

LA CRONICITÀ OGGI, RISORSA O CRITICITÀ NELLA CURA?

Dr. Franco Cirio – Dirigente DiPSa ASL Città di Torino

Corso di perfezionamento in Pastorale della Salute
«Multidimensionalità ed evoluzione della presa in cura nelle professioni sanitarie»
12/11/2025



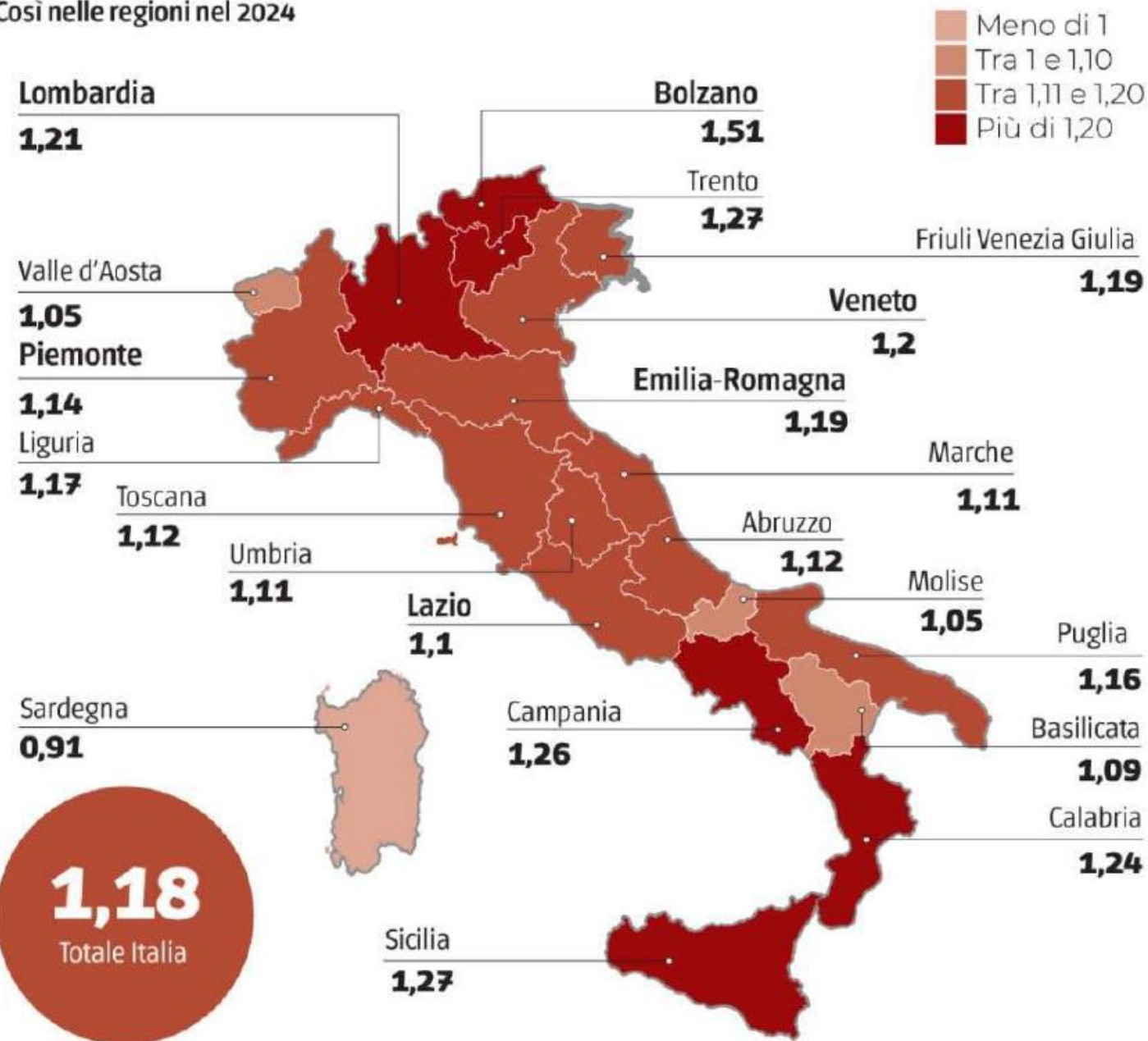
Malattie croniche

Malattie acute	Malattie croniche
■ Insorgenza improvvisa	■ Insorgenza graduale nel tempo
■ Episodiche	■ Continue
■ Eziopatogenesi specifica e ben identificabile	■ Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
■ Cura specifica a intento risolutivo	■ Cura continua, raramente risolutiva
■ Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	■ Terapia causale spesso non disponibile
■ La cura comporta il ripristino dello stato di salute	■ La <i>restitutio ad integrum</i> è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
■ Assistenza sanitaria di breve durata	■ Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)

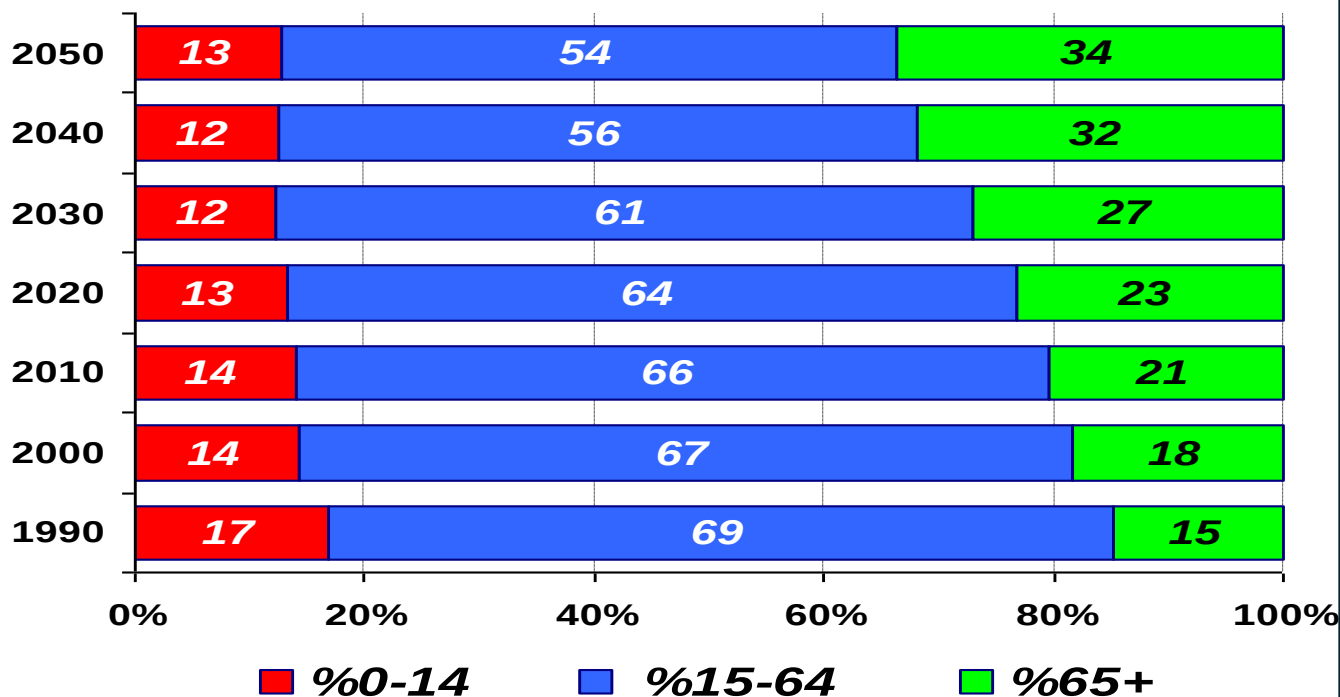
Denatalità

IL NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA

Così nelle regioni nel 2024



Maggiori aspettative di vita



Fonte dati ISTAT

Invecchiamento popolazione

(Istat 2023)

