

Continuità assistenziale: dal principio alla realizzazione Cosa insegna il disease management

Laura Fioravanti, Federico Spandonaro

CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi Tor Vergata, Roma

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione che caratterizza quasi tutti i Paesi sviluppati, e in particolare l'Italia, sta modificando il quadro di morbilità e richiede un adeguamento delle risposte assistenziali, sia sul piano clinico che su quello organizzativo-gestionale.

La popolazione anziana¹, che rappresenta la fascia di popolazione a maggiore rischio cronicità, è pari nel 2006 al 19,8% della popolazione residente, arriverà al 23,2% nel 2020 e si attesterà ad oltre il 33,0% nel 2050².

In questo contesto generale, la gestione delle malattie croniche ha ricevuto grande attenzione, anche in termini economici. Se pensiamo, infatti, che la cronicità spesso accompagna la vecchiaia e che nel 2000 ogni 100 abitanti 12,4 presentavano almeno una malattia cronica grave³ e 17,7 tre o più malattie croniche (Istat, Indicatori sociosanitari regionali), è facile pensare che si determinerà un aumento dell'incidenza dei costi legati alle malattie croniche, in particolare per la popolazione anziana.

Non è, però, solo l'aspetto economico a fornire motivi di preoccupazione: la gestione del paziente cronico richiede, in qualche modo, anche una inversione di tendenza culturale; la storia della medicina nel XX secolo è infatti caratterizzata da una progressiva e determinante specializzazione, mentre il paziente cronico, frequentemente affetto da situazioni di comorbilità, richiede un approccio integrato e multidisciplinare.

Di questa discrasia si colgono elementi anche, e soprattutto, nei modelli organizzativi delle strutture di offerta (*provider*): a livello ospedaliero permane una logica organizzativa prevalentemente fondata sulla specializzazione delle competenze, mentre a li-

vello territoriale (o meglio, di assistenza primaria) ancora stenta a definirsi una connotazione organizzativa formalizzata.

L'integrazione delle cure, mediante la costituzione di Reti di offerta, rappresenta un passo verso un coordinamento delle specializzazioni e fornisce un paradigma organizzativo utile.

Anche la Rete, ancorché efficiente e ben organizzata, non può però garantire l'efficacia dell'intervento su un paziente cronico: è infatti generalmente condiviso che la continuità assistenziale rappresenti un elemento critico per la qualità degli interventi primari. Tale affermazione trova giustificazione tanto in elementi qualitativi (la presa in carico e l'assistenza del paziente nel suo percorso di cura), quanto su aspetti il cui impatto è facilmente misurabile in termini quantitativi, quali la compliance ai fini dell'efficacia della cura.

La funzione di tutorship/mentorship nei confronti del paziente (ed in particolare del paziente cronico) assume, quindi, un ruolo di crescente importanza per fattori demografici, clinici e, anche, culturali, quali la maggiore aspettativa di informazione da parte dei cittadini/pazienti.

L'esperienza del disease management

Il cosiddetto disease management nasce intorno al 1990 negli Usa, a fronte dell'attesa crescita dei costi per la tutela dei pazienti cronici, ponendo al centro della proposta assistenziale il concetto di integrazione delle cure e di mentorship, assunta dalla figura del disease manager.

Non si può tacere che la proposta ha rappresentato, almeno in parte, un tentativo delle imprese farmaceutiche, che ai tempi fronteggiavano i primi segni di crisi e una cresciuta competizione, di creare una sorta di mercato *captive* per i propri prodotti.

Alcune delle più importanti aziende di disease management sono (o sono state) partecipate o controllate da aziende farmaceutiche, ed è quindi lecito immaginare che propendano per prescrivere i farmaci delle aziende controllanti (Bodenheimer, 1999 e 2000).

L'interesse per la proposta è però riconducibile all'equazione "maggiore integrazione delle cure ugua-

¹Viene definita anziana la popolazione over 65 anni (Istat).

²Geodemo, Istat, Popolazione per sesso ed età periodo 1 gennaio 2005-1 gennaio 2050.

