

Dott.ssa Nicoletta DEMAGGIO
RN, MSN
ASST Melegnano e Martesana

Il Chronic Care Model, uno strumento, una risorsa nella gestione delle cure terziarie e di transizione della patologia cronica della popolazione pediatrica/adolescenziale: un protocollo di scoping review

Abstract (italiano)

Introduzione. Lo scopo del Chronic Care Model è quello di sviluppare pazienti/caregiver informati, attivi, ingaggiati, con elevata autoconsapevolezza che interagiranno con un team di assistenza sanitaria preparato e proattivo. Insieme, i pazienti e i team di assistenza sanitaria lavorano per obiettivi comuni e risultati sanitari migliori. In passato, il Modello dell'Assistenza Cronica è stato applicato principalmente alle cure primarie degli adulti; solo di recente è stato utilizzato per le cure intermedie e di transizione pediatriche in generale.

Obiettivo. l'obbiettivo di questo protocollo di scoping review è mappare la letteratura sull'utilizzo del Chronic Care Model nelle cure intermedie e di transizione pediatriche, intercettando il gap tra gestione assistenziale con e senza di strumenti come il C.C.M e definendo quali siano i vantaggi in termini di qualità dell'assistenza e qualità di vita che implementazione del CCM porterebbe nella gestione della patologia cronica pediatrica: vantaggi dell'utilizzo in termini di esiti per i pazienti, atteggiamenti e percezioni del team assistenziale e del paziente e caregivers e l'esplosione del concetto di *continuum of care*.

Materiali e metodi. Questa revisione prenderà in considerazione studi che includono pazienti di età compresa tra gli zero anni e i 18 anni affetti da patologie croniche in un contesto territorio-ospedale di cure intermedie e di transizione. I concetti di questa recensione sono i tipi di studi di ricerca che sono

stati effettuati utilizzando il Chronic Care Model per la gestione della patologia pediatrica cronica, le barriere e i facilitatori che sono stati identificati, le caratteristiche dell'esperienza riferita dal paziente o dal caregiver; le innovazioni assistenziali e tecnologiche proposte per migliorare il livello di engagement del paziente, il self management in una cornice di miglioramento dell'autonomie e della qualità di vita. Questa revisione prenderà in considerazione gli studi che sono ambientati in qualsiasi ambiente di assistenza sanitaria pediatrica terziaria e di transizione. Saranno interrogate le seguenti banche dati: PubMed e Cinahl, prendendo in considerazione qualsiasi tipo di ricerca quantitativa, qualitativa o con metodi misti prove e revisioni sistematiche per meglio capire come viene applicato il Chronic Care Model nel percorso assistenziale pediatrico, con particolare attenzione al grading esperienziale riferito dai pazienti e dai caregivers e agli esiti misurati nel contesto clinico assistenziale. Ciascuno studio incluso sarà valutato da un unico revisore e dati saranno estratti dai documenti inclusi utilizzando uno strumento di estrazione dati standardizzato.

Parole chiave. Chronic care model, Ambito pediatrico, Revisione della letteratura.

Abstract (inglese)

Introduction. The aim of the Chronic Care Model is to develop informed, active, engaged patients/caregivers with high self-awareness who will interact

with a trained and proactive health care team. Together, patients and health care teams work towards common goals and better health outcomes. In the past, the Chronic Care Model has been applied mainly to adult primary care; only recently has it been used for paediatric intermediate and transitional care in general.

Objective. The aim of this scoping review protocol is to map the literature on the use of the Chronic Care Model in paediatric intermediate and transitional care, intercepting the gap between care management with and without tools such as the CCM and defining what advantages in terms of quality of care and quality of life the implementation of the CCM would bring to paediatric chronic pathology: advantages of its use in terms of patient outcomes, advantages of its use in terms of patient care, advantages of its implementation in terms of quality of life, and advantages of its implementation in terms of quality of life. M and defining what are the advantages in terms of quality of care and quality of life that implementation of the CCM would bring in the management of paediatric chronic pathology: advantages of use in terms of patient outcomes, attitudes and perceptions of the care team and the patient and caregivers and the explosion of the concept of *continuum of care*.

