

**ALESSANDRA VIGANÒ**

MSN, direttrice sanitaria ALVAD Locarno (CH)  
alessandra.vigano@alvad.ch

**CESARINA PRANDI**

PhD, Professore teoria e prassi delle relazioni di cura  
DEASS, SUPSI, Manno (CH)  
autore corrispondente [cesarina.prandi@supsi.ch](mailto:cesarina.prandi@supsi.ch)

## LA COMPLESSITÀ DEL MALATO

### NEL CONTESTO DELLE CURE AL DOMICILIO

#### REVISIONE NARRATIVA DELLA LETTERATURA

##### ABSTRACT

L'osservazione che un numero crescente di utenti sia più difficile da prendere a carico rispetto ad altri, è opinione condivisa di diversi infermieri che operano nel contesto dell'assistenza domiciliare. Non esiste tuttavia una definizione univoca di "complessità" più nel contesto clinico e in altri ambiti, nei quali il termine viene utilizzato con significati ed accezioni diversi. Il ruolo centrale dell'infermiere nel contesto delle cure domiciliari in Svizzera, è dettato dalla sua responsabilità nell'effettuare la valutazione dei bisogni dell'utente, che prevede l'utilizzo di uno strumento standardizzato, che tuttavia non permette di individuare e di conseguenza stratificare l'utente complesso secondo una metodologia Kaiser Permanente. L'impatto della complessità sulle famiglie, i curanti, l'organizzazione sanitaria e i costi sanitari, giustifica l'interesse ad approfondire la tematica, per identificarne le caratteristiche definenti, nonché gli strumenti per misurarla. A tale scopo è stata condotta una revisione narrativa della letteratura dal 2005

al 2020, in lingua inglese, francese, tedesca e italiano.

##### Conclusioni

I risultati della presente revisione narrativa della letteratura evidenziano che la complessità del paziente è un concetto su cui c'è ancora poca uniformità interpretativa. La complessità è caratterizzata da diversi elementi che interagiscono tra di loro in modo non lineare, a loro volta difficili da definire e misurare. I diversi modelli concettuali, che si basano su presupposti concettuali differenti, delineano tuttavia alcune sue caratteristiche definenti quali: polipatologia, status socio economico, condizione fisica e clinica, stato di salute mentale, caratteristiche demografiche, capitale sociale, vissuto di malattia e fattori legati all'erogazione dell'assistenza sanitaria.

##### PAROLE CHIAVE

Paziente complesso, cure domiciliari, strumenti, definizione.

## ABSTRACT

The observation that an increasing number of patients are more difficult to care for than others is the consensus opinion of several nurses working in the home care setting. However, there is no clear definition of complexity in the clinical and other settings, where the term is used with different meanings. The central role of the nurse in the home care setting in Switzerland is dictated by his or her responsibility in conducting the assessment of the patient's needs, which requires the use of a standardized tool, which, however, does not allow for the identification and consequently stratification of the complex patient according to a Kaiser Permanente methodology. The impact of complexity on families, caregivers, the health care organization, and health care costs justifies the interest in exploring the issue further, to identify its defining characteristics, as well as exploring the tools to measure it. To this end, a narrative review of the litera-

ture from 2005 to 2020 was conducted in English, French, German, and Italian.

## CONCLUSIONS

The results of this narrative review of the literature highlight that patient complexity is a concept that is difficult to define in an unambiguous way. Complexity is characterized by several elements that interact with each other in nonlinear ways, which in turn are difficult to define and measure. However, the different conceptual models, which are based on different conceptual assumptions, outline some of its defining characteristics such as: poly pathology, socioeconomic status, physical and clinical condition, mental health status, demographic characteristics, social capital, experience of illness, and factors related to health care delivery.

## KEY WORDS

Home care complex patient; complexity definition; patient complexity instrument.

## INTRODUZIONE

L'importanza di indagare la tematica della complessità nel contesto delle cure a domicilio nasce da diversi aspetti.

Gli infermieri sul territorio notano che un numero crescente di malati è difficile da prendere a carico rispetto ad altri. Pazienti che richiedono servizi complementari della rete di supporto o interventi infermieristici specializzati risultano particolarmente complessi da assistere.

Non esiste una definizione univoca di "complessità" nel contesto clinico e in altri ambiti nei quali il termine è utilizzato con diverse accezioni.

In Svizzera, come in altri pae-

si, la valutazione dell'utente a domicilio è di competenza infermieristica e prevede l'uso di uno strumento standardizzato, l'InterRAI-HOMECARE, che esplora in modo dettagliato le diverse dimensioni dei bisogni sanitari dell'utente nel suo contesto domiciliare.

Tuttavia, questo strumento non permette di individuare e di conseguenza stratificare gruppi di malati complessi secondo una metodologia Kaiser Permanente.

La persona malata complessa richiede una maggiore quantità di risorse, e con l'invecchiamento progressivo della popolazione e un aumento delle malattie croniche, ci si aspetta

nel prossimo futuro un aumento del numero di pazienti complessi a domicilio.

Questa situazione avrà impatto sulle famiglie, i curanti, l'organizzazione sanitaria e i costi sanitari. L'indagine sulla complessità nell'ambito delle cure domiciliari è fondamentale sia per gli infermieri che lavorano sul territorio che per l'organizzazione sanitaria, in vista dell'aumento previsto nel futuro. In letteratura ci sono numerose risorse disponibili che possono concorrere a fornire un quadro di riferimento sullo stato dell'arte, per gli infermieri che intendono implementare le cure a domicilio secondo un approccio per complessità.

## ■ BACKGROUND

La situazione e l'evoluzione demografica attesa (ISTAT, 2021) giustificano l'interesse per indagare la complessità. La piramide dell'età della popolazione (Population Mondo, 2023) ha assunto nel corso degli ultimi anni sempre più una forma ad "urna", sinonimo di una bassa natalità e di una marcata presenza di persone anziane. L'innalzamento dell'età media della popolazione si associa ad una maggiore vulnerabilità, polimorbilità e cronicità, che hanno un effetto anche sulla presa a carico al domicilio. I dati disponibili (Ufficio federale di statistica, UST, 2023) evidenziano che nel corso degli anni la quota di ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione è costantemente aumentata.

pllessita' al centro degli interessi dei clinici, dei ricercatori e dei responsabili della politica sanitaria.

L'attenzione alla tematica è rivolta non solo verso una sua definizione e quantificazione, ad esempio studiando modelli di rimborso specifici, ma anche allo scopo di approfondire aspetti di pratica clinica, per migliorare la qualità dell'esperienza dei pazienti (Schaink et al., 2012).

A livello organizzativo l'interesse per questa tematica è motivato innanzitutto dal fatto che il malato complesso è ad alto assorbimento di risorse (Hochman & Asch, 2016; Salisbury et al., 2011; Fleishman & Cohen, 2010; Conwell & Cohen, 2005). Risulta inoltre che una relativamente piccola percentuale di pazienti definiti complessi, assorbe una grossa percentuale di risorse disponibili (Shah et al., 2017).

L'evoluzione demografica lascia presagire ad un aumento del numero dei malati complessi al domicilio. I dati disponibili relativi alla popolazione, al suo stato di salute e ai servizi di assistenza e cura a domicilio nazionali, mettono in evidenza che l'invecchiamento progressivo e un aumento del numero di

individui che soffrono di malattie croniche impattano e a maggior ragione lo faranno per gli anni futuri, sulle famiglie, sui curanti, sull'organizzazione sanitaria e sui costi sanitari (UST, 2022). Dai 75 anni la metà della popolazione soffre

di problemi di salute di lunga durata (UST, 2023).

Con l'avanzamento dell'età le persone soffrono spesso non solo di una, ma di più patologie contemporaneamente; tra cinquantenni questo fenomeno si attesta al 10%, mentre tra gli ottantenni supera il 30% (Ufficio Federale Sanità Pubblica, UFSP, 2016). I servizi di assistenza e cura al domicilio garantiscono prestazioni di cura ed assistenza ad ogni persona che si trova in difficoltà a causa di malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà sociofamigliari. Le prestazioni erogate da questi servizi possono essere temporanee o durature, preventive o riabilitative e sono erogate presso la dimora abituale dell'utente con lo scopo favorirne la permanenza al domicilio. Esse includono le cure medico-terapeutiche, le cure di base, gli aiuti di economia domestica, la consulenza igienico, sanitaria e sociale, l'informazione e l'attivazione delle risorse disponibili sul territorio e l'educazione e la prevenzione sanitaria.

L'offerta di cure e assistenza a domicilio erogata da Servizi di interesse pubblico in Svizzera, è sussidiaria rispetto alle risorse personali e familiari dei malati. La valutazione infermieristica, in Svizzera, contesto in cui si rende necessaria questa revisione della letteratura, prende in considerazione i bisogni assistenziali, le risorse e i desideri del paziente stesso e si attua con la compilazione di un formulario standardizzato (InterRAI-HC), e con l'allestimento di un piano di cure personalizzato.

Le importanti sfide attuali in campo assistenziale, dettate principalmente da dimissioni ospedaliere precoci, dai costi sanitari sempre crescenti delle cure e dall'evoluzione demografica della popolazione, hanno portato il tema della com-



Il modello di raccolta dei dati è strutturato in sezioni, ciascuna delle quali contiene un certo numero di item, con definizioni e categorie uniformi relative alla dimensione specifica indagata.

Lo strumento di valutazione InterRAI-HC è uno strumento valutativo che permette la raccolta di dati, che costituisce la base per molteplici applicazioni quali: strumenti di supporto alle decisioni cliniche, sistemi di classificazione case-mix, miglioramento della qualità, misure di monitoraggio e algoritmi di screening per individuare gruppi prioritari o identificare il rischio relativo di esiti avversi.

La mancanza di una definizione condivisa di complessità tra gli attori coinvolti nel processo di cura, tuttavia, costituisce un ostacolo importante nella sua interpretazione e misurazione (Guarinoni et al., 2015; Guarinoni et al., 2014; Schaink et al., 2012).

La finalità di questo articolo è di rendere disponibile una rassegna sul concetto di complessità del paziente, nel setting assistenziale domiciliare.

## ■ OBIETTIVI DELLA REVISIONE NARRATIVA

I quesiti che hanno guidato la definizione della problematica da indagare sono stati:

- Come si definisce in concetto di complessità del paziente a domicilio?
- Quali sono gli strumenti di misurazione della complessità del paziente a domicilio?