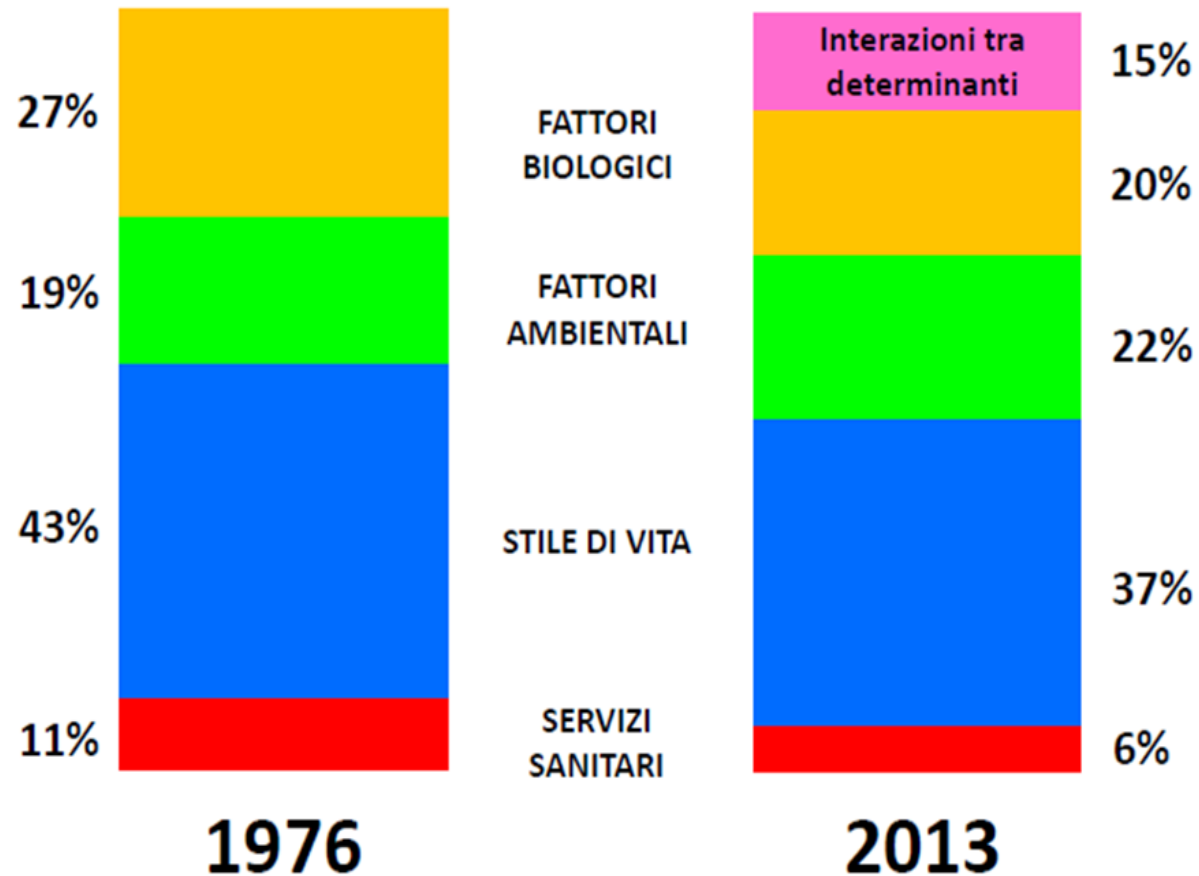
Età media degli antichi Romani	25 – 27 anni
Aspettativa vita degli antichi Romani	40-45 anni
Età media inizio 1900	43 anni
Aspettativa vita inizio 1900	60-62 anni
Età media nel 2023	46 anni
Aspettativa di vita nel 2023	Uomini 80,6 anni Donne 85,1 anni

Anziani ultra 65anni: 23,8% della popolazione tot.

Anziani con almeno 80 anni: 6,3% della popolazione tot.

DETERMINANTI DELLA SALUTE

Contributo potenziale alla riduzione della mortalità



Determinanti sociali della salute

la casa - Una buona qualità dell'abitazione porta al miglioramento delle condizioni fisiche e mentali.

la pace - La guerra incide in modo sostanziale sulla salute anche attraverso lo sfollamento della popolazione.

l'istruzione - i livelli di istruzione producono significativi gradienti di rischio per la salute.

il cibo - la disponibilità di adeguate quantità di cibo di buona qualità costituisce un elemento centrale per promuovere la salute e il benessere.

il reddito e la continuità delle risorse - la disoccupazione pone dei rischi significativi alla salute.

la stabilità dell'ecosistema - È fondamentale che gli ecosistemi tendano alla stabilità cioè alla condizione in cui l'ecosistema è in grado di assorbire nel tempo le perturbazioni esterne (naturali o indotte dall'uomo).

la giustizia e l'equità sociale - equità vuol dire giustizia. Equità nella salute significa che i bisogni della gente devono guidare la distribuzione delle opportunità per conseguire il benessere.

(OMS 2008)

