



Emilia-Romagna

venerdì
24 aprile 2026
ore 09.30

Aeroporto di Pavullo
nel Frignano (Mo)

LA SALUTE IN CIMA

INNOVARE LE POLITICHE PER L'APPENNINO
DELL'EMILIA-ROMAGNA

L'evento è promosso in collaborazione con



PROVINCIA DI MODENA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

La gestione del paziente complesso

Fabio Gilioli

Direttore UOC Medicina Interna Ospedale S.M.Bianca – Mirandola (MO)

Direttore Dipartimento Medicina Interna e Riabilitazione - AUSL Modena

Complessità in medicina: *Definizione*



La *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* definisce il **paziente complesso** come una persona affetta da **due o più malattie croniche**, in cui ciascuna condizione è in grado di **influenzare l'esito delle altre**.

Questa **interazione** avviene attraverso diversi meccanismi:

- riduzione della speranza di vita
- aumento della morbilità intercorrente
- interazioni tra terapie farmacologiche
- limitazioni o controindicazioni all'uso di trattamenti appropriati

Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ).
Definition: Complex Patient, Funding Opportunity Announcement
(FOA) - Technical Assistance Conference Call, October 15, **2007**.

La salute è uno stato temporaneo che non lascia presagire nulla di buono.
Woody Allen



COMMENTO ARTICOLO

Medicina Interna, paziente complesso... verso una clinica relazionale e ragionevole

Clinic, complex and complicated patient, relations and connexions

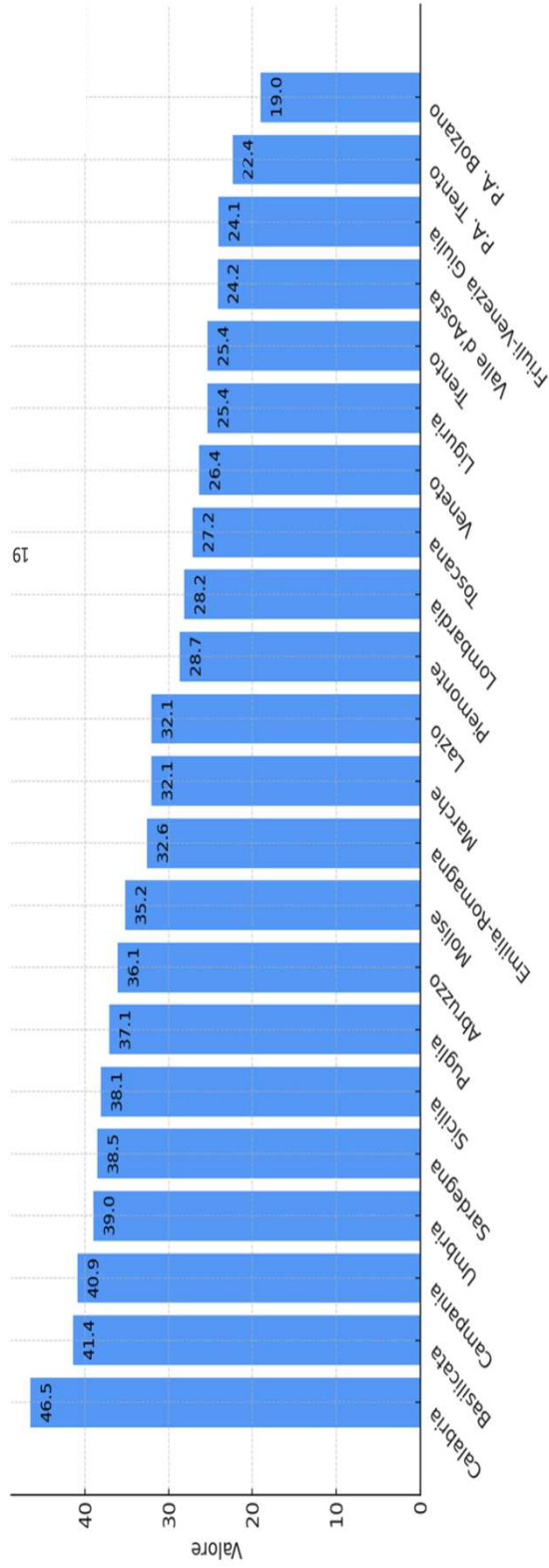
Ivan Cavicchi *

Docente di Sociologia e di Filosofia della Medicina, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Tor Vergata, Roma

