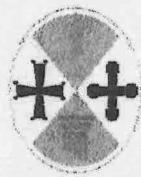




Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
“Bianchi Melacrino Morelli”
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Prot N 41799
del 22.12.2025

Direttore U.O.C. Geriatria
Dott. Vincenzo Nociti

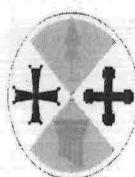
**PDTA Ospedale - Territorio
per la continuità assistenziale del paziente geriatrico**

DATA	16/12/2025	
REDAZIONE	Direttore U.O.C. Geriatria Dr. Vincenzo Nociti U.O.C. Medicina Generale Dott.ssa Caterina Romano	Vincenzo Nociti Caterina Romano
CONVALIDA	Direttore U.O.C. Geriatria Dr. Vincenzo Nociti	Ugo Abelli
VERIFICA	Direttore U.O.C. Direzione Medica di Presidio Unico Dr. Matteo Galletta Dirigente Responsabile U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management Dr. Demetrio Marino	Matteo Galletta Demetrio Marino
APPROVAZIONE	Direttore Sanitario Aziendale GOM Dr. Salvatore Maria Costarella	Salvatore Maria Costarella



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
“Bianchi Melacrino Morelli”
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Direttore U.O.C. Geriatria
Dott. Vincenzo Nociti

Prot. n 41859
del. 22 - 12 - 2025.

Al Direttore Sanitario Anziendale
Sede

Oggetto : PDTA Ospedale Territorio : Variazione

Si invia nota in sostituzione frontespizio Prot.n. 41799 del 22/12/2025

Dott. Vincenzo Nociti
Grande Ospedale Metropolitano
B.M.M. Reggio Calabria
(Direttore U.O.C. GERIATRIA
Amb. Geriatria Centro Disturbi Cognitivi
e Demenze (CDCD) Codice 491/R
cell.: 3396546783 - mail: v.nociti@ospedalerc.it

Premessa

L'invecchiamento della popolazione caratterizza il complesso scenario contemporaneo dei paesi sviluppati, provocando il marcato incremento delle patologie croniche, problematiche che fino a qualche decennio fa non avevano percorsi predefiniti. L'Italia è il secondo Paese più vecchio al mondo: gli over 65 sono 14 milioni, più del 20% della popolazione, e si stima che nel 2050 saranno 20 milioni, il 35%. Gli ultraottantenni, che oggi rappresentano il 7% della popolazione raddopieranno entro il 2050 raggiungendo i 9 milioni di unità. Poiché l'incremento della durata media di vita non è accompagnato da un corrispondente aumento dell'aspettativa di vita in autonomia, il numero di persone in condizione di disabilità è in continua crescita. I cambiamenti sociali inoltre, caratterizzati da riduzione della natalità, instabilità dei vincoli familiari, e restrizione numerica dei nuclei, hanno ridotto drasticamente la capacità da parte delle famiglie di far fronte alle necessità dei componenti bisognosi e non più produttivi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le malattie croniche come "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo che va da anni a decenni" e le Nazioni Unite sottolineano l'importanza di ottenere dei miglioramenti negli esiti di queste malattie, ponendo particolare attenzione alle popolazioni vulnerabili, riducendo così le disuguaglianze. Attualmente le patologie croniche assorbono circa l'80% delle risorse sanitarie a livello mondiale. In questo contesto si inserisce la necessità di sviluppare e implementare modelli di assistenza per promuovere la salute nelle fasce di popolazione più fragili. Il Piano Nazionale della Cronicità 2023, attraverso un approccio stratificato e mirato, propone delle strategie attuative per migliorare la gestione delle patologie croniche, ridurre le disuguaglianze sanitarie tra Nord, Centro e Sud Italia e ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie, garantendo al contempo una migliore qualità della vita ai pazienti cronici. In particolare, il tema della continuità assistenziale tra ospedale e territorio rappresenta una delle sfide principali nel campo della Sanità, specie per quel che riguarda il paziente anziano, complesso, fragile e pluri-patologico. Sei problematiche principali sono state associate ad outcomes negativi tra gli anziani poli-patologici ospedalizzati, dimessi a domicilio o in setting post-acute: 1) mancanza di coinvolgimento del paziente; 2) comunicazione assente o inadeguata; 3) mancanza di collaborazione tra i membri del team; 4) follow-up e monitoraggio limitati; 5) scarsa continuità delle cure; 6) gravi lacune nella presa in carico del paziente nel passaggio ospedale-territorio. In questa tipologia di pazienti complessi, tali problematiche sono state correlate a valutazioni negative dell'esperienza di cura e ad ulteriore peggioramento del quadro

clinico con conseguente incremento delle ri- ospedalizzazioni e degli accessi in Pronto Soccorso.

