

17-20
Dicembre
2025
Napoli

70^o C O N G R E S S O
N A Z I O N A L E
SIGG
LIBERI E LONGEVI

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



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

KEY FACTORS - FUNZIONE, DIGNITÀ E PREVENZIONE:

INTEGRARE I BISOGNI INVISIBILI NELLA SALUTE DELL'ANZIANO

Chukwuma Okoye

Università degli Studi di Milano-Bicocca

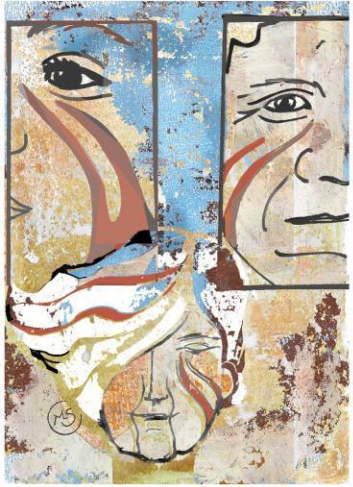
Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori



Fondazione IRCCS
San Gerardo dei Tintori



Sistema Socio Sanitario
Regione
Lombardia



17-20
Dicembre
2025
Napoli

70° CONGRESSO
NAZIONALE
SIGG
LIBERI E LONGEVI

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



AGENDA

- **Ciò che sembra invisibile:** i fattori chiave come componente strutturale di ICOPE
- **Dai sintomi alla dipendenza:** l'incontinenza urinaria come punto di svolta gestionale
- **ASK – ASSESS – TREAT:** integrare i bisogni sociali nella pratica clinica
- **Solitudine e vulnerabilità:** quando biologia e contesto sociale si incontrano
- **Quando la cura si sposta:** l'impatto nascosto sulla salute dei caregiver. Risultati dello studio *YES / CONSENT!*
- **Conclusioni**

QUELLO CHE SEMBRA INVISIBILE, EPPURE NON E'



Key factors in older people's health

- 11 Social care and support
- 12 Carer support
- 13 Urinary incontinence

Urinary incontinence

Care pathway to manage urinary incontinence



QUELLO CHE SEMBRA INVISIBILE, EPPURE NON E' (2)

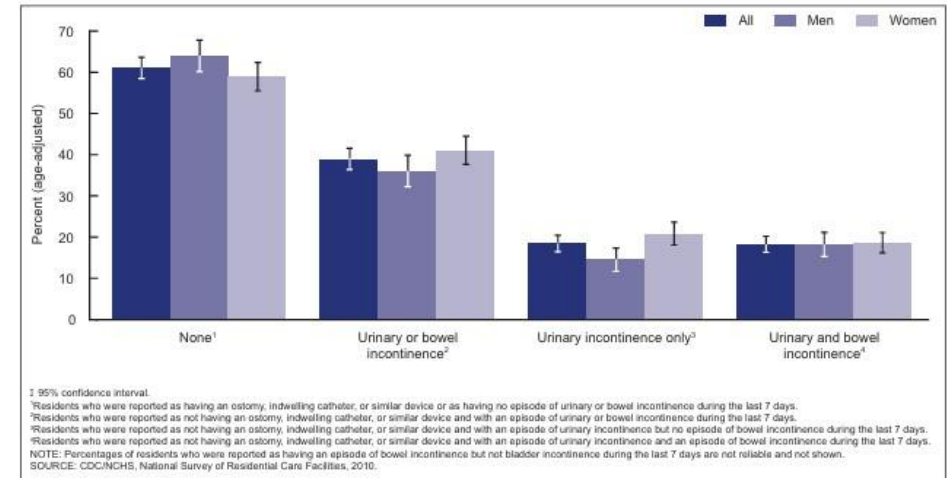
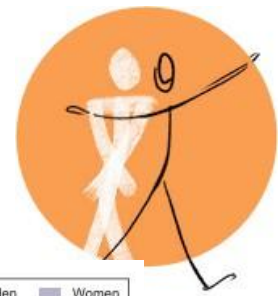
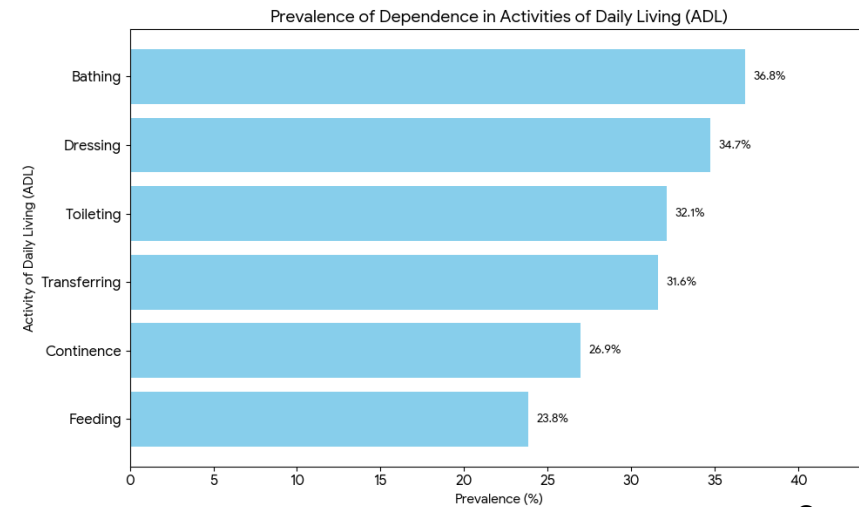


Figure 3. Age-adjusted incontinence among residential care facility residents aged 65 and over, by type of incontinence and sex: National Survey of Residential Care Facilities, 2010





ASSESS

Az. Ospedaliera San Gerardo di Monza Presidio San Gerardo U. O. Geriatria	MODULO	REV. O	Pag. 2/8
	SCALE DI VALUTAZIONE	GERSG-MO-019	