Ricevuto il 7 settembre 2012; accettato l'1 ottobre 2012
Disponibile online il 23 ottobre 2012

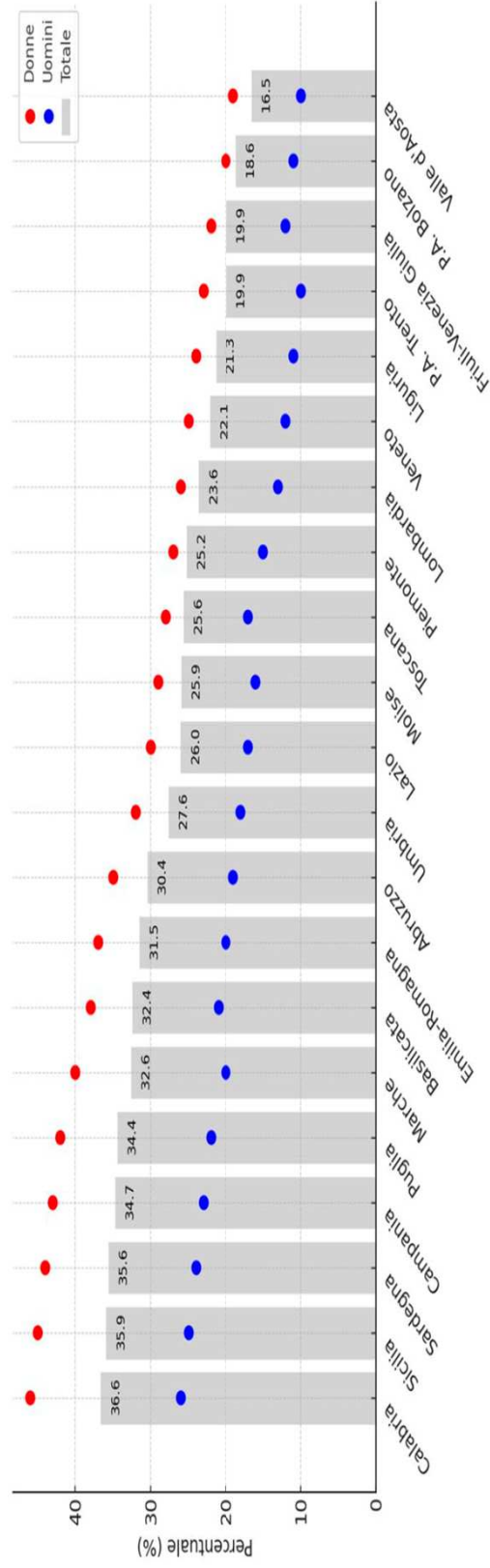
- **Questa definizione, a ben guardare, definisce la complicazione in quanto la sua logica si limita solo al fenomeno, quindi alla malattia e ragiona come se a “piu` malattia” corrispondesse “un grado maggiore di complessita ”. In realtà a “piu` malattia” corrisponde “un grado maggiore di **complicazione**”.**
- **In questa definizione, cioè, sono inclusi, per quanto accentuati, i condizionali della malattia, mentre restano esclusi quelli che riguardano l'essere, la persona, il contesto.**

Figura 6. Persone di 65 anni e più con almeno tre patologie croniche di cui almeno una grave Anno 2019 (per 100 persone di 65 anni e più per regione).