³Sono considerate gravi le seguenti malattie croniche: diabete, infarto da miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, trombosi, embolia cerebrale, bronchite, enfisema, insufficienza respiratoria, cirrosi epatica, tumore maligno (inclusi linfoma e leucemia), parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria.

le maggiore efficienza” e, grazie agli effetti della presenza di un disease manager, anche “maggiore compliance uguale maggiore qualità” (Hunter, 2000).

Evidentemente il binomio qualità-risparmio rappresenta una ‘tentazione’ irresistibile per il settore pubblico e in generale per quello assicurativo, il quale ha accettato prontamente la sfida. Negli Usa, Medicare e Medicaid hanno acquistato, da aziende specializzate, servizi di disease management per quote importanti della popolazione assistita, in particolare per quella affetta da diabete, malattie polmonari cronico-ostruttive e scompenso cardiaco.

La scelta è ricaduta su queste aree di cronicità perché il disease management, come vedremo, necessita di una solida base di evidenza, come anche di esplicite linee guida cliniche.

La Disease management american association definisce il disease management come un approccio assistenziale che cerca di limitare gli eventi prevenibili, massimizzando l’adesione dei pazienti alla terapia prescritta e ai comportamenti (stili di vita) che promuovono la salute (Dmaa, 2002). Si pone, quindi, come un approccio multidisciplinare e sistematico alla erogazione di cure che:

- a. si riferisce a tutta la popolazione con malattie croniche;
- b. favorisce il rapporto medico-paziente e la pianificazione dell’assistenza;
- c. ottimizza la terapia utilizzando la prevenzione, interventi proattivi, l’uso di protocolli basati sulle ‘best practices’ e le evidenze scientifiche, nonché l’autogestione da parte dei pazienti;
- d. senza soluzione di continuità valuta gli stati di salute e misura l’outcome, con il fine di migliorare la salute globalmente intesa, la qualità della vita e, insieme, di diminuire i costi.

Secondo la Dmaa, affinché un programma possa essere considerato coerente con la filosofia sopra esposta, deve comprendere le seguenti fasi:

1. identificazione del target di intervento;
2. applicazione di linee guida basate sull’evidenza;
3. organizzazione di pratiche assistenziali dove sia coinvolto il medico ed erogatori di servizi di supporto;
4. identificazione dei rischi e della corrispondenza fra interventi e bisogni;
5. educazione delle capacità di autogestione dei pazienti;
6. misura, valutazione e governo dei processi e degli outcome;
8. attività routinaria di reporting e feedback, in favore dei vari attori del programma compresi i pazienti;
9. appropriato uso dell’Information Technology.

L’approccio risulta quindi intrinsecamente multidisciplinare, basato sull’evidenza, con un forte orientamento all’empowerment del paziente, e definisce un modello organizzativo ben preciso: integrato e funzionale ai bisogni del paziente e all’efficienza complessiva di sistema.

Esula dagli scopi del presente contributo analizzare i singoli programmi di disease management introdotti: ci limitiamo ad osservare che le raccomandazioni della Dmaa rendono evidenti le ragioni per cui il diabete, le malattie polmonari cronico-ostruttive e lo scompenso cardiaco siano presto divenuti casi paradigmatici (e decisamente i più esplorati) di sperimentazione dell’approccio. In particolare, ne citiamo l’importanza quali-quantitativa della prevalenza e l’esistenza di robusta evidenza sulle migliori pratiche cliniche da adottare.

Peraltro l’approccio sin qui descritto ha subito mostrato alcuni limiti: il più importante sembra, paradossalmente, il rischio di una parcellizzazione dell’assistenza, dovuta alla specializzazione delle aziende di disease management su una singola patologia (Villagra, 2004). Neppure la nascita di società impegnate su più fronti (patologie) ha risolto il problema, in quanto si è ancora agli albori nella definizione di linee guida integrate per le comorbidità⁴.

