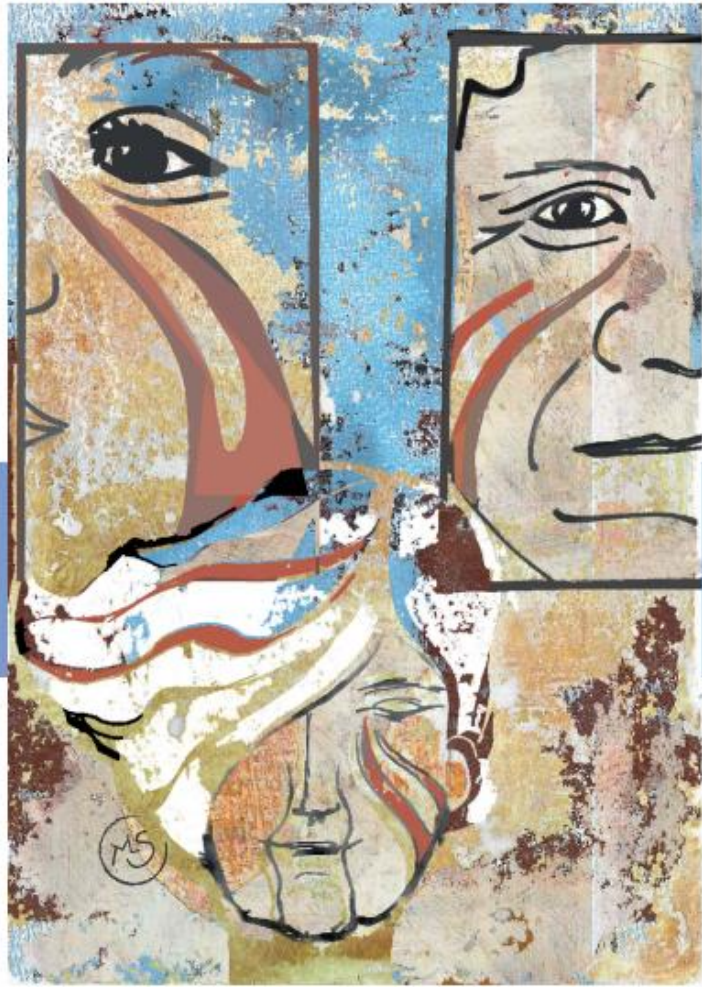


70° CONGRESSO
NAZIONALE
SIGG

LIBERI E LONGEVI



17-20
Dicembre
2025
Napoli



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

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



IL GERIATRA TERRITORIALE

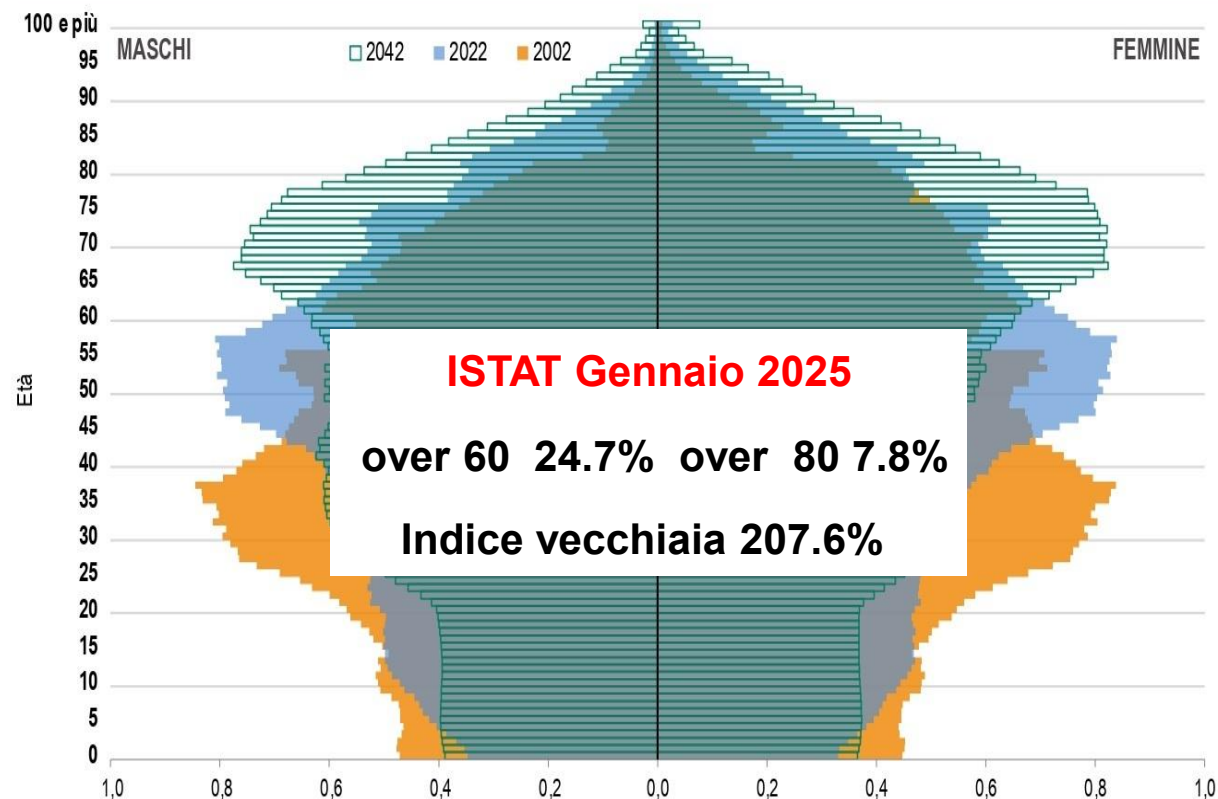
Una figura fondamentale per
lo sviluppo della sanità del
territorio

GIOVANNI GELMINI

INVECCHIAMENTO

PIRAMIDI DELLE ETÀ AL 1° GENNAIO ANNI 2002, 2022 E 2042

(valori percentuali)



Fonte: Istat, Popolazione per sesso, età e stato civile e Previsioni della popolazione e delle famiglie, base 1.1.2021, scenario nazionale ad hoc
(a) I dati del 2042 sono stimati.

Debito demografico
over 65 su under 15

INDICE VECCHIAIA

nel 2022 **187,9%**

nel 2042 si prevede **293%**

nel 2059 arriverà **306%**

Conseguenze per il futuro

spesa

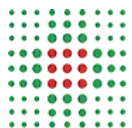
previdenza

assistenza e sanità

Gli ultrasessantacinquenni che vivranno da soli nel 2050 saranno 6,5 milioni (41.8%), contro i 4,6 milioni del 2024 (36.8%)



ISTAT Gennaio 2025 **23.500** **ultracentenari**



CONTESTO DI RIFERIMENTO

AUMENTO costante di **MALATI CRONICI**

Complessi

Anziani

Polipatologici

- 1. 80% della SPESA SANITARIA**
- 2. INDEBOLIMENTO Reti Informali di Sostegno**

PROGETTO RISK – ER : PROFILI DI RISCHIO DI OSPEDALIZZAZIONE

L'Approccio di Salute di Comunità in RER (Population Health Management)

Perchè pazienti a rischio di ospedalizzazione?

