



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

L'impatto e la rilevanza delle Cure Intermedie:

studio delle comorbidità e delle multimorbidità

**"The Impact and Relevance of Intermediate Care: A Study of Comorbidity and
Multimorbidity"**

Relatrice: Chiar.ma
Prof.ssa Emilia Prospero

Tesi di Laurea di:
Carmen Tedeschi

Correlatrice:
Dott.ssa Annamaria Frascati

AA: 2025/2026

INDICE

- ABSTRACT

- INTRODUZIONE.....	1
1. COMORBOSITA' E MULTIMORBOSITA'.....	3
1.1 L'impatto della multimorbosità.....	5
2. CURE INTERMEDIE.....	8
2.1 Ospedale di Comunità.....	10
2.2 Normativa	11
3. LE CURE INTERMEDIE DELL'OSPEDALE DI COMUNITA' (ODC) DI LORETO.....	15
4. OBIETTIVO.....	17
5. MATERIALI E METODI.....	18
5.1 Indice di Comorbidità Charlson.....	21
5.2 RUG (Resource Utilization Groups)	23
6. RISULTATI.....	27
7. DISCUSSIONE.....	34
8. CONCLUSIONI.....	38
9. BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA.....	41

ABSTRACT

Introduzione:

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche hanno determinato una crescente diffusione della multimorbidità, configurando pazienti caratterizzati da elevata complessità clinica e assistenziale. In questo contesto, le Cure Intermedie e, in particolare, l'Ospedale di Comunità, rappresentano un modello organizzativo fondamentale per garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, ridurre i ricoveri impropri e favorire il recupero funzionale.

Obiettivo:

L'obiettivo principale dello studio è descrivere il profilo epidemiologico e clinico dei pazienti ricoverati presso le Cure Intermedie dell'Ospedale di Comunità di Loreto nell'anno 2025. Obiettivi secondari sono: valutare il grado di comorbidità attraverso il Charlson Comorbidity Index, analizzare il fabbisogno assistenziale mediante il sistema RUG, e studiare l'associazione tra comorbidità, età e mortalità.

Metodi:

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo su 153 pazienti ricoverati presso l'Ospedale di Comunità di Loreto (Marche) tra gennaio e dicembre 2025. I dati sono stati raccolti dalle cartelle cliniche e dal sistema informativo territoriale (SIRTE). Sono state analizzate variabili anagrafiche, cliniche, assistenziali e farmacologiche. Il carico di comorbidità è stato valutato tramite Charlson Comorbidity Index, mentre il fabbisogno assistenziale mediante Resource Utilization Groups (RUG). È stata eseguita un'analisi di regressione logistica per valutare l'associazione tra età, comorbidità e mortalità.

Risultati:

L'età media dei 153 pazienti è risultata pari a 83,7 anni. La maggior parte dei pazienti proveniva da reparti per acuti (81%). La degenza media osservata è risultata di 49 giorni. L'83,01% del campione presentava un elevato grado di comorbidità. Il carico terapeutico medio era elevato, con circa 9 somministrazioni orali e 4 infusioni endovenose giornaliere. Il 43,8% dei pazienti ha sviluppato infezioni, prevalentemente delle vie urinarie, con elevata presenza di microrganismi multi-resistenti. Dallo studio, dopo la compilazione del RUG, si evidenzia 94 pazienti richiedono un'assistenza intensiva, 11 utenti necessitano assistenza specialistica, 29 hanno bisogno di assistenza per deficit cognitivi; 19 pazienti con fabbisogno assistenziale per riduzione delle funzioni fisiche. La mortalità dei pazienti degenti è risultata pari al 37%. L'analisi multivariata ha evidenziato un'associazione significativa tra mortalità ed età (OR 1,04; IC 95% 1,02–1,07; $p=0,001$) e, in misura maggiore, con l'indice di Charlson mostra un'associazione con mortalità più forte rispetto all'età nel modello multivariato (OR 1,23; IC 95% 1,15–1,32; $p<0,001$).

Conclusioni:

I risultati evidenziano come le Cure Intermedie accolgano pazienti ad elevata complessità clinica e assistenziale, caratterizzati da multimorbidità, fragilità e alto carico terapeutico. L'indice di Charlson si conferma un importante predittore di mortalità, superiore all'età anagrafica. Tali evidenze sottolineano la necessità di modelli assistenziali multidisciplinari e personalizzati, nonché il rafforzamento delle Cure Intermedie come nodo strategico nella gestione della cronicità e nella continuità assistenziale.

INTRODUZIONE

Il progressivo invecchiamento della popolazione è un fenomeno a livello mondiale.

Secondo la World Health Organization (WHO), nel 2050 le persone ultrasessantenni rappresenteranno un quarto della popolazione mondiale.

In Italia, i soggetti con età superiore ai 65 anni rappresentano il 20% circa della popolazione si stima che raggiungeranno il 33% nel 2051. In quarant'anni si prospetta un aumento della durata di vita di quasi sei anni per gli uomini e cinque anni circa per le donne. (Agenas, 2011)

In questo contesto, un altro elemento rilevante è la consistenza di più patologie, senza poter individuare quella rilevante (multimorbosità) che comporta nuovi bisogni di salute in quanto il paziente viene definito "complesso". La definizione del paziente complesso con malattie multiple adottata dall' Agency for Healthcare Research and Quality si riferisce a una persona con due o più malattie croniche, in cui ciascuna di queste condizioni mediche può influenzare l'esito di trattamenti e di altre patologie concomitanti. Il paziente complesso non solo racchiude l'"insieme delle condizioni morbose ma è anche caratterizzato da specifica eziopatogenesi e da specifiche necessità terapeutiche e prognosi. La complessità del paziente è caratterizzata da diversi elementi che interagiscono tra di loro in modo non lineare, quali la polipatologia, status socioeconomico, condizione fisica e clinica, stato di salute mentale, caratteristiche demografiche, capitale sociale, vissuto di malattia e fattori legati all'erogazione dell'assistenza sanitaria. (A. Viganò, 2023)

Le persone con multimorbosità sono eterogenee in termini di gravità, stato funzionale, prognosi e rischio di eventi avversi anche con lo stesso pattern di condizioni. (E. Tragni, 2014). La preponderanza della popolazione cronica presenta patologie multiple e, anche se le multimorbosità incrementa con l'età, include pazienti giovani, in particolare coloro che vivono in condizioni sociali ed economiche svantaggiate, dove la multimorbosità si sviluppa 10-15 anni prima rispetto alle aree più ricche. (B.Guthrie, 2012)

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una sfida complessa che coinvolge non solo il sistema sanitario ma anche l'organizzazione sociale. Una delle risposte più urgenti e necessarie a questo cambiamento demografico è lo sviluppo delle strutture delle cure

intermedie che possono fungere da ponte tra ospedale e domicilio, garantendo continuità assistenziale e qualità della vita agli anziani.

Con l'aumento dell'età media si registra un incremento delle patologie croniche, delle disabilità e delle fragilità. Molti anziani, dopo una degenza ospedaliera non sono in grado di tornare immediatamente a domicilio, ma non necessitano più di un'assistenza intensiva. In questi casi le strutture di cure intermedie svolgono un ruolo fondamentale, infatti:

- offrono assistenza sanitaria e riabilitativa temporanea,
- aiutano nel recupero funzionale
- preparano il paziente al rientro a casa
- se necessario, all'inserimento in una residenza a lungo termine.

In Italia, però, queste strutture sono ancora poco sviluppate e sono distribuite in modo disomogeneo sul territorio, in alcune regioni esistono servizi avanzati come gli ospedali di comunità o le unità di riabilitazione a gestione infermieristica, mentre in altre la mancanza di queste realtà costringe gli anziani a lunghi ricoveri ospedalieri od essere dimessi presso il proprio domicilio senza un adeguato supporto, con rischi elevati di ricadute, isolamento e perdita dell'autonomia. (Comodo,2004)

Le cure intermedie sono strutture che possono integrare figure professionali diverse come medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, promuovendo un'assistenza multidisciplinare, multidimensionale e personalizzata.

L'invecchiamento della popolazione italiana e l'incremento delle fragilità e delle comorbilità impone una revisione profonda del nostro modello assistenziale. Le cure intermedie devono essere viste come una necessità imprescindibile per garantire dignità, salute e benessere delle persone anziane investire in queste strutture significa non solo rispondere a un bisogno presente, ma anche costruire un sistema sanitario più equo, sostenibile e vicino ai cittadini. (Bartoli,2012)

Il crescente invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità e la necessità di ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati rendono sempre più centrale il tema delle cure intermedie all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

1. COMORBOSITA' E MULTIMORBOSITA'

Il termine comorbidità compare per la prima volta nella letteratura medica nel 1970 e indica l'esistenza o la comparsa di ogni distinta entità clinica aggiuntiva durante il decorso di una specifica malattia (malattia indice) per la quale il paziente sia seguito.

Comorbidità: presenza di una o più malattie associate a una **malattia principale**.

Esempio: paziente con ictus con ictus come diagnosi principale e diabete, ipertensione arteriosa ed insufficienza renale come patologie associate.

Multimorbidità: presenza contemporanea di **due o più malattie**, senza individuare una patologia principale. Esempio: paziente anziano con diabete, BPCO, scompenso cardiaco e demenza, tutte rilevanti nel quadro clinico.

La comorbidità indica la presenza di patologie associate a una malattia indice, mentre la multimorbidità descrive la coesistenza di più patologie croniche nella stessa persona, senza che una sia necessariamente prevalente. La comorbidità non ha relazione eziologica con la diagnosi primaria e ne conseguono complicanze e un trattamento distinti dalla malattia indice. La multimorbidità è la concomitanza di più malattie acute e croniche in un soggetto in cui non si individua la malattia dominante, questa definizione descrive ciò che accade al paziente anziano, in cui il clinico deve occuparsi di diverse forme morbose contemporaneamente. La multimorbidità è particolarmente presente nell'età geriatrica, infatti nella popolazione superiore ai 75 anni più della metà presenta almeno tre patologie croniche coesistenti. (M.Di Bari, 2013). In una prospettiva di multimorbidità, la persona che necessita di assistenza sanitaria assume una posizione centrale rispetto alle specifiche condizioni che presenta. Il processo decisionale sarà mirato su una singola patologia ma ponderando considerazioni contrastanti sulle patologie concomitanti. In altre parole, potrebbe evidenziarsi una condizione "indice" in una prospettiva di comorbidità che verrà trattata e nel corso del tempo la centralità della malattia dominante può cambiare. La distinzione tra comorbidità e multimorbidità evidenzia la tensione tra la malattia e le concezioni di salute e assistenza sanitaria incentrate sul paziente, che si riflette nella distinzione tra specialista e generalista.

Quando i pazienti hanno una sola patologia o è predominante, l'assistenza specialistica incentrata sulla malattia sarà spesso la forma di organizzazione più efficiente. Invece, le persone che presentano multimorbidità, i trattamenti possono diventare ripetitivi e

inefficienti nell'uso delle risorse oltre che rischiosi per il paziente a causa dello scarso coordinamento e integrazione. (B.Guthrie, 2011).

Decidere il percorso clinico può risultare difficile nelle persone con multimorbidità poiché è complesso bilanciare vantaggi e svantaggi dei molteplici trattamenti. La politerapia può essere appropriata ma associata a prescrizioni rischiose ed è spesso problematica nelle persone fragili o con deficit cognitivo. Un esempio è l'identificazione e la gestione della depressione in un soggetto con il diabete e cardiopatia ischemica, in questo caso la depressione viene considerata come comorbidità della condizione fisica. Alcuni studi hanno dimostrato la prevalenza della depressione nelle malattie fisiche, studi sull'impatto negativo della depressione sul controllo e sugli esiti della malattia e sperimentazioni sull'efficacia di interventi complessi sugli esiti sia del diabete e sia della depressione. Nella pratica, tendono a prevalere sia la condizione indice sia un approccio strutturato per silos di malattia. La coesistenza di più patologie, di solito, conduce a raccomandazioni di linee guida concordanti ossia segue un unico percorso di guida raccomandato per più patologie. Malgrado ciò, sostenere linee guida porta ad una prescrizione copiosa di farmaci interagenti e potenzialmente in conflitto tra loro. (Guthrie OCSE 2011). La multimorbidità è associata la compromissione funzionale intesa come riduzione delle capacità fisiche e cognitive necessarie per svolgere le attività quotidiane. Queste due condizioni sono legate da un'interazione bidirezionale e sinergica: da un lato, la multimorbidità favorisce il declino funzionale; dall'altro, la compromissione fisica e cognitiva aggrava la gestione e la progressione delle malattie croniche, generando un circolo vizioso associato agli esiti negativi di salute. (A. Calderon-Larranaga, DL Vetrano).