Nome: _____ Cognome: _____ Data ___/___/___

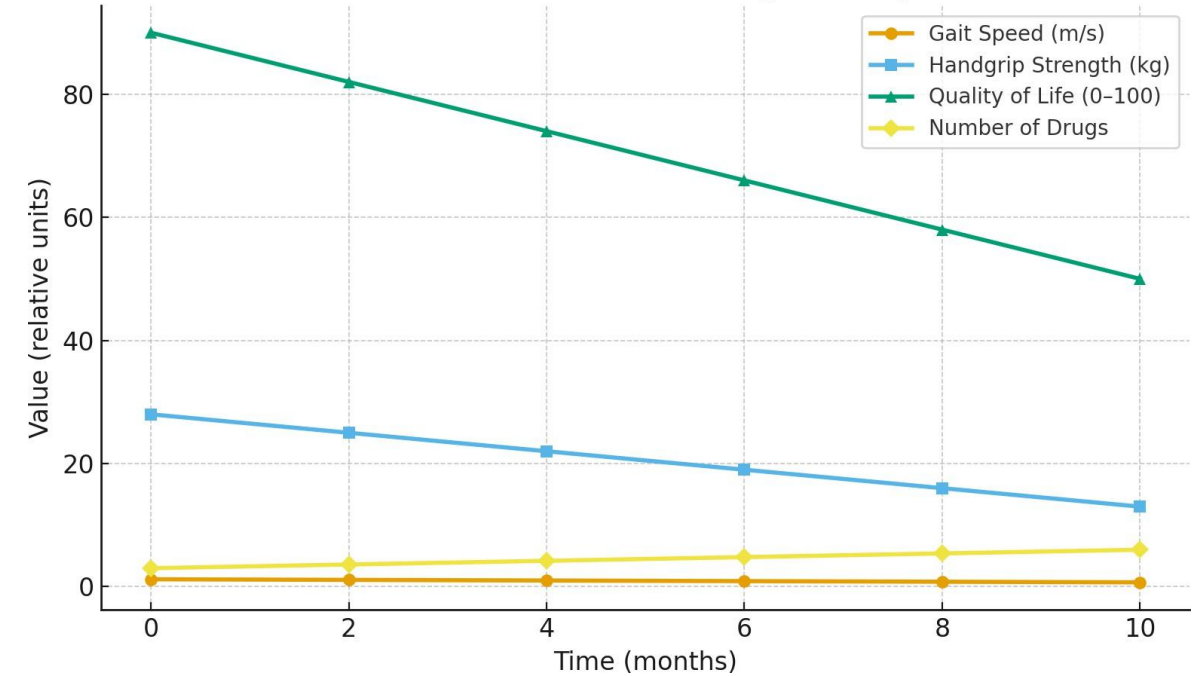
SCALA DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' QUOTIDIANE (A.D.L.) - INDICE DI KATZ*

1. LAVARSI	Bagno nella vasca o doccia	
- E' autonomo/a (entra ed esce dalla vasca o dalla doccia e pulisce tutte le parti del corpo senza aiuto)		1
- Riceve assistenza soltanto nella pulizia di UNA SOLA parte del corpo (es. schiena)		1
- Riceve assistenza nella pulizia di due o più parti del corpo (o non fa il bagno)		0
2. ABBIGLIAMENTO	Prendere gli abiti dall'armadio o dai cassetti e vestirsi, compresa la biancheria intima e l'allacciatura dei bottoni, lacci, cerniere o bretelle)	
- Prende i vestiti e li indossa senza bisogno di alcuna assistenza		1
- Prende i vestiti e li indossa senza bisogno di assistenza, eccetto che per l'allacciatura delle scarpe		1
- riceve assistenza per prendere i vestiti e vestirsi o rimane completamente o parzialmente svestito		0
3. ANDARE ALLA TOILETTE	(andare alla toilette per l'evacuazione di urine e feci; ripulirsi e rivestirsi)	
- Va alla toilette, si pulisce e si riveste senza ricevere assistenza (può usare strumenti per sorreggersi, come un bastone o una sedia a rotelle; o può utilizzare il vaso da notte svuotandolo al mattino)		1
- Riceve assistenza per andare alla toilette o per pulirsi o per rivestirsi o per l'utilizzo del vaso da notte		0
- Non è in grado di andare alla toilette per l'evacuazione di urine e feci		0
4. MOBILITA'		
- Esce ed entra dal letto, si siede e si alza dalla sedia senza bisogno di assistenza (anche usando strumenti per sorreggersi, come un bastone)		1
- Riceve assistenza per entrare o uscire dal letto o sedersi o alzarsi dalla sedia		0
- E' allettato		0
5. ALIMENTAZIONE		
- Si alimenta da solo/a, senza assistenza		1
- Si alimenta da solo/a, eccetto che per alcune operazioni (tagliare la carne o imbrattare il pane)		1
- Riceve assistenza per alimentarsi; viene alimentato/a, parzialmente o completamente, per mezzo di sonde o liquidi per via parenterale		0
6. CONTINENZA		
- Controlla correttamente e autonomamente l'evacuazione di urine e feci		1
- E' saltuariamente incontinente		0
- E' necessaria una supervisione; utilizza il catetere; è incontinente		0

L'incontinenza urinaria **non è solo un sintomo**

- è un evento che **rompe l'autonomia pratica**
- **genera bisogno di aiuto continuo**
- **segna una soglia**