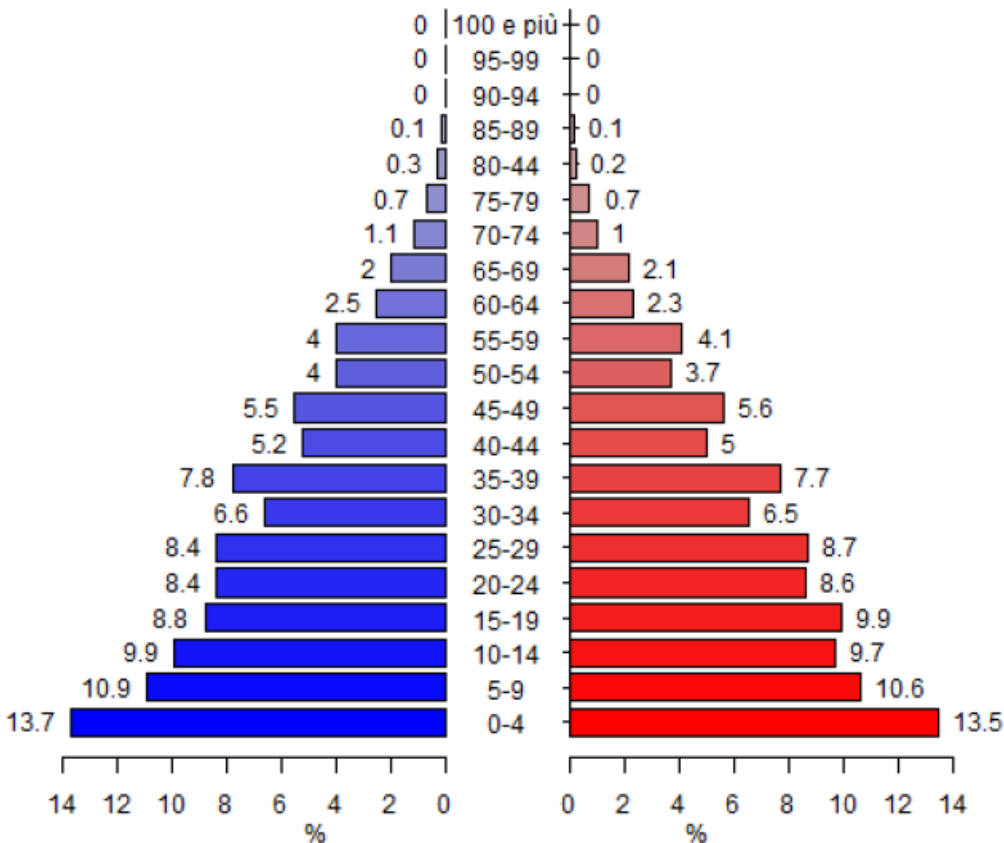
Ieri

e

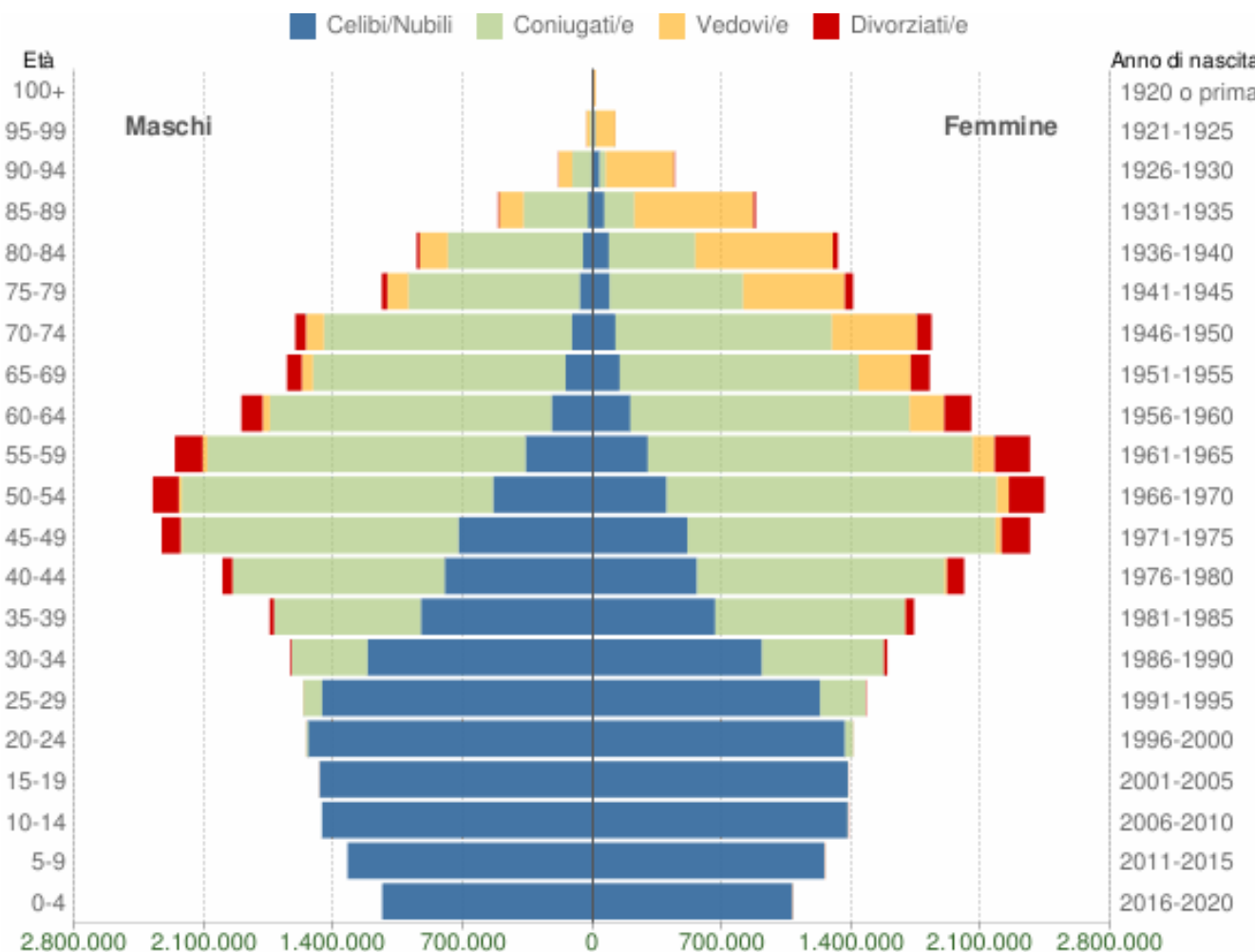
Oggi

Piramidi per età e sesso 1861

Maschi Età Femmine



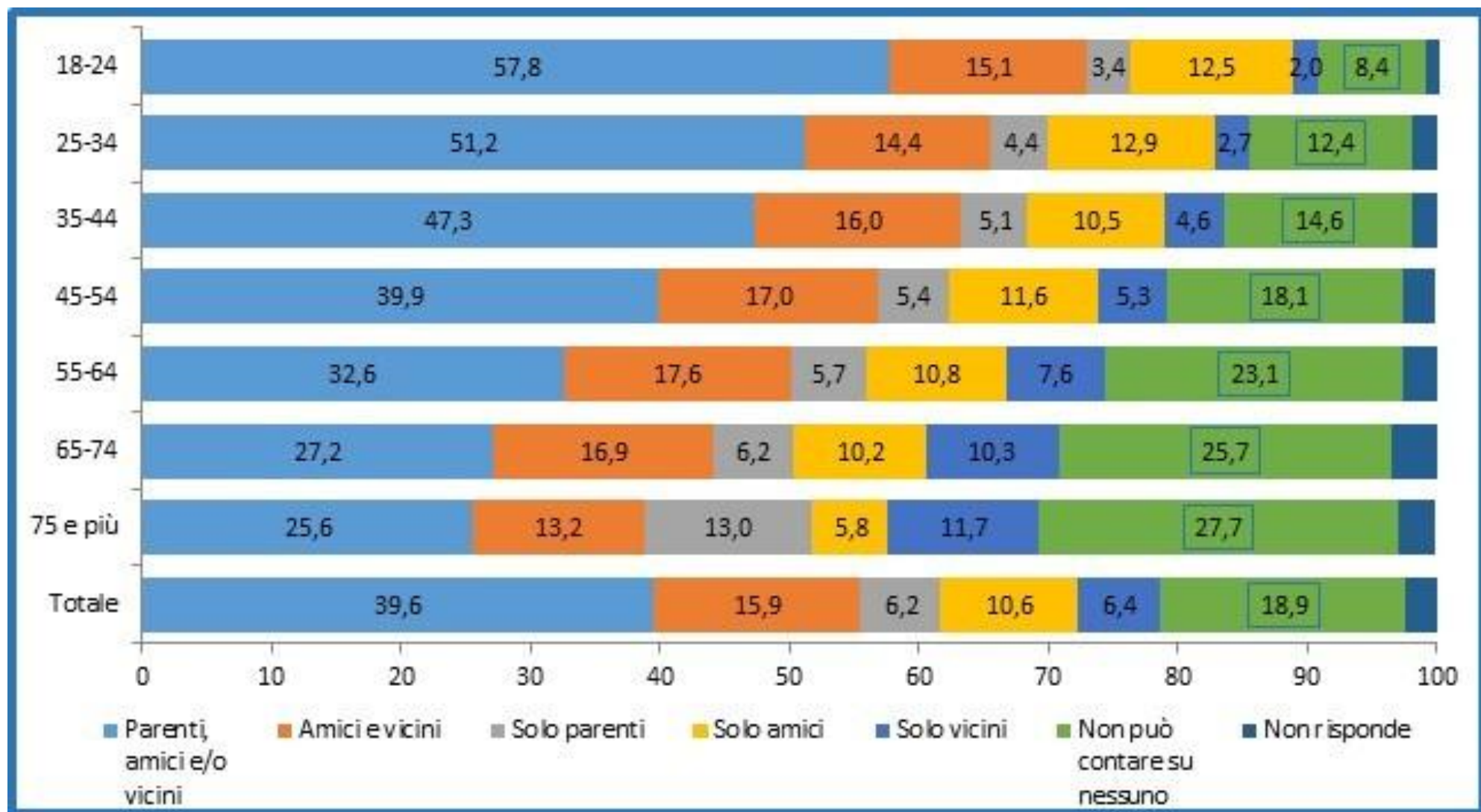
Fonte: Istat. Censimento della popolazione 1861-2011



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2021

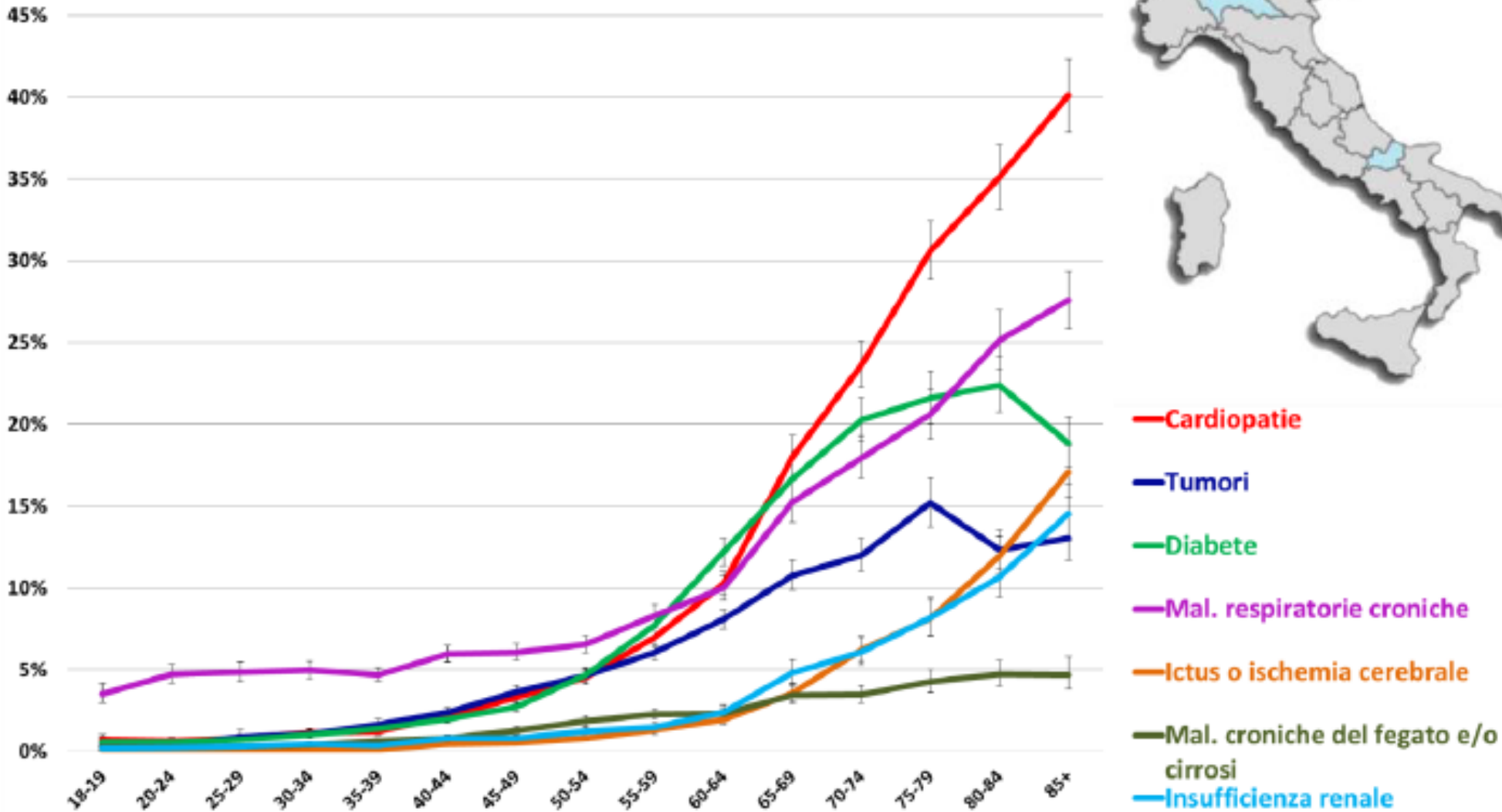
ITALIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2021 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Aumento della popolazione sola



