

**FORMAÇÃO EM GERIATRIA NA REGIÃO DO PIEMONTE:  
PERSPETIVAS SOBRE LONGEVIDADE E INOVAÇÃO NO  
CUIDADO À PESSOA IDOSA EM ASTI**

GERIATRICS TRAINING IN THE PIEDMONT REGION: PERSPECTIVES ON  
LONGEVITY AND INNOVATION IN ELDERLY CARE IN ASTI

João Pedro Funghetto Brum<sup>1</sup>, Alexandre Magalhães Bizon<sup>2</sup>,  
Luis Fernando Bertini Galvão<sup>3</sup>, Bernardo Rodrigues de Silva<sup>4</sup>,  
Maria Clara Lopes Gonçalves Oliveira<sup>5</sup>, Carla Souza Calheiros<sup>6</sup>,  
Valdete Santos de Araújo<sup>7</sup>, Alcindo Ferla<sup>8</sup>, Andrea Fabbo<sup>9</sup>, Giovanni Gorgoni<sup>10</sup>

**RESUMO**

O envelhecimento populacional exige que sistemas de saúde fortaleçam competências e redes capazes de sustentar não apenas a sobrevivência, mas a capacidade funcional, a autonomia e a dignidade da pessoa idosa. A World Health Organization (WHO)[3] define “healthy ageing” como o processo de desenvolver e manter a capacidade funcional que possibilita bem-estar na velhice, resultante da interação entre capacidade intrínseca (física e mental), ambiente e suas interações. [4] Nesse enquadramento, inovação em geriatria envolve tanto tecnologias quanto, sobretudo, modelos organizacionais e práticas clínicas integradas, com ênfase em prevenção, continuidade e coordenação do cuidado.

Este artigo consubstancia-se em relato de experiência decorrente de estágio observacional realizado entre 15 e 30 de janeiro de 2026, no âmbito de programa internacional de formação articulado pela Rede Geronto[5] em cooperação com a Azienda Sanitaria Locale AT[6], no território de Asti[7,8]. A própria ASL AT comunicou publicamente ter recebido, até 30 de janeiro, delegação brasileira para conhecer projetos locais de envelhecimento saudável e ativo, incluindo dispositivos de prevenção cognitiva, cuidado geriátrico hospitalar e cuidados paliativos (notícia institucional publicada em 2 de fevereiro de 2026). [9]

A metodologia adotou abordagem qualitativa descritiva, baseada na análise de registros

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP

<sup>2</sup> Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP

<sup>3</sup> Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP

<sup>4</sup> Centro Universitário UNIFACIG

<sup>5</sup> Centro Universitário UNIFACIG

<sup>6</sup> Universidade Nilton Lins

<sup>7</sup> Universidade Nilton Lins

<sup>8</sup> Rede Geronto/Rede Unida

<sup>9</sup> Azienda Sanitaria de Asti

<sup>10</sup> Azienda Sanitaria de Asti

diários (Rapporto Stage) e observação em cenários hospitalares e territoriais. Os resultados foram organizados em quatro eixos: (i) cultura de mobilidade e “longevidade funcional”; (ii) integração territorial com centralidade de estruturas de coordenação (COT/PUA) e fortalecimento de enfermagem comunitária, em consonância com a reforma italiana da assistência territorial (DM 77/2022); [10] (iii) prevenção do declínio cognitivo por meio de iniciativas comunitárias e suporte ao cuidador; [11] (iv) robustez e maturidade dos cuidados paliativos respaldados por marco legal (Lei 38/2010) e por padrões organizativos recentes que ampliam a noção de paliativos para além da terminalidade. [12]

Conclui-se que a formação em geriatria, quando ancorada em princípios de longevidade funcional, ganha potência ao combinar: avaliação multidimensional e reabilitação; governança territorial e transições seguras; prevenção cognitiva baseada na comunidade; e cuidados paliativos com competência ética e comunicacional (incluindo ferramentas estruturadas como SPIKES). [13]

**Palavras-chave:** geriatria; longevidade funcional; cuidado territorial; inovação em saúde; demências; cuidados paliativos; comunicação clínica.