Functional Decline Cascade Following Urinary Incontinence

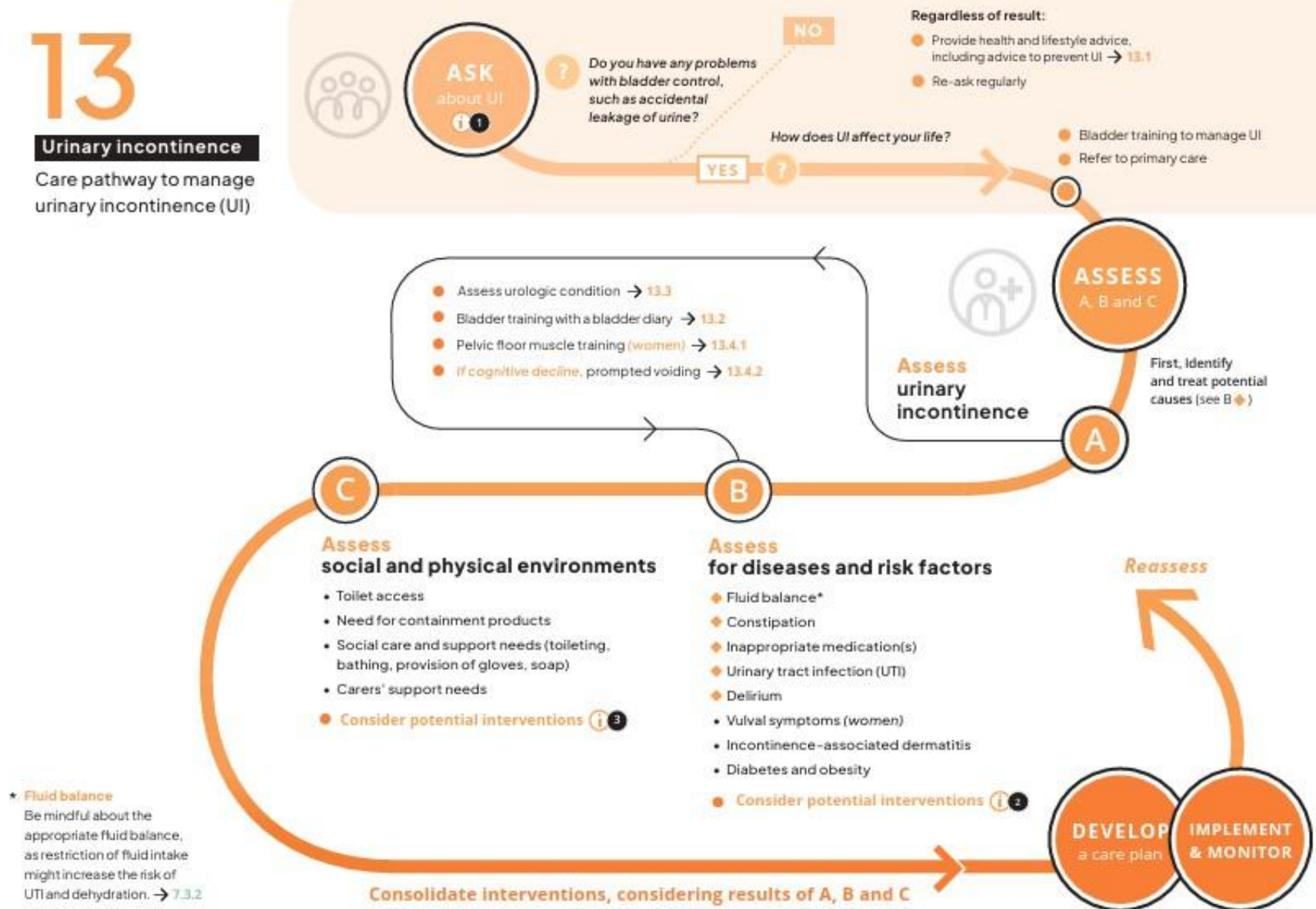


Sidney Katz nel 1963 costruì le **ADL** non come elenco di funzioni biologiche, ma come **misura di dipendenza assistenziale**.

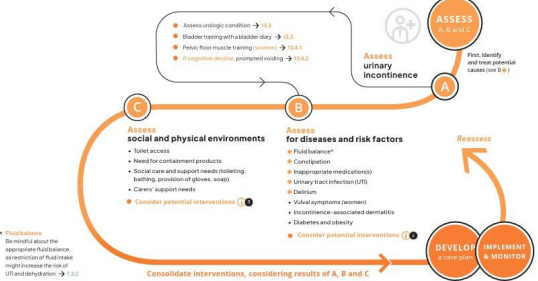
13

Urinary incontinence

Care pathway to manage urinary incontinence (UI)



* **Fluid balance**
Be mindful about the appropriate fluid balance, as restriction of fluid intake might increase the risk of UTI and dehydration. → 7.3.2



* Fluid balance: Dehydration plus the appropriate fluid balance, as well as fluid intake, might increase the risk of UTI and dehydration. → 13.2

TREAT

WHAT SEEMS INVISIBLE IS NOT

Urinary Incontinence as a Marker of Functional Vulnerability

Pelvic Floor Muscle Training (PFMT)

Restoring Internal Control

- Neuromuscular Coordination
- Voluntary Continence
- Early Functional Decline

“Strengthening what cannot be seen.”

Prompted Voiding

Restoring External Support

- Cognitive Impairment
- Reduced Initiative
- Environmental Disconnection

“Guiding what is too often overlooked.”

Why this belongs among ADLs (Katz)

