Media review

10/11/26



Onclusive On your side

Indice

Cure palliative, necessarie a oltre metà degli anziani ricoverati. I dati dello studio italiano 3
doctor33.it - 10/11/2026

Anziani fragili, quattro precauzioni per conservare l'autonomia dopo un ricovero 5
mondosanita.it - 10/11/2026

Anziani, i geriatri lanciano un piano per prevenire perdita di autonomia e solitudine 8
Panorama Della Sanità - 10/11/2026

PUBBLICAZIONE: doctor33.it
PAESE: ITA
TIPOLOGIA: Web
AVE: €40.95
REACH: 3362
CATEGORIA DEL SITO WEB: Health/Medicine
VISITE MENSILI: 102208.75
AUTORE:
URL: www.doctor33.it
> 10 novembre 2026 alle ore 8:05
> Versione Online

Cure palliative, necessarie a oltre metà degli anziani ricoverati. I dati dello studio italiano



Un'indagine condotta in 235 strutture rileva bisogni di cure palliative nel 58,3% dei pazienti ospedalizzati e nel 48% degli ospiti delle RSA. Gli esperti chiedono screening e percorsi integrati Il 58,3% degli anziani ricoverati nei reparti ospedalieri di medicina interna e geriatria e il 48% degli ospiti delle RSA presenta bisogni di cure palliative. Tuttavia, questi servizi non sono disponibili in più di un terzo delle strutture che hanno partecipato all'indagine. È quanto emerge da uno studio promosso dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) insieme ad altre società scientifiche, associazioni e fondazioni, pubblicato su Aging Clinical and Experimental Research e presentato in occasione della Giornata nazionale delle cure palliative.

La ricerca è stata coordinata da Dario Leosco , presidente SIGG e ordinario di Geriatria all'Università Federico II di Napoli, e da Graziano Onder , professore di Medicina e Cure palliative all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

L'indagine ha coinvolto 235 strutture distribuite in 17 Regioni italiane e nella Repubblica di San Marino: 100 reparti di medicina interna, 56 di geriatria e 79 strutture residenziali per anziani. La rilevazione, effettuata in occasione della Giornata nazionale delle cure palliative del 2025, ha riguardato circa 5.400 persone, di cui oltre 3.300 ricoverate in ospedale, con un'età media di 81 anni, e quasi 2.100 residenti in strutture di assistenza a lungo termine, con un'età media di 86 anni.

I bisogni di cure palliative risultano elevati anche tra i pazienti senza diagnosi oncologica. In questo gruppo riguardano il 50,8% degli anziani ospedalizzati e il 46,8% degli ospiti delle RSA. Tra i pazienti oncologici le percentuali salgono rispettivamente al 77,2% e al 61,5%.

«Le cure palliative sono tradizionalmente associate all'assistenza in hospice e alla cura del cancro», osserva Leosco, che richiama la necessità di un approccio palliativo anche durante il decorso delle malattie croniche non oncologiche e non soltanto negli ultimi giorni di vita.

Onclusive Tutti i diritti riservati https://onclusive.com/en-gb/talk-to-us/

PUBBLICAZIONE: doctor33.it
PAESE: ITA
TIPOLOGIA: Web
AVE: €40.95
REACH: 3362
CATEGORIA DEL SITO WEB: Health/Medicine
VISITE MENSILI: 102208.75
AUTORE:
URL: www.doctor33.it
> 10 novembre 2026 alle ore 8:05
> Versione Online

Tra le persone con bisogni palliativi, lo studio rileva declino cognitivo nel 56,2% dei ricoverati e nel 48,7% degli ospiti delle RSA. Il deterioramento dello stato nutrizionale interessa rispettivamente il 36,6% e il 23,9%, mentre la disfagia è presente nel 17,6% e nel 28,8%. Il dolore riguarda circa un paziente su due.

Particolare attenzione viene riservata alla demenza, presente nella metà del campione. Secondo i dati illustrati da Onder, il bisogno di cure palliative interessa il 65,6% delle persone con demenza, rispetto al 44,9% di quelle senza questa condizione.

Per Giuseppe Bellelli , presidente eletto SIGG e ordinario di Medicina interna e Geriatria all'Università degli Studi di Milano-Bicocca, i risultati indicano la necessità di estendere l'approccio palliativo agli anziani ricoverati e residenti nelle RSA, oltre che ai pazienti assistiti a domicilio e negli hospice.