## ABSTRACT

Population ageing requires health systems to strengthen competencies and networks capable of sustaining not only survival, but also the functional capacity, autonomy, and dignity of older adults. The World Health Organization (WHO) defines “healthy ageing” as the process of developing and maintaining functional ability that enables well-being in older age, resulting from the interaction between intrinsic capacity (physical and mental), the environment, and their interactions. Within this framework, innovation in geriatrics involves not only technologies but, above all, organizational models and integrated clinical practices, with an emphasis on prevention, continuity, and coordination of care.

This article is based on an experience report derived from an observational internship carried out between January 15 and 30, 2026, within the scope of an international training program coordinated by the Rede Geronto in cooperation with the Azienda Sanitaria Locale AT, in the territory of Asti. ASL AT itself publicly reported that, until January 30, it had hosted a Brazilian delegation to learn about local healthy and active ageing projects, including cognitive prevention initiatives, hospital geriatric care, and palliative care (institutional news published on February 2, 2026).

The methodology adopted a qualitative descriptive approach, based on the analysis of daily records (Rapporto Stage) and observation in hospital and community-based settings. The results were organized into four axes: (i) a culture of mobility and “functional longevity”; (ii) territorial integration with a central role for coordination structures (COT/PUA) and the strengthening of community nursing, in line with the Italian reform

of territorial care (DM 77/2022); (iii) prevention of cognitive decline through community initiatives and caregiver support; (iv) the robustness and maturity of palliative care supported by a legal framework (Law 38/2010) and recent organizational standards that expand the concept of palliative care beyond end-of-life situations.

It is concluded that training in geriatrics, when grounded in principles of functional longevity, gains strength by combining: multidimensional assessment and rehabilitation; territorial governance and safe care transitions; community-based cognitive prevention; and palliative care with ethical and communication competencies (including structured tools such as SPIKES).

**Keywords:** geriatrics; functional longevity; territorial care; health innovation; dementias; palliative care; clinical communication.

## INTRODUÇÃO

A Itália figura entre os países mais longevos e envelhecidos da Europa, fenômeno que amplia a carga de multimorbidade, fragilidade e necessidade de cuidado de longa duração. Projeções oficiais do instituto nacional de estatística indicam que pessoas  $\geq 65$  anos representavam 24,3% da população e poderiam alcançar 34,6% em 2050 (cenário mediano), reforçando a direção inequívoca do envelhecimento demográfico. [14] Relatórios europeus e análises da Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)[15] também situam a Itália entre as mais longevas e enfatizam pressões sobre sustentabilidade e organização do sistema. [16]

Esse contexto repercute diretamente na formação em geriatria: cresce a necessidade de profissionais capazes de manejar síndromes geriátricas (quedas, delirium, sarcopenia, déficit cognitivo), articular cuidado interdisciplinar e operar redes territoriais que sustentem a vida fora do hospital. Reformas recentes na assistência territorial italiana (DM 77/2022), impulsionadas por investimentos do PNRR, conferem protagonismo a estruturas de coordenação e continuidade, como a COT, e a papéis comunitários de enfermagem, com objetivo de aumentar proximidade e integração entre hospital, território e domicílio. [17]

É nesse cenário que se insere o estágio observacional (15–30 de janeiro de 2026), no âmbito de cooperação entre a Rede Geronto e a ASL AT. A ASL AT descreveu

publicamente que a delegação brasileira foi exposta a atividades “entre hospital e território” para conhecer: projetos de longevidade saudável e ativa (incluindo as “Palestre della Memoria”), cuidado geriátrico hospitalar e rede de cuidados paliativos, além de iniciativas relacionadas a distúrbios cognitivos e suporte no domicílio. [18]

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, alicerçado na análise de registros diários de atividades e avaliação formativa (Rapporto Stage), compondo um relato de experiência com organização temática dos achados.