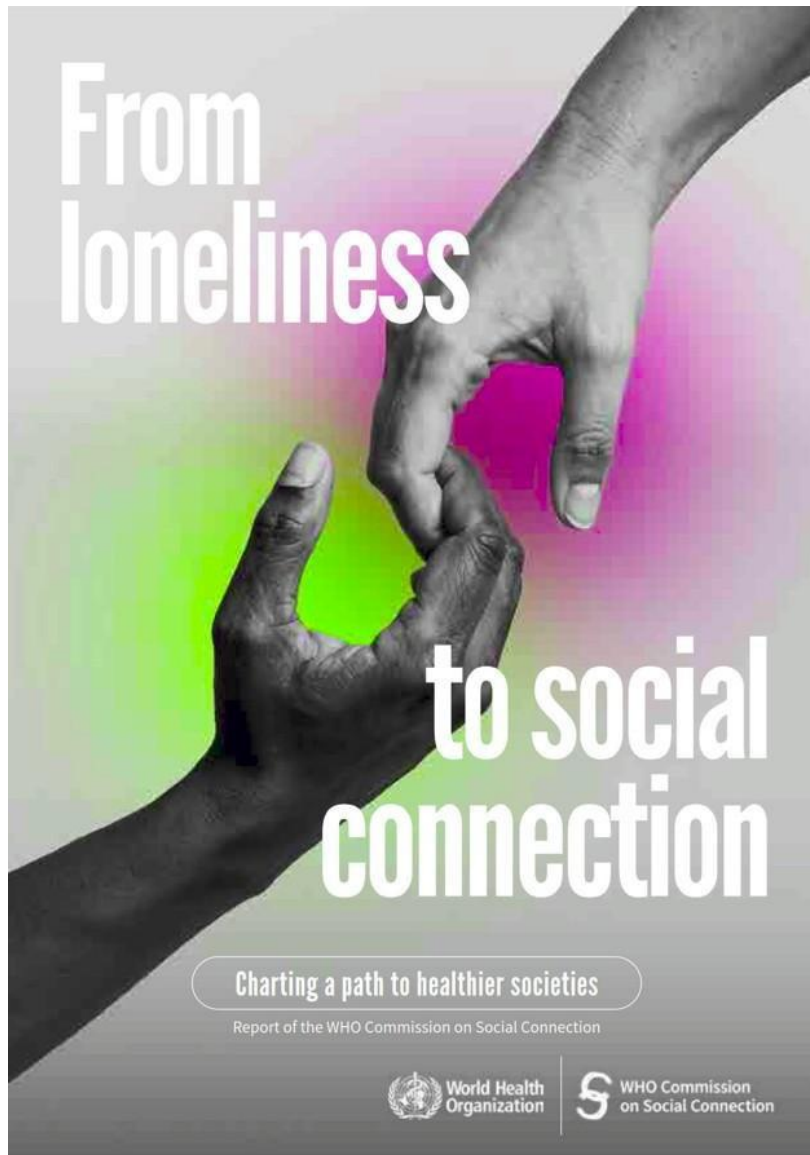
- A Threshold of Dependency
- Body & Environment Together
- Visible Care for Invisible Needs

Incontinence is visible. Vulnerability is not.

Social care and support

Care pathway for social care and support

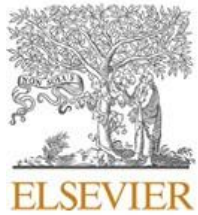




ASK

72% of the global population feels very or fairly connected to others, with minimal differences between genders and age groups

Older adulthood, often marked by life events like retirement, bereavement and loss of social contacts, carries a higher risk of social isolation, with **one in four older adults** estimated to be experiencing **social isolation**



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Frontiers in Neuroendocrinology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/yfrne



Review article

The impact of loneliness and social isolation on the development of cognitive decline and Alzheimer's Disease

Yi Ren ^{c,d,e}, Aisouda Savadlou ^{a,e,f,1}, Soobin Park ^{a,e,f,1}, Paul Siska ^{a,e,f}, Jonathan R. Epp ^{c,d,e}, Derya Sargin ^{a,b,e,f,*}

^a Department of Psychology, University of Calgary, Canada

^b Department of Physiology & Pharmacology, University of Calgary, Canada

^c Department of Cell Biology and Anatomy, University of Calgary, Canada

^d Cumming School of Medicine, University of Calgary, Canada

^e Hotchkiss Brain Institute, University of Calgary, Canada

^f Alberta Children's Hospital Research Institute, University of Calgary, Canada



The majority of the potential mechanisms underlying the association between loneliness and dementia have been attributed **to the changes in the HPA axis, neuroinflammatory markers and/or affected by the cognitive reserve hypothesis.**

ASSESS



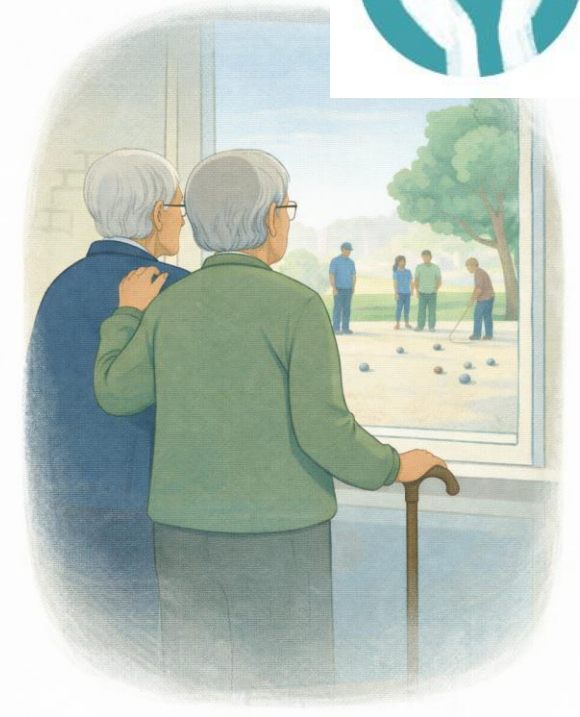
Do you have problems with your home, for example, house condition, location, safety?



Do you often have insufficient funds to pay for your food, housing and health care costs?



Do you often feel lonely?



Do you have difficulty in pursuing leisure interests and other activities that are important to you?

TREAT



- Consider home adaptation
- Consider alternative accommodation
- Consider referral to social welfare or community housing programmes



- Consider referral to social services for access to social protection (pensions, grants, allowances)
- Consider referral for financial advice
- Provide advice on delegation of financial decision-making with protection against financial abuse, if needed



- Provide support to address challenging personal relationships
- Provide a list of opportunities for social activities, volunteering in the community
- Provide advice and support with using digital technology to maintain contact with friends and family



- Provide advice on services that support participation, for example, subsidized transport, free activities and discounts for older people
- Provide support to maintain contact with trusted organizations and institutions, including religious or spiritual networks and leaders





11.4

Abuse of older people



Around one in six older people experience some form of abuse (57), a figure higher than previously estimated (58). Abuse can take many forms, including neglect, psychological, physical, sexual and financial (including property and inheritance rights). Anyone can experience abuse, but there are a number of risk factors that make an older person more vulnerable, notably, cognitive decline, poor mental or physical health, and disability. Other factors include social isolation, history of abuse, family violence or conflict, ethnic background and low income or living in poverty. Although not often recognized or adequately tackled, violence against women continues in older age. In 2018, for women aged 60 and over the lifetime prevalence of physical and/or intimate partner violence is 23% (59).

