

17-20
Dicembre
2025
Napoli

70^o C O N G R E S S O
N A Z I O N A L E
SIGG
LIBERI E LONGEVI

Università degli
Studi di Napoli
Federico II
Polo Didattico
di **SCAMPIA**



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

La centralità del Geriatra in Pronto Soccorso nella rete delle Cure Intermedie

Dott.ssa Sara Salini
Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, IRCCS – Roma
sara.salini@policlinicogemelli.it

IL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE – UNA CATEGORIA SPECIALE

(PRO. 960 Valutazioni iniziali personalizzate per categorie speciali di pazienti)

L'identificazione di alcune categorie/popolazioni di pazienti richiede **una modifica del processo di valutazione, sulla base delle caratteristiche e/o dei bisogni peculiari di ciascuna di esse**. La FPG IRCCS identifica tali categorie/popolazioni e modifica di conseguenza il processo di valutazione al fine di poter identificare e soddisfare i loro bisogni specifici.

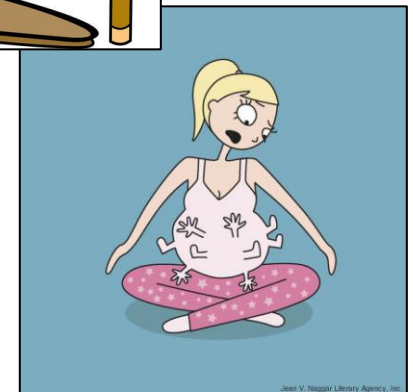
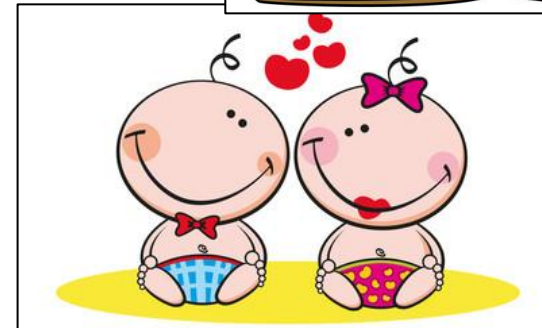
Tra queste, troviamo: bambini e adolescenti, **anziani fragili**, pazienti al termine della vita, pazienti con dolore intenso o cronico, donne in travaglio di parto, pazienti affetti da disturbi emotivi o psichiatrici, pazienti sospettati di dipendenza da sostanze e alcolismo, pazienti vittime di maltrattamenti e abusi, pazienti infettivi o con malattie trasmissibili, pazienti in trattamento chemioterapico e radioterapico, pazienti affetti da compromissione del sistema immunitario.



