La Geriatria conta

Il valore aggiunto per i professionisti sanitari

I professionisti sanitari si prendono sempre più cura di anziani con bisogni complessi, eppure la maggior parte dei sistemi sanitari non è adeguatamente attrezzata per questa sfida. Ciò influisce sulla qualità dell'assistenza, sugli esiti clinici e sulla soddisfazione professionale. Gli anziani si presentano frequentemente con multimorbilità, fragilità, deterioramento cognitivo, polifarmacoterapia e vulnerabilità funzionale, che mettono in discussione i modelli di cura tradizionali orientati alla malattia.

La Geriatria fornisce strumenti e quadri di riferimento pratici per sostenere un **processo decisionale clinico individualizzato**, integrando nella cura l'età biologica, la riserva funzionale, la prognosi e le priorità del paziente.

L'applicazione delle **competenze geriatriche** migliora gli esiti per pazienti e caregiver, promuovendo al contempo un uso più efficiente delle risorse sanitarie, e riduce le complicanze mediche, la disabilità associata all'ospedalizzazione, gli interventi inappropriati, i danni correlati ai farmaci, le ospedalizzazioni evitabili e l'istituzionalizzazione.

Integrare i principi di base della Geriatria nella pratica clinica di routine - attraverso strumenti pratici, istruzione e formazione e modelli di cura collaborativi - è essenziale per migliorare la **qualità dell'assistenza** e garantire la **sostenibilità dei sistemi sanitari** in società con un numero crescente di persone anziane.

Messaggi chiave

Con l'aumento dell'aspettativa di vita, sempre più persone vivono fino a un'età avanzata con bisogni di salute, funzionali e assistenziali sempre più eterogenei.

I bisogni degli adulti anziani devono essere affrontati **in tutti i contesti sanitari**, non solo nei servizi geriatrici specialistici.

La **Geriatria** fornisce ai professionisti sanitari quadri di riferimento e strumenti pratici per sostenere il processo decisionale clinico e fornire un'assistenza individualizzata e di alta qualità, contribuendo a migliori esiti per gli anziani.

I professionisti sanitari dovrebbero sviluppare e mantenere le **competenze geriatriche fondamentali** pertinenti alle loro specialità, mentre le organizzazioni e i sistemi sanitari dovrebbero fornire la formazione, le risorse, i modelli di cura e le condizioni di lavoro necessari per applicarle.



*Questa pubblicazione si basa sul lavoro della COST Action PROGRAMMING 21122, sostenuta da COST (European Cooperation in Science and Technology). COST è un'agenzia di finanziamento per reti di ricerca e innovazione. Le nostre Action aiutano a collegare le iniziative di ricerca in tutta Europa e consentono agli scienziati di far crescere le proprie idee condividendole con i loro pari. Questo dà impulso alla loro ricerca, carriera e innovazione. Il presente documento è uno strumento pensato per sostenere i professionisti sanitari nell'integrare i principi della Geriatria nella loro pratica clinica quotidiana, evidenziandone il valore pratico e l'impatto sulla qualità dell'assistenza, sugli esiti e sull'efficienza. È stato generato attraverso una procedura in più fasi di co-creazione e revisione da parte dei ricercatori coinvolti. Il contenuto è strutturato attorno a tre domande fondamentali: **Perché** la Geriatria è importante per i professionisti sanitari, **Che cos'è** la Geriatria e che cosa offre ai professionisti sanitari, e **Come** integrare meglio i principi di base della Geriatria nella pratica dei professionisti sanitari.*

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe

Perché la Geriatria è importante per i professionisti sanitari

I professionisti sanitari si prendono già cura degli adulti anziani - ma la maggior parte dei sistemi sanitari non li ha adeguatamente attrezzati per la complessità che ciò comporta.

L'aumento dell'aspettativa di vita sta trasformando l'assistenza sanitaria in tutte le specialità e in tutti i contesti. I sistemi sanitari devono rispondere sempre più ai bisogni di pazienti con complessità cronica piuttosto che a episodi isolati di malattia acuta. I professionisti sanitari - dai medici delle cure primarie e dagli specialisti ospedalieri agli infermieri, fisioterapisti, farmacisti e altri professionisti sanitari - saranno sempre più coinvolti nella cura degli anziani.