During any interaction, a community health worker should look for signs of despair, fear and poor eye contact and note the physical appearance and hygiene of the older person, such as the state of their nails, skin and grooming. → **3.5**

Social care and support

Care pathway for social care and support



CLINICAL GERIATRICS - SHORT COMMUNICATIONS

Abuse in older adults with communicating disorders: a step forward in this understanding?

Luca Tagliafico^{1,2}, Andrea Molinelli^{2,3}, Luisa Ientile¹, Gabriella Biffa⁴,
Francesca Riccardi⁴, Alessio Nencioni^{1,2}, Patrizio Odetti¹,
Fiammetta Monacelli^{1,2}

¹ Geriatrics Clinic, Department of Internal Medicine and Medical Specialties (DIMI), University of Genoa, Genoa, Italy; ²IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genoa, Italy; ³DISSAL, Department of Health Science-Legal and Forensic Department Section, University of Genoa, Genoa, Italy;

⁴ Clinical Psychology and Psychotherapy Unit, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genoa, Italy

Elder Assessment Instrument (EAI)

I General Assessment	Very Good	Good	Poor	Very Poor	Unable to Assess
1. Clothing					
2. Hygiene					
3. Nutrition					
4. Skin integrity					
5. Additional Comments:					
II Possible Abuse Indicators	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
6. Bruising					
7. Lacerations					
8. Fractures					
9. Various stages of healing of any bruise or fracture					
10. Evidence of sexual abuse					
11. Statement by elder re: abuse					
12. Additional Comments:					
III Possible Neglect Indicators	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
13. Contractions					
14. Deceit					
15. Dehydration					
16. Diarrhea					
17. Depression					
18. Infection					
19. Malnutrition					
20. Urine burns					
21. Poor hygiene					
22. Failure to respond to warning of obvious disease					
23. Inappropriate medications (under/over)					
24. Repetitive hospital admissions due to probable failure of health care surveillance					
25. Statement by elder re: neglect					
26. Additional Comments:					
IV Possible Exploitation Indicators	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
27. Misuse of money					
28. Evidence of financial exploitation					
29. Reports of demands for goods in exchange for services					
30. Inability to account for money/property					
31. Statement by elder re: exploitation					
32. Additional Comments:					

V Possible Abandonment Indicators	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
33. Evidence that a caretaker has withdrawn care precipitously without alternate arrangements					
34. Evidence that elder is left alone in an unsafe environment for extended periods of time without adequate support					
35. Statement by elder re: abandonment					
36. Additional Comments:					
VI Summary	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
37. Evidence of abuse					
38. Evidence of neglect					
39. Evidence of exploitation					
40. Evidence of abandonment					
41. Additional Comments:					

VII Comments and Follow-up

Adapted from: Fulmer, T., & Cahill, V.M. (1984). Assessing elder abuse: A study. *Journal of Gerontological Nursing*, 10(12), 16-20; Fulmer, T. (2003). Elder abuse and neglect assessment. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(6), 4-5; Reprinted from *Journal of Emergency Nursing*, 10(3), Fulmer, T., Street, S., & Carr, K. Abuse of the elderly: Screening and detection, pp. 131-140. Copyright 1984, with permission from The Emergency Nurses Association.

12



Carer support

Care pathway to support carers





When talking with the carer, make sure to do it privately, in a separate room without the older person

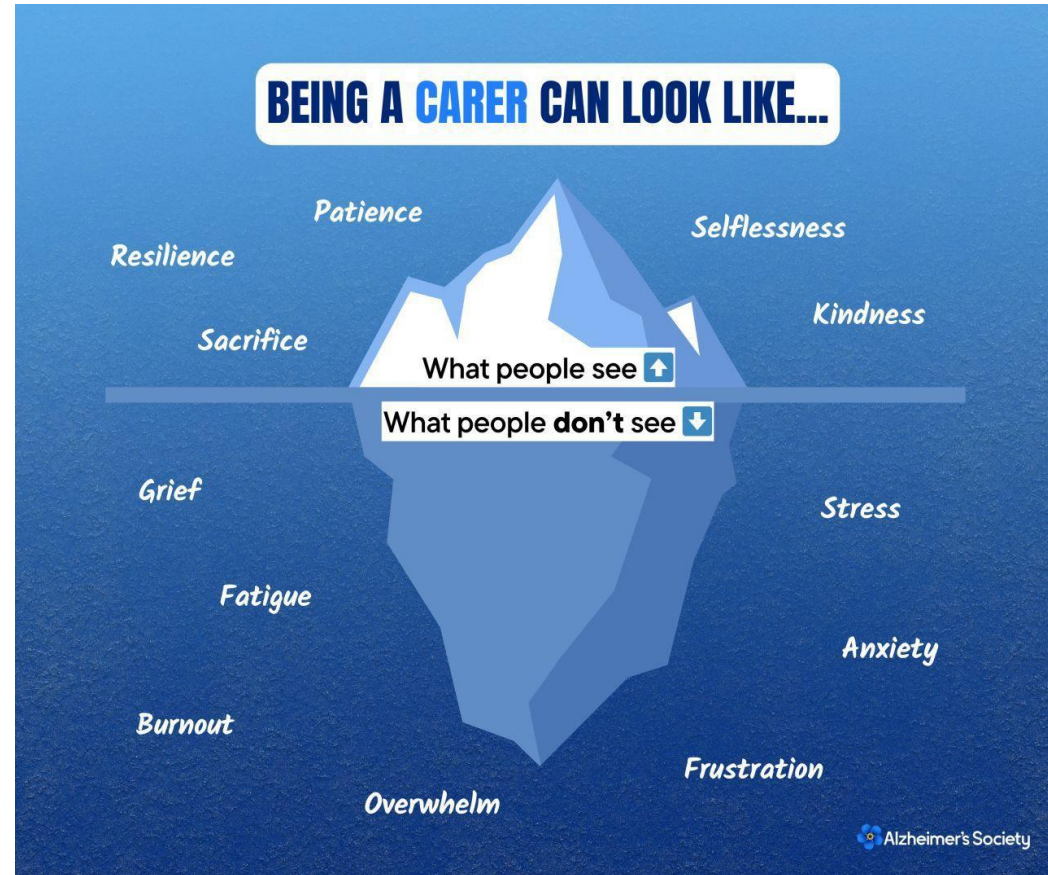
-  *Do you feel supported in your role as a carer?*
-  *Do you feel confident in your ability to provide care?*