Gemelli

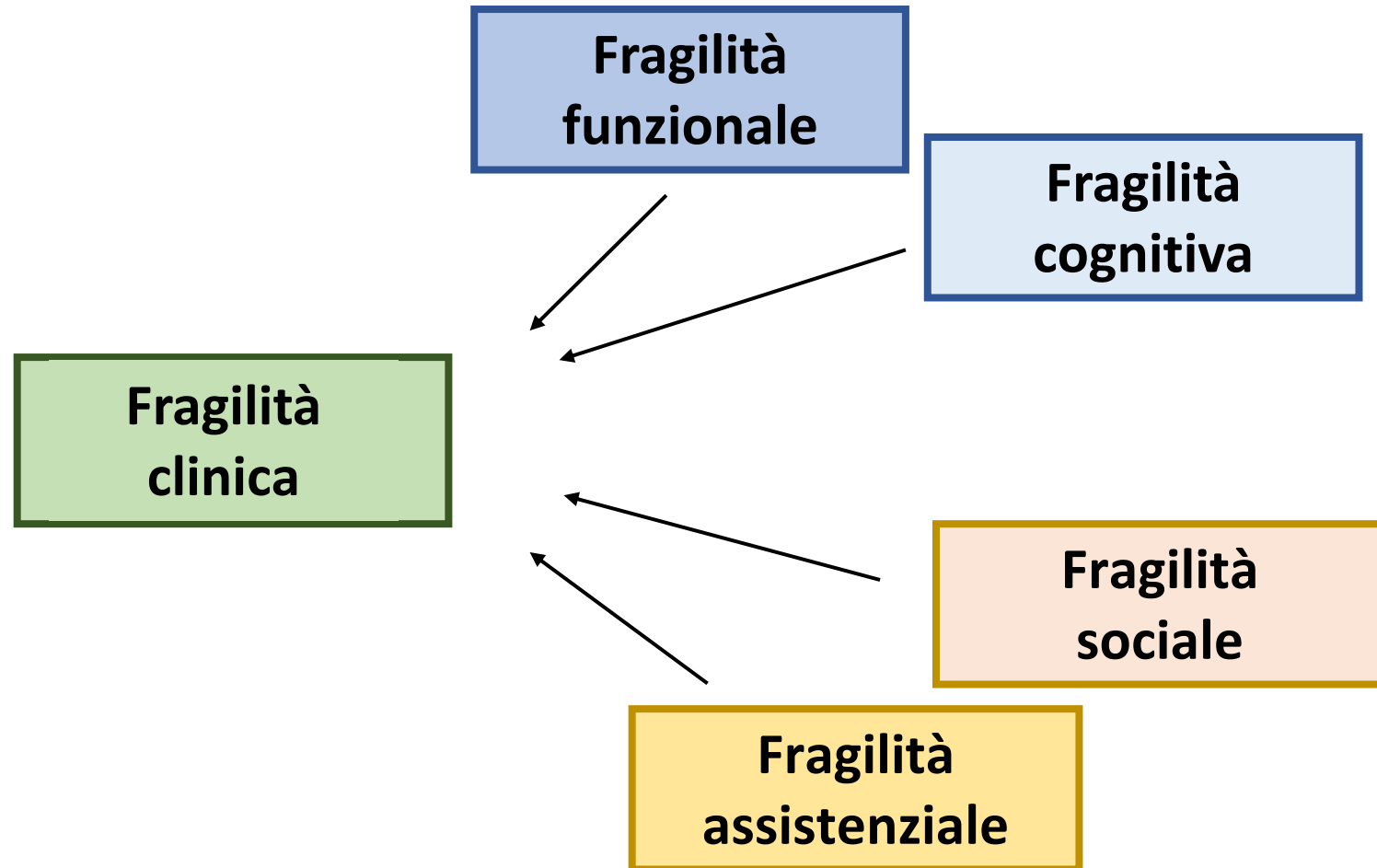


Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore



IL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE – UNA CATEGORIA SPECIALE

(PRO. 960 Valutazioni iniziali personalizzate per categorie speciali di pazienti)



SCENARI: IL PRONTO SOCCORSO DEL POLICLINICO GEMELLI

Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore



**Nel 2024:
8391 pazienti
over 80**

**48,7% RICOVERATI
2,2% DECEDUTI IN PS**

**Negli ultimi 10
anni:
93306 pazienti
over 80**

**Solo 500 codice verde/bianco

11894 trama o ustione
48522 altri sintomi o disturbi**

**49,1% DIMESSI

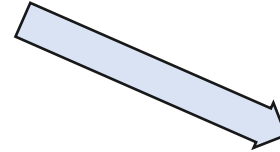
1807 a domicilio
683 ambulatori**

Modello tradizionale di assistenza in Pronto Soccorso

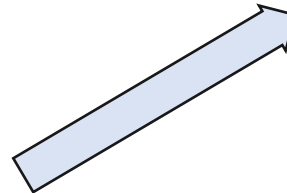
Approccio diagnostico aggressivo dei disturbi acuti e avvio di terapie critiche