La letteratura sugli anziani con multimorbidità identifica sei principali ambiti di esito che permettono una valutazione multidimensionale dello stato di salute e dell'assistenza.

Il primo ambito riguarda le condizioni/esiti fisici e comprende i tradizionali indicatori clinici, ad esempio prevenzione, di stabilizzazione e gestione delle malattie e la mortalità. Include inoltre parametri fisiologici e biologici (es. pressione arteriosa, profilo lipidico, HbA1c) e indicatori rilevanti in geriatria come fragilità, disabilità e comorbidità).

Il secondo ambito è rappresentato dalle condizioni/esiti mentali, che comprendono la presenza e la gravità di disturbi psicologici (come depressione e ansia), nonché

cambiamenti cognitivi e comportamentali. In questo ambito rientrano anche il benessere psicologico e le preferenze dei pazienti rispetto ai trattamenti.

Il terzo ambito, particolarmente rilevante in letteratura, riguarda gli esiti psicosociali e lo stato di salute. Esso include qualità della vita, funzionalità fisica, autonomia, dolore, benessere emotivo, partecipazione sociale, funzione cognitiva e percezione soggettiva della salute. Tali aspetti riflettono dimensioni centrali per la popolazione anziana, come il mantenimento dell'indipendenza e delle relazioni sociali.

Il quarto ambito è costituito dai comportamenti del paziente, tra cui l'attività fisica, stili di vita, aderenza terapeutica e capacità di autogestione, elementi fondamentali per il controllo a lungo termine delle patologie croniche.

Infine, il sesto ambito riguarda gli esiti del processo assistenziale, comprendendo la qualità, il coordinamento e l'organizzazione delle cure, la gestione farmacologica, il carico terapeutico, l'accessibilità ai servizi, l'esperienza di pazienti e caregiver e il grado di centralità del paziente.

Tra questi, gli esiti più frequentemente analizzati risultano quelli psicosociali e di salute (69%), seguiti dagli esiti relativi al processo assistenziale (52,1%) e dall'utilizzo e costi dei servizi sanitari (49,3%). (M. Fedecostante, 2026).

1.1 L'IMPATTO DELLA MULTIMORBOSITA'

La multimorbosità rappresenta una condizione sempre più diffusa nella popolazione che accede ai servizi di assistenza sanitaria primaria. Sebbene non esista una definizione univoca, il termine viene generalmente utilizzato per indicare la coesistenza di più patologie croniche o condizioni a lungo termine, comprendenti sia disturbi fisici sia mentali. Questa condizione comporta un impatto significativo non solo sul sistema sanitario, ma anche sulla vita quotidiana dei pazienti. I soggetti affetti da multimorbosità usufruiscono dei servizi sanitari e sociali in modo intenso, generando un rilevante onere economico. Parallelamente, la presenza di più patologie croniche è associata a una riduzione della qualità della vita e a un aumento della prevalenza di disturbi psicologici, in particolare ansia e depressione. A ciò, si aggiunge un elevato carico terapeutico, che si manifesta nella difficoltà di comprendere e gestire le diverse condizioni, nella necessità di partecipare a numerosi appuntamenti clinici e nella gestione di regimi farmacologici

complessi. Oltre agli effetti diretti sul benessere individuale, la multimorbidità contribuisce a una maggiore frammentazione dell'assistenza sanitaria e incide negativamente sulle relazioni sociali e familiari. Tale situazione può determinare esiti sfavorevoli sia per i pazienti sia per i caregiver, aggravando ulteriormente il carico assistenziale complessivo.

Dal punto di vista degli operatori sanitari, la gestione della multimorbidità rappresenta una sfida significativa. La complessità dei bisogni clinici e l'intensità degli interventi richiesti rendono difficile l'applicazione delle linee guida tradizionali, che sono spesso focalizzate su singole patologie e raramente considerano le multimorbidità come standard nell'assistenza primaria. Inoltre, tali linee guida tendono a non valutare adeguatamente il peso complessivo dei trattamenti sul paziente e sul caregiver. (Potrais,2018)

La multimorbidità, quindi, impatta su diversi livelli che possono essere raggruppati in:

- Mortalità

- Stato funzionale e qualità della vita

- Utilizzo dei servizi sanitari, qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria

La mortalità è elevata se associata alla multimorbidità, infatti la presenza di più patologie croniche è correlata a un incremento progressivo della mortalità: la percentuale di rischio è direttamente proporzionata alla gravità della comorbidità e al numero delle patologie presenti.

Alcune combinazioni di malattie (es. Cardiopatia+ diabete + insufficienza renale) hanno un effetto sinergico, con un rischio maggiore rispetto alla somma delle singole patologie. Le comorbidità influenzano negativamente la prognosi delle malattie indice (ad esempio neoplasie, BPCO, scompenso cardiaco) in quanto possono limitare l'efficacia di trattamenti o persino non permettere di attuare dei processi di cura come interventi chirurgici, sedute chemioterapiche o terapie intensive.

La concomitanza delle patologie e la conseguente politerapia incrementa il rischio di eventi avversi e complicanze durante il percorso di cura. Le persone di età avanzata sono anche persone fragili che, in concomitanza con il declino funzionale e sarcopenia, presentano tutti fattori indipendenti di mortalità. Pertanto, la mortalità non dipende solo dalle malattie presenti, ma anche dal loro impatto funzionale. (Charlson,2022).

Stato funzionale e qualità della vita

La multimorbidità è associata a uno stato funzionale ridotto, solitamente misurato in termini di capacità di svolgere le attività della vita quotidiana. Le persone con multimorbidità devono spesso gestire molte richieste diverse allo stesso tempo e ciò può richiedere un dispendio di energie. Le diverse patologie richiedono cure, visite mediche, terapie, farmaci, tempo e denaro e supporto. Queste richieste possono entrare in contrasto tra di loro, ad esempio, appuntamenti sovrapposti o terapie difficili da conciliare. Inoltre, i pazienti devono spendere energie fisiche, mentali ed emotive per seguire cure, riconoscere e monitorare sintomi, prendere decisioni e adattarle alla propria vita quotidiana. Coordinare tutto questo può diventare estenuante, soprattutto perché la persona parte da una condizione di salute fragile. La gestione delle malattie può diventare un “lavoro”. In altre parole, gestire più malattie non è solo una questione clinica, ma comporta un grande carico per la persona, che può portare a stanchezza, stress e riduzione della qualità della vita. Mantenere ruoli sociali di valore svolgendo importanti lavori quotidiani è prioritario a scapito della gestione dei sintomi. Le persone con patologie multiple incontrano maggiori barriere e trovano difficoltà ad autogestirsi a causa delle loro condizioni, dallo sforzo e dall’impegno nella gestione dei farmaci e che ogni singola condizione dominante interferisce con la capacità di affrontare il lavoro di malattia associato ad altre condizioni. L’onere del trattamento aumenta con l’incremento delle cure e comporta una diminuzione delle risorse che impattano sulla qualità di vita. Questi fattori vanno ad incidere in particolar modo sugli svantaggi tal punto di vista socioeconomico, che hanno meno risorse personali e comunitarie a cui affidarsi e quindi potrebbero subire un impatto maggiore sulla loro qualità di vita e maggiori difficoltà nel gestire efficacemente i propri problemi di salute.

2. LE CURE INTERMEDIE

La definizione di “Cure Intermedie” la cui origine risale ai primi anni Novanta in Gran Bretagna racchiude elementi eterogenei fra di loro. Le Cure intermedie costituiscono le cure necessarie all’utente che viene dimesso dall’ospedale per rientrare al domicilio.

La British Geriatrics Society, nel 2008, ha definito i seguenti criteri necessari per la definizione delle Cure Intermedie:

- Servizi destinati a persone che hanno bisogno di una lunga degenza o sono a rischio di ricovero ospedaliero inappropriato o che necessitano di assistenza residenziale;
- Servizi incentrati sull’approccio globale finalizzati per redigere un percorso assistenziale individuale;
- Servizi orientati al recupero funzionale e al rientro al domicilio;
- Servizi da erogare che rientrano in un periodo compreso nelle sei settimane;
- Servizi di tipo interprofessionale in un unico processo valutativo con protocolli condivisi. (Calogero 2009)

In Italia, i primi accenni dei servizi delle Cure Intermedie sono presenti nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 dove è stato introdotto l’Ospedale di Comunità (ODC) e dell’ospedalizzazione domiciliare. In seguito, nel PSN 2011-2013 si prevedeva un’organizzazione territoriale per la gestione della cronicità che disponesse di posti letto/ servizi residenziali territoriali gestiti da medici di Medicina Generale e personale infermieristico all’interno di adeguate strutture di Cure Intermedie, contribuendo allo sviluppo degli Ospedali di Comunità (ODC) ce risposta all’esigenza di integrazione tra diversi setting assistenziali. Inoltre, nel Patto della Salute 2014-2016 e nel successivo Regolamento sugli standard ospedalieri (DM 70/2015) sono state fornite le istruzioni per lo sviluppo delle “strutture intermedie” intese come “bed based” a gestione territoriale. L’Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e successivamente da Ministero della Salute con il Decreto Ministeriale n.70/2015 hanno identificato le struttura intermedia come struttura residenziale sanitaria extraospedaliera a valenza territoriale, anche basate su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza di cui l’Ospedale di Comunità.

Le cure intermedie prevedono 0,4 posti letto per ogni 1000 abitanti con modulo da 15-20 posti letto.

L'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

La struttura delle cure Intermedie dipende dal Distretto ed è gestita dal personale infermieristico. L'assistenza viene garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed operatori sociosanitari. La figura dei medici di medicina generale / da pediatri di libera scelta è presente nei giorni feriali dalle 8 alle 20, invece, dalle 20 alle 8 e nei giorni festivi la cura medica è affidata ai medici di continuità assistenziale.

La dotazione del personale deve rispettare i seguenti requisiti minimi:

- Incarico di funzioni organizzative
- 0,625 unità di personale di assistenza per ogni ospite, pari a:
 - 1 infermiere per 8 ospiti;
 - 1 Operatori sociosanitari (OSS) ogni 2 ospiti
 - 1 terapeuta/logopedista o altra figura professionale ogni 20 ospiti.

Le modalità di accesso dei pazienti nelle cure Intermedie possono essere:

- ✓ Pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:
 - consolidare le condizioni cliniche
 - continuare il processo di recupero funzionale,
 - accompagnare il paziente con fragilità individuale sociale nella prima fase del post-ricovero.
- ✓ Pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare e /o proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera.
- ✓ Pazienti che necessitano di interventi sanitari erogabili a domicilio ma che non dispongono di un domicilio idoneo sia a livello strutturale sia familiare.
- ✓ Pazienti che necessitano di sorveglianza continuativa e prestazioni infermieristiche.

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture Residenziali su proposta del medico di medicina generale, titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

L'ingresso è regolato attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale attivata dal medico a cui partecipano medico curante, Incarico di funzioni organizzative, responsabile UVDMD, Infermiere delle cure primarie titolare del percorso di dimissioni protette, assistente sociale del Comune di residenza del paziente, eventualmente la famiglia.

Al momento del ricovero è necessario compilare:

- la scheda di valutazione multidimensionale.
- la scheda di sintesi delle problematiche rilevate completa della descrizione del progetto assistenziale e della tempistica dello stesso (data di ingresso, durata prevista dai ricoveri, rientro prevista a domicilio).
- il piano di assistenza personalizzato (PAI) che comprende i parametri per il successivo rientro a domicilio o la collocazione in un'altra struttura.

Per tutti i pazienti, la definizione del PAI, la sua rivalutazione e la gestione clinica e assistenziale sono gestiti dalla struttura ospitante e prevedono un approccio multidimensionale e multidisciplinare.