ASK



70% of carers report that their mental or physical health has been negatively affected

Eight carers share their experience





ELSEVIER

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



Original Study

“Yes, I Consent!” Prevalence and Role of Guardianship in Older Inpatients: Findings From an Italian Multicenter Survey



Chukwuma Okoye MD^{a,b,c}, Susanna Gentili MD^c, Chiara Ceolin MD^{c,d,*},
Alberto Zucchelli MD^{c,e}, Luca Soraci MD^f, Roberto Presta MD^g, Serena Bertocchi MD^h,
Noemi Pardini MDⁱ, Alice Margherita Ornago MD^c, Dorotea D’Angelo MD^j, Diana Lelli MD^k,
Francesco Salis MD^l, Caterina Trevisan MD^{c,j},
Maria Beatrice Zazzara MD^{m,n}, on behalf of the “Yes, I Consent!” Working Group[†]

WEBINAR

“YES, I CONSENT”



26 giugno 2023

ore 17:00 - 18:30



Indagine sul ricorso all’amministrazione di sostegno in pazienti ricoverati presso i reparti di Geriatria, Ortogeriatria e Medicina Interna

Il Consenso informato rappresenta un diritto costituzionale inderogabile dell’individuo e nessun familiare ha il diritto di esprimere un consenso all’atto medico per conto del paziente, a meno che non sia stato legalmente riconosciuto in precedenza. La legge 219/2017 riconosce un ruolo nel processo di cura alla figura dell’amministratore di sostegno, al quale spetta il supporto fino al vicariamento del paziente nella decisione, tenendo conto dei desideri precedentemente espressi o di eventuali disposizioni anticipate di trattamento, tutelando i diritti delle persone prive in tutto o in parte di autonomia sia fisica che psichica e mantenendo fin tanto possibile la capacità di autodeterminazione e di azione del paziente. L’iniziativa partirà il 3 luglio p.v. e durerà fino al 5 agosto p.v.: il mese di luglio sarà quindi dedicato alla tematica dell’amministratore di sostegno e tutore legale nel paziente anziano.

INTRODUZIONE

Dott. Chukwuma Okoye (Università Milano-Bicocca)

IL PUNTO DI VISTA DEL CLINICO

Dott.ssa Valeria Calsolaro (AOU Pisana)

IL PUNTO DI VISTA DELL’AVVOCATO

Avv. Paolo Moscatelli (Foro di Firenze)

IL PUNTO DI VISTA DELL’ASSISTENTE SOCIALE OSPEDALIERO

Dott.ssa Desireè Longo (Fondazione Policlinico Gemelli IRCSS)

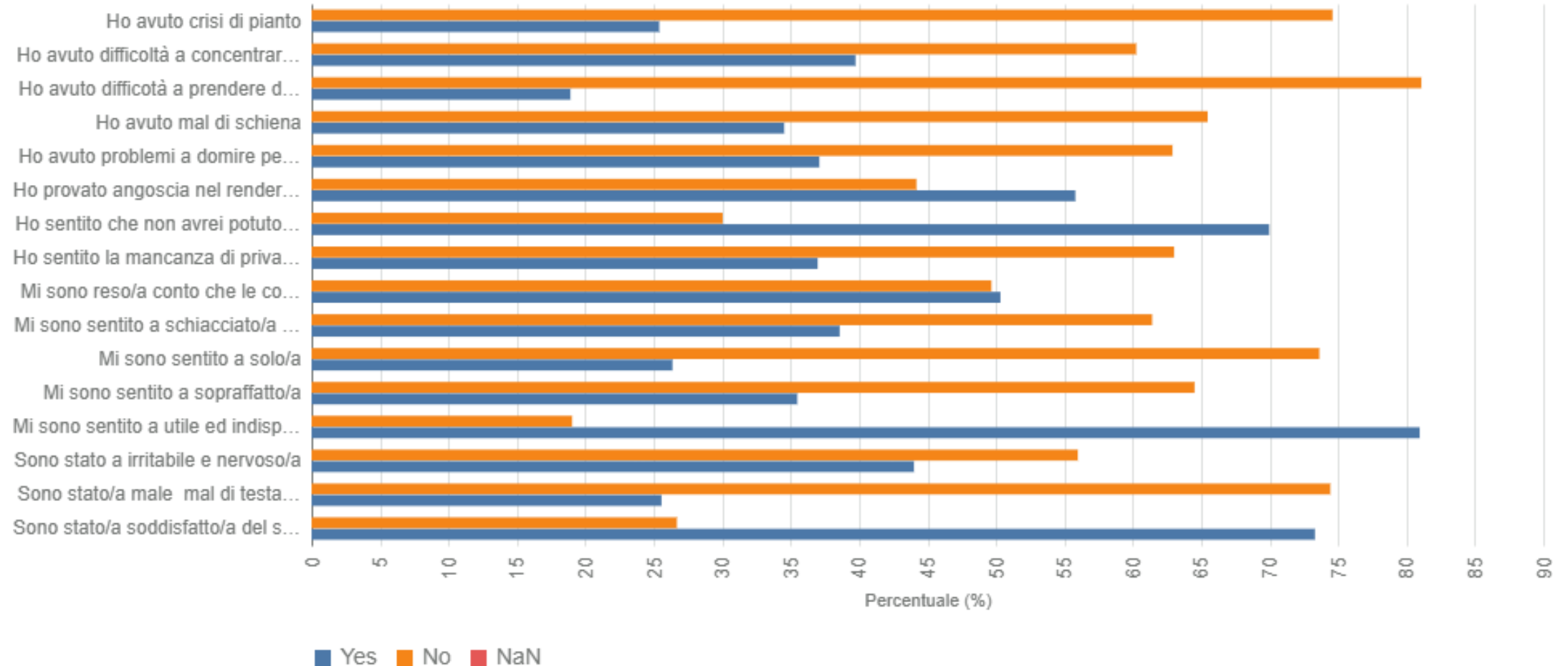
LO STUDIO “YES, I CONSENT!”