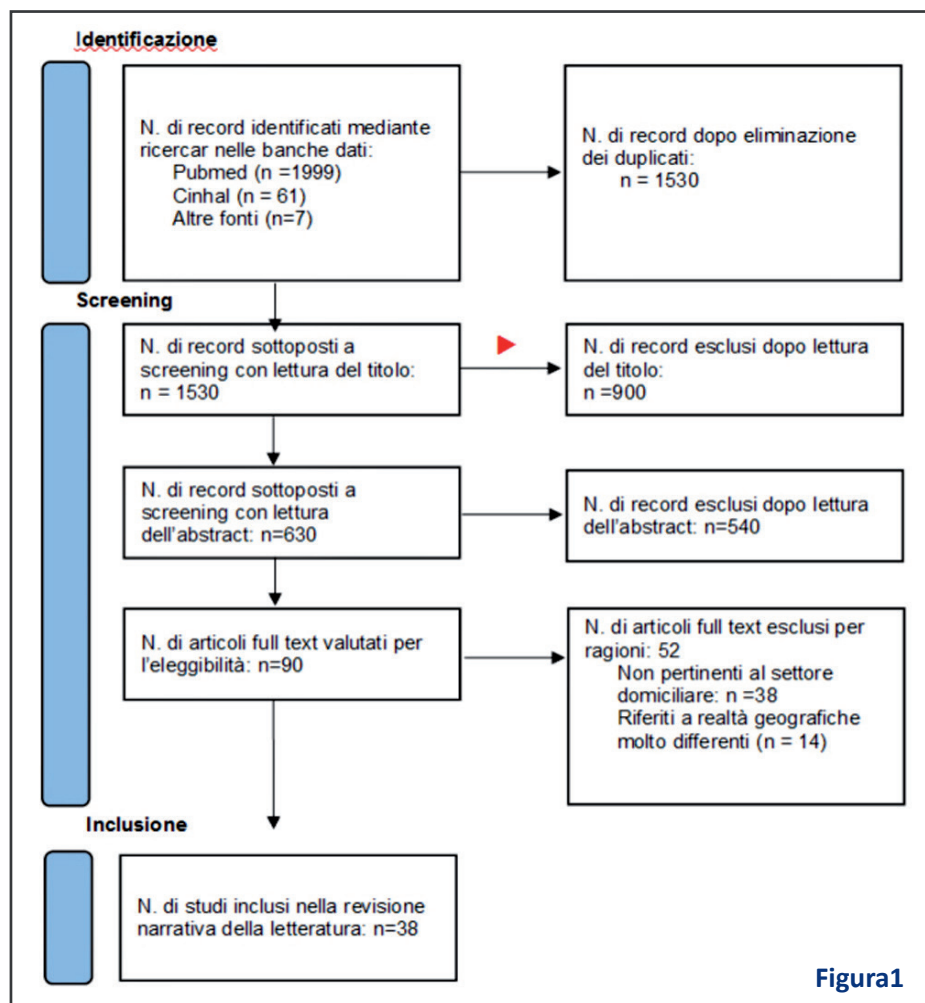


Figura1

- Quale definizione di complessità viene data dagli operatori sanitari (medici ed infermieri).
- ▶ *Patient complexity model AND primary care NOT hospital.*

## ■ METODOLOGIA

Per condurre il presente lavoro è stato seguito il processo indicato da Saiani, Brugnolli (2010).

Sono state consultate le Banche dati PubMed, CINHAL, Cochrane. Le keyword utilizzate ai fini della ricerca nelle banche dati, sono state incrociate con gli operatori booleani e rappresentate dalla composizione delle seguenti stringhe di ricerca, consultando risorse open access:

- ▶ *Complex patient definition AND home care.*

Sono stati utilizzati i limiti per la ricerca inerenti lingua inglese, francese, tedesca e italiano, l'anno di pubblicazione dal 2005 al 2020, e l'età adulta. Per la selezione delle risorse da inserire nella revisione è stato utilizzato il diagramma Prisma (2009). La prima scelta degli articoli è stata svolta leggendo il titolo; successivamente gli articoli/studi che presentavano elementi rilevanti nel titolo, sono stati selezionati per una lettura dell'abstract. In ultimo sono stati selezionati per una lettura full-text gli articoli ritenuti pertinenti dopo lettura dell'abstract (Figura1).



## ■ RISULTATI

Con l'applicazione delle stringhe di ricerca sopra esposte sono stati ottenuti i seguenti articoli: in Pubmed '999, in Cinhal 61 e nella banca dati Cochrane non sono stati trovati articoli. Dal totale degli articoli ottenuti, ne sono stati selezionati 38, applicando i criteri di maggior pertinenza e trasferibilità al setting domiciliare, riportati in Figura 1.

Lo sviluppo della tematica della complessità nel settore sanitario è datato alla fine degli anni '50 in corrispondenza della formulazione dei primi strumenti per la valutazione dei carichi di lavoro (John Hopkins Method 1970; Rhys Hearn Method, 1970; New York Method 1953),

allo scopo di definire il fabbisogno di infermieri di ogni reparto ospedaliero (Guarineri et al., 2015).

L'introduzione della scala "Cumulative Illness Rating Scale" nel 1968 rappresenta il primo riscontro che la compresenza di più malattie nello stesso soggetto, richiede particolare attenzione e valutazione specifica (Manning & Gagnon, 2017). La scala ideata da Linn et al. (1968) fornisce una prima cornice concettuale della multimorbidità come risultato di una equazione addittiva (Manning & Gagnon, 2017). Negli anni successivi si assiste ad una proliferazione di termini rispetto alla definizione di complessità relativa al paziente, partendo dal termine "comorbidità" a cui

seguirono: "multimorbidità", "polipatologia" ed altri ancora (Manning & Gagnon, 2017). La letteratura sulla tematica del paziente complesso riporta che la multimorbidità è il concetto più indagato (Schaink et al., 2012). È interessante notare che la stessa multimorbidità è difficile da definire e misurare a causa delle molteplici variazioni nella sua definizione e studio, in termini di numero e tipologia di malattie, contesto ed aspetti demografici (Schaink et al., 2012). L'avvento della teoria della complessità fornisce in seguito un importante contributo all'evoluzione del concetto della complessità, che va oltre gli approcci tradizionali di tipo riduzionistico e risolutivo ("reduce & resolve") applicati fino a

quel momento sia nella pratica clinica che a livello organizzativo (Plsek & Greenhalgh, 2001). Il paziente che prima era considerato come un singolo soggetto affetto da una patologia che necessita di un trattamento, viene inserito all'interno di un sistema costituito da vari elementi, quali la pratica clinica, l'organizzazione, la gestione delle informazioni, la ricerca e la formazione, interconnesse tra di loro da relazioni non lineari e poco predicibili (Plsek & Greenhalgh, 2001).

Gli stessi autori evidenziano che nei sistemi complessi l'imprevedibilità e il paradosso siano sempre presenti e alcuni elementi rimangano in ogni caso difficili da conoscere (Plsek & Greenhalgh, 2001). Si assiste pertanto ad un cambio di paradigma caratterizzato dallo spostamento del focus sulle patologie del paziente, ad una visione in cui la persona opera all'interno di una gamma diversificata e complessa di relazioni sociali e ambientali (Manning & Gagnon, 2017). Peek (2014) rafforza questo concetto definendo la complessità come ciò che si percepisce quando non si ha a disposizione un algoritmo per quello che si ha davanti, dato che un algoritmo viene utilizzato per la misurazione di una malattia e non di un paziente inteso come persona. Inoltre la complessità del paziente determina una presa a carico spesso fuori dagli standard abituali, ed emerge in situazioni di cura in cui le linee guida disponibili non sono applicabili "tout court" (Peek et al., 2009; de Jonge et al., 2006).

La complessità, indipendentemente dalla sua sorgente, determina spesso la necessità di includere nel piano di cura una negoziazione con il paziente, relativamente agli obiettivi da raggiungere e gli interventi di cura (Safford et al., 2007). Da un lato quindi si evidenzia la difficoltà di identificare e caratterizzare il paziente complesso a causa della poca chiarezza sulla sua definizione, e dall'altro emerge l'intento e la necessità di riuscire a misurarla per poterne quantificarne gli effetti sia da un punto di vista clinico, che di costi.

L'analisi di concetto, come evidenziato da Kramer (1993), assume particolare rilevanza, dato che è centrale per lo sviluppo di una teoria; in altri termini l'obiettivo è di comprendere come le parole generino delle cose. Il raggiungimento di una maggiore chiarezza concettuale è inoltre necessario sia per facilitare la comunicazione tra i vari attori del processo di cura, sia per la definizione di obiettivi comuni (Manning & Gagnon, 2017). Da uno studio qualitativo su come medici di medicina generale concettualizzino la complessità del paziente emerge che essi la definiscono come un concetto multidimensionale che incorpora la malattia somatica, mentale, problematiche di tipo socioeconomico e/o comportamenti od attributi che rendono difficile e complicata la cura delle malattie croniche (Loeb et al., 2015). La complessità viene percepita dai medici nelle situazioni di cura in cui non è possibile implementare le linee guida disponibili e quando il pazien-

