SECONDA SESSIONE:

VALUTAZIONE MULTIPROFESSIONALE:
DA ADEMPIMENTO A STRUMENTO DI SENSO

I team multiprofessionali e la complessità dell'assistenza a domicilio

Antonio Gant, Firenze 20 giugno 2025

La valutazione della complessità, la complessità della valutazione

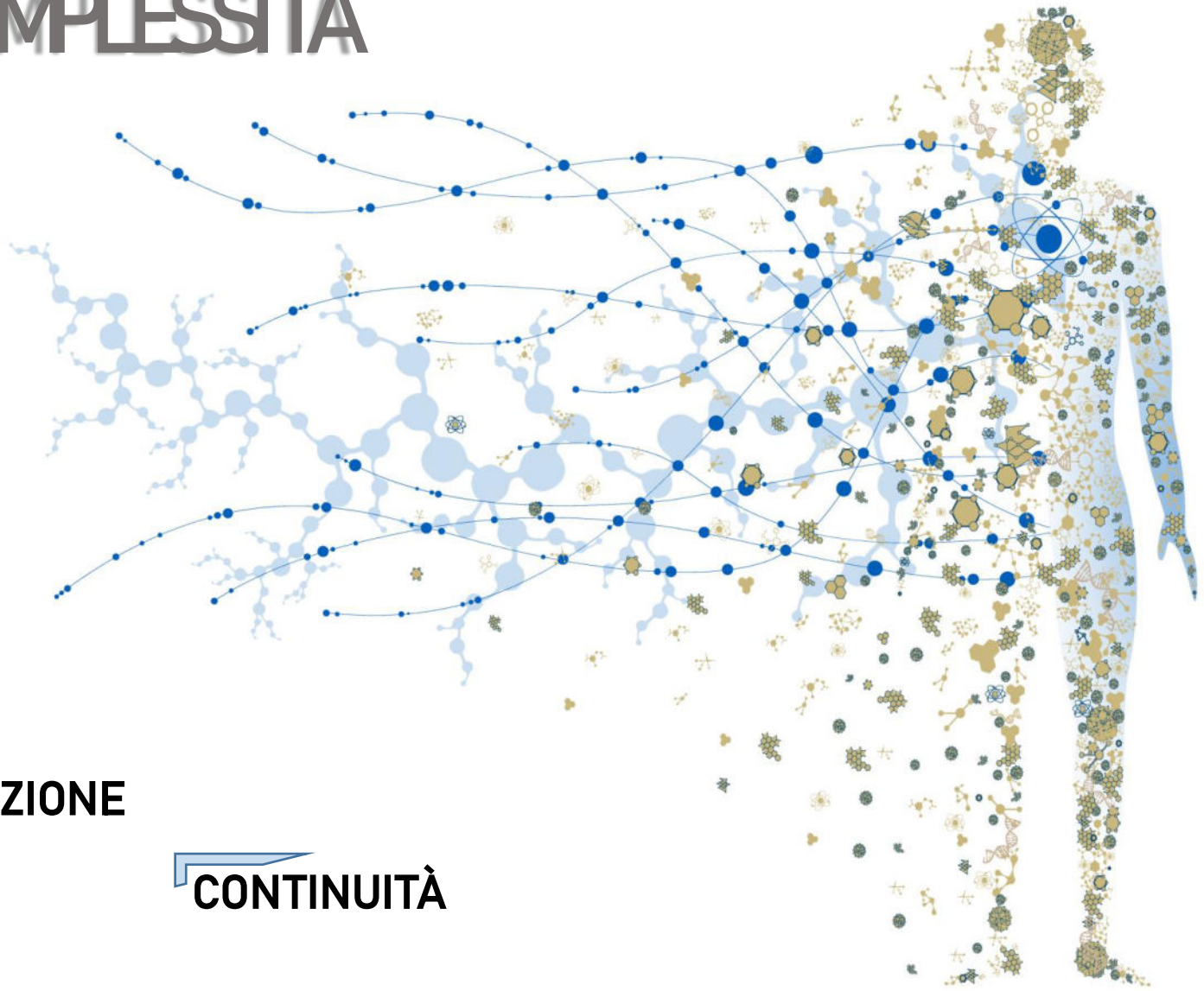
«La complessità non deve essere un freno all'azione; ridà il libero arbitrio ai professionisti attraverso un agire complesso, flessibile e agile»

VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITÀ

Intercettazione precoce dei bisogni

Migliorare la qualità e la sicurezza delle cure

Riduzione accessi inappropriati in ospedale



PRESA IN CARICO

PERSONALIZZAZIONE

CONTINUITÀ

Valutazione della complessità nell'assistenza territoriale

Sperimentazione **COMID**

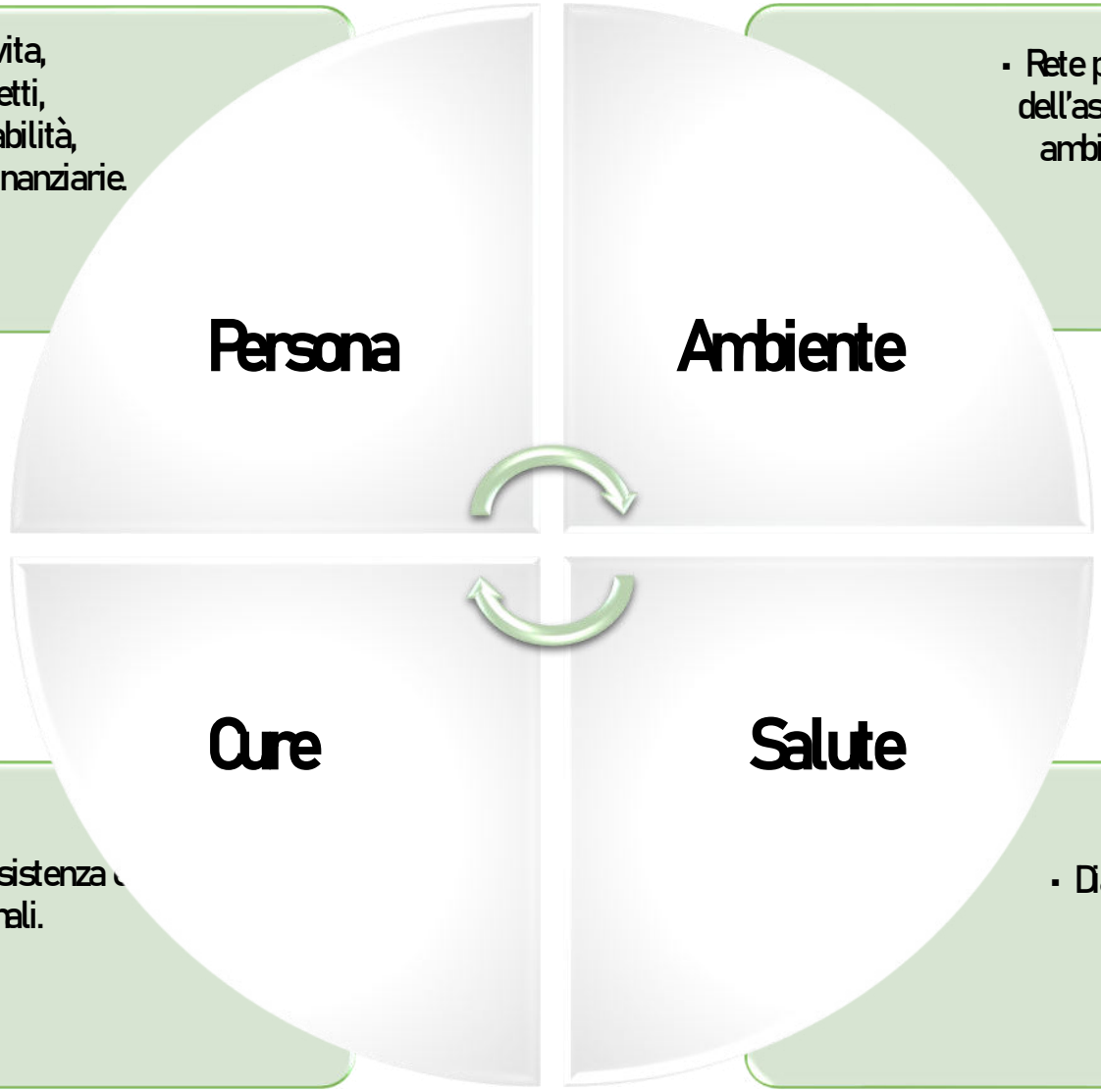
SOS Firenze Nord Ovest

COMID (strumento di valutazione specifico della **co**mplessita **m**ultidimensionale per la pratica **I**nfermieristica a **d**omicilio)

La ricerca di un'assistenza coerente di fronte alla crescente complessità delle situazioni a domicilio richiede quindi lo sviluppo di nuove competenze nella valutazione e nell'analisi clinica e implica un **maggiore coordinamento interprofessionale** e una maggiore comunicazione tra gli attori della rete sociosanitaria.

La complessità nelle cure si esprime anche 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, é quella di affrontare, gestire, **comprendere le interazioni del paziente nel suo ambiente mobilitando le risorse del paziente, dei familiari curanti e dei professionisti**, cosi come delle organizzazioni sanitarie (gestione della prossimità e dei sistemi sanitari).

METAPARADIGMA DI FAWCETT



- Storia di vita, abitudini di vita, storia della malattia, progetti, risorse personali, deficit, abilità, comportamento, risorse finanziarie.

- Rete primaria, secondaria, natura dell'assistenza e dei collegamenti, ambienti domestici, condizioni di vita.

- Natura e frequenza dell'assistenza
delle cure formali e informali.

- Diagnosi mediche. Problemi di salute antecedenti.

COMPLESSITÀ MULTIDIMENSIONALE PER LA PRATICA INFERMIERISTICA A DOMICILIO

COMD

La complessità è considerata nel COMD come una **raccolta di fattori multidimensionali** che interagiscono in modo dinamico e molto spesso imprevedibile.

Lo strumento vuole essere un **aiuto decisionale** per identificare e quantificare gli elementi di complessità e non uno strumento per classificare la complessità.

Il COMD comprende sei sezioni e ogni sezione ha cinque item

Per ogni item è prevista una risposta binaria.