Dott.ssa Maria Beatrice Zazzara (Fondazione Policlinico Gemelli IRCSS)



ASSESS

Percentuali di Risposte dei Caregiver (Ultima Settimana)



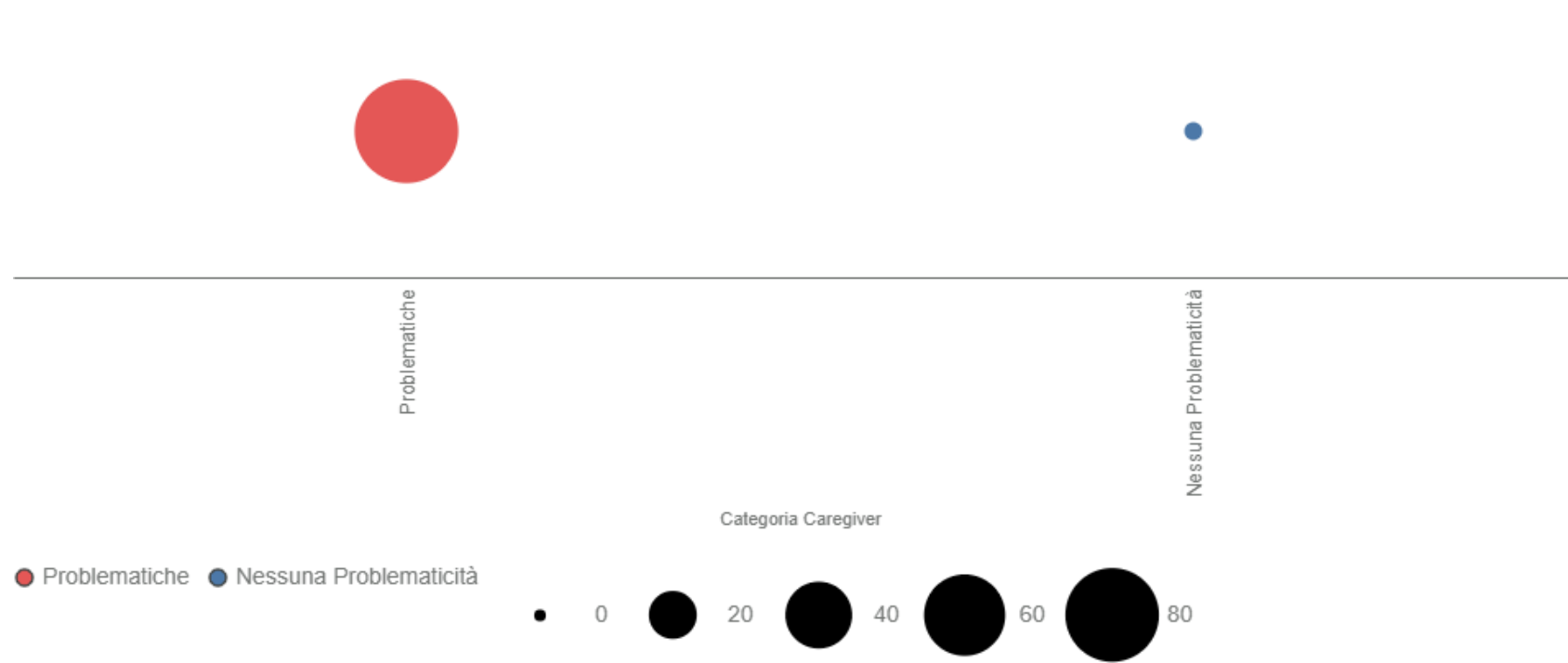
ASSESS

RISPOSTE PIU' FREQUENTI:

1. **Aver sentito di non poter lasciare il familiare solo:** Questa è la difficoltà più comune, con il 70.0% di risposte "Sì".
2. **Angoscia per il cambiamento del familiare:** Il 52.1% ha provato angoscia nel rendersi conto che il familiare è cambiato.
3. **Mancanza di privacy/tempo per sé:** Circa la metà dei caregiver (49.7%) ha sentito la mancanza di tempo da dedicare a sé stesso/a.
4. **Senso di sopraffazione:** Il 46.8% si è sentito sopraffatto/a.
5. **Irritabilità e nervosismo:** Il 41.6% dei caregiver si è dichiarato irritabile e nervoso/a.
6. **Difficoltà a concentrarsi:** Il 39.7% ha avuto difficoltà a concentrarsi su ciò che stava facendo.