A observação in loco ocorreu principalmente no território da ASL AT, com destaque para: atividades hospitalares no Ospedale Cardinal Massaia[19] (ambiente de geriatria e interconsultas); participação em iniciativa comunitária de prevenção/estimulação cognitiva, a Palestre della Memoria[20], associada ao Distretto Don Bosco[21]; e acompanhamento de equipes em visitas domiciliares, especialmente vinculadas à rede de cuidados paliativos. A descrição pública do projeto “Palestre della Memoria” pela ASL AT e pelo município apoia a caracterização desse dispositivo como intervenção comunitária para promoção de envelhecimento ativo e prevenção do declínio cognitivo e do isolamento social. [22]

Como recorte analítico, a discussão foi orientada por dois eixos transversais: (i) longevidade como manutenção de capacidade funcional (referencial OMS) e (ii) inovação como integração organizacional e clínica do cuidado. [23]

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Mobilidade e longevidade funcional como cultura e como critério clínico. A observação do cotidiano em Asti destacou uma presença expressiva de pessoas idosas ativas, caminhando em vias com inclinações acentuadas e participando do comércio e da vida comunitária. Nos registros do estágio, essa dimensão sociocultural aparece conectada à prática clínica: a capacidade de deambulação e a estrutura de suporte familiar/domiciliar surgem como determinantes na definição de manejo e no

planejamento de alta, compondo uma noção operacional de “longevidade funcional”. Em chave conceitual, essa lente se alinha ao modelo da OMS, no qual mobilidade e participação são componentes centrais da capacidade funcional. [24] A convergência também é coerente com diretrizes internacionais de atividade física, que recomendam, para pessoas  $\geq 65$  anos, incorporar exercícios de equilíbrio e fortalecimento para prevenir quedas e sustentar funcionalidade. [25]

Integração territorial como “inovação organizacional”: COT, PUA e enfermagem comunitária. Um achado estruturante foi a percepção de que a atenção à pessoa idosa no território observado busca superar o paradigma estritamente hospitalocêntrico por meio de rede articulada de serviços. No desenho nacional, o DM 77/2022 estabelece a Centrale Operativa Territoriale (COT) como estrutura de coordenação da “presa in carico” e de conexão entre serviços e profissionais nos diferentes settings (territoriais, socio sanitários e hospitalares), com interface com a rede de urgência-emergência. [10] A normatização e documentos de implementação descrevem a COT como serviço de nível distrital, com referência de 1 unidade por 100.000 habitantes e composição mínima de equipe predominantemente de enfermagem (coordenação, enfermeiros e apoio), além de requisitos tecnológicos para rastrear e monitorar transições de cuidado. [26]

No terreno, os registros do estágio descrevem a COT como “estrutura nodal” de avaliação holística, com uso de instrumentos de estratificação de fragilidades para orientar o paciente ao serviço adequado e garantir seguimento territorial (no espírito de proximidade, continuidade e longitudinalidade). Essa leitura dialoga com análises acadêmicas aplicadas que caracterizam a COT como backoffice ativado por profissionais para melhorar transições, especialmente em casos complexos com necessidades também sociais/socio sanitárias. [27]

Outro componente observado foi o Ponto/Punto Unico di Accesso (PUA) como porta de entrada orientada a vulnerabilidades sociais e socio sanitárias. Embora haja variação local, comunicados de ASL italianas descrevem o PUA como requisito associado à Casa della Comunità e parte do fortalecimento da rede socio sanitária territorial prevista no DM 77/2022. [28] No caso astigiano, a própria comunicação municipal vinculada às “Palestre della Memoria” apresenta o PUA como referência local de contato e atendimento, reforçando sua função social e de orientação. [29]

Por fim, a figura do *infermiere di famiglia e comunità* é explicitada em fontes oficiais do PNRR como referência profissional que assegura assistência de enfermagem em diferentes níveis de complexidade e interage com recursos comunitários para responder a necessidades atuais ou potenciais. [30] Isso oferece base para interpretar a inovação observada como “trabalho de rede”, com ênfase em transições seguras e cuidado longitudinal.