- Secondo il principio di “*medicina di intervento*”, i sistemi sanitari sono sempre più orientati all'**identificazione dei pazienti con malattie croniche (case e/o disease management)**, pazienti che, per definizione, tendono ad usare in misura maggiore servizi sanitari, specialmente le cure ospedaliere
- L'identificazione dei **pazienti a rischio di ospedalizzazione** può permettere di disegnare e organizzare percorsi di **case/disease management** allo scopo di prevenire, se possibile, attraverso interventi “*territoriali*”, il ricorso alle cure ospedaliere per ottimizzare l'efficienza del servizio sanitario

Pop
Out

Health Status

Patient & Provider
Productivity,
Satisfaction, QOL

Financial
Outcomes

PRIMARY CARE



Care Continuum Alliance: Implementation and Evaluation: A Population Health Guide for Primary Care Models. Washington, 2012



Reportistica Casa della Salute

Distribuzione delle categorie di rischio per i pazienti adulti
in base alle classi di età (n=7527)



16 Gennaio 2023

quotidiano **sanità**.it

Ogni anno oltre 2 mln di giornate di degenza improprie per la difficoltà a dimettere gli anziani soli.

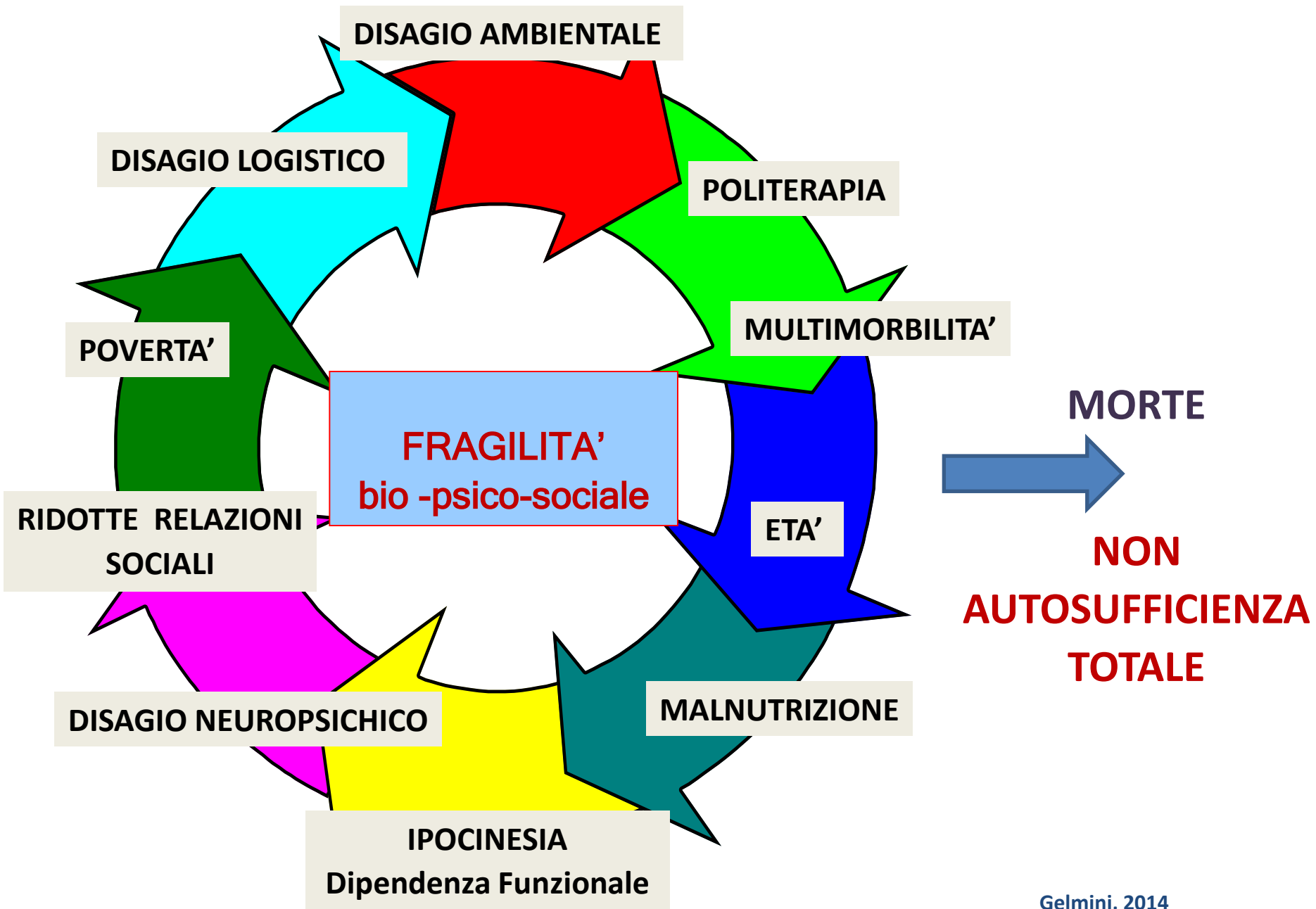
- «Survey» condotta in 98 strutture ospedaliere in Italia da FADOI
- Discrepanza possibilità dimissione/effettiva di uscita:
 - oltre una settimana nel 26,5% dei pazienti
 - da 5 a 7 giorni nel 39,8% dei pazienti
 - da 2 a 4 giorni nel 28,6% dei pazienti
- Il **75,5%** dei pazienti anziani **rimane impropriamente in ospedale** perché non ha nessun familiare o badante in grado di assisterli in casa (**anziani soli**)
- Per il 49% dei pazienti non c'è possibilità di entrare in una RSA o strutture per anziani in genere (mancanza di posto in strutture convenzionate, mancanza di soldi nelle strutture autorizzate non convenzionate)
- Il **64,3%** **dei pazienti protrae il ricovero oltre il necessario perché non ci sono strutture sanitarie intermedie nel territorio**
- Il **22,4%** dei pazienti ha **difficoltà ad attivare l'ADI**
- 2,1 milioni le giornate di degenza in eccesso → al costo medio di una giornata di degenza di 712 euro (dati Ocse) → un miliardo e mezzo l'anno di spesa inappropriata ovvero più appropriatamente utilizzabile sul piano assistenziale socio-sanitario

16 Gennaio 2023

quotidiano**sanità**.it

Ogni anno oltre 2 mln di giornate di degenza improprie per la difficoltà a dimettere gli anziani soli.

