications for Nordic health policies. *Health Services Management Research*, 34 (1): 3-12. DOI: 10.1177/0951484820971457.
- Lavergne, M. R., Law, M. R., Peterson, S., Garrison, S., Hurley, J., Cheng, L., & McGrail, K. (2017). Effect of incentive payments on chronic disease management and health services use in British Columbia, Canada: Interrupted time series analysis. *Health Policy*, 122(2), 157-164.
- Liu, L., & Eisen, H. J. (2014). Epidemiology of heart failure and scope of the problem. *Cardiology Clinics*, 32(1): 1-8. DOI: 10.1016/j.ccl.2013.09.009.
- Milani, R. V., & Lavie, C. J. (2015). Health care 2020: reengineering health care delivery to combat chronic disease. *The American Journal of Medicine*, 128(4), 337-343.
- Paul, D. L., & McDaniel, R. R. (2016). Facilitating telemedicine project sustainability in medically underserved areas: a healthcare provider participant perspective. *BMC Health Services Research*, 16(1): 1-14. DOI: 10.1186/s12913-016-1401-y.

- Pongiglione, B. (2020). L'arrivo del nuovo Coronavirus nell'era delle malattie croniche degenerative, *Mecosan*, 113: 195-200.
- Polese, F., Carrubbo, L., Caputo, F., & Sarno, D. (2018). Managing healthcare service ecosystems: Abstracting a sustainability-based view from hospitalization at home (HaH) practices. *Sustainability*, 10(11): 3951. DOI: 10.3390/su10113951.
- Ramli, A. S., & Taher, S. W. (2008). Managing chronic diseases in the Malaysian primary health care—a need for change. *Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 3(1), 7-13.
- Rapporto OASI (2022), *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, a cura di Cergas-Bocconi, Egea, Milano.
- Salvatore, C. (2020). *La sostenibilità e la sua comunicazione nel sistema pubblico della sanità in tempi di emergenza pandemica*, in G.Palmieri (a cura di), *Oltre la Pandemia*. Società, Salute, Economia e Regole nell'era post-Covid 19, ESI, ISBN 978-88-9391-846-6.
- Sahle, B. W., Owen, A. J., Mutowo, M. P., Krum, H., & Reid, C. M. (2016). Prevalence of heart failure in Australia: a systematic review. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16(1): 1-6. DOI: 10.1186/s12872-016-0208-4.
- Sayani, S., Muzammil, M., Saleh, K., Muqet, A., Zaidi, F., & Shaikh, T. (2019). Addressing cost and time barriers in chronic disease management through telemedicine: an exploratory research in select low-and middle-income countries. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 10:1-10. DOI: 10.1177/2040622319891587.
- Seixas, A. A., Iredia, M. O., Stephen, P. W., & Pat, D. (2021). Optimizing Healthcare Through Digital Health and Wellness Solutions to Meet the Needs of Patients With Chronic Disease During the COVID-19 Era. *Front Public Health*, 12 (9) :667654. DOI: 10.3389/fpubh.2021.667654.
- Terzic, A., & Waldman, S. (2011). Chronic diseases: the emerging pandemic. *Clinical and Translational Science*, 4(3), 225-226.
- Thrall, J. H. (2005). Prevalence and costs of chronic disease in a health care system structured for treatment of acute illness. *Radiology*, 235(1): 9-12. DOI: 10.1148/radiol.2351041768.
- Trankle, S. A., Usherwood, T., Abbott, P., Roberts, M., Crampton, M., Girgis, C. M., Riskallah, J., Chang, Y., Saini, J., & Reath, J. (2020). Key stakeholder experiences of an integrated healthcare pilot in Australia: a thematic analysis. *BMC Health Services Research*, 20(1): 1-12. DOI: 10.1186/s12913-020-05794-2.
- Triassi, M., Nardone, A. (2021). *Manuale di Management, Organizzazione e legislazione in sanità*, FrancoAngeli, Milano.

