

Gestione delle cronicità: revisione delle teorie disponibili

Harris M, Lawn SJ, Morello A et al

Practice change in chronic conditions care: an appraisal of theories

BMJ Health Serv Res 2017; 17: 170

INTRODUZIONE

La prevalenza delle patologie croniche sta aumentando così tanto all'aumentare dell'età e del livello di obesità della popolazione che le cronicità ad oggi 'spiegano' una buona parte dei costi e del ricorso ai servizi sanitari nel mondo. In particolare, la gestione delle patologie croniche è difficile e gravosa per il paziente e complessa e ad alto impatto economico per il sistema sanitario. Se gli interventi fossero meglio implementati, gli esiti di salute dovrebbero migliorare e i costi contrarsi. Il problema è che la complessità dei servizi per le cronicità rende particolarmente arduo il cambiamento. Il modello *chronic care* è universalmente riconosciuto per la gestione delle condizioni croniche e individua gli elementi generali per il miglioramento del servizio sanitario a tutti i livelli (società, organizzazioni sanitarie, pazienti, medici). L'obiettivo degli autori è quello di effettuare una revisione sistematica delle teorie esistenti

in tema di gestione delle cronicità, tentando di renderle applicabili nella pratica quotidiana.

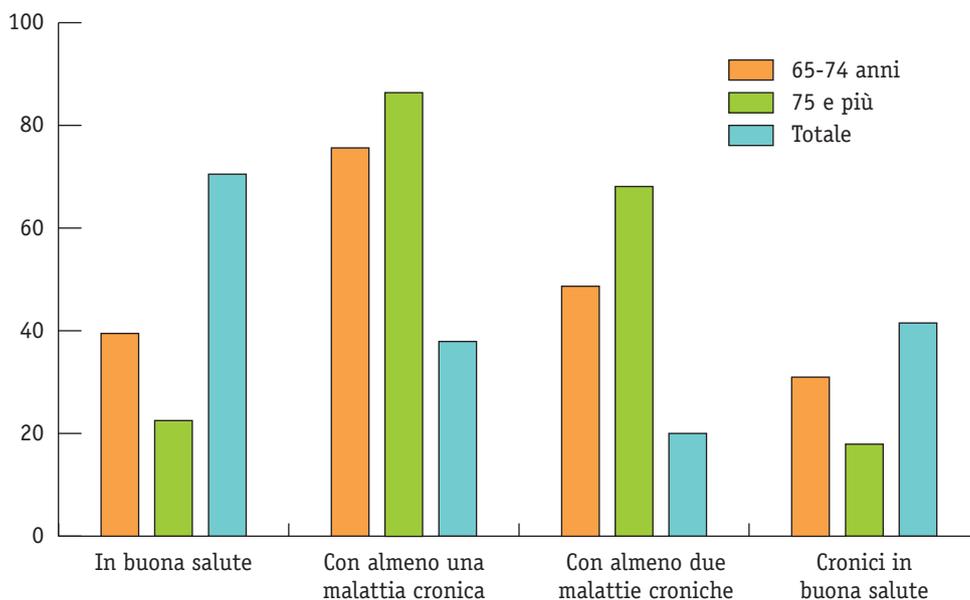
METODI

La revisione ha incluso i lavori pubblicati in lingua inglese nel periodo gennaio 2004-maggio 2013, che includessero criteri volti ad individuare l'utilità derivante dall'implementazione di teorie nell'informare gli stakeholder. I criteri selezionati sono i seguenti: teorie generalmente applicabili in sanità o disegnate specificamente per condizioni croniche e complesse, teorie che rispondono al requisito della multidisciplinarietà, teorie consistenti con differenti gradi di coinvolgimento di diverse organizzazioni, teorie implementabili a livello micro, meso e macro (meglio se tutti e tre i livelli), teorie che necessitano di ricerca specifica nei requisiti di implementazione per i pazienti e per coloro che li assistono.