GLI ANZIANI NON SONO SEMPLICEMENTE VERSIONI PIÙ VECCHIE DEGLI ADULTI PIÙ GIOVANI: raramente rientrano perfettamente nei modelli di cura specifici per malattia. La vulnerabilità fisiologica legata all'età altera la presentazione della malattia, la tolleranza al trattamento, le traiettorie di recupero e le priorità di cura, mentre la multimorbilità, la fragilità, il deterioramento cognitivo, i quadri sintomatologici atipici e le condizioni geriatriche come il delirium, le cadute e la sarcopenia contribuiscono ulteriormente a esiti avversi e a un maggiore utilizzo dei servizi sanitari. [1,2]

È importante sottolineare che gli adulti anziani rappresentano una popolazione altamente eterogenea, con una notevole variabilità nella presentazione clinica e nei bisogni - anche tra persone di età simile. Tuttavia, gli approcci tradizionali basati sulla singola malattia e le linee guida cliniche spesso non riescono a riflettere queste realtà. [3,4]

I geriatri sono specificamente formati per affrontare queste complessità cliniche e assistenziali degli adulti anziani, ma non possono affrontare questa sfida da soli. Sebbene vi sia una chiara necessità di aumentare il numero di geriatri, **non c'è - e non ci sarà mai - un geriatra per ogni persona anziana.**

Mentre la forza lavoro specializzata in geriatria rimane insufficiente a soddisfare la crescente domanda, molti professionisti sanitari coinvolti nella cura degli adulti anziani hanno **opportunità limitate di sviluppare competenze geriatriche pratiche attraverso la formazione formale**, nonostante queste competenze siano **essenziali per fornire un'assistenza di alta qualità**. Questo squilibrio tra bisogni assistenziali crescenti e complessi e la preparazione della forza lavoro può compromettere la qualità dell'assistenza, gli esiti clinici e la soddisfazione di pazienti, caregiver e professionisti. [5]

II. Che cos'è la Geriatria e che cosa offre ai professionisti sanitari?

La Geriatria fornisce ai professionisti sanitari i quadri di riferimento, gli strumenti e le competenze necessari per offrire un'assistenza sicura, efficace e centrata sulla persona agli adulti anziani che vivono con condizioni complesse.



Che cos'è la Geriatria?

La Geriatria è una **specialità della medicina che si occupa delle condizioni fisiche, mentali, funzionali e sociali** nell'assistenza acuta, cronica, riabilitativa, preventiva e di fine vita nei pazienti anziani. Comprende gli individui che vivono con fragilità e multimorbilità, i cui bisogni vanno oltre i paradigmi di cura basati sugli organi e richiedono una gestione multidisciplinare e olistica volta a preservare la funzione, l'autonomia e la qualità della vita. [6]

La **Valutazione Multidimensionale Geriatrica (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) è una pietra angolare** di questo approccio, fornendo un quadro strutturato per valutare i domini medico, funzionale, psicologico e sociale e guidare una pianificazione dell'assistenza coordinata e individualizzata. La CGA ha costantemente dimostrato **miglioramenti negli esiti funzionali, una riduzione dell'istituzionalizzazione e un'assistenza meglio coordinata**. [7,8]



Che cosa offre la Geriatria ai professionisti sanitari?

La Geriatria consente alla gestione del paziente di andare oltre l'assistenza centrata sulla malattia, integrando nel processo decisionale clinico l'età biologica, lo stato funzionale, l'aspetto cognitivo, il contesto psicosociale e gli obiettivi e le preferenze del paziente; aiutando così i professionisti sanitari a fornire la **migliore assistenza possibile agli adulti anziani** nel contesto dei loro bisogni e delle loro priorità individuali.

Incorporando le competenze geriatriche fondamentali nella pratica di routine, i professionisti sanitari possono:

- **identificare e affrontare in modo più efficace i bisogni funzionali, cognitivi, psicologici e sociali degli adulti anziani;**
- **contribuire all'ottimizzazione della terapia farmacologica** prescrivendo farmaci appropriati ma precedentemente omessi e deprescrivendo farmaci potenzialmente inappropriati;
- **fornire una pianificazione dell'assistenza più appropriata e individualizzata** per i pazienti anziani.

La Geriatria sostiene i professionisti sanitari **facilitando la collaborazione interdisciplinare e migliorando la fiducia e la soddisfazione professionale**, in particolare quando si affrontano decisioni cliniche ed etiche complesse in condizioni di incertezza e di priorità in competizione.

Parallelamente, **migliora anche gli esiti a livello del paziente, del caregiver e del sistema**, contribuendo alla riduzione delle complicanze, del declino funzionale, del carico assistenziale dei caregiver, delle ospedalizzazioni evitabili, delle istituzionalizzazioni e dei costi sanitari. [7,8]

III. Come integrare meglio i principi di base della Geriatria nella pratica dei professionisti sanitari

Un'integrazione significativa dei principi di base della Geriatria nella pratica di routine dei professionisti sanitari è realizzabile attraverso un'azione coordinata a livello individuale, organizzativo e di sistema.