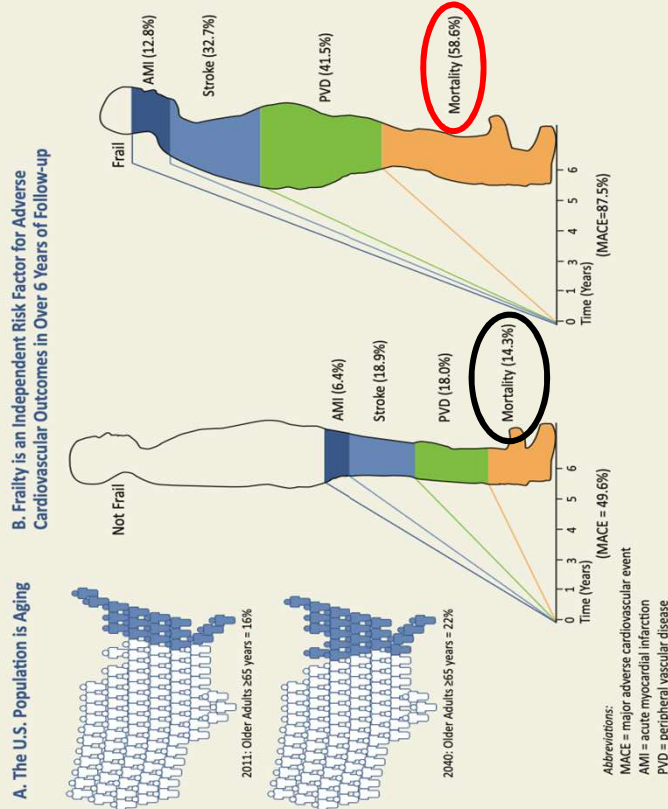
Fonte: dati Istat, Indagine Europea sulla salute (EHIS) 2019

Figura 7. Persone ultrasessantacinquenni che dichiarano gravi difficoltà nelle attività ADL o IADL per genere e regione. Anno 2019 (per 100 persone con le stesse caratteristiche).



Fonte: dati Istat, Indagine Europea sulla salute (EHIS) 2019

Graphical Abstract



The ageing of the US population and the influence of frailty on the incidence of cardiovascular outcomes in over 6 years of follow-up. (A) Estimates on the projected number (%) of all older adults in 2040 were obtained from www.census.gov. (B) The cumulative incidence of each cardiovascular outcome during 6 years of follow-up was derived from the National Health and Aging Trends Study.

Keywords

Older adults • Frailty • Coronary disease



European Heart Journal (2021) 42, 3856–3865
 European Society of Cardiology doi:10.1093/eurheartj/ehab468

CLINICAL RESEARCH
 Ischaemic heart disease

Frailty and cardiovascular outcomes in the National Health and Aging Trends Study

Abdulla A. Damaluji^{1,2*}, Shang-En Chung³, Qian-Li Xue^{3,4}, Rani K. Hasan², Mauro Moscucci⁵, Daniel E. Forman^{6,7}, Karen Bandeen-Roche⁴, Wayne Batchelor¹, Jeremy D. Walston³, Jon R. Resar², and Gary Gerstenblith²

¹The Inova Center of Outcomes Research, Inova Heart and Vascular Institute, 3300 Gallows Road, 1465 Falls Church, VA 22042, USA; ²Division of Cardiology, Department of Medicine, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, MD 21205, USA; ³Division of Geriatric Medicine and Gerontology, Department of Medicine, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, MD 21205, USA; ⁴Department of Biostatistics, Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, MD 21205, USA; ⁵Division of Cardiovascular Medicine, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, MD 21205, USA; ⁶Center for Aging Studies, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA; and ⁷Geriatric Research, Education, and Clinical Center, VA Pittsburgh Healthcare System, Pittsburgh, PA, USA

Received 8 March 2021; revised 22 May 2021; editorial decision 22 June 2021; accepted 8 July 2021; online publication date 29 July 2021

Methods and Results

We used the National Health and Aging Trends Study, a prospective cohort study linked to a Medicare sample. Participants with a prior history of CHD were excluded. Frailty was measured during the baseline visit using the Fried physical frailty phenotype. Cardiovascular outcomes were assessed during a 6-year follow-up. Of the 4656 study participants, 3259 (70%) had no history of CHD 1 year prior to their baseline visit. Compared to those without frailty, subjects with frailty were older (mean age 82.1 vs. 75.1 years, $P < 0.001$), more likely to be female (68.3% vs. 54.9%, $P < 0.001$), and belong to an ethnic minority. The prevalence of hypertension, falls, disability, anxiety/depression, and multimorbidity was much higher in the frail and pre-frail than the non-frail participants. In a Cox time-to-event multivariable model and during 6-year follow-up, the incidences of death and of each individual cardiovascular outcomes were all significantly higher in the frail than in the non-frail patients including major adverse cardiovascular event (MACE) [hazard ratio (HR) 1.77, 95% confidence interval (CI) 1.53, 2.06], death (HR 2.70, 95% CI 2.16, 3.38), acute myocardial infarction (HR 1.95, 95% CI 1.31, 2.90), stroke (HR 1.71, 95% CI 1.34, 2.17), peripheral vascular disease (HR 1.80, 95% CI 1.44, 2.27), and coronary artery disease (HR 1.35, 95% CI 1.11, 1.65).

