

Il Chronic Care Model

Luigi Apuzzo¹, Maddalena Iodice², Margherita Gambella³, Angelica Scarpa³, Francesco Burrai⁴

¹Hospice Carlo Chenis, ASL ROMA 4, Civitavecchia (RM) - Italy

²UOC Ostetricia e Ginecologia, Ospedale San Paolo ASL ROMA 4, Civitavecchia (RM) - Italy

³Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli studi di Sassari, Sassari - Italy

⁴SC Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo, ATS Sardegna, Sassari, ASSL di Sassari - Italy

Chronic Care Model

In recent years, the incidence rate of chronic diseases shows a steady increase in every industrialized Country. The almost logarithmic trend of the number of people living with chronic diseases is constantly on the rise. Each predictive statistical model indicates a strong impact for national health systems at the level of the organization of care and management costs. It is urgent to systematically introduce an evidence-based care model in chronic care management such as the Chronic Care Model. The Chronic Care Model is the reference model for WHO. The Chronic Care Model allows for personalized, holistic, multi-professional assistance, characterized by a strong humanization of care, by preventive interventions and relationships between healthcare professionals, patients and caregivers as a system of care and assistance. The fundamental roles are social integration and the improvement of the quality of life of patients. The Chronic Care Model involves the use of a computerized system of information flow and telemedicine and trained healthcare professionals. The Chronic Care Model showed an improvement in the quality of life, a reduction in the number of hospitalizations, a better adherence to therapies, and a reduction in costs.

Keywords: Chronic Care Management, Chronic Care Model, Chronic diseases, Governance, Integrated care

Introduzione

L'invecchiamento progressivo della popolazione porterà al raddoppio della popolazione degli anziani entro il 2050: dall'attuale 11% al 22% della popolazione. La svolta si è presentata nel 2020, quando il numero di individui con una età \geq di 65 anni ha superato quello degli individui di età \leq di 5 anni. Se, nel 2017, nella maggior parte dei Paesi del mondo, il rapporto per gli over 60 era 1:8, entro il 2030 il rapporto sarà 1:6 ed entro il 2050 sarà ancora più marcato, pari a 1:5 (1,2). Entro 20 anni, il trend demografico mostrerà un incremento quattro volte superiore di persone di età $>$ 80 anni rispetto al trend attuale. Il Global Burden of Diseases, injuries, and risk factors study (GBD) del 2017 (3) ha preso in considerazione l'incidenza e la prevalenza rispetto agli anni vissuti con disabilità in un periodo temporale dal 1990 al 2017. I risultati hanno mostrato una riduzione dei tassi di mortalità, un aumento

dell'aspettativa di vita e, conseguentemente, un incremento dell'impatto sui sistemi sanitari delle patologie croniche, come diabete, neoplasie e malattie muscolo-scheletriche e cardiovascolari. Con il miglioramento della qualità e l'aumento dell'aspettativa di vita, la cronicità diviene parte del vissuto quotidiano ed è caratterizzata dal progressivo declino dell'autonomia, della mobilità, della capacità funzionale e delle relazioni sociali, a cui si associano un maggior numero di ospedalizzazioni e di utilizzo di risorse sanitarie, socio-sanitarie e sociali, con una spesa media per i SSN pari al 70-80% (4). I dati ISTAT valutano pari a 2 milioni e 600 mila le persone che presentano una condizione di disabilità (il 4,8% della popolazione italiana), mentre il 44,5% di esse ha un'età superiore agli 80 anni (5) e quasi il 40% della popolazione soffre di almeno una patologia cronica (24 milioni di persone), di cui la metà presenta più di una malattia cronica (6). In Europa, le malattie croniche sono responsabili dell'86% di tutti i decessi, con una spesa sanitaria rilevante che si attesta intorno ai 700 miliardi di Euro/anno (7). In Italia, invece, la spesa sanitaria si aggira intorno ai 66,7 miliardi di euro/anno (8).