Fra i limiti dell’approccio ricordiamo ancora l’implicito conflitto di interessi delle aziende specializzate in disease management, collegate a imprese farmaceutiche o produttrici di tecnologie cliniche (Bodenheimer, 1999 e 2000). Su questo punto già a fine anni ’90 si sono iniziati a sviluppare i cosiddetti *in-house program*, ovvero programmi promossi e gestiti dagli schemi di protezione pubblica, i quali hanno eliminato alla radice le principali ragioni di obiezione etica.

La questione principale di dibattito rimane però quella sulla reale capacità dei programmi di disease management di mantenere le promesse inizialmente fatte, ovvero incrementare la qualità delle cure e insieme ridurre i costi.

Le evidenze su questo punto appaiono controverse e la cosa non può stupire, considerando, anche indipendentemente dai limiti dei singoli studi, quanto sia difficile (se non impossibile) testare statisticamente i risultati dei programmi di disease management (Fireman et al., 2004). Per ottenere test incontrovertibili sarebbe, infatti, necessario condurre trial in doppio cieco, ma ciò è difficilmente implementabile nel caso di programmi su larga scala. Inoltre, è difficile immaginare che si possa valutare l’outcome di un progetto assistenziale, dedicato alla cronicità,

⁴Segnaliamo a questo proposito che in UK il Nice (National institute for clinical excellence), pur non nascondendo le difficoltà, sta tentando di sviluppare ‘meta linee guida’ per le principali comorbidità.

nel breve periodo: i tempi in cui è ragionevole attendersi un risultato sono, d'altra parte, praticamente incompatibili con quelli che regolano le scelte di politica sanitaria.

Considerando, inoltre, che fra le ipotesi a supporto del disease management c'è quella di un tendenziale sottoutilizzo di pratiche potenzialmente efficaci, capaci di prevenire o ritardare l'evolversi della malattia e/o di limitare gli eventi acuti, sembra facilmente spiegabile come nel breve periodo possano comunque prevalere i costi aggiuntivi sui benefici (Selby et al., 2003; Villagra, 2004).

Studi che evidenziano i benefici in termini di riduzione dei costi a seguito dell'adozione di programmi di disease management sono numerosi: ad esempio, l'attuazione di un programma di disease management in Pennsylvania ha determinato un risparmio annuo netto di 242,75 dollari ed una riduzione del 36% dei ricoveri per acuti (Baseman e Truxell, 2000); uno studio randomizzato ha evidenziato una riduzione del 40-50% delle giornate di degenza e dei costi ospedalieri in presenza di programmi di disease management, con un risparmio annuo di 1800 dollari (Wheeler, 2003).

Analisi a medio/lungo termine, invece, non mostrano vantaggi significativi sul versante dei costi: in base ad un'analisi condotta nella California del Nord nel periodo 1996-2002 il beneficio maggiore di un programma di disease management sarebbe l'aumento della qualità dell'assistenza⁵, ma non un risparmio nei costi (Fireman et al., 2004); in altri casi si stima che il risparmio di costo generato nel primo anno di programma è marginale, circa 1,45 dollari al mese per paziente (Cousins e Liu, 2003).

Volendo riassumere, in estrema sintesi, quanto emerso dagli studi di valutazione pubblicati, possiamo dire che non si evidenzia né un significativo vantaggio sul versante dei costi, né tanto meno su quello degli outcome clinici. Si evidenzia, però, una generalizzata maggiore soddisfazione dei pazienti arruolati nei programmi (Bodenheimer, 1999 e 2000; Crosson e Madvig, 2004).

Quest'ultimo risultato, malgrado la non conclusività sul versante dei costi-benefici (almeno con riferimento a quelli diretti), giustifica come mai nell'esperienza Usa i programmi di disease management non siano stati abbandonati, pur non avendo prodotto evidenti risparmi; ed anzi il disease management è nell'ultimo decennio 'sbarcato' anche in Europa (Congressional Budget Office, US Congress, 2004; Hunter, 2000; Medpac, 2003).