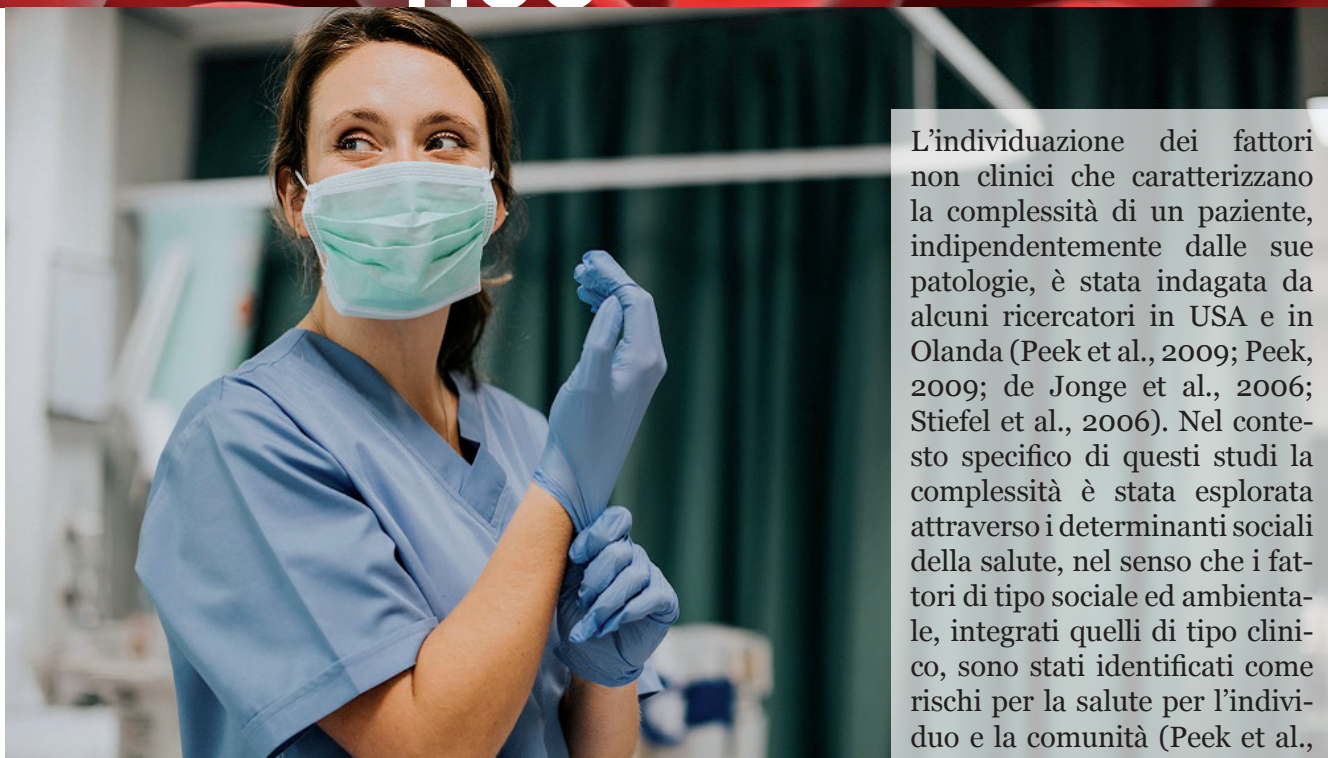
te porta il medico a pensare a lui "all'esterno della sala visite" (Loeb et al., 2015; Peek et al., 2009). I risultati di uno studio condotto da Guarinoni e colleghi (2015) evidenziano che gli infermieri ospedalieri identificano la complessità assistenziale come un set di fattori eterogenei, che includono il paziente caratterizzato da multidimensionalità, i compiti relativi al ruolo assistenziale e l'organizzazione nella quale essi operano.

Lo studio descrive che in un assistito sono presenti sia bisogni oggettivi che possono essere misurati, sia degli elementi difficili da descrivere e quantificare, quali l'unicità dell'esperienza soggettiva di malattia, che si crea in relazione alla propria cultura, emozioni, desideri e significati che il singolo attribuisce alla vita, al dolore e alla morte (Guarinoni et al., 2015). È interessante rilevare che gli infermieri ed i medici ritengano che il concetto di complessità sia strettamente correlato al carico di lavoro, in cui il fattore tempo gioca un ruolo cruciale: il tempo viene vissuto come un nemico contro cui combattere perchè viene considerata una risorsa limitata (Upshur, 2016; Porter, 2015; Guarinoni et al., 2015; Grant et al., 2011). Nello studio di Weydt (2009) si rileva che nell'infermieristica, la complessità può essere considerata una proprietà di particolari ruoli organizzativi, definita come complessità lavorativa. Un recente studio nel contesto di cure acute ospedaliere in Svizzera sulla complessità assistenziale relativa al paziente, riporta risultati ambivalenti per

quanto riguarda il modo in cui gli infermieri intervistati sperimentano le situazioni complesse (Kentischer et al., 2018). Le condizioni del contesto e le caratteristiche personali degli infermieri assumono un ruolo chiave nella percezione della complessità che viene vissuta pertanto o come sfida positiva o come un carico difficile da gestire (Kentischer et al., 2018). Webster e colleghi in un recente studio pubblicato nel 2019 partono dal presupposto che sia necessario studiare maggiormente i processi di cura che sono necessari nel trattamento pazienti complessi. In effetti i ricercatori sulla tematica della complessità si sono maggiormente concentrati sulla sua definizione basandosi principalmente sull'utilizzo di dati che identifichino quali pazienti sperimentino il più alto numero di comorbidità, e su quelli ad alto assorbimento di risorse (Webster et al., 2019). Il concetto stesso di complessità del paziente non si associa facilmente a quanto possa essere difficile prendersi cura di un dato paziente e per questo motivo lo studio, attraverso un metodo di ricerca etnografico, indaga come i fornitori di cure primarie, quali medici ed infermieri, definiscano, incontrino e gestiscano pazienti complessi, specialmente quelli affetti da dolore cronico (Webster et al., 2019). La particolarità di questo studio è di essere fondato sulla pratica clinica dell'assistenza dei pazienti definiti complessi, andando oltre le descrizioni narrative generali della complessità (Webster et al., 2019).

I risultati della ricerca indicano che gli operatori sanitari definiscono la complessità del paziente non tanto legata al numero di patologie di cui è affetto, ma quanto allo status socio-economico (Webster et al., 2019). Problematiche quali la povertà, i traumi, disturbi di salute mentale sono considerate delle difficili sfide per gli operatori sanitari, in parte perché gli interventi necessari superano l'ambito della loro esperienza medica, e allo stesso tempo le problematiche di tipo sociale complicano il trattamento di problemi di tipo medico (Webster et al., 2019). Anche Grant et al. (2011) hanno evidenziato in studi meno recenti, che i pazienti ritenuti complessi, avevano maggiori probabilità di risiedere in aree a basso reddito, avere basso grado di scolarizzazione e necessitare di trattamenti di supporto psichiatrico. Inoltre, gli stessi ricercatori hanno rilevato che tra i pazienti più giovani, i pazienti ritenuti complessi avevano maggiori probabilità di essere donne, essere membri di una minoranza etnica, aver avuto un test delle urine positivo per uso di droghe o alcol, aver avuto una diagnosi di alcolismo o epatite C (Grant et al., 2011). Le differenze nelle definizioni del paziente complesso riflettono dei presupposti concettuali diversi e questo mette in risalto l'importanza di considerare le prospettive e gli scopi che ci si pone nel momento in cui si sceglie un modello che illustra e descrive la complessità (Loeb et al., 2015). La letteratura mette a disposizione svariati

modelli concettuali e strumenti che descrivono il paziente complesso (Shukor et al., 2019; Busnel et al., 2018; Grembowski et al., 2014; Pratt, et al., 2014; Schaink et al., 2012; Shippee, et al., 2012; Kannampallil et al. 2011; Peek et al., 2009; Hirdes et al., 2008; Lobo et al., 2008; Safford et al., 2007; de Jonge et al., 2001a). La revisione tematica sulla complessità del paziente condotta da Schaink et al. (2012) propone un modello di complessità utile ad identificare gli elementi rilevanti del paziente affetto da malattie croniche, partendo dal presupposto che questa categoria di pazienti costituisce l'apice del triangolo del diagramma Kaiser Permanente, che rappresenta l'1-5% dei pazienti cronici complessi identificati dal modello di Kaiser. Tali fattori descriventi la complessità del paziente sono: la condizione clinica e fisica; lo stato di salute mentale; le caratteristiche demografiche; il capitale sociale e il vissuto esperienziale di salute e sociale (Schaink et al., 2012). Si denota che la complessità del sistema paziente non deriva solo da una serie di fattori ma anche dalle interrelazioni tra le varie componenti caratterizzate da comportamenti non lineari e difficilmente scomponibili (Kannampallil et al., 2011). Gli stessi autori riportano che per poter studiare un sistema complesso ci si debba concentrare sul giusto livello di descrizione, identificando la granularità appropriata e le giunzioni tra le componenti funzionali, una volta identificati i singoli elementi (Kannampallil et al.,



L'individuazione dei fattori non clinici che caratterizzano la complessità di un paziente, indipendentemente dalle sue patologie, è stata indagata da alcuni ricercatori in USA e in Olanda (Peek et al., 2009; Peek, 2009; de Jonge et al., 2006; Stiefel et al., 2006). Nel contesto specifico di questi studi la complessità è stata esplorata attraverso i determinanti sociali della salute, nel senso che i fattori di tipo sociale ed ambientale, integrati quelli di tipo clinico, sono stati identificati come rischi per la salute per l'individuo e la comunità (Peek et al.,

2009; Safford et al., 2007). Su questa linea di ricerca Safford e colleghi (2007), hanno sviluppato un modello vettoriale della complessità che ritrae e descrive le interazioni tra le forze di tipo biologico, socioeconomico, culturale, ambientale e comportamentale identificate come determinanti di salute, descritte in un sistema di vettori in cui la congruenza tra paziente, medico e sistema sanitario è essenziale per una presa a carico efficace e centrata sul paziente (Safford et al., 2007). Nel modello vettoriale ogni determinante è rappresentato da un vettore che influenza la direzione e la grandezza della complessità di un paziente (Safford et al., 2007). Un limite all'utilizzo di questo modello è l'applicazione del calcolo vettoriale matematico per determinanti di salute, privi di connotazione matematica (Shaink et al., 2012). Gli ulteriori strumenti individuati in letteratura per la misurazione della complessità in termini biopsicosociali sono quattro (vedi Tabella n.1).

2011; Goldenfeld & Kadanoff, 1999). Il modello sviluppato dal Multiple Chronic Conditions Research Network per sintetizzare i contenuti rilevanti sulla presa a carico dei pazienti affetti da patologie croniche multiple, definisce la complessità come un gap tra i bisogni dei pazienti ed i servizi disponibili (Grembowski et al., 2014).

Il modello evidenzia la necessità di adattamento del sistema sanitario ai bisogni dinamici del paziente e si focalizza sia sulla qualità dell'outcome clinico ma anche sull'esperienza e la qualità di vita del paziente (Grembowski et al., 2014). Il modello è stato testato nel contesto della progressione dell'obesità tra i pazienti complessi e nella realizzazione di una struttura mobile di cura come ponte tra una visita medica e la successiva per la popolazione sottoservita (Grembowski et al. 2014). Shippee e colleghi (2012) sono invece partiti da una definizione di complessità del paziente che include ed

integra i fattori clinici e sociali che si accumulano ed interagiscono tra di loro e rendono pertanto un paziente complesso. Essi sviluppano un modello di complessità cumulativa al centro del quale è presente un meccanismo centrale, interno al paziente, che regola l'equilibrio tra il carico dei bisogni e la capacità del paziente stesso di gestire tali bisogni (Shippee et al., 2012). Il carico dei bisogni viene studiato in termini di impatto degli stessi, intesi come bisogni di cura e di self care, sul tempo e sull'energia che il paziente possiede (Shippee et al., 2012). La capacità riguarda invece l'abilità di gestire il carico attraverso l'attivazione di risorse sociali e di literacy (Shippee et al., 2012). È interessante rilevare che il focus dei ricercatori è principalmente concentrato sul paziente e sui suoi attributi clinici (diagnosi e patologie) e non clinici, che interferiscono nella presa a carico e nel raggiungimento degli obiettivi di cura attesi.