Il COMD comprende sei sezioni e ogni sezione ha cinque item

Per ogni item è prevista una risposta binaria.

STATO DI SALUTE

- Diverse malattie croniche (> 2) e/o sintomi inspiegabili
- Dolori cronici
- Allergie e/o intolleranze ai farmaci
- Assunzione di più farmaci (> 5)
- Disturbi cognitivi

FATTORI SOCIO-ECONOMICI

- 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
- Assenza o sfinimento del caregiver (familiare che assiste il paziente) e/o tensioni familiari
- Difficoltà nella comprensione linguistica dovuta a problemi di analfabetismo e/o barriere culturali
- Isolamento sociale
- Abitazione inadeguata e/o presenza di barriere architettoniche

SALUTE MENTALE

- Depressione e/o intenti suicidi
- Malattie psichiatriche e/o disturbi psichici (delirio, allucinazioni, ecc.)
- Dipendenze
- Stato di ansia o angoscia che rende confuso il quadro clinico
- Funzioni mentali instabili che variano nell'arco della giornata

COMPORTAMENTO

- Frequenti sollecitazioni della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale)
- Comunicazione ambivalente e/o conflittuale con un membro della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale)
- Preoccupazione per i propri sintomi e/o per il proprio stato di salute e/o per le informazioni mediche ricevute
- Aggressività (verbale e/o fisica) o mutismo
- Resistenza o opposizione, siano esse attive o passive, alle cure

INSTABILITÀ

- Percezione da parte del paziente di un recente peggioramento dello stato di salute
- Cambiamento globale del grado di autonomia (ADL/IADL) nel corso dell'ultimo mese
- Periodo di transizione (ad esempio: annuncio della diagnosi, nuova ospedalizzazione, morte del caregiver o del familiare che assisteva, divorzio, problemi di lavoro, ecc.)
- Cambiamento acuto delle capacità cognitive
- Imprevedibilità dello stato di salute (ad esempio: apparizione di sintomi inabituali, scompenso di una patologia cronica, ferite, dolori, ecc.)

OPERATORI COINVOLTI E RETE SANITARIA

- Moltitudine di operatori nella rete secondaria (formale)
- Assenza o basso grado di collaborazione tra i vari attori della rete primaria (informale) e/o secondaria (formale)
- Percezione, da parte del professionista, della presenza di incoerenze terapeutiche e/o di una presa in carico priva di senso
- Problemi assicurativi. Esempio: limitazione del rimborso delle spese
- Percezione da parte dei membri della rete secondaria (formale) di stanchezza emotiva e/o fisica della presa in carico

INTERPRETAZIONE RISULTATI

Un punteggio inferiore a 5 può essere considerato come **non complesso**.

Un punteggio tra 6 e 9 può essere considerato come **a rischio di complessità**.

Un punteggio superiore a 10 può essere considerato come **complesso**.

interRAI™

Sistema di Valutazione interRAI HC

interRAI Home Care Svizzera (interRAI $HC_{Svizzera}$) strumento di valutazione e manuale d'utilizzo

Version 9.4
Edizione italiana per la Svizzera

John N. Morris, PhD, MSW [Presidente]
Ruedi Gilgen, MD
Brant E. Fries, PhD
Jean-Noël DuPasquier, PhD
Roberto Bernabei, MD
Dinnus Frijters, PhD
Knight Steel, MD
Jean-Claude Henrard, MD
Naoki Ikegami, MD, PhD, MA
John P. Hirdes, PhD, FCAHS
G. Iain Carpenter, MD, FRCP
Pauline Belleville-Taylor, RN, MS, CS

Ovunque per tutti SPITEX Svizzera

Hebrew SeniorLife · Università Cattolica del Sacro Cuore · University of Waterloo