Gli esperti chiedono l'introduzione di uno screening sistematico dei bisogni, una maggiore formazione di geriatri, internisti e operatori e l'integrazione delle cure palliative nei percorsi ospedalieri e residenziali fin dalle prime fasi delle malattie croniche gravi e inguaribili.

La SIGG richiama inoltre l'obiettivo previsto dalla legge di Bilancio 2023 di garantire entro il 2028 l'accesso alle cure palliative al 90% delle persone che ne hanno bisogno. Secondo i dati riportati dalla società scientifica, attualmente in Italia gli hospice assistono circa 52.500 persone e le cure palliative domiciliari circa 100.000.

Onclusive Tutti i diritti riservati https://onclusive.com/en-gb/talk-to-us/

PUBBLICAZIONE: mondosanita.it
PAESE: ITA
TIPOLOGIA: Web
AVE: €1628.63
REACH: 112319
CATEGORIA DEL SITO WEB: Health/Medicine
VISITE MENSILI: 3414498.41
AUTORE: Alessandro Malpelo
URL: www.mondosanita.it
> 10 novembre 2026 alle ore 7:00
> Versione Online

Anziani fragili, quattro precauzioni per conservare l'autonomia dopo un ricovero



Dall'ingresso in pronto soccorso al ritorno a casa: che cosa chiedere, a chi rivolgersi Entrare in ospedale per curare una malattia e scoprire di avere un minor grado di autonoima, una volta tornati a casa. Per una persona anziana fragile è un rischio concreto: alla malattia possono aggiungersi le difficoltà del ricovero, mentre la dimissione può lasciare la famiglia alle prese con un'assistenza ancora tutta da organizzare.

Quattro precauzioni, ricavate dalle indicazioni dei medici specialisti in geriatria, aiutano a capire che cosa chiedere e preparare insieme ai professionisti , prima del momento delle dimissioni.

Il bisogno di aiuto riguarda una parte ampia della popolazione. Secondo il Censis, il 36,6% degli italiani con almeno 65 anni , pur considerandosi autosufficiente, dichiara di averne necessità nella vita quotidiana: nel 2006 era il 18,3%. PASSI d'Argento dell'Istituto Superiore di Sanità rileva invece, nel biennio 2023-2024, una condizione di fragilità nel 16% degli anziani e di disabilità nel 14%. Sono misure differenti, da non sovrapporre.

1. Segnalare subito il grado di autonomia

All'arrivo in pronto soccorso, oltre ai sintomi e alle malattie, è utile riferire come l'anziano viveva prima del peggioramento: camminava da solo? Si vestiva senza aiuto? Gestiva i medicinali? Aveva problemi di memoria o qualcuno che lo assisteva?

Queste informazioni aiutano a riconoscere un cambiamento rispetto alla situazione abituale e a valutare se serva il contributo del geriatra.

«L'anziano fragile ha spesso più patologie, assume diversi farmaci e presenta bisogni clinici, funzionali e sociali che non possono essere affrontati separatamente», sottolinea Luca Cipriani , presidente della Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio, SIGOT. Una corretta valutazione geriatrica considera i diversi problemi di salute nella sua totalità.

Tutti i diritti riservati

2. Preparare il ritorno a casa prima delle dimissioni

La domanda da affrontare durante il ricovero è semplice: chi farà da caregiver quando il paziente sarà a casa? È importante chiarire con il reparto come attivare l'assistenza necessaria e quali passaggi siano già stati organizzati per una dimissione protetta.

Prima di lasciare l'ospedale, anziano e familiari dovrebbero conoscere con un buon grado di confidenza la terapia da seguire, i controlli previsti e i riferimenti da contattare in caso di difficoltà. Il piano deve considerare anche quello che la famiglia può realisticamente fare, e che tipo di aiuto concreto verrà dai servizi socioassistenziali (e quali costi ricadranno sulle famiglie).

Per Dario Leosco , presidente SIGG, la priorità è tradurre le conoscenze scientifiche in organizzazioni capaci di garantire continuità e una presa in carico globale.

Le indicazioni dei geriatri prevedono un'assistenza domiciliare coordinata fra medico di famiglia, specialisti, infermieri e servizi territoriali. Telemedicina, teleriabilitazione e, per pazienti selezionati, ospedalizzazione a domicilio possono contribuire al percorso. La scelta dipende dai bisogni e dai servizi disponibili.

3. Scegliere l'assistenza, non soltanto un posto

Quando il rientro immediato a casa non è possibile, trovare una struttura disponibile è solo un primo passo. Occorre verificare quali cure offra e se siano adeguate ai bisogni dell'anziano: assistenza sanitaria, aiuto nelle attività quotidiane, riabilitazione e gestione delle difficoltà cognitive o comportamentali.