**Tabella n.1 Tabella Strumenti di indagine sulla Complessità assistenziale a domicilio**

INTERMED (de Jonge et al., 2001)	MCAM (Peek et al., 2009)	MPAM (Pratt et al., 2015)	COMID (Busnel et al., 2018)
<p>L'obiettivo di INTERMED è quello di fornire una valutazione rapida, ma completa, di una situazione individuale finalizzata alle cure mediche che supporta la pianificazione del caso individuale.</p> <p><b>Nello specifico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accerta la complessità di un caso clinico, operazionalizzando il modello biopsicosociale;</li> <li>▶ Permette di identificare le peculiarità che rappresentano un ostacolo alla cura</li> <li>▶ Permette di porre indicazione per una presa a carico multidisciplinare</li> </ul>	<p>La Mini-ICF-APP (MCAM) è uno strumento che si focalizza sull'“asse sociale/assistenziale” e ha lo scopo di integrare la valutazione per diagnosi e la complessità. Pone una maggiore enfasi sulla complessità sociale, evitando così di essere una semplice scala di malattia.</p>	<p>Il PCAM è uno strumento sistematico che aiuta a identificare i fattori che influenzano le condizioni dei pazienti. Fornisce un metodo per comprendere meglio le esigenze dei pazienti al di là delle loro condizioni mediche. L'approccio è orientato all'azione, con la sezione finale focalizzata sulle azioni da intraprendere per affrontare le esigenze e le questioni identificate nella valutazione. Inoltre, si concentra sul livello di coordinamento del servizio necessario per garantire che il paziente possa accedere ai rinvii in modo pratico.</p>	<p>Lo strumento di valutazione specifico della complessità multidimensionale per la pratica infermieristica a domicilio. Il COMID è compilato da un professionista esperto nella valutazione e che conosce bene la situazione dell'utente in seguito alla valutazione globale standardizzata (RAI-HC) e/o in preparazione di una riunione per la dimissione o di coordinamento interprofessionale. Nello specifico: è un aiuto decisionale per identificare gli elementi di complessità e non uno strumento per classificare la complessità.</p>

<p><b>Variabili:</b></p> <p><b>Biologiche:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Cronicità (Storia della malattia)</li> <li>▶ Dilemma diagnostico</li> <li>▶ Gravità dei sintomi/ menomazione</li> <li>▶ Problema diagnostico/ terapeutico</li> <li>▶ Complicanze e minaccia per la vita</li> </ul> <p><b>Psicologiche:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Barriere al coping</li> <li>▶ Disfunzioni psichiche</li> <li>▶ Reazioni ai trattamenti</li> <li>▶ Sintomi psichiatrici</li> <li>▶ Trattamenti psichiatrici</li> </ul> <p><b>Sociali:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Lavoro, sostegno</li> <li>▶ Disfunzioni sociali</li> <li>▶ Instabilità residenziale</li> <li>▶ Supporti sociali</li> <li>▶ Vulnerabilità sociale</li> </ul> <p><b>Sistema di cure:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accesso alle cure</li> <li>▶ Esperienze di trattamento</li> <li>▶ Organizzazione delle cure</li> <li>▶ Coordinamento delle cure</li> <li>▶ Impedimenti all'accesso alle cure</li> </ul>	<p><b>Variabili cliniche (in uso)</b></p> <p><b>- Complessità medica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Quante malattie</li> <li>▶ Quanto cronico</li> <li>▶ Quanto grave</li> <li>▶ Quanto è difficile da gestire</li> <li>▶ Quanto sono impegnative le loro interazioni.</li> </ul> <p><b>Variabili sociali (MCAM)</b></p> <p><b>Complessità non medica-</b></p> <p><b>Domini:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Malattia: livelli di menomazione e incertezza diagnostica</li> <li>▶ Prontezza: angoscia, distrazione, disponibilità a impegnarsi</li> <li>▶ Sociale: sicurezza sociale, sostegno e partecipazione</li> <li>▶ Sistema sanitario: organizzazione dell'assistenza e delle relazioni</li> <li>▶ Risorse per l'assistenza: linguaggio comune, assicurazione adeguata</li> </ul>	<p><b>Variabili:</b></p> <p><b>Salute e benessere:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Bisogni di salute fisica</li> <li>▶ Problemi di salute fisica che incidono sul benessere mentale</li> <li>▶ Lo stile di vita influisce sul benessere mentale</li> <li>▶ Altre preoccupazioni sul benessere mentale</li> </ul> <p><b>Contesto sociale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ambiente domestico: sicurezza e stabilità</li> <li>▶ Attività quotidiane che incidono sul benessere</li> <li>▶ Rete sociale</li> <li>▶ Risorse finanziarie</li> </ul> <p><b>Alfabetizzazione sanitaria e comunicazione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Comprensione della condizione di salute e di benessere</li> <li>▶ Partecipare a discussioni sull'assistenza sanitaria.</li> </ul>	<p><b>Variabili:</b></p> <p><b>Stato di salute:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Malattie</li> <li>▶ Dolore</li> <li>▶ Polimedicazione</li> <li>▶ Disturbi cognitivi</li> </ul> <p><b>Fattori socio-economici:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ difficoltà finanziarie</li> <li>▶ assenza o esaurimento del familiare curante</li> <li>▶ Isolamento sociale</li> </ul> <p><b>Salute mentale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Depressione</li> <li>▶ Malattia psichiatrica dipendenza</li> <li>▶ Ansietà o angoscia</li> </ul> <p><b>Comportamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sollecitazioni ricorrenti</li> <li>▶ Comunicazione ambivalente</li> <li>▶ Aggressività</li> <li>▶ Opposizione</li> </ul> <p><b>Instabilità:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Deterioramento dello stato di salute</li> <li>▶ Modifica del grado d'indipendenza</li> <li>▶ Modifica delle capacità cognitive</li> </ul> <p><b>Attori:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Numerosi servizi interessati</li> <li>▶ Incoerenza terapeutica</li> <li>▶ Problemi assicurativi</li> <li>▶ Carico emotivo, o fisico</li> </ul>
---	--	---	---

Individuale Tempo stimato 20 m'	Individuale, in team	Individuale, in team	Individuale, in team. Lo strumento può essere completato in pochi minuti (20') ed essere utilizzato periodicamente quando la situazione lo richiede.
		Azioni da intraprendere: Cure di routine; Attività di monitoraggio Pianificazione nuove azioni Attività in corso	Ogni voce deve essere compilata con «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.



Nel modello teorico, che scaturisce da diversi workshop ed incontri con panel di esperti nel settore (Delphi panel), vengono definiti i fattori che caratterizzano il livello meso della complessità, quali i fattori aggravanti legati al servizio di assistenza e cura a domicilio e al contesto familiare (familiari/parenti).

I workshops con i rappresentanti delle organizzazioni Spitemex svizzere e un Delphi panel, hanno permesso infatti di aggiungere degli elementi e di adattare il modello di complessità proposto, discutendo i punti ritenuti critici.

A livello macro i fattori che potrebbero generare complessità sono legati alla molteplicità dei servizi che ruotano attorno allo stesso caso, alle crescenti aspettative da parte degli uten-



ti/clienti, alla lontananza dei figli dal nucleo parentale. Nel dettaglio sono stati identificati sette fattori che caratterizzano la complessità a domicilio: fattori di salute somatica, fattori di salute psichiatrica, comportamento di vita quotidiana degli utenti, fattori socio-economici, instabilità clinica, fattori aggravanti legati al comportamento dei caregiver e fattori aggravanti legati al fornitore dei servizi.

## ■ CONCLUSIONI

I risultati della presente revisione narrativa della letteratura evidenziano che la complessità del paziente è un concetto su cui c'è ancora poca uniformità interpretativa e difficoltà di definizione. La complessità è caratterizzata da diversi elementi che interagiscono tra di loro in modo non lineare, a loro volta difficili da definire e misurare, nonostante i suoi effetti siano ben evidenti nella pratica clinica quotidiana. Dalla letteratura emerge una grande variabilità di studi e di ricerche, ciascuno dei quali si associa ad una specifica definizione di complessità, che a sua volta si basa su presupposti concettuali diversi. Ne deriva pertanto una certa eterogeneità di modelli teorici e strumenti che possono essere utilizzati per descrivere il paziente, nell'intento di riuscire a misurarne la complessità, per poterne quantificare i suoi effetti sia clinicamente, che da un punto di vista economico.

I diversi modelli concettuali che affrontano la complessità del paziente, delineano alcu-

ne sue caratteristiche definenti quali: polipatologia, status socio economico, condizione fisica e clinica, stato di salute mentale, caratteristiche demografiche, capitale sociale, vissuto di malattia e fattori legati all'erogazione dell'assistenza sanitaria. Risulta rilevante, come affermato da Loeb e colleghi (2015), definire con precisione le prospettive e gli scopi che ci si pone, nel momento in cui si sceglie un modello che la illustri o la descriva. In funzione del contesto di cura, sarà quindi fondamentale l'individuazione del modello di complessità che si riferisca ad una definizione concettuale di complessità chiara e condivisa con i curanti e gli attori della rete.

La possibilità offerta da alcuni strumenti, COMID per citarne uno recente, di misurare la complessità dell'utente a domicilio, permette da un lato di avere una istantanea oggettiva della situazione e degli elementi su cui è prioritario intervenire e dall'altro di poter confrontarsi con altre realtà di cura.

