

---

# CURE INTERMEDIE: QUANDO LA STABILIZZAZIONE RISCHIA DI DIVENTARE GESTIONE DELL'ACUZIE

# Panoramica

Oggi vi presento un'analisi condotta insieme alla collega **Giuliana Fiordelmondo** sul ruolo attuale delle Cure Intermedie all'interno del nostro Servizio Sanitario.

Queste strutture nascono come setting di transizione, pensato per accogliere pazienti clinicamente stabili, che necessitano di trattamenti a bassa intensità, assistenza infermieristica continua e un percorso di recupero dell'autonomia funzionale.

Il loro **obiettivo principale** è duplice:

- **alleggerire gli ospedali per acuti**
- **garantire continuità assistenziale con il territorio.**

Il nodo centrale del nostro studio è l'osservazione clinico-assistenziale condotta nella U.O. Cure Intermedie di Chiaravalle mostra una realtà diversa da quella prevista dalle norme.

I pazienti che accogliamo non sempre arrivano stabilizzati: al contrario, molti di loro sono ancora in fase acuta, complessa, instabile.

Nasce la necessità di trasformazione strutturale che non può più essere ignorata.

---

# Materiali e metodologia

Abbiamo analizzato 14 pazienti ricoverati nel corso del 2024, raccogliendo dati su:

- durata e numero dei ricoveri
- colture ematiche e urinarie
- impiego di antibiotici
- presenza di dispositivi invasivi (come CVL, PICC, SNG, O<sub>2</sub>)
- outcome, tra dimissioni, trasferimenti e decessi.

# Risultati principali

- Oltre il 70% dei pazienti ha richiesto trattamenti medici intensivi: emocolture e urinocolture positive, terapia antibiotica endovenosa, gestione di accessi vascolari complessi.
- Solo 3 pazienti erano effettivamente autonomi o in fase riabilitativa.
- Gli outcome mostrano 3 decessi e 3 centralizzazioni ospedaliere multiple per instabilità clinica.
- La durata media del ricovero è risultata molto elevata, con casi fino a 7 mesi.



# La radice del problema

Gli estremi delle Cure Intermedie:

1. la carenza di posti letto ospedalieri per acuti
2. l'insufficienza della rete territoriale e domiciliare

Questa frizione **genera** un sistema **inefficiente e costoso**, che **mette a rischio pazienti e operatori**.

---

# Proposte di ottimizzazione

Il nostro **studio** propone **tre assi di intervento**:

- 1. Ottimizzazione dei dispositivi e delle procedure**
  - standardizzazione della gestione di CVL/PICC
  - riduzione dell'uso improprio di dispositivi invasivi
- 2. Gestione più rigorosa degli antibiotici**
  - protocolli di antibiotic stewardship anche nelle strutture di comunità
- 3. Rafforzamento della continuità territoriale**
  - migliori collegamenti con MMG, ADI, USCA/UTAP
  - criteri più stringenti per l'accesso alle Cure Intermedie

**Con l'integrazione del PNRR(missione 6), rappresentare l'occasione per ridare identità e dignità a queste strutture.**

---

# APPROFONDIMENTO PNRR





---

# M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina

**L'obiettivo è potenziare tutto ciò che sta fuori dall'ospedale:**

- Case della Comunità
- Ospedali di Comunità
- Centrali Operative Territoriali
- Telemedicina
- Assistenza domiciliare potenziata
- Integrazione tra professionisti del territorio

## M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN

Mira a migliorare:

- tecnologie
  - infrastrutture digitali
  - formazione professionale
  - ammodernamento delle strutture sanitarie
  - sicurezza dei percorsi assistenziali
-

## Riposizionare le Cure Intermedie nel loro ruolo

Le tue Cure Intermedie oggi stanno facendo gestione dell'acuzie perché:

- mancano posti nei reparti ospedalieri
- il territorio non riesce ad assorbire i pazienti stabili
- i criteri di accesso non sono rispettati
- i pazienti arrivano troppo complessi

Case della Comunità e ADI potenziata = meno ricoveri impropri

**Se le Case della Comunità funzionano davvero, succedono due cose:**

- **i pazienti vengono seguiti prima**

MMG, infermieri di famiglia, ADI potenziata e servizi integrati evitano l'aggravamento precoce.

- **molti ricoveri in Cure Intermedie non si rendono più necessari**

Perché il paziente fragile viene "tenuto sul territorio" senza bisogno di transitare inutilmente nelle strutture intermedie.

Risultano Cure Intermedie con pazienti più stabili

## Ospedali di Comunità: una distinzione chiara dei livelli

**La Missione 6 introduce** chiaramente la differenza tra:

- **Case della Comunità** (territorio leggero)
- **Ospedali di Comunità** (stabilizzazione a bassa/media complessità)
- **Cure Intermedie** (transizione, riabilitazione, recupero autonomia)

## Telemedicina: monitoraggi che alleggeriscono il carico

I progetti del PNRR permettono:

- monitoraggio parametri a distanza
- televisite
- teleconsulti con specialisti
- supporto decisionale rapido per casi dubbi

## Formazione e procedure condivise

Il PNRR prevede programmi nazionali di:

- formazione su infezioni correlate all'assistenza (ICA)
- gestione dei dispositivi invasivi
- percorsi clinici standardizzati
- aggiornamento infermieristico e medico

## Più personale + modelli organizzativi moderni

La Missione 6 spinge verso:

- più infermieri di famiglia
- équipe multiprofessionali
- figure di assistenza intermedia
- maggiore rapporto personale/pazienti
- modelli organizzativi chiari e scalabili

## Sostenibilità economica

Le Cure Intermedie oggi costano di più perché:

- gestiscono acuti
- fanno procedure non previste
- usano trasporti 118 frequenti
- dilatano le degenze

**Il PNRR mira a ridurre i costi riducendo gli errori di allocazione, cioè “mettere il paziente giusto nel posto giusto”, al momento giusto.**

## **COSA CAMBIA PER TE E PER IL REPARTO**

La Missione 6 del PNRR può:

- Riportare i pazienti stabili nelle Cure Intermedie
- Ridurre i casi acuti impropri
- Tagliare i tempi di degenza anomali
- Ridurre centralizzazioni e trasporti 118
- Aumentare sicurezza e qualità
- Diminuire il sovraccarico infermieristico
- Migliorare la gestione dei dispositivi e degli antibiotici
- Rafforzare il ruolo del territorio
- Rendere sostenibile il sistema nel lungo termine

**Il PNRR è l'occasione per ridare alle Cure Intermedie la loro identità originaria.**

---

Le Cure Intermedie sono nate come un **ponte tra ospedale e territorio**.

Oggi questo ponte è **sovraccarico e fragile**.

Il nostro compito è di **ricollocare questo setting nel suo ruolo autentico**: non un reparto di acuzie mascherato, ma un **ambiente protetto**, coerente, **orientato alla riabilitazione** e alla **continuità assistenziale**.

---

