L'implementazione del Nurse Case Management nel processo di presa in carico del paziente con malattia cronica

La presa in carico del paziente affetto da malattia cronica richiede l'adozione di modelli organizzativo/assistenziali "person centered", capaci di rilevare ed affrontare i problemi di salute e attivare interventi di assistenza appropriati, nell'ambito di una presa in carico sanitaria e socio sanitaria integrata e collaborativa. Questi modelli devono fondarsi su un approccio sistemico, multidimensionale e multidisciplinare, da garantire lungo tutto il continuum assistenziale della malattia.

Di Lorena Contin *(infermiera case manager ASUFC – FVG, Distretto Sanitario di San Daniele del Friuli)*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel rapporto pubblicato a settembre 2022 e presentato in occasione della prima riunione annuale dell'*Heads of State and Government Group for the Prevention of NCDs "Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them*", **evidenzia che le malattie croniche** (tra cui malattie cardiovascolari – cardiopatie e ictus -, cancro, diabete, malattie respiratorie croniche, patologie legate alla salute mentale), denominate anche "malattie croniche non trasmissibili" (MCNT) **uccidono ogni anno 41 milioni di persone**[1]**, pari al 74% di tutti i decessi a livello globale**.

L'OMS, attraverso questo Rapporto vuole rafforzare la consapevolezza sulla gravità della portata, a livello mondiale, delle malattie croniche che **rappresentano un'enorme spesa per le economie globali e nazionali**. Il Documento dell'OMS, "*Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020, OMS – Global Strategy*" (ora esteso al 2030) delinea le azioni da attuarsi contro i principali fattori di rischio delle MCNT ed esorta ad un rafforzamento delle risposte dei sistemi sanitari nazionali[2]principalmente attraverso volontà politica, giusti interventi, assistenza sanitaria più solida, assistenza sanitaria primaria centrata sulla persona, difesa dei gruppi vulnerabili. Si tratta di principi che l'OMS riprende nel *Global Report* "*Non communicable Diseases – Progress Monitor 2022 – Geneva: WHO*".

Case Management e Nurse Case Management nella presa in carico del paziente con malattia cronica

Il *Case Management* (di seguito CM) è un processo collaborativo di valutazione, pianificazione, facilitazione e coordinamento dell'assistenza che ha lo scopo di soddisfare i bisogni di salute e le esigenze sanitarie globali dell'individuo e della famiglia. Nei processi di CM sanitari, i case manager sono professionisti dell'assistenza sanitaria che fungono da *advocates*[3]per sostenere, guidare e coordinare l'assistenza ai pazienti, alle famiglie e ai caregiver nel corso del loro viaggio verso la salute e il benessere. In questa prospettiva di azione, il CM assume valore quale approccio metodologico appropriato nel soddisfare i bisogni di salute del paziente/persona, sostenendo la sua qualità di vita, producendo risultati di qualità economicamente vantaggiosi.

Nello specifico, il Nurse case manager si qualifica come **case manager infermieristico chiamato a sviluppare un *core competency* avanzato che origina dai principi fondanti del CM assistenziale**. Il successo dell'assistenza è determinato dalle conoscenze e dalle competenze professionali che i case manager, nei vari contesti di cura, applicano durante il processo di CM[4].

Perez Rebecca, nel documento "*Standards of practice for Case Management*" (CMSA, 2016), mette a fuoco alcuni elementi chiave del CM, di seguito elencati: *Guiding Principles*[5]*, Case Management Roles*[6]*, Responsibilities in continuum*[7]*, Standards of practice for Professional Case Management*[8] Components of the Case Management Process[9].

Per Perez questi concetti costituiscono l'essenza per lo sviluppo di una pratica clinica e assistenziale, nonché condizione necessaria per l'efficacia dell'agire professionale. Il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (2019) all' articolo 1 – Capo I – Principi e valori professionali, dichiara che "*L'Infermiere è il professionista sanitario, iscritto all' Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile. È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici. Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza*". Nel Codice, i principi deontologici rendono espliciti i confini entro cui si realizza il lavoro di cura, ma l'agire deontologico necessita di confrontarsi con i criteri di qualità della cura e dell'assistenza che rappresentano la traduzione operativa dei principi deontologici stessi[10].