1. A LIVELLO INDIVIDUALE: INTEGRARE LE COMPETENZE GERIATRICHE NELLA PRATICA CLINICA QUOTIDIANA

- **Sviluppare competenze geriatriche fondamentali |** I professionisti sanitari dovrebbero sviluppare competenze geriatriche fondamentali - le conoscenze, le abilità e i comportamenti essenziali richiesti nel proprio ambito di pratica - per fornire una migliore assistenza agli anziani. Queste competenze dovrebbero essere acquisite e continuamente rafforzate attraverso la formazione, l'apprendimento permanente e risorse educative pratiche.
- **Applicare un approccio geriatrico al processo decisionale clinico quotidiano |** I professionisti sanitari dovrebbero **integrare concetti come la capacità intrinseca e la fragilità, lo stato funzionale e cognitivo, la multimorbilità e le priorità e la prognosi del paziente** nelle decisioni cliniche di routine, invece di basarsi esclusivamente sull'età cronologica o su algoritmi basati sulla malattia. Ciò è sempre più fattibile grazie a **strumenti di screening geriatrico pratici e rapidi**, integrati con competenze geriatriche fondamentali e con percorsi appropriati di gestione e di invio.
- Anche i **principi di base della geriatria*** aiuteranno nel processo decisionale clinico, in particolare quando le presentazioni cliniche sono atipiche o le decisioni terapeutiche comportano la valutazione del rapporto rischi e benefici.

Principi di base della Geriatria*
Gli anziani non sono semplicemente adulti con più anni.
La funzione è un segno vitale.
La presentazione atipica è tipica in geriatria.
Ciò che conta per il paziente è ciò che conta di più.
Evitare sia il sottotrattamento sia il sovratrattamento.
Ogni sintomo è un effetto collaterale di un farmaco fino a prova contraria.
Partire con dosi basse, procedere lentamente – ma procedere.
Pensa prima al delirium.
Il letto è dannoso.

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe

- **Ottimizzare l'uso dei farmaci e migliorare la sicurezza farmacologica |** I professionisti sanitari dovrebbero integrare **la revisione e la riconciliazione della terapia farmacologica come passaggio di sicurezza di routine**, in particolare durante le transizioni di cura (ad es. ricovero ospedaliero e post-dimissione). [9-11] **Strumenti strutturati di ottimizzazione della terapia farmacologica** possono migliorare l'appropriatezza prescrittiva, ridurre i danni correlati ai farmaci e le reazioni avverse ai farmaci, migliorando così la sicurezza farmacologica negli adulti anziani. [12]
- **Promuovere il processo decisionale condiviso e la collaborazione interdisciplinare |** I professionisti sanitari dovrebbero **coinvolgere attivamente gli adulti anziani e i caregiver nella pianificazione dell'assistenza**, allineando le decisioni agli obiettivi di cura, alle priorità del paziente e ai benefici e agli oneri attesi del trattamento. Sono incoraggiati a cercare la collaborazione con specialisti in geriatria e team multidisciplinari nei casi complessi o ad alto rischio per fornire un'assistenza coordinata e centrata sulla persona.

2. A LIVELLO ORGANIZZATIVO: CREARE AMBIENTI SANITARI CHE SOSTENGANO UN'ASSISTENZA DI ALTA QUALITÀ AGLI ADULTI ANZIANI

- **Espandere i modelli di cura collaborativi |** Le organizzazioni sanitarie dovrebbero **istituire modelli di cura collaborativi** che integrino la competenza geriatrica, inclusi l'assistenza basata su team interdisciplinari, i servizi di consulenza geriatrica e i servizi di co-gestione tra la Geriatria e altre specialità come l'ortogeriatria, l'oncogeriatria, l'assistenza perioperatoria, la medicina d'urgenza e la terapia intensiva, per sostenere l'assistenza coordinata degli adulti anziani con bisogni complessi. [13, 14]
- **Costruire organizzazioni sanitarie meglio adattate all'assistenza agli anziani |** Le organizzazioni sanitarie dovrebbero integrare nella pratica di routine processi che sostengano un'assistenza di alta qualità agli anziani, inclusi protocolli di screening e valutazione geriatrica, discussioni interdisciplinari dei casi e supporto istituzionale alle competenze geriatriche. Dovrebbero istituire sistemi che sostengano transizioni di cura efficaci tra i contesti sanitari attraverso una comunicazione coordinata, la continuità delle cure e pratiche basate sulle evidenze come la riconciliazione farmacologica, contribuendo a ridurre le riammissioni e il declino funzionale negli adulti anziani. [15, 16] **Ambienti sanitari a misura di anziano** dovrebbero garantire che mobilità, cognizione, nutrizione, funzione sensoriale e prevenzione del delirium siano affrontate come standard di cura.

