



BUONA PRATICA oggetto dello studio di fattibilità al fine dell'implementazione:

COMID- Strumento di valutazione specifico della complessità multidimensionale per la pratica infermieristica a domicilio.

Oggetto della buona pratica: Il COMID (Complexity Measurement Instrument for Decision-making), ideato da Imad a Ginevra, è uno strumento che mira a fornire una misurazione della complessità all'interno di contesti organizzativi e decisionali. In un mondo sempre più complesso e interconnesso, la capacità di comprendere e gestire la complessità è fondamentale per leader, manager e decisori. COMID si propone di affrontare questa sfida offrendo un approccio strutturato per identificare e misurare i fattori che contribuiscono alla complessità, con l'obiettivo di migliorare le decisioni e la gestione delle organizzazioni.

Titolare della buona pratica: IMAD (Institution de Maintien à Domicile) è un'istituzione pubblica del cantone di Ginevra che offre assistenza, cure infermieristiche e sostegno a domicilio per anziani, adulti con disabilità, bambini, famiglie e caregiver. Promuove l'autonomia e il benessere dei pazienti a casa, operando 24 ore su 24. IMAD collabora con partner locali per garantire un'efficace politica di cura a domicilio e sostiene anche la formazione e l'innovazione nel settore sanitario. IMAD, l'Institution de Maintien à Domicile, collabora attivamente allo sviluppo di progetti di ricerca volti a migliorare l'assistenza domiciliare, con un focus sull'innovazione e la qualità delle cure. Il COMID, strumento di misurazione della complessità, è un esempio di queste iniziative, progettato per aiutare nella gestione della complessità nei processi decisionali. Questo tipo di ricerca contribuisce a migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi domiciliari, offrendo soluzioni pratiche per affrontare le sfide di contesti complessi.

Recepitore della buona pratica: Azienda USL Toscana Centro (AUSLTC) - ingloba le ex Ausl di Firenze, Empoli, Prato e Pistoia. L'Azienda con una superficie di 5000 Km² e 1.500.000 di assistiti ha oltre 14.000 dipendenti, 13 ospedali, 220 strutture territoriali, 8 Zone Distretto e 7 Società della Salute. Nella mission aziendale si legge: "L'AUSLTC eredita e sviluppa la positiva esperienza delle Aziende di Empoli, Firenze, Pistoia e Prato, al servizio di tutte le persone e a tutela della loro salute, impegnandosi con passione e responsabilità per assicurare e migliorare la qualità di vita e il benessere individuale dei suoi assistiti, mediante un'offerta assistenziale globale, personalizzata, sicura e basata sulle evidenze. L'AUSL ha, come costituente essenziale, le qualità umane, morali e tecniche dei suoi professionisti, con una costante tensione verso la valorizzazione delle eccellenze già sviluppate all'interno delle singole preesistenti Aziende Sanitarie e ricondotte, come standard, nella nuova dimensione organizzativa. Si propone di realizzare e gestire una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione ed una rete di servizi sociosanitari in ambito ospedaliero,

ambulatoriale e domiciliare. La sfida è la dimensione territoriale di Area Vasta Centro, comprendente gli ambiti delle città di Firenze, Prato, Pistoia ed Empoli, con l'obiettivo di rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, attraverso una lettura unica e coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, sempre attenta alle peculiarità e alle problematiche locali".

Questo studio è stato realizzato al fine di reperire le informazioni necessarie affinché AUSLTC possa decidere se implementare o meno lo strumento COMID attraverso valutazioni tecniche, organizzative, rischi associati, tempi, benefici, costi stimati.

Redazione:

Chiara Barchielli, Incarico esperto strategico ricerca, AUSLTC

Elena Lovicu, Incarico Informatizzazione, AUSLTC

Paolo Zoppi, Direttore Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico, AUSLTC

Antonio Gant, Dirigente delle Professioni Sanitarie, AUSLTC

Marco Alaimo, Dirigente delle Professioni Sanitarie, AUSLTC

Executive summary: è stata condotta una scoping review sugli strumenti esistenti e validati che fornissero al professionista infermiere strumenti di decision-making per ciò che riguarda l'inquadramento e strutturazione di un percorso di assistenza domiciliare per i pazienti in carico. La ricerca ha restituito molti risultati che illustravano strumenti utilizzati in ambito ospedaliero, ma ha anche restituito pubblicazioni sullo strumento COMID, ideato e validato nella Svizzera francese. Attraverso il contatto diretto con l'ideatore (IMAD) ed incontri di lavoro in via telematica, è stata stimata positivamente una preliminare fattibilità di implementazione dello strumento in AUSLTC. Le risorse richieste di tipo economico, tecnico, e di investimento in termini di ore lavoro/uomo sono sembrate da subito commisurate alle possibilità dell'AUSLTC che ha deciso di concorrere al bando PRoMIS per il finanziamento di 5000 Euro da destinarsi all'approfondimento della buona pratica ed all'effettuazione di tutti i passi necessari al fine di integrare la stessa nel modello assistenziale proprio dell'Azienda, trovandosi la suddetta buona pratica in linea con il dettato del DM 77 e delle leggi regionali in merito al potenziamento dell'assistenza territoriale. I pazienti che al momento (dicembre 2024) beneficiano di un percorso assistenziale strutturato ("presa in carico") sono circa 30000, assistiti da circa 455 Infermieri di Famiglia e Comunità. Il processo ha previsto visite on site (Firenze e Ginevra) dalle quali sono scaturite idee fattive su come procedere all'effettivo recepimento della buona pratica, utilizzando il framework della NPT (Normalization process theory), teorizzata per la prima volta da Carl R. May e colleghi(1), un gruppo di sociologi della salute che hanno messo a punto un metodo per comprendere meglio come le nuove pratiche, in particolare nel contesto della sanità e dell'assistenza sociale, vengono adottate, implementate e mantenute nel tempo. La NPT è stata formulata sulla base di ricerche empiriche che esaminano l'adozione e l'implementazione di tecnologie sanitarie, pratiche cliniche e innovazioni nei servizi di assistenza sanitaria. Con l'aiuto dei colleghi svizzeri abbiamo isolato gli elementi di successo che hanno permesso loro un uso estensivo e routinario nel territorio da loro gestito ed abbiamo dato inizio alla progettazione. Attraverso una metodologia di ricerca rigorosa si è proceduto dapprima ad una simulazione su casi fittizi per stimare l'efficacia intraoperatore (diversi professionisti valutavano un set di casi al fine di rilevare se tutte le valutazioni restituivano lo stesso punteggio), successivamente si è passati all'organizzazione di uno studio pilota su casi reali valutati in un'area circoscritta di territorio aziendale. Al fine di mitigare i rischi provenienti da possibili violazioni della privacy, è stato chiesto ed ottenuto parere favorevole da parte del

Comitato Etico di Area Vasta (CEAV), numero 27017_oss in data 13 luglio 2024, per la realizzazione di un'osservazione su un campione di circa 200 pazienti dal settembre al dicembre 2024. Parallelamente alla rilevazione sul territorio si è predisposta la raccolta dei giudizi dei professionisti dopo l'uso dello strumento in termini di facilità di utilizzo, accuratezza ed efficienza. Rilevata l'esistenza di tutti gli aspetti positivi attesi, l'AUSLTC ha deciso per l'adozione dello strumento e per una sua graduale estensione su tutto il territorio di competenza al fine di:

- sintetizzare gli elementi di complessità delle situazioni che stanno vivendo i pazienti
- analizzare il livello di stabilità delle situazioni che stanno vivendo i pazienti
- aiutare l'Infermiere di famiglia e Comunità a valutare in modo più veloce ed immediato il percorso che deve essere proposto ai pazienti
- attivare nel minor tempo possibile gli interventi che lo strumento, congiuntamente al giudizio del professionista, ritiene essere prioritari per i pazienti
- costituire un supporto, un linguaggio comune e condiviso, per lo scambio e la discussione nell'équipe di assistenza
- attivare l'implementazione di un processo interprofessionale dopo l'analisi del livello di complessità dei pazienti
- miglioramento delle decisioni interprofessionali, attraverso la pratica della coerenza dell'assistenza, che riesce a dare priorità alle aree di cura

I miglioramenti attesi sul medio-lungo periodo possono essere riassunti nei seguenti macro-punti:

- Miglioramento delle decisioni
- Ottimizzazione delle risorse
- Previsione dei rischi
- Aumento della trasparenza

I risultati che deriveranno dai COMID compilati saranno oggetto di monitoraggio da livello centrale, così da poter far seguire all'andamento delle tendenze riconosciute (complessità e aree della complessità incidenti) azioni concrete di miglioramento. Verrà stilato un report semestrale che verrà diffuso al management aziendale centrale ed al middle management (coordinatori infermieristici) con particolare attenzione ad una diffusione capillare ai professionisti che si occupano dell'assistenza infermieristica della famiglia e della comunità.