Il supporto della letteratura scientifica per l'implementazione del Nurse Case Management nell'assistenza primaria – PHC

Una recente *scoping review* sui "Modelli organizzativi nell'assistenza sanitaria primaria per gestire le condizioni croniche" (Longhini et al. 2021), suggerisce che **i modelli organizzativi di assistenza integrata (tra cui il CM)**, volti a gestire la "complessità" delle persone affette da multi-morbilità, **possono portare a risultati di efficacia nell'assistenza primaria** allo scopo di affrontare, a lungo termine, i bisogni degli individui. Questa revisione evidenzia che i modelli complessi, che integrano più interventi innovativi, sono correlati a risultati migliori in tutte le categorie di bisogno[1112]. Lo studio indica che servono maggiori e ulteriori sforzi sull'inclusione dei caregiver e sul coinvolgimento delle risorse sociali e della comunità, sottolineando l'importanza di dedicare particolare attenzione ai bambini e ai giovani adulti (ciò considerato l'aumento delle condizioni croniche che evolvono in condizioni multimorbose e di comorbilità, compresa l'area della salute mentale, che coinvolgono quella popolazione)[13].

La popolazione con uno stato di salute con presenza di malattie croniche non trasmissibili e comorbilità, problemi di salute mentale e vulnerabilità sociale, limitazioni funzionali che compromettono il livello di autonomia nella soddisfazione delle ADL (*Activities Daily Living*) e IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), hanno generalmente bisogni sanitari complessi e fanno uso frequente dei servizi sanitari. Queste complesse esigenze sanitarie rendono difficile, per il sistema sanitario, fornire un'assistenza integrata e coordinata, evidenziando la necessità di migliorare la gestione delle cure per questa specifica popolazione.

Nello studio *Realist Synthesis* (RE)[14], gli autori hanno maturato la seguente domanda di ricerca: "**Come e in quali circostanze gli interventi di Case Management, in contesti di assistenza primaria, funzionano al fine di migliorare gli outcome delle persone affette da patologie croniche che fanno uso dei servizi sanitari**?" La strategia di ricerca utilizzata nello studio RE aveva lo scopo di rispondere ai seguenti criteri: 1) popolazione: utenti adulti con malattie croniche non trasmissibili che fanno uso dei servizi sanitari; 2) intervento: il CM in un contesto di cure primarie con una valutazione post-intervento di CM; 3) esiti primari: l'integrazione dei servizi, l'uso del sistema sanitario, i costi e misure di *outcome* del paziente. La letteratura accademica e grigia è stata valutata per rilevanza e solidità (credibilità e affidabilità dei dati).