Prevenção do declínio cognitivo e respostas comunitárias à demência. No domínio da profilaxia neurodegenerativa, destacou-se a experiência da “Palestre della Memoria” como estratégia comunitária voltada a idosos sem diagnóstico de demência, combinando estímulos cognitivos e socialização. A ASL AT descreve publicamente as “Palestre” como oferta gratuita de exercícios de estimulação de atenção, memória, orientação e linguagem, mediada por voluntários facilitadores formados por neuropsicólogas da própria ASL e em fase de ativação em múltiplos municípios. [31] A comunicação municipal também caracteriza o projeto como promoção de envelhecimento ativo e prevenção do declínio cognitivo e isolamento, com grupos pequenos e abordagem “peer-to-peer” (voluntários idosos). [32]

Relevante para o eixo “formação e inovação” é que a ASL AT referiu que o modelo teve inspiração em experiências já consolidadas e divulgou que a concepção do projeto foi apresentada por profissional ligada à rede modenese, apontando que, na Azienda USL [33], o programa iniciado em 2013 teria se consolidado em dezenas de experiências distribuídas em distritos, com ampla participação de voluntariado. [34]

No tema “demência e cuidado do cuidador”, observou-se convergência com dispositivos do tipo “Caffè Alzheimer”, descritos por serviços locais como espaço de acolhimento, suporte e troca para quem cuida de pessoas com distúrbio cognitivo. A AUSL divulgou o evento “Caffè Alzheimer” como encontro gratuito (mediante reserva) voltado a cuidadores, em parceria com associação local. [35] No território astigiano mais amplo, iniciativas análogas são descritas por municípios e associações com o objetivo de reduzir isolamento, promover socialização e oferecer estímulo cognitivo e apoio aos familiares/cuidadores. [36]

Prática hospitalar geriátrica e multidisciplinaridade orientada pela função. No

ambiente hospitalar, os registros destacam uma abordagem que combina exame físico e exames complementares com elevada articulação interdisciplinar (interconsultas e atuação de profissionais de reabilitação nas enfermarias), reforçando o eixo “longevidade funcional” como objetivo clínico. Essa lógica é consistente com a literatura de avaliação geriátrica ampla (Comprehensive Geriatric Assessment – CGA), definida como processo multidimensional e multiprofissional para identificar problemas médicos, mentais e funcionais e construir plano integrado de tratamento e seguimento. [37] Evidência sintetizada por revisão Cochrane indica que pessoas idosas que recebem CGA têm maior probabilidade de estar vivendo em casa e menor probabilidade de institucionalização até um ano após internação, quando comparadas ao cuidado usual. [37]

Excelência e ética em cuidados paliativos: rede, domicílio e comunicação clínica. A robustez da rede de cuidados paliativos foi um eixo marcante: o estágio descreve modalidades ambulatorial, hospice e—preferencialmente—domiciliar, em consonância com a noção de que o domicílio é, com frequência, local desejado para o fim de vida. Em registro de literatura, revisão sistemática aponta que, na maioria dos estudos e países avaliados, há preferência expressiva por morrer em casa, embora com variações e condicionantes. [38]

No plano normativo, a Itália dispõe de lei específica (Lei 38/2010) que tutela o direito de acesso a cuidados paliativos e terapia da dor, com ênfase em dignidade e autonomia, qualidade de vida e suporte também à família. [39] Documentos oficiais do Ministério da Saúde indicam que, no desenvolvimento posterior (incluindo o DM 77/2022), consolida-se o entendimento de que cuidados paliativos não se restringem à fase terminal e podem se associar a cuidados ativos desde fases precoces de doenças crônicas evolutivas, com foco em controle de sintomas e mitigação do declínio funcional. [40]