Received: February 8, 2021

Accepted: October 6, 2021

Published online: October 29, 2021

Indirizzo per la corrispondenza:

Luigi Apuzzo

Hospice Carlo Chenis

Asl Roma 4

00053 Civitavecchia (RM) - Italy

luigiapuzzo@hotmail.it

Chronic Care Model

L'assistenza sanitaria odierna spesso non soddisfa i bisogni dei malati cronici. Esistono strategie per migliorare i risultati nelle persone con patologie croniche classificate in cinque diverse aree: 1) utilizzo di cure pianificate basate sull'evidenza scientifica; 2) aggiornamento e organizzazione



della pratica clinica e assistenziale; 3) potenziamento dell'empowerment da parte degli utenti con cronicità; 4) sviluppo delle competenze; 5) organizzazione e fruizione delle informazioni cliniche. L'integrazione di questi componenti per la gestione, l'assistenza e la cura delle patologie croniche è fondamentale (9). I pazienti portatori di una o più patologie croniche hanno esigenze molto complesse e obbligano i sistemi sanitari a pensare a un rimodellamento che produca pratiche cliniche assistenziali personalizzate alle diverse esigenze dei pazienti e delle loro famiglie (10). Vengono proposti incontri rivolti alla prevenzione di peggioramenti, riacutizzazioni e complicanze della condizione cronica potenziando il self-care del paziente. Negli anni, si è assistito a una modifica completa del sistema di assistenza alle persone con cronicità, a partire dal modello assistenziale proposto da Wagner già negli anni '90: il Chronic Care Model (CCM) (11). Il CCM è stato sviluppato come metodo per migliorare l'assistenza nel settore delle malattie croniche, identificando componenti e strategie efficaci e appropriate (12-15). Il CCM mostra che i migliori risultati sono prodotti dalla qualità della relazione paziente-personale sanitario, in quei sistemi sanitari che presentano questi fattori: 1) processi evidence-based che modificano l'assistenza; 2) potenziamento del self-care e dell'empowerment (16); 3) azione proattiva orientata ai bisogni dell'utente; 4) sviluppo e implementazione di Linee Guida basate su prove di efficacia, promuovendone l'utilizzo e la divulgazione attraverso la formazione degli operatori; 5) agevolazione dello sviluppo e della gestione dei sistemi informativi per fornire feedback di prestazione. Il CCM include sei componenti che influenzano gli esiti funzionali e clinici associati alla gestione della malattia cronica (15). Le sei componenti sono mostrate nella Tabella I.

TABELLA I - Componenti del Chronic Care Model

Componente	Interventi
Sistema sanitario	Organizzazione dell'assistenza sanitaria fornendo una leadership che garantisca risorse e che rimuova le barriere all'assistenza
Supporto all'autogestione	Facilitare l'apprendimento basato sulle competenze e sull'empowerment del paziente
Supporto decisionale	Fornire una guida per l'implementazione dell'assistenza basata sull'evidenza
Progettazione del sistema di erogazione	Coordinare i processi di assistenza
Sistemi di informazione clinica	Monitorare i progressi attraverso feedback sugli outcome a pazienti e operatori sanitari
Risorse e politiche della comunità	Sostenere l'assistenza utilizzando risorse basate sulla comunità e politiche di salute pubblica

Queste componenti del CCM creano sistemi sanitari più efficaci che supportano il processo decisionale dei sanitari, collegano i sistemi sanitari alle risorse e alle politiche della comunità e forniscono servizi completi di supporto all'auto-gestione per i pazienti, con un controllo degli outcome tramite dei complessi sistemi informatici. Il modello del CCM è una proattività che intercetta i bisogni assistenziali e di cura (17), dove il paziente è attore nella gestione della propria condizione psico-fisica (15). L'assistenza del CCM è rivolta al singolo, ai gruppi e alla collettività, attraverso una rete di servizi che, per essere efficace e misurabile, presenta: a) sicurezza; b) efficacia; c) tempestività di risposta; d) capacità nella risoluzione di problemi; e) consumo di risorse; f) centralità del paziente; g) equità nell'erogazione dei servizi (18). Il CCM organizza le cure in continuità assistenziale, relazionale, organizzativa e informativa, prevenendo la riammissione ospedaliera a breve termine negli anziani con malattie croniche (19), con un minore carico assistenziale per gli operatori e le strutture sanitarie, un minore stress per i pazienti e le loro famiglie e un minor costo sanitario (20) e con la percezione dell'utente stesso di sentirsi accompagnato in un processo unico e continuo, che impatta positivamente anche su una migliore compliance nell'aderenza terapeutica prescritta e concordata con il team assistenziale (21). Il CCM utilizza l'umanizzazione dell'assistenza, inglobando la prospettiva definita "patient experience", ovvero il sentirsi accompagnato in un processo unico e continuo, che impatta positivamente anche su una migliore compliance nell'aderenza terapeutica concordata con il team assistenziale (22). Aspetto importante della sanità pubblica è il campo della prevenzione e il CCM programma interventi attraverso sistemi informatici dinamici, coinvolgendo le strutture finanziarie ed economiche di politica sanitaria per l'investimento e l'ampliamento dei servizi territoriali (23,24). Si riportano le conclusioni degli autori di meta-analisi che avevano come soggetti pazienti affetti da diabete mellito tipo 2, dove i risultati del CCM sono generalmente positivi, con risultati più promettenti ottenuti in studi con un follow-up limitato (< 1 anno) e con programmi che includono più di due componenti del CCM (24). Altri autori mostrano come l'approccio di gestione della malattia cronica con CCM in pazienti affetti da scompenso cardiaco riduca significativamente la mortalità, con effetti positivi sulla qualità della vita e riduzione della durata del ricovero (24). In una recente revisione sistematica (25), i risultati mostrano migliori outcome a livello della gestione della pressione arteriosa e in termini di mortalità nei sistemi organizzati con il Nurse-led care e il Pharmacist care; questi modelli sono inclusi nel CCM, insieme all'engagement del paziente (26). Il CCM è stato adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come documento guida basato sulle prove di efficacia per il miglioramento dei quattro elementi di base necessari per l'erogazione di cure croniche di alta qualità, come il supporto all'autogestione, la progettazione del sistema