Indagine
2016-2018

Patologie croniche



L'Annuario statistico 2021 dell'ISTAT individua tra le malattie croniche più diffuse in Italia (in una lista di 22):

Malattie cardiache (19,3% ≥ 65 aa)

Ipertensione (18,3 % e 47% ≥ 65 aa)

Artrosi/artrite (14,7% e 47,6 ≥ 65 aa)

Malattie allergiche (11,6% e 14,1% ≥ 65 aa)

Osteoporosi (8,1% e 35% donne ≥ 55 aa e 55% donne ≥ 74 aa)

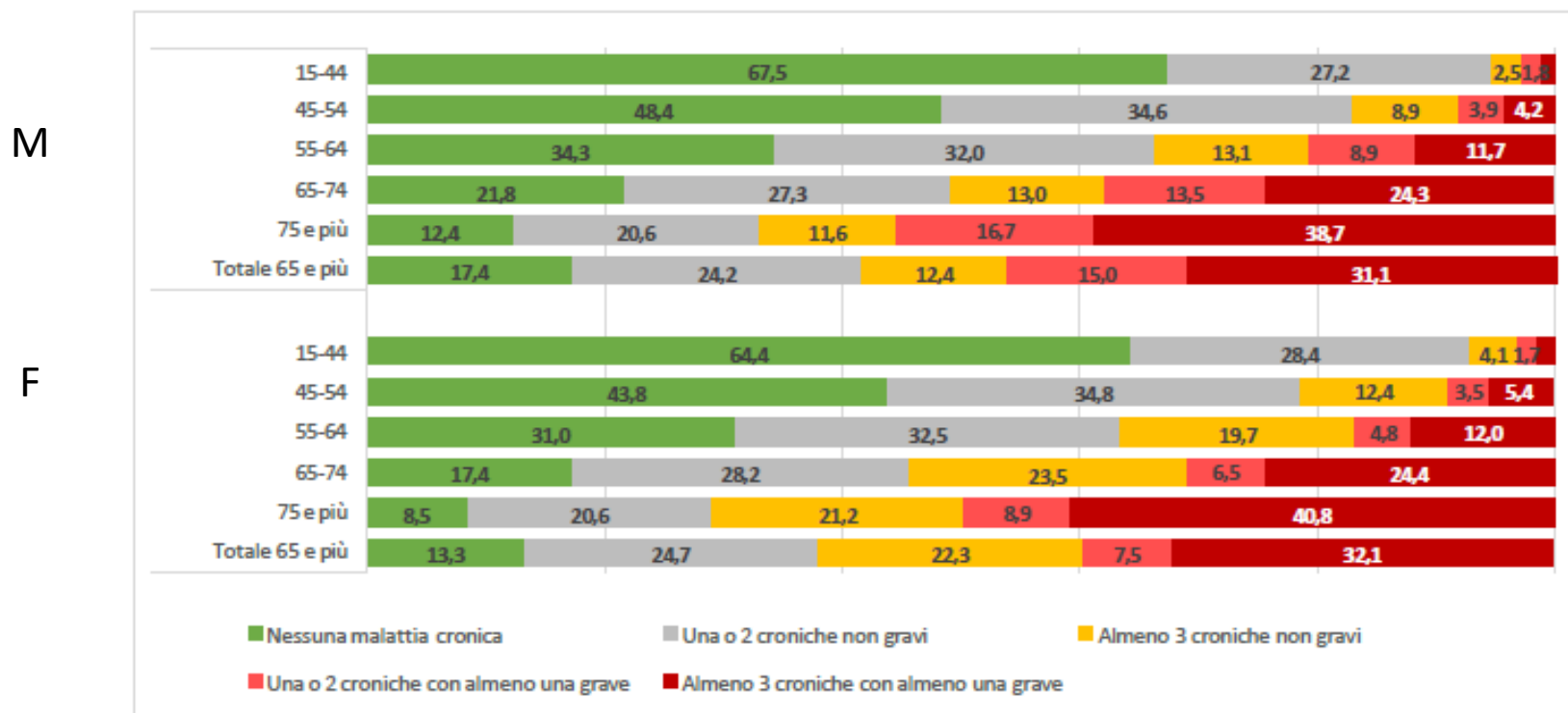
Diabete (5,9% e 16,8% ≥ 65 aa)

Bronchite cronica e Asma bronchiale (5,8%)

Demenza (4,2% ≥ 65 aa).

Aumento malattie croniche e multimorbilità

Figura 5. Popolazione di 15 anni e più per presenza di malattie croniche dichiarate, gravità e multimorbilità per classe di età e sesso. Anno 2019 (Per 100 persone della stessa età e sesso).



Fonte: dati Istat, Indagine Europea sulla salute (EHIS) 2019

Focalizzando l'analisi sulla popolazione anziana, maggiormente colpita da patologie degenerative, quelle più diffuse per entrambi i generi rispetto alla lista considerata sono artrosi (47,6%), ipertensione (47%), patologia lombare (31,5%) e cervicale (28,7%), iperlipidemia (24,7%), malattie cardiache (19,3%) e diabete (16,8%); tra le donne anche la depressione (15%).

I numeri del cancro in Italia nel 2024



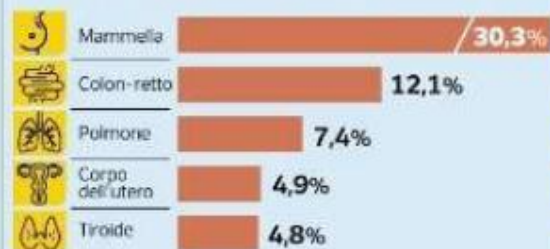
NUOVI CASI
(tra uomini e donne)

390.000



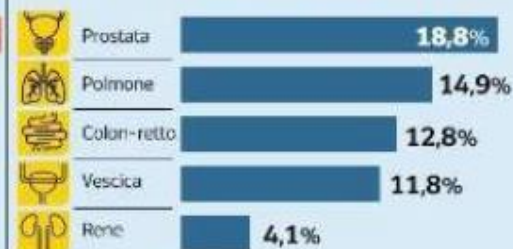
**NUOVI CASI
TRA LE DONNE**

175.000

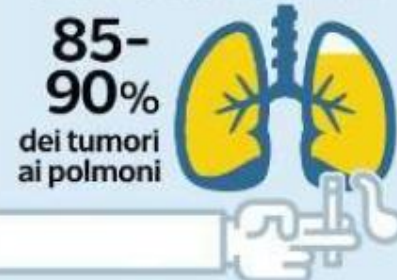


**NUOVI CASI
TRA GLI UOMINI**

214.000



IL FUMO CAUSA CIRCA L'85-90% DEI CASI DI TUMORE DEL POLMONE MA È ASSOCIATO ANCHE AI TUMORI DI CAVO ORALE E GOLA, ESOFAGO, PANCREAS, COLON, VESCICA, RENE, PROSTATA, SENO, OVAIE E DI ALCUNI TIPI DI LEUCEMIE.