Altri punti che giustificano l'espansione dell'approccio riguardano, in primo luogo, la credibilità

dell'ipotesi che vede nell'integrazione delle cure e nella prevenzione la migliore 'ricetta' assistenziale e l'unica che, affiancata da una maggiore consapevolezza dei pazienti, possa ridurre i costi delle cronicità che, in assenza di innovazioni gestionali, tendono ad essere crescenti per effetto dell'invecchiamento della popolazione.

Lo sviluppo del disease management in Europa e l'integrazione con la primary care

Il disease management in Europa sta, peraltro, subendo una mutazione, conseguente alla necessità di inserimento in un contesto profondamente diverso da quello statunitense. In particolare la figura del disease manager sembra lasciare il campo a quella del care manager.

Sembra, infatti, ormai evidente che l'ottimizzazione dei risultati, anche clinici, dei programmi dipenda dall'integrazione in un unico percorso di vari saperi clinici e di vari interventi terapeutici: è la crescente presenza di comorbidità a richiedere una figura capace di catalizzare il processo assistenziale garantendone l'efficacia.

L'attuale impegno del Nice in UK sul fronte dello sviluppo di linee guida per le comorbidità sembra segnalare che esiste una concreta intenzione di sviluppare ulteriormente l'approccio.

L'esperienza britannica è, tra l'altro, un test importante per il futuro del disease management, perché sottopone l'approccio ad una sorta di test di compatibilità, in particolare con un approccio di sanità pubblica e di gatekeeping focalizzato sul medico di base. Nella pratica del Nhs (National health service), in particolare al livello delle cure primarie, esiste una consolidata abitudine al lavoro in équipe che facilita la transizione. Nei Primary care trust medici (con varie specializzazioni), infermieri e operatori del sociale lavorano in team, facendosi carico dei bisogni del paziente.

Non sembra casuale che i cambiamenti organizzativi a livello di cure primarie riguardino principalmente ruolo/competenze che gli infermieri stanno sviluppando ed il modo con il quale lavorano accanto (ed insieme) agli altri professionisti sanitari. Le iniziative politiche che stanno avendo un maggiore impatto includono il Changing workforce programme; l'implementazione del National service frameworks (Nsf_s) in Inghilterra; l'introduzione delle reti cliniche in Scozia; l'estensione dell'uso di protocolli assistenziali; le abilità e lo sviluppo di competenze sostenute dal Care group workforce team (Cwgt) in Inghilterra (Buchan et al., 2000; Royal college of nursing, 2005).

Un programma di care management è stato condotto, ad esempio, presso Haringey teaching primary

⁵Risultati condivisi da Ofman JJ et al., 2004, e da McKay NL, 2006.

care trust (Tpct)⁶ per esplorare i benefici per i pazienti di un programma di disease management delle patologie croniche supportate dalla tecnologia. Obiettivo del programma del Tpct è di modificare il tradizionale modello assistenziale, centrato sul medico e sulla focalizzazione sull'assistenza per acuti, ad un modello di gestione delle patologie croniche focalizzato sul paziente, che viene responsabilizzato nella gestione della propria patologia attraverso l'assistenza fornita non più dal solo medico, ma da un team assistenziale. L'effettivo successo del modello è stimato misurando gli outcome clinici, di comportamento (stili di vita), psicosociali (stato di salute, qualità della vita, empowerment dei pazienti), dell'efficacia della gestione dei pazienti da parte dei servizi del Nhs. I risultati del programma (outcome clinici, stili di vita, qualità della vita, empowerment dei pazienti ed efficacia della gestione dei pazienti da parte dei servizi del Nhs) hanno riconosciuto il ruolo dei care manager come un fattore critico per il successo, ma è necessario definire chiaramente le competenze richieste, riconoscendo che il ruolo non può stare all'interno della classificazione degli infermieri nel setting locale, ma bisogna lavorare in modo collaborativo per ottenere una assunzione e un training corretti.