No eixo pedagógico, duas competências apareceram como centrais: ética do cuidado (“não abandono”) e comunicação clínica estruturada. Em termos de método, a literatura clássica descreve o protocolo SPIKES como estratégia para comunicação de más notícias em etapas, incluindo preparação, avaliação de percepção do paciente, convite à informação, compartilhamento de conhecimento, manejo de emoções e definição de estratégia. [41] No contexto específico da cooperação ASL AT–Brasil, a rede

de cuidados paliativos local informou ter organizado atividade formativa com participação do Furio Zucco[42], citado em publicações e agendas do campo paliativista italiano. [43]

Como marcador de inovação, a ASL AT também comunicou intenção de aprofundar modelos de assistência remota (“Ospedale Virtuale” como control room), articulando cuidado territorial e recursos digitais, o que sugere integração entre clínica geriátrica, coordenação de rede e transformação digital. [44]

## **FORMAÇÃO EM GERIATRIA NA ITÁLIA E COMPETÊNCIAS PARA LONGEVIDADE E INOVAÇÃO**

A experiência descrita se beneficia de um pano de fundo institucional: na Itália, a geriatria é uma especialidade estruturada em escolas de especialização com duração de 4 anos e 240 CFU, com objetivos formativos que explicitamente incluem fragilidade, síndromes geriátricas, prevenção, reabilitação, cuidados paliativos e avaliação/intervenção multidimensional em rede. Esse desenho aparece tanto em páginas de escolas específicas quanto em descrições de perfis de aprendizagem e objetivos. [45]

Em particular, documentos universitários italianos descrevem como expectativa do especialista em geriatria: compreensão de processos de envelhecimento normal e patológico; manejo de polipatologia e síndromes geriátricas; domínio de instrumentos de avaliação multidimensional; e capacidade de coordenar intervenção interdisciplinar, inclusive em “nós” da rede de serviços, ligando hospital, reabilitação e território. [46]

A partir dos achados do estágio, pode-se interpretar a “formação em geriatria orientada por longevidade e inovação” como um conjunto de competências integradas:

No plano clínico, a meta de “longevidade funcional” traduz-se em avaliação centrada em função, mobilidade e cognição, em linha com referenciais da OMS sobre capacidade funcional; e com evidência sobre CGA como estratégia para melhores desfechos relacionados a permanência no domicílio e menor institucionalização. [47]

No plano organizacional, inovação se manifesta pela capacidade de navegar e acionar redes: coordenar transições com estruturas como COT; dialogar com cuidados

comunitários e assistência domiciliar; e integrar necessidades sociais, coerente com a reforma territorial (DM 77/2022) e com seus padrões de implementação. [48]

No plano humano-ético, cuidados paliativos e comunicação clínica deixam de ser “conteúdos periféricos” e passam a ser competências centrais: legislação específica (Lei 38/2010) e diretrizes ministeriais reforçam o direito e a organização em rede, enquanto modelos como SPIKES materializam ensino de comunicação em situações de extrema vulnerabilidade. [49]

## IMPLICAÇÕES PARA O BRASIL

A comparação com o contexto brasileiro—marcado por heterogeneidade regional, desigualdades de acesso e pressões sobre a rede—sugere que algumas lições podem ser transpostas como princípios, mais do que como cópia institucional.

Primeiro, reorganizar a formação (graduação, residência e educação permanente) para que a geriatria seja ensinada como cuidado **em rede**, e não apenas como clínica de enfermaria: planejamento de alta, coordenação territorial e cuidado domiciliar deveriam ser competências avaliáveis e praticadas em cenários reais.