Lo strumento COMID (Busnel et al., 2018), pensato per l'utilizzo da parte degli infermieri delle cure domiciliari, e progettato da un team di ricerca svizzero, potrebbe diventare in un prossimo futuro un valido aiuto per identificare l'u-

tente complesso a domicilio. Attualmente è stato sottoposto ad uno studio di validazione in lingua italiana in Canton Ticino (Levati et al., 2022). Si reputa interessante il fatto che, al di là dei modelli teorici che si sono sviluppati nel corso dei decenni, la concettualizzazione della complessità è percepita in modo molto eterogeneo tra i vari operatori sanitari. In modo particolare negli studi consultati che coinvolgono i medici di medicina generale, essa viene definita come un concetto multidimensionale che incorpora diversi aspetti della malattia e problematiche non prettamente sanitarie, quali la condizione socio-economica (Loeb et al., 2015). La percezione di complessità è documentata dai medici nei casi in cui le linee guida disponibili non risultano più sufficienti a fornire risposte valide al bisogno di cure del paziente (de Jonge et al., 2006; Peek et al., 2009; Peek, 2014). Gli infermieri invece descrivono la complessità come un insieme di fattori che includono le condizioni cliniche e socio-economiche del paziente, il carico di lavoro legato al ruolo, il contesto lavorativo stesso e persino le caratteristiche personali, che giocherebbero un ruolo importante sulla percezione di complessità (Kentischer et al., 2018; Upshur, 2016; Guarinoni et al., 2015; Porter, 2015; Grant et al., 2011).

È significativo notare che, nonostante la numerosità delle descrizioni narrative generali della complessità, essa sia ancora difficile da definire nella pratica clinica, sia medica che infermieristica.

**Tabella analitica degli articoli inclusi nella revisione narrativa della letteratura sulla complessità nelle cure domiciliari**

Riferimento bibliografico	Paese	Tipologia di studio	Obiettivi	Conclusioni
Brilleman, S.L. & Salisbury, C. (2013). Comparing measures of multimorbidity to predict outcomes in primary care: a cross sectional study. <i>Fam Prac</i> , 30(2), 172-8	UK	Cross sectional	Valutare la validità predittiva delle misure comunemente utilizzate di multimorbilità in relazione a un esito (mortalità) e ad una misura dell'utilizzo del servizio sanitario (tasso di consultazione).	Il numero di farmaci prescritti è la misura più potente per prevedere le consultazioni mediche e la seconda misura più potente per prevedere la mortalità.
Burger, J., Parker, K., Cason, L., Hauck, S., Kaetzel, D., O'Nan, C. & White, A. (2010). Responses to work complexity: the novice to expert effect. <i>Western Journal of Nursing Research</i> , 32(4), 497-510	USA	Comparativo descrittivo con raccolta dati quali-quantitativa	Lo scopo di questo studio era quello di esplorare le differenze tra come i principianti di livello avanzato, gli infermieri competenti e gli esperti attribuiscono le priorità nell'erogare assistenza ai pazienti e identificano i fattori che influenzano la ridefinizione delle priorità.	I temi individuati che differenziano i vari approcci sono stati: le strategie cognitive, la comunicazione, l'integrazione dei ruoli e la risposta all'ambiente di lavoro.
Busnel, C., Marjollet, L. & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). Complexité des prises en soins à domicile : développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. <i>Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière</i> , 4, 116-123. doi: <a href="https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.002">https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.002</a>	CH	Studio di accettabilità	Sviluppo di uno strumento di valutazione della complessità a domicilio, dedicato agli infermieri di cure domiciliari.	I risultati hanno mostrato che gli infermieri percepiscono lo strumento COMID come facile da usare, utile e rilevante per la pratica.
de Jonge, P. & Stiefel, F. (2003). Internal consistency of the INTERMED in patients with somatic diseases. <i>J Psychosom Res</i> , 54(5), 497-9	NL	Studio di coerenza interna	Studiare la coerenza interna dello strumento INTERMED al fine di valutare se la complessità dei casi, quale costruito unidimensionale viene misurata in modo affidabile con INTERMED.	I risultati dello studio hanno dimostrato dei sufficienti livelli di coerenza interna.

de Jonge, P., Latour, C. & Huyse, F.J. (2002). Interrater reliability of the INTERMED in a heterogeneous population. <i>J Psychosom Res</i> , 52(1), 25-27	NL	Studio di affidabilità dell'INTERMED	Dimostrare l'affidabilità dello strumento INTERMED in una popolazione eterogenea con disturbi somatici.	È stato dimostrato un alto grado di accordo tra due esperti in un campione eterogeneo di pazienti. I due esperti hanno attribuito punteggi quasi identici ai pazienti e non si sono rilevate differenze sistematiche.
de Jonge, P., Huyse, F.J., Slaets, J.P., Söllner, W. & Stiefel, F.C. (2005). Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care: the INTERMED project. <i>Aust N Z J Psychiatry</i> , 39, 795-9	NL	Revisione e sintesi delle pubblicazioni degli autori	Descrivere l'INTERMED quale strumento per valutare la complessità dei casi biopsicosociali nell'assistenza sanitaria, e fornire una panoramica della sua valutazione psicométrica.	Il progetto INTERMED è rilevante per i vari agenti coinvolti nel processo di cura. Fornisce una base per un efficace trattamento multidisciplinare di pazienti con un'elevata complessità.
de Jonge, P., Huyse, F. & Stiefel, F. (2006). Case and care complexity in the medically ill. <i>Med Clin N Am</i> , 90, 679-692	NL		Trovare una corrispondenza ottimale tra caso clinico e complessità delle cure al fine di per ridurre gli esiti di cura non favorevoli in questo gruppo vulnerabile.	L'INTERMED, che può essere considerato il primo strumento empirico per collegare il caso e la complessità della cura, può aiutare a migliorare l'erogazione delle cure e i risultati del malato complesso.
Fleishman, J. & Cohen, J. (2010). Using information on clinical conditions to predict high-cost patients. <i>Health Services Research</i> , 45(2), 532-552	USA	Studio di regressione logistica	Confrontare la capacità dei diversi modelli di prevedere prospetticamente se un paziente dovrà sostenere elevate spese mediche.	Le informazioni sulle condizioni mediche del paziente hanno migliorato sostanzialmente la previsione di spese elevate oltre ad altri dati quale il sesso e l'età; il punteggio di rischio DCG è il miglior indice nella previsione. Il conteggio delle condizioni croniche, lo stato di salute autoriportato, e le limitazioni funzionali sono state significativamente associate a spese sanitarie elevate.
Goldenfeld, N. & Kadanoff, L. (1999). Simple lessons from complexity. <i>Science</i> , Vol 284, Issue 5411, 87-89. doi: 10.1126/science.284.5411.87	USA		Utilizzo delle regole della fisica per interpretare i sistemi complessi.	Ogni sistema complesso è diverso; non ci sono leggi generali per la complessità. Bisogna invece imparare le "lezioni" da ogni singolo sistema per capire se possano essere applicate ad un altro.

Goosen, W.T.F., Epping, P., Van den Heuvel, W.J.A., Feuth, T., Fredericks, C.M.A. & Hasman, A. (2000). Development of the Nursing Minimum data set for the Netherlands (NMDSN): identification of categories and items. <i>J Adv Nurs</i> , 31, 536547	NL	Multimethod, exploratory	Identificare le categorie e gli elementi da includere Identificare i NMDS per i Paesi Bassi.	Si è identificata una serie di NMDS. La validità di contenuto di questo set è in parte supportata dalla coerenza dei dati che emergono dalla letteratura, dalla pratica e il giudizio di potenziali utenti. Gli esiti di cura infermieristici necessitano di ulteriore sviluppo.
Grant, R., Ashburner, J., Hong, C., Chang, Y., Barry, M. & Atlas, S. (2011). Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: a cohort study. <i>Ann Intern Med</i> , 155:797-804	USA	Studio di coorte	Caratterizzare i pazienti complessi, in base a come vengono definiti dai loro medici di base (PCP) e confrontare questa definizione con altri algoritmi comunemente usati.	I medici di cure primarie hanno identificato circa un quarto dei loro pazienti come complesso. I fattori di quali la situazione clinica, sociale e comportamentale hanno contribuito alla definizione di complessità data dai PCP.
Grembowski, D., Schaefer, J., Johnson, K., Fischer, H., Moore, S., Tai-Seale, M. et al. (2014). A conceptual model of the role of complexity of care of patients with multiple chronic conditions. <i>Medical Care</i> , 52 (3): 7-14	USA	Essay	Sintetizzare le questioni metodologiche ed altre rilevanti per la cura dei pazienti affetti da multiple patologie croniche (MCC), in un quadro teorico in grado di migliorare l'erogazione di cure e far avanzare la ricerca sulla cura dei pazienti con MCC.	Definizione della complessità in termini di disallineamento tra le esigenze e i servizi dei pazienti offre nuove informazioni su come ricercare e sviluppare soluzioni alle esigenze di cura del paziente MCC.
Guarinoni, M.G., Motta, P.C., Petrucci, C. & Lancia L. (2014). Complexity of care: a concept analysis. <i>Ann Ig</i> , 26, 226-236	IT	Analisi di concetto (come descritta da Beth Rodgers)	Analisi concettuale della complessità della cura.	Per quanto sia difficile definire la complessità delle cure, l'analisi afferma che la sua classificazione dovrebbe essere mirata a ridefinire l'organizzazione ospedaliera.
Guarinoni, M.G., Petrucci, C., Motta, P.C. & Lancia. (2015). The concept of care complexity: a qualitative study: <i>Journal of Public Health Research</i> , 4(3), 588	IT	Analisi qualitativa fenomenologica	Questo studio ha lo scopo di descrivere il significato della complessità dell'assistenza così come percepito dagli infermieri nella loro esperienza quotidiana di assistenza ospedaliera, riabilitativa, cura a domicilio e nell'organizzazione.	Sembra inopportuno parlare di misurazione della complessità dell'assistenza, in quanto questo concetto consiste anche in aspetti non del tutto quantificabili relativi alla persona curata. In questo senso, si dovrebbe invece fare riferimento alla valutazione della complessità dell'assistenza, che costituirebbe anche una migliore e più completa base per definire le competenze infermieristiche richieste nella pratica infermieristica.