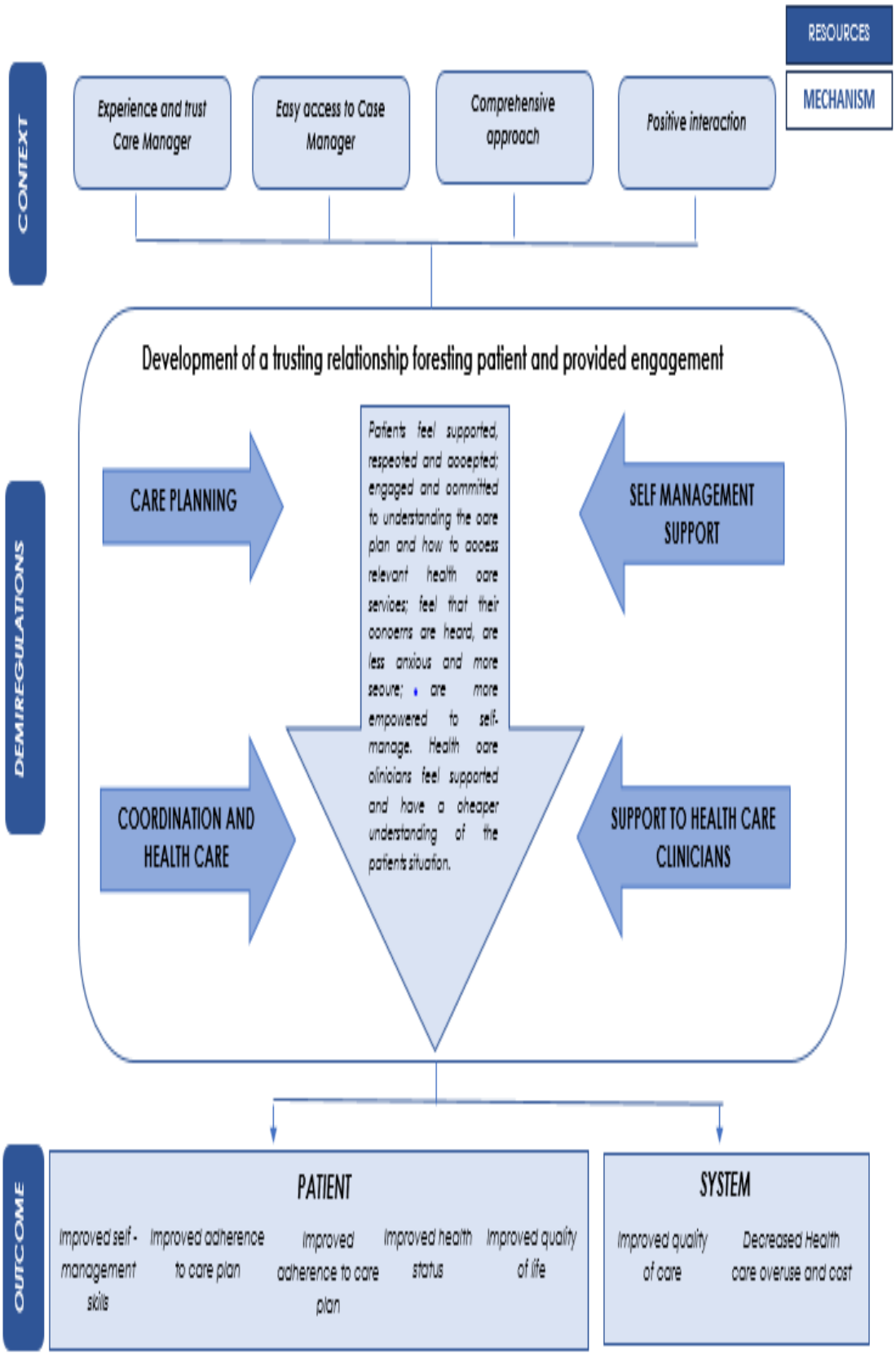
Revisori indipendenti hanno estratto i dati per identificare le configurazioni di contesto, di meccanismo ed esito. L'analisi delle configurazioni CMO (CMO = contesto + meccanismo = esito) (tabella 1) ha permesso di modificare una teoria del programma iniziale (basata sui risultati della revisione sistematica e altri documenti di letteratura concentrandosi maggiormente sulle risorse del CM) verso una teoria del programma raffinata (figura 1) da consentire generalizzazioni su che cosa, su come e perché il CM funziona. La teoria del programma perfezionata individua 4 risorse (pianificazione dell'assistenza, coordinamento e *health care navigation*, supporto all'autogestione e supporto ai medici) e include i

meccanismi (nella figura 2 riferimento freccia centrale), indirizzati ai risultati del CM per gli utenti, in condizioni cronicità, che fanno ricorso frequente ai servizi sanitari.