3. A LIVELLO DI SISTEMA: CONSENTIRE UN'INTEGRAZIONE GERIATRICA SOSTENIBILE

- **Sviluppare le competenze geriatriche in tutta la forza lavoro sanitaria |** I professionisti sanitari dovrebbero avere **pronto accesso a un'istruzione e una formazione geriatrica pratica e pertinente alla propria professione** per tutta la durata della loro carriera. Ciò dovrebbe includere l'apprendimento interdisciplinare, l'esposizione longitudinale agli adulti anziani nei diversi contesti di cura e tempo protetto per lo sviluppo professionale continuo.
- **Costruire sistemi sanitari che mettano i professionisti in condizione di fornire una migliore assistenza agli anziani |** I sistemi sanitari e i decisori politici dovrebbero garantire che le strutture sanitarie siano progettate per affrontare la complessità degli adulti anziani. Ciò richiede **standard di qualità e misure di esito chiaramente definiti che riflettano ciò che conta per le persone anziane - inclusi stato funzionale, indipendenza e qualità della vita - insieme a politiche e sistemi normativi che consentano la collaborazione interprofessionale, e meccanismi di finanziamento** che riconoscano il tempo, la preparazione e il coordinamento richiesti da un'assistenza geriatrica complessa.

Una migliore assistenza agli anziani inizia con un migliore sostegno ai professionisti che se ne prendono cura. Integrare le competenze geriatriche fondamentali nella pratica di routine è un investimento che può migliorare la fiducia clinica, aumentare la qualità dell'assistenza e, in ultima analisi, far risparmiare tempo rendendo l'assistenza più efficiente nel lungo termine. La Geriatria dovrebbe quindi essere riconosciuta non come un interesse sub-specialistico facoltativo, ma come un sistema di competenze cliniche essenziale per fornire un'assistenza sicura, equa e centrata sulla persona agli anziani.

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe

Dichiarazione di trasparenza: l'IA generativa è stata utilizzata esclusivamente per assistere nella revisione editoriale di un manoscritto iniziale redatto da esseri umani, inclusi il miglioramento della lingua, l'abbreviazione del testo e la sintesi di idee complesse in una formulazione concisa. La base di evidenze, le raccomandazioni politiche, l'interpretazione e il contenuto finale sono stati sviluppati, rivisti criticamente e approvati dagli autori, che mantengono la piena responsabilità del documento.

ALTRE RISORSE (disponibili su www.cost-programming.eu/):

1. PROGRAMMING Advocacy Briefs: Geriatric Medicine matters: The added value for... Healthcare Systems and Policymakers | Healthcare Educators and Curricula Developers | Older People and Civil Society
2. Pubblicazioni della COST Action PROGRAMMING 21122
3. Video di 90" su che cos'è la COST Action PROGRAMMING 21122
4. Breve video che spiega la Geriatria
5. Glossario dei termini geriatrici di base

BIBLIOGRAFIA:

1. Stevenson JM, Parekh N, Chua KC, et al. A multi-centre cohort study on healthcare use due to medication-related harm: the role of frailty and polypharmacy. Age Ageing. 2022;5:afac054. doi: 10.1093/ageing/afac054.

2. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, et al. Frailty: implications for clinical practice and public health. Lancet. 2019;394:1365-1375. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31786-6.

3. Ferrucci L, Kuchel GA. Heterogeneity of Aging: Individual Risk Factors, Mechanisms, Patient Priorities, and Outcomes. J Am Geriatr Soc. 2021;69:610-612. doi: 10.1111/jgs.17011.

4. Ungar A, Cherubini A, Fratiglioni L, et al. Carta of Florence Against Ageism: No Place for Ageism in Healthcare. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2024;79:glad264. doi: 10.1093/gerona/glad264.

5. Duque S, Piotrowicz K, Masud T, et al. Building a pan-European network to bridge gaps in geriatric medicine education: the PROGRAMMING COST Action 21,122-a call for endorsement. Eur Geriatr Med. 2025;16:411-423. doi: 10.1007/s41999-024-01137-0.

6. European Union of Medical Specialists (UEMS). Geriatric Medicine Section. Access link: https://www.uemsgeriatricmedicine.org/.

7. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2017;9:CD006211. doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub3.