- Età dei pazienti nei reparti:
 - **ultrasettantenni** oltre il 50% nell'87.8% dei reparti
 - **ultraottantenni** oltre il 50% nel 17.3% delle strutture, tra il 40-50% nel 2.4% delle strutture, tra il 30-40% nel 24.5% dei reparti (ovviamente nei reparti geriatrici l'età media dei ricoverati è molto più elevata)
- Ricoverati sono **pazienti complessi**, che **nell'80,6% dei casi richiedono comunque oltre sette giorni di degenza per essere adeguatamente trattati**, tanto da necessitare di un'alta intensità di cura nel 28,6% dei casi, media per il 69,4%.
- I nostri ospedali sono così pieni che nei pronto soccorso si «affastellano» anche per giorni i pazienti in barella che non trovano posto in reparto (N.B. letti e personale sono stati via via tagliati negli anni).
- Una volta dimessi il 24,5% dei pazienti ultrasettantenni va direttamente a casa, il 41,8% avendo però almeno attivato l'assistenza domiciliare. Il 15,3% finisce in una RSA, il 18,4% in una struttura intermedia
- **Necessario sviluppare supporto sanitario, socio-sanitario e sociale sul territorio per rendere il sistema dell'assistenza agli anziani più fluido, integrato e appropriato**



Cura e assistenza al proprio domicilio

Supporto economico
(invalidità con accompagnamento,
assegno di cura)

Cura e assistenza in strutture semiresidenziali e residenziali



BISOGNI DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

4 milioni > 65 a.
2.7 milioni > 75 a.