1. CONTESTO DI PARTENZA

Con l'aumento dell'età media della popolazione e la diffusione di patologie croniche che spesso si presentano insieme, prendersi cura delle persone a domicilio è diventato più impegnativo. Questo richiede un cambiamento: non basta più reagire ai singoli bisogni, ma è necessario un approccio globale e proattivo, che si adatti anche alle esigenze dell'assistenza domiciliare. I sistemi sanitari di tutto il mondo stanno affrontando gli stessi cambiamenti nella popolazione e cercano soluzioni, la prima tra tutte è quella di passare da un sistema di cura centrato sugli ospedali a modelli di cura che privilegino l'assistenza continua. Quest'ultima riflette le caratteristiche delle persone che vengono prese in carico: anch'essa è complessa. La ricerca di strumenti che la rendano più efficace attraverso l'uso di flessibilità ed organizzazione è cruciale. I modelli di assistenza possono essere una buona parte della risposta che i sistemi sanitari hanno la possibilità di adottare in quanto strumenti organizzativi.

Il modello dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) in Toscana, e in particolare nell'area della AUSLTC, rappresenta un'importante evoluzione nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria sul territorio, in linea con

le direttive nazionali e regionali per il potenziamento della sanità territoriale. Si tratta di un approccio integrato che mira a rispondere in maniera più efficace e personalizzata ai bisogni di salute della popolazione, con un'attenzione specifica alle persone più vulnerabili e con cronicità. Le delibere regionali che hanno segnato il percorso di istituzione e potenziamento dell'infermiere di famiglia e comunità si inseriscono all'interno di una più ampia strategia di riorganizzazione della sanità toscana. In particolare, la delibera DRGT n. 597 del 2018 rappresenta uno dei principali documenti che ha tracciato le linee guida per l'attuazione di questo modello. Successivamente, la Regione Toscana ha emanato altre delibere e circolari per definire in modo più preciso i ruoli, le funzioni e le modalità operative dell'infermiere di famiglia e comunità. Il modello, delineato attraverso queste delibere, ha come obiettivo il rafforzamento del sistema di assistenza territoriale attraverso la creazione di reti integrate di servizi sociosanitari, dove l'infermiere diventa un punto di riferimento stabile per le famiglie e le comunità. L' IFeC svolge un ruolo cruciale in queste reti, coordinando gli interventi di assistenza e promuovendo la salute attraverso la prevenzione, la cura e l'educazione sanitaria.

La AUSLTC è una delle principali aziende sanitarie regionali, coprendo un vasto territorio che include le province di Firenze, Prato, Pistoia e Empoli. All'interno di questo contesto, il modello dell' IFeC ha trovato una particolare attuazione grazie a progetti pilota e iniziative specifiche mirate a rispondere alle peculiarità del territorio. In un contesto caratterizzato da una significativa eterogeneità demografica, con aree urbane densamente popolate e zone rurali più isolate, la AUSLTC ha sperimentato diverse modalità organizzative per ottimizzare l'integrazione dei servizi. Il ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità è stato concepito come un anello di congiunzione tra i bisogni della popolazione e l'offerta di servizi sanitari territoriali.

Uno degli esempi più rilevanti dell'implementazione del modello IFeC nella AUSLTC è il progetto pilota avviato nel 2018 in alcune aree rurali della provincia di Firenze. Questo progetto ha coinvolto infermieri di famiglia e comunità in stretta collaborazione con medici di medicina generale e assistenti sociali, creando delle micro-équipe territoriali capaci di fornire un'assistenza capillare e personalizzata. L'iniziativa ha riscosso grande interesse per la sua capacità di migliorare l'assistenza ai pazienti cronici e anziani, riducendo il numero di ricoveri ospedalieri non necessari e potenziando la prevenzione delle complicanze legate alle patologie croniche. Questo progetto è stato anche accompagnato da un programma di formazione specifica per gli infermieri, volto a dotarli delle competenze necessarie per affrontare le sfide complesse dell'assistenza domiciliare e territoriale. Il modello prevede che l'infermiere abbia una zona geografica assegnata - "cellula territoriale" - nella quale risiedono 3000-3500 persone, delle quali è responsabile in termini di assistenza infermieristica. Data la complessità delle persone assistite in termini di comorbidità, fragilità, contesto sociale e familiare, e molti altri fattori propri di ogni singola persona, gli IFeC hanno bisogno di strumenti che li aiutino e li indirizzino nella stratificazione della popolazione ma anche nell'individuazione delle aree della loro vita che hanno maggiormente bisogno della loro professionalità e di quella di tutte le altre figure sanitarie disponibili: fisioterapisti, dietisti, infermieri specializzati in wound care, palliazione, etc.

Il ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità

L' IFeC opera a stretto contatto con medici di base, servizi sociali e altre figure sanitarie, al fine di offrire un'assistenza continuativa e integrata ai pazienti, con particolare attenzione alle persone fragili e con patologie croniche. L' IFeC è una figura professionale che si inserisce nei contesti abitativi delle persone, offrendo cure direttamente sul territorio, anche nelle zone più isolate o difficilmente accessibili. Questo ruolo implica un approccio olistico alla cura della persona, che tiene conto non solo della dimensione clinica, ma anche delle condizioni sociali e ambientali che influenzano la salute. L' IFeC agisce come un facilitatore nell'accesso ai servizi sanitari, aiutando le persone a orientarsi tra le diverse opzioni di cura e prevenzione disponibili. In particolare, egli si occupa di:

- **Prevenzione primaria:** promuovendo stili di vita sani attraverso campagne informative, eventi pubblici e iniziative educative;
- **Assistenza sanitaria:** monitorando lo stato di salute dei pazienti cronici e delle persone a rischio, garantendo un costante controllo delle terapie e delle condizioni cliniche;
- **Educazione sanitaria:** fornendo informazioni utili a migliorare la gestione della propria salute e delle patologie croniche, coinvolgendo anche i familiari nel processo di cura;
- **Integrazione tra servizi:** collaborando con i servizi sociali e le altre figure del sistema sanitario per garantire un'assistenza globale, che risponda ai bisogni della persona non solo dal punto di vista medico, ma anche sociale e psicologico.

Benefici per la popolazione e impatto sulla sanità

L' IFeC offre una serie di vantaggi concreti per la popolazione e per l'intero sistema sanitario. Da un lato, facilita l'accesso alle cure per le persone più vulnerabili, come anziani, disabili e pazienti con malattie croniche. Dall'altro, contribuisce a ridurre il carico sugli ospedali, prevenendo ricoveri e interventi d'emergenza grazie a un monitoraggio costante dello stato di salute dei pazienti. Uno degli aspetti più innovativi del modello è la sua capacità di personalizzare l'assistenza in base alle esigenze specifiche delle persone, adottando un approccio centrato sulla persona piuttosto che sulla malattia. Questo approccio si riflette anche nella maggiore continuità dell'assistenza: l'infermiere di famiglia e comunità accompagna il paziente lungo tutto il percorso di cura, garantendo una gestione integrata delle diverse fasi della malattia e del recupero.

2. LO STRUMENTO COMID E LA GESTIONE DELLA COMPLESSITA'

La Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI), ha validato la traduzione del COMID in italiano. SUPSI, istituzione educativa situata nel Cantone Ticino, offre corsi di laurea e programmi di formazione professionale in vari ambiti, tra cui l'infermieristica. L'uso del COMID-italiano è gratuito per scopi educativi e per progetti di ricerca e/o progetti di garanzia di qualità.

Struttura e funzionamento del COMID

Il COMID è costruito attorno a una serie di dimensioni e criteri che permettono di catturare i vari aspetti della complessità. Ogni dimensione rappresenta una componente chiave che influisce sul grado di complessità in un sistema o in un'organizzazione. Vale la pena soffermarsi sul concetto di "complessità" anche al fine di motivare meglio l'importanza dell'uso di questo strumento.