di organizzazione, i sistemi di informazione e informatizzazione clinica e il supporto decisionale.

Expanded Chronic Care Model

Uno sviluppo del CCM è l'Expanded Chronic Care Model (ECCM). L'ECCM è un modello modificato e ampliato del CCM, di cui si inizia a parlare negli anni 2000 ad opera di un gruppo di ricercatori canadesi (25). L'ECCM si allarga anche all'inclusione sociale della persona con patologie croniche, con l'obiettivo di creare ambienti sociali in grado di garantire condizioni di vita sicure, stimolanti, piacevoli e soddisfacenti. Al miglioramento della salute e del benessere concorrono l'autogestione della patologia e il poter trascorrere piacevolmente il proprio tempo libero attraverso attività ricreative classificate come essenziali per il mantenimento della salute psico-fisica (27-32). Alcuni autori forniscono raccomandazioni che migliorano l'inclusione sociale delle persone con disabilità (33), in modo da permettere a questi gruppi di accedere ai servizi ricreativi e di beneficiare di essi.

Chronic Care Management

La moderna gestione della malattia cronica porta con sé diverse componenti chiave: 1) partenariati collaborativi; 2) Interventi basati su prove di efficacia; 3) misurazioni degli outcome e valutazione degli interventi; 4) comunicazioni delle informazioni sui risultati tra i membri del team e tra team sanitario e paziente; 5) cura di sé e responsabilizzazione del paziente. Il coinvolgimento dei pazienti come partner consente un miglioramento in esiti patient-centered (34). Accanto al Chronic Care Management si sono sviluppati altri modelli, tra i quali case management, integrated care e care coordination (35,36) e disease management.

La cronicità a livello internazionale

Durante il meeting delle Nazioni Unite sulle malattie croniche nel settembre 2011, i leader mondiali si sono impegnati per adottare azioni comuni per la prevenzione di queste malattie, riconoscendone l'impatto globale come una delle maggiori sfide per lo sviluppo sia sociale che economico nel ventunesimo secolo. A tutti i Governi è stato richiesto di sviluppare, quindi, piani multi-settoriali di prevenzione e controllo delle malattie croniche, con obiettivi e interventi nazionali dichiarati. Nel mese di agosto 2020, l'Assemblea Mondiale della Sanità (World Health Assembly) ha nominato gli anni 2020-2030 come il Decennio dell'invecchiamento in salute (Decade of Healthy Ageing 2020-2030) (25,27,37-38). Il progetto Europeo conseguente agli accordi e alle disposizioni date dalle Nazioni Unite prende il nome di Good Practice for Chronic Disease Join Action (CHRODIS-JA), con l'obiettivo di contrastare le malattie croniche e di garantire un migliore invecchiamento attraverso l'utilizzo di una piattaforma web

accessibile ai professionisti della salute, ai decisori politici e ai cittadini. Il sistema si occupa soprattutto delle grandi patologie croniche, come il diabete, le patologie cardiovascolari e lo stroke (39).