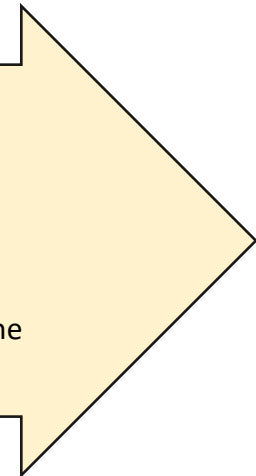
Le comorbilità multiple e le sindromi geriatriche non valutate



Rendono la traiettoria di salute di un adulto anziano minata di minacce sottili



- Delirium
- Cadute
- Malnutrizione
- Incontinenza urinaria
- Dizziness/sincope
- Lesioni da pressione
- Sindrome da ipomobilizzazione
- Dolore cronico o ricorrente



Topics for Geriatric Emergency Medicine Guidelines

END OF LIFE CARE

WHY IS THIS IMPORTANT

- Patients in the last two months of life are frequent visitors to the ED;
- Such patients can receive futile care;
- Time in the ED and in the hospital can cause distress for the patient, their relatives and the health care providers;
- Consider which of the patient's complaints are incurable and which are reversible and treatable;
- Focus on palliative care: improve substantially quality of life and satisfaction;
- From saving life to **providing comfort**.

HOW CAN WE RECOGNISE "END OF LIFE CARE" PATIENTS?

Patients with rapidly progressing incurable disease (e.g. metastatic cancer), frequent organ failure (e.g. heart failure or COPD exacerbations) or severely frail and bed-bound.

WHAT CAN WE DO?

1. **Ask the patient** whether he/she has established his/her goals of care with the General Practitioner or organ/hospital specialist. If not: initiate such a discussion. Use positive language about need for comfort care. Use optimally an opportunity of relatively compensated state of the patient.
2. **Treat pain:** Opioids are the main tool (Find out any previous use of opioids!).
3. **Treat dyspnea:** Rule out for reversible causes like pleural effusion, fluid overload or anemia. Symptomatic relief with oxygen, opioids and/or benzodiazepines.
4. **Treat nausea and vomiting:** Identify any reversible causes like constipation or side effects of medication.
5. **Treat anxiety or delirium:** Explore possible causes (e.g. urinary retention, faecal impaction or pain). Benzodiazepines or antipsychotics like haloperidol can be used. See also "Delirium and Cognitive Impairment" poster.

COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

WHY IS THIS IMPORTANT

For those working in Emergency Departments (EDs), problem identification using a Geriatric Assessment (GA) model allows a more accurate diagnosis (especially the identification of key syndromes such as delirium), which in turn will reduce overall hospital use, improving flow out of the ED. It allows for a more patient centered and often more efficient model of care to be initiated. It can reduce the use of investigations linked to protocol driven care (e.g. automatic CT head scans). It can also provide greater assurance about safer discharge, especially if there are robust community links that can support ongoing care. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) improves outcomes for older people in acute specialised geriatric ward settings.

disciplines (including medicine, physiotherapy, occupational therapy, nursing, social work and clinical pharmacy) working towards a shared common goal and using standardised assessment tools, pathways and documentation. Facilitating transitions of care to continue the consensus-based treatment plan in the post-ED setting, either in hospital or at home, is crucial to obtain optimal effect.

WHAT CAN WE DO?

For older patients with frailty, EDs need to evolve from offering single problem solutions to a more holistic approach (See "Risk Stratification" poster on identifying frailty in the ED). A full CGA often cannot be implemented in the ED setting. It is important to operationalise its key concepts, such as the '5Ms of geriatrics' in an initial GA:

SILVER TRAUMA - MAJOR TRAUMA IN OLDER ADULTS

ENVIRONMENT

WHY IS THIS IMPORTANT

Older people are major users of Emergency Departments (EDs) and tend to have longer ED stays than their younger counterparts. The ED environment can have an important influence on patient experience, but also outcomes. For example, an ED designed with the needs of older people in mind might lead to a reduction in delirium.

