

# Complessità clinica in medicina interna: prevalenza, prognosi e strumenti innovativi per la gestione

Bandini, F.<sup>1</sup>, Guidi, S.<sup>1</sup>, Blaszczyk, S.<sup>2</sup>, Pratesi, P.<sup>3</sup>, Spolveri, S.<sup>2</sup>, Pieri P.<sup>4</sup>, Pacini, P.L.<sup>4</sup>, Bassetti, A.<sup>5</sup>, Pierini, M.<sup>3</sup>, Padeletti, M.<sup>1</sup>, Petrone, P.<sup>1</sup>, Zoppi, P.<sup>6</sup>, Landini, G.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> SOS Cardiologia BSL e Serristori, <sup>2</sup>SOS Medicina BSL, <sup>3</sup> SOS Assistenza Infermieristica Mugello, <sup>4</sup> Direzione Infermieristica BSL, <sup>5</sup> Direzione Sanitaria BSL, <sup>6</sup> Direzione USL Toscana Centro

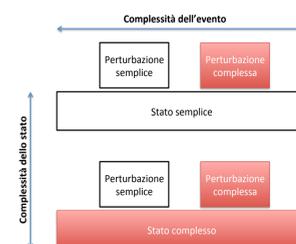
## Introduzione

Da diversi anni il concetto di **complessità**, nato in seno alla teoria dei sistemi, si è rivelato un'importante chiave di lettura teorico e pratico negli ambiti della salute, della medicina e dell'organizzazione dei sistemi sanitari.

Mancano però ancora soluzioni per **misurare** la **complessità** e **gestirla** in modo ottimale, e le scale attuali tendono a dare il maggior peso ad aspetti di fragilità e comorbidità, caratterizzanti lo **stato** del paziente, più che la complessità legata ad un temporaneo **episodio** di ricovero.

Nell'ambito di un progetto per studiare soluzioni innovative per la gestione della complessità, abbiamo realizzato uno strumento semplice per identificare i pazienti a più alta ed a più bassa complessità, basato su una serie di criteri centrati solo sulla complessità del paziente, ma anche e soprattutto sulla complessità clinica.

Abbiamo poi condotto un monitoraggio per validare lo strumento e verificare la prevalenza e gli effetti della complessità in un reparto di medicina interna.



## Metodologia

Osservati per 56 giorni tutti i pazienti ricoverati in un reparto (12 pax) di medicina interna dell'ospedale di Borgo San Lorenzo (Firenze).

Un medico internista con un infermiere ha codificato ogni giorno il livello di complessità dell'episodio di ricovero di tutti i pazienti ricoverati in reparto, per identificare gli **episodi di ricovero ad alta complessità** e quelli in **fase di stabilità clinica** ed i più **bassa complessità**, usando una serie di criteri raccolti in due schede (schede A e B).

Confrontate le caratteristiche, la destinazione alla dimissione e la prognosi a un 1m dei pazienti ai vari livelli.

### A. Criteri di complessità

Evento di ricovero per instabilità contemporanea di più organi (≥3)	<input type="checkbox"/>
Evento di ricovero la cui gestione necessita di maggior tempo per le relazioni ed il confronto umano e professionale	<input type="checkbox"/>
Evento di ricovero che non riconosce chiari percorsi di diagnosi/terapia nelle linee guida attuali	<input type="checkbox"/>
Evento di ricovero che diventa refrattario alla terapia	<input type="checkbox"/>
Evento di ricovero che comporta decisioni di fine vita	<input type="checkbox"/>
Recidiva di ricovero per la stessa causa in un mese	<input type="checkbox"/>