Methods. This review will consider studies that include patients aged between zero years and 18 years with chronic conditions in a territory-hospital setting of intermediate and transitional care. The concepts of this review are the types of research studies that have been carried out using the Chronic Care Model for the management of chronic paediatric disease, the barriers and facilitators that have been identified, the characteristics of the experience reported by the patient or caregiver, the care and technological innovations proposed to improve the level of patient engagement, self-management within a framework of improving autonomy and quality of life. This review will consider studies that are set in any tertiary and transitional paediatric healthcare setting. The following databases will query: PubMed and Cinahl. The search will consider any quantitative, qualitative or mixed methods research evidence and systematic reviews to better understand how the Chronic Care Model is applied in the paediatric care pathway, with a focus on experiential grading reported by patients and carers and outcomes measured in the clinical care setting. Each included study will be assessed by a single reviewer and data will be extracted from the included papers using a standardised data extraction tool.

Key words. Chronic care model, adolescent disease, paediatric disease, child disease

Introduzione

L'incremento delle persone affette da patologia e/o pluripatologie croniche impone ai Servizi Sanitari Territoriali,

la necessità di rivedere i modelli assistenziali. Sotto questa spinta la Regione Toscana con il Dgrt 894/2008, ha modificato l'assistenza sanitaria territoriale passando da una sanità improntata su un modello prestazionale in risposta a segni e sintomi, ad una sanità "proattiva" dove la persona viene contattata insegnandole ad autogestire la propria malattia rallentandone così il decorso o mantenendo l'equilibrio raggiunto. Questa nuova modalità di approccio assicura alla persona interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, integrando efficacemente la persona informata/esperta sulla sua malattia, il coinvolgimento attivo della famiglia, della rete sociale ed un team professionale proattivo composto dal Medico di Medicina Generale (MMG), infermieri ed altre figure professionali; fornendo un'assistenza individuale centrata sulla persona. La progettazione regionale si avvale dell'utilizzo di un nuovo modello di gestione della persona il Chronic Care Model (CCM). Il modello prevede di prendere in carico le persone affette dalle seguenti patologie croniche. Durante le visite di controllo l'infermiere di riferimento ha tra le sue funzioni quella di facilitare l'empowerment della persona, in primis attraverso un'educazione volta ad intervenire sugli stili di vita corretti, fornendo informazioni su una sana alimentazione, sull'attività fisica, sul consumo di alcolici e sul fumo. Il percorso si struttura attraverso l'incontro fra il personale sanitario e la persona presa in carico con visite programmate individuali presso gli ambulatori dei MMG o presso le strutture sanitarie territoriali o a domicilio; sono previsti anche incontri di gruppo. Questo fa sì che tutta la popolazione sia più facilmente raggiungibile. Le competenze relazionali del personale infermieristico sono state rafforzate attraverso corsi di formazione ad hoc che hanno previsto incontri con un counselor per fornire strumenti di gestione nel rapporto individuale con l'assistito e per la conduzione dei gruppi. Questa nuova modalità di approccio (ECCM) si inserisce nel contesto territoriale, sia ambulatoriale che domiciliare, prevedendo degli obiettivi condivisi tra i professionisti ed il soggetto principale cioè la persona presa in carico. Tale approccio mira a costituire una rete territoriale con maglie sempre più fitte, al fine di rilevare, anche negli contesti sociali più disagiati, tutti quei casi che sarebbero emersi in tempi sicuramente più lunghi. Un corretto stile di vita e l'utilizzo consapevole di strumenti e farmaci potrà far ottenere un miglioramento della qualità di vita percepita dall'utente e potrà determinare una riduzione del numero degli accessi impropri presso i servizi territoriali di urgenza/emergenza e/o agli ambulatori dei MMG. Questo sicuramente permetterà ai servizi sanitari un utilizzo più appropriato di risorse umane ed economiche ed una maggiore attenzione agli esiti nel processo assistenziale che in un periodo storico così difficile diventa fondamentale.