Scarica qui la Tabella 1 – Le configurazioni CMO

La raffinata teoria del programma di CM (figura 1) **suggerisce che un contesto con facile accesso a un case manager esperto e fidato**, che assume un ruolo attivo nella pianificazione dell'assistenza e che fornisce un'assistenza completa **in grado di sviluppare relazioni positive con i pazienti atte a favorire la fiducia reciproca**, **motiva sia la persona che il medico curante a impegnarsi nel programma di CM**. Lo sviluppo di una relazione di fiducia tra paziente e medico favorisce l'impegno di entrambi: nell'ambito di tale relazione i pazienti si sentono sostenuti, rispettati, accettati e si impegnano maggiormente a comprendere il proprio piano di cura (aderenza del paziente al trattamento e alle raccomandazioni) e a capire come accedere ai servizi sanitari pertinenti (riduzione del ricorso all'assistenza sanitaria e dei costi). **I pazienti sentono così che le loro preoccupazioni sono ascoltate** (soddisfazione del paziente, stato di salute, qualità della vita), **sono meno ansiosi e più sicuri nell'attività di self management** (miglioramento delle capacità di autogestione). **I medici, a loro volta, si sentono più supportati e hanno una comprensione più profonda della situazione del paziente.**

Coinvolgere i pazienti nello sviluppo del proprio piano di cura, valutando i bisogni, stabilendone le priorità e raggiungendo un accordo sulle raccomandazioni di cura, spiegando il loro ruolo nella cura o incoraggiandoli a prendere le proprie decisioni in materia di salute, aiuta a garantire che i pazienti si sentano coinvolti nella loro cura e autogestiscano le loro condizioni. Un case manager calmo, fiducioso, sensibile, empatico, ispira fiducia ai pazienti, con conseguente efficacia del processo di educazione terapeutica e di *empowerment.* Queste relazioni forniscono una spiegazione causale del successo degli interventi di CM nel migliorare le esperienze dei pazienti e dei medici, i risultati complessivi della salute e nel ridurre i costi del sistema sanitario (esiti). L'affinamento della nostra teoria iniziale è consistito, per la maggior parte, nell'articolare ulteriormente i meccanismi, poiché la nostra teoria iniziale si concentrava maggiormente sulle risorse CM. La teoria del programma perfezionata suggerisce 4 risorse (pianificazione dell'assistenza, coordinamento e navigazione sanitaria, supporto all'autogestione e supporto ai medici) e include i meccanismi (freccia centrale), che collegano i contesti e i risultati della CM per gli utenti frequenti dei servizi sanitari con condizioni croniche.



Fonte: elaborazione da Hudon et al, 2020
Figura 1 – *Refined program theory*

Il ruolo del Nurse Case Management nella gestione dell'assistenza

Nello studio "*Results of Nurse Case Management in Primary Health Care*" (Doménech-Briz et al. 2020), gli autori hanno cercato di descrivere il ruolo del nurse case manager nella gestione dell'assistenza, focalizzandosi sugli aspetti che determinano la sua efficacia nell'affrontare le malattie croniche (miglioramento dello stato di salute, soddisfazione e partecipazione attiva) e la sua efficienza complessiva nel sistema sanitario (utilizzo delle risorse, costo delle cure)[15].

Lo studio ha mostrato come, attraverso l'implementazione di un programma di NCM, sia stato possibile **ridurre il ricorso al pronto soccorso, ai ricoveri e alle riammissioni in ospedale legati alle complicanze della malattia**, con conseguente riduzione dei costi diretti e indiretti per il sistema sanitario e maggior attivazione delle risorse sociali. **L'accessibilità all'assistenza e la relazione tra nurse case manager e paziente risultano essere punti di forza per il sistema sanitario**; inoltre emerge l'importanza del nurse case manager come figura chiave nell'implementazione dei programmi di CM. Le evidenze mostrano al contempo la mancanza di *evidence base practice* a supporto e integrazione degli interventi di NCM; i risultati in termini di efficacia ed efficienza riscontrati non possono essere analizzati in modo più approfondito e generalizzato perché non esiste un modello teorico comune[16]che comprenda uniformemente tutte le pratiche d NCM. Tuttavia, lo studio sottolinea che il CM è un modello di pratica infermieristica avanzata.