RISULTATI

Complessivamente sei teorie si sono rivelate aderenti ai criteri individuati (Consolidate Framework for Implementation Research, Normalization Process Theory e la sua integrazione General Theory of Implementation, due ver-

Percentuale di popolazione residente in Italia per condizioni di salute e malattie croniche dichiarate, anno 2013 (per 100 persone della stessa classe di età).
Fonte: elaborazione CENSIS su dati ISTAT 2013.



sioni del Promoting Action on Research Implementation in Health Services framework e Sticky Knowledge), anche se nessuna di queste ha rispettato tutti i criteri contemporaneamente. Il risultato principale della revisione è che il coinvolgimento di organizzazioni sanitarie e di gruppi specifici, dei pazienti e di coloro che li assistono, e il cambiamento a livello politico sono fattori non sufficientemente indagati dalla maggior parte delle teorie selezionate. Tutto questo rende l'applicabilità delle teorie molto ardua nella pratica clinico-organizzativa.

DISCUSSIONE

Visto il crescente onere delle patologie croniche, una migliore implementazione delle teorie disponibili diventa un imperativo che non può essere più rimandato. Le teorie sono fra loro molto differenti, soprattutto nello sviluppo degli strumenti di misurazione. La loro implementazione e la loro integrazione, tuttavia, permetterebbe una migliore gestione delle risorse e un'ottimizzazione degli esiti di salute. A livello di politica sanitaria, il cambiamento richiesto è ancora più complicato e forse teorie ulteriori (come, ad esempio, la *Health in All Policies* - HiAP) potrebbero essere auspicabili per una migliore implementazione e adattabilità alla realtà esistente. In particolare la HiAP, prevedendo numerosi fattori quali la trasparenza, la responsabilizzazione dei decisori, la partecipazione della società scientifica interessate, la sostenibilità dei programmi adottati volti a soddisfare i bisogni delle popolazioni attuali e future, coinvolge i decisori a tutti i livelli. Merita una menzione anche un'altra teoria (PRISM - *A practical, robust implementation and sustainability model*), non inserita fra le sei inizialmente selezionate, che sottolinea l'importanza del coinvolgimento dei pazienti considerati come soggetti attivi nel cambiamento. Il lavoro mette pertanto in evidenza una lacuna che deve essere colmata: le teorie devono essere adattate alla realtà e validi strumenti di misurazione devono essere sviluppati per una migliore gestione delle cronicità.

Letizia Orzella

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Agenas

Processo di auditing e buone pratiche: il caso della tomografia computerizzata

Demb J, Chu P, Nelson T et al

Optimizing radiation doses for computed tomography across institutions. dose auditing and best practices

JAMA Intern Med 2017, Apr 10. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.0445

Gonzales R, Boscardin C, Auerbach A et al

Communicating context in quality improvement reports

JAMA Intern Med 2017, Apr 10. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.0461

INTRODUZIONE

Nonostante il costante aumento nell'uso della tomografia computerizzata (TC) negli ultimi 20 anni, vi sono ancora pochi standard di riferimento in termini di dose corretta di esposizione alle radiazioni. L'American College of Radiology e altre istituzioni suggeriscono che le radiazioni debbano essere le più basse possibili compatibilmente con gli standard di sicurezza. Tuttavia, in assenza di una specifica indicazione, le dosi variano da struttura a struttura; tale variabilità suggerisce pertanto che potrebbe esserci un ampio margine di miglioramento nell'uso della TC. Recentemente sono state sviluppate numerose strategie per ridurre le dosi di esposizione anche se, in generale, la loro diminuzione rappresenta un trade-off importante per i radiologi fra la 'giusta dose' e la capacità interpretativa.

METODI

È stato condotto uno studio prima-dopo e sono state prese in esame 5 strutture mediche (Davis, Irvine, Los Angeles, San Diego e San Francisco) che hanno raccolto informazioni sulle dosi di esposizione alle radiazioni da TC nel periodo 1 ottobre 2013-31 dicembre 2014. Le TC considerate sono quelle effettuate per addome, testa e torace. Alla fine di aprile 2014, tutti gli operatori coinvolti nell'uso delle TC sono stati chiamati a partecipare ad un incontro di 1,5 giorni