In particolare la figura degli infermieri ha un ruolo ben definito e di grande responsabilità (sino al potere prescrittivo in ambiti precisi), che ha portato alla sperimentazione della responsabilizzazione di tali professionisti quali care manager. I risultati sono più che incoraggianti: esiste peraltro una discreta evidenza che a livello di cure primarie e intermedie gli outcome ottenuti in gruppi affidati al medico e all'infermiere sono sovrapponibili, come anche i costi, ma con una maggiore soddisfazione dei pazienti affidati ai secondi (Cullum et al., 2005; Griffiths et al., 2000 e 2001; Steiner, 2001).

Quanto precede delinea una progressiva trasformazione dei modelli di disease management e una progressiva integrazione con la tradizione europea di primary care; l'integrazione sembra spinta dalla necessità di superare l'approccio di quest'ultima legata alla soluzione del singolo problema clinico, che è un modello tipico di una cultura basata sulle acuzie (Wagner, 1998), privilegiando il mix degli approcci assistenziali, e quindi adeguando la primary care ai bisogni di una popolazione in rapido invecchiamento.

⁶Il Tpct si caratterizza per avere il 75% dei pazienti con età maggiore di 75 anni e con una patologia cronica: il 50% ha più di due patologie croniche; le più comuni condizioni sono artrite, malattie cardiovascolari e respiratorie; il tasso standardizzato di mortalità per l'insufficienza renale è per Haringey di 160 (per 100.000) paragonato a 110 di tutta Londra; il 75% delle risorse sanitarie è speso per persone con malattie croniche, dove per malattie croniche si intende: insufficienza cardiaca, malattie cardiovascolari e diabete.

to. In tal modo, si permette tra l'altro una efficace ed efficiente deospedalizzazione.

In questo processo la figura del care manager, considerabile una evoluzione del disease manager come sopra argomentato, assume un ruolo centrale, permettendo un efficace *targeting* delle risposte assistenziali.

L'individuazione di tale figura assistenziale, inoltre, sembra la migliore e più concreta declinazione pratica del concetto di continuità assistenziale, in quanto copre quelle funzioni complementari (counseling, supporto all'empowerment del paziente, etc.) che non sono solitamente comuni nell'approccio medico (Wagner, 2000), mentre sono necessarie per garantire una reale continuità assistenziale⁷.

Quest'ultima non può infatti limitarsi a garantire la presenza di punti di primo soccorso sull'arco delle 24 ore (si pensi ai 'presidi di continuità assistenziale' in Italia) o a garantire che il flusso delle informazioni cliniche relative al paziente transiti fra lo specialista ospedaliero e il medico curante sul territorio. Entrambe queste opzioni, pur necessarie, rimangono legate ad una logica centrata sulla risposta ad un fatto acuto, ma non assicurano una esaustiva continuità assistenziale.

Il tema della continuità assistenziale, in presenza di rilevante presenza di cronicità, richiede quindi un affiancamento continuativo del paziente, garantendo così una mediazione fra bisogni e servizi offerti. In altri termini, la continuità assistenziale può realizzarsi solo mediante modelli organizzativi che incentivino l'integrazione e il coordinamento assistenziale.

Il tema della riorganizzazione delle cure primarie, finalizzato all'integrazione tra le professionalità sul territorio, è stato affrontato anche in Italia con l'approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008.

Le regioni, per parte loro, hanno adottato modelli di assistenza primaria, con un fiorire di proposte: le Utap (Unità territoriali di assistenza primaria, regione Toscana e Campania), Ucp (Unità di cure primarie, regione Lazio), Ncp (Nucleo di cure primarie, regione Emilia Romagna) e Uap (Unità di assistenza primaria, Regione Puglia), gruppi delle cure primarie (regione Veneto).