Conclusion

In patients without CHD, frailty is a risk factor for the development of MACEs. Efforts to identify frailty in patients without CHD and interventions to limit or reverse frailty status are needed and, if successful, may limit subsequent adverse cardiovascular events.



Il paradigma della complessità

una malattia → una causa → una terapia

molte cause → molte interazioni → strategie integrate

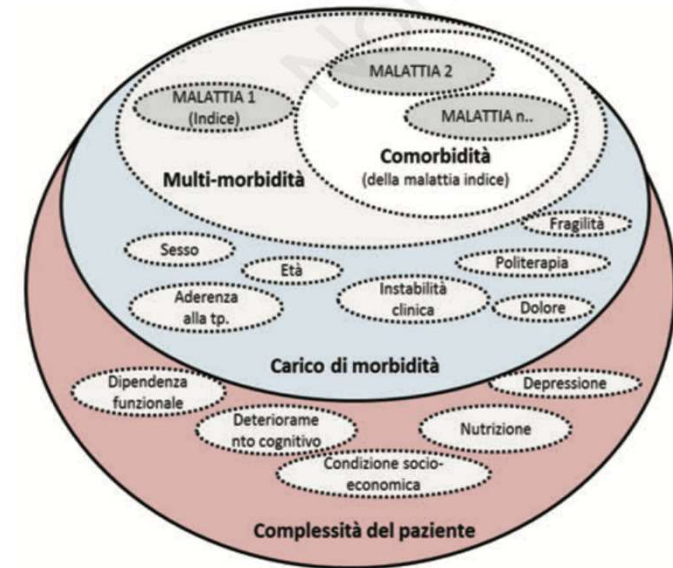


Figura 1. Il sistema *complessità*. Modificato da Gensini et al., 2010.⁵



La stratificazione della popolazione, come previsto dal DM77, è strutturata nei seguenti 6 livelli:

- **I livello:** persona in salute;
- **II livello:** persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo;
- **III livello:** persona con complessità clinico assistenziale media (presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica);
- **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);
- **V livello:** persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale (presenza di multimorbidità, limitazioni funzionali con parziale o totale non autosufficienza, con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo);
- **VI livello:** persona in fase terminale.

In questi casi, un'assistenza non coordinata e frammentata, tipica di sistemi sanitari centrati su singole patologie, può risultare subottimale per tali pazienti.

Sig.di anni 81 ricoverato dal 1.12.2025 al 27.12.2025 e dimesso dalla UO di Medicina Interna con diagnosi di:

Clinica

«Insufficienza respiratoria acuta da BPCO riacutizzata sottoposta a *ventilazione non invasiva*, concomitante *scompenso cardiaco*, *fibrillazione atriale* trattata in *terapia anticoagulante*, intercorrente *emorragia gastrica* trattata con *emotrasfusioni*, *ischemia cerebrale con paresi arto inf. destro* sottoposto a *trattamento riabilitativo*»

Sociale

Vedovo

1 figlio

1 fratello affetto da Malattia di Parkinson

Assistenziale

8 classi di farmaci di farmaci alla dimissione + multiple somministrazioni giornaliere

Dimissione in ambito territoriale finalizzata a una corretta assistenza, prevenzione delle riacutizzazione di malattia e nuove ospedalizzazioni.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