Finalità

Il PDTA per il paziente geriatrico ha l'obiettivo di garantire una presa in carico omogenea, appropriata e continua tra ospedale, territorio e caregiver, riducendo ri-ospedalizzazioni, eventi avversi e frammentazione dei servizi.

Obiettivi principali:

- Presa in carico globale e multidimensionale.
- Coordinamento tra i diversi setting assistenziali.
- Definizione di un *case manager* responsabile della continuità.
- Riduzione di ospedalizzazioni evitabili.
- Gestione proattiva della cronicità e della fragilità.

Popolazione Target

Pazienti ≥ 65 anni:

- con fragilità geriatrica (valutata tramite Clinical Frailty Scale o strumenti equivalenti);
- con multiple comorbidità;
- con limitazioni funzionali o rischio di perdita dell'autonomia;
- in dimissione ospedaliera dopo un evento acuto (es. cadute, scompenso cardiaco, infezioni, riacutizzazioni di patologie croniche);
- residenti al domicilio, in RSA o in altre strutture intermedie.

Team multidisciplinare

- **Geriatra** (coordinatore clinico)
- **Medico di Medicina Generale (MMG)** (referente territoriale)
- **Infermiere di Comunità / Case Manager**
- **Fisioterapista**
- **Assistente sociale**
- **Dietista**
- **Farmacista clinico**
- **Caregiver / famiglia**
- Altri specialisti (cardiologo, pneumologo, neurologo...) secondo necessità

Fase Ospedaliera

Valutazione iniziale

Entro 48 ore dal ricovero:

- **Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD):** ADL, IADL, SPMSQ, CIRS, Tinetti/Gait, Mini NutritionalAssessment, dolore, rischio cadute, rischio delirium.
- Analisi dei bisogni sociali e rete familiare.
- Identificazione del livello di fragilità.

Pianificazione precoce della dimissione

Avviata entro 72 ore:

- Identificazione precoce del **case manager** (di norma infermiere di continuità).
- Definizione del **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)** provvisorio.
- Contatto con MMG e servizi territoriali per anticipare il rientro.

Interventi clinici durante il ricovero

- Ottimizzazione terapia (deprescribing se necessario).
- Prevenzione compitanze (delirium, piaghe, cadute).
- Valutazione riabilitativa precoce.
- Educazione sanitaria al paziente e al caregiver.

Dimissione protetta

È obbligatoria per pazienti:

- fragili;
- con nuova disabilità;
- con necessità di supporti domiciliari o residenziali;
- con bisogni riabilitativi.

Documenti alla dimissione:

- Lettera di dimissione strutturata.
- PAI definitivo.

- Scheda farmacologica aggiornata e riconciliata.
 - Indicazioni riabilitative.
 - Contatti del case manager.
-

Transizione Ospedale-Territorio

Comunicazione strutturata

Entro 24 ore dalla dimissione:

- Invio della documentazione al MMG.
- Comunicazione diretta case manager ↔ MMG.
- Attivazione ADI, fisioterapia, supporto sociale se necessario.

Visita di transizione

Da effettuarsi entro 72 ore:

- Al domicilio, ambulatoriale o tramite telemedicina.
 - Verifica sicurezza ambientale, adesione terapeutica, mobilità e bisogni sociali.
 - Revisione del PAI.
-

Gestione Territoriale (Post-dimissione)

Ruolo del MMG

- Coordinamento clinico continuativo.
- Monitoraggio segni di instabilità.
- Revisione periodica della terapia.
- Raccordo con il geriatra e gli altri specialisti.

Ruolo dell’Infermiere di Comunità / Case Manager

- Monitoraggio attivo del paziente (telemonitoraggio se disponibile).

- Gestione medicazioni, prevenzione complicate, verifica aderenza terapeutica.
- Supporto all'autonomia e all'educazione del caregiver.
- Punto di contatto continuo tra ospedale, MMG e servizi sociali.

Riabilitazione

- Piani personalizzati: intensivi, estensivi o di mantenimento.
- Obiettivi: recupero funzionale, prevenzione cadute, incremento autonomia.

Supporto sociale

- Valutazione assistente sociale.
- Attivazione: SAD, pasti, telesoccorso, supporti economici, accompagnamento.