Fonte: AIC, AIDM, ARTUM, I numeri del cancro in Italia 2024

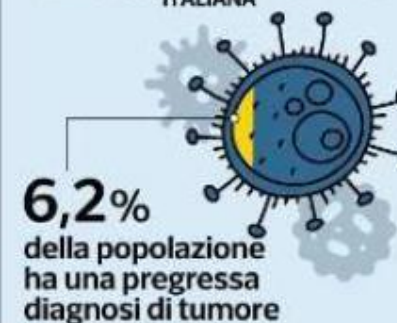
SECONDO LE ULTIME STIME, LA SOPRAVVIVENZA A 5 ANNI DELLA DIAGNOSI DI TUTTI I TUMORI È DEL 65% NELLE DONNE E DEL 59,4% NEGLI UOMINI



OGGI IL 50% DELLE PERSONE CHE IN ITALIA SI AMMALA DI TUMORE È DESTINATO A SUPERARE DEFINITIVAMENTE LA MALATTIA

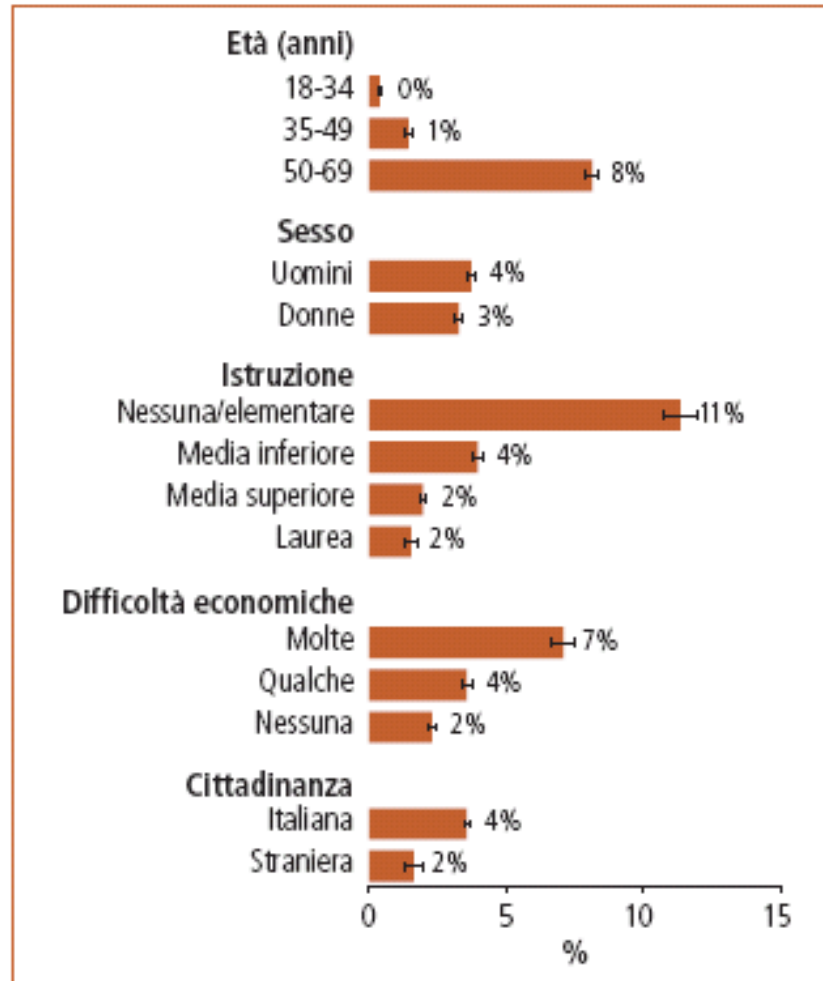


IN ITALIA OGGI VIVONO OLTRE 3,7 MILIONI DI PERSONE CON UNA PREGRESSA DIAGNOSI DI TUMORE, PARI AL 6,2% DELLA POPOLAZIONE ITALIANA



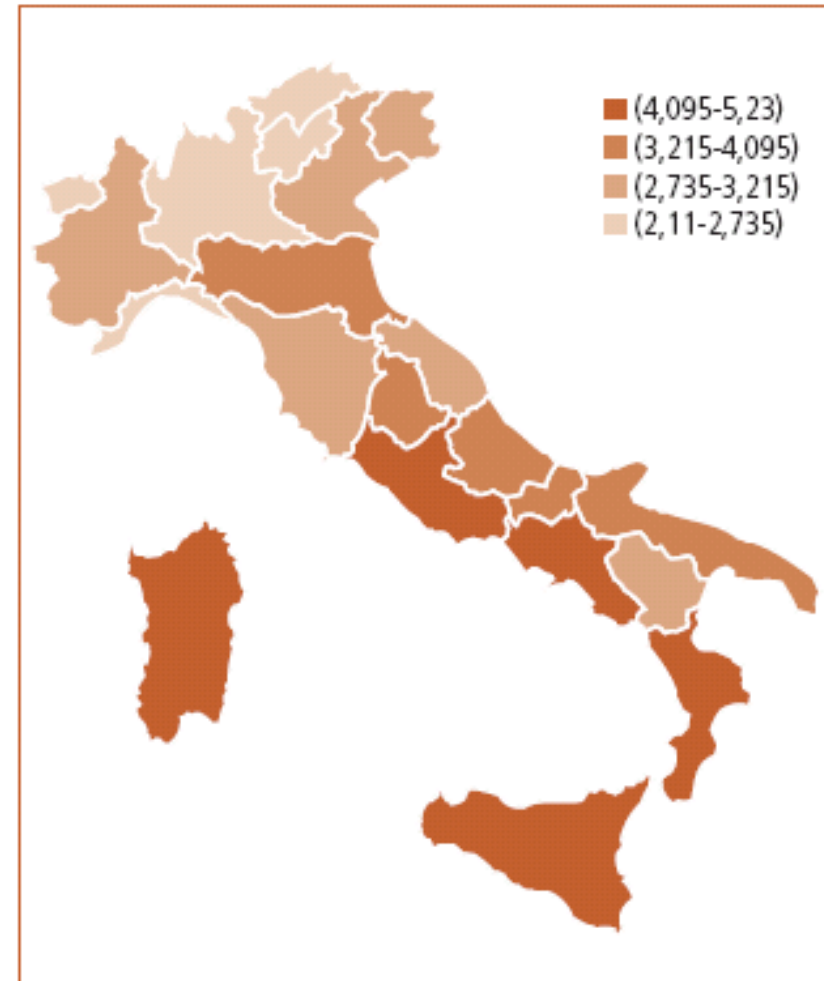
Policronicità e Determinanti sociali

Figura 2.22. Prevalenza di popolazione con 2 o più patologie croniche in sottogruppi di popolazione per caratteristiche sociodemografiche. Dati PASSI 2008-2012 (n = 6.411). Prevalenza media annuale.



Fonte: ISS. PASSI – Anni 2008-2012.

Figura 2.23. Prevalenza di popolazione con 2 o più patologie croniche per Regione di residenza. Dati PASSI 2008-2012 (n = 6.411). Prevalenze medie annuali standardizzate per età.



Fonte: ISS. PASSI – Anni 2008-2012.

Dinamiche demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche

Aumento delle malattie croniche e della non auto sufficienza

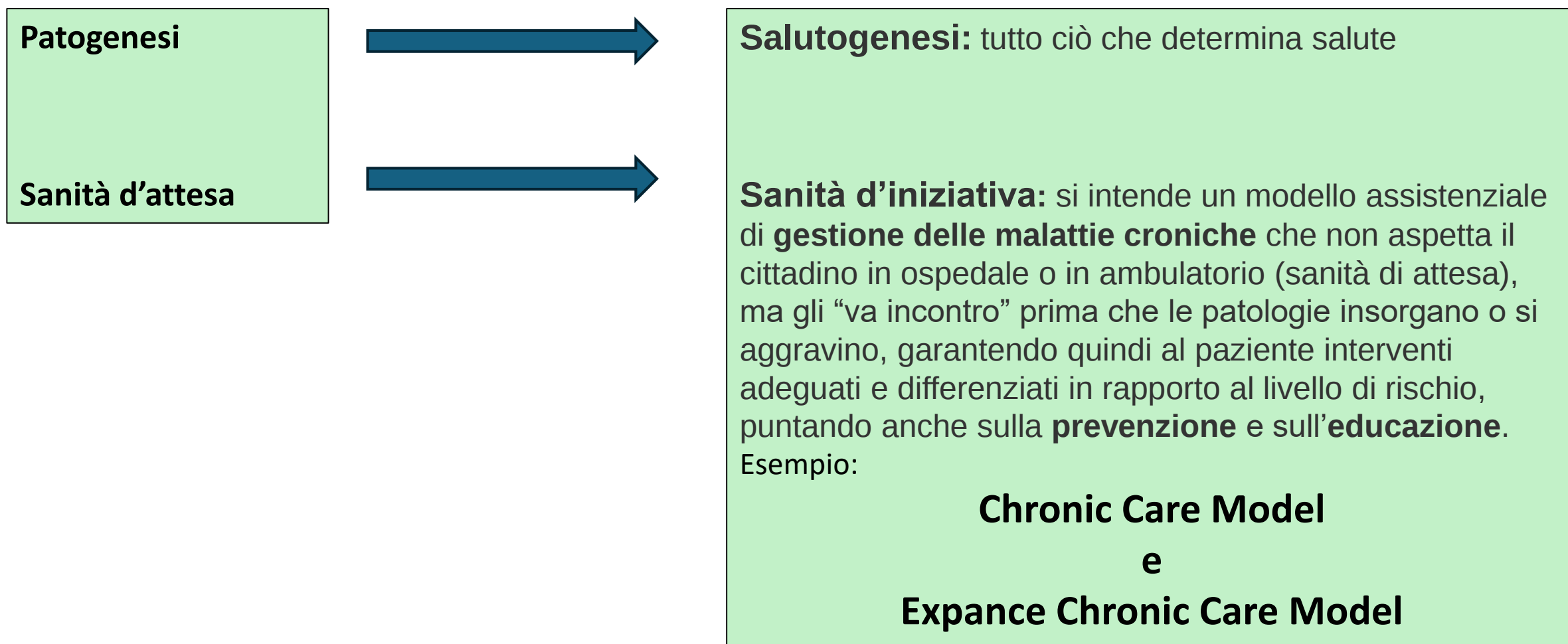
I NUMERI CHIAVE: INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA (65 ANNI E OLTRE) E BISOGNO DI ASSISTENZA PER CLASSE DI ETÀ E SESSO. Anno 2019, tassi per 100 persone e valori assoluti in migliaia