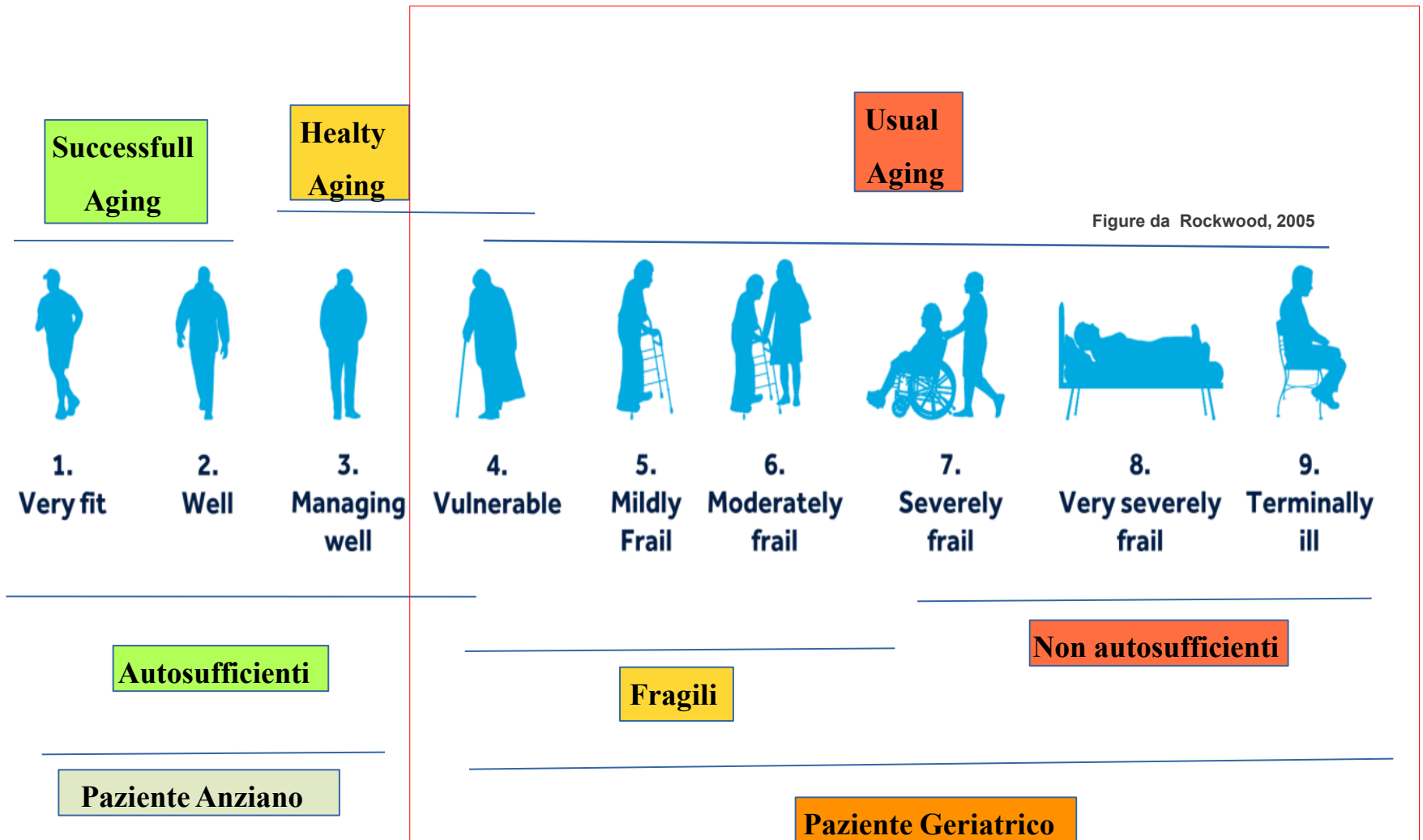


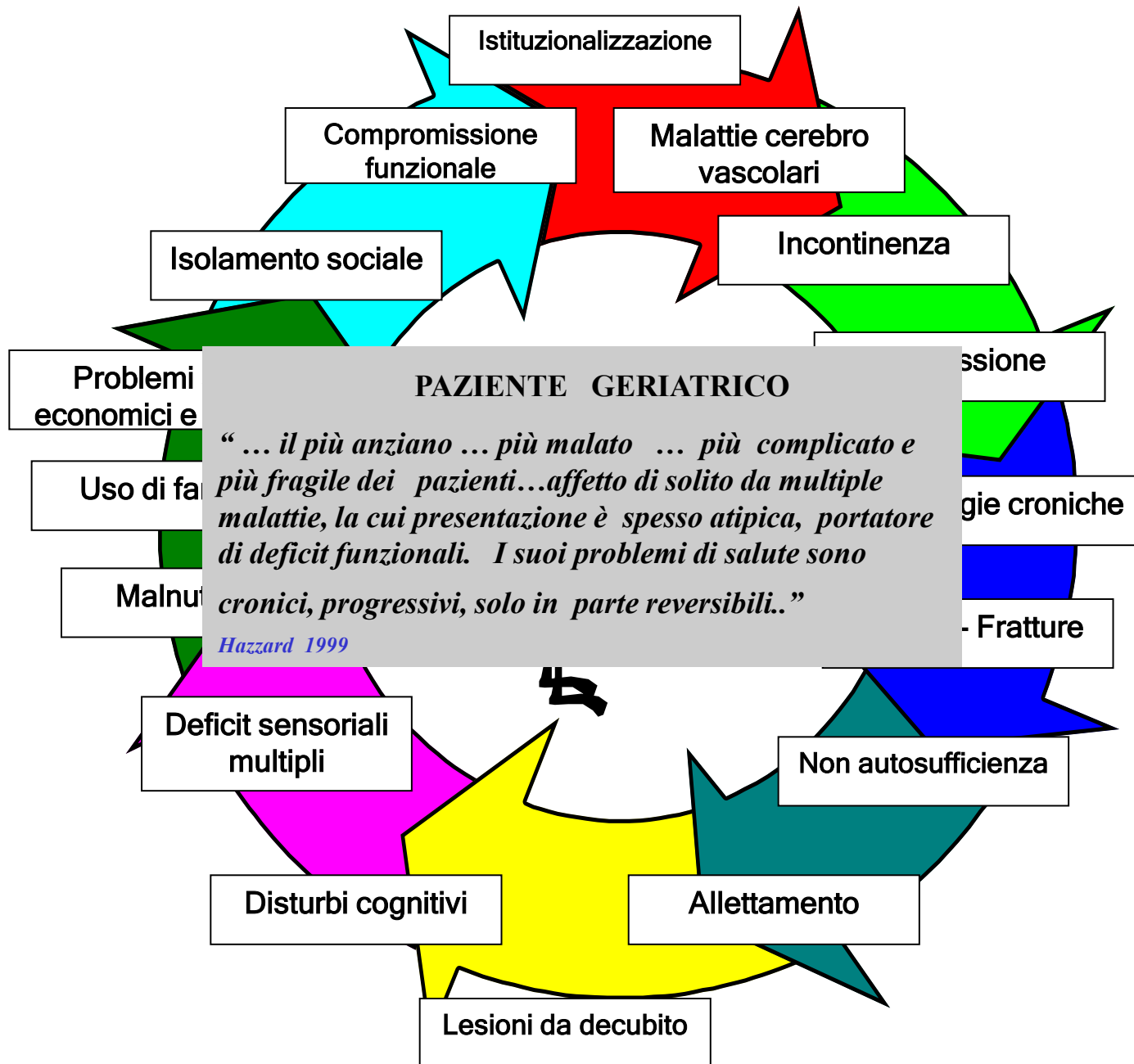
Mantenimento relazioni
interpersonali

Mobilità di tipo socio-
assistenziale

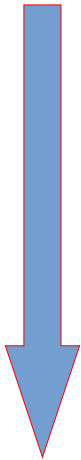
Sostegno psicosociale
alla famiglia

CARATTERISTICHE DELL'INVECCHIAMENTO





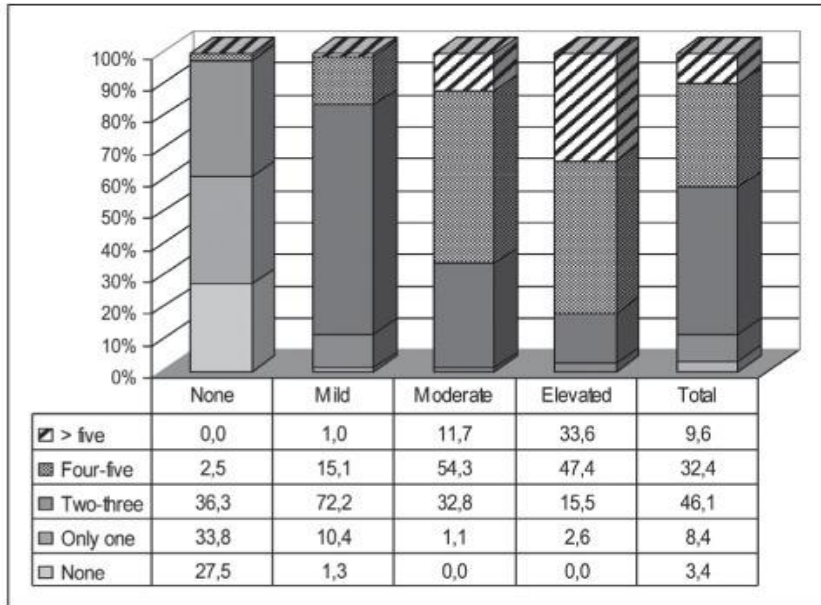
**PAZIENTE
GERIATRICO**



**PAZIENTE
COMPLESSO**

- Multimorbidità
- Polifarmacoterapia
- Declino funzionale
- Declino cognitivo
- Fragilità sociale
- Isolamento
- Solitudine
- Fragilità economica

G. Gelmini et al. - Evaluation of bio-psycho-social frailty in older persons on the territory: the method and the experience of the "Medesano Health House" - ACTA BIO MEDICA 91: 389, 2020

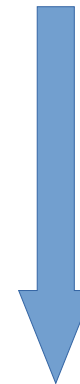


Distribution of included older people for the severity of multi-morbidity and daily consumption of medications.

**MEDICINA
SPECIALISTICA**

IPERSPECIALISTICA

**ORGANIZZAZIONE
SETTORIALE**



**FRAMMENTAZIONE
DELLE CURE**

LA FRAMMENTAZIONE DELLE CURE

- Molti specialisti, scarsa comunicazione
- Esami e terapie duplicati o incoerenti
- Mancanza di continuità assistenziale
- Difficile operatività organizzativa tra ospedale e territorio



Inefficacia, > costi, peggior qualità di vita

**STRUTTURE
INTERMEDIE**

**CASA RESIDENZA
PER ANZIANI -
CENTRI DIURNI**

Istituzionalizzazione

Compromissione
funzionale

Malattie cerebro
vascolari

Isolamento sociale

Incontinenza

Problemi socio
economici e familiari

Depressione

Uso di farmaci

Patologie croniche

Malnutrizione

Cadute - Fratture

Deficit sensoriali
multipli

Non autosufficienza

**MULTIMORBILITA'
FRAGILITA'**

Disturbi cognitivi

Allettamento

Lesioni da decubito

OSPEDALE
Dimissioni
difficili -
protette

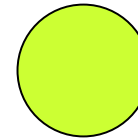
**CURE PRIMARIE
CASE DELLA
COMUNITA'**



Ogni anziano è un sistema complesso non una somma di malattie , che necessita' di una valutazione integrata e personalizzata



Anziano



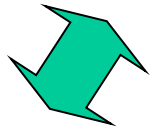
MEDICINA “DISEASE-ORIENTED”

→ MEDICINA “PERSON-CENTERED”