Il Chronic Care Model (CCM) è il modello assistenziale più

citato in letteratura che non porta più il paziente verso l'ospedale, ma il sistema salute verso il cittadino attraverso la ramificazione dei servizi sul territorio, l'impiego di strutture come le case della salute, la maggiore erogazione di prestazioni da parte dei distretti sanitari, la forte presenza di medici di base e l'introduzione di figure come l'infermiere di famiglia ed il case manager. A causa del forte impatto economico e sociale che i pazienti cronici comportano per il sistema salute, sono stati proposti diversi modelli che hanno cercato di arginare il problema, tra cui il Chronic Care Model (CCM), ideato dal prof. Wanger negli anni '90, presso il McColl Institute for Healthcare Innovation in California che prevede un approccio che garantisce una relazione proattiva operatore-paziente, che cerca di portare il sistema sanitario da un concetto di sanità d'attesa - e quindi di cura della malattia - ad un concetto di sanità di iniziativa - e quindi di prevenzione e formazione del paziente e dei caregivers. Tutto ciò si traduce in un enorme beneficio economico-sociale che vede una netta diminuzione dei ricoveri nelle strutture ospedaliere e una maggiore qualità di vita per i pazienti cronici, a fronte di investimenti mirati e relativamente contenuti.

Il Chronic Care Model suggerisce le strategie per migliorare gli outcome di persone affette da patologie croniche, attraverso interventi in 4 aree principali: 1) Cure basate sulle evidenze, 2) Riorganizzazione dei sistemi di pratica e dei ruoli dei providers, 3) Impegno al supporto nell'auto-gestione dei pazienti, 4) Semplificazione dell'accesso alle competenze e alle informazioni cliniche. Il CCM rappresenta un cambio di paradigma dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa, una rivoluzione nell'assistenza che, con questo sistema, va verso i pazienti in modo proattivo prima dell'evento acuto, proponendo il lavoro integrato di vari professionisti a partire dal medico di famiglia e il passaggio dall'erogazione di prestazioni parcellizzate alla realizzazione di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti. È stato sviluppato a metà degli anni '90 per supportare il processo di assistenza con cure centrate sul paziente e basate sulle evidenze, al fine di migliorare i risultati per i pazienti con malattie croniche. L'obiettivo è quello di consentire interazioni più produttive tra pazienti informati e attivati e un team sanitario preparato e proattivo. Spesso l'assistenza è episodica, orientata ad eventi acuti e non include gli elementi longitudinali a lungo termine, fondamentali per ottenere risultati migliori. Le ospedalizzazioni dei bambini con malattie croniche e complesse stanno consumando una parte crescente delle cure e delle risorse ospedaliere rappresentando il 78 % della spesa sanitaria mondiale annua e la necessità dell'impegno di istituzioni e sistemi sanitari nel ridurre l'impatto delle malattie croniche attraverso l'attuazione di politiche e strategie mirate è considerata da tempo una priorità

dall'Organizzazione Mondiale della Sanità così come descritto nel documento "Preventing Chronic Disease: a vital investment". WHO, 2006. Normalmente la sanità pubblica interviene sulle malattie croniche - scompensi cardiaci, diabete, ipertensione, tanto per fare qualche esempio, solo nel momento in cui queste si acutizzano e la situazione diventa critica. Con il meccanismo della sanità d'iniziativa invece, il sistema pubblico prende l'iniziativa di seguire il paziente anche nelle altre fasi della malattia. Il modello della medicina di iniziativa, o CCM, nasce negli Stati Uniti e nel 2004 è arrivato in Italia ed in particolare in Regione Toscana, che ha fatto poi da apripista per altre esperienze. Gli obiettivi da perseguire nei prossimi anni sono:

- promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute nella comunità, supportando le persone nell'aumentare il controllo sulla propria salute e nel migliorarla;
- favorire la presa in carico dei pazienti in modo globale e completo, sviluppando un tipo d'assistenza basata su un rapporto multidisciplinare che promuova meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie, di cura e riabilitazione;
- favorire la continuità assistenziale, tramite l'implementazione della rete dei servizi di cure primarie definendone i nodi e le interrelazioni funzionali in un sistema gestionale e relazionale tra professionisti, con chiarezza di responsabilità e procedure per la definizione e l'effettuazione del percorso assistenziale e il passaggio, se necessario, tra differenti strutture e ambiti di cura;
- concorrere ai processi di governo della domanda mediante l'azione di gatekeeping del MMG/PdLS che consiste nell'analisi dei bisogni anche non espressi, nella scelta di una risposta clinico-terapeutica e di un percorso assistenziale efficaci e appropriati;
- valutare gli esiti di salute generata nel singolo e nella comunità;
- favorire l'empowerment dei pazienti nel processo di cura;
- favorire la formazione specifica in medicina generale, che deve essere oggetto di insegnamento già durante il corso di laurea;
- potenziare l'integrazione ospedale-territorio con la corretta gestione del processo di dimissione e la valutazione delle condizioni cliniche e socio-assistenziali del paziente già durante il ricovero;
- potenziare la costituzione in ambito territoriale dei punti unici di accesso (PUA) per la presa in carico delle persone fragili in un'ottica di continuità delle cure.