In contrast, poorly designed EDs might lead to immobility and bedsores, falls and injuries, increased levels of delirium and functional decline – as well as increasing patient and carer anxiety.

WHAT CAN YOU DO?

1. **Physical space**
Small changes for immediate impact:
 - De-clutter;
 - Offer multiple cues for orientation to time and place, including clocks, calendars and clear wayfinding to bed spaces and toilets;
 - Transform corridors into pleasant spaces for walking about safely;
 - Ensure toilet seats and grab-rails are in contrasting colours;
 - If more resources are available, install matt flooring and good-quality lighting.

AGE/FRAILTY ADJUSTED RISK STRATIFICATION

WHY IS THIS IMPORTANT?

Older people increasingly visit the emergency department (ED), are sicker than younger patients, and have a high risk of adverse health outcomes which requires special attention to prevent further decline.

WHAT CAN WE DO?

1. Triage systems: consider incorporation of a mobility and/or frailty measure (such as CFS) in the triage system.
2. Consider presenting complaint: non-specific complaints (feeling unwell) are associated with high in-hospital mortality.

DELIRIUM AND COGNITIVE IMPAIRMENT

INCLUSION OF FAMILY, FRIENDS AND OTHER INFORMAL AND FORMAL CARERS IN ED

MEDICATION REVIEWS IN THE ED FOR OLDER ADULTS

<https://geriameurope.eu>

Unità di Fragilità Geriatrica d'Emergenza

Anamnesi e valutazione multidimensionale:

-valutazione clinica e anamnestica

-valutazione multidimensionale
geriatrica (VMD)

-utilizzo di scale di valutazione della
fragilità di secondo livello (es. ADL,
IADL, Braden, RASS, bCAM, Charlson
Index, CDR, KPS)










-valutazione e trattamento delle
sindromi geriatriche (rischio di
cadute, delirium e agitazione in
demenza, lesioni da pressione,
sindrome da ipomobilità ecc.)

-impostazione dell'iter diagnostico-
terapeutico più appropriato



Colloquio con il paziente e con i familiari:
orientato a rendere il paziente e i familiari
consapevoli dei rischi legati all'ospedalizzazione
del paziente anziano e della necessità di
individuare precocemente **possibili percorsi
alternativi al ricovero**, eventuali difficoltà di presa
in carico post-dimissione, possibili successivi
percorsi di dimissione dal ricovero ospedaliero ed
eventuale rimodulazione dei trattamenti in
funzionale della proporzionalità delle cure.

Clinical Frailty Scale*

-  **1 Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.
-  **2 Well** – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are **very active occasionally**, e.g. seasonally.
-  **3 Managing Well** – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.
-  **4 Vulnerable** – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.
-  **5 Mildly Frail** – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.
-  **6 Moderately Frail** – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
-  **7 Severely Frail** – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).
-  **8 Very Severely Frail** – **Completely dependent**, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
-  **9 Terminally Ill** - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.

© 2007-2009, Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.



GERIATRIC FRAILTY NETWORK



Domicilio



MMG



Strutture
extraospedaliere
(RSA/Lungodegenza)



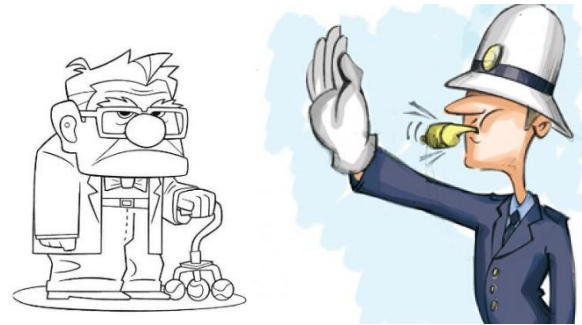
Ospedale territoriale
(HUB/SPOKE)