In Emilia Romagna, ad esempio, l'elemento base dell'organizzazione delle cure primarie è il Nucleo di cure primarie (Ncp) che aggrega Mmg, pediatri di libera scelta ed équipe infermieristiche dedicate all'assistenza domiciliare e sociosanitaria, in particolare di pazienti non autosufficienti. Tale modello presuppone una valutazione multidimensionale dello stato funzionale del paziente, la predisposizione di un piano personalizzato di assistenza, l'assistenza

⁷In alcuni Paesi, ad esempio in UK, l'enfasi su tale figura risponde anche ad una esigenza di offerta legata alla strutturale insufficienza di medici.

erogata da un'équipe multiprofessionale⁸ e la continuità assistenziale (Curcetti et al., 2005).

Ci sembra di poter dire che quanto sopra delineato, se da una parte conferma la matura consapevolezza della necessità, alla base dell'assistenza alla cronicità, di sintesi più che di specializzazione a livello di cure primarie, dall'altra non sembra evidenziare quali modelli culturali e quali incentivi porre alla base di una radicale modifica nei modelli di offerta del Ssn.

Conclusioni

La continuità assistenziale rischia di rimanere una mera affermazione di principio, ove essa non si trasformi in scelte terapeutiche basate sulle conoscenze scientifiche ed anche in relativi modelli organizzativi. In particolare, sembra fondamentale concentrare gli sforzi nell'area delle cronicità, che rappresentano la sfida naturale in presenza di una popolazione in rapido invecchiamento.

A livello internazionale la filosofia del disease management, diffusasi negli ultimi 15 anni a partire dagli Usa, e arrivata in tempi relativamente recenti anche in Europa, si è concretizzata in un coacervo di modelli organizzativi, utili per dare una risposta sistemica al problema della cronicità, garantendo inoltre quella che definiamo continuità assistenziale.

In Italia il dibattito sull'utilità del disease management è relativamente limitato: vuoi perché la presenza di una consolidata tradizione di medicina di base ha fatto sì che essa si sia storicamente fatta carico in prima (e isolata) 'persona' delle cure primarie, vuoi perché si tende spesso a privilegiare l'aspetto strutturale dell'offerta rispetto alle sue modalità organizzative.

Come ben chiarisce, ad esempio, l'American heart association in tema di assistenza allo scompenso cardiaco, non ci può essere assistenza efficace in mancanza di una rete di provider collegati in modo cooperativo. Se questa è certamente una condizione necessaria, essa non è sufficiente: proprio la complessità della rete, strutturata sui saperi specialistici della medicina moderna, richiede in aggiunta che una particolare attenzione sia destinata all'empowerment del paziente e al rapporto fra paziente e provider.

In questa ottica assume una rilevanza straordinaria la definizione della figura del care manager, che riassume l'idea di un mentorship capace di accompagnare il paziente nel suo percorso, scegliendo consapevolmente fra i servizi offerti dalla rete (Wegner,

2000), in grado di determinare evidenti vantaggi sul lato dei costi e, in una logica di servizio pubblico, anche con guadagni in termini di equità. Nello stesso tempo i pazienti dovrebbero essere 'aderenti' alle terapie per evitare duplicazioni dei costi.

In ultima istanza l'insegnamento del disease management è che la continuità assistenziale si realizza solo in presenza di interventi mirati (*targeting*), coordinati e multidisciplinari. Ovviamente nel progettare i piani è necessario anche tenere conto dei limiti delle esperienze sin qui accumulate: in particolare, i rischi di parcellizzazione dell'intervento e di mancanza di una misura scientifica delle performance cliniche, ma anche economiche.

L'Italia, grazie alla struttura del suo Ssn, potrebbe in definitiva rappresentare un laboratorio ideale per la sperimentazione di pratiche orientate alla qualità dell'assistenza, che potrebbero essere adeguatamente monitorate: fra queste i modelli organizzativi orientati alla garanzia di continuità assistenziale. Perché ciò avvenga, recuperando un ritardo già in essere rispetto ad altre realtà quali gli Usa e molti altri paesi europei, è però necessario che alcuni ostacoli vengano rimossi:

- Primo, la mancanza di una cultura del lavoro in team, specialmente a livello di cure primarie.
- Secondo, il superamento di una storica posizione di ancillarità della funzione infermieristica rispetto a quella medica, non più sostenibile a fronte del significativo aumento dei livelli di formazione⁹, che hanno portato all'istituzione di corsi di laurea specialistica in scienze infermieristiche e anche al dottorato di ricerca.
- Terzo, la limitata informazione e comunicazione rivolta ai pazienti. Si dovrebbe realizzare, quindi, una maggiore apertura del concetto di assistenza ad attività non strettamente sanitarie (comunicazione e informazione), tipicamente legate all'empowerment dei pazienti.