<p>Haas, L.R., Takahashi, P.Y., Shah, N.D., Stroebel, R.J., Bernard, M.E., Finnie, D.M. &amp; Naessens, J. (2013). Risk stratification methods for identifying patients for care coordination. <i>American Journal of Managed Care</i>, 19(9), 725732</p>	USA	Studio di coorte retrospettivo	Valutare la performance di diversi strumenti di stratificazione e di risk adjustment nel predire l'utilizzo dei servizi del sistema sanitario.	Anche se i modelli ACG in genere sono piu' performanti nel predire l'utilizzo del sistema sanitario, l'utilizzo di uno questi modelli di stratificazione aiuterà a implementare nella pratica in modo piu' efficiente il care coordination.
<p>Hirdes, J.P., Poss, J.W. &amp; Curtin-Telegdi, N. (2008). The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources. <i>BMC Med</i>, 26(6), 6-9. doi: 10.1186/1741-7015-6-9</p>	CAN	Studio quantitativo	Lo scopo dello studio è di sviluppare e convalidare una metodologia per attribuire le priorità all'accesso dei servizi sanitari di comunità.	L'algoritmo MAPLe fornisce uno strumento di supporto alle decisioni cliniche ed è psicometricamente valido.
<p>Hochman, M. &amp; Asch, S. (2016). Disruptive models in primary care: caring for high-needs, high-cost populations. <i>J Gen Intern Med</i>, 32(4), 392-7. doi: 10.1007/s11606-016-3945-2</p>	USA	Essay	Offrire una vignetta clinica che evidenzia le sfide della cura delle popolazioni HNHC, descrivendo due categorie di approcci basati sull'assistenza primaria per la gestione delle popolazioni di HNHC: gestione di casi complessi e cliniche specializzate incentrate sui pazienti HNHC.	Sebbene i programmi di gestione dei casi complessi possano essere incorporati o sovrapposti al sistema di assistenza primaria tradizionale, tali sforzi spesso non riescono a coinvolgere i medici di cure primarie, i pazienti stessi ed i benefici comprovati sono stati modesti ad oggi.
<p>Hoogervorst, E. L., de Jonge, P., Jelles, B., Huysse, F. J., Heeres, I., van der Ploeg, H. M., Uitdehaag, B. M., &amp; Polman, C. H. (2003). The INTERMED: a screening instrument to identify multiple sclerosis patients in need of multidisciplinary treatment. <i>Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry</i>, 74(1), 20-24. https://doi.org/10.1136/jnnp.74.1.20</p>	NL	Studio di correlazione	Analizzare la correlazione tra l'INTERMED, strumento di screening per valutare la complessità dei casi, rispetto alla scala di stato della disabilità espansa (EDSS) e alla scala di disabilità neurologica del ragazzo (GNDS) per identificare i pazienti affetti da sclerosi multipla (SM) che necessitano di un trattamento multidisciplinare.	I risultati di questo studio mostrano che vi è un valore aggiuntivo dell'INTERMED rispetto all'EDSS e al GNDS nell'identificare i pazienti affetti da SM che necessitano di un trattamento multidisciplinare. I domini INTERMED mostrano l'area della vulnerabilità e delle esigenze di cura del paziente: in particolare i domini psicologici e sociali di INTERMED possono guidare il clinico ad affrontare problemi specifici che complicano l'erogazione dell'assistenza sanitaria.



<p>Huntley, A.L., Johnson, R., Purdy, S., Valderas, J.M. &amp; Salisbury. (2012). Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. <i>Ann Fam Med</i>, 10(2), 134-141</p>	<p>UK</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Gli obiettivi di questa revisione sono di identificare le misure di multimorbilità e il peso della morbilità che possano essere adatti per l'uso nella ricerca nell'assistenza primaria e di comunità e di indagare la loro validità.</p>	<p>Le misure più comunemente utilizzate nelle cure primarie e territoriali sono il conteggio del numero di patologie, l'indice Charlson, il sistema ACG, il CIRS, il CDS e Duso, Diverse misure risultano appropriate in funzione dell'esito che si desidera raggiungere.</p>
<p>Kannampallil, T.G., Schauer, G.F., Cohen, T. &amp; Patel, V.L. (2011). Considering complexity in healthcare systems. <i>J Biomed Inform</i>, 44: 943-7</p>	<p>USA</p>	<p>Overview</p>	<p>Sviluppo di approcci di ricerca per lo studio di ambienti sanitari complessi.</p>	<p>I sistemi complessi possono essere tipicamente considerati scomponibili in componenti funzionalmente più piccoli e le relazioni tra di esse, basate su considerazioni teoriche, razionali e pratiche.</p>
<p>Kentischer, F., Klein-knecht-Dolf, M., Spirig, R., Frei, I.A. &amp; Huber, E. (2018). Patient-related complexity of care: a challenge or overwhelming burden for nurses – a qualitative study. <i>Scand J Caring Science</i>, 32, 204-212</p>	<p>CH</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>Lo scopo di questo studio è di comprendere meglio come gli infermieri sperimentano le cure infermieristiche complesse negli ospedali svizzeri di assistenza acuta.</p>	<p>Gli infermieri sono ambivalenti per quanto riguarda il modo in cui vivono complesse situazioni di assistenza infermieristica. Le condizioni contestuali e le caratteristiche personali degli infermieri influenzano le percezioni degli infermieri nelle situazioni di assistenza infermieristica, che possono essere vissute pertanto come sfide positive o un peso difficile da sopportare.</p>
<p>Lobo, M., Rabanaue, M., de Jonge, P., Barcones, M., Cazcarra, M.A., Huyse, F.J. &amp; Lobo, A. (2008). Complexity prediction instrument to detect 'complex cases' in respiratory wards: instrument development. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 64(1), 96-103</p>	<p>Spagna/ NL</p>	<p>Studio di coorte prospettico</p>	<p>Questo documento è un rapporto di uno studio per testare l'ipotesi che la versione spagnola dello strumento di previsione della complessità è una misura affidabile e valida della complessità dei pazienti con malattie respiratorie e per identificare la frequenza degli indicatori di potenziale complessità.</p>	<p>Lo strumento di previsione della complessità è affidabile e valido nell'area clinica delle malattie respiratorie. Può essere utilizzato dagli infermieri per la previsione precoce della complessità delle cure.</p>

<p>Loeb, D., Binswager, I., Candrian, C. &amp; Bayliss, E. (2015). Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. <i>Ann Fam Med</i>, 13, 451-455</p>	<p>USA</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>Descrivere come i medici di medicina generale concettualizzano la complessità del paziente per proporre nuovi modelli di presa a carico di pazienti complessi.</p>	<p>I 15 medici di questo studio hanno condiviso la definizione che la complessità del paziente sia un concetto multidimensionale. I medici hanno percepito i pazienti come complessi se presentavano un fattore di esacerbazione – quale una malattia somatica, mentale, una problematica socioeconomica o un comportamento o tratto (o qualche combinazione di esso) – che rendeva complicata la cura.</p>
<p>Manning, E. &amp; Gagnon, M. (2017). The complex patient: a concept clarification. <i>Nursing and Health Sciences</i>, 19, 13-21</p>	<p>CAN</p>	<p>Analisi concettuale</p>	<p>Studiare l'evoluzione cronologica di questo concetto e dei suoi termini surrogati, vale a dire "comorbilità", "multimorbilità", "polipatologia", "doppia diagnosi" e "molteplici condizioni croniche".</p>	<p>Questo documento delinea gli aspetti convergenti e divergenti su come gli operatori sanitari concettualizzino la definizione di paziente complesso.</p>
<p>Peek, C.J. (2009). Integrating care for persons, not only diseases. <i>J Clin Psychol Med Settings</i>, 6, 13 –20</p>	<p>USA</p>	<p>Revisione narrativa</p>	<p>Introdurre a una serie di concetti per la valutazione della complessità del paziente oltre a fornire una panoramica su un metodo e uno strumento in fase di sviluppo che si possa utilizzare nell'assistenza primaria.</p>	<p>La complessità viene definita come un'interferenza con la presa a carico standard e, quando rilevata, va valutata con un assessment complementare e una presa a carico specifica. A questo punto del suo sviluppo, il Minnesota Complexity Assessment Method fornisce un insieme organizzato di concetti testati sul campo.</p>
<p>Peek, C.J., Baird, M.A. &amp; Coleman, E. (2009). Primary care for patient complexity, not only disease. <i>Fam Syst Health</i>, 27(4), 287-302</p>	<p>USA</p>	<p>Revisione narrativa</p>	<p>Favorire che i medici che collaborano nella cura dei pazienti complessi nelle case della salute, possano di includere nella cura delle azioni orientate e centrate sulla persona, rispetto a focalizzarsi unicamente sulla malattia.</p>	<p>L'assistenza integrata con l'insieme alle relazioni che ne deriva, non è orientata solo alle condizioni di salute somatica o mentale, ma per le persone quali individui inseriti in un preciso contesto sociale che influisce sulla salute, sui risultati sanitari, sull'esperienza del paziente e sull'accessibilità economica delle cure.</p>

<p>Petrillo, L. A., &amp; Ritchie, C. S. (2016). The challenges of symptom management for patients with multimorbidity in research and practice: a thematic review. <i>Progress in palliative care</i>, 24(5), 262–267.  <a href="https://doi.org/10.1080/09699260.2016.1192320">https://doi.org/10.1080/09699260.2016.1192320</a></p>	USA	Analisi tematica	Dimostrare come le raccomandazioni dell'AGS possano essere adattate alla situazione di gestione dei sintomi nei pazienti con multimorbilità.	Il prendersi del tempo per studiare gli obiettivi e le preferenze del paziente, informandolo della sua prognosi se lo desidera, sono aspetti particolarmente importanti nella gestione dei sintomi con pazienti con multimorbilità. Un'altra chiave è la collaborazione con i membri multidisciplinari del team, tra cui farmacisti, infermieri, e altri fornitori ausiliari per creare un piano di assistenza completo che sia sicuro e che soddisfi le esigenze dinamiche dei pazienti con multimorbilità.
<p>Plsek, P. &amp; Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. <i>BMJ</i> (Vol 323), 625-8</p>	USA	Studio esplorativo	<p>La nuova disciplina dei sistemi complessi adattativi può fornire nuove metafore che possono aiutarci nell'affrontare meglio la complessità nel contesto sanitario.</p>	Vengono proposti nuovi approcci alle questioni nella pratica clinica, nella leadership organizzativa e nell'istruzione. In questo articolo introduttivo sono proposti alcuni principi base per la comprensione dei sistemi complessi.
<p>Pratt, R., Hibberd, C., Cameron, I. &amp; Maxwell, M. (2015). The Patient Centered Assessment Method (PCAM): integrating the social dimensions of health into primary care. <i>Journal of Comorbidity</i>, 5, 110-119</p>	USA	Mixed methods	Esaminare: (i) l'utilizzo dello strumento PCAM, nella valutazione della complessità del paziente relativamente alle dimensioni biopsicosociali della salute, nel contesto dell'assistenza primaria in Scozia; l'impatto del PCAM sui modelli di riferimento e sul suo valore percepito; e (ii) l'applicabilità percepita del PCAM per l'uso in una popolazione di pazienti.	Il PCAM rappresenta un approccio fattibile per la valutazione delle esigenze dei pazienti, in considerazione delle dimensioni sociali della salute e consente ai professionisti di indirizzare i pazienti a una gamma più ampia di servizi per affrontare meglio gli aspetti di complessità del paziente