Alla dimissione viene nuovamente compilata la scheda di valutazione Multidimensionale per valutare il raggiungimento di obiettivi indicati all'ingresso.

La motivazione che ha condotto lo Stato italiano a introdurre nel sistema della residenzialità una nuova struttura di Cure intermedie va ricercata nella difficoltà di dimissione dei pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale di una struttura protetta.

2.1 OSPEDALE DI COMUNITA'

L'Ospedale di Comunità (ODC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta di Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al

domicilio. L'Ospedale di Comunità è rivolto a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica non erogabili presso la propria residenza per idoneità del domicilio (strutturale e /o familiare) ed inoltre hanno bisogno di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa.

I pz eleggibili sono:

- Pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente in cui il ricovero ospedaliero è inappropriato;
- Pazienti affetti da comorbidità, proveniente da struttura ospedaliera clinicamente dimissibili ma che necessitano assistenza infermieristica continuativa per concludere il percorso diagnostico terapeutico;
- Pazienti e /o caregiver devono essere educati e addestrati per la somministrazione di farmaci o per la gestione di presidi ospedalieri o dispositivi medicali;
- Pazienti che devono disporre di supporto riabilitativo -educativo ossia:
 - valutazioni per pianificare strategie necessarie al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue,
 - supporto e educazione terapeutica al paziente seguendo protocolli attivati dal reparto di appartenenza per il rientro a domicilio.

Obiettivo fondamentale del ricovero è educare ad una consapevole gestione delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

La gestione delle attività dell'ODC è data all'Organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie. (F.Pesaresi, 2022).

2.2 NORMATIVA

Le cure intermedie sono definite principalmente dal D.M. 70/2015 (Decreto Ministero Salute) che ridefinisce la rete ospedaliera, favorendo la riduzione dei ricoveri per acuti e quindi lo sviluppo delle cure intermedie e dal D. M. 77/2022 (Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza) che riorganizza l'assistenza territoriale. L'integrazione e il coordinamento funzionale tra strutture territoriali e ospedaliere rivestono un ruolo centrale per

regolamentare i percorsi assistenziali, in particolare nella gestione dei flussi di pazienti sia in entrata sia in uscita dall'ospedale. Principalmente, le strutture territoriali svolgono un ruolo di filtro per ricoveri ospedalieri inappropriati. Per i flussi in uscita, assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di garantire la continuità assistenziale.

La struttura intermedia è una struttura territoriale basata anche su moduli diversificati di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare:

- pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:
 - consolidare le condizioni cliniche fisiche
 - continuare il processo di recupero funzionale
 - accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero
- pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera.

Fondamentale per lo sviluppo di questi percorsi è l'implementazione di un team multidisciplinare attraverso la predisposizione di specifici strumenti, organizzando gruppi di lavoro o progetti convalidati fra i vari professionisti.

Le strutture intermedie possono collegare assistenza territoriale e assistenza ospedaliera negli Ospedali di comunità.

L'Ospedale di Comunità è una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui la presenza medica è assicurata da medici di medicina generale o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Vi accedono pazienti che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio
- di sorveglianza infermieristica continuativa

La degenza media è di 15-20 giorni.

Le modalità per accedere sono tramite proposta del medico di medicina generale titolare della scelta per pazienti provenienti dal domicilio o da strutture residenziali, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

Il PNRR italiano è un documento programmatico finalizzato a favorire la ripresa e la resilienza del Paese. Il PNRR italiano si articola in sei missioni, la sesta è dedicata alla salute.

La Missione 6 del PNRR punta al potenziamento e al riorientamento del SSN, a partire da alcune criticità emerse nel corso della pandemia, in tal modo di migliorare l'efficacia della risposta ai bisogni di cura e di assistenza ai cittadini.

La Mission 6 promuove:

- il rafforzamento della prevenzione, della assistenza territoriale e della integrazione tra servizi sanitari e sociali;
- il miglioramento delle garanzie di accesso alle cure
- l'ammodernamento della dotazione strutturale del SSN
- l'investimento in ricerca scientifica nell'ambito biomedico e sanitario.

La Missione 6 si articola in due componenti:

- Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

La Componente 1 si concentra sul modello di assistenza sul territorio. Infatti, si focalizza sulla realizzazione di presidi territoriali, in particolare Case della Comunità e Ospedali di Comunità, sul potenziamento dell'assistenza domiciliare e sulla scelta del domicilio del paziente come setting privilegiato per l'assistenza territoriale, sullo sviluppo della telemedicina e su una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. Gli Ospedali di Comunità hanno un ruolo significativo per la promozione della salute e la gestione della cronicità in quanto rappresenta come presidio un punto di riferimento per promuovere un modello integrato e multidisciplinare di presa in carico. (Salute, 2025).

Le cure intermedie rappresentano un elemento strategico nell'ambito della riorganizzazione dei sistemi sanitari regionale, in quanto consentono di garantire la

necessità di gestire in modo appropriato i pazienti fragili, cronici e post-acuti, riducendo il ricorso improprio all'ospedalizzazione.

Nel contesto della Regione Marche, la regolamentazione delle Cure Intermedie si è sviluppata progressivamente attraverso una serie di atti normativi regionali, che ne hanno definito caratteristiche, funzioni e modalità organizzative.

Il primo intervento organico in materia è rappresentato dalla Deliberazione della Giunta Regionale n.960 del 2014, che ha introdotto formalmente il modello delle cure intermedie nel sistema sanitario regionale, definendone il ruolo nell'ambito della continuità assistenziale e dell'integrazione ospedale – territorio (Regione Marche, 2014).

Successivamente con la DGR n.139 del 2016, la Regione ha previsto l'attivazione di posti letto dedicati alle Cure Intermedie, inserendoli nel contesto degli Ospedali di Comunità e rafforzando il modello assistenziale territoriale alternativo al ricovero per acuti (regione Marche, 2016).

Ulteriori sviluppi sono stati introdotti con le DRG n.746 del 2016 e n.1587 del 2017, che hanno disciplinato, la gestione integrata delle cure intermedie, sottolineando il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e la necessità di un approccio multiprofessionale nella presa in carico del paziente. (Regione Marche,2016b) (Regione Marche,2017).

Le cure intermedie trovano un inquadramento strategico all'interno del Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2021, che le identifica come snodo fondamentale della rete territoriale dei servizi. (Regione Marche,2019).

Il piano sottolinea l'importanza dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali, promuovendo modelli organizzativi basati sulla presa in carico globale della persona.

3. LE CURE INTERMEDIE DELL'ODC DI LORETO

La struttura delle Cure Intermedie dell'ODC di Loreto rappresenta un importante servizio sanitario territoriale finalizzato a garantire la continuità assistenziale tra il ricovero ospedaliero e il rientro al domicilio o l'inserimento nelle strutture residenziali.

Le Cure Intermedie hanno come obiettivi principali:

- Ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e le degenze prolungate;
- Favorire il recupero funzionale clinico del paziente
- Garantire un percorso di dimissione protetta
- Supportare il paziente e la famiglia nella fase di transizione assistenziale;
- Migliorare l'integrazione tra ospedale, territorio e servizi sociali

Le persone a cui è rivolto:

- Pazienti dimessi da reparti ospedalieri per acuti;
- Persone con patologie croniche riacutizzate ma stabilizzate;
- Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica e riabilitativa a media intensità;
- Soggetti temporaneamente non assistibili presso la propria abitazione o per assenza di caregiver o per condizioni inappropriate nel contesto domiciliare

Le Cure Intermedie sono strutturate in due moduli:

Il primo modulo è costituito da dieci posti. La presenza medica è rappresentata dai medici di Medicina Generale presenti dalle 8 alle 14 con reperibilità fino alle 20. Gli infermieri sono 6 che garantiscono assistenza nelle 24 ore attraverso i turni. Gli OSS sono 6 che coprono le 24 ore suddivisi in turni.

Il secondo modulo è costituito da 14 posti. L'assistenza medica è garantita da medici convenzionati con SSN dalle 8 alle 14, dalle 14 alle 19 sono presenti i medici di Medicina Generale. Il personale infermieristico è composto da 9 infermieri organizzati in turni al fine di garantire continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore; e un infermiere fuori turno presente tutte le mattine da lunedì al sabato. Il personale di supporto è costituito da nove Operatori Socio-Sanitario (OSS) sono distribuiti, anch'essi, su turni programmati per garantire un'assistenza continuativa.

Alla luce delle evidenze emerse dalla letteratura, che evidenziano il crescente impatto della multimorbidità nella popolazione anziana e il ruolo strategico delle Cure Intermedie nella gestione dei pazienti complessi, è stato progettato uno studio osservazionale retrospettivo finalizzato a descrivere il profilo epidemiologico, clinico e assistenziale dei pazienti ricoverati presso le Cure Intermedie dell'Ospedale di Comunità di Loreto da gennaio a dicembre dell'anno 2025.

Le Cure Intermedie dell'Ospedale di Comunità di Loreto gestiscono la comorbidità e multimorbidità con un'organizzazione dell'assistenza sanitaria superando l'approccio frammentato basato sulla singola patologia promuovendo modelli integrati, multidisciplinari e personalizzati.

La presenza di medici di Medicina Interna e Medici di branche specialistiche (cardiologia, malattie della tiroide, diabetologia, ematologia) garantiscono un'efficiente gestione a livello clinico, diagnostico e terapeutico.

Gli infermieri con formazione continua e sviluppo di competenze relazionali e assistenziali coadiuvati dall'assistente sociale affrontano con efficienza la complessità sia sul piano assistenziale sia su quello sociale.

La visione globale del paziente, l'eterogenea integrazione tra diverse figure di professionisti e i servizi presenti nel presidio consentono una gestione efficiente della crescente complessità assistenziale associata alla comorbidità e alla multimorbidità.

Le Cure Intermedie sono strutture di supporto agli Ospedali per acuti in quanto agevolano la continuità clinico-assistenziale e si configurano come strutture ad alta intensità assistenziale con elevato impegno della medicina internistica. Nell'Ospedale di Comunità di Loreto sono presenti entrambi i modelli organizzativi delle Cure Intermedie ovvero il modello affidato agli infermieri e ad un medico di Medicina Generale, e, l'altro modello, oltre alla presenza di personale infermieristico e di supporto, prevede la direzione della struttura e la gestione clinica affidata ad un medico dipendente della AST.

Lo studio si propone, inoltre, di valutare il grado di comorbidità attraverso l'indice di Charlson, analizzare il fabbisogno assistenziale mediante il sistema RUG e approfondire l'associazione tra caratteristiche cliniche età e mortalità, al fine di contribuire alla conoscenza dei bisogni assistenziali di questa popolazione e supportare la programmazione dei servizi territoriali.

4. OBIETTIVO

L'obiettivo principale è descrivere il profilo epidemiologico e clinico degli ospiti ricoverati nelle Cure Intermedie nell'Ospedale di Comunità di Loreto nell'arco dell'anno 2025.

Gli obiettivi secondari sono i seguenti:

- Valutare l'indice di comorbidità e il rischio prognostico dei pazienti;
- Analizzare la correlazione tra l'indice di Charlson (CCI) e le classi RUG, mediante test di Spearman, al fine di valutare l'associazione tra carico di comorbidità e intensità assistenziale (basso/moderato/alto);
- Descrivere la prevalenza e il profilo microbiologico delle infezioni correlate all'assistenza, con particolare riferimento ai microrganismi antibiotico-resistenti e ai pattern di multi-resistenza (MDR);
- Identificare i principali flussi di provenienza e di dimissione per valutare l'efficacia del percorso di continuità assistenziale.

5. METODI E MATERIALI

La ricerca si configura come uno studio osservazionale retrospettivo condotto presso la struttura delle Cure Intermedie dell'ODC di Loreto.

La ricerca è strutturata secondo il modello:

P: pazienti ricoverati nelle Cure Intermedie

I: periodo dal gennaio 2025 a dicembre 2025

O: valutazione delle comorbidità e del fabbisogno assistenziale.

Gli elementi di inclusione tutti i pazienti ricoverati nelle Cure Intermedie nell'anno 2025.

Gli elementi di esclusione i pazienti ricoverati in altri periodi in altre unità operative dell'Ospedale di Comunità di Loreto.