Non sembra però che ancora si sia del tutto compresa l'importanza di costruire l'organizzazione intorno ai bisogni dello specifico paziente e non del singolo problema di salute; in altri termini si tratta di invertire l'approccio: piuttosto che costruire 'conten-

⁸Il medico di medicina generale e l'infermiere rappresentano i due principali responsabili dell'assistenza, rispettivamente per il 59,4% e per il 37,6%.

⁹L'evoluzione del percorso formativo e scientifico della disciplina infermieristica risulta sempre più legata ad aspetti organizzativi che riguardano il funzionamento di un team, come indicato nell'art. 7 della legge 10 agosto del 2000, n. 251, che recita: "Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio" e al comma 2 "Le aziende sanitarie possono conferire incarichi di dirigente, con modalità analoghe a quelle previste al comma 1, per le professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999 n. 42, nelle regioni nelle quali sono emanate norme per l'attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale".

nitore funzionali' nei quali i bisogni dovrebbero adattarsi, si dovrebbero definire percorsi adatti ai singoli specifici pazienti. Questo è possibile almeno per quelle aree, come le più importanti malattie croniche, per le quali esiste consolidata evidenza sulle buone pratiche e manca solo un contesto adeguato per la loro ottimale applicazione.

Nello stesso tempo le esperienze a livello di cure primarie proposte in Italia sembrano confondere il ruolo di gatekeeper (ove è indiscussa la preminenza organizzativa del medico di base), con la figura del care manager; in quest'ultimo caso la competenza prevalente deve essere legata al supporto del paziente, più che alla capacità diagnostica e terapeutica; l'integrazione sia fra specializzazioni sia fra i vari livelli assistenziali (primarie, intermedie, acuzie) sia fra le professioni (clinica, assistenziale, psicologica, etc) avviene infatti a monte, posizionandosi a livello di pianificazione del processo assistenziale. Non senza, ovviamente, tenere conto delle specificità del sistema sanitario italiano, in cui ogni scelta deve inserirsi, ma nello stesso tempo evitando di ricadere in affermazioni di principio sulla continuità assistenziale, carenti di indicazioni operative, almeno per quella (importante) quota di popolazione portatrice di cronicità e polipatologie.