Se 1+ presenti, episodio ad ALTA complessità

### B. Elementi di stabilità clinica

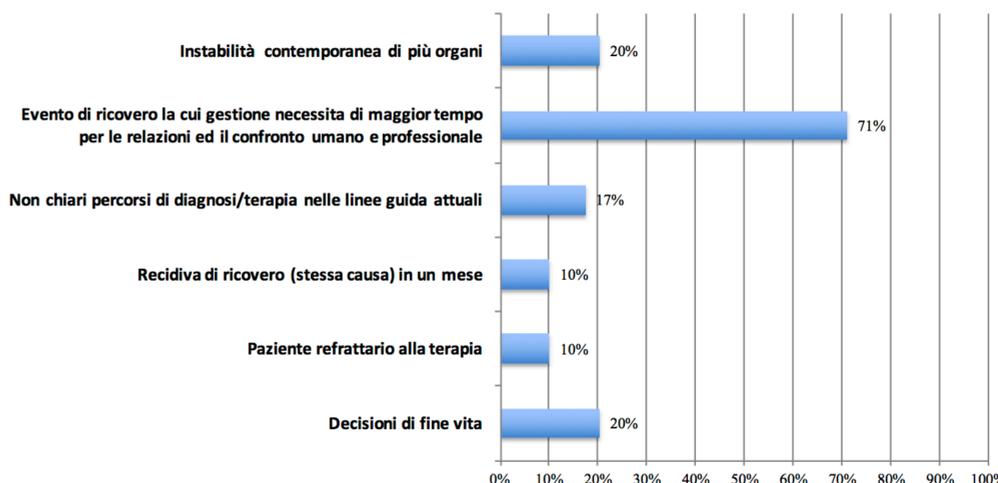
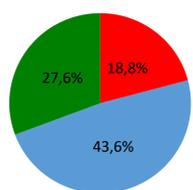
Assenza di variazioni nei parametri MEWS (come da protocollo) e negli esami di laboratorio	<input type="checkbox"/>
Il paziente non riferisce variazioni negative relative al suo stato soggettivo (dolore, dispnea, cardiopalmo, vertigini...)	<input type="checkbox"/>
Non nuovi eventi clinici dall'ultima valutazione infermieristica (rilevare la comparsa di segni/sintomi, non importa l'interpretazione, che sarà a carico del medico)	<input type="checkbox"/>
La valutazione complessiva da parte dell'infermiere non orienta alla richiesta di una valutazione medica	<input type="checkbox"/>

Se tutti presenti, episodio ad BASSA complessità

## Risultati

Nel corso del monitoraggio sono stati osservati 240 pazienti. Di questi 69 hanno avuto fasi di alta complessità (prevalenza di periodo = 28.8%, CI 95%: 23.7-33.9%) e 115 hanno avuto fasi di stabilità clinica a bassa complessità (47.9%, 95% CI: ).

Percentuale media di pz. ricoverati in reparto /die



Nei pazienti con eventi **complessi** (vs senza):

- Durata della **degenza** significativamente più lunga (+4,5 gg; p<0.001)
- Maggiore probabilità di **morte** (OR: 1.18; 95% CI: 1.11-1.25)
- Minore probabilità di entrare in fase di stabilità clinica (OR: 0.78; 95% CI: 0.68-0.9)
- Maggiore probabilità di trasferimento in altro reparto/ospedale (OR: 1.08; 95% CI: 1.01-1.15)
- Minore probabilità di dimissioni a domicilio (OR: 0.78; 95% CI: 0.68-0.87)

Nei pazienti con eventi **semplici** (vs senza):

- Maggiore probabilità di dimissioni a domicilio (OR: 1.14; 95% CI: 1.02-1.12)
- Minore probabilità di morte (OR: 0.91; 95% CI: 0.87-0.97)

La complessità di stato ed il livello di intensità di cure non coincidono con la complessità dell'evento di ricovero.

	Campione	Pz con evento complesso		Pz con evento semplice	
		Si	No	Si	No
N (%)	240	69 (28.8%)	171 (71,2%)	115 (47,9%)	125 (52,1%)
Femmine (%)	125 (52.1%)	35 (50,7%)	90 (52,6%)	65 (56,5%)	60 (48%)
Età media (sd)	77.1 (14.6)	73,4 (16,9) *	78,6 (13,4)	77,4 (14,8)	76,7 (14,5)
Range età (min-max)	20-100	20-98	21-100	30-100	20-98
Charlson (sd)	5.6 (2.7)	6,3 (3,2) **	5,4 (2,5)	5,5 (2,5)	5,8 (2,9)
Durata media degenza (sd)	10.8 (7.4)	13,9 (10) ***	9,6 (5,6)	10,5 (6,1)	11,1 (8,4)
n con fase semplice (%)	115 (47.9%)	21 (30,4%)	94 (55%)	-	-

## Conclusioni

I risultati mostrano che ogni giorno in medicina sono ricoverati pazienti ad alta complessità, con peggiore prognosi e degenza più lunga rispetto agli altri pazienti, affianco a pazienti in fase di bassa complessità e stabilità clinica. I pazienti con episodi complessi sono più giovani degli altri pazienti e non necessariamente hanno un livello più alto di comorbidità.

È possibile **identificare** questi pazienti attraverso **strumenti semplici** che si prestano ad un uso ripetuto durante la degenza, e che potrebbero usati per una **gestione innovativa della complessità** basata su un **triage** ed una **gestione differenziata** medico-infermieristica di pazienti a diverso livello di complessità.

## Bibliografia

- Plsek P, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001;323: 625-8.
- Schank AK, Kulski K, Lyons RF, Fortin M, Jadad AR, Upshur R, et al. A Scoping Review and Thematic Classification of Patient Complexity: Offering a Unifying Framework. *Journal of Comorbidity* 2012; 2 (1): 1-9.
- Nardi R, Berti F, Greco A, et al. Complexity in hospital internal medicine departments: what are we talking about? *Italian Journal of Medicine* 2013; 7: 142-155.