CLASSE DI ETÀ	Gravi malattie croniche	Almeno tre malattie croniche	Stato ansioso-depressivo	Gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive	Limitazioni nella mobilità per problemi di salute	Gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL)	di cui con bisogni di assistenza o ausili
65-74	34,2	44,3	11,1	14,6	15,8	2,6	71,2
75-84	48,9	56,1	17,1	32,5	37,6	10,3	67,1
75 e oltre	52,0	59,5	18,1	41,9	46,7	18,3	65,0
85 e oltre	59,4	66,0	20,6	63,8	67,9	37,2	63,7
Totale	43,2	52,0	14,7	28,4	31,5	10,6	65,8
Uomini	46,0	46,1	9,2	22,8	22,3	7,5	66,9
Donne	41,1	56,7	18,9	32,8	38,6	13,3	65,3
Totale V.A.	5.871	7.064	3.919	3.860	5.136	1.437	945

Attualmente i 4/5 delle prestazioni sanitarie sono richieste per il trattamento della cronicità ed i 2/3 dei ricoveri sono ad esse attribuibili.

Potenziamento e omogenizzazione dell'articolazione dei Distretti sanitari e di una offerta socio-sanitaria di prossimità: DM 77/2022

Integrazione tra Sanità d'attesa e Sanità d'iniziativa



La **Salutogenesi** (Aaron Antonovsky 1923-1994). è tutto ciò che crea salute ovvero tutto ciò che **permette alle persone**, anche in situazioni di forte avversità (un trauma, una malattia cronica, la disabilità, precarie condizioni socioeconomiche, ecc), **di compiere scelte consapevoli di salute utilizzando risorse** (interne ed esterne), **accrescendo le proprie resilienza e capacità pro-attiva.**

Esempi:

- Corretti stili di vita
- Conoscenza delle malattie, maggiore empowerment dei malati, aderenza terapeutica, ecc.
- Tutela ambientale (lotta all'inquinamento, tutela ecosistema, sicurezza stradale, ecc.)
- Tutela sul lavoro
- Ricerca del Benessere psico-fisico

Cause delle malattie croniche

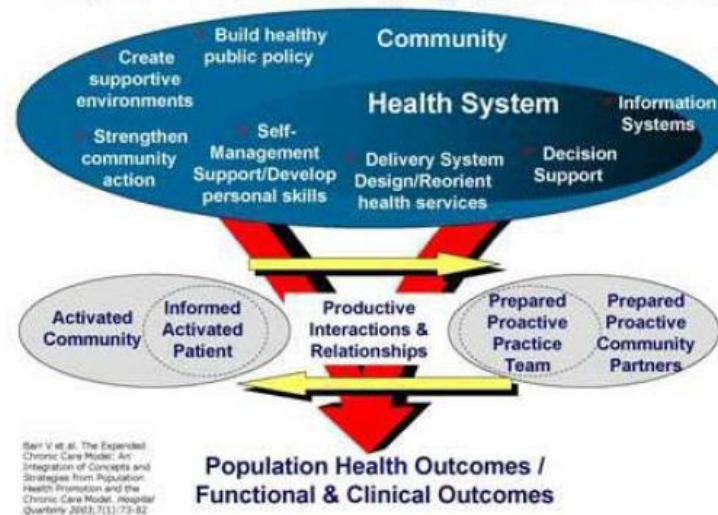


Fonte: Oms

Promuovere l'adozione di stili di vita sani ci permetterebbe di contrastare il peso delle malattie croniche e far guadagnare così anni di vita in salute ai cittadini (Gaining Health OMS 2006).

Modelli per le cure primarie Expanded Chronic Care Model (ECCM)

Gli aspetti clinici del CCM sono integrati da quelli di sanità pubblica (prevenzione primaria collettiva e attenzione ai determinanti di salute) in ottica di *community oriented primary care*



Empowerment del paziente

Accessibilità
Informazione
Proattività
Self care

+

Approccio comunitario

Bisogni della comunità
Partecipazione
Lotta alle disuguaglianze
Prevenzione primaria

Potenziare le Cure primarie in un Sistema universalistico

- Stratificazione della popolazione per rischi e complessità
- Analisi multidimensionale e Multiprofessionale dei bisogni
- Sviluppo di PAI

Potenziare il self-care attraverso l'Educazione sanitaria e l'Educazione terapeutica

Valutare esiti

Stratificazione della popolazione per Rischio

Classificazione dei pazienti

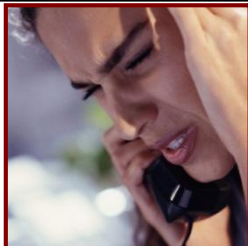
La piramide riflette la composizione eterogenea e i diversi livelli di rischio in una popolazione generale.

Dalla classificazione è possibile descrivere il Case-mix.



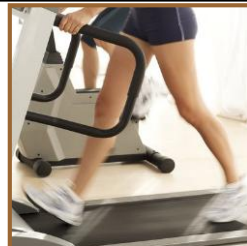
Educazione terapeutica

8 priorità da perseguire secondo l'O.M.S.



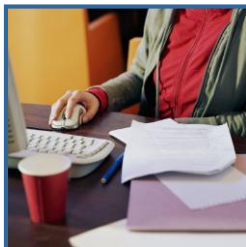
1

Sapere come e quando consultare il medico



5

Sapere come mantenere la malattia sotto controllo



2

Conoscere la malattia e fissare gli obiettivi



6

Modificare gli stili di vita per ridurre i rischi



3

Assumere correttamente i farmaci



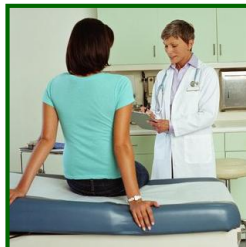
7

Far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli



4

Effettuare gli esami ed i controlli raccomandati



8

Effettuare le visite specialistiche e follow-up

Self Management vs. Patient Education (Traditional Model)

Self-management



Patient Education



Obiettivo DM77/2022

Casa primo luogo di cura e assistenza

Obiettivo UE: Presa in carico del 10% degli ≥ 65 anni

Obiettivo Piemonte: Presa in carico del 12% degli ≥ 65 anni



Cure domiciliari in Italia

Box 2 - Le criticità dell'Adi

- Numero di visite per utente (intensità) nettamente insufficiente
- Durata della presa in carico troppo breve
- Esigua integrazione con i Comuni
- Elevata eterogeneità territoriale
- Assenza di un modello d'intervento adatto alla non autosufficienza
- Prevalenza del modello d'intervento clinico-sanitario