## 2. IL QUADRO SULLA DIMENSIONE E SULLA GOVERNANCE DELLE MALATTIE CRONICHE IN ITALIA

di *Carla Del Gesso, Claudia Salvatore, Raffaella Petti*  
e *Valentina Di Cillo\**

### 2.1. Introduzione

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la cronicità assorbe oltre l'80% dei costi in sanità<sup>1</sup>, rappresentando una grande sfida per le aziende e i sistemi sanitari di tutti i Paesi a sviluppo economico avanzato, tra cui l'Italia che non fa eccezioni (Carbone *et al.*, 2012; Commission services, 2016; European Commission, 2019). Il costante aumento delle malattie croniche, dunque, ha importanti implicazioni anche per il sistema sanitario italiano, in termini di implementazioni delle più opportune soluzioni di *governance* dell'assistenza sanitaria ai malati cronici nonché di incrementi di costi dell'assistenza stessa (Cricelli *et al.*, 2019).

In particolare, in Italia, come in altri Paesi industrializzati, la cronicità costituisce una delle principali cause di utilizzo dei servizi sanitari, con conseguente elevato impatto sulla spesa sanitaria sulla quale incidono in special modo i costi delle ospedalizzazioni dei pazienti affetti da patologie croniche e co-morbilità (Milani & Lavie, 2015; Vainieri *et al.*, 2018). Inoltre, il fenomeno è destinato a crescere dato il contesto demografico nazionale di continuo invecchiamento della popolazione, un fattore quest'ultimo che può contribuire a un ulteriore aumento di soggetti affetti da condizioni morbose croniche quali, ad esempio, l'insufficienza cardiaca e le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche e il diabete. Tale aumento im-

\* Nonostante il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli Autori: il paragrafo 2.1 è da attribuire a Claudia Salvatore, il paragrafo 2.2 a Claudia Salvatore, Raffaella Petti e Valentina Di Cillo, il paragrafo 2.3 a Carla Del Gesso, il paragrafo 2.4 a Claudia Salvatore e Carla Del Gesso.  
<sup>1</sup> Si veda: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (2020). *Rapporto Osservasalute 2020*, pag.137 e *Commission services (Directorate-General for Economic and Financial Affairs), Economic Policy Committee (Ageing Working Group) (2016). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Institutional Papers 37. October 2016. Brussels. Pdf. 244.*

plica, di conseguenza, un incremento della domanda di prestazioni di assistenza sanitaria, con evidenti ripercussioni sulla spesa e la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario (Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, 2020). La cronicità, dunque, oltre ad essere una sfida economico-sanitaria, è una sfida di sistema (Sosto, 2020) e le sue difficoltà di *governance* investono le aziende e i professionisti dell'assistenza sanitaria e ospedaliera operanti nei sistemi sanitari regionali, i governi regionali e tutti gli attori istituzionali chiamati a gestire e sostenere i nuovi bisogni di salute della popolazione con interventi adeguati, sia sotto il profilo dell'efficacia clinica, sia dal punto di vista dell'efficienza e dell'economicità del sistema di erogazione delle cure (Carbone *et al.*, 2012). In termini economici, infatti, il governo dei costi dell'assistenza sanitaria per i malati cronici risulta essenziale ai fini del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario dei sistemi sanitari regionali. In quest'ottica, la direzione verso cui i sistemi sanitari delle Regioni dovrebbero tendere per un'adeguata gestione della cronicità è quella del potenziamento dei servizi di assistenza sanitaria extra-ospedaliera, attraverso modelli organizzativi incentrati sulle cure primarie e sulla continua interazione tra ospedale e cure primarie. In particolare, si rende necessario uniformare i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) dei pazienti cronici e garantire la continuità clinico-assistenziale tra diversi setting assistenziali in un'ottica di appropriatezza clinica e organizzativa delle cure. Spesso ciò che viene annoverato come principale problema in tema di gestione delle malattie croniche – in letteratura come nei rapporti periodici di organismi istituzionali attivi nel campo della salute – è un inadeguato coordinamento dell'assistenza, in termini di scarsa integrazione (ospedale-territorio) tra l'assistenza ospedaliera e quella extra-ospedaliera erogata a livello territoriale e domiciliare da altre strutture e operatori sanitari (Tsasis & Bains, 2008; Gimbe, 2019). Tale scarsa integrazione genera spreco di risorse nonché maggiori costi assistenziali e, dunque, il riequilibrio dell'assistenza mediante l'integrazione ospedale-territorio è un obiettivo strategico prioritario di un sistema sanitario.

Il sistema sanitario italiano ha compiuto un grande passo, almeno sul piano formale, verso la gestione integrata dell'assistenza territoriale, domiciliare e ospedaliera per le malattie croniche attraverso l'approvazione nel 2016 del “Piano Nazionale della Cronicità” (PNC). Infatti, il PNC, quale primo specifico documento di programmazione del sistema sanitario italiano, traccia un modello di presa in carico dei pazienti con malattie croniche per una gestione della cronicità basata su un approccio sistemico, multidimensionale e integrato che fa perno sull'assistenza primaria, territoriale e domiciliare, e limita l'assistenza ospedaliera alla gestione dei soli casi complessi.

Sul piano attuativo, tuttavia, il PNC ha incontrato difficoltà applicative e ritardi in molte Regioni, evidenziando che la strada da percorrere per la sua concreta ed efficace implementazione è ancora lunga.

In questa cornice, il presente capitolo si propone di delineare il quadro d'insieme sulla dimensione e sulla gestione in chiave economico-aziendale della cronicità nel contesto del sistema sanitario italiano. Lo studio presenta un'analisi condotta attraverso la revisione di atti normativi, documentazione grigia e letteratura scientifica nonché di indagini, rapporti e dati divulgati dall'Istat o da istituzioni sanitarie.

Dopo questa introduzione, il capitolo si sviluppa come segue. Il paragrafo 2.2 fornisce una panoramica aggiornata sulla dimensione del peso epidemiologico, sociale ed economico della cronicità nel sistema sanitario italiano. Il paragrafo 2.3 presenta il modello di gestione della cronicità delineato all'interno del documento del PNC del 2016 nei suoi tratti salienti e le cinque fasi che ne descrivono il piano di implementazione. Il paragrafo 2.4 effettua un breve *excursus* sullo stato dell'arte del recepimento e dell'implementazione del PNC nelle Regioni italiane.

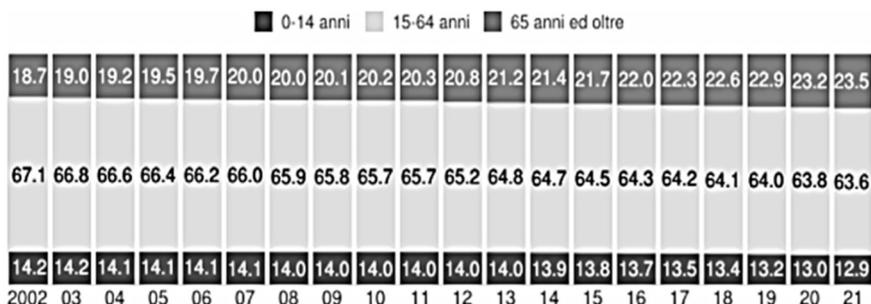
## **2.2. La dimensione epidemiologica ed economica delle malattie croniche nel Sistema Sanitario Nazionale italiano**

La cronicità, come sottolineato nel presente volume, è un problema ad oggi sempre più diffuso, il quale rappresenta per i Paesi industrializzati una criticità di natura economica, sociale e sanitaria. È importante analizzare diversi fattori per comprendere il fenomeno della cronicità nella sua interezza e capire come esso stia evolvendo; a tal proposito, è possibile osservare disuguaglianze di genere, territoriali, ma anche culturali e socio-economiche sul tema.