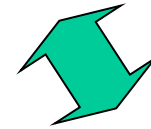
**Considerazioni
cliniche**



**Considerazioni
funzionali**



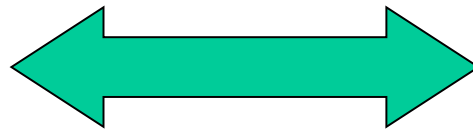
**Considerazioni
riabilitative**



**Considerazioni
psico-affettive**



**Considerazioni
socio-relazionali**



**Considerazioni
etiche**

ASSESSMENT MULTIDIMENSIONALE

CAREGIVER

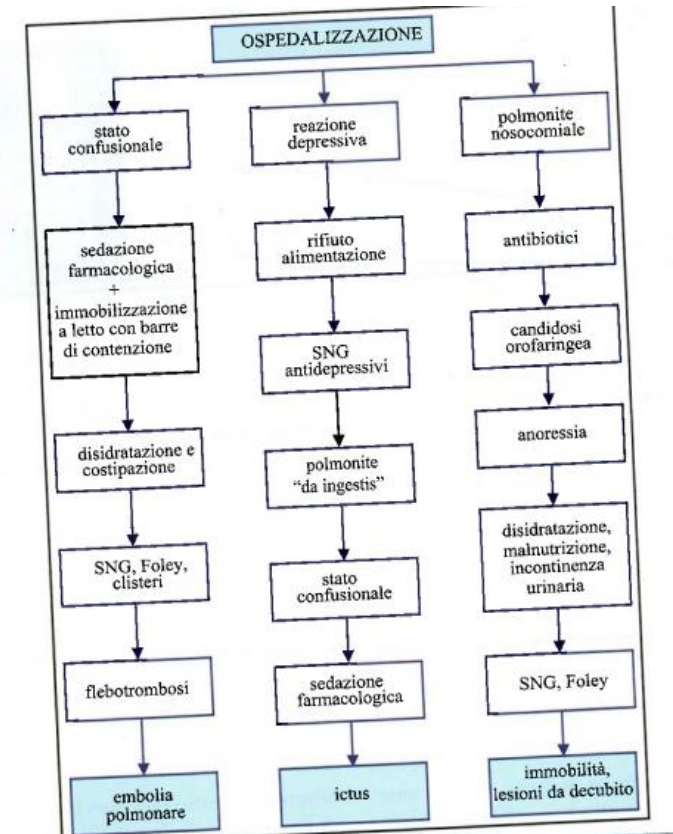
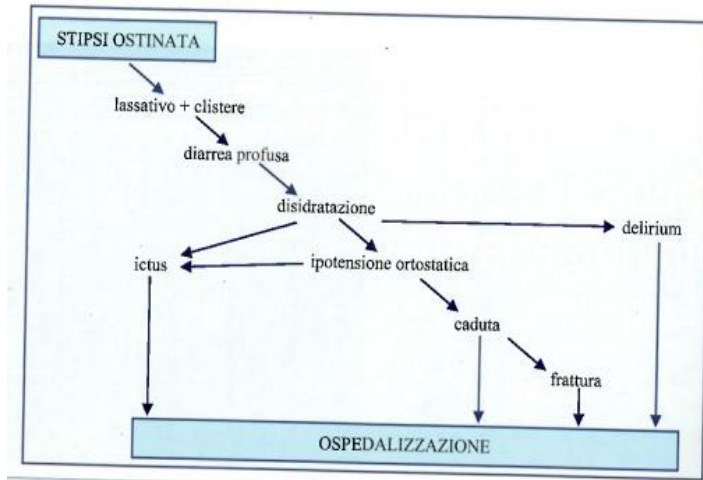


EQUIPE



APPROCCIO GLOBALE

I FONDAMENTI DELLA MEDICINA GERIATRICA

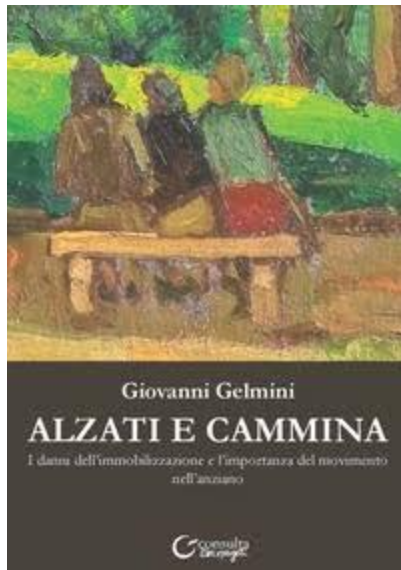


PRIMUM NON NOCERE

Chi è la causa: la malattia o noi?

BED IS BAD

Esiste purtroppo ancora la cultura diffusa che stare a letto sia parte della cura



Dopo ospedalizzazione:

- allettamento 73.7%
- necessità di supporto alimentazione 65,8 %
- confusione mentale 57.9%
- catetere vescicale 47.3%
- lesioni da decubito 39.4%
- SNG 5,2%
- ematomi, ecchimosi, ferite 2.6%

Gelmini 2006 - Giornale di Gerontologia



Cosapevolezza preventiva del
RISCHIO DIAGNOSTICO

- **RIDOTTA SEGNALEZIONE DEI DISTURBI**
- **MODIFICAZIONE DELLE CARATTERISTICHE DELLA MALATTIA**
- **ALTERAZIONE DELLA RISPOSTA ALLA PATOLOGIA**
- **PRESENTAZIONE ATIPICA DEL PROCESSO MORBOSO in rapporto alla presenza di RELIQUATI di PATOLOGIE PREGRESSE**
- **INTERFERENZA (accentuazione, mascheramento) tra SINTOMI di PATOLOGIE DIVERSE**

INVECCHIAMENTO o MALATTIA?

Ridotta capacità ricordare eventi recenti , ridotta tolleranza allo sforzo, minore scioltezza nei movimenti **VS** astenia, modesta anemia, diziness, cammino insicuro, lieve incontinenza urinaria

POSSIBILE NON CORRISPONDENZA TRA SISTEMA/ORGANO AMMALATO E SINTOMATOLOGIA DI RIFERIMENTO (es. stato confusionale espressione comune a patologie diverse)

MALATTIA “BANALE” → GRAVE SINDROME GERIATRICA
(es. scompenso a cascata)

QUADRO CLINICO “MISTO” ESPRESSIONE DELLA MULTIMORBILITA’ → ricercare cause modificabili su cui intervenire per recuperare salute e qualità di vita

NON FIDARSI MAI DELLA DIAGNOSI “A PRIMA VISTA”

FONDAMENTALE IMPORTANZA DELLA VALUTAZIONE FUNZIONALE

**DIFFERENZA NEL MODO DI VIVERE SUL PIANO PSICO – AFFETTIVO
LA MALATTIA**

**IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE PRIMARIA (es. vaccinazioni),
DELLA PREVENZIONE SECONDARIA (es. patologie croniche) E
DELLA PREVENZIONE TERZIARIA (es. disabilità e handicap)**

**CONSIDERARE GLI ASPETTI PSICO – AFFETTIVI e SOCIALI
IN SENSO PROGNOSTICO (es. disagio solitudine e povertà)**

**IL SEMPLICE FATTORE ETA' NON DEVE RAPPRESENTARE VINCOLO O
BARRIERA NEI CONFRONTI DI POSSIBILI INTERVENTI TERAPEUTICI
MEDICI E/O CHIRURGICI**

L'ANZIANO E' A MAGGIOR RISCHIO IATROGENO

NELL'ANZIANO LA PRESCRIZIONE DEL FARMACO DEVE CONSIDERARE NON SOLO L'EFFICACIA SULLA MALATTIA (es. linee guida) MA ANCHE GLI EFFETTI SUL PAZIENTE

FREQUENTE RIVALUTAZIONE DELLA POLITERAPIA E IMPORTANZA FONDAMENTALE DELLA DEPRESCRIZIONE

AGE Geriatria Extraospedaliera | Aprile 2023

| 10

POLIFARMACOTERAPIA E DEPRESCRIZIONE NELL'ANZIANO.