I dati sono stati estratti dalla consultazione delle cartelle cliniche e da SIRTE e sono stati inseriti in un file Excel ad hoc; essi comprenderanno:

- Dati anagrafici e sociali: genere, età, residenza
- Percorso clinico: sede di provenienza (domicilio, strutture residenziale/RSA, Ospedale da acuti, sedi di dimissione, durata della degenza (Length of stay)
- Quadro clinico: patologie principali e concomitanti all'ingresso
- Infezioni documentate: rilevazione di infezioni basate su esiti di esami colturali prelevati all'ammissione alla degenza (es. urinocoltura, emocolture, colturali).

Gestione farmacologica: polifarmacoterapia e vie di somministrazione (endovenosa, orale, sottocutanea)

Gli strumenti utilizzati sono:

- ❖ il Charlson Comorbidity Index (CCI) è stato utilizzato per quantificare il carico delle malattie croniche;
- ❖ Resource Utilization Groups (RUG) per analizzare il fabbisogno assistenziale. Questo strumento di valutazione multidimensionale permetterà di classificare i pazienti in base alle risorse necessarie, in modo tale da fornire una programmazione dei turni e la redazione di piani assistenziali individualizzati con una migliore gestione di costi.

La revisione bibliografica è stata eseguita secondo il flusso PRISMA su banca dati PubMed e Cochrane Library

Le stringhe di ricerca:

- Comorbidity OR Intermediate care AND Charlson Comorbidity Index
- Case-mix OR Resource Utilization OR Intermediate care
- Elderly AND Comorbidity

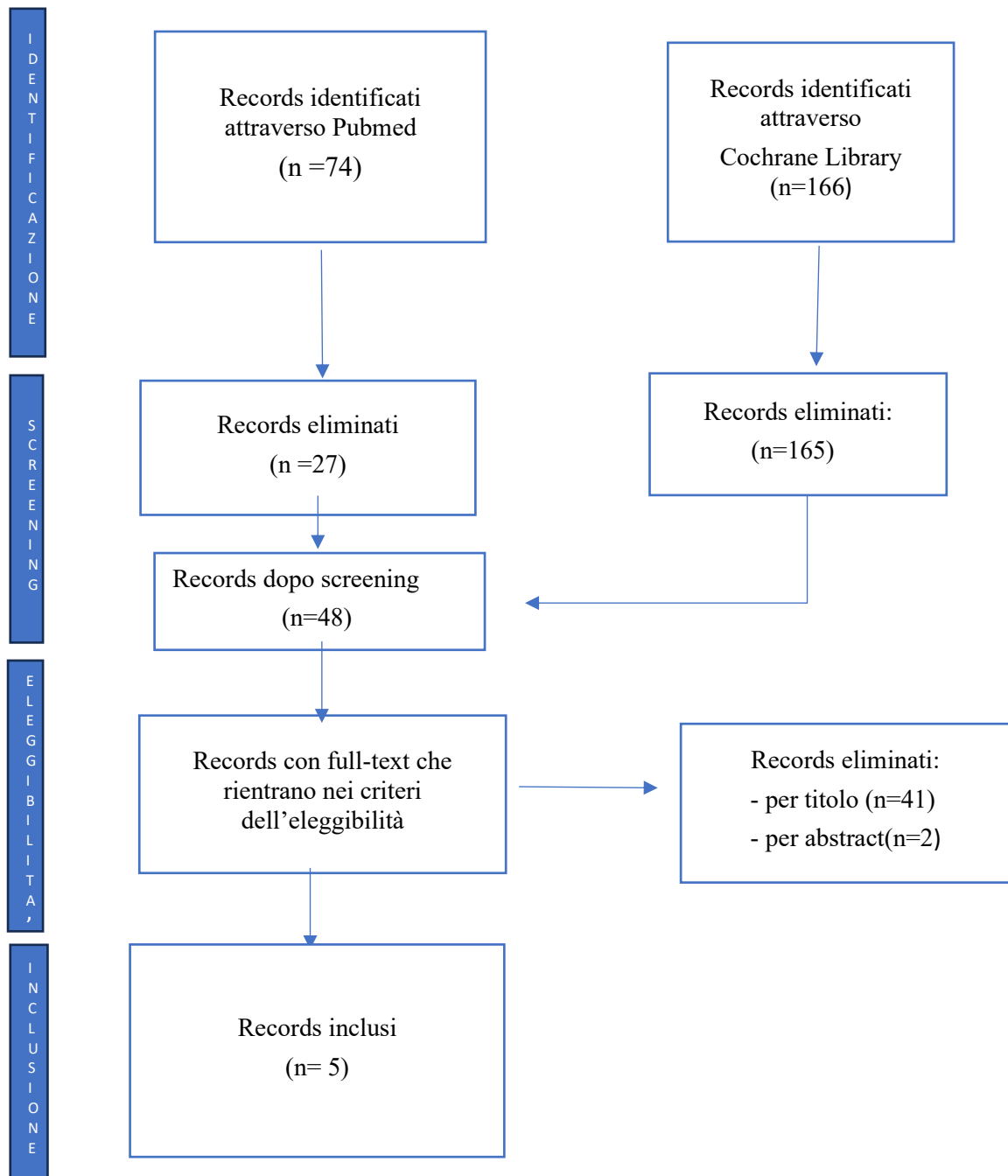
La ricerca ha incluso gli articoli negli ultimi 10 anni ed è stata eseguita nel periodo gennaio 2026-marzo 2026 seguendo criteri:

- Inclusione: studi ed articoli descrittivi ed analitici
- Esclusione: full text non disponibili

Le parole chiavi sono:

- Chronicity
- Aging
- Comorbidities

DIAGRAMMA DI FLUSSO PRISMA



I risultati della ricerca sono esigui in quanto non pervengono studi sulle Cure Intermedie e inoltre non ci sono studi che mettano in correlazione l'indice di Comorbidità di Charlson e il RUG.

La seconda parte dello studio prende in considerazione l'analisi della terapia farmacologica e l'indicatore RUG di ogni singolo paziente ricoverato presso la struttura delle Cure Intermedie dell'Ospedale di Comunità di Loreto nell'anno 2025; inoltre è stato effettuato lo studio dei quadri clinici dei pazienti permette la redazione nelle cartelle inserite sul sistema informativo per la rete del territorio (SIRTE). Tale sistema ha obiettivo di assicurare il coordinamento dei percorsi di cura tra i diversi professionisti e la continuità assistenziale, tra i differenti livelli organizzativi, ottimizzando l'integrazione tra Ospedale e territorio.

Grazie al software **SPSS**, è stata effettuata un'analisi di regressione logistica multivariata per valutare l'associazione tra mortalità (decesso sì/no), età e indice di comorbilità di Charlson. Le variabili età e indice di Charlson sono state incluse nel modello come variabili continue. I risultati sono stati espressi come Odds Ratio (OR) con relativi intervalli di confidenza al 95% (delle schede dell'indice di comorbidità di Charlson. Questi dati sono stati esaminati IC95%). È stato adottato un livello di significatività statistica pari a $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$).

5.1 INDICE DI COMORBOSITA' DI CHARLSON

L'indice di Comorbosità di Charlson è stato sviluppato per la prima volta nel 1987 dalla dott.ssa Mary E. Charlson con lo scopo di classificare le comorbosità che alterano il rischio di mortalità. L'indice di comorbosità di Charlson è una metodica semplice ed affidabile per misurare la comorbosità e per misurare il grado di complessità assistenziale di bacini di utenza diversi correlato con dati di mortalità, morbidità e consumo delle risorse sanitarie. (A. Battaglia, 2006). Il termine comorbidità definisce "l'esistenza o il verificarsi di una qualunque identità aggiuntiva durante il decorso clinico di un paziente con una malattia". In altre parole, la presenza nello stesso momento di più malattie che possono avere differenti livelli di gravità ed effetti differenti sulla salute dell'individuo. È fondamentale avere metodiche semplici ed efficaci per misurare la comorbidità e il grado di complessità assistenziale per definire la congruità del consumo di risorse in modo equo. Il Charlson Comorbidity Index è una metodica semplice che predice l'aspettativa di vita di un paziente con una vasta gamma di condizioni patologiche coesistenti. Questo riferimento consente di misurare la comorbidità e correlarla alla probabilità di sopravvivenza e al consumo di risorse sanitarie.

L'indice è strutturato per ogni singolo paziente su 19 patologie (16 malattie di cui 3 sono stratificate secondo la gravità) validata sul setting ospedaliero (1987) con aggiunte 4 covariate validate nelle cure primarie quindi 23 items (2008), ciascuna alle quali contribuisce ad uno score da 1 a 6 con un punteggio finale da 0 a 33.

Le condizioni mediche esaminate:

PATOLOGIE	PUNTEGGIO
Infarto del miocardio Cardiopatie Malattie vascolari Demenza Broncopneumopatia cronica Malattie del tessuto connettivo Ulcera peptica Epatopatia cronica Diabete Mellito senza complicazioni	1
Insufficienza Renale moderata o grave Ictus Tumori Leucemie Linfomi	2
Epatopatie moderate o gravi	3
Tumori maligni Metastasi Aids	6

Inoltre, viene considerato anche l'età come fattore di rischio ottenendo un indice combinato età-comorbidità.

Si considerano cinque fasce d'età attribuendo il corrispettivo score:

da 0 a 40 anni :0 punti

Da 41 anni a 50 anni:1 punto

Da 51 a 60 :2 punti

Da 61 a 70 anni: 3 punti

Oltre i 70 anni: 4 punti

La somma dei valori delle singole comorbidità permette di valutare l'impatto delle stesse gravità della malattia. Il punteggio totale è correlato alla probabilità di sopravvivenza del paziente, consentendo di stimare il rischio di morte entro un determinato periodo, di solito un anno.

L'indice di comorbidità di Charlson è un metodo predittore validato per la mortalità a dieci anni nei pazienti con pluripatologie concomitanti e l'uso di risorse sanitarie. Quanto più è elevato il punteggio, maggiore è la probabilità di mortalità. In un lavoro originale di Charlson la validazione su pazienti neoplastici rilevava che per uno score > 3 era associato ad una probabilità di sopravvivenza del 45% in 10 anni. Il punteggio totale indica la gravità delle comorbidità secondo il seguente score:

- 0-1: comorbidità bassa/nulla
- 2 punti: comorbidità
- 3 o più punti: alta/grave
- > 5 è espressione di importante impegno clinico. (A.Battaggia, 2006)

5.2 RUG (RESOURCE UTILIZATION GROUPS)

Tramite Accordo Stato-Regioni 2003-2005 potenziamento delle strutture sanitarie nelle Residenze e la valutazione tramite RUG nella Regione Marche "il ProgettoMattone12" si intende delineare e rendere esplicita l'esigenza di adottare un flusso informativo corrente sulle differenti tipologie di ospiti presenti in aree residenziali e semi residenziali che alimenti in modo coerente il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) al fine di affrontare la criticità attribuibile ad inappropriately dei ricoveri, all'analisi del case-mix assistenziale dei pazienti residenti; questo nell'ottica di una razionale programmazione ed organizzazione delle caratteristiche delle strutture presenti nella Regione Marche, unitamente a una congrua distribuzione delle stesse nel territorio. Il RUG III è stato sviluppato da un gruppo di ricercatori americani alla fine degli anni '80 ed è stato utilizzato come strumento sistematico di rilevazione che va ad esaminare le aree problematiche in processi assistenziali a lungo termine.