Casa di Riposo

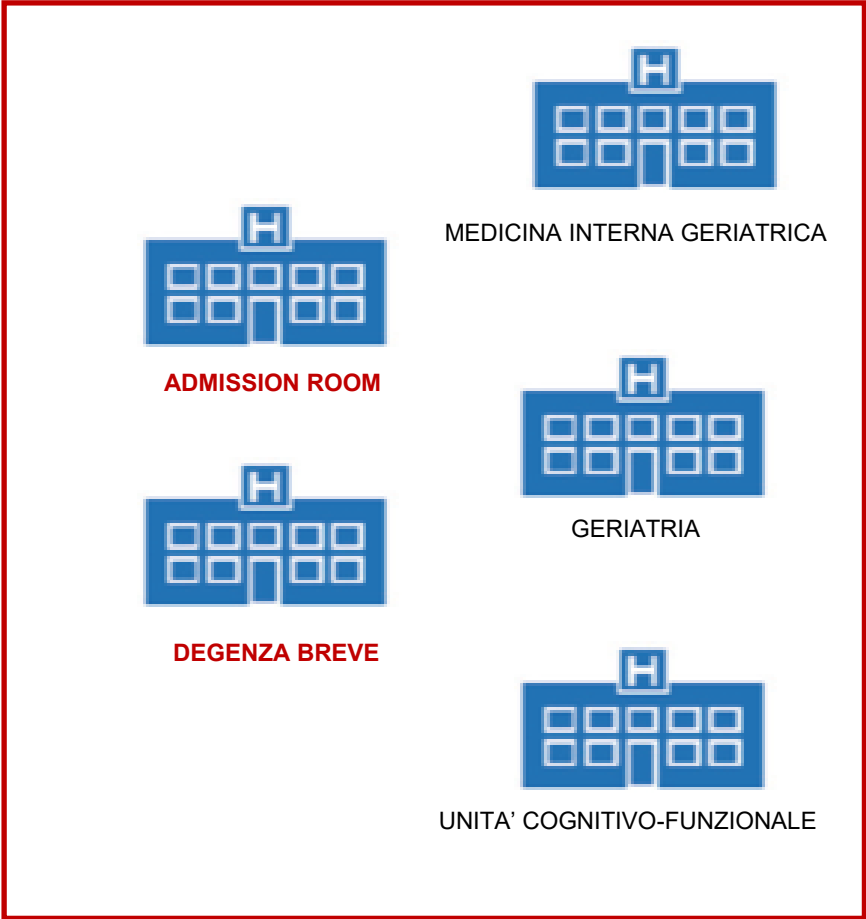


Hospice



PRONTO SOCCORSO

**Unità di Fragilità Geriatrica
d'Emergenza**



DM 77: LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Ispirato dal nuovo Patto per la Salute e aggiornato con le indicazioni e i progetti del PNRR