Gli autori Joo e Liu (2021) attraverso una *realist review*[17]hanno esplorato i meccanismi causali che producono effetti positivi nel contesto di applicazione del CM[18]. Tali meccanismi sono riassumibili in alcuni punti:

- la **durata dei servizi di CM** (risulta che potrebbero essere necessari e appropriati circa 12 mesi di interventi per trattare efficacemente le condizioni complesse di cronicità e arrivare a una condizione di *self management* da monitorare in continuità);
- i servizi guidati da NCM con **team multidisciplinari** hanno maggior successo;
- l'aderenza e la dimostrazione ***evidence base practice*** (EBP) degli interventi di NCM hanno mostrato un ostacolo per l'assenza di linee guida standardizzate. Lo studio rivela che la formazione e l'aggiornamento dei professionisti dovrebbero essere assicurati per garantire una pratica basata sulle prove di efficacia;
- la **varietà di servizi erogati di CM** (sono stati forniti servizi di istruzione/educazione terapeutica, consulenza terapeutica e ascolto attivo, assistenza di *follow-up* e visite domiciliari programmate e non, contatti telefonici da parte del nurse case manager; supporto attivo al caregiver);
- i **contatti frequenti da parte del nurse case manager** risultano strategie di cura efficaci.

Questa revisione aggiunge ulteriori conferme sul miglioramento che il NCM può attivare nelle capacità di *self-management*, influenzando positivamente i cambiamenti psico-comportamentali delle persone affette da malattia cronica e con bisogni assistenziali complessi. Tuttavia, essa sottolinea la necessità di ulteriori ricerche per descrivere e misurare l'attività di NCM.

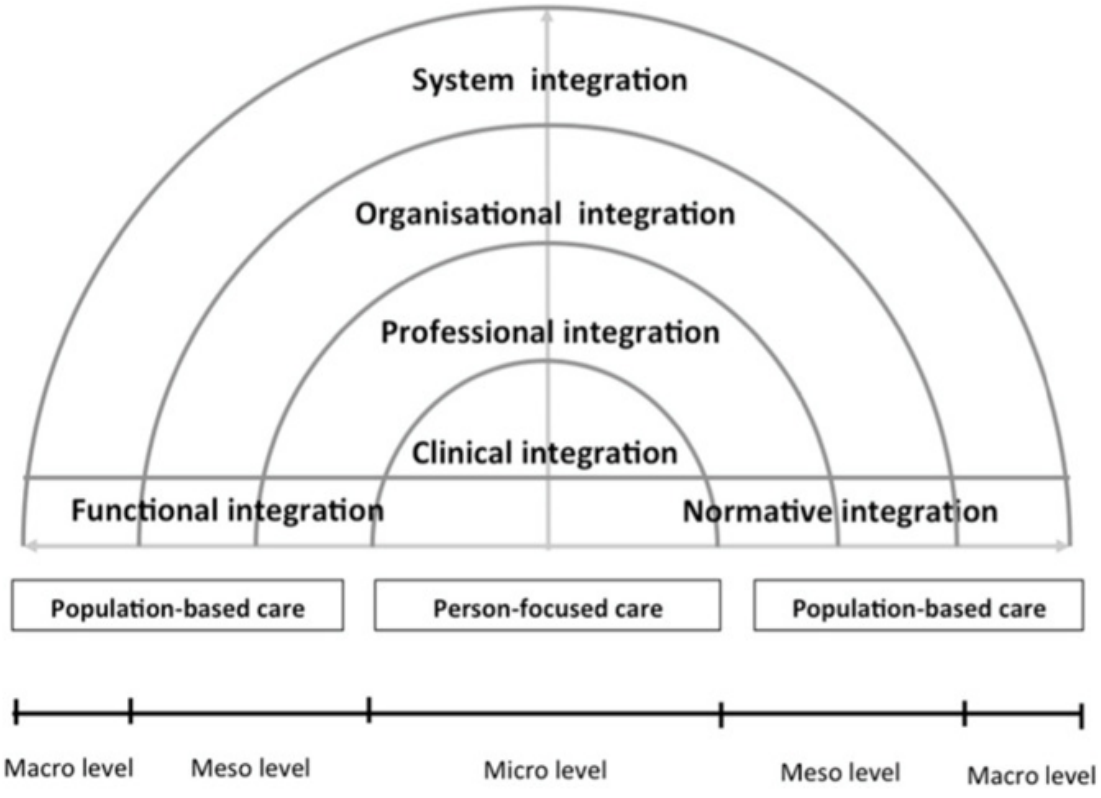
Il Self Management Support interventions: una strategia efficace per il miglioramento degli esiti delle cure