I geriatri auspicano l'adozione di criteri comuni per distinguere le strutture secondo l'assistenza effettivamente fornita. Le famiglie devono poter capire che cosa aspettarsi dal servizio.

Il ricovero residenziale, inoltre, non deve essere necessariamente definitivo . Quando appropriati e disponibili, soggiorni temporanei di sollievo, abitare assistito e altre soluzioni intermedie possono rispondere a esigenze diverse.

Carlo Serrati , presidente eletto dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria, AIP, richiama anche memoria, comportamento, benessere psicologico e relazioni sociali. «Invecchiare, tuttavia, non significa necessariamente decadere, né l'invecchiamento può essere considerato una malattia», sottolinea. Occorre tutelare dignità e capacità della persona, contrastando l'isolamento.

4. Portare con sé le informazioni che servono

A ogni passaggio fra ospedale, casa e struttura residenziale, la storia assistenziale dovrebbe accompagnare il paziente. Raccogliere lettere di dimissione, terapia aggiornata e valutazioni disponibili aiuta a mettere le informazioni a disposizione dei professionisti.

La Valutazione Multidimensionale Geriatrica considera salute, autonomia, capacità cognitive e situazione sociale. Quando indicata, deve tradursi in un Piano Assistenziale Individualizzato : quali interventi servono, chi ne è responsabile e quando rivalutare la situazione. È utile chiedere se questi documenti esistano e a chi trasmetterli, lasciando ai sanitari le rivalutazioni necessarie.

Tutti i diritti riservati

Le indicazioni derivano da quattro documenti operativi presentati al Ministero della Salute durante l'incontro “La salute in evidenza – Comunicare la longevità”, promosso da SIGOT, SIGG e AIP con Giovanni Migliore, direttore generale della comunicazione del Ministero.

Queste precauzioni non eliminano i rischi del ricovero e non sostituiscono le valutazioni cliniche. Aiutano però a non perdere di vista il risultato che conta per la persona: curarsi conservando, per quanto possibile, la capacità di vivere la propria giornata e sapendo su chi contare.

Fonti consultate:

Censis. Invecchiare nell'Italia della longevità. Come costruire un Paese a misura di anziani. Presentazione dei risultati. Roma; 2026.

Istituto Superiore di Sanità. PASSI d'Argento: fragilità e disabilità nella popolazione anziana. Dati 2023-2024. Roma: ISS; 2025.

SIGOT, SIGG, AIP. La salute in evidenza – Comunicare la longevità. Materiali dell'incontro e presentazione dei quattro documenti operativi sull'assistenza geriatrica. Ministero della Salute; 2026.

Tutti i diritti riservati

PUBBLICAZIONE: panoramasanita.it
PAESE: ITA
TIPOLOGIA: Web
AVE: €5.90
REACH: 407
CATEGORIA DEL SITO WEB: Health/Medicine
VISITE MENSILI: 12386.68
AUTORE:
URL: panoramadellasanita.it
> 10 novembre 2026 alle ore 6:34
> Versione Online

Anziani, i geriatri lanciano un piano per prevenire perdita di autonomia e solitudine

| Evidenza Professioni

5,4 milioni di over 65 hanno bisogno di aiuto Dall'ospedale al domicilio, fino alle Rsa: Sigot, Sigg e Aip presentano al Ministero della Salute quattro proposte per garantire cure personalizzate e continuità assistenziale agli anziani fragili, evitando che un ricovero si traduca in disabilità e isolamento

Anziani fragili che arrivano in Pronto Soccorso e rischiano di perdere autonomia durante il ricovero; pazienti dimessi dall'ospedale senza un'assistenza domiciliare già organizzata; famiglie in difficoltà nell'individuare la struttura residenziale più adatta; valutazioni e procedure che si ripetono ogni volta che si passa da un servizio all'altro. Sono alcune delle criticità dell'assistenza agli anziani che la geriatria italiana propone di affrontare attraverso quattro documenti operativi, con soluzioni per ospedali, territorio, domicilio e residenzialità. Queste proposte sono state presentate al Ministero della Salute nell'ambito dell'incontro “La salute in evidenza – Comunicare la longevità” , promosso congiuntamente dalla Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) , dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e dall' Associazione Italiana di Psicogeriatria (AIP) con Giovanni Migliore, Direttore generale della comunicazione del Ministero della Salute. L'obiettivo è mettere a disposizione delle istituzioni l'esperienza dei professionisti che ogni giorno assistono gli anziani fragili, indicando soluzioni concrete per evitare interruzioni nelle cure, ricoveri evitabili e perdita di autonomia.