Come confermato dall'Istat, l'aumento dell'aspettativa di vita alla nascita, e non solo, comporta un progressivo invecchiamento della popolazione in Italia – si passa dal 19% circa nel 2002 al 23,5% nel 2021 per coloro con età superiore a 65 anni, l'andamento si inverte per i soggetti di età compresa tra i 0-14 anni e 15-64 anni (Fig. 1). In tale contesto demografico, risulta fortemente possibile un incremento della prevalenza e dell'incidenza delle patologie croniche che, come già sottolineato, risultano aumentare al crescere dell'età e per questo sono presenti soprattutto tra gli anziani over 65

anni, i quali nel 2050 potrebbero rappresentare circa il 32-37% della popolazione<sup>2</sup>.

Fig. 1 – Struttura della popolazione italiana per fasce di età. Valori %



Fonte: elaborazione TUTTITALIA.IT su dati ISTAT – popolazione residente al 1° gennaio di ogni anno.

In Italia, le malattie croniche nel 2021 hanno riguardato circa 24 milioni di italiani – ovvero il 40% della popolazione – dei quali quasi 12 milioni affetti da più patologie croniche (multi-cronicità). Secondo il Rapporto Osservasalute si stima che nel 2028, il numero di malati cronici ammonterà a 25 milioni, mentre i multi-cronici saliranno a 14 milioni<sup>3</sup>.

L’ipertensione, artrosi e artrite e malattie allergiche, sono le patologie croniche riscontrate in maggior misura tra la popolazione italiana nel 2021; medesimo andamento viene confermato in futuro, nel 2028, con particolare attenzione all’artrosi/artrite, dove si attendono quasi 2 milioni di malati in più (Tab. 1).

<sup>2</sup> Ministero della Salute. Piano nazionale della cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano 2016.

<sup>3</sup> Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Focus: la cronicità in Italia, febbraio 2019. [www.osservatoriosullasalute.it](http://www.osservatoriosullasalute.it)

Tab. 1 – Persone con presenza di patologie croniche e tipologia di patologia – Anno 2021 e proiezione anno 2028. Valori assoluti in migliaia

Tipologia di patologie	Anno 2021	Anno 2028
<b>Persone con almeno una malattia cronica</b>	<b>23.747</b>	<b>25.233</b>
Persone con almeno due malattie croniche	12.436	13.907
Diabete	3.766	3.634
Ipertensione	<b>11.160</b>	<b>11.846</b>
Bronchite cronica	3.369	3.731
Artrosi/artrite	<b>8.786</b>	<b>10.803</b>
Osteoporosi	4.623	5.279
Malattie del cuore	2.561	2.689
Malattie allergiche	<b>6.572</b>	<b>6.313</b>
Disturbi nervosi	2.734	2.925
Ulcera gastrica o duodenale	1.300	1.586

Fonte: elaborazione Osservasalute su dati ISTAT – aspetti della vita quotidiana. Anno 2021

Ad essere maggiormente colpite da almeno una malattia cronica sono le donne, 42,4% contro il 37,3% degli uomini, divario che aumenta quando si parla di multicronicità (24,2% donne contro 17,6% uomini). Questo probabilmente legato ad una maggiore tasso di anzianità tra le donne. Particolarmente elevati i divari riguardanti l'artrosi/artrite e osteoporosi a discapito delle donne, di cui soffrono rispettivamente il 19,1% vs il 10,3% degli uomini e il 13,2% vs il 2,1% degli uomini, anche se rispetto agli anni precedenti la situazione sembra leggermente migliorata.

Le differenze di genere si intensificano con l'età; nel periodo adulto della vita, soprattutto nella fascia 65-74, il gap si inverte questa volta a svantaggio degli uomini rispetto all'ipertensione, al diabete, alle malattie del cuore, alla bronchite cronica e ulcera gastrica o duodenale di cui soffrono rispettivamente il 47,8%, il 18,5%, il 13,7%, il 9,7% e il 4,2%<sup>4</sup> (Tab. 2).

<sup>4</sup> Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Focus: la cronicità in Italia, febbraio 2019. [www.osservatoriosullasalute.it](http://www.osservatoriosullasalute.it)