La necessità di una mappatura della letteratura sullo stato dell'arte sull'implementazione del Chronic Care Model nei setting pediatrici, permetterebbe di definire strate-

gie future di ricerca a supporto di una metodologia che migliora esponenzialmente la qualità di vita, la consapevolezza, il self care, il self management dei percorsi di cura che coinvolgono la popolazione pediatrica, la loro famiglia, i caregivers e tutti le risorse a supporto: obiettivo è la formazione di una rete assistenziale integrata, ma soprattutto un cambio di paradigma dove la disabilità, molte volte vista come un limite, rappresenta un punto di partenza dal quale si costruiscono nuove risorse e nuove abilità sia fisiche che psicologiche che permettano di camminare serenamente ed in autonomia lungo il percorso della loro vita.

L'età evolutiva necessita di alcuni approfondimenti per le caratteristiche peculiari della cronicità pediatrica, che includono:

- a) il continuo cambiamento dei bisogni nelle differenti fasi della crescita;
- b) la possibilità che malattia e/o disabilità possano ritardare, talora in modo irreversibile, il normale sviluppo;
- c) la necessità di favorire l'inserimento in comunità ludiche, ricreative e scolastiche, quale aspetto importante dell'intervento assistenziale;
- d) la dipendenza del bambino dagli adulti e quindi dalle competenze e dallo stato sociale ed economico della famiglia (patologie relativamente semplici possono risultare di difficile gestione in contesti familiari critici). Il CCM può essere considerato quindi uno strumento di governance, perché si costruisce attraverso l'individuazione e la valorizzazione di tutti i componenti delle filiera assistenziale, indipendentemente dal loro posizionamento nel percorso, contrastando logiche di centralità di servizi e di professionisti, esaltando la multicentricità ed il valore dei contributi di ognuno. Pertanto, sono state individuate le seguenti macroattività:
 - la continuità assistenziale del bambino con cronicità;
 - il ruolo delle famiglie;
 - gli ambiti relazionali specifici per l'età (scuola, sport, socialità);

il passaggio dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto. Questa revisione della letteratura ha permesso di identificare alcuni studi rilevanti che hanno come focus l'implementazione del Chronic Care Model nell'area pediatrica, sviluppi integrati con la Health technology e la formazione specifica degli operatori nell'area dell'assistenza cronica. La revisione sistematica di J.Lail, *et.al*⁴ ha analizzato uno studio effettuato presso il Cincinnati Children's Hospital Medical Center nel triennio 2012-2015 al quale hanno partecipato 18 divisioni pediatriche e chirurgiche in coorti sequenziali. Le attività dell'iniziativa includevano la revisione delle prove per scegliere e misurare i risultati, lo sviluppo di registri di pazienti specifici per la condizione, gli strumenti per la raccolta dei dati, la stratificazione dei pazienti, il coordinamento delle cure prima e dopo la