L'applicazione del CCM nell'ambito della patologia renale cronica

Il modello del CCM, come visto, è caratterizzato da diversi fattori, che possono essere divisi in due aspetti: 1) un paziente informato e consapevole; 2) team proattivi che intervengano in maniera precoce nell'intercettare le persone con danno renale alle fasi iniziali, come evidenziato nel programma di Governo del Ministero della Salute (40-42). In tale documento, i punti cardine sono, da un lato, la prevenzione, incentivando i cittadini ad avere un comportamento più responsabile e consapevole attraverso l'educazione sanitaria, e, dall'altro, la formazione dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di libera scelta, degli specialisti e del personale sanitario, con il fine di identificare precocemente i soggetti in condizione di rischio aumentato per la malattia renale cronica, indirizzandoli verso percorsi integrati di presa in carico. Le Linee Guida della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) 2015 raccomandano interventi di screening in determinati pazienti con sospetto di malattia renale (p. es., obesi, affetti da malattia diabetica ecc.), nonché di informare e coinvolgere il paziente e i suoi caregiver in tutte le fasi del processo di cura della malattia (43).

Interventi sugli operatori e sui pazienti

Gli interventi di tipo educativo possono portare a miglioramenti della qualità della vita del paziente, come evidenziato da Garcia Montes et al. nel 2020 (44), che hanno mostrato una correlazione tra strategie di coping attivo e la soddisfazione per la vita sia nei pazienti in emodialisi sia nei riceventi di trapianto di rene. Strategie multiprofessionali con colloqui motivazionali e l'identificazione dei pazienti che si mostrano poco complianti sono essenziali nella gestione di tali pazienti e nell'aderenza alla terapia. È importante lavorare sull'impostazione della comunicazione tra utenti e operatori sanitari. Una delle tecniche supportate dalla letteratura è l'utilizzo del teach-back method, il quale prevede un costante feedback dei pazienti sulle prassi e sulle azioni da seguire, al fine di massimizzare la loro comprensione della malattia e di promuovere la conoscenza, l'adesione, l'autoefficacia e le capacità di cura di sé (45). Altri interventi di tipo proattivo possono essere l'utilizzo di strumenti integrati elettronici come le cartelle cliniche elettroniche (Electronic Health Record, EHR), nell'ambito della cura e della gestione del follow-up nei pazienti con malattia renale cronica. Lo studio condotto da Sequist et al. nel 2018 evidenzia che l'utilizzo di questi strumenti migliora il coinvolgimento nella terapia dei pazienti con malattia renale cronica (46). Questi dati mostrano come un programma



combinato di strumenti elettronici insieme a un maggiore coinvolgimento dell'operatore sanitario e del paziente migliorino alcune aree della cura della malattia renale cronica.

Conclusioni

Negli ultimi anni, il tasso di incidenza delle patologie croniche mostra un incremento costante in ogni Paese industrializzato e la malattia renale cronica non fa eccezioni. Oggi, i modelli statistici predittivi indicano un forte impatto per i sistemi sanitari nazionali a livello dell'organizzazione dell'assistenza e dei costi di gestione. A causa di questi dati, risulta necessario introdurre il modello assistenziale CCM, considerato dall'OMS come il modello di riferimento per il management delle patologie croniche. È basato su interventi scientificamente validati e prevede l'utilizzo di un sistema informatizzato del flusso delle informazioni, il tutto condotto da sanitari adeguatamente formati. La formazione del personale è mirata al miglioramento della capacità di lavorare in team, all'inclusione dei caregiver nel piano di assistenza dei pazienti cronici e all'intercettazione, alla prevenzione e al soddisfacimento dei bisogni della persona e della comunità. Tutto questo permette l'erogazione di un'assistenza personalizzata, olistica e multiprofessionale, caratterizzata da una forte umanizzazione delle cure e da interventi di prevenzione e di relazione tra sanitari, pazienti e caregiver come sistema di cura e assistenza, che si traduce in un miglioramento degli outcome dei pazienti e della loro qualità della vita. L'applicazione del CCM si può, quindi, considerare un modello prioritario da mettere in atto nei SSN di ogni Paese. Il CCM si può considerare un modello di sanità di iniziativa che anticipa gli interventi necessari al fine di prevenire l'aggravarsi della malattia e rappresenta, quindi, un modello prioritario da mettere in atto nei SSN di ogni Paese (47).