Nella guida COMID in italiano, che appunto si intitola "La complessità dell'assistenza a domicilio", si legge: "la complessità nelle cure si esprime ... in modi diversi: complessità delle cure, complessità dei casi, complessità dei bisogni, pazienti complessi, bisogni complessi. La complessità non può essere padroneggiata da un punto di vista olistico, ma la sfida nella cura, come in altri campi, è quella di affrontare, gestire, comprendere le interazioni del paziente nel suo ambiente mobilitando le risorse del paziente, dei familiari curanti e dei professionisti, così come delle organizzazioni sanitarie (gestione della prossimità e dei sistemi sanitari)". Webster e colleghi in un recente articolo (2) sottolineano che la complessità di un paziente non dipende tanto dalla quantità di patologie, ma dal suo contesto socio-economico. Problemi come povertà, traumi, condizioni mentali e difficoltà sociali complicano la gestione delle condizioni di salute. Questo concetto in letteratura è

ormai ben presente, come si legge di seguito: “Il termine complessità è usato per descrivere la situazione di un paziente per il quale il processo decisionale clinico e di cura non può essere di routine o standard. Una situazione complessa può essere definita come una situazione in cui la presenza simultanea di una moltitudine di fattori medici, psicosociali, culturali, ambientali e/o economici è suscettibile di ostacolare o rimettere in discussione la cura di un paziente, o addirittura aggravare il suo stato di salute. Il paziente è così esposto a un rischio maggiore di ospedalizzazione non programmata e di interruzioni nel suo percorso di cura” (3). La complessità può essere definita come l’impatto globale di una malattia considerando anche gli aspetti non direttamente legati alla malattia primaria (4). Dunque, i malati possono essere complessi, e ci si aspetta che nel prossimo futuro il loro numero aumenti. Molti infermieri che lavorano nell’assistenza domiciliare concordano sul fatto che un numero sempre maggiore di pazienti risulti più complesso da gestire rispetto ad altri (5). La guida COMID in italiano, reperibile in rete, propone un approccio multidimensionale alla valutazione della complessità domiciliare, alla quale risposta è sempre una gestione interdisciplinare. Lo scopo primario è quello di aiutare ed orientare gli IFeC nella gestione domiciliare di questi pazienti.

Lo strumento si basa sull’analisi di quattro principali dimensioni:

1. **Interconnessione:** Questa dimensione valuta il livello di interdipendenza tra le parti di un sistema. Più un sistema è interconnesso, più risulta complesso, poiché ogni cambiamento in una parte può avere ripercussioni su altre parti. Il COMID misura il grado di connessione tra processi, risorse e stakeholder, per identificare le aree dove la complessità derivante dall’interconnessione può essere maggiore.
2. **Dinamismo:** La velocità e la frequenza con cui i cambiamenti si verificano in un sistema o contesto organizzativo contribuiscono alla complessità. Questa dimensione riguarda il livello di volatilità e la rapidità con cui le condizioni del sistema si evolvono. Il COMID valuta quanto un’organizzazione o un processo sia soggetto a variazioni continue, che rendono più difficile la pianificazione e la previsione degli esiti.
3. **Eterogeneità:** Rappresenta la varietà e la diversità all’interno di un sistema. Questo può riguardare la diversità di obiettivi, risorse, interessi o anche la varietà delle tecnologie utilizzate. Un’organizzazione con un’ampia gamma di attori con interessi e obiettivi differenti è generalmente più complessa. Il COMID analizza la varietà interna ed esterna a un’organizzazione per capire come questa diversità contribuisca a complicare i processi decisionali.
4. **Ambiguità:** Questa dimensione misura il livello di incertezza e mancanza di chiarezza nelle informazioni disponibili. Più un’organizzazione o un sistema opera in contesti ambigui, più le decisioni diventano difficili da prendere. Il COMID si concentra sull’identificazione di aree dove le informazioni sono incomplete o contraddittorie, portando a una maggiore difficoltà nella previsione e pianificazione.



Lo strumento COMID è progettato per essere utilizzato in diverse fasi del processo decisionale. Può essere applicato sia per la diagnosi iniziale della complessità, sia per monitorare il cambiamento del livello di complessità nel tempo. Gli utenti del COMID iniziano valutando ciascuna delle quattro dimensioni fondamentali descritte sopra, assegnando un punteggio a ogni criterio. Ogni voce proposta deve essere compilata «sì» o «no». Se c'è qualche esitazione o dubbio tra le risposte «sì» e «no», è preferibile dare risposta più alta al fine di identificare gli elementi che devono essere discussi dall'équipe di assistenza domiciliare e/o dalla rete interprofessionale, permettendo così la realizzazione di azioni specifiche e mirate. Il risultato finale fornisce un quadro quantitativo del livello di complessità presente all'interno di un'organizzazione o in un particolare processo decisionale. Questo approccio consente ai decisori di avere una comprensione più approfondita di dove risiedano le principali fonti di complessità e come queste influenzino la capacità di prendere decisioni informate. Inoltre, permette di identificare le aree che richiedono interventi specifici per ridurre la complessità o gestirla in modo più efficace. Si legge in un articolo dei creatori dello strumento (6): "la valutazione della complessità è un passo essenziale per implementare rapidamente strategie mirate al fine di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure, ridurre i ricoveri inappropriati e le riospedalizzazioni premature, contribuendo così a mantenere gli utenti a domicilio".

Di seguito il dettaglio delle dimensioni seguite da alcune note che ne giustificano l'importanza di una rilevazione e prioritizzazione precoce:



STATO DI SALUTE

Fattori dello stato di salute	NO	Sì
Diverse malattie croniche (> 2) e/o sintomi inspiegabili ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolori cronici ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergie e/o intolleranze ai farmaci ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assunzione di più farmaci (> 5) ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbi cognitivi ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Assunzione di più farmaci è comune negli anziani, legato alla polipatologia e alle malattie croniche. Può anche essere inappropriato e comportare rischi di effetti avversi o interazioni farmacologiche, aumentare il rischio di cadute e persino aumentare la mortalità. È considerata polimedicazione la somministrazione di più di cinque sostanze diverse in sette giorni, da parte del paziente stesso e/o del suo familiare curante e/o di un professionista dell'assistenza (7).



FATTORI SOCIO-ECONOMICI

Fattori socio-economici che aggravano lo stato di salute	NO	Sì
Difficoltà finanziarie e/o incapacità di sostenere economicamente le prestazioni sanitarie, di assistenza e/o cura e/o di mezzi ausiliari e/o i trasporti e/o l'alimentazione ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assenza o sfinimento del caregiver (famigliare che assiste il paziente) e/o tensioni familiari ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficoltà nella comprensione linguistica dovuta a problemi di analfabetismo e/o barriere culturali ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Isolamento sociale ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abitazione inadeguata e/o presenza di barriere architettoniche ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Problemi economici che impediscono l'accesso a servizi sanitari, assistenza, cure, ausili o trasporti, e difficoltà nel garantire un'alimentazione adeguata. Incapacità di gestire le finanze quotidiane, compresi i pagamenti propri e quelli della famiglia, senza l'aiuto di una rete sociale o familiare. Situazioni di reddito insufficiente che portano a vulnerabilità, senza che venga richiesto supporto economico, come indennità di invalidità. Alcuni segnali utili per riconoscere tali difficoltà economiche includono ritardi nei pagamenti, mancanza di

cibo in casa, ridotta varietà e quantità di alimenti, condizioni di salute orale compromesse, abbigliamento inadeguato e il rifiuto di servizi essenziali o di forniture materiali (8).

Il burnout del caregiver può presentarsi in molte forme, come il peggioramento della salute fisica, l'affaticamento, l'ansia o un elevato livello di stress cronico. Altri segnali includono disagio fisico e psicologico, come depressione, sentimenti di rabbia o conflitto rispetto all'assistenza offerta, la necessità di una pausa, il timore di non poter continuare a fornire le cure necessarie, l'isolamento sociale e le difficoltà economiche(9). Un esempio di supporto disponibile è il finanziamento regionale della Toscana per i cosiddetti "ricoveri del sollievo", che offrono ai caregiver una pausa temporanea dall'assistenza. Spesso, chi si trova in questa situazione è parte di una generazione che, mentre si prende cura di genitori anziani, è ancora coinvolta in attività lavorative che non possono essere abbandonate.