vista, il supporto all'autogestione (self care – self efficacy) secondo il Chronic Care Model evidenziando come l'implementazione di un modello di cura, CCM, con un supporto multidisciplinare formato possa migliorare i risultati per i pazienti e le famiglie con condizioni croniche e complesse. Uno studio preliminare, prospettivo, pre-post, di Lisa Opiari-Arrigan, *et.al*⁹ del 2020, sull'utilizzo di una piattaforma mHealth, collegata alla cartella clinica (Orchestra) implementato per sostenere la visione del Chronic Care Model, ha un impatto positivo sull'esperienza di cura dei pazienti pediatrici, migliorando la qualità dell'assistenza (91%), migliorando la collaborazione (84%), migliorando la preparazione dei partecipanti alla visita medica (80%), migliorando la comprensione della malattia da parte del partecipante (75%); *dati riferiti ai partecipanti che hanno completato il sondaggio sull'impatto delle cure al follow up di 3 mesi*. La piattaforma tecnologica Orchestra è stata sviluppata con medici, pazienti e genitori attraverso un design agile e centrato sull'utente e comprende un'app mobile rivolta al paziente/caregiver, un linked clinician-facing web-based dashboard gestito dall'equipe, una biblioteca di misure PRO che potrebbero essere selezionate per il monitoraggio dei sintomi e dello stato di salute in generale in base agli obiettivi del paziente e che potrebbero essere personalizzate con il supporto del medico. Un aspetto molto significativo all'interno di un progetto di implementazione del Chronic Care Model lo riveste la formazione dei professionisti. Una revisione sistematica di Jori F.Bogetz, *et.al*⁵ del Novembre 2015 mette in evidenza come il crescente numero di bambini ed adulti con malattie croniche richiede migliori interventi educativi per gli operatori sanitari che, attraverso le migliori evidenze scientifiche, riescono a ristrutturare l'erogazione delle cure croniche attraverso risultati comportamentali rivolti a progetti di miglioramento della qualità secondo il paradigma del Chronic Care Model: "team preparato e proattivo". Viene evidenziato come la maggior parte dei programmi di formazione degli operatori sanitari non educa gli studenti su questi modelli basati sull'evidenza, né questi modelli sono stati valutati riguardo l'importanza nel percorso formativo del personale sanitario per la gestione delle malattie croniche. Migliorare la qualità delle cure croniche è fondamentale per migliorare la qualità dell'assistenza e allo stesso tempo ridurre i costi. Importante quindi il ruolo della formazione sia nei percorsi accademici che come formazione continua.

Domande di revisione

- In che modo il Chronic Care Model è stato implementato nella gestione dell'assistenza terziaria e di transizione della popolazione pediatrica- adolescenziale?
- Quali barriere e facilitatori sono stati identificati nell'implementazione del Chronic Care Model nella

gestione delle patologie croniche pediatriche /adolescenziari?

- Quali sono gli esiti misurabili identificati in un progetto di cura che utilizza il Chronic Care Model

Metodologia

La revisione sistematica proposta sarà condotta in conformità con la metodologia JBI per le revisioni di scoping review.

I concetti di interesse per la revisione proposta sono i tipi di studi di ricerca che sono stati fatti con un focus sull'utilizzo del Chronic Care Model per le cure territoriali e di transizione della popolazione pediatrica/adolescenziale affetta da patologie croniche; le barriere e i facilitatori che sono stati identificati negli studi che hanno analizzato l'utilizzo del CCM; gli outcomes dei pazienti.

Partecipanti

Questa revisione prenderà in considerazione gli studi che includono pazienti di età tra zero anni e 18 anni affetti da patologia cronica.

Contesto

Questa revisione prenderà in considerazione gli studi che sono ambientati in qualsiasi ambiente sanitario terziario e di transizione, comprese le strutture territoriali di riabilitazione. Gli studi che sono intrapresi in ambienti comunitari, strutture di assistenza alla popolazione pediatrica/adolescenziale.

Strategia di ricerca

La ricerca è stata effettuata da un revisore indipendente tramite la consultazione delle principali banche dati biomediche (Cinahl, Pubmed) utilizzando i search terms : free terms e Mesh terms (*Appendice I: Strategia di ricerca*). Le parole di testo contenute nei titoli e negli abstract degli articoli pertinenti e i termini dell'indice utilizzati per descrivere gli articoli sono stati utilizzati per sviluppare una strategia di ricerca completa (vedi *Appendice I*). Sono stati inclusi gli studi pubblicati a partire dal 2011, poiché questo argomento è un'area emergente nella ricerca degli ultimi 10 anni, in qualsiasi lingua originale.

Fonti d'informazione

Questa revisione prenderà in considerazione entrambi i disegni di studio sperimentali e quasi-sperimentali, compresi gli studi controllati randomizzati, gli studi controllati non randomizzati, gli studi prima e dopo. Inoltre saranno considerati per l'inclusione gli studi osservazionali analitici, compresi gli studi di coorte prospettici e retrospettivi, gli studi

caso-controllo, gli studi analitici trasversali, i disegni di studi osservazionali descrittivi tra cui serie di casi, rapporti di casi individuali e studi trasversali descrittivi.

Le banche dati da ricercare includono: PubMed, CINAHL (EBSCOhost).

La ricerca sarà estesa alla letteratura grigia.

Selezione degli studi

Dopo la ricerca, tutte le citazioni identificate saranno state raccolte e caricate in Mendley Desktop, versione free, per rimuovere tutti i duplicati.