OLTRE 5 MILIONI DI ANZIANI HANNO BISOGNO DI AIUTO – Secondo il rapporto Censis 2026, il 36,6% degli italiani con almeno 65 anni dichiara di avere bisogno di qualche aiuto nella vita quotidiana, pur considerandosi autosufficiente: una percentuale raddoppiata rispetto al 18,3% del 2006. Rapportata ai 14,8 milioni di over 65 censiti dall'ISTAT, equivale a circa 5,4 milioni di persone . Un quadro a cui si affiancano i dati della sorveglianza PASSI d'Argento dell'Istituto Superiore di Sanità: nel biennio 2023-2024, il 16% degli anziani risulta in condizione di fragilità, mentre il 14% presenta una disabilità. Condizioni differenti, che mostrano quanto sia importante organizzare l'assistenza in base ai bisogni effettivi della persona, prima che le difficoltà quotidiane si traducano in una perdita di autonomia.

OSPEDALE: RICONOSCERE SUBITO CHI È PIÙ FRAGILE – Il primo documento propone di individuare precocemente i pazienti anziani a rischio già al Pronto Soccorso, attraverso strumenti rapidi di valutazione della fragilità. Nei casi più complessi, il geriatra dovrebbe affiancare gli altri specialisti nella gestione del ricovero, contribuendo a prevenire complicanze, declino funzionale e perdita di autonomia. Centrale anche la programmazione della dimissione, che deve iniziare durante il ricovero e prevedere il raccordo con i servizi territoriali prima del ritorno a casa.

DOPO L'OSPEDALE: COME SEGUIRE IL PAZIENTE ANCHE A CASA – Il secondo documento punta a superare un'assistenza domiciliare fatta di singole prestazioni non sempre coordinate. Si propone una presa in carico continuativa, con un piano individualizzato, responsabilità definite e collaborazione tra medici di famiglia, geriatri, infermieri, servizi territoriali e caregiver. Tra gli

Tutti i diritti riservati

strumenti anche telemedicina, teleriabilitazione e, nei pazienti selezionati, forme di ospedalizzazione a domicilio. L'assistenza deve poter essere adattata rapidamente quando le condizioni cliniche peggiorano, evitando, ove possibile, nuovi ricoveri.

RSA: CURE DIVERSE PER OGNI ESIGENZA – Il terzo documento affronta le forti differenze regionali nell'offerta residenziale. La proposta è classificare le strutture in base all'assistenza effettivamente fornita, definendo criteri comuni di qualità e livelli di intensità delle cure proporzionati ai bisogni. Accanto alle RSA, vengono valorizzate soluzioni intermedie come abitare assistito, co-housing e soggiorni temporanei di sollievo per le famiglie. La residenza non deve rappresentare necessariamente una destinazione definitiva: quando possibile, il percorso deve consentire anche il ritorno a domicilio.

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE: MENO PASSAGGI INUTILI, PIÙ CURE PERSONALIZZATE – Il quarto documento propone un percorso condiviso per riconoscere la fragilità e definire l'assistenza necessaria. Dopo un primo screening, la Valutazione Multidimensionale Geriatrica approfondisce, nei casi appropriati, condizioni cliniche, autonomia, capacità cognitive e situazione sociale. Il risultato deve tradursi in un Piano Assistenziale Individualizzato con interventi, responsabilità e tempi di rivalutazione. Le informazioni già disponibili dovrebbero accompagnare il paziente nei passaggi tra ospedale, domicilio e strutture residenziali, evitando duplicazioni e valutazioni ripetute senza necessità.

IL CONTRIBUTO DEI GERIATRI: DALL'ESPERIENZA CLINICA ALLE SOLUZIONI – “ L'anziano fragile ha spesso più patologie, assume diversi farmaci e presenta bisogni clinici, funzionali e sociali che non possono essere affrontati separatamente – ha sottolineato Luca Cipriani Presidente SIGOT – Con questi documenti vogliamo contribuire a superare la frammentazione dell'assistenza, valorizzando il ruolo della geriatria nei diversi contesti di cura. L'obiettivo non è creare nuove strutture parallele, ma rendere più efficaci quelle esistenti, attraverso percorsi condivisi, valutazioni appropriate e una reale continuità tra ospedale e territorio. Dobbiamo evitare che un ricovero si traduca in una perdita di autonomia o che una dimissione lasci il paziente e la famiglia senza riferimenti ”.