Abitazione inadeguata e/o presenza di ostacoli architettonici: qualsiasi tipo di problematica all'interno della casa o nei suoi dintorni che possa compromettere la sicurezza e il benessere della persona. Alcuni esempi includono. pavimenti scivolosi, soglie difficili da superare, accessi complicati alla casa, mancanza di ascensore o di rampe per disabili, infestazioni di insetti etc....(10).



SALUTE MENTALE

Fattori di salute mentale aggravanti lo stato di salute	NO	SÌ
Depressione e/o intenti suicidi ✔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malattie psichiatriche e/o disturbi psichici (delirio, allucinazioni, ecc.) ✔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dipendenze ✔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stato di ansia o angoscia che rende confuso il quadro clinico ✔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funzioni mentali instabili che variano nell'arco della giornata ✔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



COMPORTAMENTO

Fattori comportamentali del paziente	NO	SÌ
Frequenti sollecitazioni della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale) ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicazione ambivalente e/o conflittuale con un membro della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale) ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preoccupazione per i propri sintomi e/o per il proprio stato di salute e/o per le informazioni mediche ricevute ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aggressività (verbale e/o fisica) o mutismo ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resistenza o opposizione, siano esse attive o passive, alle cure ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Richieste frequenti di supporto dalla rete primaria (informale) e/o secondaria (formale): domande ricorrenti di aiuto, sostegno, presenza o informazioni rivolte, esplicitamente o meno, a professionisti, caregiver familiari o altre persone vicine all'utente. Queste richieste, più o meno rilevanti, possono manifestarsi in varie forme, come telefonate ripetute o un costante bisogno di rassicurazione.



INSTABILITÀ

Fattori di Instabilità	NO	SÌ
Percezione da parte del paziente di un recente peggioramento dello stato di salute ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambiamento globale del grado di autonomia (ADL/IADL) nel corso dell'ultimo mese ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Periodo di transizione (ad esempio: annuncio della diagnosi, nuova ospedalizzazione, morte del caregiver o del familiare che assisteva, divorzio, problemi di lavoro, ecc.) ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambiamento acuto delle capacità cognitive ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imprevedibilità dello stato di salute (ad esempio: apparizione di sintomi inabituali, scompenso di una patologia cronica, ferite, dolori, ecc.) ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Percezione del paziente di un recente deterioramento della salute: il paziente riferisce una sensazione di peggioramento del proprio stato di salute, descritta come più fragile o compromessa nell'ultimo mese.



OPERATORI COINVOLTI E RETE SANITARIA

Fattori relativi agli operatori coinvolti e alla rete sanitaria	NO	SÌ
Moltitudine di operatori nella rete secondaria (formale) ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assenza o basso grado di collaborazione tra i vari attori della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale) ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percezione, da parte del professionista, della presenza di incoerenze terapeutiche e/o di una presa in carico priva di senso ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi assicurativi. Esempio: limitazione del rimborso delle spese ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percezione da parte dei membri della rete secondaria (formale) di stanchezza emotiva e/o fisica della presa in carico ✓	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La presenza di numerose risposte affermative in almeno tre delle sezioni del questionario suggerisce l'esistenza di una potenziale complessità nella situazione del paziente.

Indicativamente, i punteggi si interpretano come segue:

- **Un punteggio inferiore a 5** suggerisce che la situazione potrebbe essere considerata come non complessa, con poche criticità rilevate.
- **Un punteggio compreso tra 6 e 9** segnala un possibile rischio di complessità e richiede un'osservazione più attenta, soprattutto in merito all'evoluzione delle problematiche emerse.
- **Un punteggio superiore a 10** indica una situazione potenzialmente complessa, che necessita di un'analisi più dettagliata e di una pianificazione accurata delle risposte assistenziali.

Il professionista deve considerare il contesto specifico del paziente, basandosi sulla conoscenza diretta della situazione e valutando l'evoluzione delle condizioni nel tempo. In questo modo, il punteggio diventa uno strumento per supportare decisioni informate e orientare le azioni future, piuttosto che una valutazione rigida o conclusiva della complessità della situazione.

La valutazione complessiva si basa su una molteplicità di fattori che, combinati con la conoscenza approfondita della situazione del paziente, consentono di determinare se la situazione sia semplice o complessa, oltre a valutarne il grado di instabilità.

Questa valutazione tiene conto di diversi aspetti fondamentali:

- Il giudizio clinico del professionista, che si fonda sull'analisi dettagliata del caso.

- La durata e la continuità delle cure, che rappresentano un fattore chiave per comprendere l'evoluzione della condizione e delle necessità del paziente.
- Le azioni già intraprese e le modalità con cui queste vengono eseguite per gestire i bisogni del paziente.
- Le priorità stabilite da tutti gli attori coinvolti nella rete di assistenza, inclusi il paziente, i familiari e i professionisti, i quali contribuiscono a definire un percorso di cura condiviso.
- Il divario tra i risultati attesi e quelli effettivamente raggiunti, permettendo di identificare eventuali discrepanze e aree critiche che necessitano di ulteriori interventi.

Benefici derivanti dall'uso del COMID

Il COMID offre una serie di vantaggi per chi si trova a gestire contesti complessi:

<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizzare in un unico luogo fisico la complessità di una situazione
<ul style="list-style-type: none"> • Analizzare il livello di stabilità di una situazione
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitazione dello scambio di informazioni tra tutti i partner e tracciabilità del monitoraggio, attraverso un linguaggio condiviso.

per arrivare ad ottenere benefici di sistema quali:

<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento delle decisioni: Fornisce un quadro chiaro delle fonti di complessità, permettendo di affrontare le decisioni in modo più consapevole e mirato: si raggiunge miglioramento delle decisioni interprofessionali.
<ul style="list-style-type: none"> • Ottimizzazione delle risorse: Aiuta a identificare le aree in cui le risorse possono essere allocate in modo più efficiente per ridurre la complessità.
<ul style="list-style-type: none"> • Previsione dei rischi: Misurando dinamismo e ambiguità, lo strumento consente di anticipare i potenziali rischi legati all'incertezza e all'instabilità del contesto decisionale.
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento della trasparenza: Il processo di misurazione porta a una maggiore chiarezza sui fattori che influenzano il sistema, facilitando la comunicazione tra stakeholder.
<ul style="list-style-type: none"> • Piano di intervento: già presente e compilato/aggiornato all'interno della cartella integrata informatizzata diviene uno strumento ancora più importante, poiché trascrizione della negoziazione con il paziente e con il resto del team assistenziale.
<ul style="list-style-type: none"> • Possibile gestione preventiva di condizione inesprese/non immediatamente evidenti che riguardano il paziente.

3. OBIETTIVI PRINCIPALI DEL PROGETTO

Adottare lo strumento COMID in tutte le cellule territoriali aziendali ai fini di raggiungere: miglioramento delle decisioni, ottimizzazione delle risorse, previsione dei rischi ed aumento della trasparenza. Gli obiettivi a lungo termini sono di sistema, tra i quali:

- Migliorare la qualità dell'assistenza domiciliare personalizzando le cure e riducendo i ricoveri inappropriati
- Ridurre l'afflusso al Pronto Soccorso attraverso una valutazione precoce e puntuale delle condizioni del paziente
- Espandere l'uso del COMID in altre regioni italiane per: (i) dimostrarne la robustezza con campioni più grandi, (ii) permettere ad altri di valutare lo strumento e la nostra esperienza per aprire la possibilità di collaborazioni e rapporti intra-aziendali, (iii) dare una risposta alle richieste del DM 77.

