

**Strumenti aziendali di governo clinico per la gestione delle patologie croniche: grado di diffusione e principali caratteristiche**

---

**Autori e contatti:**

Alessandro Furnari\*, [alessandro.furnari@unibocconi.it](mailto:alessandro.furnari@unibocconi.it), Tel. 02 5836 2766.

Francesca Lecci, [francesca.lecci@unibocconi.it](mailto:francesca.lecci@unibocconi.it)

Francesco Petracca, [francesco.petracca@unibocconi.it](mailto:francesco.petracca@unibocconi.it)

*CeRGAS - Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale – SDA Bocconi*

---

**Topic: Quality and efficiency of health care services**

**Background:**

L'impatto sociale delle malattie croniche è ormai universalmente riconosciuto: secondo alcune stime, nei paesi industrializzati l'87% delle cause di morte è legato a patologie croniche (Suhrcke et al. 2006; Mathers et al. 2003); se riferita all'intera popolazione mondiale, tale percentuale fa registrare un valore vicino al 70% (WHO, 2017). In Italia, secondo l'ISTAT (2017), il 39,1% della popolazione (23,7 milioni di individui) soffre di almeno una malattia cronica e il 20,7% di almeno due (12,5 milioni di persone). È noto, inoltre, come la prevalenza della cronicità aumenti in maniera determinante con l'età: sempre secondo l'ISTAT (2017), al di sotto dei 35 anni di età meno del 20% della popolazione soffre di patologie croniche, mentre tra i 65 e i 74 anni e oltre i 75 anni questa percentuale fa segnare un valore decisamente più elevato (rispettivamente 74,1% e 85,3%). In termini sociali, sanitari ed economico-finanziari, il fenomeno assume ancora più rilevanza se si considera il progressivo invecchiamento che investe la popolazione italiana. Con riferimento alla terza dimensione, è evidente come esso possa inoltre mettere sotto pressione la tenuta finanziaria del sistema, che caratterizza il SSN dal 2012 (Armeni et al., 2017).

In risposta a queste tendenze, il tema della cronicità è spesso stato associato a quello dello spostamento delle cure dall'ospedale al territorio. Tale propensione è stata comprensibilmente associata ad almeno tre distinte dimensioni (Borgonovi et al., 2012):

- in termini di caratteristiche clinico-sanitarie della domanda di salute, le patologie croniche richiedono di prestare particolare attenzione alle fasi di prevenzione, continuità terapeutica e monitoraggio della *compliance* del paziente (attività che non dovrebbero essere svolte in ambito ospedaliero, in quanto setting assistenziale poco appropriato);
- per quanto riguarda il profilo sociale del bisogno, si tratta spesso di pazienti anziani, talvolta affetti da fragilità fisica e relazionale che necessitano di professionalità di riferimento in grado di approcciarsi ai bisogni della persona in maniera "olistica";
- in termini di praticabilità del modello assistenziale, trattandosi perlopiù di attività a medio-bassa complessità clinica è stato possibile immaginare una certa standardizzazione del processo di cura e, quindi, il disegno di strumenti di governo clinico (come ad esempio i percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali - PDTA).

Nel contesto italiano, con specifico riferimento all'ultima dimensione segnalata, la scelta delle patologie target è spesso compiuta a livello regionale. Tuttavia, le modalità di disegno e concreta applicazione degli strumenti di governo clinico sono delineate a livello di Azienda Sanitaria Locale, in modo da

permettere localmente di poter adattare le *best practice* terapeutiche elaborate a livello nazionale e internazionale alle specificità del bisogno di salute che insiste sul proprio territorio di riferimento.

### **Obiettivi:**

In questo contesto, dunque, la ricerca mira a indagare la diffusione e le principali caratteristiche degli strumenti di governo clinico all'interno dei singoli contesti aziendali e, su un secondo livello di analisi, regionali. In continuità con Borgonovi et al. (2012) e al fine di comprendere l'evoluzione che ha caratterizzato il sistema negli ultimi anni, lo studio mira a rispondere alle seguenti domande di ricerca:

1. La normativa regionale prevede l'introduzione degli strumenti di governo clinico? Con quali caratteristiche?
2. Qual è la diffusione degli strumenti di governo clinico nelle aziende sanitarie italiane e quali sono i contenuti di tali strumenti? Sono previsti meccanismi di incentivazione collegati alla loro implementazione? Esistono sistemi di monitoraggio delle loro attività e come sono strutturati?
3. Quali impatti sono stati generati sul consumo di prestazioni ospedaliere?

### **Metodo:**

Coerentemente agli obiettivi, la ricerca si svilupperà lungo tre assi:

1. Analisi desk delle normative regionali vigenti con riferimento alle previsioni, all'introduzione e allo sviluppo degli strumenti di governo clinico nel proprio contesto di riferimento;
2. Somministrazione di un questionario elettronico a tutte le aziende territoriali (ASL, AUSL, ASST... - 120 unità), con focus specifico sull'implementazione e le caratteristiche di strumenti di governo clinico per cinque patologie croniche ad alto impatto sociale (diabete, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, obesità, neoplasie);
3. Consumi ospedalieri collegati alle patologie croniche analizzate, attraverso l'elaborazione dei dati SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) riferiti all'ultimo quinquennio disponibile (2012-2017).

### **Risultati attesi**

Dalla ricerca ci si attende di poter offrire un quadro esaustivo dello stato dell'arte delle normative vigenti a livello regionale sul tema degli strumenti di governo clinico delle patologie croniche, potendone evidenziare livelli di omogeneità e fattori di differenziazione tra un contesto regionale e l'altro. Il lavoro permetterà altresì di evidenziare il grado di diffusione a livello aziendale di tali strumenti, con specifico riferimento a cinque patologie croniche a elevato impatto sociale (diabete, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, obesità, neoplasie) e le principali caratteristiche che tali strumenti presentano all'interno degli specifici contesti aziendali (es. organizzazione degli strumenti, contenuti degli stessi, presenza di meccanismi di incentivazione collegati alla loro implementazione). Tale evidenza darà inoltre l'opportunità la presenza di eventuale eterogeneità a livello nazionale. Infine, il lavoro offrirà spunti nell'ottica di comprendere se l'implementazione di questi strumenti abbia effettivamente generato impatti rilevanti sul (minor) consumo di prestazioni ospedaliere strettamente collegate alle patologie croniche oggetto di analisi.