Disclosures

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.
Financial support: This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Bibliografia

- Kinsella K, He W. *An aging world: 2008. US Census Bureau. International Population Reports (P95/09-1)*. US Gov Printing Office; 2009. [Online](#) (last access 05 Feb 2021)
- World Health Organization. World Health Day 2012 – Ageing and health – Toolkit for event organizers. WHO; 2012 ([Online](#)) (last access 05 Feb 2021).
- James SL, Abate D, Abate KH, et al; GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-1858. [CrossRef PubMed](#)
- Ministero della Salute. Piano nazionale cronicità. Intesa Stato Regioni e Province Autonome, CSR del 2016, 15. [Online](#) (last access 05 Feb 2021).
- 1ª Conferenza Italiana sull'accesso alle cure nelle malattie croniche – ROMA 21 settembre 2010. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 4° Rapporto (2012) N.N.A. (network non autosufficienza). Rapporto promosso dall'IRCCS – INCRA Ancona per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento (1ª Conferenza italiana sull'accesso alle cure nelle malattie croniche – F.A.V.O. – Federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia [Online](#) (last access 05 Feb 2021).
- Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane. La cronicità in Italia, 2019. [Online](#), osservatoriosullasalute.it (last access 05 Feb 2021).
- Consiglio dell'Unione Europea. Reflection process: Innovative approaches for chronic diseases in public health and healthcare systems, 2013. [Online](#) (last access 05 Feb 2021).
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. [Online](#) (last access 28 July 2021).
- Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511-544. [CrossRef PubMed](#)
- Wagner EH. Managed care and chronic illness: health services research needs. *Health Serv Res*. 1997;32(5):702-714. [PubMed](#)
- Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2-4. [PubMed](#)
- Wagner EL, Hayashida CT. Implementing a multipurpose information management system: some lessons and a model. *J Long Term Care Adm*. 1990;18(1):15-20. [PubMed](#)
- Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(6):64-78. [CrossRef PubMed](#)
- Yeoh EK, Wong MCS, Wong ELY, et al. Benefits and limitations of implementing Chronic Care Model (CCM) in primary care programs: A systematic review. *Int J Cardiol*. 2018;258:279-288. [CrossRef PubMed](#)
- Stellefson M, Dipnarine K, Stopka C. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:E26. [CrossRef PubMed](#)
- Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(1):75-85. [CrossRef PubMed](#)
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288(14):1775-1779. [CrossRef PubMed](#)
- Malara A. Il Chronic Care Model come esempio di sanità d'iniziativa. In: Simposio: La cronicità: impatto epidemiologico nel terzo millennio. 2016. [Online](#) (last access 05 Feb 2021).
- Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, et al. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2020;101:103396. [CrossRef PubMed](#)
- Iavarone D. La transition of care, l'infermiere e la continuità delle cure. *L'Infermiere*. 2016;53(6):e21-e27. *L'Infermiere-2016-n6.pdf* (infermiereonline.org) (last access 06 Feb 2021). [La transition of care, l'infermiere e la continuità delle cure – Fnopi. L'infermiere \(infermiereonline.org\)](#)
- Fortuna RJ, Nagel AK, Rocco TA, Legette-Sobers S, Quigley DD. Patient Experience With Care and Its Association With Adherence to Hypertension Medications. *Am J Hypertens*. 2018;31(3):340-345. [CrossRef PubMed](#)
- Johansen AS, Vracko P, West R. The evolution of community-based primary health care, Slovenia. *Bull World Health Organ*. 2020;98(5):353-359. [CrossRef PubMed](#)
- Barbato A, Meggiolaro A, Rossi L, et al. Chronic Care Model Toscana: un'analisi preliminare [Tuscan Chronic Care Model:



- a preliminary analysis]. *Ig Sanita Pubbl.* 2015;71(5):499-513. [PubMed](#)
24. Elissen AM, Steuten LM, Lemmens LC, et al. Meta-analysis of the effectiveness of chronic care management for diabetes: investigating heterogeneity in outcomes. *J Eval Clin Pract.* 2013;19(5):753-762. [CrossRef PubMed](#)
 25. Drewes HW, Steuten LM, Lemmens LC, et al. The effectiveness of chronic care management for heart failure: meta-regression analyses to explain the heterogeneity in outcomes. *Health Serv Res.* 2012;47(5):1926-1959. [CrossRef PubMed](#)
 26. Nicoll R, Robertson L, Gemmell E, Sharma P, Black C, Marks A. Models of care for chronic kidney disease: A systematic review. *Nephrology (Carlton).* 2018;23(5):389-396. [CrossRef PubMed](#)
 27. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q.* 2003;7(1):73-82. [CrossRef PubMed](#)
 28. De Silva D. Evidence: helping people help themselves. 2011. [Online](#) (last access 05 Feb 2021)
 29. Moll SE, Gewurtz RE, Krupa TM, Law MC, Larivière N, Levasseur M. "Do-Live-Well": a Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being. *Can J Occup Ther.* 2015;82(1):9-23. [CrossRef PubMed](#)
 30. Lim CY, Berry ABL, Hirsch T, et al. Understanding what is most important to individuals with multiple chronic conditions: a qualitative study of patients' perspectives. *J Gen Intern Med.* 2017;32(12):1278-1284. [CrossRef PubMed](#)
 31. Hutchinson SL, Nimrod G. Leisure as a resource for successful aging by older adults with chronic health conditions. *Int J Aging Hum Dev.* 2012;74(1):41-65. [CrossRef PubMed](#)
 32. Janke MC, Jones JJ, Payne LL, Son JS. Living with arthritis: using self-management of valued activities to promote health. *Qual Health Res.* 2012;22(3):360-372. [CrossRef PubMed](#)
 33. Smallfield S, Molitor WL. Occupational Therapy Interventions Supporting Social Participation and Leisure Engagement for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.* 2018 Jul/Aug;72(4):7204190020p1-7204190020 p8. [CrossRef PubMed](#)
 34. Hutchinson SL, Fenton L. Promising Practices for Making Recreation Programming Matter for People who Experience Mental Illness. *Community Ment Health J.* 2018;54(4):496-505. [CrossRef PubMed](#)
 35. Hutchinson SL, Lauckner H. Recreation and collaboration within the Expanded Chronic Care Model: working towards social transformation. *Health Promot Int.* 2020;35(6):1531-1542. [CrossRef PubMed](#)
 36. Montague TJ, Gogovor A, Krelenbaum M. Time for chronic disease care and management. *Can J Cardiol.* 2007;23(12):971-975. [CrossRef PubMed](#)
 37. Nolte E, Knai C, McKee M. *Managing Chronic Conditions. Experience in Eight Countries.* Brussels, Belgium: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
 38. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. OECD Health Working Paper. Paris, France: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 2007. [Online](#) (last access 05 Feb 2021)
 39. Action on implementing good practices for chronic diseases (Chrodis+) [Online](#) (last access 28 July 2021).
 40. Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative. I Quaderni di Medicina. Il Sole24Ore Sanità (Allegato al n.7, 24 Feb.-2 Mar. 2015). [Online](#) (last access 05 Jun 2021)
 41. Ministero della Salute. Documento di indirizzo per la malattia renale cronica del 13 dicembre 2020. Documento-indirizzo-MRC-Ministero-Salute-2020.pdf (simg.it) (last access 19 Apr 2021). [Online](#) (Last access April 2021)
 42. Minutolo R, De Nicola L, Mazzaglia G. Detection and Awareness of Moderate to advanced CKD by Primary Care practitioners: A Cross-sectional Study From Italy. *Am J Kidney Dis.* 2008;52(3):444-53. [CrossRef PubMed](#)
 43. Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (Fadoi). Linee guida Malattia renale cronica adulto, Gennaio 2015. Linea Guida 23. [Online](#) (last access 18 Apr 2021).
 44. García Montes JM, Sánchez Elena MJ, Valverde Romera M. The Influence of Coping and Personality Styles on Satisfaction with Life in Patients with Chronic Kidney Disease. *Psychol Belg.* 2020;60(1):73-85. [CrossRef PubMed](#)
 45. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Reports.* 2016;14(1):210-247. [CrossRef PubMed](#)
 46. Sequist TD, Holliday AM, Orav EJ, Bates DW, Denker BM. Physician and patient tools to improve chronic kidney disease care. *Am J Manag Care.* 2018;24(4):e107-e114. [PubMed](#)
 47. Che cos'è la sanità d'iniziativa. 5ARS Toscana. [Online](#) (last access 29 July 2021).