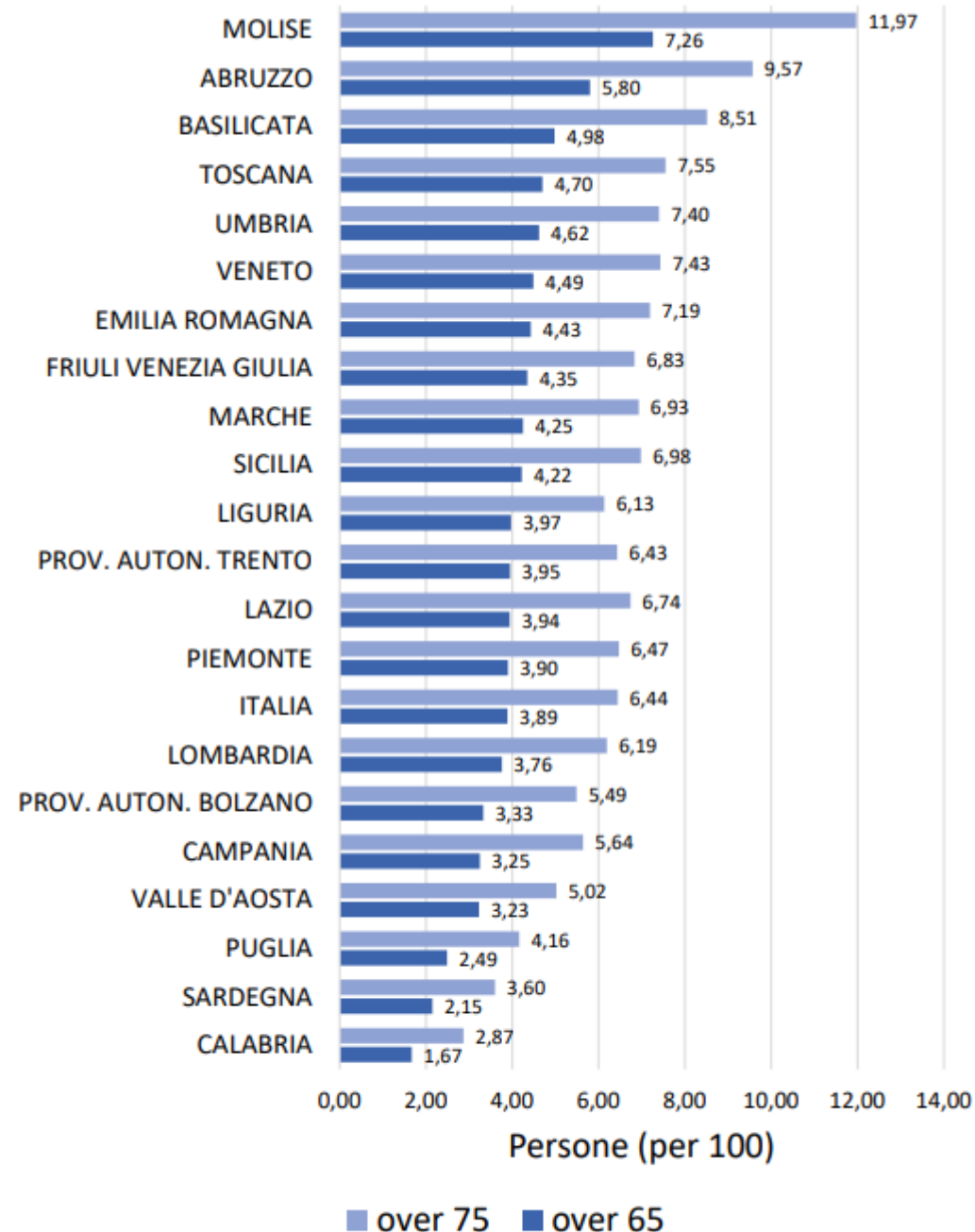


Figura 2.3. Percentuale di anziani assistiti in ADI. Dati relativi all'anno 2023.

Fonte: Ministero della Salute (2024). Elaborazione di Italia Longeva.

Cure domiciliari

Pochi passaggi settimanali

Poche ore

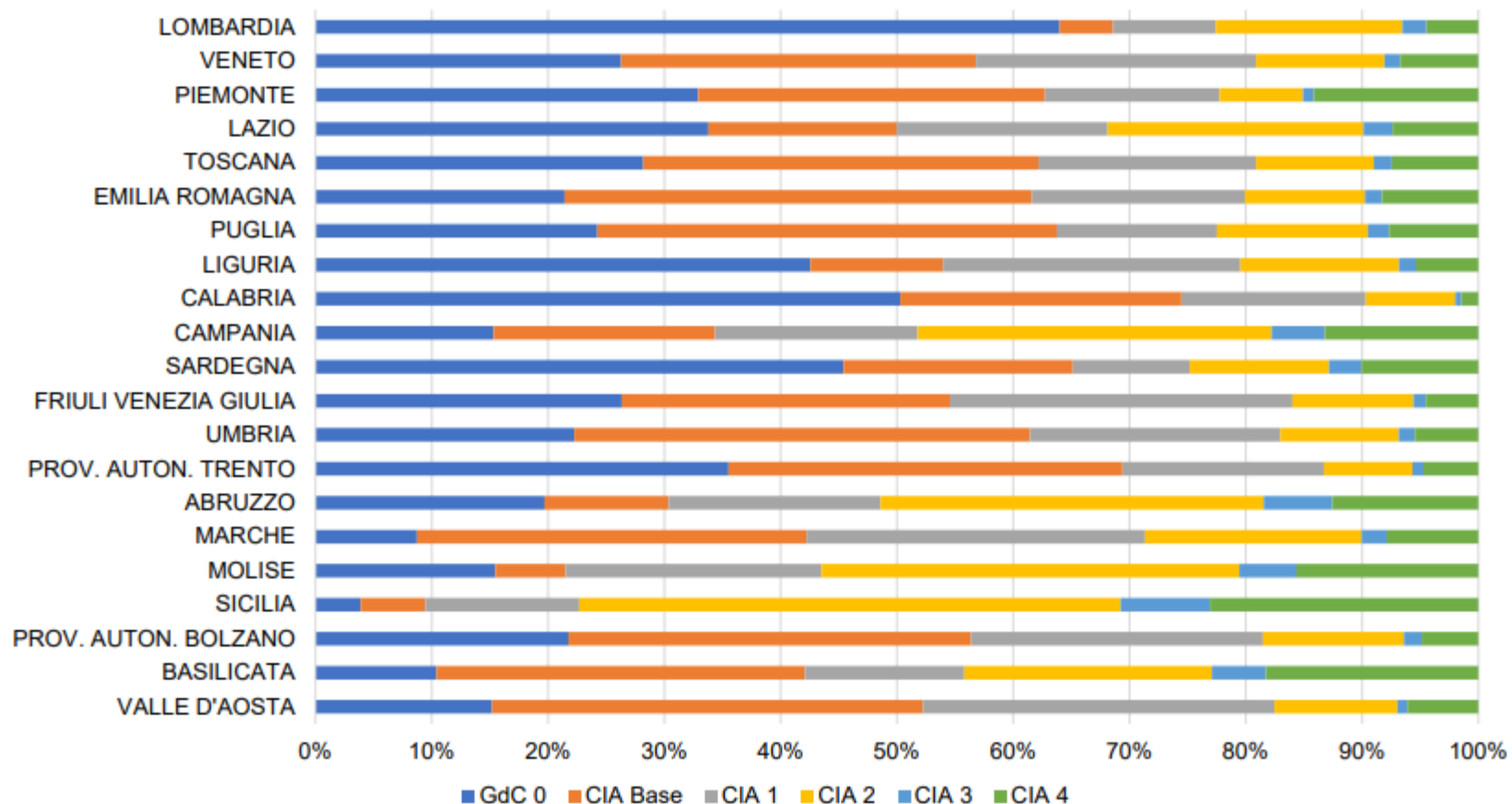


Figura 2.5. Cure domiciliari erogate (flusso SIAD) durante l'anno 2023. GdC=Giornate di presa in carico; CIA= Coefficiente di intensità assistenziale; n.d.= non disponibile. Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - anno 2023 Elaborazione a cura dell'Ufficio III - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica GdC 0: in questo caso, la data del primo e dell'ultimo accesso coincidono. CIA Base: tale livello non è assimilabile a quelli previsti dalla Commissione LEA, tuttavia si introduce, su specifica richiesta di alcune regioni, per misurare nell'assistenza domiciliare la numerosità dei PAI con CIA compresi tra 0 e 0,13. Questo livello viene inserito anche per evidenziare una necessaria distinzione dall'assistenza domiciliare prestazionale