4. STUDIO DI FATTIBILITA'

Analisi della situazione attuale e delle esigenze dell'AUSLTC

L'AUSLTC, come tutte le altre aziende sanitarie, si deve interfacciare con la necessità di offrire cure ed assistenza ad una popolazione sempre maggiormente caratterizzata da multicronicità. La concomitanza di più malattie nello stesso individuo porta ad una complessità di trattamento molto alta. Le variabili significative diventano molte, e di pari importanza. Il bisogno emergente è quello di individuare strumenti che si attaglino al modello di lavoro in uso sul territorio della AUSLTC. L'integrazione di COMID nel lavoro degli IFeC offre in questo senso diversi vantaggi:

- Valutazione sistematica: Il COMID fornisce una struttura per valutare in modo sistematico e completo la complessità delle condizioni degli assistiti, considerando vari fattori che influenzano la salute e il benessere.
- Pianificazione mirata: Identificando specifici elementi di complessità, l'IFeC può sviluppare piani assistenziali personalizzati e interventi mirati, migliorando l'efficacia dell'assistenza.
- Coordinamento interprofessionale: Lo strumento facilita la comunicazione e il coordinamento tra i diversi professionisti coinvolti nell'assistenza domiciliare, garantendo un approccio integrato e coerente.
- Monitoraggio continuo: L'uso periodico del COMID consente all'IFeC di monitorare l'evoluzione della situazione dell'assistito, adattando gli interventi in base alle necessità emergenti.

Framework di riferimento

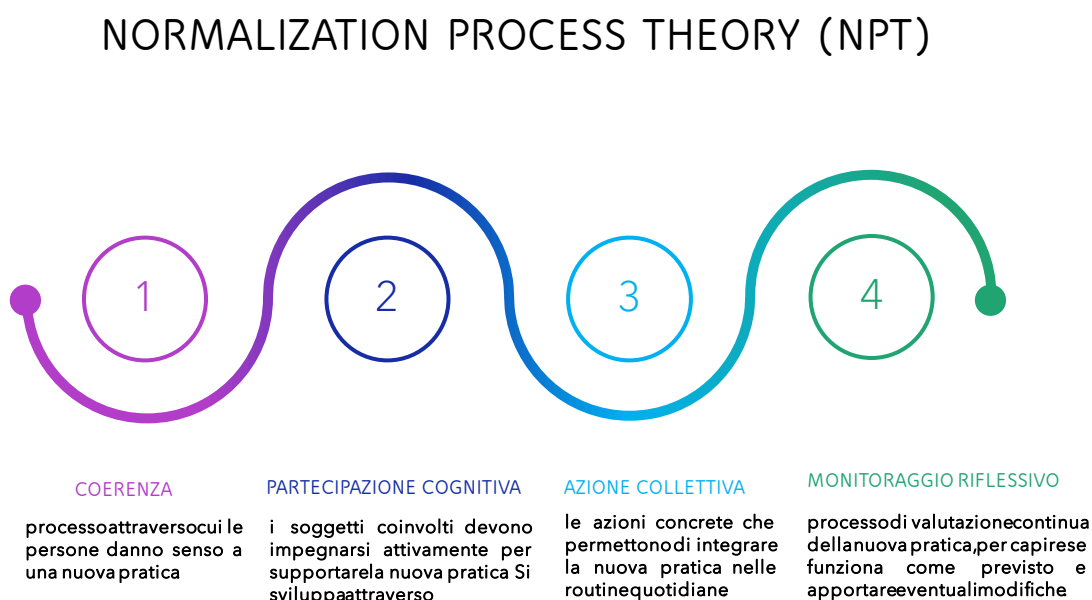
Seguendo il percorso di successo di IMAD, il gruppo di redazione ha studiato in dettaglio l'Implementation Science, poiché ha restituito risultati eccellenti nel territorio dei partners.

L'Implementation Science è un campo di ricerca che mira a studiare e promuovere l'integrazione efficace di interventi, pratiche o innovazioni basate sull'evidenza nei contesti reali, come la sanità, l'educazione e i servizi sociali. Il suo obiettivo è colmare il divario tra ciò che sappiamo essere efficace e ciò che viene effettivamente implementato nella pratica quotidiana, riducendo la variabilità nell'accesso e nella qualità delle cure. Questo

campo esplora le barriere, i facilitatori e le strategie che influenzano l'adozione e la sostenibilità delle innovazioni.

All'interno di questo ambito, la Normalization Process Theory (NPT) (11), è un quadro teorico sviluppato per comprendere come nuove pratiche si integrano e si normalizzano nelle routine operative di un'organizzazione. La NPT analizza quattro componenti chiave: coherence (come gli attori comprendono l'innovazione), cognitive participation (come si impegnano collettivamente nel processo), collective action (come coordinano il lavoro necessario per l'implementazione) e reflexive monitoring (come riflettono sui benefici e sui costi dell'innovazione una volta adottata). Questa teoria è particolarmente utile per capire come una nuova pratica, come il tool COMID, possa diventare una parte integrata delle attività quotidiane in contesti di assistenza sanitaria. Nell'ambito del progetto COMID, l'uso della NPT consente di valutare come gli operatori sanitari comprendano, si impegnino e monitorino l'implementazione di questo strumento, facilitando l'integrazione nella loro pratica quotidiana e assicurando un uso efficace e sostenibile.

Vediamo nel dettaglio le fasi che costituiscono la NPT:



1. Coerenza

Questo è il processo attraverso cui le persone danno senso a una nuova pratica. Include la comprensione di: (i) differenziazione, ovvero in che modo la nuova pratica si distingue da altre già esistenti, (ii) individualizzazione, ovvero capire come la nuova pratica si adatta agli obiettivi e ai valori personali o dell'organizzazione, (iii) riflessione collettiva, ovvero come le persone concordano su cosa significhi la pratica, e (iv) attribuzione, cioè comprendere lo scopo della nuova pratica. È importante che i professionisti comprendano il valore e l'importanza del COMID. Per questo abbiamo valutato come quest'ultimo viene percepito rispetto alle pratiche attuali e come si integra nella loro routine quotidiana. I risultati della valutazione sono riportati nel paragrafo "fase della rilevazione dell'accettabilità". Abbiamo formato i primi IFeC in un workshop di due ore sullo strumento e sulle potenzialità da esso racchiuse. Successivamente abbiamo utilizzato l'esperienza dei professionisti che sono stati familiarizzati per primi all'esistenza, all'uso ed ai possibili benefici di COMID per coinvolgere gli altri IFeC della cellula pilota.

2. Partecipazione Cognitiva

In questa fase, i soggetti coinvolti devono impegnarsi attivamente per supportare la nuova pratica. Si sviluppa attraverso quattro fasi: 1. iniziazione: identificazione chi prenderà il ruolo guida nell'implementazione (nel nostro caso, i primi professionisti formati che, a cascata, formeranno i colleghi), 2. mobilitazione: creare una partecipazione condivisa tra i membri del gruppo, 3. legittimazione: ottenere il consenso collettivo sulla necessità di adottare la pratica, 4. sostenibilità: Mantenere l'impegno nel lungo termine. È importante che i professionisti siano coinvolti infermieri nel processo di adozione e, dunque, del cambiamento. Creare gruppi di lavoro permette ai professionisti di sentirsi parte integrante del cambiamento e favorisce un senso di proprietà e riduce la resistenza.

3. Azione Collettiva

Questo passo riguarda le azioni concrete che permettono di integrare la nuova pratica nelle routine quotidiane. Include elementi organizzativi base come interazione, distribuzione del lavoro, utilizzo di risorse e monitoraggio. Ovviamente la committenza (AUSLTC) deve essere chiara, è essenziale che ci sia un supporto organizzativo e che siano definiti i ruoli.

4 Monitoraggio Riflessivo

Si tratta del processo di valutazione continua della nuova pratica, per capire se funziona come previsto e apportare eventuali modifiche. Comprende:

- Valutazione individuale: Le persone riflettono su come la pratica funzioni per loro,
- Riflessione collettiva: Il gruppo valuta se la pratica sta raggiungendo i suoi obiettivi,
- Aggiustamenti: Modifiche basate sulle valutazioni effettuate,
- Reinvenzione: Adattamento continuo della pratica per migliorarla.

Si riferisce alla valutazione e al monitoraggio del COMID. Gli infermieri devono avere l'opportunità di riflettere sull'uso dello strumento e sulla sua efficacia. Ai questionari somministrati ai primi professionisti sperimentatori, ne faranno seguito altrettanti, uno per ogni nuovo professionista coinvolto.

L'approccio sistematico della NPT ti permetterà di affrontare le sfide legate all'adozione e di facilitare una transizione più fluida verso l'uso di questo strumento.