Gli interventi diretti nei confronti dell'assistito affetto da malattia cronica non trasmissibile, atti a favorire il supporto all'autogestione delle cure, sono determinati in relazione agli esiti del CM. La letteratura scientifica suggerisce e incoraggia il *Self-Management Support (SMS) interventions* soprattutto da parte degli infermieri dell'assistenza primaria. L'*Institute of Medicine* (IoM), (fondato nel 1970 come Institute of Medicine, la National Academy of Medicine -NAM – è una delle tre accademie che compongono le *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, Accademie Nazionali degli Stati Uniti), nel 2004 si pronunciò con una definizione del SMS tuttora attuale, ovvero definì il SMS come "*l'offerta sistematica di*

educazione e di interventi di supporto da parte del personale sanitario per aumentare le competenze e la fiducia dei pazienti nella gestione dei loro problemi di salute, compresa la valutazione regolare dei progressi e dei problemi, la definizione degli obiettivi e il supporto alla risoluzione dei problemi".

Uno studio di *scoping review* condotto da Beaudin et al. (2022) ha mappato gli interventi integrati e non integrati di SMS[19]forniti dagli infermieri dell'assistenza primaria a persone con multimorbilità[20]con *physical chronic diseases* (CD)e *common mental disorders* (CMD)[21]. Lo studio affronta la scarsità di dettagli[22]a supporto dell'autogestione integrata per le persone con malattie croniche e disturbi mentali comuni e fornisce un quadro per descrivere meglio le sue caratteristiche.

Gli autori hanno utilizzato il modello di cura integrata "*Rainbow Model of Integrated Care -R*MIC[23](Valentijn et al. 2013) rappresentato nella figura 23, che si distingue perché offre sia un modello concettuale (caratterizzato da domini, tipi di integrazione, processi per identificare gli interventi di autogestione integrata e per analizzare i dati), che una tassonomia (tabella 2) per guidare e facilitare la descrizione degli interventi di ciò che costituisce l'integrazione dell'assistenza all'interno di diversi processi di integrazione nelle cure primarie. Dal punto di vista della persona assistita, aggiungono gli autori, l'integrazione delle cure può essere così riassunta "*La mia assistenza è pianificata con persone che lavorano insieme per capire me e chi mi assiste, per darmi il controllo, per coordinare e fornire servizi per ottenere i miei migliori risultati*".



Fonte: Valentijn et al. 2013
Figura 2 – *Rainbow Model of Integrated Care original* (RMIC)

La tabella 2 mostra una sintesi delle strategie utilizzate da ciascun intervento SMS e delle relative componenti. Questa tassonomia è stata sviluppata e testata con un processo rigoroso e trasparente e permette un'ampia concettualizzazione degli SMS, facilita l'uso e la rendicontazione degli interventi di SMS.