Tale modalità di raggruppamento dei dati viene attuata nel 1996 nelle regioni Marche, Umbria, Toscana e Friuli-Venezia Giulia e in via sperimentale nelle regioni Lazio, Lombardia, Sardegna, Campania e Calabria. Il RUG è valutato tramite il Resident Assessment Instrument o RAI che è un sistema di valutazione standard utilizzato per raccogliere informazioni e osservazioni sui pazienti presenti nella struttura. L'obiettivo principale è di identificare i bisogni, esigenze e i punti di forza per poi formulare il piano assistenziale individualizzato. Il RAI utilizza il Minimum Data Set (MDS) ovvero una serie minima di dati, con definizioni e categorie uniformi, raccolte attraverso un

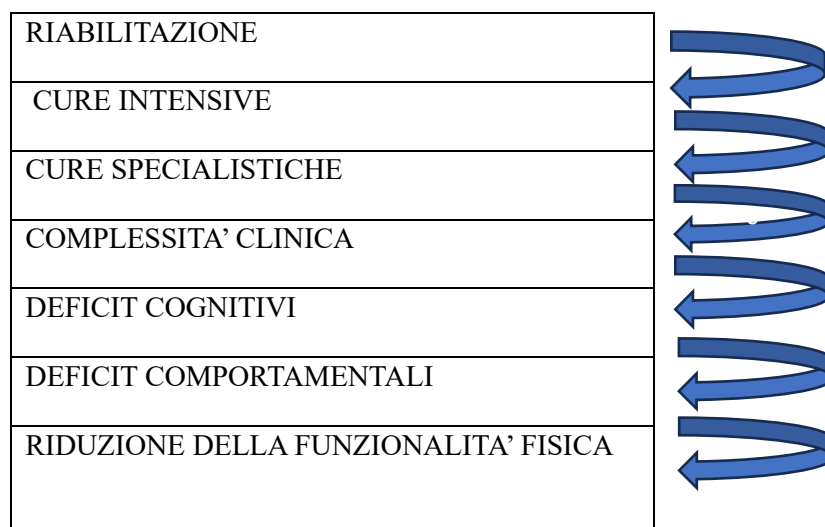
linguaggio sistematico. (Turcotte,2019). La scheda è compilata dall'infermiere all'ingresso del paziente nell'unità operativa, revisionata ogni novanta giorni, e alla dimissione o al decesso del paziente; la compilazione avviene anche in caso di rilevanti cambiamenti delle condizioni clinico-assistenziali dell'assistito. L'attività assistenziale è documentata e monitorata obbligatoriamente tramite il sistema RUG con periodicità trimestrale e/o alla dimissione. L'efficacia dell'attività assistenziale è altresì valutata in relazione anche agli esiti, attraverso il monitoraggio dei seguenti indicatori:

- Mantenimento e recupero delle autonomie funzionali
- Insorgenza e guarigione delle lesioni
- Incidenza delle cadute
- Applicazioni di protocolli per la contenzione

Il sistema RUG è uno strumento sistematico di rilevazione che indaga le principali aree problematiche dei pazienti inseriti in programmi di assistenza a lungo termine e ha come obiettivo di identificare classi di assistiti omogenee per consumo di risorse. Il Sistema RUG è costituito da 109 items del Minimum Data Set, divise in 13 aree di valutazione di problematiche psico-affettive e comportamentali, della stabilità clinica, trattamenti assistenziali e riabilitativi, come riportato nella seguente tabella:

Sezione	Descrizione	items
Sezione B	Stato cognitivo	3
Sezione C	Comunicazione	1
Sezione E	Umore e comportamento	26
Sezione G	Anatomia	7
Sezione H	Continenza	2
Sezione I	Diagnosi di Malattia	8
Sezione J	Condizioni Cliniche	7
Sezione K	Stato nutrizionale	5
Sezione M	Condizioni della cute	20
Sezione N	Attività	1
Sezione O	Farmaci	1
Sezione P	Trattamenti e terapie speciali	25
Sezione T	Sezione supplementare	3
Totale		109

Il RUG è costruito su variabili che prendono in considerazione i livelli di autonomia, di specifiche aree problematiche psico-affettive e comportamentali, della stabilità clinica, delle cure e terapie complesse e ad alto contenuto sanitario, dei programmi riabilitativi. L'ospite in base a queste variabili viene assegnato a una delle 7 classi principali (FIG.1). La logica di attribuzione ai raggruppamenti principali procede a partire dai gruppi a maggiore complessità assistenziale, in senso decrescente con criteri identificativi a scalare; dai requisiti minimi del primo raggruppamento della riabilitazione fino a giungere all'ultimo raggruppamento ai pazienti non autosufficienti e con limitazioni delle funzioni motorie.



(FIG.1. Le 7 classi principali)

All'interno di ogni raggruppamento principale i residenti vengono ulteriormente suddivisi in diversi sottogruppi in rapporto al:

- grado di autonomia basato sul punteggio ottenuto nella scala ADL (Activities of Daily Living). Tale scala prevede l'analisi di quattro variabili:(mobilità al letto-trasferimenti-uso dei wc-mangiare) con uno score da 0 a 18
- in relazione a criteri clinico-assistenziali

In tal modo si ottengono i 44 sottogruppi di assorbimento omogeneo di risorse assistenziali (FIG.2). Sulla base del carico assistenziale di ogni gruppo, è possibile

calcolare un indice di case mix degli ospiti. (-ROMAGNA, 2009)

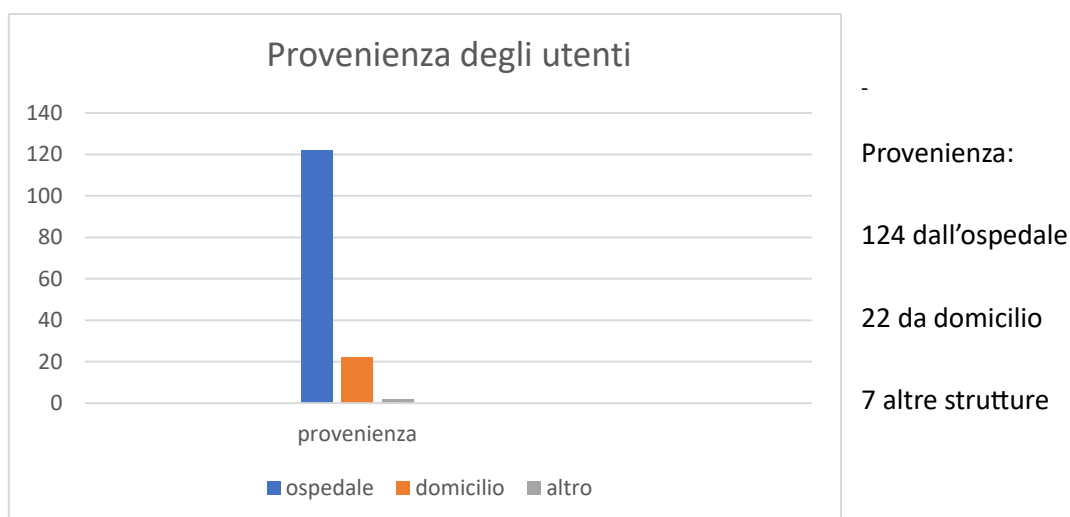
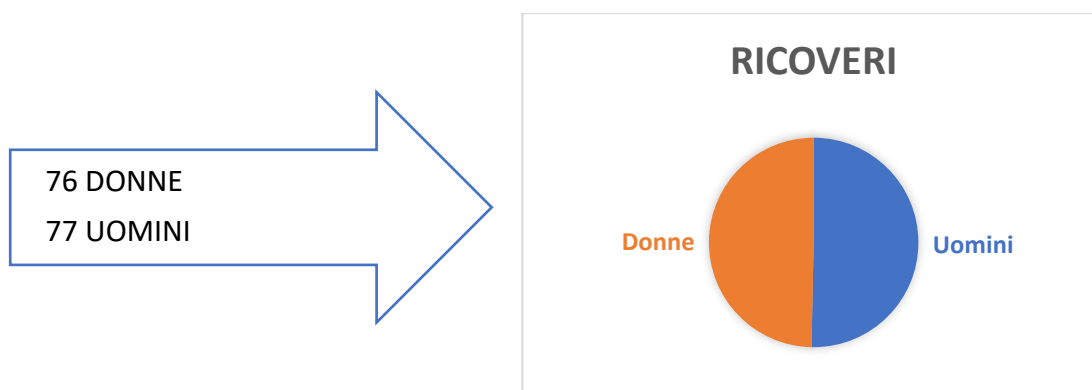
Gruppo principale	RUG Nr.	Cod.	Descrizione	ADL
Riabilitazione	1	RUC	Riabilitazione ultra alta	ADL 16-18
	2	RUB	Riabilitazione ultra alta	ADL 9-15
	3	RUA	Riabilitazione ultra alta	ADL 4-8
	4	RVC	Riabilitazione molto alta	ADL 16-18
	5	RVB	Riabilitazione molto alta	ADL 9-15
	6	RVA	Riabilitazione molto alta	ADL 4-8
	7	RHC	Riabilitazione alta	ADL 16-18
	8	RHB	Riabilitazione alta	ADL 9-15
	9	RHA	Riabilitazione alta	ADL 4-8
	10	RMC	Riabilitazione media	ADL 16-18
	11	RMB	Riabilitazione media	ADL 9-15
	12	RMA	Riabilitazione media	ADL 4-8
	13	RLB	Riabilitazione bassa	ADL 9-15
	14	RLA	Riabilitazione bassa	ADL 4-8
Assistenza intensiva	15	SE3	Assistenza estensiva 3	ADL > 6
	16	SE2	Assistenza estensiva 2	ADL > 6
	17	SE1	Assistenza estensiva 1	ADL > 6
Assistenza specialistica	18	SSC	Assistenza specialistica	ADL 17-18
	19	SSB	Assistenza specialistica	ADL 15-16
	20	SSA	Assistenza specialistica	ADL 4-14
Polipatologia	21	CC2	Polipatologia con depressione	ADL 17-18
	22	CC1	Polipatologia	ADL 17-18
	23	CB2	Polipatologia con depressione	ADL 12-16
	24	CB1	Polipatologia	ADL 12-16
	25	CA2	Polipatologia con depressione	ADL 4-11
	26	CA1	Polipatologia	ADL 4-11

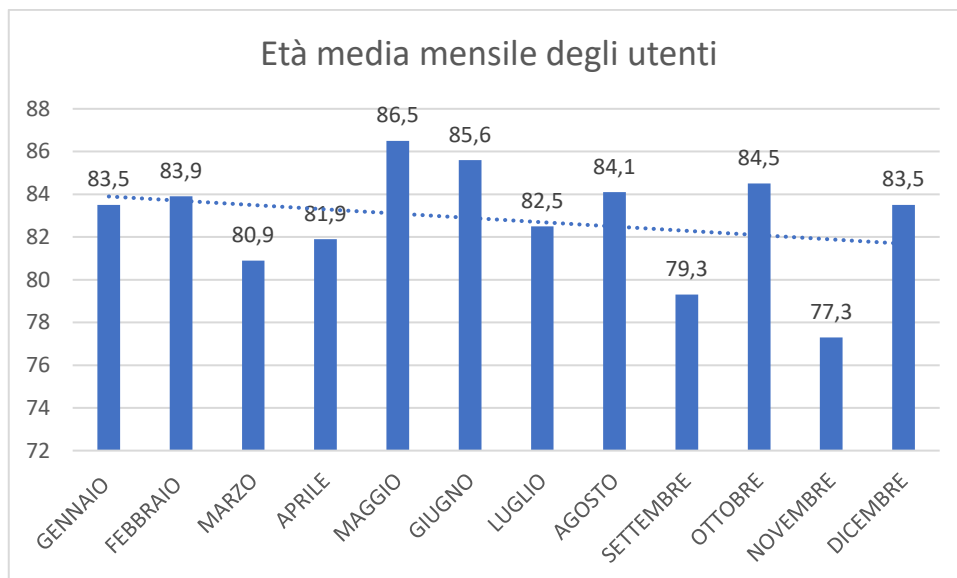
Gruppo principale	RUG Nr.	Cod.	Descrizione	ADL
Deficit cognitivi	27	IB2	Deficit cognitivi + riabilitazione infermieristica	ADL 6-10
	28	IB1	Deficit cognitivi	ADL 6-10
	29	IA2	Deficit cognitivi + riabilitazione infermieristica	ADL 4-5
	30	IA1	Deficit cognitivi	ADL 4-5
Deficit comportamentali	31	BB2	Deficit comportamentali + riabil.infermieristica	ADL 6-10
	32	BB1	Deficit comportamentali	ADL 6-10
	33	BA2	Deficit comportamentali + riabil.infermieristica	ADL 4-5
	34	BA1	Deficit comportamentali	ADL 4-5
Riduzione funzione fisica	35	PE2	Riduz. Funzioni fisiche + riabil.infermieristica	ADL 16-18
	36	PE1	Riduz. Funzioni fisiche	ADL 16-18
	37	PD2	Riduz. Funzioni fisiche + riabil.infermieristica	ADL 10-15
	38	PD1	Riduz. Funzioni fisiche	ADL 10-15
	39	PC2	Riduz. Funzioni fisiche + riabil.infermieristica	ADL 9-10
	40	PC1	Riduz. Funzioni fisiche	ADL 9-10
	41	PB2	Riduz. Funzioni fisiche + riabil.infermieristica	ADL 6-8
	42	PB1	Riduz. Funzioni fisiche	ADL 6-8
	43	PA2	Riduz. Funzioni fisiche + riabil.infermieristica	ADL 4-5
	44	PA1	Riduz. Funzioni fisiche	ADL 4-5