Descrizione della fase dei casi simulati/interoperatore:

La valutazione intraoperatore nel contesto della COMID è stata utilizzata per esaminare la consistenza con cui diversi IFeC applicano il COMID ai casi clinici. Per garantire che lo strumento sia utilizzato in modo uniforme, è possibile fornire a ciascuno degli IFeC un set identico di casi fittizi. In questo modo, si valuta se tutti gli operatori rispondono in maniera simile o se emergono differenze nell'interpretazione o nell'applicazione dello strumento. Questa procedura consente di verificare la coerenza interna e identificare eventuali discrepanze che potrebbero indicare una necessità di ulteriore formazione o chiarificazione sull'uso del COMID. Sebbene non sia stata utilizzata un'analisi statistica, l'osservazione qualitativa delle risposte uniformi o divergenti può fornire indicazioni significative sulla standardizzazione e l'efficacia dello strumento.

Descrizione della fase della rilevazione dell'accettabilità:

I 5 IFeC della cellula territoriale alla quale abbiamo chiesto di sperimentare lo strumento COMID su casi veri, come autorizzati da pronuncia del Comitato Etico, hanno compilato un brevissimo questionario sull'accettabilità, pertinenza e fattibilità di COMID. Il questionario utilizzato è un adattamento italiano della "Acceptability Intervention Measure", "Intervention Appropriateness Measure" e "Feasibility of Intervention Measure" (13), uno strumento sviluppato per raccogliere informazioni sull'accettabilità, pertinenza ed affidabilità dell'implementazione di uno strumento.

Abbiamo indagato ognuna delle seguenti tre dimensioni con quattro domande, che riportano accanto la media delle risposte calcolata dal punteggio scelto dai compilatori su una scala a 5 valori:

1 – Per niente d'accordo, 2-In disaccordo, 3-Né d'accordo né in disaccordo, 4-D'accordo, 5- Totalmente d'accordo

Accettabilità	
Ritengo COMID uno strumento accettabile	4.2
COMID mi sembra attraente, mi attira, mi piace	4
Mi piace COMID	4
Sono felice di usare COMID	3.8
Pertinenza	
COMID sembra ben adattato	3.6
COMID sembra appropriato	3.6
COMID sembra applicabile	4
COMID sembra corrispondere bene	3.6
Fattibilità	
COMID sembra essere implementabile	4.4
COMID sembra essere uno strumento possibile	4.4
COMID sembra fattibile	4.2
COMID sembra facile da utilizzare	4.2

a. VALUTAZIONE

ASPETTI TECNICI

I servizi IT attualmente disponibili, compresi i loro sviluppi prossimi, non rappresentano un elemento ostativo all'introduzione del COMID. Inoltre, va sottolineato che non è necessario sostenere alcuna spesa aggiuntiva per il cambiamento dell'interfaccia della cartella informatizzata, poiché il COMID è aggiunto nella sezione "documenti" del paziente in forma di PDF.

ASPETTI ORGANIZZATIVI

Lo studio tecnico-organizzativo ha dato risultato positivo per l'implementazione dello strumento, che risulta essere di immediata comprensione ed utilizzo. I tempi necessari all'implementazione fatta secondo uno strumento di pianificazione standard (sotto forma di diagramma di Gantt), stimano che siano necessari dai 6 agli 8 mesi per coprire tutta l'area aziendale (formazione di 2 ore per cellula territoriale e successivo uso dello strumento).

VALUTAZIONE DEI POSSIBILI BENEFICI PER AUSLTC

- Maggiore conoscenza della popolazione e individuazione di trend nei suoi cambiamenti

- Con i dati di complessità/cambiamento della complessità della popolazione si può procedere all'adeguamento del personale e dei servizi: adeguare gli orari di apertura dei servizi, modulare il numero di IFeC sulla complessità dei carichi di lavoro
- Risparmio per l'intero sistema sanitario aziendale generato dalla riduzione della duplicazione nelle prestazioni e dalla riduzione dei ricoveri impropri e prevenibili
- Integrazione della documentazione informatizzata
- Integrazione con piani nazionali e regionali per il potenziamento della sanità territoriale

Valutazione dei potenziali benefici per i pazienti:

- Discussione più aperta nel team di assistenza che utilizza un linguaggio standardizzato con risparmio di tempo nel comunicare la complessità del paziente
- Dialogo più aperto e profondo con il paziente per scoprire l'esistenza di bisogni inespressi e/o non prevalenti e manifesti al momento della visita e del colloquio iniziale
- Possibilità di offrire cure maggiormente personalizzate, anche rispettando le preferenze del paziente
- Possibilità di attivare i servizi di consulenza in un tempo ridotto

Valutazione dei possibili benefici per gli operatori sanitari:

- Maggiore conoscenza dei pazienti assegnati loro
- Tempi di compilazione e di reperimento delle informazioni estremamente ridotti con un ininfluente impatto sui carichi di lavoro
- Nel medio-lungo periodo, miglioramento dell'organizzazione del lavoro grazie ad informazioni che hanno reso più efficiente l'organizzazione
- Creazione di un linguaggio condiviso ed immediato con tutti gli altri membri del team di assistenza
- Prioritizzazione degli interventi più immediata

RISCHI TECNICI ED ORGANIZZATIVI

Non sono stati rilevati rischi di natura tecnica, in quanto tutti i documenti che compongono la cartella informatizzata del paziente sono archiviati nel server di proprietà della Regione Toscana. Per ciò che riguarda ogni rischio legato al rispetto della privacy ed all'adeguata informazione della popolazione e relativa espressione del consenso informato, il Comitato Etico di Area Vasta è stato coinvolto nello studio dall'inizio. Quest'ultimo si è espresso positivamente in merito allo studio.

5. GUIDA PER L'IMPLEMENTAZIONE

Questa guida è progettata per supportare le organizzazioni sanitarie nell'implementazione del COMID (Complexity Measurement Instrument for Decision-making). L'obiettivo è fornire un framework chiaro per integrare questo strumento nella pratica quotidiana, migliorando così la gestione della complessità nei processi decisionali per le organizzazioni che intendessero integrare la loro pratica con COMID.

Fasi dell'Implementazione

1. Preparazione e Pianificazione: Si consiglia di discutere la fase di implementazione dopo un attento studio della letteratura sullo strumento.

2. Analisi del contesto: Valutare le specificità dell'organizzazione, comprese le risorse disponibili e le necessità dei professionisti.

3. Formazione del team: Identificare e formare un gruppo di lavoro che guiderà il processo di implementazione.

4. Formazione e Sensibilizzazione: Workshop di introduzione- Organizzare sessioni di formazione per spiegare il COMID e la sua applicazione. Utilizzare esempi pratici per facilitare la comprensione. **Materiale informativo-** Fornire risorse scritte e visive che illustrino i vantaggi e l'uso del COMID.

5. Applicazione nei casi clinici: Iniziare ad applicare il COMID a un campione di pazienti. Raccogliere feedback dai professionisti sull'esperienza d'uso.

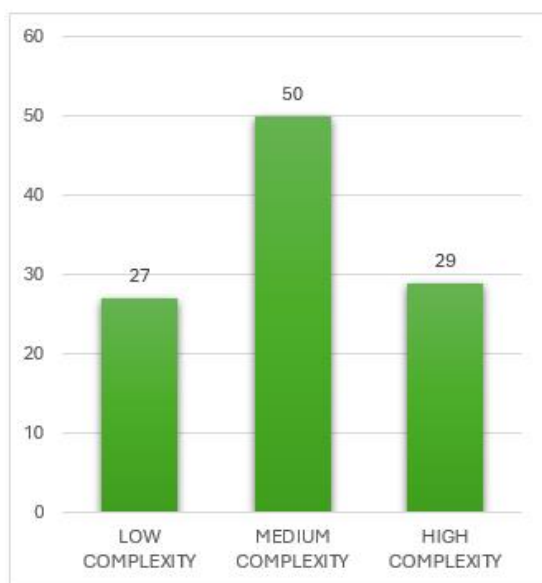
6. Monitoraggio: Tenere traccia delle osservazioni e delle difficoltà riscontrate durante l'applicazione dello strumento.

7. Valutazione e Feedback: Raccolta dei dati- Analizzare i dati raccolti tramite il COMID per valutare l'impatto sulle decisioni cliniche e sui risultati dei pazienti. **Discussione dei risultati-** Riunire il team per discutere i risultati e le possibili aree di miglioramento.