Figura 4 *Collegamenti tra il processo RAI-HC e il COMID*

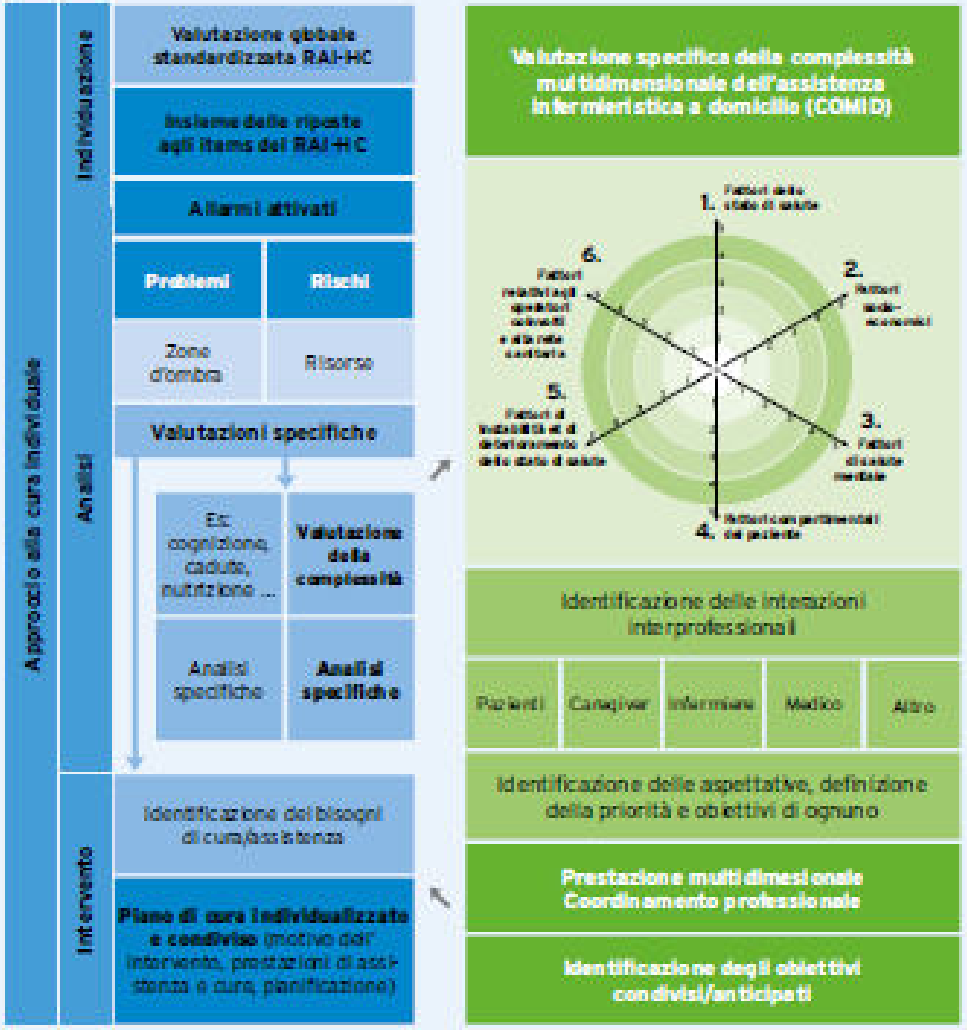


Figura adattata dall'articolo (Bjorne, Mastromauro, Zaccia, & Lucibelo, 2017).

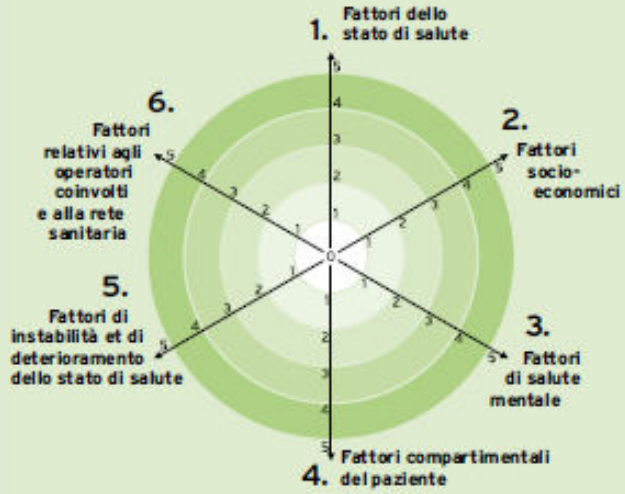
APPLICABILITÀ

Lo strumento è già stato tradotto e validato in lingua italiana.

Allo stato attuale, lo strumento compilato viene inserito nella sezione documenti di AsterCloud.

Con l'introduzione della Cartella infermieristica territoriale sarà possibile inserire gli item del COMID nell'accertamento infermieristico (in parte già presenti).

Valutazione specifica della complessità multidimensionale dell'assistenza infermieristica a domicilio (COMID)