Components	SMS strategies
A1. Information about condition and/or its management	Therapeutic education
A3. Provision of/agreement on specific clinical action plans and/or rescue medication	Actions plans
A4. Regular clinical review	Evaluating non-traditional treatments Case review
A5. Monitoring of condition with feedback	Monitoring of adherence (behavior and/or medication) Monitoring of condition with feedback Support for self-monitoring
A6. Practical support with adherence – medication or behavioral	Medication management support
A7. Provision of equipment	SMS educational materials
A10. Training/rehearsal for everyday activities	Support for self-care
A11. Training/rehearsal for practical self-management activities	Practical support of self-management
A12. Training/rehearsal for psychological strategies	Problem-solving therapy - Goal setting - Action planning - Relaxation techniques – Talking-therapies/counselling - Informal counselling - Positive thinking - Emotional management - Motivational interviewing - Negotiation methods - Behavioral activation and techniques - Morale-boosting strategies - Mindfulness-based approaches Cognitive behavioral therapy (cognitive restructuring, 10 min CBT, mini-CBT)
A13. Social support	Psychosocial interventions and social support
A14. Lifestyle advice and support	Brief interventions for misuse of alcohol or other substances Health behaviour advice

Fonte: Beaudin et al. 2022

Tabella 2 – *PRISMS taxonomy components and self-management support strategies*

Uno degli obiettivi prioritari degli interventi di SMS è l'assistenza incentrata sulla persona come […] *prospet*

BIBLIOGRAFIA

Beaudin J., Chouinard MC., Girard A., Houle J., Ellefsen É., Hudon C. (2022), *Integrated self-management support provided by primary care nurses to persons with chronic diseases and common mental disorders: a scoping review*, in BMC nursing; 21(1), 212. DOI: 10.1186/s12912-022-01000-2.

Chiari P., Santullo A. (2011), *L'infermiere case manager. Dalla teoria alla pratica*, 2° edizione, Mc Graw Hill Education, 53.

CMSA (2016), *Standards of Practice for Professional of Case Management.*

Doménech-Briz V., Gómez R, R., De Miguel-Montoya I., Juárez-Vela R., Martínez-Riera J. R., Mármol-López MI., Verdeguer-Gómez MV., Sánchez-Rodríguez Á., Gea-Caballero V. (2020), *Results of Nurse Case Management in Primary Heath Care: Bibliographic*. Review 2020, in Int J Environ Res Public Health; Dec 20;17(24):9541, Dec. DOI 10.3390/ijerph17249541

Federazione Nazionale Ordini delle professioni Infermieristiche (2019), *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*, 13 aprile.

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (2022), *Position Statement. L'infermiere di famiglia e di Comunità*, settembre.

Hudon C., Chouinard M-C., Aubrey-Bassler K., Muhajarine N., Burge F., Bush PL., Danish A., Vivian R Ramsden VR., Légaré F., Guénette L., Morin P., Lambert M., Fick F., Cleary C., Sabourin V., Warren M., Pluye P. (2020), *Case Management in Primary Care for Frequent Usersof Health Care Services: A Realist Synthesis*, in Annals of Family Medicine, May. DOI: 10.1370/afm.2499.

Istituto Superiore di Sanità – Epicentro – Epidemiologia per la Sanità Pubblica, Malattie Croniche.

Joo JY., Liu MF (2021), *Understanding Nurse-led Case Management in Patients with Chronic Illnesses: A Realist Review*, in Western journal of nursing research; 43(2):182-195, Feb. DOI.org/10.1177/0193945920943827.

Longhini J., Canzan F., Mezzalira E., Saiani L., Ambrosi E. (2021), *Organisational models in primary health care to manage chronic conditions: A scoping review*, in Health and Social care in the Community; 30(3):e565-e588, May. DOI: 10.111/hsc.13611.

Ministero della Salute (2022), decreto 23 maggio, n. 77, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.*

Perez R. (2022), *Standards of Practice for Professional of Case Management*, in Case Management Society of America (CMSA) Case Management.

Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. (2013), *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*, in Int J Integr Care; 13:1–12.

World Health Organization (2022), *Noncommunicable Diseases Progress Monitor*, 11 April.

World Health Organization (2013), *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020, Global Strategy*, 14 Nov.

World Health Organization (2022), *Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them*, Report, licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization (2022), Systems thinking for noncommunicable disease prevention policy: guidance to bring systems approaches into practice, Office for the Prevention and Control of noncommunicable Diseases, European Region, Technical document, 11 Aprile (pubblicato il 22 settembre).