8. Sostenibilità e Miglioramento Continuo: Piano di sostegno- Stabilire un piano per garantire l'uso continuo del COMID, compresa la formazione periodica e il supporto tecnico. **Aggiornamenti-** Rivedere e aggiornare regolarmente le procedure di implementazione in base ai feedback e ai cambiamenti nel contesto operativo.

6. RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE SUI PAZIENTI

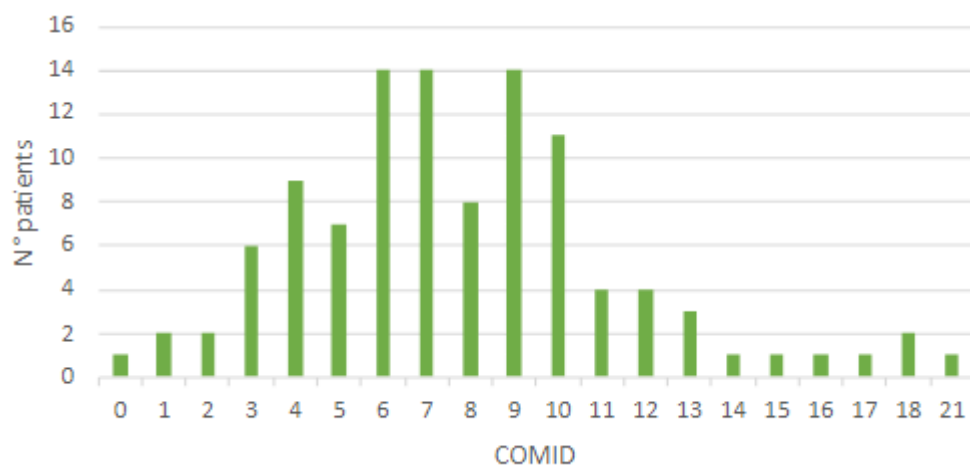
Un gruppo di 106 pazienti composto in parti uguali da uomini e donne con un'età media di 81,7 anni è stato reclutato per l'applicazione reale dello strumento COMID in un periodo di due mesi, con l'obiettivo di valutare la complessità dei pazienti utilizzando questo metodo. L'area di studio si trova a nord-ovest di Firenze ed è prevalentemente urbana, pur includendo alcune zone a bassa densità di popolazione. Nel campione complessivo, 50 pazienti hanno presentato un livello di complessità medio, 29 un livello di alta complessità, mentre 27 hanno mostrato una bassa complessità come risulta dalla seguente rappresentazione:



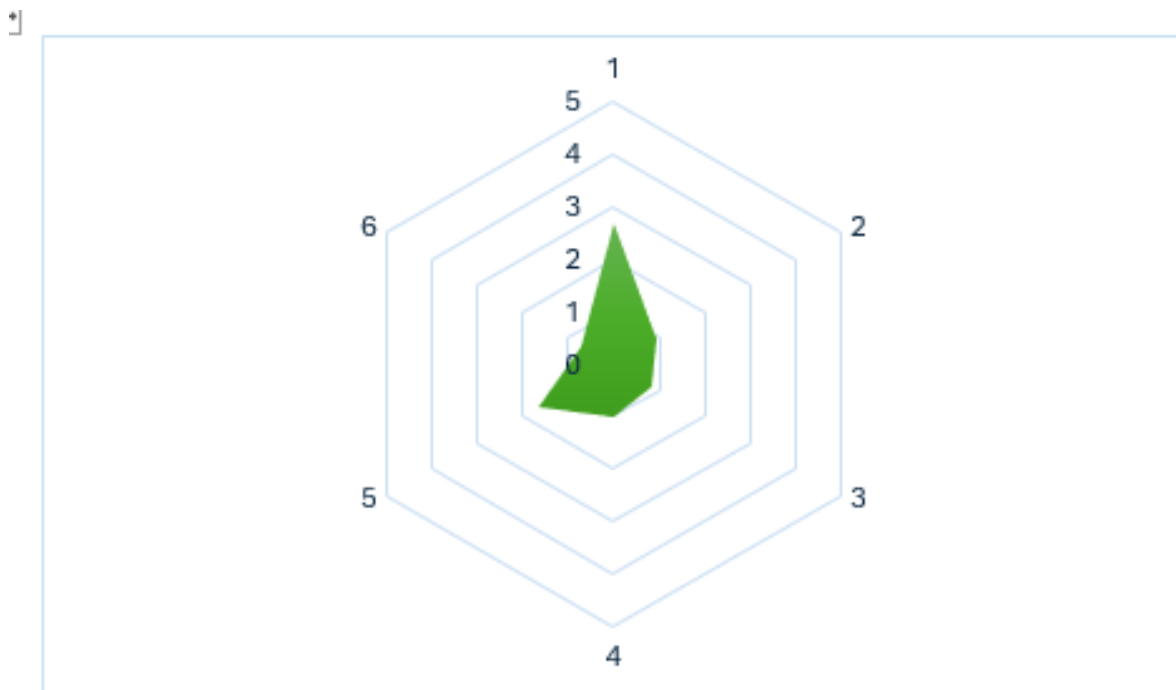
Questa analisi consente di suddividere i pazienti in gruppi omogenei per grado di complessità, facilitando una pianificazione mirata degli interventi sanitari. I risultati evidenziano una distribuzione disomogenea della complessità, con una prevalenza di pazienti a complessità medio-alta (79 su 106, pari al 74,5%). Questo dato

sottolinea la necessità di risorse dedicate per la gestione di pazienti con bisogni più complessi, in particolare in contesti misti urbani e rurali come quello analizzato.

Dopo aver fornito una panoramica su come i pazienti nel campione analizzato si distribuiscono lungo il continuum della complessità assistenziale, viene presentata un'analisi della distribuzione di frequenza basata sui punteggi complessivi ottenuti nella figura successiva:



La distribuzione dei punteggi COMID tra i pazienti varia da un minimo di 0 a un massimo di 21. I punteggi più frequentemente osservati sono 6, 7 e 9, ciascuno dei quali è stato registrato da 14 pazienti. Il punteggio medio del COMID nel campione è di circa 8,1, indicando un livello moderato di complessità assistenziale. Il punteggio mediano è 8, il che significa che metà dei pazienti ha ottenuto un punteggio pari o inferiore a 8, mentre l'altra metà ha punteggi superiori. Questa distribuzione evidenzia una concentrazione di pazienti nella fascia intermedia di complessità. L'analisi suggerisce che la maggior parte dei pazienti rientra in un livello di complessità moderato, un dato rilevante per la pianificazione degli interventi assistenziali. La concentrazione di pazienti in questa fascia media implica la necessità di risorse calibrate su bisogni di complessità non estrema, ma che richiedono comunque un'attenzione significativa per prevenire un aggravamento della situazione clinica. Questi risultati confermano ulteriormente l'utilità del COMID come strumento per identificare e categorizzare la complessità multidimensionale nei pazienti, facilitando l'allocazione mirata delle risorse e la definizione di strategie assistenziali personalizzate. Il punteggio ottenuto con il COMID funge da indicatore che dovrebbe stimolare un'analisi approfondita di ciascun item e sezione, guidata dalla conoscenza professionale della situazione e dalla sua evoluzione nel tempo. I sottopunteggi, insieme al punteggio complessivo, offrono una quantificazione della complessità, permettendo di identificare con maggiore precisione le aree critiche o prioritarie. La rappresentazione dei punteggi su un grafico radiale, come nella figura successiva, consente una visualizzazione sintetica degli elementi che contribuiscono al punteggio totale. Questo approccio fornisce una panoramica chiara e immediata delle dimensioni analizzate, evidenziando eventuali squilibri o concentrazioni di complessità in specifiche aree:



Un simile strumento grafico è particolarmente utile per il confronto longitudinale dei dati, permettendo di monitorare nel tempo i cambiamenti nel profilo di complessità del paziente. Inoltre, facilita la comunicazione tra i membri del team assistenziale, offrendo un supporto visivo efficace per la discussione dei casi e la pianificazione degli interventi. In sintesi, l'uso combinato dei punteggi numerici e della rappresentazione grafica migliora la capacità di interpretare i dati raccolti, promuovendo decisioni cliniche basate su evidenze oggettive e ben strutturate.