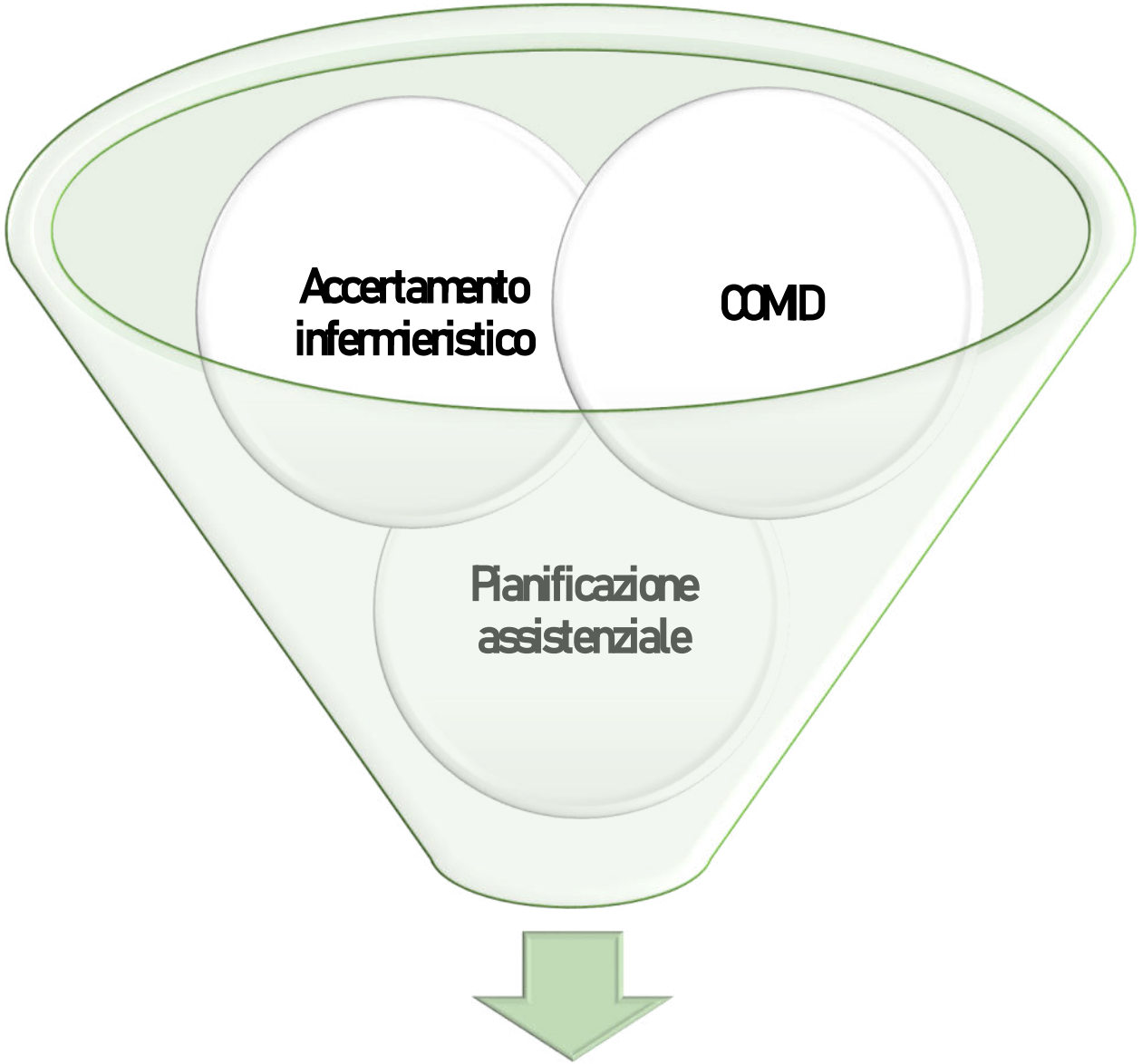
Identificazione delle interazioni interprofessionali

Pazienti	Caregiver	Infermiere	Medico	Altro

Identificazione delle aspettative, definizione della priorità e obiettivi di ognuno

Prestazione multidimesionale Coordinamento professionale

Identificazione degli obiettivi condivisi/anticipati



Stratificazione del rischio (DM 77 – PNRR)

DM 77/2022

L’adozione di un **modello di stratificazione** comune su tutto il territorio nazionale permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme che vuole garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. La stratificazione della popolazione deve, inoltre, tendere ad una **valutazione olistica dei bisogni dell’individuo**, al fine di misurare il “livello di bisogno socioassistenziale” utilizzando informazioni sulla condizione clinica e sociale e su ulteriori bisogni e preferenze individuali.

Tale approccio consente una valutazione che si articola su **due livelli: quello della singola persona**, con cui viene definito il Progetto di Salute e i relativi interventi; **quello di popolazione**, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento

Indicatori Cure Domiciliari

Giornate Effettive di Assistenza (GEA)

Numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso da un operatore.

GEA Standard Qualificanti	
Classi	**GEA (giornate)**
Zero*	GEA < 4
Prima	4 < GEA < 9
Seconda	9 < GEA < 15
Terza	15 < GEA < 18
Quarta	GEA > 18
* tale livello non è assimilabile a quelli previsti dalla Commissione LEA, tuttavia si introduce, su specifica richiesta di alcune regioni, per misurare nell'assistenza domiciliare la numerosità dei PAI con GEA < 4. Questo livello viene inserito anche per evidenziare una necessaria distinzione dall'assistenza domiciliare prestazionale.	

Giornate di Cura (GdC)

Numero di giorni trascorsi dalla Data presa in carico alla Data di Conclusione, al netto dei periodi di sospensione.

Indicatori Cure Domiciliari

Coefficiente Intensità Assistenziale (CIA)

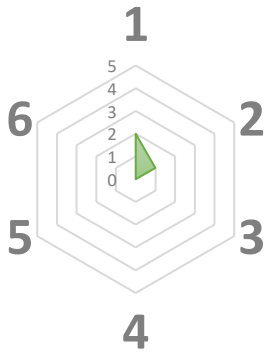
Numero GEA/ numero GdC.

Standard Qualificanti i LEA - Cure Domiciliari	
Profilo di cura	**CIA (GEA/GdC)**
CD integrate di Livello Zero*	0 - 0,13
CD integrate di Primo Livello	0,14 – 0,30
CD integrate di Secondo Livello	0,31 - 0,50
CD integrate di Terzo Livello	0,51 – 0,60
CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico	0,61 - 1

* tale livello non è assimilabile a quelli previsti dalla Commissione LEA, tuttavia si introduce, su specifica richiesta di alcune regioni, per misurare nell'assistenza domiciliare la numerosità dei PAI con CIA fino a 0,13. Questo livello viene inserito anche per evidenziare una necessaria distinzione dall'assistenza domiciliare prestazionale.