(FIG.2 Sottogruppi di assorbimento omogeneo)

6. RISULTATI

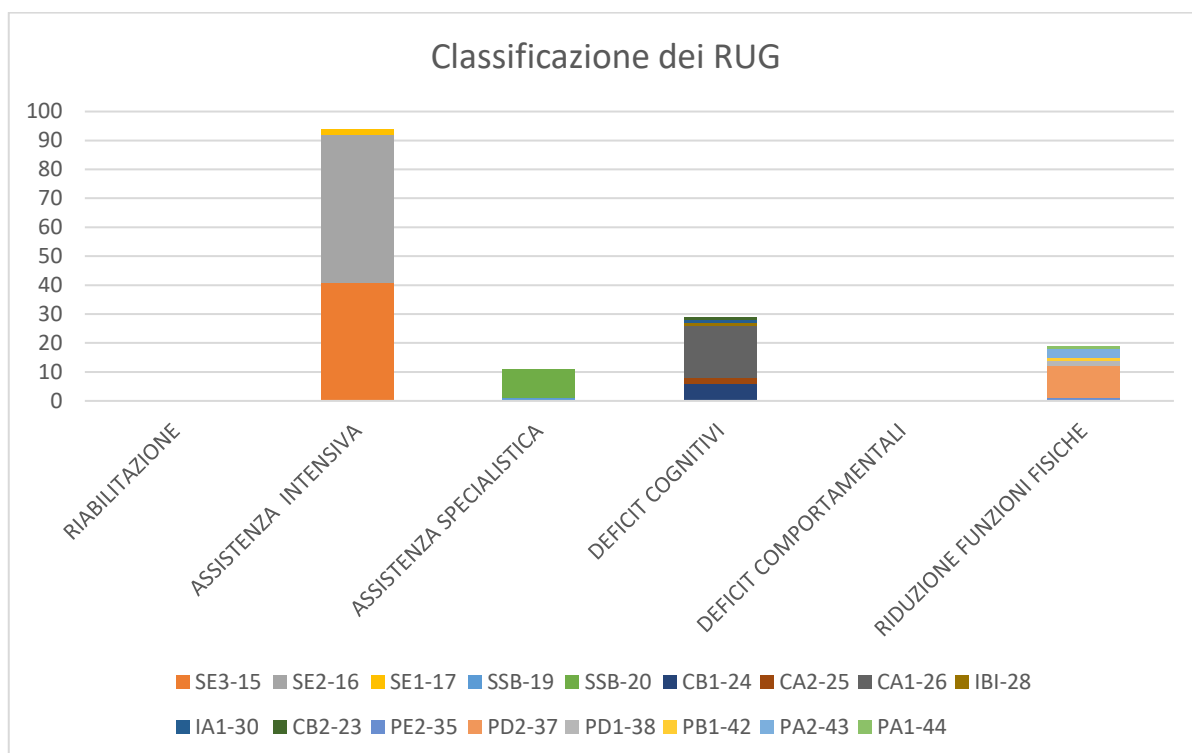
Lo studio è stato eseguito su un campione di 153 assistiti degenti nelle Cure Intermedie dell'Ospedale di Comunità di Loreto da gennaio a dicembre 2025 di cui 76 donne e 77 uomini. La maggioranza degli utenti proviene da unità operative di acuzie, nello specifico: 124 utenti provenienti da struttura ospedaliera (81%), 22 da domicilio (14%) e 7 da altre strutture (5%). Gli utenti sono persone prevalentemente anziane, infatti, l'età media è di 83,7 anni. La degenza varia da qualche giorno a mesi, la degenza media è 49 giorni.



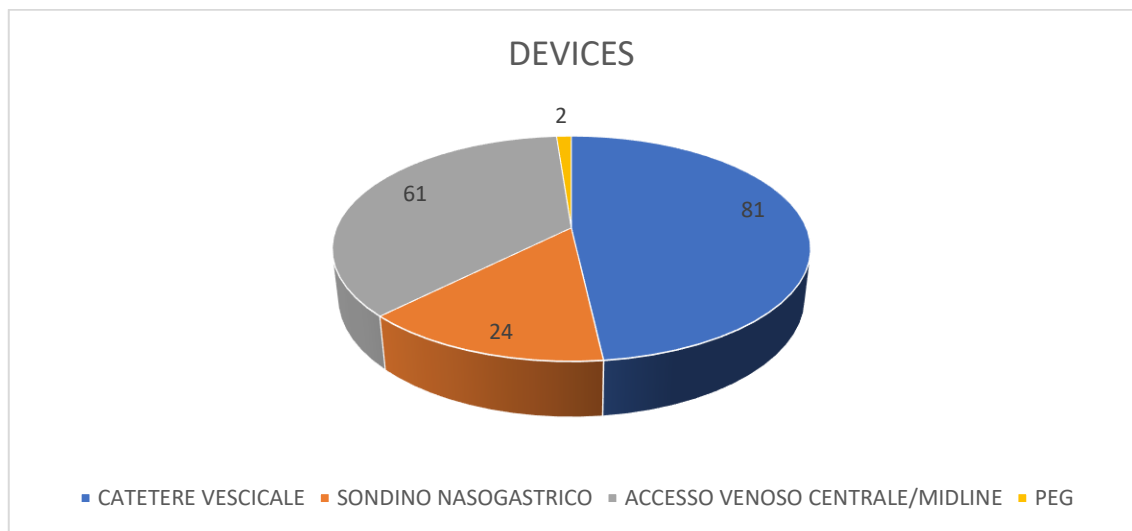


I degenti sono persone prevalentemente anziane. L'età media degli assistiti è 83,7

All'ingresso dei nuovi ricoveri, sono stati compilati dall'infermiere il RUG da cui risulta che 94 pazienti richiedono un'assistenza intensiva, 11 utenti necessitano assistenza specialistica, 29 hanno bisogno di assistenza per deficit cognitivi; 19 pazienti hanno un fabbisogno assistenziale per riduzione delle funzioni fisiche, per il periodo esaminato non si configurano pazienti con esigenze assistenziali sia nel raggruppamento della riabilitazione e sia nel raggruppamento deficit comportamentali.

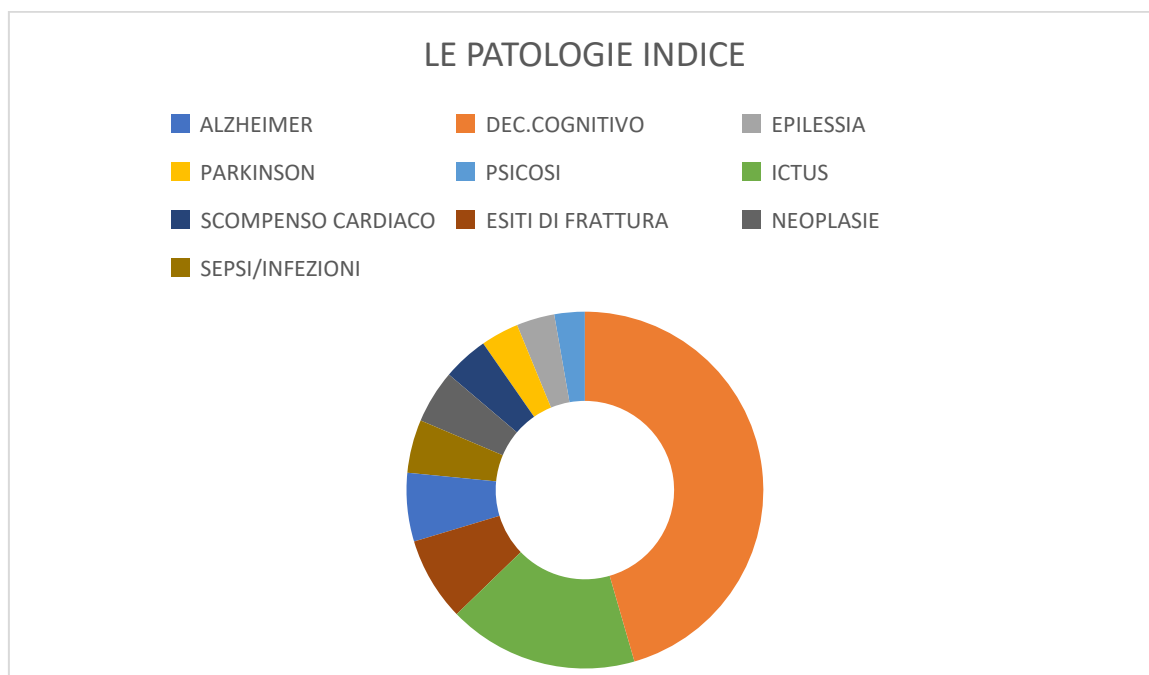


I pazienti, all'accesso nella struttura, presentano frequentemente diversi dispositivi assistenziali (sondino naso-gastrico, catetere vescicale, accesso venoso centrale (picc/CVC) o midline, PEG) che determinano un aumento della complessità assistenziale e richiedono un livello più elevato di gestione clinica ed infermieristica.

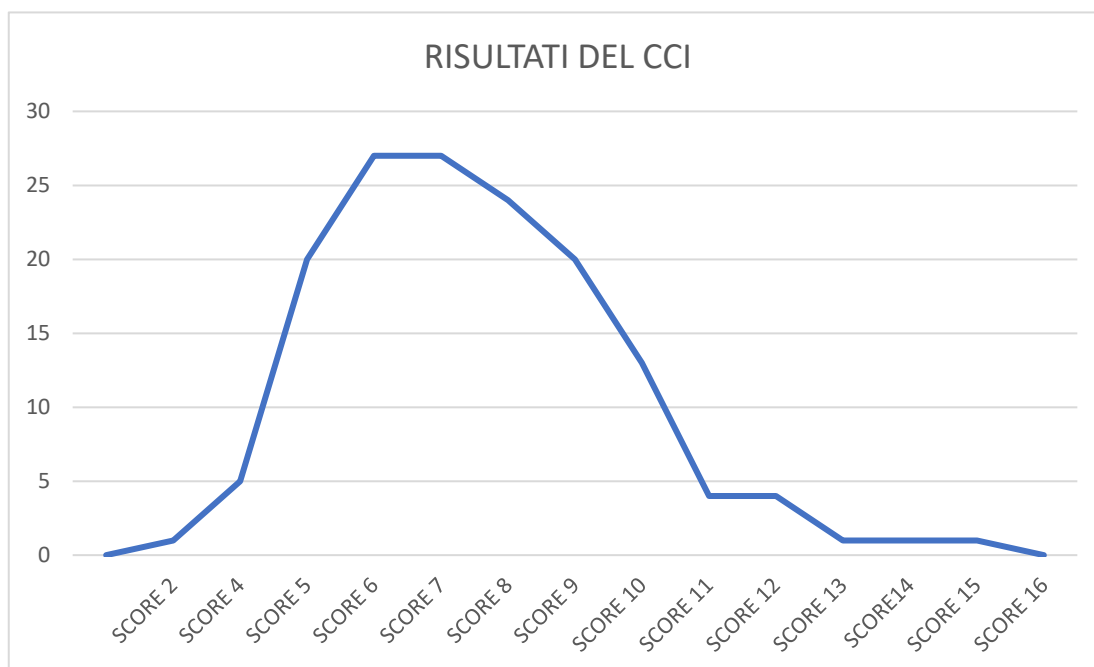


La maggior parte dei degenti provenienti da strutture ospedaliere vengono dimessi con una diagnosi primaria.