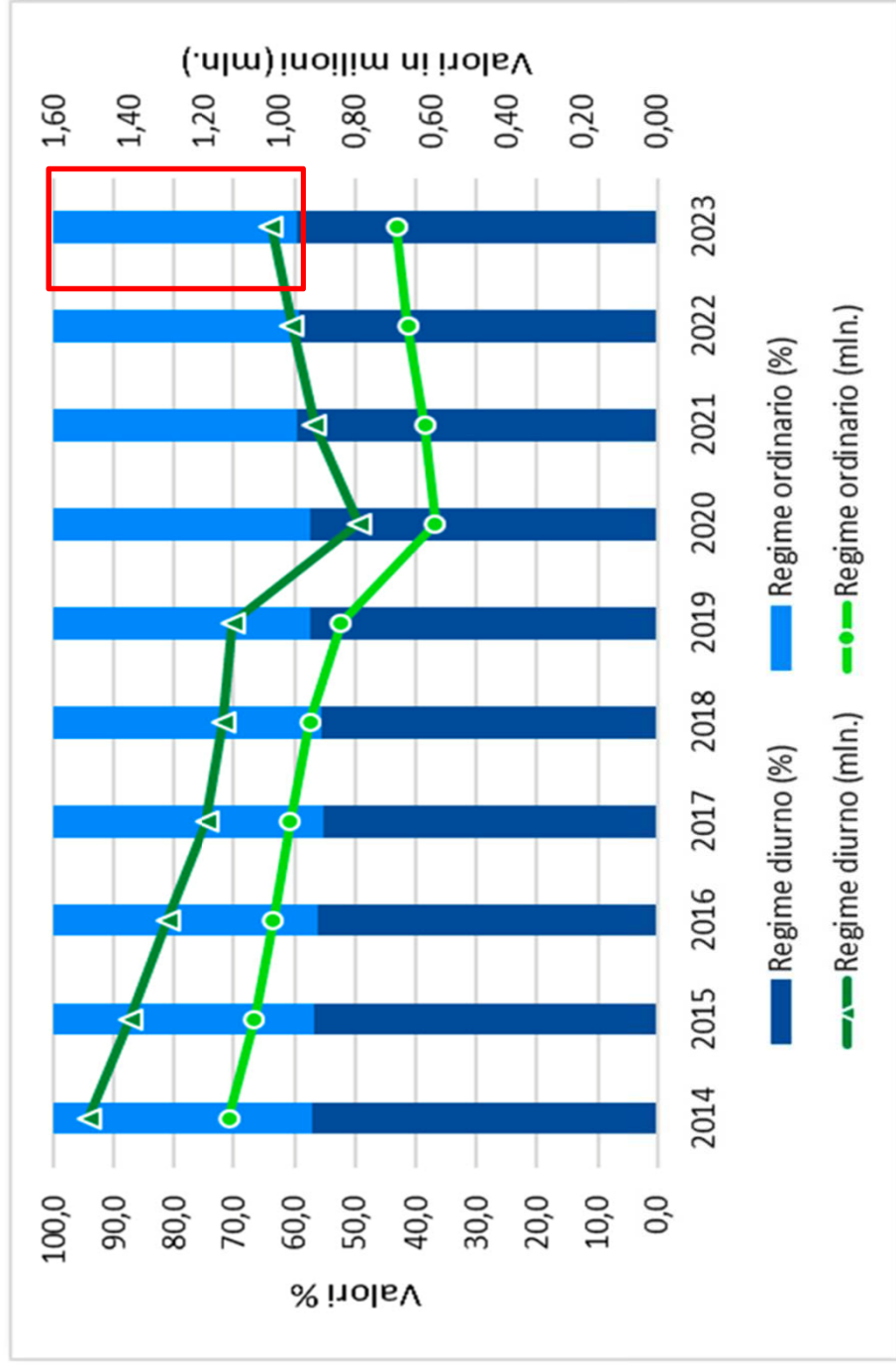
Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program

Stephen F. Jencks, M.D., M.P.H., Mark V. Williams, M.D.,
and Eric A. Coleman, M.D., M.P.H.

N Engl J Med 2009;360:1418-28.

- Circa il **20%** dei pazienti Medicare dimessi viene **riospedalizzato entro 30 giorni**.
- Entro **1 anno** dalla dimissione l'esito era il decesso o un nuovo ricovero
 - il 67,1% dei pazienti dimessi per condizioni mediche
 - il 51,5% dei pazienti dimessi dopo procedure chirurgiche

Grafico 18. Frequenza dei ricoveri ad alto rischio di inappropriata se erogati in modalità ordinaria per regime di ricovero. Anni 2014-2023



Fonte: elaborazione su banca dati SDO, anni 2014-2023



L'obiettivo di offrire non solo *la cura giusta* ma assicurare che questa venga erogata anche *nel tempo e nel posto giusto*.