Complessità e Pianificazione

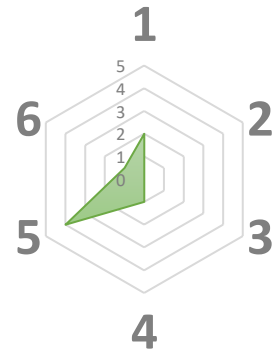
COMID 3



Interventi	Frequenza
Gestione CV	Mensile
Educazione alla gestione di cateteri, sonde, drenaggi	Mensile

CIA 0

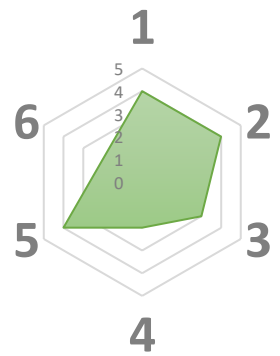
COMID 8



Interventi	Frequenza
Gestione CV	Mensile
Educazione alla gestione di cateteri, sonde, drenaggi	Mensile
Verifica/aggiornamento progetto assistenziale	Mensile
Supporto relazionale alla famiglia/caregiver	Mensile
Supporto alla vita di relazione dell'utente nel suo contesto	Mensile
Contatto telefonico	Settimanale

CIA 1

COMID 19



Interventi	Frequenza
Gestione CV	Mensile
Educazione alla gestione di cateteri, sonde, drenaggi	Mensile
Visita multiprofessionale	Mensile
Verifica/aggiornamento progetto assistenziale	Settimanale
Supporto relazionale alla famiglia/caregiver	Settimanale
Supporto alla vita di relazione dell'utente nel suo contesto	Settimanale
Condivisione/briefing del caso ad altri operatori	Settimanale
Contatto telefonico	Bisettimanale

CIA 2

Coefficiente Intensità Assistenziale

Profilo di cura	CIA (GEA/GdC)
CD integrate di Livello Zero	0 - 0,13
CD integrate di Primo Livello	0,14 – 0,30
CD integrate di Secondo Livello	0,31 - 0,50
CD integrate di Terzo Livello	0,51 – 0,60
CD integrate di Cure palliative terminali oncologico/ non oncologico	0,61 - 1

DM 77/22

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di **promozione della salute** e di prevenzione primaria
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di **stratificazione del rischio** basato su familiarità e stili di vita
III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di **presa in carico, supporto proattivo e di orientamento**
IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extraospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, **integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento** alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	
VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	

COMID

Non Complesso

A rischio di complessità

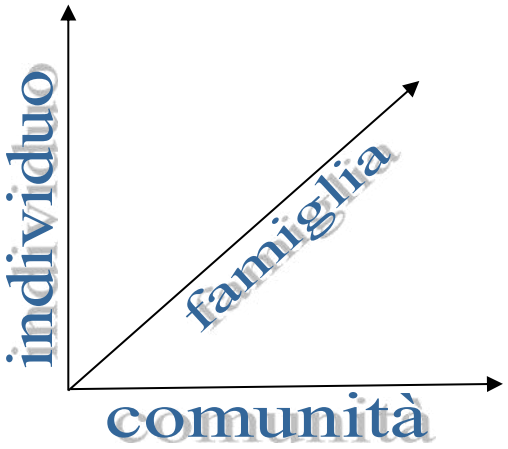
Complesso

Stato di salute
Fattori socio economici
Salute mentale
Comportamento
Instabilità
Attori
COMID
Bisogno prevalente
Assistenziale
Clinico
Specialistico
Sociale
Psicologico
IFeC consulente
MMG
Geriatra
Palliativista
Assistente sociale
Co-Management

DM 77/2022

L’individuazione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l’identificazione di **un’équipe multiprofessionale minima** (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere), **maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte** e in continua evoluzione in relazione all’evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa

Del. RT n° 597 del 4.6.2018 «Infermiere di Famiglia e Comunità»