Bibliografia

- American Academy of Actuaries Disease Management Work Group (2005), *Disease management programs: what's the cost?* American Academy of Actuarie, June.
- Baseman S, Truxell R (2000), Developing an IDS-based disease-management program for the frail elderly, *Healthc Financ Manage*, 54: 33-36.
- Bodenheimer T (1999), Disease management: promises and pitfalls, *NEJM*, 340: 1202-1205.
- Bodenheimer T (2000), Disease management in the American market, *BMJ*, 320: 563-566.
- Buchan J, Edwards N (2000), Nursing numbers in Britain: the argument for workforce planning, *BMJ*, 320: 1067-1070.
- Congressional Budget Office, US Congress (2004), *An analysis of the literature on disease management programs*, Washington DC.
- Cousins M, Liu Y (2003), Cost savings for a preferred provider organization population with multi-condition disease management: evaluating a program impact using predictive modeling with a control group, *Dis Manag*, 6: 207-217.
- Crosson FJ, Madvig P (2004), Does population management of chronic disease lead to lower costs of care?, *Health Aff*, 23: 76-78.
- Cullum N, Spilsbury K, Richardson G (2005), Nurse led care, *BMJ*, 330: 682-683.
- Curcetti C, Rolfini M, Lazzarato M (2005), Emilia-Romagna. Dipartimenti delle cure primarie e domiciliari, in *Esperienze di assistenza primaria. I supplementi di Monitor*, pp 145-150.
- Dmaa (2002), *Disease management: findings from leading state programs, state coverage initiatives*. Disponibile online all'indirizzo: <http://www.dmaa.org/pdf/DMStatePrograms.pdf>. Ultima consultazione febbraio 2007.
- Dove H, Duncan I (2005), *Evaluating the results of care management interventions: comparative analysis of different outcomes measures*. Study sponsored by the Society of Actuaries Healthcare Section, www.soa.org.
- Faxon DP, Schwamm LH, Pasternak RC, Peterson ED, McNeil BJ, Bufalino V et al. (2004), Improving quality of care through disease management, *Circulation*, 109: 2651-2654.
- Fetterolf D, Wennberg D, De Vries A (2004), Estimating the return on investment in disease management programs using a pre-post analysis, *Dis Manag*, 7: 5-23.
- Fireman B, Bartlett J, Selby J (2004), Can disease management reduce health care costs by improving quality?, *Health Aff*, 23: 63-75.
- Fitzner K (2004), *Disease management program evaluation guide*, Washington, DC, Dmaa.
- Griffiths P, Wilson-Barnett J, Richardson G, Spilsbury K, Miller F, Harris R (2000), The effectiveness of intermediate care in a nursing-led in-patient unit, *Int J Nurs Stud*, 37: 153-161.
- Griffiths P, Harris R, Richardson G, Hallett N, Heard S, Wilson-Barnett J (2001), Substitution of a nursing-led inpatient unit for acute services: randomized controlled trial of outcomes and cost of nursing-led intermediate care, *Age Ageing*, 30: 483-488.
- Harris JM (1996), Disease management: new wine in new bottles?, *Ann Inter Med*, 124: 838-842.
- Hunter DJ (2000), Disease management: has it a future?, *BMJ*, 320: 530.
- Istat (2006), *Indicatori sociosanitari regionali*, Istat, Roma.
- Krause DS (2000), *Methods to measure disease management cost savings: the approach employed by accordant health services*. Disponibile all'indirizzo: www.accordant.net/press/krause02.pdf. Ultima consultazione: marzo 2007.
- McKay NL (2006), A generic model for evaluating payor net cost savings from a disease management program, *J Health Care Finance*; 32: 53-65.
- Medpac (2003), *Disease management in traditional Medicare*, Washington DC. Disponibile online all'indirizzo: http://www.medpac.gov/publications/congressional_testimony/110403_SenateAgingonDM.pdf. Ultima consultazione febbraio 2007.
- Ofman JJ, Badamgarav E, Henning JM, Knight K, Gano AD Jr, Levan RK et al. (2004), Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review, *Am J Med*, 117: 182-192.
- Royal College of Nursing (2005), *More nurses, working differently. A review of the UK nursing labour market in 2002, September 2003*, London. Disponibile online all'indirizzo: <http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/LabourMarketReview2002.pdf>. Ultima consultazione: febbraio 2007.
- Selby JV, Scanlon D, Lafata JE, Villagra V, Beich J, Salber PR (2003), Determining the value of disease management programs. *J Comm J Qual Patient Saf*, 29: 491-499.
- Steiner A (2001), Intermediate care: more than a nursing thing?, *Age Ageing*, 30: 433-435.
- Wagner E (1998), Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?, *Eff Clin Pract*, 1: 2-4.
- Wagner E (2000), The role of patient care teams in chronic disease management, *BMJ*, 320: 569-572.
- Wagner E, Bodenheimer T, Grumbach K (2002), Improving primary care for patients with chronic illness, *JAMA*, 288: 1775-1779.
- Wheeler J (2003), Can a disease self-management program reduce health care costs? The case of older women with heart disease, *Med Care*, 41: 706-715.
- Villagra V (2004), Strategies to control costs and quality: a focus on outcomes research for disease management, *Med Care*, 42 (suppl.): III24-III30.