Segundo, consolidar dispositivos de prevenção e sociabilidade no território (estimulação cognitiva, grupos de cuidadores, intervenções comunitárias) como parte do “núcleo duro” da atenção ao envelhecimento, e não como oferta opcional. A experiência das “Palestre della Memoria” oferece um exemplo de política local com voluntariado treinado e supervisão técnica, orientada a reduzir isolamento e prevenir declínio cognitivo. [50]

Terceiro, fortalecer cuidados paliativos como rede e como competência transversal: legislação, padrões assistenciais e formação em comunicação (por exemplo, SPIKES) são elementos que sustentam dignidade, continuidade e segurança do cuidado. [51]

Por fim, a experiência italiana sugere que inovação em longevidade pode emergir do encontro entre organização territorial (COT/PUA), profissionais comunitários e transformação digital orientada a necessidades clínicas e sociais, como indicado pelo debate de “Ospedale Virtuale” no âmbito da cooperação descrita pela ASL AT. [52]

## CONCLUSÃO

A imersão na rede da ASL AT, no Piemonte, evidenciou um modelo de cuidado geriátrico que procura transcender a perspectiva estritamente patocêntrica ao priorizar funcionalidade, autonomia e dignidade. Em termos de inovação, o eixo territorial—sustentado por padrões nacionais (DM 77/2022) e por estruturas de coordenação (COT), portas de acesso (PUA) e fortalecimento de cuidado comunitário—aponta para um caminho em que transições, continuidade e longitudinalidade se tornam atributos mensuráveis do cuidado. [53]

A prevenção do declínio cognitivo, com iniciativas comunitárias formalmente descritas e apoiadas por ASL e municípios, mostra como políticas de envelhecimento saudável podem ser implementadas por meio de socialização, estímulo cognitivo e engajamento do voluntariado, sob supervisão técnica. [50]

Por fim, a robustez dos cuidados paliativos—amparada por marco legal (Lei 38/2010) e por desenvolvimento organizativo posterior—e o ensino de comunicação clínica estruturada reforçam que qualidade técnica na velhice inclui, necessariamente, compromisso ético e capacidade relacional. [51]

## REFERÊNCIAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Healthy ageing and functional ability (Q&A, 2020). [24]

WORLD HEALTH ORGANIZATION. UN Decade of Healthy Ageing (conceitos e áreas de ação). [54]

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour (at a glance) e comunicação de lançamento (2020–2021). [55]

Istat. Population and household projections (relatório de 2025; envelhecimento e projeções para 2050). [56]

OECD / EUROPEAN OBSERVATORY / EUROPEAN COMMISSION. Country Health Profile 2025: Italy (página de publicação e síntese). [57]

MINISTERO DELLA SALUTE (PNRR Salute). Reforma da assistência territorial e definições sobre COT e infermiere di famiglia e comunità. [30]

DOCUMENTO NORMATIVO (DM 77/2022 – padrões e descrição da COT; equipe e requisitos). [58]

SDA BOCCONI. COT como serviço para transições e continuidade; relação com DM 77/2022 e PNRR. [\[27\]](#)

COMUNE DI ASTI E ASL AT. Descrições do projeto “Palestre della Memoria” (envelhecimento ativo; prevenção do declínio cognitivo; organização por grupos). [\[59\]](#)

AUSL MODENA. Evento “Caffè Alzheimer” como espaço de suporte a cuidadores (2025). [\[35\]](#)

Legge 15 marzo 2010, n. 38 (acesso a cuidados paliativos e terapia da dor) e síntese ministerial (princípios e inovações). [\[39\]](#)

MINISTERO DELLA SALUTE. “Dalla legge 38 del 2010 a oggi” (rede, padrões e paliativos precoces; relação com DM 77/2022). [\[40\]](#)

ELLIS G. et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Cochrane Review, 2017). [\[37\]](#)

AZIENDA SANITARIA LOCALE AT. Nota institucional de 02/02/2026 sobre cooperação com delegação brasileira (programa entre hospital e território; temas). [\[60\]](#)

BAILE WF. et al. SPIKES: six-step protocol for delivering bad news (The Oncologist, 2000). [\[61\]](#)

Evidências e notícias locais sobre o intercâmbio e inovação digital (Ospedale Virtuale). [\[62\]](#)

Exemplos de escolas italianas de especialização em geriatria (duração 4 anos; 240 CFU; objetivos formativos). [\[63\]](#)