I titoli e gli abstract saranno vagliati da un unico revisore indipendente per la valutazione rispetto ai criteri di inclusione della revisione. Gli studi potenzialmente rilevanti saranno recuperati per intero e i loro dettagli di citazione saranno importati nel JBI System for the Unified Management, Assessment and Review of Information (JBI SUMARI). Il testo completo delle citazioni selezionate sarà valutato in dettaglio rispetto ai criteri di inclusione. Le ragioni per l'esclusione degli studi a testo completo che non soddisfano i criteri di inclusione saranno registrate e riportate in modo tabellare utilizzando un modello di autoelaborazione.

Riferimenti

1. Cohen, E., Kuo, D. Z., Agrawal, R., Berry, J. G., Bhagat, S. K. M., Simon, T. D., & Srivastava, R. (2011). Children With Medical Complexity: An Emerging Population for Clinical and Research Initiatives. *Pediatrics*, 127(3), 529–538. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0910>
2. Adams, J. S., & Woods, E. R. (2016). Redesign of chronic illness care in children and adolescents: Evidence for the chronic care model. *Current Opinion in Pediatrics*, 28(4), 428–433. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000368>
3. Slaper, M. R., & Conkol, K. (2014). mHealth tools for the pediatric patient-centered medical home. *Pediatric Annals*, 43(2), 39–44. <https://doi.org/10.3928/00904481-20140127-09>
4. Toscana, I. (2008). Bollettino Ufficiale della regione Toscana – N. 25, 4.3 *Dalla medicina di attesa alla sanità di iniziativa*. 33–42.
5. Opipari-Arrigan, L., Dykes, D. M. H., Saeed, S. A., Thakkar, S., Burns, L., Chini, B. A., McPhail, G. L., Eslick, I., Margolis, P. A., & Kaplan, H. C. (2020). Technology-enabled health care collaboration in pediat-

- ric chronic illness: Pre-post interventional study for feasibility, acceptability, and clinical impact of an electronic health record-linked platform for patient-clinician partnership. *JMIR MHealth and UHealth*, 8(11). <https://doi.org/10.2196/11968>
6. Rapley, P., & Davidson, P. M. (2010). Enough of the problem: A review of time for health care transition solutions for young adults with a chronic illness. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4), 313-323. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03027.x>
 7. Dougherty, D., Meikle, S. F., Owens, P., Kelley, E., & Moy, E. (2005). Children's health care in the first National Healthcare Quality Report and National Healthcare Disparities Report. *Medical Care*, 43(3 SUPPL.), 58-63. <https://doi.org/10.1097/00005650-200503001-00009>
 8. Stans, Stevens, & Beurskens. (2013). Interprofessional practice in primary care: development of a tailored process model. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 139. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s42594>
 9. Bogetz, J. F., Rassbach, C. E., Bereknyei, S., Mendoza, F. S., Sanders, L. M., & Braddock, C. H. (2015). Training health care professionals for 21st-century practice: A systematic review of educational interventions on chronic care. *Academic Medicine*, 90(11), 1561-1572. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000773>
 10. Bennett, W. L., Pitts, S., Aboumatar, H., Sharma, R., Smith, B. M., Das, A., Day, J., Holzhauer, K., & Bass, E. B. (2020). *Strategies for Patient, Family, and Caregiver Engagement*. 36.
 11. Sarabia-Cobo, C., Fernández-Peña, R., Taltavull, J. M., Lladó-Jordan, G., González, S., Molina-Mula, J., & Ortego-Mate, C. (2021). Comparison between attention and experiences of chronic complex patients: A multicentric study. *Health and Social Care in the Community*, July 2020, 1-12. <https://doi.org/10.1111/hsc.13269>
 12. Kynoch, K., Ramis, M. A., & Khalil, H. (2021). Proms and proms data within the acute health care context: A scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 19(1), 229-235. <https://doi.org/10.1112/JBISRI-D-19-00355>
 13. Lail, J., Schoettker, P. J., White, D. L., Mehta, B., & Kotagal, U. R. (2017). Applying the Chronic Care Model to improve care and outcomes at a pediatric medical center. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 43(3), 101-112. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2016.12.002>
 14. Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Lista di controllo e spiegazione. *Annali di medicina interna*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>