Follow-up specialistico

Secondo necessità:

- geriatria
- cardiologia
- pneumologia
- neurologia
- ortopedia
- nutrizione

Strumenti e protocolli operativi

Valutazioni standardizzate

- VMD completa
- Scheda di riconciliazione farmacologica
- Braden, Tinetti, CFS, MNA
- Strumenti di screening cognitivo (SPMSQ/MMSE/MoCA)

Documentazione condivisa

- Fascicolo sanitario elettronico
- PAI aggiornabile
- Diario clinico/infermieristico/riabilitativo
- Agenda elettronica per controlli programmati

Mezzi di comunicazione

- Televisita
- Telemonitoraggio parametri (pressione, peso, saturazione...)
- Piattaforma di comunicazione MMG–ospedale–infermier

Indicatori di esito e qualità

Esiti clinici

- Riammissioni entro 30/90 giorni.
- Incidenza di cadute.
- Stabilità clinica della patologia principale.

Esiti funzionali

- ADL/IADL a 30 e 90 giorni.
- Qualità di vita percepita.

Esiti organizzativi

- Tempo di attivazione servizi territoriali.
- Presa in carico entro 72 ore.
- Completezza della documentazione.

Discussione

La transizione ospedale-territorio in ambito geriatrico è un processo cruciale che assicura la continuità delle cure per i pazienti anziani dimessi dall'ospedale, pianificando e coordinando il trasferimento al domicilio o a strutture intermedie. Molto spesso si tratta di pazienti complessi perché oltre alla multipatologia presentano anche problemi sociali e mentali.

Le azioni chiave di questo processo includono:

- **Pianificazione precoce della dimissione:** Le cure di transizione iniziano durante il ricovero, con la pianificazione di una dimissione sicura e tempestiva.
- **Riconciliazione terapeutica:** Si assicura che l'elenco dei farmaci sia corretto e che non vi siano interazioni pericolose, sia durante il ricovero che dopo la dimissione.
- **Educazione del paziente e del caregiver:** Si forniscono informazioni e istruzioni dettagliate per la gestione della malattia, i farmaci e le cure a domicilio.
- **Coinvolgimento del paziente e del caregiver:** È fondamentale che il paziente e la sua famiglia siano coinvolti nel processo decisionale e nella pianificazione delle cure.
- **Coordinamento dei servizi:** Vi è una stretta collaborazione tra l'ospedale, i medici di medicina generale, i servizi sanitari territoriali (es. Case della Comunità) e altri professionisti.
- **Follow-up:** Vengono programmati appuntamenti di controllo, che possono essere ambulatoriali o telefonici, per monitorare le condizioni del paziente.
- **Passaggio a cure intermedie:** In alcuni casi, può essere necessario un passaggio in strutture di cure intermedie prima del rientro definitivo a domicilio.

L'obiettivo è garantire che il paziente riceva l'assistenza necessaria e continua a essere gestito in modo ottimale al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

È fondamentale che nei vari setting disponibili si utilizzino strumenti di valutazione simili e compatibili (**valutazione multidimensionale geriatrica**) e che le rilevazioni di vario tipo siano memorizzate e raccolte su uno strumento informatico, come la **cartella clinica informatizzata**, accessibile agli operatori di ogni setting.

La **telemedicina** ha ragionevole applicazione in questo settore della medicina geriatrica, agevolando lo scambio di dati e informazioni tra le diverse figure coinvolte nella cura del paziente.

Pertanto, garantire che i pazienti ricevano cure coerenti e coordinate durante il passaggio dall’Ospedale alla Comunità è fondamentale per migliorare gli esiti clinici, ridurre le riammissioni ospedaliere ed ottimizzare l’uso delle risorse sanitarie.

Uno degli approcci più promettenti per affrontare questasfida è il ***Transitional Care Model (TCM)***. Il TCM è un approccio strutturato che mira a garantire una transizione senza ostacoli dei pazienti anziani affetti da malattie croniche complesse tra diversi setting di cura, come dall’ospedale al domicilio o in strutture di assistenza a lungo termine. L’approccio del TCM si basa su un coordinamento continuo e personalizzato delle cure, fornito da infermieri specializzati nei diversi setting assistenziali, e sull’uso di tecnologie innovative per il monitoraggio remoto e la comunicazione tra i vari attori del sistema sanitario. Il percorso di TCM può essere di tipo “step up”, mirando a prevenire ospedalizzazioni e consumi inappropriati di servizi specialistici, oppure di tipo “step down”, accompagnando i pazienti “bed blockers” (pazienti che, una volta terminato il percorso diagnostico-terapeutico, continuano ad occupare un posto letto per acuti, spesso in attesa di una sistemazione alternativa) verso i nodi di cure intermedie più appropriati al momento delle dimissioni, quando non è garantito un adeguato percorso di continuità assistenziale. Inoltre, grazie all’adozione di tale modello, i professionisti sanitari sono svincolati dal compito di individuare il setting di dimissione o accoglienza per i loro pazienti, e ciò consente loro di concentrarsi esclusivamente sull’attività clinica.