ASSESS

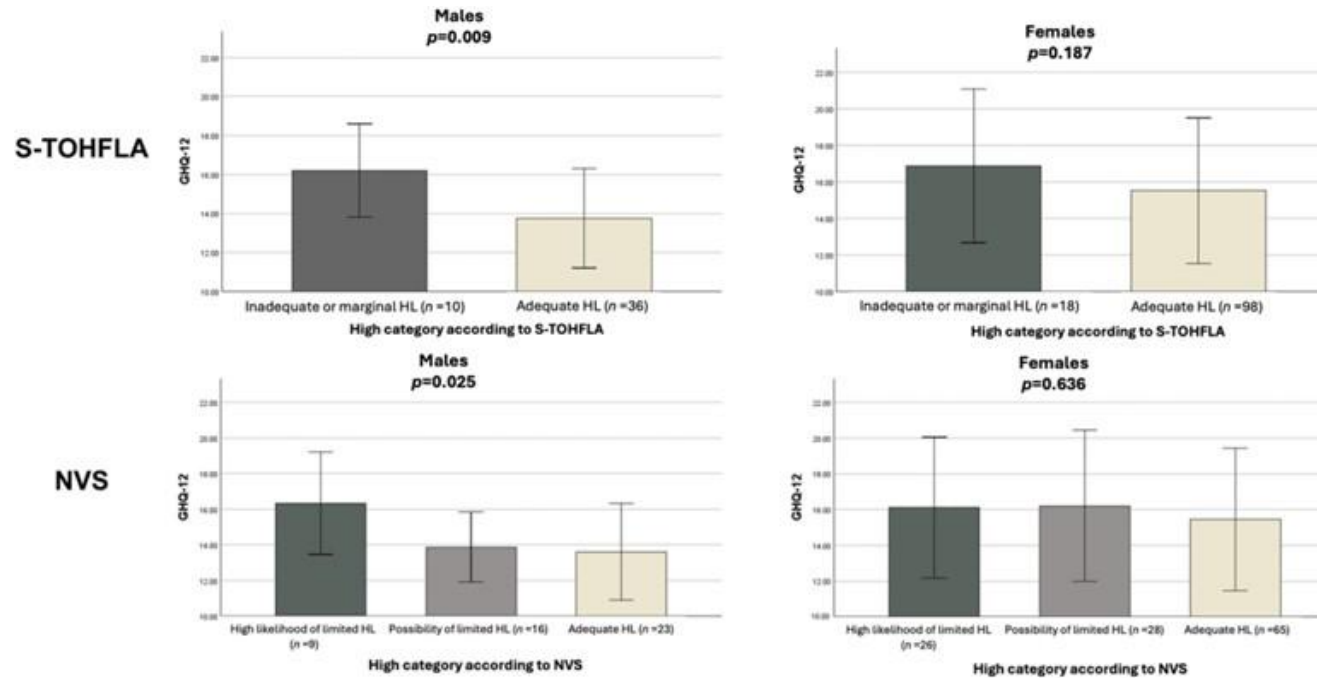
Rapporto Percentuale tra Caregiver con e senza Problematiche



Solamente 6 su 420 caregivers non riportavano problematiche stress-associate

Article
Gender Differences in the Relationship Between Health Literacy and Stress Among Caregivers of Older Adults with Dementia

Chiara Lorini ^{1,2,*}, Rita Manuela Bruno ³, Enrico Mossello ^{4,5}, Yari Longobucco ¹, Primo Buscemi ⁶, Annamaria Schirripa ⁶, Barbara Giammarco ⁶, Giuseppe Albora ⁶, Duccio Giorgetti ⁶, Massimiliano Alberto Biamonte ⁶, Letizia Fattorini ⁶, Gemma Giusti ¹, Lisa Rigon ⁶, Giulia Rivasi ^{4,5}, Andrea Ungar ^{4,5} and Guglielmo Bonaccorsi ^{1,2}



Functional HL and higher caregiving commitment—reflected by the number of care tasks performed and the severity of the care-recipient’s condition—significantly affect caregivers’ stress

12.4 Support for carers



A range of support may be needed including direct help and support from paid care workers and organizations, assistive products and home modifications to facilitate the provision of care, especially if the carer is living with the person being cared for, psychosocial support to address anxiety or depression, and respite care. Provision of information and training for carers is also important.

Health workers and community stakeholders can create a network to share available resources for the training of carers and where to access psychosocial and other forms of support. Peer support groups for carers may be included or combined with other interventions as part of multicomponent interventions to support carers. Digital assistive products can be useful in supporting carers in their role, both through enabling those receiving care to continue doing things for themselves and providing carers with tools to improve the quality of care they can provide (Box 12.1).

TREAT

Supporting Caregivers:

From Invisible Strain to Visible Solutions



Training

Education to enhance skills and coping strategies



Respite Care

Relief from caregiving through temporary, alternative support



Psychological Interventions

Counseling, therapy, and support groups to address emotional needs



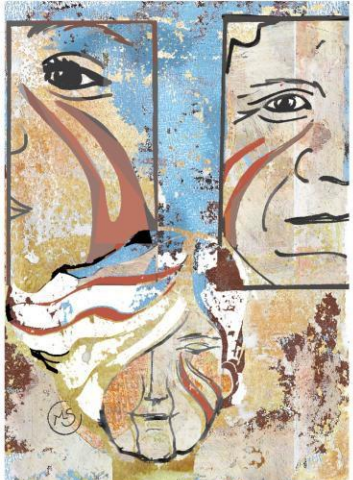
Financial Support

Assistance and advice to alleviate monetary concerns

Support makes visible the silent struggles and hidden sacrifices of those who care.

Conclusioni

- **L'approccio ICOPE integra tre dimensioni inseparabili:** i bisogni sociali, i segnali precoci di perdita funzionale e il ruolo dei caregiver.
- L'incontinenza urinaria non è solo un sintomo, **ma una soglia che trasforma la vulnerabilità sociale** in dipendenza funzionale.
- Quando i bisogni sociali non vengono riconosciuti, **l'assistenza viene delegata in modo informale e invisibile ai caregiver**
- Prendersi cura dei caregiver significa **proteggere la sostenibilità** e la qualità della cura stessa



17-20
Dicembre
2025
Napoli

70° CONGRESSO
NAZIONALE
SIGG
LIBERI E LONGEVI

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



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

**KEY FACTORS - FUNZIONE, DIGNITÀ E PREVENZIONE:
INTEGRARE I BISOGNI INVISIBILI NELLA SALUTE DELL'ANZIANO**

Chukwuma Okoye

Università degli Studi di Milano-Bicocca

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori



Fondazione IRCCS
San Gerardo dei Tintori



Sistema Socio Sanitario
Regione
Lombardia