E' evidente che il **percorso assistenziale del paziente non possa esaurirsi solo nell'ambito del ricovero ospedaliero** ma debba essere più complessivo e continuativo e considerare il *territorio* come la sede naturale della prosecuzione del percorso di cura.

*Si deve tendere ad una migliore e nuova integrazione ospedale territorio per il **paziente complesso**.*

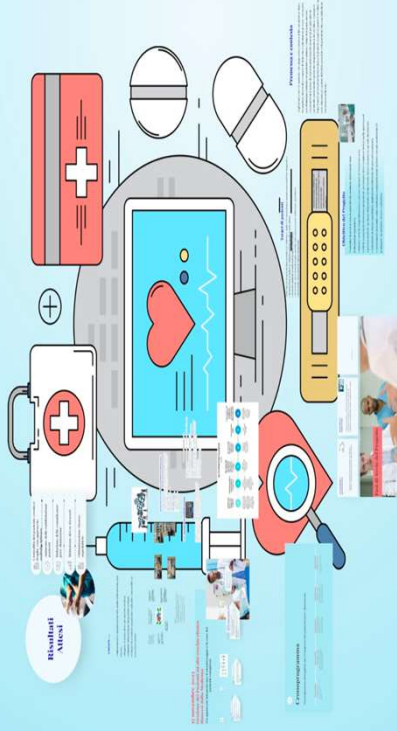
La Medicina Interna ospedaliera: tra complessità ed intensità assistenziale verso una medicina sostenibile - 2014

Mauro Campanini

Medicina Interna 2 - Dipartimento Medico, AO Maggiore della Carità, Novara,

PERCORSO DI POST RICOVERO PER PAZIENTI AD ALTO RISCHIO CLINICO DIMESSI DALLA MEDICINA INTERNA DELL'OSPEDALE DI MIRANDOLA

Ottimizzazione della Continuità Clinico
Assistenziale Ospedale – Territorio



1° STEP : Dimissione del paziente dalla Medicina Interna

Arruolamento di pazienti ad alto rischio clinico secondo :

- **Criteri Maggiori:**
 - Insufficienza d'organo (cardiaca, renale, epatica, respiratoria)
 - Ricovero in area critica (semitensiva o terapia intensiva durante la degenza)
- **Criteri Minori:**
 - Comorbidità (presenza di almeno 3 patologie croniche, utilizzabile l'Indice di Comorbidità di Charlson (CCI)
 - Età (> 75 anni)
 - Politerapia (≥ 5 farmaci cronici)
 - Numero di ricoveri negli ultimi 3 mesi (≥ 2 ricoveri)