Il TCM è efficace nel migliorare gli esiti della salute, diminuendo i tassi di riammissione ospedaliera, ottimizzando il controllo delle comorbidità e riducendo i sintomi e le complicanze delle malattie croniche. Il TCM mira a coinvolgere pazienti e familiari nel processo di cura attraverso la comunicazione con gli operatori sanitari e aumentando quindi la soddisfazione circa le cure ricevute. Il coordinamento efficace tra i setting di cura e i professionisti sanitari consente di limitare le interruzioni nel trattamento e di promuovere la continuità assistenziale, supportando il paziente in ogni fase della cura tra ospedale e territorio. Il paziente e il caregiver, inoltre, vengono formati ed educati nella gestione della cronicità e possono essere sostenuti da un adeguato supporto psicologico con conseguente riduzione dello stress e dell’onere associato alle polipatologie. Il coinvolgimento attivo dei familiari nella gestione della cronicità, infine, rende gli stessi edotti e consapevoli riguardo le condizioni cliniche del paziente, il processo decisionale e le derivanti necessità assistenziali. Da un punto di vista economico ciò si traduce in un contenimento dei

costi sanitari grazie alla diminuzione delle ospedalizzazioni delle riammissioni evitabili, nonché in unariduzione degli accessi al dipartimento di Emergenza/Urgenza. Ne consegue un'ottimizzazione delle risorse sanitarieattraverso una migliore gestione delle cure sia ospedaliere cheambulatoriali, generando una riduzione del carico di lavoro per i professionisti sanitari, che permette loro di concentrarsi sulle attività cliniche principali. Il TCM favorisce la coordinazionee la collaborazione tra professionisti e membri delteam sanitario offrendo l'opportunità di formazione continua con l'aggiornamento sulle migliori pratiche assistenziali e consentendo lo sviluppo di competenze specifiche per gestire le transizioni di cura in modo efficace.

Gli interventi di transizione delle cure devono iniziare già durante la degenza, attraverso la pianificazione precoce della dimissione, l'educazione al caregiver, la riconoscenza e riconciliazione terapeutica e il contatto con il medico curante.

La pianificazione della dimissione dall'ospedale dovrebbe iniziare immediatamente dopo il ricovero o almeno alcuni giorni prima rispetto alla dimissione con lo scopo di anticipare potenziali ostacoli e risolverli tempestivamente edovrebbe coinvolgere un team multidisciplinare, comprendente il paziente e i suoi familiari. Sono due gli elementi chiave delle cure di transizioni, in questo caso della dimissione ospedaliera: l'utilizzo di metodi interattivi come il "teach-back" e la trasmissione tempestiva e accurata delle informazioni attraverso la lettera di dimissione. Il "teach-back" è una tecnica di *health coaching* nella quale l'operatore sanitario chiede al paziente o al caregiver di spiegare con le proprie parole quanto appena appreso dallo stesso operatore, consentendo di correggerne subito eventuali incomprensioni. La lettera di dimissione è una registrazione permanente del percorso ospedaliero di un paziente e il più importante strumento di comunicazione tra i servizi ospedalieri e gli operatori di cure primarie. Quando il paziente è ricoverato e sottoposto a procedure e indagini, possono essere diagnosticate nuove patologie e spesso viene modificata la terapia farmacologica: ogni dettaglio dell'assistenza prestata in ospedale deve essere riportato.

Le pratiche di *transitional care* con un maggiore impatto dimostrato sulla corretta gestione del paziente sono quelle proposte dal modello di Naylor che pone al centro i bisogni del paziente. Tale modello prevede: i) coinvolgimento del paziente; ii) coinvolgimento del caregiver; iii) gestione della complessità; iv) riconciliazione terapeutica; v) educazione del paziente e del caregiver; vi) benessere del paziente e del caregiver; vii) continuità di cura e assistenza.