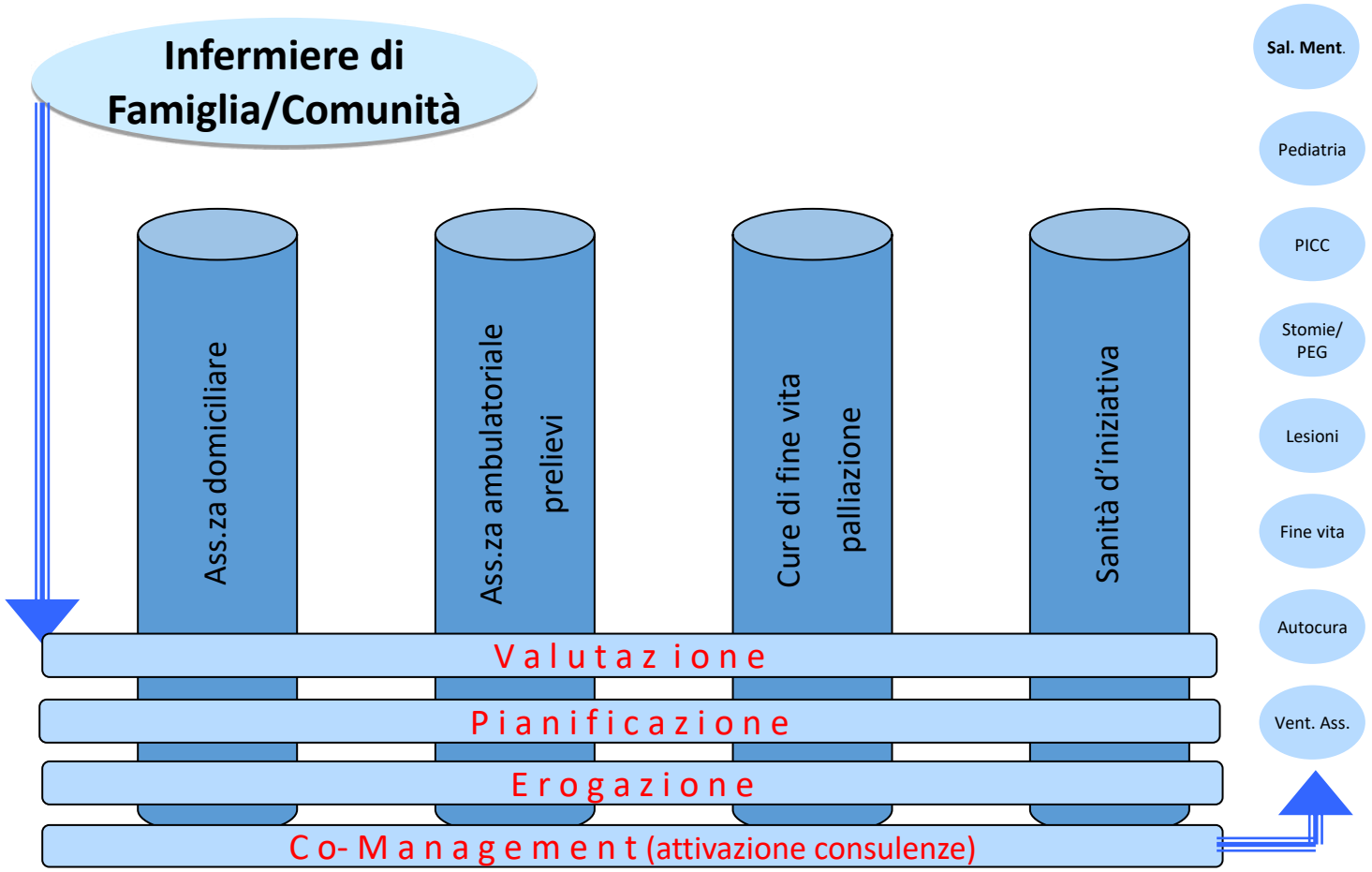
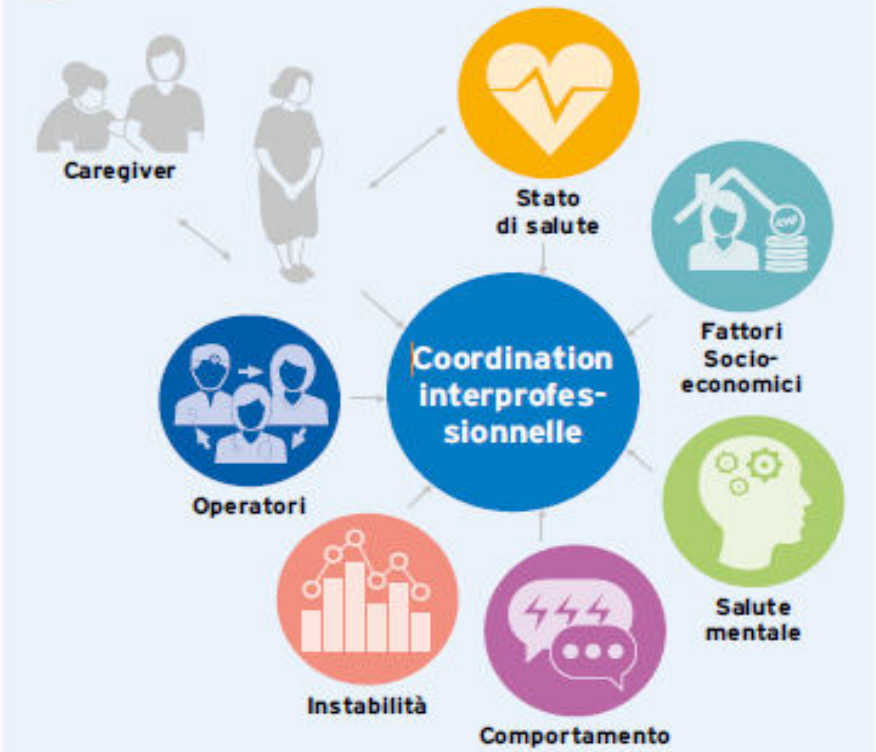


Figura 8 *Identificazione degli assi relativi alla complessità che interagiscono nell'ambito di un coordinamento interprofessionale*



La riunione di coordinamento interprofessionale comprende diverse fasi:

- ✓ l'elaborazione degli obiettivi;
- ✓ l'organizzazione;
- ✓ la realizzazione;
- ✓ e l'aggiornamento degli obiettivi e del piano d'intervento.

La scelta del luogo per il coordinamento è importante (nella sede del servizio? nell'ufficio del medico? a casa del paziente? a casa del caregiver o altro). Il domicilio è un luogo di vita e può essere un luogo di cura.