<p>Quail, J.M., Lix, L.M., Osman, B.A. &amp; Teare, G.F. (2011). Comparing comorbidity measurements for predicting mortality and hospitalization in three population-based cohorts. <i>BMC Health Serv Res</i>,11, 146</p>	CAN	Studio di coorte	Questa ricerca ha esaminato la capacità predittiva di cinque misure di comorbidità in tre coorti di popolazioni differenti.	La misura ottimale della comorbidità dipende dall'outcome sulla salute e non dalle caratteristiche della malattia della popolazione studiata.
<p>Safford, M.M., Allison, J.J. &amp; Kiefe, C.I. (2007). Patient complexity : more than comorbidity. <i>The Vector Model of Complexity. J Gen Intern Med</i>, 22(Suppl 3), 382-390</p>	UK	Studio esplorativo	Questo studio mira (1) a proporre un approccio concettuale ai pazienti complessi; 2) dimostrare come questo approccio promuove il raggiungimento della congruenza tra paziente e fornitore di prestazione sanitaria, che caratterizza un passo fondamentale nello sviluppo di piani di trattamento efficaci; e (3) esaminare la disponibilità di prove per guidare decisioni di compromesso/negoziazione con il paziente e di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria per pazienti complessi.	Raggiungere la congruenza tra paziente, medico e il sistema sanitario è essenziale per un'assistenza efficace e incentrata sul paziente; richiede la valutazione di tutti gli assi del modello vettoriale e, spesso, richiede decisioni di compromesso per sviluppare un piano di trattamento su misura. Le linee guida basate sull'evidenza raramente forniscono indicazioni per le decisioni di compromesso e negoziazione con il paziente. Gli indicatori di qualità spesso escludono i pazienti complessi e non sono progettati esplicitamente per valutare la loro assistenza sanitaria nel complesso.
<p>Schönenberger, N., Sottas, B., Merlo, C., Essig, S., &amp; Gysin, S. (2020). Patients' experiences with the advanced practice nurses role in Swiss family practice: a qualitative study. <i>BMC Nursing</i>, 19: 90. Disponibile da: <a href="https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-020-00482-2">https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-020-00482-2</a> , ultimo accesso 14.10.2020</p>	CH	Studio qualitativo (Analisi tematica)	Esplorare le esperienze del ruolo di APN nel contesto della medicina di famiglia in Svizzera.	I pazienti apprezzano le competenze delle APN, anche se essi stessi non conoscono bene il loro ruolo. La fiducia nel medico curante sembra essere il fattore più importante per l'instaurazione di un atteggiamento di apertura dei pazienti nei confronti delle APN. Nel complesso, i pazienti hanno percepito un valore aggiunto dovuto all'allargamento del campo di applicazione della pratica offerto dalle APN. La prospettiva del paziente potrebbe fornire preziose informazioni per un'ulteriore implementazione del ruolo APN nella medicina di famiglia in Svizzera.

<p>Schaink, A., Kuluski, K., Lyons, R., Fortin, M., Jadad, A., Upshur, R. &amp; Wodchis, W. (2012). A scoping review and thematic classification of patient complexity: offering a unifying framework. <i>Journal of Comorbidity</i>, 2, 1-9</p>	CAN	Scoping Review	L'obiettivo dello studio è di contribuire al miglioramento della comprensione della complessità, effettuando una revisione strutturata delle descrizioni della complessità della letteratura.	Viene fornita una panoramica delle condizioni croniche complesse e di ciò che è noto sulla complessità e vengono descritte le variazioni nel modo in cui il concetto è inteso. Si è sviluppato un quadro di complessità per una guida nella comprensione della complessità del paziente. È fondamentale utilizzare concettualizzazioni comuni della complessità per migliorare la qualità degli interventi erogati e i risultati nei pazienti con condizioni croniche complesse.
<p>Shippee, N., Shah, N., May, C., Mair, F. &amp; Montori, V. (2012). Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. <i>Journal of Clinical Epidemiology</i>, 65: 1041-1051</p>	USA	Revisione narrativa	Progettare un modello funzionale e incentrato sul paziente complesso, che sia applicabile pratica nella progettazione analitica e nella pratica clinica.	Con i suoi componenti ampiamente supportati dalla letteratura esistente, il modello ha implicazioni per la progettazione analitica, epidemiologia e pratica clinica.
<p>Shukor, A.R., Joe, R., Sinclairian, G., Klazinga, N. &amp; Kringos, D.S. (2019). A multi-sourced data analytics approach to measuring and assessing biopsychosocial complexity: The Vancouver Community Analytics Tool Complexity Module (VCAT-CM). <i>Community Mental Health Journal</i>, 55(8), 1326-1343. doi: 10.1007/s10597-019-00417-5</p>	CAN	Studio qualitativo	Questo articolo descrive la concettualizzazione, la progettazione e lo sviluppo di un nuovo strumento di software (il modulo VCAT-Complexity) in grado di calcolare e segnalare in tempo reale profili di complessità biopsicosociali orientati alla persona, utilizzando più fonti di dati.	Sono discussi i risultati e la validità di facciata degli score output di complessità generati dal software, oltre alle loro implicazioni pratiche nello sviluppo di una rete di assistenza primaria all'interno della Vancouver Coastal Health, un'autorità sanitaria regionale canadese.
<p>Upshur, R. (2016). Understanding clinical complexity the hard way. A primary care journey. <i>Healthcare Quarterly</i>, 19(2):2428</p>	USA	Essay	Focus dell'autore sulla complessità per quello che riguarda l'assemblaggio e la gestione del paziente complesso nel contesto delle cure primarie.	

<p>Webster, F., Rice, K., Bhattacharyya, O., Katz, J., Oosenburg, E., Upshur, R. (2019). The mismeasurement of complexity: provider narratives of patients with complex needs in primary setting. <i>International Journal for Equity in Health</i>,18:107</p>	<p>CAN</p>	<p>Analisi qualitativa etnografica</p>	<p>Indagare su come i fornitori di cure primarie definiscono, incontrano e gestiscono pazienti complessi, in particolare quelli con dolore cronico</p>	<p>La definizione della complessità del paziente come morbidità da sola è inadeguata; tali modelli trascurano sindromi e condizioni che non sono incluse nelle classificazioni formali delle malattie. Il dolore cronico deve essere incluso tra le condizioni che sono considerate multimorbidità. Al fine di fornire un'assistenza efficace incentrata sul paziente, le discussioni relative alla complessità del paziente devono anche occuparsi delle complesse circostanze sociali ed economiche in cui vivono molti pazienti.</p>
<p>Yurkovich, M., Avina-Zubieta, J.A., Thomas, J., Gorenchtein, M. &amp; Laclaille, D. (2015). A systematic review identifies valid comorbidity indices derived from administrative data. <i>J Clin Epidemiol</i>, 68(1), 3-14</p>	<p>CAN</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Condurre una revisione sistematica degli studi che riportano lo sviluppo o la convalida di indici di comorbidità utilizzando dati sanitari amministrativi e confrontare la loro capacità di prevedere i risultati relativi alla comorbidità</p>	<p>Sono disponibili una serie di indici di comorbidità validi, derivati da dati amministrativi. La selezione di un indice appropriato dovrebbe tenere conto del tipo di dati disponibili, della popolazione di studio e dei risultati specifici di interesse.</p>



## ■ BIBLIOGRAFIA

- Brilleman, S.L. & Salisbury, C. (2013). Comparing measures of multimorbidity to predict outcomes in primary care: a cross sectional study. *Fam Prac*, 30(2), 172-8
- Burger, J., Parker, K., Cason, L., Hauck, S., Kaetzel, D., O'Nan, C. & White, A. (2010). Responses to work complexity: the novice to expert effect. *Western Journal of Nursing Research*, 32(4), 497-510
- Busnel, C., Marjollet, L. & Perrier-Gros-Claude, O. (2018). Complexité des prises en soins à domicile : développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4, 116-123. doi: <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.002>
- Busnel, C., Bridier-Bollore, A., Marjollet, L., Perrier-Gros-Claude, O., Santini, M., Prandi, C. 2022. La complessità dell'assistenza a domicilio: guida per i professionisti che operano nel settore dell'assistenza e della cura a domicilio. Carouge, Manno: imad & SUPSIDOI: <https://doi.org/10.26039/cp8mpw08> consultabile [https://www.imad-ge.ch/wp-content/uploads/2022/05/RD\\_GUIDE\\_italien\\_complexite\\_web.pdf](https://www.imad-ge.ch/wp-content/uploads/2022/05/RD_GUIDE_italien_complexite_web.pdf) ultimo accesso-2-8-2023
- Conwell, L. & Cohen, J. (2005). Characteristics of persons with high medical expenditures in the U.S. civilian noninstitutionalized population, 2002. Agency for Health Research and Quality. Disponibile da: [https://meps.ahrq.gov/data\\_files/publications/st73/stat73.shtml](https://meps.ahrq.gov/data_files/publications/st73/stat73.shtml), ultimo accesso 20.10.19
- de Jonge, P. & Stiefel, F. (2003). Internal consistency of the INTERMED in patients with somatic diseases. *J Psychosom Res*, 54(5), 497-9
- de Jonge, P., Huyse, F.J., Slaets, J.P.J., Herzog, T., Lobo, A., Lyons J. et al. (2001b). Care complexity in the general hospital: results from a European study. *Psychosomatics*, 42(3), 204-212
- de Jonge, P., Huyse, F. & Stiefel, F. (2006). Case and care complexity in the medically ill. *Med Clin N Am*, 90, 679-692
- de Jonge, P., Huyse, F., Stiefel, F., Slaets, J. & Gans, R. (2001a). INTERMED-A clinical instrument for biopsychosocial assessment. *Psychosomatics*, 42(2): 106-9
- de Jonge, P., Huyse, F.J., Slaets, J.P., Söllner, W. & Stiefel, F.C. (2005). Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care: the INTERMED project. *Aust N Z J Psychiatry*, 39, 795-9
- de Jonge, P., Latour, C. & Huyse, F.J. (2002). Interrater reliability of the INTERMED in a heterogeneous population. *J Psychosom Res*, 52(1), 25-27
- Fleishman, J. & Cohen, J. (2010). Using information on clinical conditions to predict high-cost patients. *Health Services Research*, 45(2), 532-552
- Goldenfeld, N. & Kadanoff, L. (1999). Simple lessons from complexity. *Science*, Vol 284, Issue 5411, 87-89. doi: 10.1126/science.284.5411.87
- Goosen, W.T.F., Epping, P., Van den Heuvel, W.J.A., Feuth, T., Fredericks, C.M.A. & Hasman, A. (2000). Development of the Nursing Minimum data set for the Netherlands (NMDSN): identification of categories and items. *J Adv Nurs*, 31, 536-547
- Grant, R., Ashburner, J., Hong, C., Chang, Y., Barry, M. & Atlas, S. (2011). Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: a cohort study. *Ann Intern Med*, 155:797-804
- Grembowski, D., Schaefer, J., Johnson, K., Fischer, H., Moore, S., Tai-Seale, M. et al. (2014). A conceptual model of the role of complexity of care of patients with multiple chronic conditions. *Medical Care*, 52 (3): 7-14
- Guarinoni, M.G., Motta, P.C., Petrucci, C. & Lancia L. (2014). Complexity of care: a concept analysis. *Ann Ig*, 26, 226-236
- Guarinoni, M.G., Petrucci, C., Motta, P.C. & Lancia. (2015). The concept of care complexity: a qualitative study: *Journal of Public Health Research*, 4(3), 588
- Haas, L.R., Takahashi, P.Y., Shah, N.D., Stroebel, R.J., Bernard, M.E., Finnie, D.M. & Naessens, J. (2013). Risk stratification methods for identifying patients for care coordination. *American Journal of Managed Care*, 19(9), 725732
- Hirdes, J.P., Poss, J.W. & Curtin-Telegdi, N. (2008). The Method for Assigning