Il grafico radiale e la tabella associata forniscono una chiara rappresentazione delle sei dimensioni analizzate attraverso il COMID e dei rispettivi valori medi. Emerge con evidenza che la dimensione più significativa in termini di contributo alla complessità complessiva è quella relativa ai fattori medici/sanitari (valore medio: 2,96). Questo dato indica che le condizioni mediche e sanitarie rappresentano il principale ambito di criticità tra i pazienti analizzati. Le altre dimensioni mostrano un impatto medio-basso, con i fattori di instabilità (1,64) che rappresentano la seconda dimensione più rilevante. Al contrario, le dimensioni come i fattori correlati ai fornitori di cure e al sistema sanitario (0,69) e i fattori mentali che peggiorano lo stato di salute (0,83) contribuiscono in misura minore alla complessità complessiva. Il grafico permette di osservare visivamente una distribuzione asimmetrica, con una concentrazione del punteggio nella dimensione 1, seguita da una decrescita progressiva nelle altre dimensioni. Questa configurazione suggerisce che la gestione della complessità nei pazienti si concentra prevalentemente sulle problematiche mediche e sanitarie, mentre i fattori socioeconomici, comportamentali e legati al sistema sanitario rivestono un ruolo secondario.

In conclusione, i dati suggeriscono la necessità di un'attenzione prioritaria ai fattori clinici nella pianificazione degli interventi, senza però trascurare le altre dimensioni, che potrebbero influenzare indirettamente la complessità generale e l'efficacia delle cure. Questa ponderazione è in linea con la fase attuale di bisogno dei pazienti, riflettendo l'importanza di valutare la loro condizione clinica immediata e l'impatto dell'instabilità cronica sui requisiti di assistenza. I fattori medici e sanitari, che risultano predominanti, sottolineano la necessità di un'attenzione immediata alla gestione clinica, specialmente in situazioni in cui le condizioni di salute compromettono significativamente la qualità della vita o comportano rischi acuti. Parallelamente, l'instabilità cronica rappresentata dai punteggi nella dimensione 5 (fattori di instabilità, 1,64) evidenzia come i pazienti necessitino di un monitoraggio continuo e di interventi preventivi per ridurre il rischio di ulteriori peggioramenti. Questa dimensione assume particolare rilevanza nel contesto della gestione a lungo termine, dove il mantenimento della stabilità clinica diventa essenziale per evitare ospedalizzazioni o complicazioni.

L'approccio proposto dal COMID, quindi, non solo permette di identificare le aree critiche in tempo reale, ma aiuta anche a personalizzare le strategie assistenziali in base alla fase specifica di bisogno del paziente. La combinazione di queste valutazioni consente ai professionisti sanitari di focalizzarsi sugli aspetti più urgenti senza trascurare i fattori a lungo termine che influenzano la complessità generale della cura.

7. SVILUPPI FUTURI

Se la percezione dei professionisti infermieri sulla complessità dell'assistenza domiciliare può essere basata sul COMID, sembra legittimo proporre ai pazienti uno strumento che permetta loro di esprimere il loro punto di vista sulla loro situazione, in modo da renderli davvero partecipi del loro percorso di cura, fino anche a farli diventare soggetti di una vera e propria co-progettazione. Il COMID è stato adattato per gli utenti, e lo strumento che è derivato da questo adattamento ha preso il nome di COMID-P (COMID utente). Questo è composto da sei sezioni (salute fisica, socioeconomico, salute mentale, comportamento, instabilità e sistema sanitario), ciascuno composto da cinque item per un totale di 30 item. Ogni domanda è codificata in modo binario (no = 0; sì = 1), per un punteggio totale di 30. Lo strumento include anche una domanda aperta che recita: «Considera la sua situazione semplice o complessa?». Con questo strumento è possibile un'autovalutazione, sebbene guidati dalle istruzioni del professionista infermiere e costruisce le basi per una negoziazione degli obiettivi di salute da raggiungere.

Questo ultimo sviluppo richiede un modello di assistenza maturo e pazienti consapevoli, e la AUSLTC stima che l'adozione di questo ulteriore strumento sia possibile nel corso dei prossimi anni.

Il miglioramento della qualità dell'assistenza personalizzata, infatti grazie alla valutazione multidimensionale, il COMID consente agli infermieri di pianificare interventi personalizzati, considerando non solo le condizioni fisiche del paziente, ma anche il contesto sociale e familiare. In futuro, questo approccio potrebbe portare ad una maggiore centralità del paziente nel processo decisionale e a un miglioramento della continuità assistenziale, con trattamenti più mirati ed efficaci. Altro aspetto interessante è l'ottimizzazione dell'uso delle risorse sanitarie. È possibile identificare in maniera precoce il livello di complessità di un paziente, assegnando le risorse in maniera più efficiente. Questo riduce sprechi e migliora la gestione delle cure a lungo termine. In una prospettiva futura, potrebbe essere integrato con sistemi di intelligenza artificiale anche attraverso un'adeguata analisi dei dati, per una gestione automatizzata delle risorse e una previsione dei bisogni assistenziali. Il supporto alla telemedicina e alla gestione a distanza il COMID potrebbe essere integrato in piattaforme digitali per monitorare la complessità dei pazienti da remoto. Questo permetterebbe un monitoraggio costante e proattivo delle condizioni del paziente, riducendo la necessità di visite domiciliari frequenti e permettendo agli infermieri di concentrarsi sui casi più complessi. La formazione degli infermieri e miglioramento delle competenze, potrà essere maggiormente valorizzato favorendo un'evoluzione della formazione infermieristica, aumentando la consapevolezza dell'importanza di un approccio multidimensionale. Gli infermieri dovrebbero essere formati non solo su competenze cliniche, ma anche su aspetti psicosociali e gestionali. In futuro, potrebbe essere parte integrante di corsi avanzati per infermieri specializzati nell'assistenza domiciliare. Le strategie organizzative sanitarie spingono sempre più verso la riduzione delle ospedalizzazioni evitabili attraverso una valutazione accurata e alla presa in carico precoce delle situazioni di maggiore complessità, il COMID potrebbe ridurre il rischio di ospedalizzazioni non necessarie, intervenendo prima che le condizioni del paziente peggiorino. Questo risulterebbe in un risparmio dei costi sanitari e un miglioramento della qualità della vita del paziente, promuovendo cure più orientate alla prevenzione e alla gestione proattiva.

Bibliografia:

1. May CR, Johnson M, Finch T. Implementation, context and complexity. *Implement Sci.* 2016;11:1–12.
2. Webster F, Rice K, Bhattacharyya O, Katz J, Oosenbrug E, Upshur R. The mismeasurement of complexity: provider narratives of patients with complex needs in primary care settings. *Int J Equity Health.* 2019;18:1–8.
3. Santé HA. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires?[En ligne]. Saint-Denis La Plaine, France: HAS; 2014.[cité le 17 septembre 2019]. Dispon sur http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf.
4. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med.* 2009;7(4):357–63.
5. VIGANÒ A, PRANDI C. LA COMPLESSITÀ DEL MALATO. 2023;
6. Busnel C, Marjollet L, Perrier-Gros-Claude O. Complexité des prises en soins à domicile: développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Rev Francoph Int Rech Infirm.* 2018;4(2):116–23.
7. Bertolini E, Foletti M. Polifarmacoterapia nell'anziano: quale la corretta presa in carico infermieristica nella sua gestione? Una revisione della letteratura. 2019;
8. Maciocco G. I determinanti della salute: alla ricerca di un conceptual framework. *Salut e Soc Fasc 1,* 2009. 2009;1000–12.
9. Holicky R. Caring for the caregivers: The hidden victims of illness and disability. *Rehabil Nurs.* 1996;21(5):247–52.
10. Pynoos J, Nishita C, Perelma L. Advancements in the home modification field: A tribute to M. Powell Lawton. *J Hous Elderly.* 2003;17(1–2):105–16.
11. May CR, Mair F, Finch T, MacFarlane A, Dowrick C, Treweek S, et al. Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implement Sci.* 2009;4:1–9.
12. May C, Finch T. Implementing, embedding, and integrating practices: an outline of normalization process theory. *Sociology.* 2009;43(3):535–54.
13. Weiner BJ, Lewis CC, Stanick C, Powell BJ, Dorsey CN, Clary AS, et al. Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implement Sci.* 2017;12:1–12.