“ Un'esigenza prioritaria è quella di passare dalle evidenze scientifiche a modelli organizzativi realmente applicabili, capaci di garantire continuità assistenziale e presa in carico globale della persona anziana ” ha sottolineato Dario Leosco Presidente SIGG.

“ La peculiarità dell'AIP è l'interdisciplinarità: geriatri, neurologi, psichiatri e psicologi lavorano in sinergia per integrare le proprie competenze e affrontare gli aspetti cognitivi, comportamentali, psicologici e sociali dell'invecchiamento – sottolinea Carlo Serrati Presidente eletto AIP – Siamo pertanto impegnati nella costruzione di percorsi condivisi, capaci di intervenire sui disturbi del comportamento, preservare le capacità cognitive e contrastare l'isolamento. In questa prospettiva assume un ruolo centrale la prevenzione, come dimostra il progetto PREVE.D.I., dedicato alla prevenzione dell'ictus e della demenza attraverso l'identificazione precoce dei fattori di rischio e interventi mirati. Due condizioni che incidono profondamente sull'autonomia della persona anziana e sulle quali è importante agire prima che si manifestino conseguenze invalidanti. Invecchiare, tuttavia, non significa necessariamente decadere, né l'invecchiamento può essere considerato una malattia. Il nostro obiettivo è preservare l'identità, la dignità e la continuità di vita della persona, senza ridurla alle sue patologie, valorizzandone le capacità residue e contrastando anche la solitudine e l'isolamento sociale ”.

Tutti i diritti riservati

PUBBLICAZIONE: panoramasanita.it
PAESE: ITA
TIPOLOGIA: Web
AVE: €5.90
REACH: 407
CATEGORIA DEL SITO WEB: Health/Medicine
VISITE MENSILI: 12386.68
AUTORE:
URL: panoramadellasanita.it
> 10 novembre 2026 alle ore 6:34
> Versione Online

“ L'approccio geriatrico non si limita alla cura delle singole malattie, ma richiede una valutazione globale della persona anziana. La sua specificità risiede nella capacità di cogliere la complessità derivante dalla sovrapposizione e dall'interazione di deficit che interessano diversi domini della salute, per offrire una presa in carico integrata e personalizzata ” dichiara Giuseppe Bellelli Presidente eletto SIGG e Ordinario di Medicina interna e Geriatria all'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

IL CONFRONTO AL MINISTERO DELLA SALUTE – L'incontro ha riunito rappresentanti delle istituzioni, del management sanitario e delle società scientifiche. Dopo i saluti istituzionali dell'On. Marcello Gemmato , Sottosegretario di Stato alla Salute, e l'introduzione del Presidente SIGOT Luca Cipriani , i contributi dedicati agli studi GRACE e Hypoxia Day, alle cure palliative, alla psicogeriatria e ai modelli di ospedalizzazione domiciliare, con gli interventi, moderati dal Prof. Dario Leosco , Presidente SIGG, di Filippo Fimognari , Presidente Onorario SIGOT; Giuseppe Bellelli , Presidente eletto SIGG; Carlo Serrati , Presidente eletto AIP; Virginia Boccardi , Vicepresidente SIGOT; Andrea Ungar , Past President SIGG. I quattro documenti sono stati illustrati da Lorenzo Palleschi , Past President SIGOT; Andrea Fabbo , Direttore Scientifico SIGOT; Marco Trabucchi , Past President AIP; Giuseppe Bellelli , nella sessione moderata da Luca Cipriani e Giuseppe Quintavalle , Presidente FIASO. Spazio anche alla comunicazione sanitaria e alla prevenzione, con Giovanni Migliore , Direttore generale della comunicazione del Ministero della Salute; il Prof. Massimo Andreoni , Consiglio Superiore di Sanità; la Prof.ssa Caterina Rizzo , Professoressa Ordinaria di Igiene e Sanità Pubblica, Università di Pisa. A coordinare i lavori il giornalista scientifico Daniel Della Seta

TERRITORIO

La Giunta regionale stanzia ulteriori risorse per il 2026, portando a 6 milioni i fondi destinati alle Aziende sanitarie. Altri 2 milioni andranno ai Comuni per sostenere la vita indipendente delle persone con disabilità e la permanenza a domicilio degli anziani. La presidente Proietti: “Interventi mirati per l'autonomia e l'integrazione socio-sanitaria”

LE NOSTRE INTERVISTE

Onclusive Tutti i diritti riservati https://onclusive.com/en-gb/talk-to-us/