Come si evince dal grafico, la prevalenza del 43,1% delle malattie predominanti è il decadimento cognitivo, il 16,3% ictus, 7% esiti di frattura, 5% persone affette da morbo Alzheim, 4,5 % da neoplasie e sepsi, 3,9 % scompenso cardiaco, 3,2% gli assistiti presentavano come plurimorbosità Morbo di Parkinson ed epilessia, 2,6% psicosi.



La malattia indice è correlata con altre patologie che determinano l'indice di comorbidità di Charlson. Per ogni paziente è stato redatto la scheda dell'indice di comorbidità di Charlson ; i punteggi totali hanno evidenziato che vi è un alto livello di gravità delle comorbidità



Nel campione in esame, costituito da 153 pazienti, è stata valutata la distribuzione delle comorbidità. In particolare, 1 paziente (0,65%) presentava una comorbidità moderata, 25

pazienti (16,34%) una comorbidità grave, mentre la maggioranza, pari a 127 pazienti (83,01%), mostrava un quadro clinico caratterizzato da importante impegno clinico.

Di seguito la tabella che rappresenta la correlazione tra il livello di indice di Comorbidità di Charlson (CCI) e classe RUG .

Livello CCI	Ass. Specialistica (RUG)	Ass. Intensiva (RUG)	Deficit Cognitivi (RUG)	Riduzioni Fisiche (RUG)	TOTALE
CCI Medio (moderato)	1	—	—	—	1
CCI Grave	—	1	3	—	4
Impegno Importante	10	93	26	19	148
TOTALE	11	94	29	19	153

L'analisi mediante di correlazione di Sperman non ha evidenziato una correlazione monotona statisticamente significativa tra categoria RUG e l'indice di comorbidità di Charlson ($p = 0,13$; $p=0,10$). Tuttavia, il test χ^2 di indipendenza ha mostrato un'associazione significativa tra le due categorie ($\chi^2= 20,42$; $df=6$ $p=0,002$) una relazione non necessariamente monotona tra le variabili. La dimensione dell'effetto, valutata mediante V di Cramer, è risultata pari a 0,258, indicando un'associazione di entità debole-moderata. Questi dati evidenziano come il campione sia prevalentemente composto da pazienti ad elevata complessità assistenziale, con una netta predominanza di soggetti con condizioni cliniche severe.

Considerando l'intero campione, il carico terapeutico medio risulta pari a circa 8 assunzioni di terapia orale al giorno e 3 infusioni per paziente al giorno.

È stata condotta un'analisi descrittiva del carico terapeutico giornaliero nei pazienti inclusi nel campione, considerando le diverse vie di somministrazione: orale (OS), sottocutanea/intramuscolare/transdermica (SC/IM/cerotto) ed endovenosa (EV).

La terapia orale rappresenta la modalità prevalente, con una media di $8,9 \pm 3,8$ somministrazioni giornaliere, mediana pari a 9 e un range compreso tra 1 e 25. Tale dato evidenzia un'elevata variabilità interindividuale, con la presenza di pazienti caratterizzati da un carico farmacologico orale particolarmente elevato.

La terapia per via sottocutanea/intramuscolare/transdermica risulta meno frequente, con una media di $1,6 \pm 0,9$ somministrazioni giornaliere, mediana pari a 1 e range tra 1 e 5, indicando una distribuzione più omogenea e un minore impatto sul carico terapeutico complessivo.

Per quanto riguarda la terapia endovenosa, si osserva una media di $4,2 \pm 2,8$ infusioni giornaliere, con mediana compresa tra 3 e 4 e un range tra 1 e 12. L'ampia dispersione dei dati riflette la presenza di pazienti ad elevata complessità clinica, che richiedono un'intensificazione del trattamento infusionale.

Nel complesso, i risultati evidenziano un carico terapeutico elevato e altamente variabile, coerente con la predominanza di pazienti con importante impegno clinico nel campione analizzato. Tale variabilità sottolinea la necessità di un approccio terapeutico personalizzato e di un'attenta gestione assistenziale.

Al 31 dicembre 2025, dei 153 assistiti, 57 sono deceduti, 20 sono stati trasferiti in ospedale, 29 dimessi per proprio domicilio, 27 in strutture residenziali o semiresidenziali e 20 ancora ricoverati presso le Cure Intermedie.

In questo contesto, la mortalità rappresenta un indicatore clinico rilevante, influenzato da età e comorbidità.

È stata eseguita un'analisi di regressione logistica multivariata per valutare l'associazione tra età e indice di Charlson con la mortalità (outcome binario: decesso sì/no). Le variabili sono state incluse come continue. I risultati sono riportati come odds ratio (OR) con intervalli di confidenza al 95% (IC 95%).

Un valore di $p < 0.05$ è stato considerato statisticamente significativo.

Su un totale di pazienti analizzati, la mortalità è risultata associata in modo indipendente sia all'età che all'indice di Charlson. In particolare, ogni incremento di un anno di età è associato a un aumento delle odds di mortalità del 4% (OR 1.04; IC 95% 1.02–1.07; $p = 0.001$). L'indice di Charlson ha mostrato un effetto più marcato: ogni incremento di un punto è associato a un aumento del 23% delle odds di decesso (OR 1.23; IC 95% 1.15–1.32; $p < 0.001$).

L'analisi evidenzia che, sebbene l'età sia significativamente associata alla mortalità, l'indice di Charlson mostra un impatto più marcato. In termini clinici, incrementi

relativamente modesti del punteggio di comorbidità determinano variazioni del rischio superiori rispetto a incrementi anche rilevanti dell'età anagrafica. Questo risultato sottolinea l'importanza della valutazione multidimensionale del paziente, in cui la comorbidità rappresenta un elemento centrale nella stratificazione prognostica.

Risultati della regressione

Variabile	OR	IC 95%	p-value
Età	1,04	1,02–1,07	0,001
Indice di Charlson	1,23	1,15–1,32	<0,001

Interpretazione:

- ogni anno in più di età aumenta le odds di mortalità del 4%;
- ogni punto aggiuntivo dell'indice di Charlson aumenta le odds di mortalità del 23%.

Nel campione analizzato, costituito da 153 pazienti, 67 soggetti (43,8%) hanno sviluppato almeno un episodio infettivo. La distribuzione delle infezioni evidenzia una netta prevalenza delle infezioni delle vie urinarie, che rappresentano 46 casi (68,7% delle infezioni totali).

Le altre tipologie di infezione riscontrate includono: 12 emocolture positive (17,9%), 4 colture dell'espettorato positive (6,0%), 3 tamponi positivi da lesioni da pressione (4,5%) e 2 casi di positività al tampone rettale per *Klebsiella* (3,0%).

L'analisi degli antibiogrammi ha evidenziato un'elevata diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza, con una media di resistenza pari a 5,7 antibiotici per isolato, indicando la presenza di microrganismi multi-resistenti.

7. DISCUSSIONE

Lo studio è stato condotto su un campione di 153 assistiti degenti presso le Cure Intermedie dell'Ospedale di Comunità (ODC) di Loreto, nel periodo compreso tra gennaio e dicembre 2025. Il campione si presenta omogeneo rispetto al genere, includendo 76 donne (49,7%) e 77 uomini (50,3%). La popolazione in esame è prevalentemente anziana, con un'età media rilevata di 83,7 anni.

L'eterogeneità clinica si riflette nei tempi di degenza, che variano da pochi giorni a diversi mesi, con una degenza media complessiva di 49 giorni.

Per quanto riguarda i flussi di accesso, la maggioranza assoluta degli utenti proviene da unità operative per acuti: 124 pazienti sono stati trasferiti da strutture ospedaliere (81%), 22 sono stati ammessi dal proprio domicilio (14%) e i restanti 7 provengono da altre strutture sanitarie o residenziali (5%).

All'ingresso del ricovero, il fabbisogno assistenziale è stato stimato mediante lo strumento RUG (Resource Utilization Groups) che ha permesso di stratificare i pazienti in base al carico assistenziale richiesto. Dalle schede compilate, è emerso che 94 pazienti (61,4%) richiedono un'assistenza intensiva, 29 (19,0%) presentano un fabbisogno legato a deficit cognitivi, 19 (12,4%) necessitano di interventi per la riduzione delle funzioni fisiche e 11 (7,2%) richiedono assistenza specialistica. Nel periodo preso in esame non si sono configurati pazienti ascrivibili ai raggruppamenti della riabilitazione pura o dei deficit comportamentali isolati.

I pazienti presentano una complessità clinica gravata dalla presenza frequente di dispositivi assistenziali all'ingresso quali sondino naso-gastrico, catetere vescicale, etc.

L'impatto delle patologie concomitanti è stato quantificato tramite il Charlson Comorbidity Index (CCI). Dai risultati dello score hanno evidenziato una severa compromissione clinica del campione: solo 1 paziente (0,65%) presentava una comorbosità moderata, 25 pazienti (16,34%) una comorbosità grave, mentre la netta maggioranza, pari a 127 assistiti (83,01%), ha mostrato un quadro clinico caratterizzato da un impegno clinico estremamente importante.

L'analisi statistica mediante il coefficiente di correlazione di Spearman non ha evidenziato una correlazione monotona statisticamente significativa tra la categoria RUG (intesa come livello crescente di carico assistenziale ordinato) e l'indice di comorbosità di Charlson continuo.

Tuttavia, il test di indipendenza (Chi-quadrato) applicato alle macro-categorie ha mostrato un'associazione altamente significativa tra le due variabili, suggerendo l'esistenza di una relazione clinica complessa e non necessariamente lineare o monotona. La mancata significatività della correlazione lineare (Spearman) dimostra che l'indice di Charlson (che misura la comorbidità e il rischio di mortalità intrinseco) e il RUG (che misura il consumo di risorse e l'impegno assistenziale pratico dell'infermiere) possono essere paralleli ma non sovrapponibili. La dimensione dell'effetto, valutata mediante il V di Cramer, è risultata pari a 0,258, indicando un'associazione di entità debole-moderata ma solida. Il test del significativo e il V di Cramer confermano però che le due scale cooperano nel descrivere la complessità: l'83% del campione si trova nella categoria d'impegno più alta. In letteratura, non esistono studi che correlano RUG e l'indice di comorbidità di Charlson, anche se diversi studi hanno analizzato i RUG come misura del case-mix e intensità assistenziale, includendo la comorbidità tra i fattori determinanti del carico assistenziale.

Al 31 dicembre 2025, gli esiti dei 153 pazienti inclusi nel campione sono così distribuiti: 57 pazienti sono deceduti (mortalità del 37,3%), 29 sono stati dimessi verso il proprio domicilio (19,0%), 27 sono stati trasferiti in strutture residenziali o semiresidenziali (17,6%), 20 sono stati reinviati in ospedale per acuti (13,1%) e 20 risultavano ancora ricoverati presso le Cure Intermedie (13,1%). Quindi, l'81% degli assistiti provengono da reparti di acuzie dimostra che l'ODC di Loreto riesce a decongestionare i posti letto ospedalieri (dehospitalization) fungendo da struttura di transizione ("step-down"). La degenza media di 49 giorni riflette la complessità di stabilizzazione di questa coorte anziana.

Solo il 13,1% dei pazienti sperimenta un fallimento del setting con ritorno all'ospedale per acuti, mentre la quota di dimissioni protette verso il domicilio (19%) o le RSA (17,6%) mostra la capacità della struttura di riattivare o stabilizzare il paziente nel territorio. La mortalità (37,3%) è congruo con l'altissima quota di pazienti ad "impegno importante" (83%) ed è predetta coerentemente dal Charlson (ogni punto in più aumenta del 23% il rischio), confermando che l'ODC accoglie pazienti nel fine vita o in fase di grave scompenso cronico.

Nel corso della degenza, 67 soggetti su 153 (43,8%) hanno sviluppato almeno un episodio infettivo. La mappatura delle infezioni mostra una netta prevalenza dei siti urinari, stimate

in 46 casi (68,7% delle infezioni totali). Le restanti infezioni accertate comprendono: 12 emocolture positive (17,9%), 4 colture positive da escreato/espettorato (6,0%), 3 tamponi positivi da lesioni da pressione (4,5%) e 2 isolamenti rettali di *Klebsiella* multi-resistente (3,0%). un paziente su due (43,8%) sviluppa infezioni, con una dominanza assoluta delle vie urinarie (68,7%). Questo è fortemente legato all'alto tasso di cateterizzazione vescicale citato nei risultati e all'età avanzata (83,7 anni). Il dato di 5,7 resistenze per isolato è un campanello d'allarme critico.