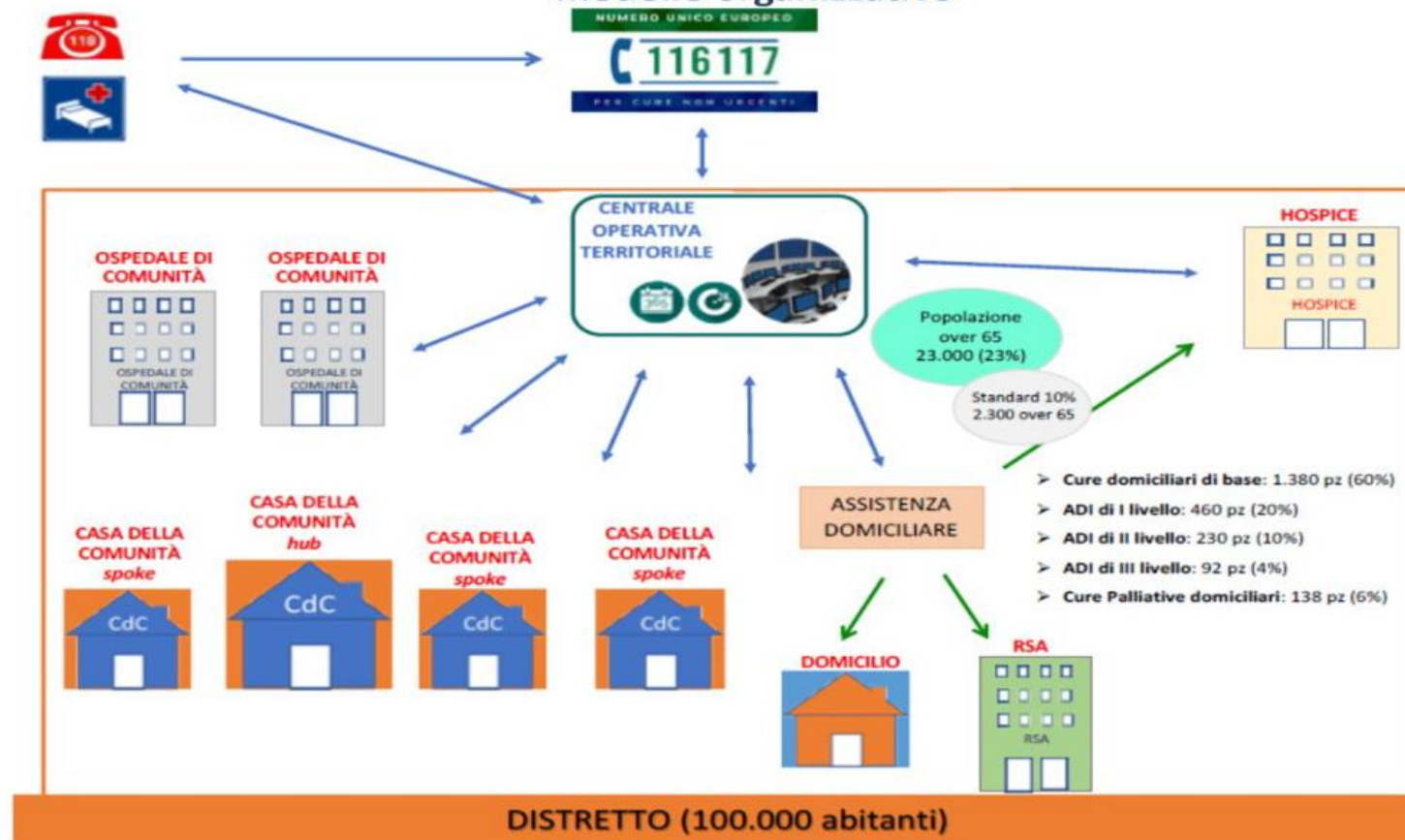
Potenziamento e omogenizzazione dell'articolazione dei Distretti sanitari e di una offerta socio-sanitaria di prossimità: DM 77/2022

Ridisegno della sanità territoriale orientato alla maggiore prossimità dei servizi sanitari territoriali

La riorganizzazione territoriale: modello organizzativo

- 1 Distretto ogni 100.000 ab.
(Centro di riferimento per tutti i servizi territoriali)
- 1 Centrale Operativa Territoriale (COT) ogni 100.000 ab.
- 1 Casa di comunità hub ogni 40-50.000 ab. (7-11 IFeC per attività ambulatoriali, triage, assistenza domiciliare di base, attività di prevenzione)
- 1 Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) ogni 3.000 ab.
- 1 Ospedale di comunità con 20 p.l. ogni 100.000 ab.
(incrementare di ulteriori n. 381 O.d.C. pari a 7.620 p.l. entro 2026)

IFeC $\neq$ Infermiere cure domiciliari

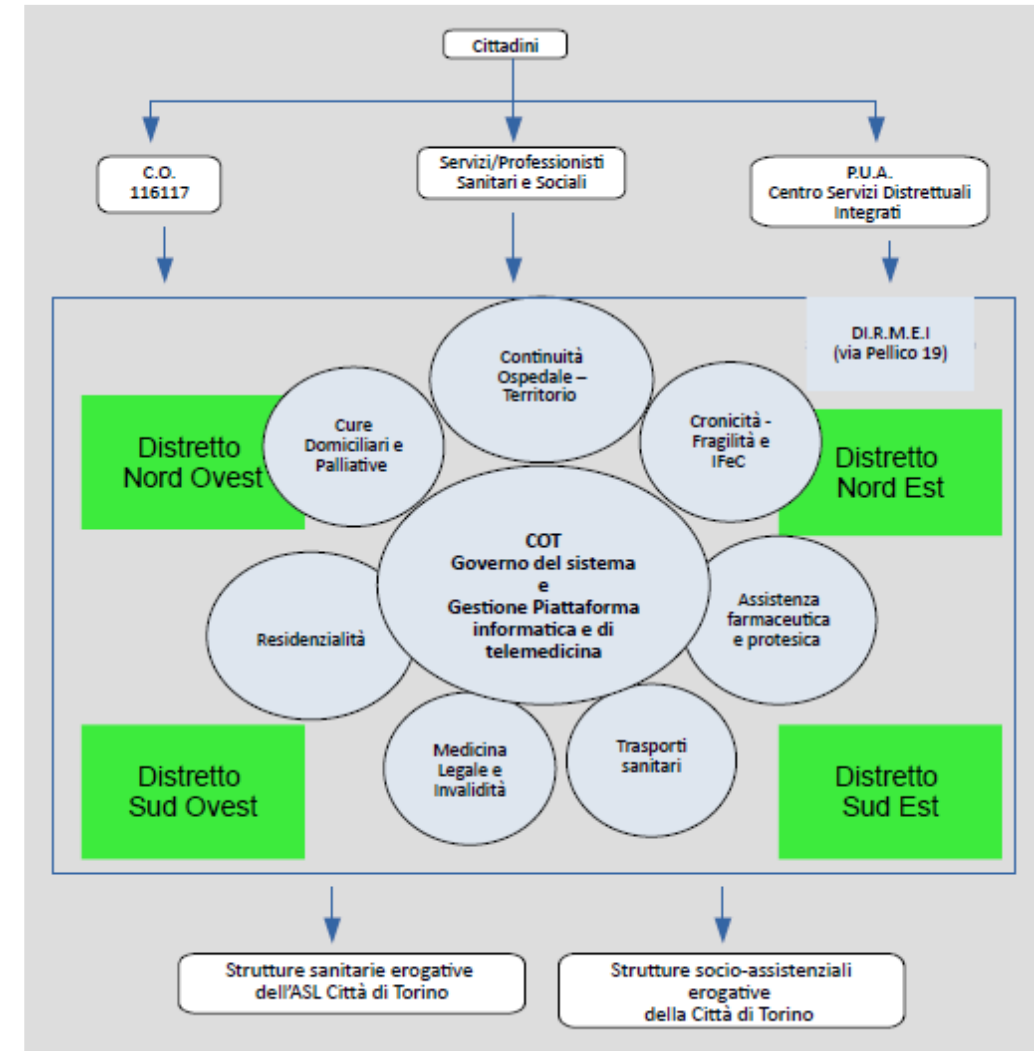


Centrali Operative Territoriali ASL Città di Torino

Il modello sperimentale in area metropolitana dell'ASL Città di Torino si articola in 9 COT: **8 COT funzionali** (ciascuna specializzata su specifici percorsi di cura e assistenziali), integrate da **1 COT di governo complessivo del sistema**.

Le 8 COT funzionali sono le seguenti:

- **Continuità assistenziale ospedali-territorio** (assorbe il NDCC per inserimenti in strutture di post acuzia)
- **Cure domiciliari e Cure palliative** (Coordinamento percorsi domiciliari)
- **Cronicità/Fragilità** (Monitoraggio follow up su patologie croniche)
- **Residenzialità** (Coordina gli inserimenti di lungassistenza in RSA)
- **Assistenza Farmaceutica e Fornitura protesica/Integrativa** (raccolge e verifica che le domande siano autorizzabili)
- **Medicina Legale** (programmazione delle visite di accertamento/idoneità)
- **Trasporti** (programmazione trasporti sanitari secondari)
- **Programmazione Piano pandemico aziendale**



Fonte: Delibera attuativa COT ASL Città di Torino

LA CRONICITÀ OGGI

CRITICITÀ? → Costituisce sicuramente una sfida per il nostro SSN

RISORSA?

→ Per Infermieri: opportunità di espansione della propria potenzialità professionale

→ Per Assistiti e Caregivers: opportunità per conoscere meglio propri limiti e potenzialità

Grazie per l'attenzione