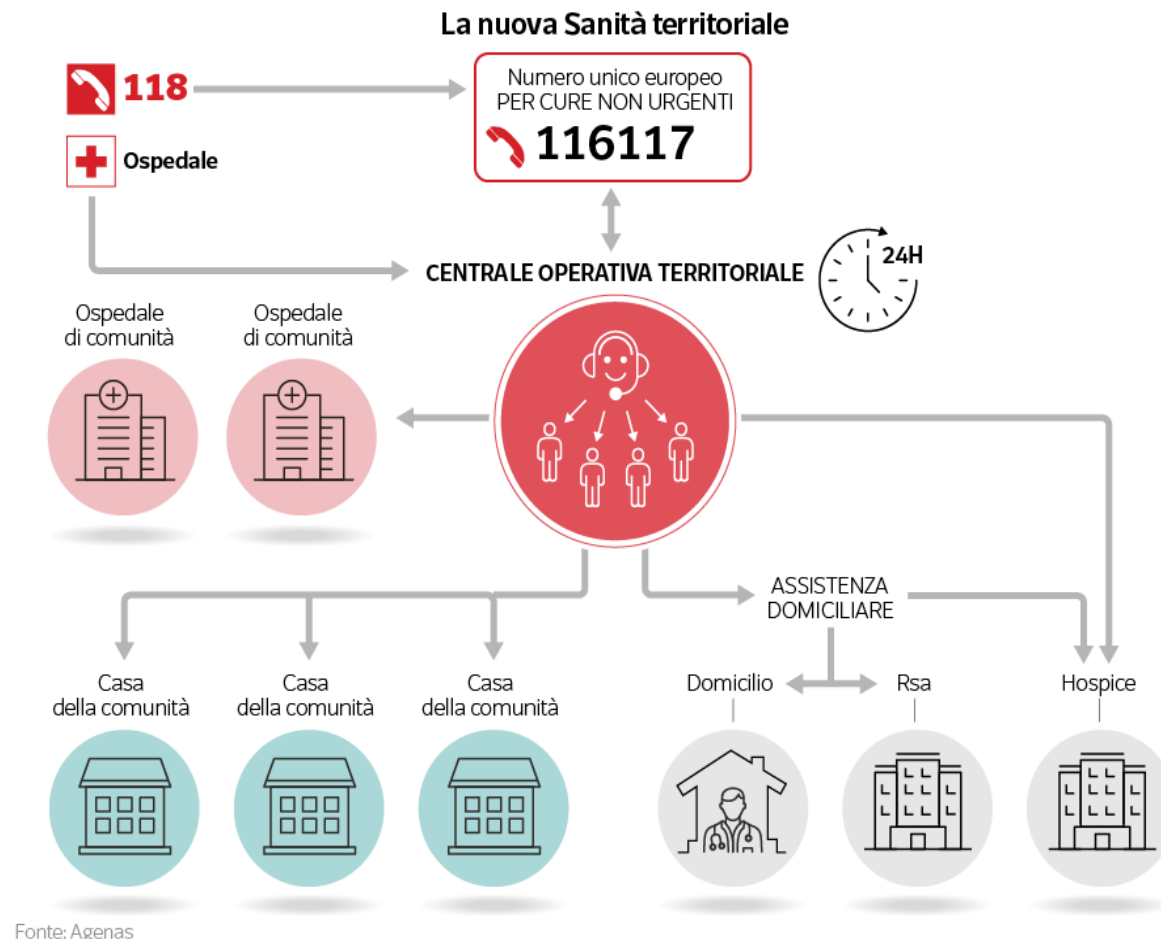
Definisce modelli organizzativi e personale delle cure sul territorio



PROSPETTIVE PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

Il PNRR prevede per rafforzare le reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale le seguenti attività:

- **Istituzione di CASE DELLA COMUNITÀ come perno delle prestazioni sul territorio in ambito Socio-sanitario;**
- **Il domicilio come primo luogo di cura e L'ASSISTENZA DOMICILIARE con il fine di migliorare le prestazioni offerte in particolare alla persone vulnerabili e disabili, anche attraverso il ricorso a nuove tecnologie;**
- **Il potenziamento di strutture residenziali (OSPEDALI DI COMUNITÀ).**