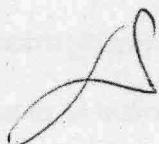
25

Il Piano Cronicità 2023 prevede che l'accesso al TCM delSSN avvenga attraverso l'interazione tra Centrali OperativeTerritoriali (COT), Unità di Valutazione Multidimensionale(UVM)con i servizi domiciliari, le cure intermedie e le cure primarie.La combinazione integrata di questi elementi rappresenta la chiave del nuovo modello di assistenza territoriale che permette l'implementazione del supporto operativo dell'intersistema.Le COT sono state identificate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal DM 77/2022 come strutture di riferimento per le cure di transizione attraverso la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordano tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali:attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, domiciliari residenziali, ospedaliere e dell'emergenza-urgenza.L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Le UVM valutano il bisogno del paziente considerando tutte le dimensioni rilevanti: fisiche, cognitive, psichiche, funzionali, relazionali sociali ed economiche. In sintesi, mentre le UVM valutano il singolo paziente nel quadro olistico dei suoi bisogni, le COT coordinano le risposte assistenziali valutando l'aggregato dei pazienti del distretto e il volume di offerta dei servizi disponibile.

Le strutture di *cure intermedie* svolgono una funzione di collegamento tra i reparti per acuti e il domicilio dei pazienti.Sono fondamentali in tutte le situazioni in cui la complessitàsanitaria del paziente, gravata spesso anche da problematiche socioassistenziali, al termine della fase di acutezza dopo che sia stata raggiunta la stabilità clinica e l'acquisto dell'iter diagnostico, richieda un passaggio intermedio tra l'ospedale e il domicilio.Al fine di garantire la continuità assistenziale e la presa in carico globale successiva, per ogni singolo paziente va definito e redatto il *Piano di Assistenza Individuale (PAI)*.Il PAI è il documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno con l'intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per il paziente. All'interno del PAI trovano spazio elementi di valutazione clinica, assistenziale, sociale, psicologica e linguistico-comunicativa, tutti integrati e condivisi con il nucleo familiare e/o con i caregiver del paziente, in modo da garantirne quanto più possibile l'empowerment.All'assistenza medica e infermieristica, è necessario affiancare le funzioni della terapia, della riabilitazione e dell'assistenza sociale, considerata l'altissima prevalenza dei problemi sociali.La rete dei servizi sociali, partendo dalla valutazione del singolo caso, comprende servizi e progettualità rivolti a cittadini fragili e/o non autosufficienti e ai loro caregiver, finalizzati alla promozione della autonomia, della qualità della vita, della prevenzione

e della non-autosufficienza. La presenza del terapista della riabilitazione risponde alla necessità di riattivazione e mantenimento delle autonomie motorie dei pazienti. Il contributo richiesto a questo professionista non consiste soltanto in trattamenti per il singolo soggetto, bensì nell'essere un riferimento per tutti gli attori coinvolti, personale, pazienti e caregiver, in quanto a conoscenza delle tecniche necessarie a un approccio assistenziale volto al recupero di tutte le autonomie funzionali possibili e alla riduzione delle disabilità. Punto focale per la realizzazione del progetto di struttura è infine la collaborazione dei familiari del paziente, quando presenti, secondo una visione di alleanza terapeutica. L'educazione terapeutica, preceduta da una valutazione preliminare operata dallo staff del reparto della disponibilità e delle capacità delle persone potenzialmente coinvolgibili, prevede che i familiari-caregiver vengano sensibilizzati e addestrati dal personale sanitario a uno specifico compito e che poi assumano un ruolo sinergico basato sulla collaborazione. Alcuni esempi del valore aggiunto che l'educazione terapeutica può fornire sia al paziente sia al sistema sono: assistenza ai pasti, mobilizzazione attiva e passiva, gestione del catetere vescicale e dell'alimentazione artificiale enterale, somministrazione di insulina ed eparina sottocute.



Conclusioni

Il geriatra ospedaliero è cruciale nella transizione ospedale-territorio per il paziente anziano, orchestrando una dimissione sicura attraverso la valutazione multidimensionale, la pianificazione precoce, la gestione farmacologica, la coordinazione con il territorio (MMG, servizi sociali, caregiver) e il monitoraggio del follow-up, prevenendo così declino funzionale, ri-ospedalizzazioni e migliorando qualità di vita e autonomia, gestendo complessità, fragilità e sindromi geriatriche (delirium, cadute, malnutrizione).