UNA SFIDA PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PER IL GERIATRA

Sara Albertini, Carlo Renzini, Giovanni Zulliani*, Domenico Cucinotta

Master in Medicina Geriatrica, Università di San Marino & Ferrara; Associazione di Gerontologia e Geriatria, San Marino; *Direttore Medicina Interna Universitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna, Ferrara e Direttore del Master.



PERCHE' IL GERIATRA?

- “Medico della complessità” e garante della conoscenza della “medicina dell’anziano”
- Usa la Valutazione Multidimensionale finalizzata alla presa in carico della persona ammalata e a fornire una risposta assistenziale a tutti i bisogni emersi attraverso la messa in opera di un Piano Assistenziale Individualizzato
- Promuove l’appropriatezza terapeutica e la deprescrizione

PERCHE' IL GERIATRA?

- Professionista fondamentale nello svolgimento della mediazione tra discipline e servizi per favorire la continuità assistenziale, evitare la frammentazione delle cure e definire l'appropriatezza degli interventi
- Professionista fondamentale nel favorire la valorizzazione della rete nell'ottica della continuità di cura
- Professionista che per formazione rappresenta la miglior figura adatta a svolgere il ruolo di palliativista
- Professionista che più di tutti è in grado di conoscere ed agire correttamente il giusto rapporto tra ageismo e accanimento terapeutico

PERCHE' IL GERIATRA?

- Professionista in grado di agire da leader nei vari servizi e contesti di cura e assistenza dell'anziano:
 - Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)
 - Cure intermedie
 - RSA
 - Domicilio
- Professionista garante dell'integrazione socio-sanitaria

MMG

HOSP

ASS.SOC.

FARMACIA

FAMIGLIA

Altro

BISOGNO -
PROBLEMA



PUA

UVM

SSN

ATS

VMD

AZIONI

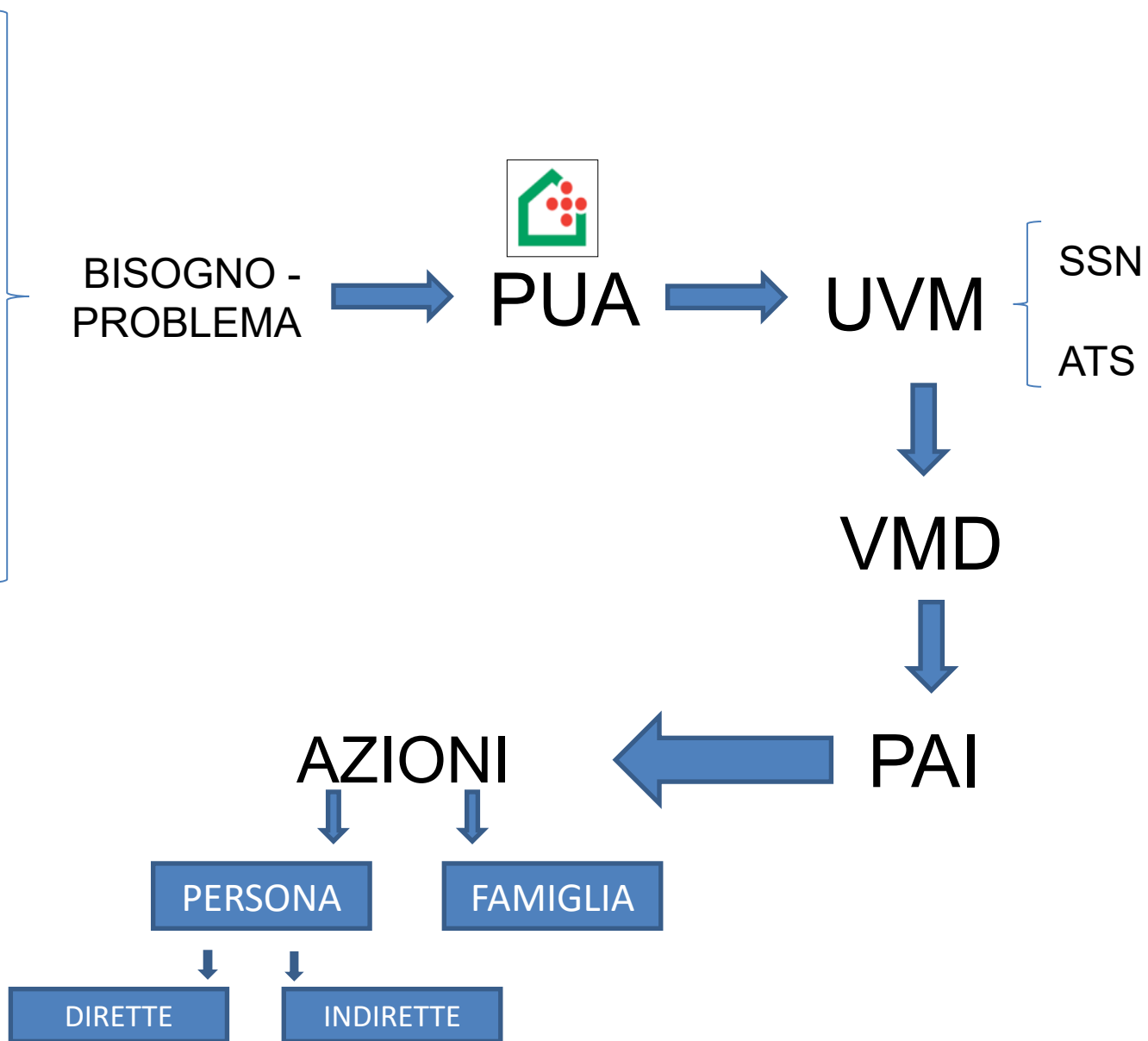
PAI

PERSONA

FAMIGLIA

DIRETTE

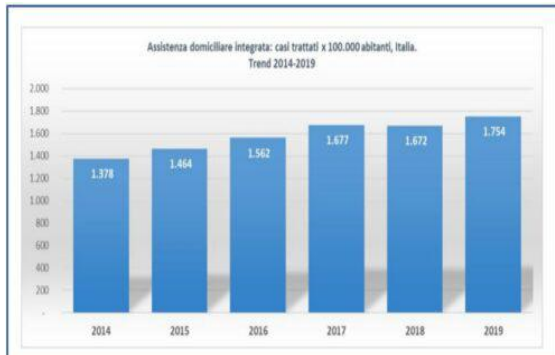
INDIRETTE



«BADANTI»
1.300.000

LA DOMICILIARITA'