È essenziale che gli elementi discussi e le decisioni collettive prese in seguito al coordinamento interprofessionale siano condivisi. Vedi in allegato un esempio di come strutturare una sessione di coordinamento (Allegato 3).

Tabella 4 *scheda di sintesi per una riunione di coordinamento*

Riunione di coordinamento		
Cognome e nome dell'utente:	**N° utente:**	**Data:**
Membri dell'équipe interprofessionale:		
Persone presenti:		
Ordine del giorno della riunione:		
Elementi discussi nella riunione		
Cognome di chi interviene		
Decisioni condivise (obiettivi, compiti, azioni e attribuzioni)		
Adeguamento degli obiettivi d'intervento nel piano di cura infermieristico		
È necessario adeguare gli obiettivi d'intervento?	○ = Sì	○ = No
Motivo dell'intervento	**Obiettivo**	
- - - -		
Prossima riunione di coordinamento: **Data:** **Organizzata da:**		

Fonte: Institution genevoise de maintien à domicile (Imad), 2017.

Azienda USL Toscana nord ovest – Servizio Sanitario della Toscana	**Nuovo nomenclatore attività infermieristiche per assistenza domiciliare suddiviso per macroaree**	All. 1 Rev. 0 Pubblicato il 30/09/24 Prescrittivo dal 15/1024 Pag. 1 di 2

INF01_01	PREVALUTAZIONE DIMISSIONI COMPLESSE	Valutazione della presa in cura domiciliare e/o attivazione delle risorse a domicilio in previsione di dimissioni ospedaliere (ASSISTITO ricoverato presso strutture sanitarie)	GESTIONALE/ VALUTATIVA
INF01_02	VISITA PER VALUTAZIONE DELL'AMBIENTE DOMESTICO	valutazione dello stato nutrizionale,della capacità di alimentazione per os adeguata, programma di nutrizione artificiale	GESTIONALE/ VALUTATIVA
INF01_03	VALUTAZIONE STATO AUTOSUFFICIENZA, ACCERTAMENTO DI BISOGNI E FATTORI DI RISCHIO	Visita (a domicilio o in ospedale) Accertamento anche con somm.ne test-schede per la Valutazione Autosufficienza (Barthel, MMS., etc) e/o valutazione tramite test di accertamento di bisogno/rischio (es. Conley, Braden, etc) anche finalizzata alla verifica e aggiornamento progetto assistenziale	GESTIONALE/ VALUTATIVA
INF01_04	CONDIVISIONE/BRIEFING DEL CASO AD ALTRI OPERATORI	Scambio di informazioni tra professionisti referenti del caso e suo sostituto stessa professionalità (SINGOLO CASO)	GESTIONALE/ VALUTATIVA
INF01_05	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INFERMIERISTICA	Presa in cura utente in ambito domiciliare, Raccolta informazioni, analisi del caso e valutazione sociale/assistenziale ; confronto con l'equipe sul caso, stesura Piano Assistenziale apertura cartella/ Storia e valutazione abbreviata COMPRENSIVA DELLA VALUTAZIONE AMBIENTALE/DOMESTICA	GESTIONALE/ VALUTATIVA
INF01_06	SOMMINISTRAZIONE SCALE/TEST	Attraverso la somministrazione di scale	GESTIONALE/ VALUTATIVA
INF01_07	VERIFICA/AGGIORNAMENTO PROGETTO ASSISTENZIALE	visita domiciliare finalizzata per la verifica e aggiornamento del progetto (valutazione complessiva dei risultati del piano assistenziale impostato)	GESTIONALE/ VALUTATIVA
INF01_08	COLLABORAZIONE A PRESTAZIONE	Da segnare da parte del secondo operatore nel caso in cui la prestazione sia eseguita da due infermieri. Il tempo è analogo a quello della prestazione del 1° operatore	GESTIONALE/ VALUTATIVA
INF01_09	VISITA MULTIPROFESSIONALE	Visita di valutazione con più professionisti (ONCOLOGO, SPECIALISTI, FISIATRA, MMG,INFERMIERE,...ETC)	GESTIONALE/ VALUTATIVA
INF01_10	CONSULENZA INFERMIERISTICA	Consulenza eseguita per problemi che richiedono competenze	GESTIONALE/ VALUTATIVA
INF01_11	CONTATTO TELEFONICO		GESTIONALE/ VALUTATIVA
INF01_12	CONSULENZA TELEFONICA	Attività telefonica a supporto/controllo dello stato di cura/assistenza del ASSISTITO (rivolto a tutti, ASSISTITO , famiglia, specialisti etc)	GESTIONALE/ VALUTATIVA
INF01_13	UTENTE NON REPERIBILE	Assenza non prevista dell' ASSISTITO a domicilio	GESTIONALE/ VALUTATIVA
INF02_01	PRELIEVO ARTERIOSO	Tutti i tipi di prelievi di sangue arterioso (compreso EMOGAS)	TECNICO SCIENTIFICA
INF02_02	PRELIEVO CAPILLARE	Test rapido glicemia	TECNICO SCIENTIFICA
INF02_03	PRELIEVO VENOSO	Tutti i tipi di prelievi di sangue venoso	TECNICO SCIENTIFICA