L'antibiotico-resistenza (AMR) rappresenta una delle principali cause della salute pubblica. L'emergere e la diffusione di microrganismi resistenti agli antibiotici stanno progressivamente compromettendo l'efficacia di queste terapie.

L'AMR è un fenomeno complesso e multifattoriale favorito dall'uso eccessivo e spesso inappropriato degli antibiotici nella medicina, dall'impiego di tali farmaci dalla diffusione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria e dall'aumento della mobilità internazionale. Le conseguenze dell'antibiotico resistenza sono rilevanti sia dal punto di vista clinico sia economico. L'AMR è associata a un aumento della comorbidità e della mortalità, ricoveri ospedalieri più lunghi a maggiori complicanze e a rischio di epidemie. (Istituto Superiore di Sanità -Epicentro)

La crescente prevalenza di pazienti con comorbidità e multimorbidità rappresenta una delle principali sfide per i sistemi sanitari odierni. L'aumento dell'aspettativa di vita e l'invecchiamento della popolazione hanno determinato una maggiore incidenza di soggetti affetti da più patologie croniche contemporaneamente, con conseguente incremento della complessità assistenziale.

In questo contesto, la gestione clinica deve essere orientata su più patologie ma in un approccio globale e multidimensionale centrato sulla persona.

La multimorbidità comporta, infatti, un'interazione dinamica tra diverse condizioni patologiche, trattamenti farmacologici e fattori psicosociali. Questo determina una maggiore difficoltà nel definire percorsi terapeutici appropriati, poiché le linee guida cliniche sono spesso redatte per singole malattie senza considerare le comorbidità.

Di conseguenza, la polifarmacoterapia si associa a un incremento significativo del rischio di esiti clinici sfavorevoli, tra cui eventi avversi da farmaci interazioni farmacologiche, ospedalizzazioni ricorrenti e riduzione della qualità della vita. L'accumulo di tali fattori contribuisce al deterioramento dello Stato di salute del paziente, compromettendone la

funzionalità e l'autonomia, con importanti ripercussioni sia a livello individuale sia in termini di impatto sul sistema sanitario.

Dal punto di vista assistenziale, la complessità assistenziale comprende non solo la complessità clinica, ma anche dimensioni funzionali, psicologiche e sociali.

I pazienti con multimorbosità presentano limitazioni nelle attività della vita quotidiana, fragilità, ridotta autonomia e necessità di supporto familiare o sociale. Pertanto, la valutazione del bisogno assistenziale richiede strumenti multidimensionali in grado di integrare dati clinici, funzionali e relazionali.

8.CONCLUSIONI

La distinzione tra il concetto di comorbosità e di multimorbosità è importante poiché, in tale prospettiva, il paziente deve essere considerato nella sua globalità e non come la somma delle sue patologie. La presenza di più patologie comporta inevitabilmente un aumento della complessità assistenziale. Tale complessità deriva dall'interazione tra diversi fattori: condizioni cliniche multiple, trattamenti farmacologici concomitanti, compromissione funzionale, fragilità, aspetti psicologici e condizioni socioeconomiche. La presenza di diverse patologie croniche (ad esempio malattie cardiovascolari, diabete e insufficienza respiratoria o renale) può peggiorare la prognosi, aumentare il rischio di complicanze e rendere più difficile il trattamento delle singole malattie, considerando, inoltre, che la comorbosità comporta l'assunzione di più farmaci contemporaneamente. L'età avanzata rappresenta un fattore determinante nella stima della mortalità, in quanto l'invecchiamento non favorisce la capacità di recupero dopo eventi acuti o interventi terapeutici. Quindi, la presenza di comorbidità associata a età avanzata è correlata a un elevato rischio di mortalità.

In questo scenario assume un ruolo rilevante il team multidisciplinare che include infermieri, medici, fisioterapisti, assistenti sociali e altri professionisti sanitari. La collaborazione interdisciplinare consente di sviluppare piani assistenziali personalizzati, orientati alla continuità delle cure e alla prevenzione delle complicanze. L'infermiere svolge una funzione centrale nel coordinamento dell'assistenza, nel monitoraggio delle condizioni cliniche, nell'educazione terapeutica e nel supporto all'autogestione della malattia.

Per tale motivo è fondamentale l'integrazione tra medicina territoriale e la gestione della cronicità. Modelli organizzativi basati sulla continuità assistenziale, come la presa in carico territoriale e in percorsi di gestione della cronicità, possono contribuire a ridurre ospedalizzazioni inappropriate e a migliorare la qualità dell'assistenza. Modelli assistenziali basati sulla presa in carico proattiva del paziente permettono di monitorare in modo continuativo le condizioni di salute e di intervenire precocemente in caso di peggioramento clinico. In tale prospettiva, l'adozione di modelli di cura pazientecentrico e orientati alla cronicità appare fondamentale per rispondere efficacemente ai bisogni della popolazione.

In campo professionale è consolidato il concetto che la salute sia un fenomeno multidimensionale, per cui è fondamentale un'alleanza e una sinergia tra i diversi professionisti con obiettivi chiari e condivisi. La presenza di questo modello di gestione della cronicità garantisce la fondamentale elasticità del sistema e permette di assicurare la continuità assistenziale ai pazienti fragili e temporaneamente non dimissibili a domicilio. Per cui, in un contesto di crescente complessità sanitaria, questo modello è sempre più necessario.

Alla luce di queste considerazioni, risulta fondamentale approfondire il profilo epidemiologico, clinico e assistenziale dei pazienti accolti nelle Cure Intermedie, al fine di valutarne la complessità e contribuire allo sviluppo di modelli organizzativi sempre più efficaci e appropriati. I risultati emersi dal presente studio consentono di delineare con precisione la fisionomia epidemiologica, clinica e gestionale della degenza presso le Cure Intermedie dell'Ospedale di Comunità di Loreto.

In primo luogo, i dati raccolti evidenziano il profilo ad alta complessità clinico-assistenziale del campione. L'ODC accoglie una popolazione marcatamente fragile (età media 83,7 anni) e caratterizzata da un pesante carico di comorbidità (l'83,01% dei pazienti presenta un quadro di importante impegno clinico secondo il CCI). Questo si traduce in una forte domanda assistenziale e assistenziale-intensiva, evidenziata dal fatto che oltre il 61% dei soggetti è categorizzato in classe RUG ad assistenza intensiva, con un correlato carico terapeutico giornaliero che impone frequenti somministrazioni polifarmacologiche sia orali che infusionali.

In secondo luogo, l'Indice di comorbidità di Charlson (CCI) è un valido predittore indipendente di mortalità all'interno di questa specifica coorte territoriale. Sebbene l'incremento dell'età aumenti significativamente il rischio di esito infausto, è la severità delle comorbidità a esercitare l'impatto prognostico più dirompente, elevando le odds di decesso del 23% per ogni singolo punto in più all'indice complessivo. Dal punto di vista clinico, ciò dimostra come la stratificazione del rischio debba necessariamente basarsi su strumenti di valutazione multidimensionale.

Infine, le evidenze emerse pongono in luce la stringente necessità di rafforzare e ridefinire le risorse dell'Ospedale di Comunità. L'elevata incidenza di eventi infettivi (43,8% dei ricoverati), unita a un indice allarmante di multi-resistenza batterica (5,7 antibiotici resistenti per paziente), dimostra come queste strutture necessitino di standard

organizzativi, infettivologici e infermieristici avanzati. Diventa pertanto prioritario potenziare l'ODC sul piano delle competenze specialistiche e della formazione continua del personale nell'ambito della *stewardship* antimicrobica e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Solo attraverso un adeguamento strutturale delle risorse umane e tecnologiche, l'Ospedale di Comunità potrà assolvere efficacemente alla sua funzione di snodo intermedio dall'ospedale e il rientro protetto al domicilio.

9.BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- Agenas. (2011). Il piano di organizzazione dell'assistenza sanitaria nelle regioni in piano di rientro. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.
- Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna. (2009). Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. Bologna: Regione Emilia-Romagna.
- Bartoli S, Ferro S. (2012) Le cure intermedie come soluzione per affrontare le malattie croniche: il programma Stroke Care. *Italian Journal of Medicine*.6(4):263–270. doi:10.1016/j.itjm.2011.11.003
- Battaglia A, Del Zotti F. (2006) Il Charlson Comorbidity Index in medicina generale. *Rivista SIMG*.13(4):15–18.
- Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Ferrucci L, Mercer SW. (2018). Multimorbidity and functional impairment – bidirectional interplay, synergistic effects and common pathways. *J Intern Med*. 285(3):255–271. doi:10.1111/joim.12843
- Calogero AS. (2009). Le cure intermedie. Milano: Elsevier.
- Charlson ME, Wells MT. (2022). Comorbidity: from a confounding variable in longitudinal clinical research to a major challenge in population management. *J Gen Intern Med*. doi:10.1007/s11606-022-07426-7
- Comodo N, Maciocco G. (2004). Le cure intermedie in Italia: riflessioni su un percorso in atto. *Politiche Sanitarie*. 5(3):1–3.
- Di Bari M, Russo G. (2013) Comorbosità, disabilità, fragilità. *Giornale Italiano di Cardiologia*. 14(Suppl. 1).
- Fedecostante M, Balia P, Beccacece A. (2026) Misure di esito per interventi sanitari rivolti ad anziani con multimorbosità: una revisione sistematica. *Ageing Res Rev*. 113:102940.
- Fondazione GIMBE. (2025). 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Bologna: GIMBE.
- Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo ME, Mercer SW. (2013). Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ*. ;345:e6341. doi:10.1136/bmj.e6341

- Guthrie B, Wyke S, Gunn J. (2011) Riforma sanitaria: affrontare la sfida dell'invecchiamento e delle morbidità multiple. Parigi: OCSE.
- Pesaresi F. (2022). Gli ospedali di comunità. I luoghi della cura. 20 (3).
- Poitras ME, Maltais ME. (2018) What are the effective elements in patient-centered care and multimorbidity management? A scoping review. BMC Health Serv Res. 18(1):446. doi:10.1186/s12913-018-3213-8
- Regione Marche. (2014). Deliberazione della Giunta Regionale n. 960/2014. Ancona: Regione Marche.
- Regione Marche. (2016) Deliberazione della Giunta Regionale n. 139/2016. Ancona: Regione Marche.
- Regione Marche. (2016). Deliberazione della Giunta Regionale n. 746/2016. Ancona: Regione Marche.
- Regione Marche. (2017) Deliberazione della Giunta Regionale n. 1587/2017. Ancona: Regione Marche.
- Regione Marche. Piano socio-sanitario regionale 2019–2021. Ancona: Regione Marche; 2019.
- Mastromattei A. (2008). L'applicazione dei RUG III e l'assorbimento di risorse: l'esperienza della Regione Lazio. In: Punto unico di accesso e sistemi di valutazione per la presa in carico dell'anziano. Roma: Società Italiana di Gerontologia e Geriatria; s.d.
- Tragni E, Sala F, Casula M. (2014). Il paziente anziano complesso: dati epidemiologici e di consumo di farmaci. Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione. 6(3):5–16.
- Turcotte LA, Poss J, Hirdes JP. (2019). An overview of international validation studies of the RUG-III case-mix system staff time measurement. BMC Health Serv Res. 19(1):154. doi:10.1186/s12913-019-3981-4
- Viganò A, Pessina C. (2023) La complessità del malato. NEU Aggiornamenti in Neuroscienze.

Siti consultati

Centro Europeo per la Prevenzione e il controllo delle Malattie (ECDC) Antimicrobial resistance (pubblicato 11 dicembre 2023) <https://www.ecdc.europa.eu>

Istituto Superiore di Sanità -Epicentro (ultimo aggiornamento 7 maggio 2026) <https://www.epicentro.iss.it>

Istituto Superiore di Sanità (ISS) (pubblicato 13 novembre 2019) <https://www.issalute.it>

Ministero della Salute. PNRR – Salute [Internet]. Roma: Ministero della Salute; 2025 [citato 25 giugno 2025]. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/pnrr/homePnrrSalute.jsp>