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)



Fonte: elaborazione su dati dell'annuario statistico del Ministero della Salute (riferimento anno 2019), p. 124

10%
850 mila → 1.400 mila

I livello

II Livello

III Livello

Infermieristica

ADP

Cure Palliative

Specialistica

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)

Supporto BADL

Supporto IADL

Socializzazione

LA DOMICILIARITA'

SERVIZIO PRESTAZIONALE → PRESA IN CARICO GLOBALE



Anziano

PNRR – DM 77

TELEMEDICINA

INFERMIERE DI COMUNITA'

OSCO/STRUTTURA INTERMEDIA

UCA

poi

**OSPEDALIZZAZIONE
DOMICILIARE**

RSA APERTE

**SOLLIEVO SOCIO –
SANITARIO**

GERIATRA A DOMICILIO

GERIATRA A DOMICILIO

Prendersi cura degli anziani direttamente tra le mura di casa, evitando il più possibile accessi inappropriati in pronto soccorso e ricoveri ospedalieri potenzialmente destabilizzanti: come si può fare? Attraverso **consulenze telefoniche, televisite, briefing multidisciplinari** e, soprattutto, **visite geriatriche specialistiche a domicilio, attivabili anche entro 72 ore**. È l'obiettivo del **Team Cure Intermedie territoriale**, un modello organizzativo unico in Italia, pensato per prendere in carico il paziente anziano a 360 gradi, sia dal punto di vista clinico che da quello socio-assistenziale.

Le visite geriatriche a domicilio, in particolare, rappresentano uno degli architravi del modello. **Il geriatra**, spesso affiancato da infermieri, assistenti sociali o dal medico di medicina generale, può infatti **recarsi direttamente a casa del paziente per visitarlo personalmente, monitorare i parametri vitali, eseguire prelievi, rivedere e adeguare le terapie farmacologiche e valutare complessivamente i bisogni clinici e assistenziali**. In caso di necessità, può inoltre somministrare farmaci o richiedere ulteriori prestazioni sanitarie e assistenziali, il ricovero temporaneo in CRA o in ospedale saltando il pronto soccorso ma **approdando direttamente nel reparto più adeguato**.

I livello → prevede una consulenza geriatrica a distanza gestita tramite chiamata telefonica o in videochiamata.

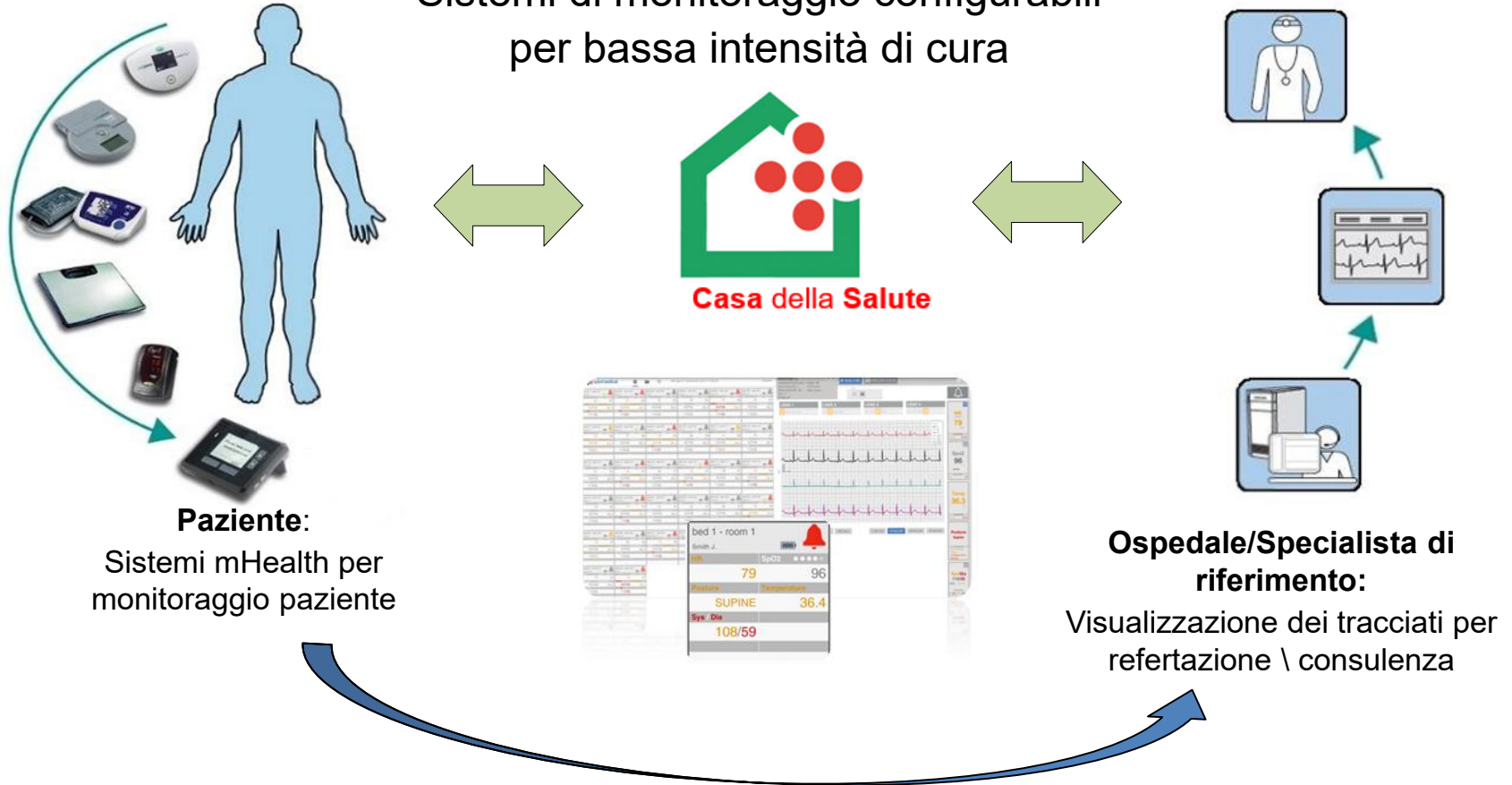
II livello → consiste nella presa in carico multidisciplinare durante incontri settimanali del Team in cui vengono valutati integralmente i casi più complessi per stabilire un progetto di cura e/o un piano assistenziale individualizzato. Già questo secondo livello propone visite geriatriche a domicilio programmate

III livello → consiste nell'intervento geriatrico domiciliare ed è riservato a situazioni cliniche instabili o complesse, da trattare entro 72 ore

La Telemedicina a supporto della presa in carico

Casa della Comunità
Centrale operativa - Ambulatorio Cronicità

Sistemi di monitoraggio configurabili
per bassa intensità di cura





- SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN
- **STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA A PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO** (cronicità, fragilità)
- DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI
- **CASA DELLA COMUNITA'**
- INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA'
- UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
- **CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE**
- CENTRALE OPERATIVA 116117 → Coordinamento CAU Territoriali – 112 - CdC
- **ASSISTENZA DOMICILIARE**
- **OSPEDALE DI COMUNITA'**
- **RETE DELLE CURE PALLIATIVE**
- SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE
- **PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO**
- **TELEMEDICINA**
- SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITA'

PERCHE' IL GERIATRA?