- Priority Levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Med*, 26(6), 6-9. doi: 10.1186/1741-7015-6-9
- Hochman, M. & Asch, S. (2016). Disruptive models in primary care: caring for high-needs, high-cost populations. *J Gen Intern Med*, 32(4), 392-7. doi: 10.1007/s11606-016-3945-2
  - Hoogervorst, E. L., de Jonge, P., Jelles, B., Huyse, F. J., Heeres, I., van der Ploeg, H. M., Uitdehaag, B. M., & Polman, C. H. (2003). The INTERMED: a screening instrument to identify multiple sclerosis patients in need of multidisciplinary treatment. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 74(1), 20-24. <https://doi.org/10.1136/jnnp.74.1.20>
  - Huntley, A.L., Johnson, R., Purdy, S., Valderas, J.M. & Salisbury. (2012). Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. *Ann Fam Med*, 10(2), 134-141
  - ISTAT. (2021). La Demografia dell'Europa. Disponibile in [https://www.istat.it/demografiadelleuropa/img/pdf/Demograhya-Interactive-Publication-2021\\_it.pdf?lang=en](https://www.istat.it/demografiadelleuropa/img/pdf/Demograhya-Interactive-Publication-2021_it.pdf?lang=en) Consultazione 24-7-2023
  - Kannampallil, T.G., Schauer, G.F., Cohen, T. & Patel, V.L. (2011). Considering complexity in healthcare systems. *J Biomed Inform*, 44: 943-7
  - Kentischer, F., Kleinknecht-Dolf, M., Spirig, R., Frei, I.A. & Huber, E. (2018). Patient-related complexity of care: a challenge or overwhelming burden for nurses – a qualitative study. *Scand J Caring Science*, 32, 204-212
  - Kramer, M. (1993). Concept clarification and critical thinking: integrated processes. *J Nurs Educ*, 32 (9), 406-414
  - Linn, B., Linn, M., & Gurel, L. (1968). Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc*, 16, 622-626
  - Levati, S., Prandi, C., Bonetti, L. & Bianchi, M. (2022) La complessità dell'assistenza domiciliare: studio di validazione e fattibilità di implementazione dello strumento COMID in Canton Ticino. *NEU*, 4, 2022. Disponibile <https://www.anin.it/Riviste.aspx> consultazione 25-7-2023
  - Lobo, M., Rabanaue, M., de Jonge, P., Barcones, M., Cazcarra, M.A., Huyse, F.J. & Lobo, A. (2008). Complexity prediction instrument to detect 'complex cases' in respiratory wards: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 64(1), 96-103
  - Loeb, D., Binswager, I., Candrian, C. & Bayliss, E. (2015). Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. *Ann Fam Med*, 13, 451-455
  - Manning, E. & Gagnon, M. (2017). The complex patient: a concept clarification. *Nursing and Health Sciences*, 19, 13-21
  - Meier, F., Maurer, M., Koblner, I., & Koppitz, A. (2019). Entwicklung der Komplexität von Spitexleistungen und ihre Abbildung in Vergütungssystem-Resultate der Vorstudie.
  - Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
  - Peek, C.J. (2009). Integrating care for persons, not only diseases. *J Clin Psychol Med Settings*, 6, 13 -20
  - Peek, C.J. (2014). Complexity tools: sorting out patient needs. Paper presented at the COMPASS Consortium Webinar Institute for Clinical Systems Improvement on July 14<sup>th</sup>, 2014. Disponibile da: [http://www.icsi.org/wpcontent/uploads/2019/01/CJPeek072014\\_COMPASSComplexityPresentation.pdf](http://www.icsi.org/wpcontent/uploads/2019/01/CJPeek072014_COMPASSComplexityPresentation.pdf), ultimo accesso il 15.12.19
  - Peek, C.J., Baird, M.A. & Coleman, E. (2009). Primary care for patient complexity, not only disease. *Fam Syst Health*, 27(4), 287-302
  - Petrillo, L. A., & Ritchie, C. S. (2016). The challenges of symptom management for patients with multimorbidity in research and practice: a thematic review. *Progress in palliative care*, 24(5), 262-267. <https://doi.org/10.1080/09699260.2016.1192320>
  - Plsek, P. & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *BMJ* (Vol 323), 625-8
  - Population Mondo. (2023). Disponibile <https://www.populationpyramid.net/it/mondo/2060/> consultazione 24-7-2023



- Porter, S. (2015). How would you describe a “complex” patient?. Disponibile da: <https://www.aafp.org/news/practice-professionalism/20150918patientcomplexity.html>, ultimo accesso il 1.12.19
- Pratt, R., Hibberd, C., Cameron, I. & Maxwell, M. (2015). The Patient Centered Assessment Method (PCAM): integrating the social dimensions of health into primary care. *Journal of Comorbidity*, 5, 110-119
- Quail, J.M., Lix, L.M., Osman, B.A. & Teare, G.F. (2011). Comparing comorbidity measurements for predicting mortality and hospitalization in three population-based cohorts. *BMC Health Serv Res*, 11, 146
- Safford, M.M., Allison, J.J. & Kiefe, C.I. (2007). Patient complexity : more than comorbidity. *The Vector Model of Complexity. J Gen Intern Med*, 22(Suppl 3), 382-390
- Saiani, L. Brugnolli, A. (2010). Come scrivere una revisione della letteratura. <https://medtriennialiao.campusnet.unito.it/html/RevisioneLetteratura.pdf> consultazione 24-7-2023
- Salisbury, J., Johnson, L., Purdy, S., Valderas, J.M. & Montgomery A.A. (2011). Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract*, 61(582), 12-21
- Schaink, A., Kuluski, K., Lyons, R., Fortin, M., Jadad, A., Upshur, R. & Wodchis, W. (2012). A scoping review and thematic classification of patient complexity: offering a unifying framework. *Journal of Comorbidity*, 2, 1-9
- Schönenberger, N., Sottas, B., Merlo, C., Essig, S., & Gysin, S. (2020). Patients’ experiences with the advanced practice nurses role in Swiss family practice: a qualitative study. *BMC Nursing*, 19: 90. Disponibile da: <https://bmc-nurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-020-00482-2> , ultimo accesso 24-7-23
- Shah, N., Davis, A., Gould, M. & Kanter, M. (2017). Predictive analytics to determine next year’s highest-cost patients. *NEJM Catalyst*. Disponibile da: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0542>, ultimo accesso 24-7-23
- Shippee, N., Shah, N., May, C., Mair, F. & Montori, V. (2012). Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65: 1041-1051
- Shukor, A.R., Joe, R., Sinclair, G., Klazinga, N. & Kringos, D.S. (2019). A multi-sourced data analytics approach to measuring and assessing biopsychosocial complexity: The Vancouver Community Analytics Tool Complexity Module (VCAT-CM). *Community Mental Health Journal*, 55(8), 1326-1343. doi: 10.1007/s10597-019-00417-5
- Stiefel, F., Huyse, F., Wolner, W., Slaets, J., Lyons, J., Latour, C., et al. (2006). Operationalizing integrated care on a clinical level: the INTERMED project. *Integrated Care for the Complex Medically Ill. Medical Clinics of North America* (Vol. 90, issue 4). Philadelphia: Elsevier.
- Ufficio di statistica del Cantone Ticino (USTAT). (2019). 14 SALUTE. Panoramica del tema. Bellinzona: USTAT
- Ufficio di statistica del Cantone Ticino (USTAT). (2022). 01 POPOLAZIONE. Panoramica del tema. Bellinzona: USTAT
- Ufficio federale di sanità pubblica, UFSP. (2016). Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili 2017-2024 (Strategia MNT), versione breve. Berna: Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
- Ufficio federale di statistica. (2023). *Salute. Statistica tabulare 2023*. Neuchatel: UST
- Upshur, R. (2016). Understanding clinical complexity the hard way. A primary care journey. *Healthcare Quarterly*, 19(2):24-28
- Webster, F., Rice, K., Bhattacharyya, O., Katz, J., Oosenburg, E., Upshur, R. (2019). The mismeasurement of complexity: provider narratives of patients with complex needs in primary setting. *International Journal for Equity in Health*, 18:107
- Yurkovich, M., Avina-Zubieta, J.A., Thomas, J., Gorenchtein, M. & Laclaille, D. (2015). A systematic review identifies valid comorbidity indices derived from administrative data. *J Clin Epidemiol*, 68(1), 3-14.