	LDPA	Ospedale di Comunità	RSA
Setting	Ospedale	Struttura residenziale	Struttura residenziale per anziani
Posti letto	Obiettivo: almeno 0,2 pl ogni 1000 abitanti	Obiettivo: 0,4 pl ogni 1000 abitanti	Attivi 1,5 pl ogni 1000 abitanti
Durata degenza massima	60 giorni	Non superiore a 30 giorni.	In molte regioni anche permanente
Tariffe	154 euro. Nessuna quota di partecipazione dell'assistito.	Media 133 euro. Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera a carico dell'utente.	Media 107,5 euro. Viene richiesta all'assistito una quota alberghiera.
Soglia dimensionale minima	Minima: 20 pl Ottimale: 30 pl	Di norma 15-20 pl	20 pl
Standard di personale non medico	Per modulo di 32 pl: - 13 infermieri più capo sala; - 4 tecnici della riabilitazione; - 8 ausiliari socio-sanitari (1988).	Per 20 posti letto: 7-9 Infermieri (compreso coordinatore), 4-6 Operatori Sociosanitari, almeno 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.	Orientamento prevalente delle regioni: - ass. infermieristica 20-40 minuti al giorno, - ter. riabilitazione 5-15 minuti al giorno, - OSS 100-135 minuti al giorno.
Assistenza medica	Soluzione regionale prevalente: presenza 24/24 ore.	Per 20 posti letto: nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità. L'assistenza notturna può essere garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale.	Soluzione regionale prevalente: pochi minuti al giorno per ospite. Spesso geriatra.
Modalità di accesso	I pazienti sono inviati dall'ospedale.	L'accesso avviene su proposta di: medico di medicina generale; medico di continuità assistenziale; medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero; medico del pronto soccorso; pediatra di libera scelta.	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio. L'ingresso è regolato attraverso l'UVM.

CRITICITA'

«Sui progetti delle case di comunità, dallo screening compiuto dal ministero il mese scorso, il Lazio risulta al 59% a fronte di una media nazionale del 67%, con 77 cantieri attivati o conclusi sui 130 previsti. Sugli ospedali di comunità è invece al 49% a fronte di una media nazionale del 65%, con 17 cantieri attivati o conclusi sui 35 previsti. Male inoltre per quanto riguarda la digitalizzazione dei Dea, i dipartimenti di emergenza e accettazione. Al di sopra della media nazionale invece sui progetti per gli ospedali sicuri e sostenibili e sulle grandi apparecchiature, il 99% di quelle previste già ordinato e il 96% già collaudato.»

CRITICITA'








Nel Lazio, l'unico Ospedale di Comunità (OdC) attualmente operativo si trova presso il **Policlinico Tor Vergata**, dove opera in una fase sperimentale da luglio 2024 con 20 posti letto (40 entro la fine del 2025?). La struttura è collegata alla Centrale Operativa Territoriale (COT) ospedaliera interna ed è affiancata da un Ambulatorio delle Cronicità e dal Servizio Tobia, dedicato alla disabilità cognitivo – comportamentale.

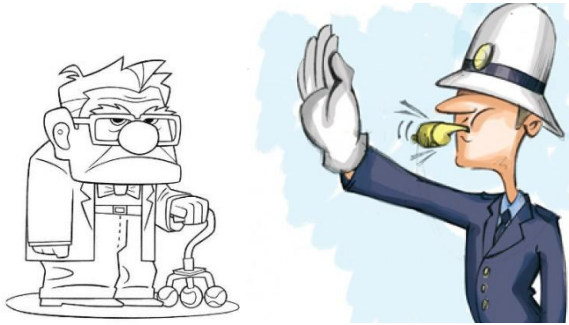
L'effettiva eleggibilità è valutata con **criteri clinico-assistenziali integrati** (infermieristici e medici).

Pazienti eleggibili:

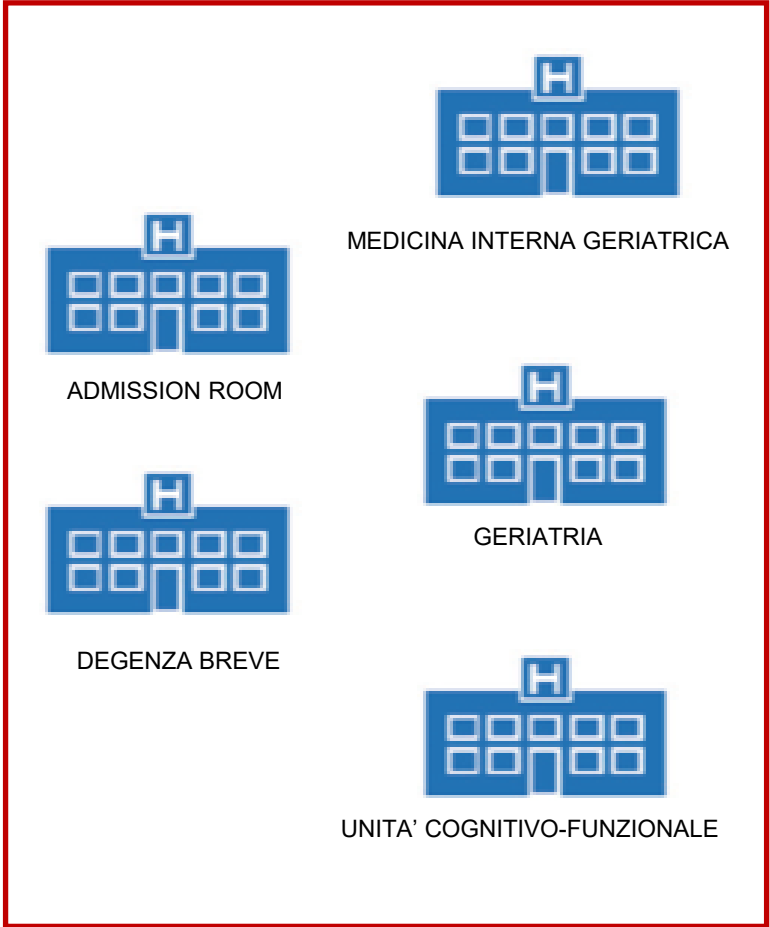
- Pazienti con multimorbidity provenienti dalle UUOO del PTV, clinicamente stabili, ma con bisogno di assistenza infermieristica continuativa;
- Pazienti fragili e/o cronici **PROVENIENTI DAL PRONTO SOCCORSO DEL PTV**, stabili emodinamicamente, con problematiche acute in via di risoluzione;
- Pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o di interventi educativi nella gestione di presidi e dispositivi;
- Pazienti non autosufficienti, anche temporaneamente, con scarso supporto socioassistenziale.

GERIATRIC FRAILTY NETWORK

- 
Domicilio
- 
MMG
- 
ADI
- 
Strutture
extraospedaliere
(RSA/Lungodegenza/
Riab)
- 
Ospedale territoriale
(HUB/SPOKE)
- 
Case di Riposo
- 
CP domiciliari/Hospice



PRONTO SOCCORSO
**Unità di Fragilità Geriatrica
d'Emergenza**



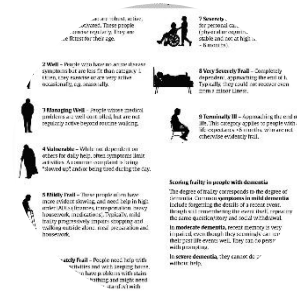
PROSPETTIVE ED OBIETTIVI FUTURI



Implementazione
equipe
inter/multidisciplinare



**Miglioramento dei
percorsi in uscita
dall'ospedale**



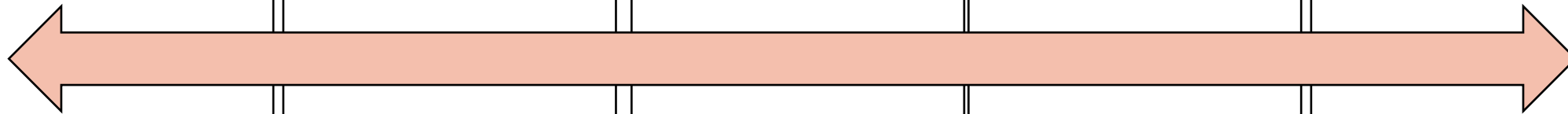
Identificazione Frailty
Tools più specifici



BOX geriatrico



Strategie di sostegno
alla fragilità (FKT in PS)





Grazie per l'attenzione!