The Gerontologist
cite as: *Gerontologist*, 2017, Vol. 57, No. S2, S115–S117
doi:10.1093/geront/gnx079



Editorial

Disrupt Aging: A Call to Action for Gerontologists

Jo Ann C. Jenkins, BS

CEO, AARP, Washington, District of Columbia.

*Address correspondence to: Erwin Tan, MD, AARP, 601 E St NW, Washington, DC, 20049. E-mail: etan@aarp.org



ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI

- *Geriatría Territoriale Italiana* -

Via M. Tenore 17 - Napoli

www.associazionegeriatri.it


Gent.mo Onorevole Ministro

dott. Orazio Schillaci

Parma, 18 Agosto 2025

Oggetto: *Richiesta di revisione della composizione del NITAG – indispensabile presenza dei geriatri nella tutela della salute degli anziani*


...



In particolare, rileviamo con preoccupazione l'**assenza totale di geriatri** tra gli esperti designati. Ciò appare piuttosto incomprensibile se si considera che le malattie infettive prevenibili con vaccino causano un numero elevato di decessi proprio nella popolazione anziana, segmento di pazienti al quale i geriatri dedicano esperienza, conoscenza clinica sul campo e visione interdisciplinare, fondamentali per valutare il rapporto rischio-beneficio nelle fasce più fragili. Tale quadro è stato ampiamente visto durante la recente epidemia da COVID-19 in cui le strutture residenziali in primis sono state coinvolte spesso per prime in termini di norme igieniche e di vaccinazioni ed in cui gli specialisti in geriatria sono stati coinvolti in tutti setting, dagli ospedali al territorio.

L'assenza dei geriatri non solo costituisce una lacuna nelle competenze scientifiche rappresentate, ma rischia di indebolire la fiducia dei professionisti e dei cittadini nel ruolo dell'organo consultivo.

...



Per queste ragioni, con spirito costruttivo e nel pieno rispetto delle istituzioni, l'**Associazione Geriatri Extraospedalieri** Le chiede di valutare una **revisione della composizione del NITAG**, al fine di includere adeguata rappresentanza geriatrica tra i membri con piena adesione al metodo scientifico e alle evidenze attuali.

Siamo fermamente convinti che un NITAG arricchito di competenze geriatriche possa contribuire a rafforzare, in modo solido e autorevole, le raccomandazioni vaccinali rivolte alla popolazione anziana, garantendo maggiore efficacia delle strategie di prevenzione e tutela della salute pubblica.



Oggetto: Proposta di Istituzione della Branca di Geriatria nel Sistema Sanitario Nazionale

Spett.le Ministero della Salute,

sottoponiamo alla Vostra attenzione la necessità e l'utilità di istituire una branca specialistica autonoma di **Geriatria** all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

...

Alla luce di questi dati, l'implementazione e il riconoscimento formale di una branca autonoma di Geriatria all'interno del Servizio Sanitario Nazionale appare una scelta strategica per migliorare la gestione delle risorse e contenere l'aumento della spesa sanitaria. In questa ottica, il Rapporto n. 11/2024 evidenzia chiaramente la necessità di un intervento strutturale per garantire la sostenibilità della spesa sanitaria nel medio-lungo periodo. Investire nella Geriatria non è solo una scelta etica, ma anche una soluzione appropriata per la persona anziana ed economicamente vantaggiosa per il SSN: una gestione geriatrica adeguata riduce i costi, migliora la qualità di vita degli anziani e ottimizza l'allocazione delle risorse. Al momento, un chiaro dato oggettivo che focalizza l'impropria gestione dell'assistenza geriatrica, a causa del non riconoscimento della branca autonoma di Geriatria, riguarda

il mancato controllo da parte del Ministero della Salute della effettiva richiesta di visite geriatriche e le conseguenti liste d'attesa. Infatti, il Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-2024 ha individuato l'elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale soggette a monitoraggio esclusivamente erogate da Branche ufficialmente riconosciute tra le prestazioni LEA con un ulteriore aggravamento della condizione clinica dei soggetti di età geriatrica. In tale ambito appare di particolare gravità l'esclusione della prestazione Valutazione Multidimensionale, caposaldo e modalità di valutazione e gestione della specialistica geriatrica e vero strumento di conoscenza e presa in carico della necessità dell'anziano, soprattutto se anziano fragile.

L'istituzione di una branca autonoma di Geriatria e l'integrazione di servizi geriatrici nel territorio rappresentano quindi strumenti fondamentali per affrontare le sfide dell'invecchiamento della popolazione e garantire un sistema sanitario più equo ed efficiente.

Confidiamo nella Vostra sensibilità e nel Vostro impegno su questo tema strategico per la salute pubblica e restiamo a disposizione per un confronto istituzionale.

Roma, 11 Settembre 2025

SIGG

*Società Italiana di
Geriatria e Gerontologia*

Dario Leosco



SIGOT

*Società Italiana Geriatria
Ospedale e Territorio*

Lorenzo Palleschi



FIMeG-ETS

*Federazione Italiana
Medicina Geriatrica -ETS*

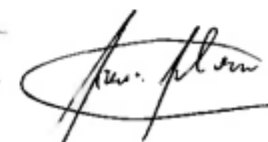
Francescosaverio Caserta



AGE

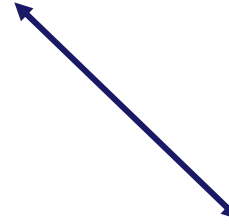
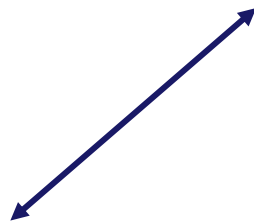
*Associazione Geriatri
Extraospedalieri*

Giovanni Gelmini



PERCHE' IL GERIATRA?

Valorizzazione della persona



Promozione dell'autonomia



Stabilizzazione clinica



Qualità di vita