Cosa fa concretamente il geriatra:

1. Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM):

- Analizza lo stato clinico, funzionale (ADL, IADL), cognitivo, sociale e nutrizionale del paziente.
- Identifica le fragilità, i deficit e i rischi specifici dell'anziano (es. rischio cadute, delirium, malnutrizione).

2. Pianificazione Precoce della Dimissione:

- Inizia la pianificazione della dimissione già durante il ricovero, non solo alla fine.
- Prevede le necessità post-dimissione (ausili, assistenza domiciliare, cure intermedie).

3. Gestione Terapeutica e Riconciliazione Farmacologica:

- Rivede la terapia, rimuovendo farmaci non necessari (deprescribing) e adattandola alla nuova situazione, evitando reazioni avverse.

4. Educazione e Supporto a Paziente e Caregiver:

- Fornisce informazioni e formazione al paziente e ai familiari/caregiver sulle patologie, la gestione dei farmaci e le cure da prestare.
- Offre supporto emotivo e psicologico.

5. Collegamento con il Territorio (Continuità Assistenziale):

- Contatta il Medico di Medicina Generale (MMG) per informarlo sulla situazione clinica e sul piano terapeutico.
- Coordina con i servizi territoriali (ADI, Consultori, Servizi Sociali) per garantire un'assistenza integrata.

- Organizza il passaggio a strutture di cure intermedie o RSA se necessario.

6. Follow-up e Monitoraggio:

- Pianifica visite di controllo ambulatoriali o telefoniche per monitorare l'evoluzione del paziente.

7. Gestione delle Sindromi Geriatriche:

- Interviene su problemi tipici dell'anziano come dolore, incontinenza, delirium, per evitare il peggioramento.

Le risorse che sono richieste al Geriatra in particolare vanno oltre la sola gestione delle comorbidità acute e croniche degli anziani, e puntano sulla piena conoscenza della rete dei servizi geriatrici che è necessaria per il continuum terapeutico per un tipo di paziente dinamico quale è il malato geriatrico. In quest'ottica, che vede la cura del malato come un processo diversificato con molteplici sfaccettature si rendono indispensabili una lunga serie di esperti nelle professioni sanitarie come infermieri specializzati nel Wound Care, Operatori Socio Sanitari, fisioterapisti, dietisti, terapisti occupazionali, logopedisti, assistenti sociali, e tutte quelle figure che ruotano quotidianamente intorno all'anziano fragile e che hanno come scopo del loro impegno il suo benessere. I profili dell'invecchiamento, facendo riferimento alle capacità funzionali, variano dall' invecchiamento di successo a quello accelerato: l'ageismo e l'accanimento terapeutico sono le due facce della stessa medaglia quando manca la conoscenza dei processi di invecchiamento e la valutazione delle capacità residue del paziente anziano. L'appropriatezza delle cure prevederà interventi riabilitativi e riattivativi negli anziani di successo, mentre la cura degli anziani fragili dovrà prevedere strategie terapeutiche che evitino prescrizioni non necessarie e insicure fino alle cure palliative. Pertanto, poiché al quadro demografico consegue una pressante richiesta preventiva, curativa e assistenziale, è fondamentale disporre di professionisti preparati e capaci di prendersi cura della popolazione che invecchia e dei pazienti anziani, spesso affetti da multipatologia e da declino fisico e cognitivo.

In sintesi, il geriatra agisce come un "*architetto*" della dimissione, costruendo un ponte solido e personalizzato tra l'ospedale e la casa, per preservare la funzionalità e la qualità della vita dell'anziano nel suo ambiente.

Bibliografia

- La continuità di cura tra ospedale – territorio: strumenti e modelli a confronto. Guest Editors: Paola Gnerre, Andrea Montagnani. Italian Journal of Medicine 2024; volume 12(6).

- ISTAT.Rapportoannuale 2024. Disponibile online:<https://www.istat.it/it/files//2024/05/Sintesi-Rapporto-Annuale-2024.pdf>.

- Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamentorecente la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenzaterritoriale nel Servizio sanitario nazionale.

- Morkish 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.

- Sezgin D, O'Caoimh R, Liew A, et al. The effectiveness of intermediate care including transitional care interventions on function, healthcare utilisation and costs: a

scoping review. Eur Geriatr Med 2020;11:961-

- Zurlo A, Zuliani G. Management of care transition and hospital discharge. Aging Clin Exp Res. 2018 Mar; 30(3):263-270.

- Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. J Am Geriatr Soc 2017;65:1119-25.

- Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. J Am Geriatr Soc 2003;51:556-7.