• **Scala di Karnofsky**

ALTO RISCHIO CLINICO

Timeline

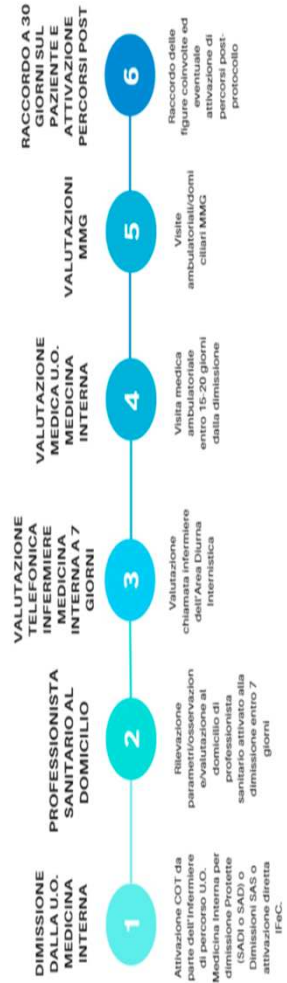
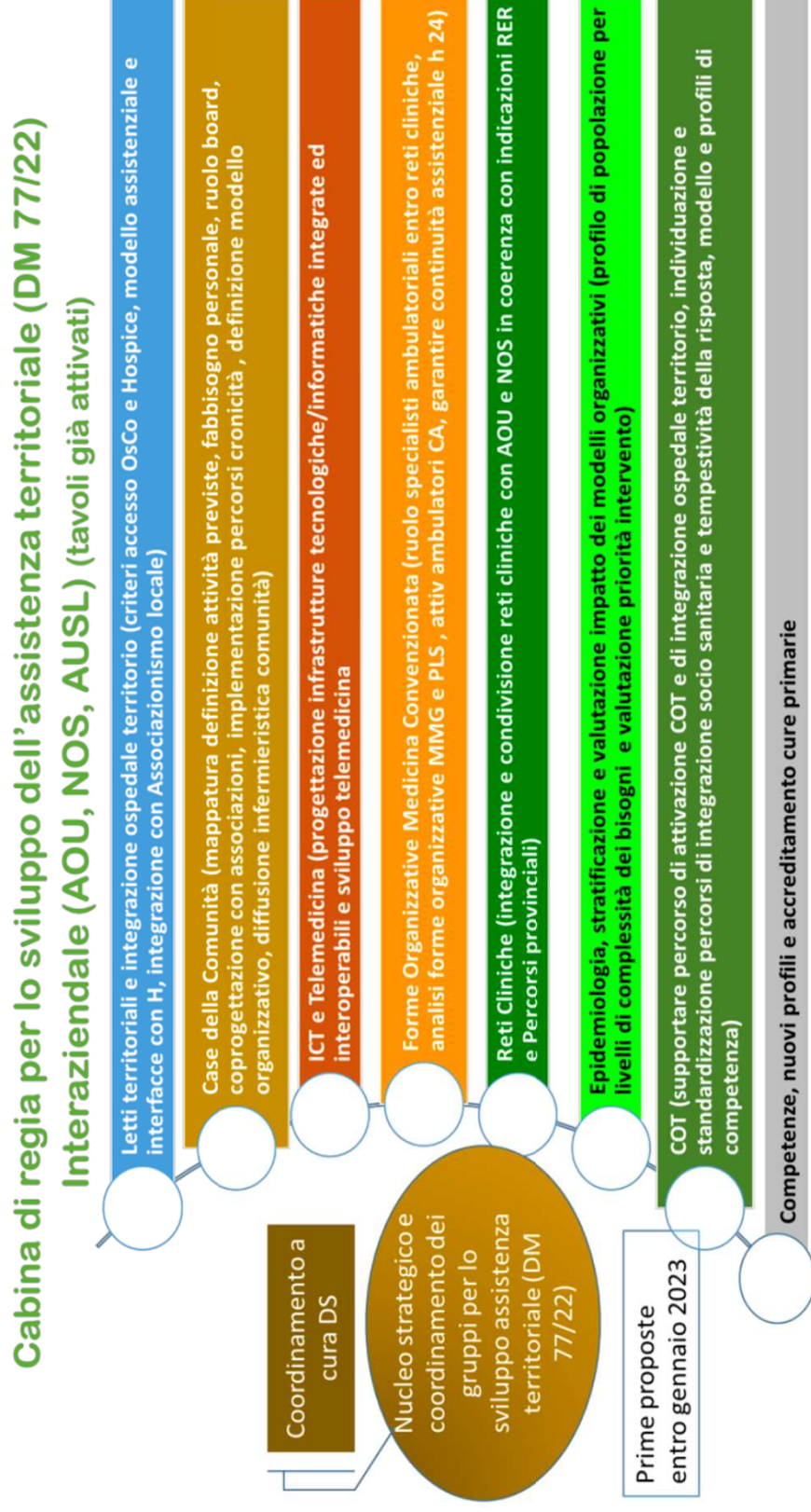


Figura 8 - Cabina regia DM 77/22 e gruppi di lavoro attivati



Ho intenzione di vivere per sempre...o morire nel tentativo.

Woody Allen

*Secondo le ultime stime Istat, nel 2021 il **73,0%** della popolazione adulta presenta almeno un comportamento a rischio tra **abitudine al fumo, obesità, consumo di alcol e sedentarietà**, il **33,7%** ne presenta almeno due, mentre il **7,1%** associa tre o quattro comportamenti non salutari.*