8. Chen Z, Ding Z, Chen C, et al. Effectiveness of comprehensive geriatric assessment intervention on quality of life, caregiver burden and length of hospital stay: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMC Geriatr. 2021;21:377. doi: 10.1186/s12877-021-02319-2.

9. Stevenson JM, Davies JG, Martin FC. Medication-related harm: a geriatric syndrome. Age Ageing. 2019;49:7-11. doi: 10.1093/ageing/afz121.

10. Parekh N, Ali K, Stevenson, JM, et al, and on behalf of the PRIME study group. Incidence and cost of medication harm in older adults following hospital discharge: a multicentre prospective study in the UK. Br J Clin Pharmacol. 2018;84:1789–1797. doi: 10.1111/bcp.13613.

11. Jónsdóttir F, Blöndal AB, Guðmundsson A, et al. Potentially Inappropriate Medication Use and Polypharmacy Before and After Admission to Internal Medicine for Older Patients. Am J Med. 2024;137:1236-1245.e4. doi: 10.1016/j.amjmed.2024.07.026.

12. Wehling M, Burkhardt H, Kuhn-Thiel A, et al. VALFORTA: a randomised trial to validate the FORTA (Fit fOR The Aged) classification. Age Ageing. 2016;45:262-267. doi: 10.1093/ageing/afv200

13. Tarazona-Santabalbina FJ, Ojeda-Thies C, Figueroa Rodríguez J, et al. Orthogeriatric Management: Improvements in Outcomes during Hospital Admission Due to Hip Fracture. Int J Environ Res Public Health. 2021;18:3049. doi: 10.3390/ijerph18063049.

14. Hamaker M, Lund C, Te Molder M, et al. Geriatric assessment in the management of older patients with cancer - A systematic review (update). J Geriatr Oncol. 2022;13:761-777. doi: 10.1016/j.jgo.2022.04.008.

15. Cesari M, Thiyagarajan JA, Cherubini A, et al. Geriatric medicine across countries: specialised workforce, training and system integration challenges. J Frailty Aging. 2026;15:100152. doi: 10.1016/j.tjfa.2026.100152.

16. Morkisch N, Upegui-Arango LD, Cardona MI, et al. Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. BMC Geriatr. 2020;20:345. doi: 10.1186/s12877-020-01747-w.

TEAM DEI COORDINATORI PRINCIPALI (in ordine alfabetico):

Rui Buzaco Family Unit, Clínica CUF Estádio José de Alvalade, Lisbon, Portugal **Monserrat Conde** Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford; Cochrane Global Ageing, UK **Sofia Duque** Internal Medicine Department, Hospital Cuf Descobertas, Lisboa; Nova Medical School, Lisboa. Portugal **Anne Wissendorff Ekdahl** Department of Clinical Sciences, Helsingborg Hospital, Faculty of Medicine, Lund University, Lund, Sweden **Meltem Koca** Department of Geriatric Medicine, Etlik City Hospital, Ankara, Türkiye **Marina Kotsani** Hellenic Society for the Study and Research of Ageing, Athens, Greece **Serdar Ozkok** Department of Internal Medicine, Division of Geriatrics, Istanbul University, Istanbul, Türkiye **Karolina Piotrowicz** Department of Internal Medicine and Gerontology, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland **Maria Tampaki** Athens Chest Hospital 'Sotiria' and National and Kapodistrian University of Athens, Greece.

GRUPPO DI LAVORO TASK & FINISH:
In aggiunta ai coordinatori principali (in ordine alfabetico)

Athanase Benetos University of Nancy, INSERM u1116, Nancy, France **Nenad Bogdanovic** Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden **Sylvie Bonin-Guillaume** Aix Marseille University, University hospital of Marseille, France **Tahir Masud** Nottingham University Hospitals NHS Trust, UK **Ian Perera** Department of Internal Medicine and Gerontology, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland (proofreading) **Mirko Petrovic** Ghent University, Ghent, Belgium **Maria Cristina Polidori** University Hospital of Cologne,Germany **Roman Romero-Ortuno** Trinity College Dublin, Ireland. **Tamar Yellon** Hebrew University of Jerusalem, Israel.

GRUPPO DI TRADUZIONE:
Valentina Bubba, Carmelinda Ruggiero, Luca Soraci e Ilaria Giovanna Macchione.

REFERENTE:
Luca Soraci L.SORACI@inrca.it e
Carmelinda Ruggiero carmelinda.ruggiero@unipg.it

PROGRAMMING COST ACTION 21122

CIVIL SOCIETY HC EDUCATORS HC POLICYMAKERS

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe