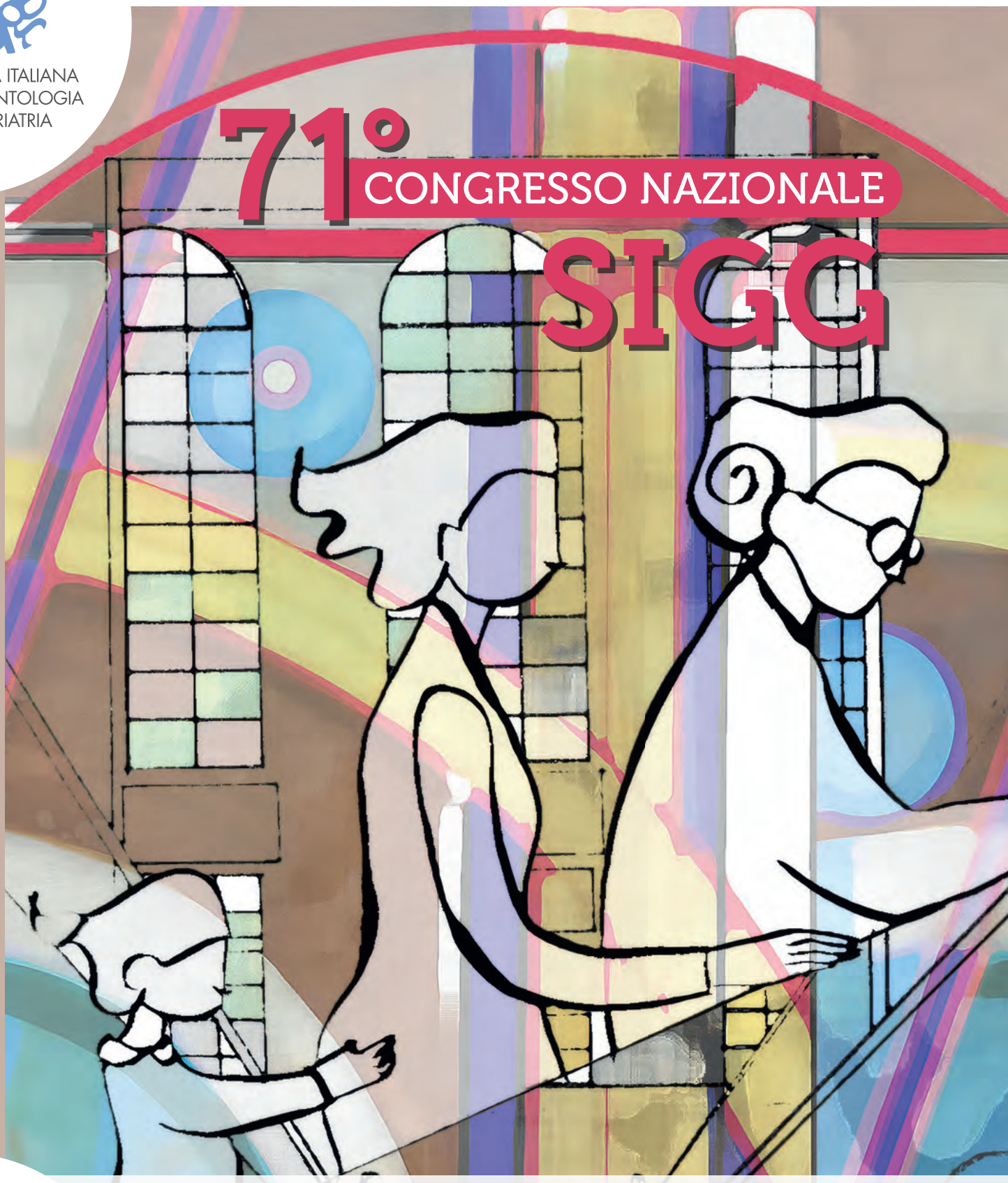
SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

71° CONGRESSO NAZIONALE SIGG



THE LONGEVITY VILLAGE

PACINI
EDITORE
MEDICINA

ATTI CONGRESSUALI

Napoli, 25 - 28 novembre 2026

INDICE

71° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

AREA PREVENZIONE NUTRIZIONALE, METABOLICA E LONGEVITÀ

SIMPOSIO
IL CONTINUUM DELLA PREVENZIONE NUTRIZIONALE

NUTRIZIONE E SALUTE DEL MICROBIOTA
Andrea Ticinesi 2

MEET THE EXPERT
NUOVI SCENARI NELLA PREVENZIONE METABOLICA PRIMARIA E SECONDARIA

FARMACI ANTIDIABETICI E ANTIOBESITÀ PER LA LONGEVITÀ
Maria Rosaria Rizzo, Maria Sole Scaccino, Irene Di Meo 3

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

CORRELAZIONE DELLO STATO METABOLICO E IMMUNO-NUTRIZIONALE, CON POTENZIALI BIOMARCATORI DI FRAGILITÀ: ESPERIENZA DELLA BIOGERT
Giulio Barone, Stefano Emanuele Pellegrino, Giulia Frank, Giulia Alaimo, Giulia Consolini, Alessio De Rose, Chiara Paliotta, Silvia Santini, Lorenzo Romano, Gemma Lou De Santis, Valentina Rovella, Francesca Pacifici, David Della Morte Canosci 4

DETERMINANTI NUTRIZIONALI E FUNZIONALI DI MORTALITÀ IN PAZIENTI ANZIANI OSPEDALIZZATI
Dario Chinetti, Paolo Politi, Giuseppe La Porta, Giovanna Marini, Giorgia Martello, Matilde Tovaglieri, Matteo Residori, Paolo Gonzato, Chiara Morichetti, Andrea Maria Maresca 5

ASSOCIAZIONE TRA RISCHIO DI PLACCA CAROTIDEA E PARAMETRI ANTROPOMETRICI: RISULTATI DELLO STUDIO LONGEVITY CHECK-UP 8+ (LOOKUP 8+)
Vittoria Ingrosso, Claudia Massaro, Antonella Risoli, Martina Persia, Federica Cucinotta, Barbara Russo, Matteo Vaccarella, Giorgio Ozino Caligaris, Riccardo Calvani, Francesco Landi 6

AREA PREVENZIONE VACCINALE E DELLE INFEZIONI TRASMISSIBILI PER LA LONGEVITÀ

LETTURA

INTERROMPERE IL CIRCOLO VIZIOSO DELLE INFEZIONI RESPIRATORIE RICORRENTI: COME LE EVIDENZE DEGLI STUDI CLINICI E I DATI REAL-WORLD DELLO STUDIO REACH RIDEFINISCONO IL RUOLO DI OM-85
Gerardo Palmiero 8

MEET THE EXPERT
LE NUOVE SFIDE PER IL CONTRASTO ALL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA NELL'ANZIANO

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI MULTIRESISTENTI
Monica Torrin 8i

OPZIONI ANTIMICROBICHE NELLA GESTIONE DELLE INFEZIONI DA CATETERE VESCICALE E DA LESIONI CUTANEE NELL'ANZIANO
Stefania Giordano, Leonardo Alborghetti 10

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP IN GERIATRIA PER ACUTI: IMPLEMENTAZIONE PRELIMINARE DI UN MODELLO BASATO SU ANTIBIOTIC TIME-OUT E AUDIT PROSPETTICI CON FEEDBACK

Francesca Cincera, Tommaso Lupia, Roberto Presta, Francesca Canta, Enrico Brunetti, Francesco Giuseppe De Rosa, Mario Bo 11

ANZIANI VS VACCINAZIONI: LE BARRIERE MULTIDIMENSIONALI ALLA VACCINAZIONE NEGLI ANZIANI OSPEDALIZZATI (RISULTATI PRELIMINARI)

Giovanni Saccon, Federica Argento, Claudia Canitano, Antonio Caracciolo, Pierluigi Carrelli, Laura Andreea Ceparano, Giovanni Curcio, Antonio Di Maio, Maria Grazia Landi, Francesco Manfredonia, Alessandro Orrera, Pasquale Pezzella, Ivana Serino, Annachiara Vassallo, Valeria Zanobbi, Dario Leosco, Giuseppe Rengo, Leonardo Bencivenga 12

IL GAP VACCINALE IN ONCOGERIATRIA: RUOLO DI FRAGILITÀ, ISTRUZIONE E PERFORMANCE COGNITIVA

Stefania Peruzzo, Silvia Ottaviani, Luca Tagliafico, Alessio Nencioni, Fiammetta Monacelli 13

AREA PREVENZIONE DELLA FRAGILITÀ COGNITIVA E IMMUNOLOGICA PER LA LONGEVITÀ

MEET THE EXPERT SIGG-AIP
FRAGILITÀ COGNITIVA E NEUROINFIAMMAZIONE

RISERVA COGNITIVA E STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO: DALL'MCI ALLA DEMENZA NEL CONTINUUM DELLA FRAGILITÀ

Angelo Bianchetti 15

LETTURA

IL RUOLO DELLA CITICOLINA NEL PERCORSO CLINICO DEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA

Pietro Gareri 15

SIMPOSIO SIGG-SIAAIC
ALLERGO-IMMUNO-GERIATRIA IN TEMA DI FRAGILITÀ

LOW-GRADE INFLAMMATION: IMPLICAZIONI SULLA FRAGILITÀ

Luca Tagliafico 16

IMMUNOTERAPIA ALLERGENICA IN GERIATRIA

Maria Teresa Ventura 17

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

BIOMARCATORI PLASMATICI DI NEURODEGENERAZIONE E FRAGILITÀ FISICA

Marina De Rui, Chiara Ceolin, Sabrina Pigozzo, Adele Ravelli, Giulia Musso, Mario Virgilio Papa, Giorgia Boscolo Camiletto, Silvia Sturani, Martina Montagnana, Luca Busetto, Alessandra Coin, Anna Bertocco, Chiara Curreri, Bruno Micael Zanforlini, Eleonora Fiorenzato, Angelo Antonini, Maria Devita, Giuseppe Sergi 18

ASSOCIAZIONE TRA DNA MITOCONDRIALE CIRCOLANTE E PROFILO COGNITIVO IN UNA POPOLAZIONE GERIATRICA SENZA DEFICIT COGNITIVO MODERATO-SEVERO: STUDIO PILOTA

Silvia Turini, Gianluca Bufi, Maria Napoleone, Noemi Pardini, Elena Carlino, Benedetta Giacomelli, Sandra Bacciardi, Rachele Antognoli, Sara Rogani, Filippo Niccolai, Tessa Mazzarone, Valeria Calsolaro, Alessandro Mengozzi, Agostino Virdis 19

SINDROME DEPRESSIVA E AUTONOMIA FUNZIONALE NELL'ANZIANO NON ISTITUZIONALIZZATO: UNO STUDIO TRASVERSALE

Maria Grazia Landi, Federica Argento, Claudia Canitano, Laura Andreea Ceparano, Giovanni Curcio, Antonio Di Maio, Francesco Manfredonia, Giovanni Saccon, Pasquale Pezzella, Annachiara Vassallo, Valeria Zanobbi, Dario Leosco, Giuseppe Rengo, Leonardo Bencivenga 19

AREA PREVENZIONE DELLA SALUTE DELL'OSSO E LONGEVITÀ

MEET THE EXPERT
OSTEOPOROSI: BIOLOGIA DELL'OSSO E NUOVE STRATEGIE TERAPEUTICHE

MECCANISMI PATOGENETICI DELL'OSTEOPOROSI E TARGET TERAPEUTICI
Giuseppe Sergi, Chiara Ceolin, Anna Bertocco, Marina De Rui 20

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

INFORMAZIONE E SALUTE OSTEOMUSCOLARE NEI CENTRI ANZIANI
Cassandra Tutino, Chiara Morichetti, Paolo Politi, Francesca Di Giambattista, Marianna Marinelli, Andrea Maria Maresca 21

DETERMINANTI DELL'IMPLEMENTAZIONE DELLA GESTIONE DELL'OSTEOSARCOPENIA: UN'INDAGINE NAZIONALE TRA CLINICI ITALIANI DI DIVERSE SPECIALITÀ
Chiara Ceolin, Gaetano Paride Arcidiacono, Giovanni Adami, Giulia Rivasi, Ciro Menale, Caterina Trevisan, Lorenzo Sanesi, Francesco Salis, Biagio Palmisano, Federica Bellone 22

VALUTAZIONE ECOGRAFICA DEL MUSCOLO VASTO LATERALE E HANDGRIP COME PREDITTORI DI MORTALITÀ NELL'ANZIANO CON FRATTURA DI FEMORE
Maria Francesca Bisignano, Gaia Rubbieri, Giulio Mannarino, Alessandro Cartei, Alice Ceccofiglio, Anna Giannolo, Gianluca Polidori, Margherita Lordi, Giuseppe Dario Testa, Giulia Rivasi, Andrea Ungar 23

SPESSORE ECOGRAFICO DEL MUSCOLO TENAR COME BIOMARCATORE DI VULNERABILITÀ NEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO
Lucia Fasciani, Nelson Anzoletti, Rosa Scurti, Michela Giansante, Claudia Paolini, Fabrizio Cedrone, Francesca Coccina, Sante Donato Pierdomenico 24

RUOLO DEL NURSING PER LA PROMOZIONE DELLA LONGEVITÀ

LETTURA

L'ARCHITETTO DELLA LONGEVITÀ: NUOVI PARADIGMI DEL NURSING TRA PROSSIMITÀ, TECNOLOGIA E RESILIENZA
Serafina Fiorillo, Alfredo Buffone, Isabella Bartalotta 25

SIMPOSIO
IL FUTURO DELLA CURA - PROSSIMITÀ E DIGITALIZZAZIONE

PREVENIRE PER PRENDERSI CURA: NUOVI ORIZZONTI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA TERRITORIALE
Stefano Mantovani 27

LA CASA PROATTIVA E LA RIVOLUZIONE DIGITALE: MONITORAGGIO INVISIBILE E DOMOTICA ASSISTENZIALE PER GLI ANZIANI
Serafina Fiorillo, Rosita Romanò, Angela Coscarella, Isabella Bartalotta 28

SIMPOSIO
CLINICAL GOVERNANCE E STRATEGIE DI PREVENZIONE DELLA FRAGILITÀ

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E LA PREVENZIONE DELLE CADUTE: LE ULTIME EVIDENZE
Anna Castaldo 29

SIMPOSIO
SALUTE OLISTICA E STILI DI VITA: PREVENIRE IL DECLINO

STILI DI VITA E BENESSERE PSICOLOGICO: COME POSSIAMO PREVENIRE IL DEFICIT COGNITIVO?
Gabriele Pascarella Vitale 30

I PILASTRI DELLA LONGEVITÀ: NUTRIZIONE, IDRATAZIONE E STILI DI VITA COME TERAPIE
Stefano Eleuteri, Roberta D'Elia 32

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E LONGEVITÀ

MEET THE EXPERT
L'OTTIMIZZAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA NELLO SCOMPENSO CARDIACO OLTRE LA FRAZIONE D'EIEZIONE

PROTEZIONE CARDIORENALE NELL'ANZIANO CON HFPEF
Giuseppe Armentaro, Angela Sciacqua 33

MEET THE EXPERT
LA SINDROME CORONARICA CRONICA: A PATIENT-CENTERED APPROACH

LA DISLIPIDEMIA ATEROGENA NEL PAZIENTE ANZIANO: DAGLI ATTUALI IPOLIPEMIZZANTI ALL'INIBIZIONE DELLA CHOLESTERYL ESTER TRANSFER PROTEIN (CETP)
Francesco Bellanti 34

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

FRAGILITÀ E PROGNOSI A 12 MESI NEI PAZIENTI ANZIANI CON SCOMPENSO CARDIACO: UNO STUDIO AMBULATORIALE
Emma Esposito, Alberto Finazzi, Eleonora Cucini, Martina Marelli, Brando Bagnoli, Alex Bolandrini, Natalia Difrancesco, Milena Frasson, Luca Ippoliti, Roberta Osella, Adriana Antonella Bruni, Chukwuma Okoye, Giuseppe Bellelli 34

FENOTIPIZZAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA SCOMPENSO CARDIACO A FRAZIONE D'EIEZIONE PRESERVATA
Domenico Martire, Martina Crasà, Fabiana Vescio, Gianluca Cortese, Federica Fazio, Carlo Fuoco, Carlo Alberto Pastura, Giandomenico Severini, Valentino Condoleo, Sofia Miceli, Raffaele Maio, Giuseppe Armentaro, Angela Sciacqua 35

OLTRE IL CUORE: CARATTERIZZAZIONE DEL FENOTIPO GERIATRICO NELL'AMILOIDOSI CARDIACA DA TRANSTIRETINA WILD-TYPE
Carla Recupero, Matteo Tosato, Riccardo Calvani, Francesca Graziani, Rosa Lillo, Maria Chiara Meucci, Giulia Iannaccone, Claudio Di Brango 36

IPOTENSIONE ORTOSTATICA NELL'ANZIANO IPERTESO: QUANDO I SINTOMI FANNO LA DIFFERENZA
Michele Vinci, Giulia Rivasi, Marco Capacci, Maria Francesca Bisignano, Alessandra Liccardo, Giulia Spanalatte, Vincenzo Giosuè Giambusso, Greta Ceccarelli, Virginia Gori, Eleonora Rizzi, Leila Alberti, Gilda Zondini, Alessandro Mengozzi, Agostino Virdis, Mario Bo, Giorgio Basile, Enrico Mossello, Andrea Ungar 37

AUTOIMMUNITÀ E BLOCCO ATRIOVENTRICOLARE NELL'ADULTO E NELL'ANZIANO: PREVALENZA, INCIDENZA E IMPATTO CLINICO DEGLI ANTICORPI ANTI-RO/SSA CIRCOLANTI IN UNA COORTE CONSECUTIVA DA UN SINGOLO CENTRO DI RIFERIMENTO
Viola Salvini, Iacopo Bertolozzi, Maria Lucia Galassi, Riccardo Accioli, Decoroso Verrengia, Simone Radi, Anna Cantore, Gerti Brahimi, Clara Macheda, Daniela Merlotti, Silvia Petri, Priscilla Paradisi, Eleonora Bencini, Fabiola Papaleo, Costanza Ginanneschi, Pier Leopoldo Capecchi, Brunetta Porcelli, Barbara Marzocchi, Olga Colavecchio, Maria Infantino, Marcello Fiorini, Mariangela Manfredi, Pietro Enea Lazzerini 38

AREA SALUTE SESSUALE E LONGEVITÀ

SIMPOSIO
SALUTE SESSUALE E LONGEVITÀ: UNA NUOVA DIMENSIONE DELL'HEALTHY AGEING

L'EDUCAZIONE SESSUALE IN ETÀ EVOLUTIVA
Paolo Valerio 39

SESSUALITÀ, BENESSERE RELAZIONALE E QUALITÀ DELLA VITA NELL'ANZIANO
Stefano Eleuteri, Gabriele Marinetti 40

AREA PREVENZIONE DEI DISTURBI DEL SONNO E LONGEVITÀ

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

FENOTIPIZZAZIONE DI PAZIENTI CON APNEE OSTRUTTIVE DEL SONNO E ASSOCIAZIONE CON IL DECLINO COGNITIVO
Ilaria Gareri, Filippo Capilupi, Valentino Condoleo, Giandomenico Severini, Giuseppe Armentaro, Corrado Pelaia, Pasquale Loiacono, Maria Rosangela Scarcelli, Mario De Marco, Francesco Maruca, Alberto Panza, Marilisa Panza, Sofia Miceli, Raffaele Maio, Angela Sciacqua 42

RELAZIONE TRA DISTURBI RESPIRATORI IN SONNO E SALUTE OSSEA NELL'ANZIANO: ANALISI TRASVERSALE AL BASELINE NELLO STUDIO SOMNUS-DARE
Marco Salvi, Irene Zucchini, Margherita Soglia,Beatrice Dossi, Crescenzo Testa, Elisa Galli, Valeria Ribattezzato, Giulia Taroni, Andrea Melpignano, Irene Pollara, Carlotta Mutti, Liborio Parrino, Marcello Maggio 43

DISTURBI DEL SONNO E SARCOPENIA NELL'ANZIANO: STUDIO OSSERVAZIONALE TRASVERSALE
Giacomo De Cao, Maria Cristina Bianchini, Matilde La Rosa, Mariangela De Vito, Costanza Lucchi, Andrea Bellotti, Chiara Petrucci, Alice Campion, Dorotea D'Angelo, Martina Lombardi, Monica Cardi, Cristiana Galuppi, Vincenzo Duraccio, Maria Lucia Bursi, Edoardo Locatelli, Francesca Remelli, Stefano Volpato, Caterina Trevisan 43

CARATTERISTICHE DEL SONNO SOGGETTIVE E OGGETTIVE IN RELAZIONE ALLA FRAGILITÀ: RISULTATI PRELIMINARI DEGLI STUDI DARE FALLSPREDICT
Francesco Palmese, Fabrizio Gravina, Luca Bettazzoni, Maria Colotti, Thomas Fiumana, Angela Berardi, Marcello Sicbaldi, Paola Di Florio, Lorenzo Chiari, Marco Domenicali, Alessandro Silvani 44

L'INSONNIA NEL FRAMEWORK DELLA CAPACITÀ INTRINSECA: UN'ALTERNATIVA MISURA DI VITALITÀ?
Claudia Canitano, Pasquale Pezzella, Federica Argento, Antonio Caracciolo, Giovanni Curcio, Antonio Di Maio, Maria Grazia Landi, Francesco Manfredonia, Giovanni Saccon, Annachiara Vassallo, Valeria Zanobbi, Laura Andrea Ceparano, Dario Leosco, Giuseppe Rengo, Leonardo Bencivenga 45

AREA APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA E DEPRESCRIBING PER L'INVECCHIAMENTO IN SALUTE E LA LONGEVITÀ

MEET THE EXPERT
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E SICUREZZA FARMACOLOGICA NELL'ANZIANO

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E INTERAZIONI FARMACOLOGICHE
Luca Soraci 47

LETTURA

SOTTOUTILIZZO DELLA NALDEMEDINA NEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON OPPIOIDI: EVIDENZE REAL-WORLD DALLA PRATICA CLINICA ITALIANA
Arturo Cuomo, Franco Radaelli, Silvia Calabria, Melania Leogrande, Marco Capacci, Monica Torrini, Luca Degli Esposti, Andrea Ungar 47

PROVA PRATICA

DEPRESCRIBING E LONGEVITÀ IN SALUTE: DALLA POLIFARMACOTERAPIA AL RECUPERO FUNZIONALE NELL'ANZIANO
Roberto Presta, Elena Page 50

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

PROGETTO DI MEDICATION REVIEW E DEPRESCRIBING NEI PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI IN U.O.C. GERIATRIA DELL'OSPEDALE DI STATO DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO
Elena Allocca, Chiara Gasperoni, Silvana Ruli, Enrico Rossi 51

IL DEPRESCRIBING NELLA POPOLAZIONE AMBULATORIALE GERIATRICA
Jacopo Usai, Chiara Mussi, Lorenzo Luppi, Agnese Vestri, Marco Bertolotti..... 51

LA FRAGILITÀ COME PREDITTORE INDIPENDENTE DI REAZIONI AVVERSE AI FARMACI (ADR) IN PAZIENTI ANZIANI OSPEDALIZZATI: ANALISI DELLO STUDIO SENATOR
Giorgia Laureti, Alfonso J. Cruz-Jentoft, Adalsteinn Gudmundsson, Roy L. Soiza, Denis O'Mahony, Alessia Beccacece, Barbara Carrieri, Mirko Di Rosa, Antonio Cherubini..... 52

TOLLERABILITÀ ED EFFICACIA DELLA NALDEMEDINA NELLA STIPSI INDOTTA DA OPPIOIDI IN UNA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE: STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO MONOCENTRICO
Maria Francesca Dell'Anno, Raffaele Antonelli Incalzi, Claudio Pedone..... 53

AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E LONGEVITÀ

SIMPOSIO
NUOVI MODELLI DI ASSISTENZA TERRITORIALE PER L'ANZIANO FRAGILE

OSPEDALE A DOMICILIO
Vittoria Tibaldi, Roberto Presta, Enrico Brunetti, Mario Bo..... 54

TELEMEDICINA E TELEMONITORAGGIO NELL'ASSISTENZA ALL'ANZIANO FRAGILE
Alessandra Coin 55

LETTURA

WELFARE, SILVER ECONOMY E SOSTENIBILITÀ DELL'INVECCHIAMENTO
Longevità attiva e intelligenza artificiale: nuove prospettive per la sostenibilità dell'assistenza agli anziani non autosufficienti
Nicola Ferrara..... 56

SIMPOSIO GRUPPO "LA CURA NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA"

RESPONSABILITÀ ETICA E GIURIDICA DEL CAREGIVER
Renzo Pegoraro..... 56

IL CAREGIVER FAMILIARE NEL CONTESTO DEL FINE VITA. FORMAZIONE E SOSTEGNO AL CAREGIVER
Flavia Caretta 57

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

ANALISI DELLA PREVALENZA DEI FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI PER LA DEMENZA NELLA POPOLAZIONE ANZIANA AFFERENTE ALLA SOC DI GERIATRIA TERRITORIALE
Valeria Baiano, Alessandro Picci, Angela Riccardi, Stephanie Pivetta, Debora Donnini, Alessandro Cavarape 58

IL PROGETTO ANZIANO FRAGILE: CURE SU MISURA TRA AMBULATORIO E DOMICILIO
Giovanna Marini, Martina Biotto, Giorgia Martello, Martina Mercuri, Cassandra Tutino, Chiara Morichetti, Andrea Maria Maresca 59

REALIZZAZIONE DI UNA MAPPA DELLA FRAGILITÀ NELL'ANZIANO RESIDENTE IN COMUNITÀ
Nicole Alessandrini, Gianluca Bianco, Massimo Barbieri, Carlo Barbieri, Monica Mezzone, Giovanni Melgazzi, Stefania Cossi, Alberto Zucchelli, Alessandro Morandi, Andrea Pilotto, Giulia Grande, Antonio Licordari, Elena Belli, Enrico Burato, Alessandro Padovani, Alessandra Marengoni..... 60

FORMULA 100: STUDIO INTERVENTISTICO MULTIDOMINIO ICOPE-LIKE PER LA PROMOZIONE DELL'INVECCHIAMENTO IN SALUTE NEL TERRITORIO DI MONZA

Camilla Tocci, Maria Cristina Ferrara, Lucia Brigatti, Elena Kimberly Page, Anna Vanoncini, Flavia Sandi, Annalisa Sironi, Giorgio Mauri, Alberto Saporito, Manuela Grimoldi, Margherita Mangiaracina, Alessia Longoni, Lizbeth Principe, Alberto Finazzi, Elena Pinardi, Chukwuma Okoye, Paolo Mazzola, Achille Lex, Giuseppe Bellelli..... 61

AREA PREVENZIONE DELLA SOLITUDINE E PROMOZIONE DELLA RESILIENZA PER LA LONGEVITÀ

LETTURA

ASPETTI PSICO-SOCIALI E CONSAPEVOLEZZA DEGLI ABUSI SUGLI ANZIANI: I RISULTATI DELLA SURVEY INTERSOCIETARIA "SI-CARE"

Anna Castaldo, Fabio Monzani, Alessandra Coin, Palma Dicorato, Martina Lombardi, Maurizio Gasperi, Graziamaria Corbi, Enrica Ciccarelli, Pasquale Mone..... 62

SIMPOSIO
CONTRASTARE ISOLAMENTO SOCIALE E SOLITUDINE NELL'ANZIANO: DALLA BIOLOGIA AGLI INTERVENTI INNOVATIVI

SOLITUDINE, ISOLAMENTO SOCIALE E DEMENZA: IMPLICAZIONI NEUROPSICOLOGICHE E CLINICHE

Adele Ravelli..... 63

IL PUNTO DI VISTA DELLE PERSONE ANZIANE: VIDEO DI ESPERIENZE REAL-LIFE

Margherita Mangiaracina..... 63

APP, TECNOLOGIE E PROGETTI INNOVATIVI SUL TEMA
Dall'analisi dei bisogni alla progettazione partecipativa di un'applicazione a supporto delle relazioni sociali

Valentina Rossi, Ombretta Gaggi, Sabrina Cipolletta..... 64

POSTER

AGEISMO 68
APPROPRIATEZZA E REVISIONE 71
BIOGERONTOLOGIA 76
CARDIOLOGIA GERIATRICA 81
CURE PALLIATIVE 95
DELIRIUM 103
DEMENZA 108
DEPRESSIONE 124
DIABETE E DISTURBI METABOLICI 126
DISTURBI DEL SONNO 129
DOLORE CRONICO E TERAPIA DEL DOLORE 132
ENDOCRINOLOGIA GERIATRICA 135
EPIDEMIOLOGIA 136
ESERCIZIO FISICO 140
FARMACOLOGIA 141
FRAGILITÀ 143
GASTROENTEROLOGIA ED EPATOLOGIA 164
INFEZIONI 167
LONG TERM CARE 172
MALATTIE RESPIRATORIE 175
MISCELLANEA 178
NEFROLOGIA 183
NEUROLOGIA 184
NUOVE TECNOLOGIE E DOMOTICA 185
NUTRIZIONE E MALNUTRIZIONE CLINICA 187
ONCOLOGIA GERIATRICA 191
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E MODELLI DI CURA 194
ORTOGERIATRIA 205
PSICOGERIATRIA 210
SARCOPENIA 213

© Copyright by Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

ISBN 979-12-5771-118-4

Immagine di copertina: M. Letizia Scarpelli, Art Department SIGG

L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni. Le fotocopie per uso personale del lettore (per propri scopi di lettura, studio, consultazione) possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico, escluse le pagine pubblicitarie, dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dalla Legge n. 633 del 1941 e a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi: https://www.clearedi.org

Grafica e impaginazione: Pacini Editore Srl, Via Gherardesca, 56121 Pisa.

Pubblicato online da Pacini Editore Srl, Pisa, novembre 2026.

www.sigg.it



71° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

THE LONGEVITY VILLAGE

Relazioni

AREA PREVENZIONE NUTRIZIONALE, METABOLICA E LONGEVITÀ

SIMPOSIO
IL CONTINUUM DELLA PREVENZIONE NUTRIZIONALE

NUTRIZIONE E SALUTE DEL MICROBIOTA

Andrea Ticinesi

Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Ferrara

Il microbiota intestinale è un ecosistema complesso e dinamico di microorganismi che stabiliscono una relazione bidirezionale con l'organismo ospite. I polimorfismi genetici che regolano la funzione del sistema immunitario intestinale e, soprattutto, l'insieme delle esposizioni ambientali, uniche per ogni individuo nel corso della vita, contribuiscono a definire un'elevata variabilità inter-individuale nel microbiota umano. Tale variabilità si accentua nell'invecchiamento, quando, a causa di fenomeni di senescenza cellulare, inizia a venire meno il controllo del sistema immunitario sulla proliferazione di specie microbiche potenzialmente dannose, con un conseguente incremento della permeabilità intestinale e attivazione cronica della risposta infiammatoria [1]. Tale squilibrio fra simbionti e patogeni opportunisti contribuisce al fenomeno dell'inflammaging e si correla a maggiori livelli di fragilità e all'insorgenza di diverse patologie croniche di organi lontani dall'apparato digerente. Il microbiota, infatti, sembra in grado di stabilire degli "assi" fisiopatologici con il cervello, il muscolo, l'osso, il tessuto adiposo, il rene e i polmoni, condizionandone la funzione nell'età avanzata [1].

La nutrizione rappresenta il principale determinante ambientale della salute del microbiota, fin dalla nascita e per tutta l'età adulta. Una corretta alimentazione, in particolare una dieta conforme ai principi della Dieta Mediterranea, è associata a una maggior rappresentazione nel microbiota intestinale di specie batteriche in grado di modulare favorevolmente la salute metabolica dell'organismo, per esempio attraverso la sintesi di acidi grassi a catena corta (2). Tra queste specie si riconoscono in particolare i Bifidobatteri, la cui persistenza in elevate rappresentazioni nel microbiota è tipica dei centenari e quindi associata alla longevità [3].

Secondo lo studio NU-AGE, nell'anziano la Dieta Mediterranea si associa a un miglioramento nei marker

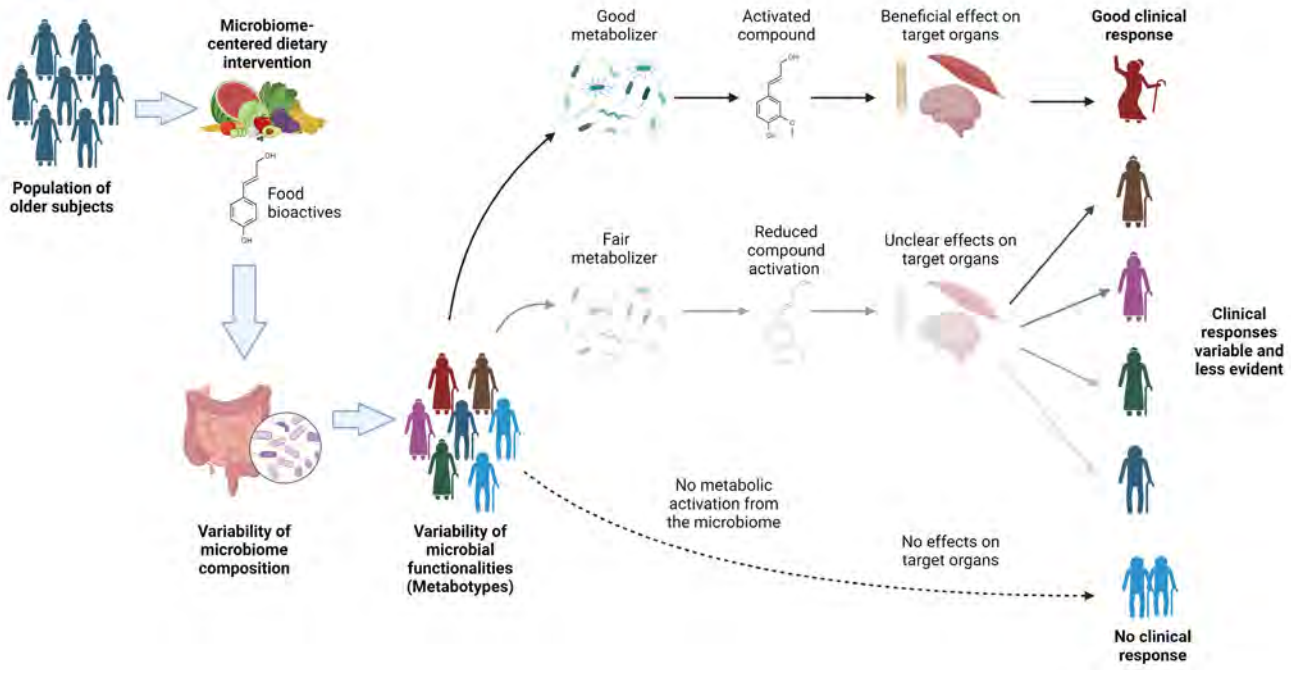


Figura 1. Esemplificazione del concetto di metabotipo del microbiota intestinale applicata alla nutrizione in ambito geriatrico (creata con BioRender, www.biorender.com).

di fragilità e infiammazione e a una migliore performance cognitiva che correla positivamente con le modifiche nella composizione del microbiota [4]. Tuttavia, qualsiasi intervento nutrizionale, nel soggetto anziano, presenta una variabilità inter-individuale nella risposta che dipende dalle condizioni preesistenti del microbiota. Questo principio vale anche per gli interventi con nutraceutici o prebiotici, la cui risposta fisiologica per l'organismo dipende da biotrasformazioni messe in atto da specifiche funzionalità dei batteri intestinali, che non sono ugualmente distribuite nella popolazione. Si possono quindi identificare dei "metabotipi" di microbiota, responsabili della variabilità nella risposta clinica alla somministrazione di specifici integratori nutrizionali [1]. È per esempio il caso delle urolitine, composti polifenolici presenti in alcuni alimenti di origine vegetale, che possono dare benefici per la salute muscolare e cognitiva del soggetto anziano solo in presenza di specifici metabotipi (Figura 1). In questo scenario, lo studio del microbiota intestinale nel soggetto anziano è di cruciale importanza per mettere in atto interventi nutrizionali personalizzati [1,5].

Bibliografia

1 Ticinesi et al. Nat Rev Endocrinol 2026
2 Ticinesi et al. Aging Clin Exp Res 2024
3 Santos-Pujol et al. Cell Rep Med 2025
4 Ghosh et al. Gut 2020
5 Ratiner et al. Nat Rev Microbiol 2024

MEET THE EXPERT
NUOVI SCENARI NELLA PREVENZIONE METABOLICA PRIMARIA E SECONDARIA

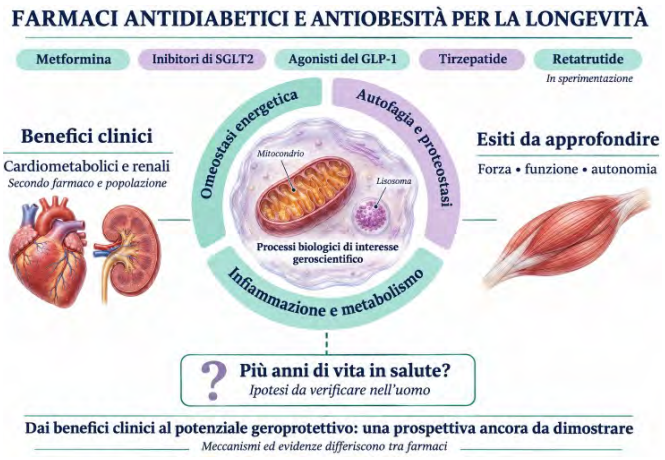
FARMACI ANTIDIABETICI E ANTIOBESITÀ PER LA LONGEVITÀ

Maria Rosaria Rizzo, Maria Sole Scaccino, Irene Di Meo

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Avanzate - Università della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

I farmaci antidiabetici e antiobesità potrebbero contribuire alla longevità in salute modulando il metabolismo energetico, i meccanismi di riparazione e rinnovamento cellulare e la risposta allo stress, con la prospettiva di ritardare l'insorgenza della multimorbilità [1,2].

La metformina influenza il metabolismo mitocondriale e le vie AMPK/mTOR, coinvolte nell'autofagia e nella crescita cellulare. La riduzione dell'iperinsulinemia e dell'infiammazione potrebbe limitare il danno associato all'età. MILES ha documentato modificazioni di vie metaboliche e di riparazione del DNA nell'anziano [3], senza dimostrare un prolungamento della sopravvivenza.
Gli agonisti del GLP-1 riducono appetito, adiposità e disfunzione metabolica, attenuando stimoli proinfiammatori e danno vascolare. I segnali proteomici ed epigenetici restano esplorativi [4]. Nei topi femmina anziani, semaglutide ha migliorato i parametri funzionali e prolungato la vita [5]. Nell'uomo, SELECT ha dimostrato una riduzione del 20% del rischio relativo di eventi cardiovascolari maggiori in persone con sovrappeso/obesità e malattia cardiovascolare, senza diabete [6]; STEP-HFpEF ha evidenziato benefici su sintomi e capacità di esercizio nello scompenso associato a obesità [7].
Tirzepatide, agonista duale GIP/GLP-1, integra il controllo dell'appetito e del metabolismo. In SUMMIT ha ridotto il rischio di morte cardiovascolare o di peggioramento dello scompenso nell'obesità con frazione di eiezione preservata, soprattutto grazie a una riduzione degli eventi di scompenso [8]. Retatrutide, triplo agonista GIP/GLP-1/glucagone, ha mostrato una marcata efficacia sul calo ponderale [9].
Gli inibitori di SGLT2 favoriscono glicosuria e natriuresi, riducendo il sovraccarico cardiorenale. La perdita energetica potrebbe attivare risposte protettive. Nei modelli murini, canagliflozin ha favorito l'eliminazione immunomediata di cellule senescenti [10]. DAPA-CKD ha documentato protezione renale e riduzione della mortalità anche senza diabete [11].



Sebbene il possibile contributo alla longevità in salute resti da dimostrare, i farmaci antidiabetici e antiobesità aprono nuove prospettive per la longevità in salute, attraverso effetti metabolici e di protezione d'organo che potrebbero contribuire a ritardare la multimorbilità e il declino funzionale. Resta tuttavia da chiarire quanto i benefici clinici osservati si traducano in più anni vissuti in autonomia, soprattutto negli anziani fragili e nei grandi anziani. In questa prospettiva, la valutazione multidimensionale è essenziale per personalizzare il trattamento e orientarlo alla preservazione della funzione e della qualità di vita.

Bibliografia

1 Kulkarni AS et al. Aging Cell. 2022
2 Grycan M et al. Int J Mol Sci. 2026
3 Kulkarni AS et al. Aging Cell. 2018
4 Bijoch J. J Clin Med. 2026
5 Feng Y et al. Nature. 2026
6 Lincoff AM et al. N Engl J Med. 2023
7 Kosiborod MN et al. N Engl J Med. 2023
8 Packer M et al. N Engl J Med. 2025
9 Jastreboff AM et al. N Engl J Med. 2023
10 Katsuumi G et al. Nat Aging. 2024
11 Heerspink HJL et al. N Engl J Med. 2020

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

CORRELAZIONE DELLO STATO METABOLICO E IMMUNO-NUTRIZIONALE, CON POTENZIALI BIOMARCATORI DI FRAGILITÀ: ESPERIENZA DELLA BIOGERT

Giulio Barone, Stefano Emanuele Pellegrino, Giulia Frank, Giulia Alaimo, Giulia Consolini, Alessio De Rose, Chiara Paliotta, Silvia Santini, Lorenzo Romano, Gemma Lou De Santis, Valentina Rovella, Francesca Pacifici, David Della Morte Canosci

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Roma

Scopo del lavoro

Secondo l'OMS, la fragilità è una condizione clinica caratterizzata da una ridotta capacità dell'organismo di rispondere efficacemente agli stress aumentando la vulnerabilità dell'individuo verso outcome negativi [1]. La fragilità conclamata viene, dunque, considerata una condizione irreversibile, in cui i meccanismi di compensazione dell'organismo sono gravemente compromessi o esauriti [2]. La pre-fragilità, invece, rappresenta uno stato intermedio in cui il soggetto conserva ancora un certo grado di capacità di risposta agli stress. Tuttavia, ad oggi, non esiste una valutazione univoca per identificare i soggetti pre-fragili, in cui un intervento tempestivo può prevenire la progressione verso condizioni irreversibili. Pertanto, lo scopo del presente studio, è stato quello di identificare biomarcatori che, in associazione ad una valutazione olistica del paziente, ed in particolare con lo sato immuno-nutrizionale, siano in grado di permettere il riconoscimento precoce del soggetto pre-fragile, migliorando la qualità di vita del paziente, preservandone l'autonomia.

Materiali e metodi

A partire da ottobre 2022 è stata istituita la prima biobanca di Geriatria del Policlinico di Tor Vergata, la BioGert, in cui sono stati arruolati, 150 pazienti geriatrici che rispettassero specifici criteri di inclusioni ed esclusioni. I pazienti sono stati sottoposti a valutazione clinica multidimensionale per la quantificazione del loro stato di fragilità. Inoltre sono stati prelevati campioni sangue per la valutazione biochimica di parametri immunologici e infiammatori, dai quali sono stati ricavati i parametri immuno-nutrizionali. Dai campioni di siero, inoltre, è stato effettuato un dosaggio quantitativo delle concentrazioni di SIRT1 tramite saggio immunoenzimatico (ELISA).

Risultati

I risultati evidenziano un incremento del rapporto tra neutrofili/linfociti (NLR) e piastrine/linfociti (PLR), indice di uno stato infiammatorio e ossidativo, in associazione all'incremento di PCR e del SII (indice di infiammazione immunitaria sistemica). Inoltre, i pazienti risultano caratterizzati da uno stato di malnutrizione, rilevata sia mediante MNA che attraverso la valutazione di alcuni parametri quali PNI (Prognostic Nutritional Index), NAR (Neutrophil-to-Albumin Ratio) e ALI (Advanced Lung Cancer Inflammation Index). Questi risultati si associano positivamente con i livelli sierici di SIRT1: all'aumentare degli indici infiammatori e dello stato di malnutrizione si ha un aumento anche di SIRT1, suggerendo che l'aumento sierico di SIRT1 possa avere un effetto protettivo e compensatorio verso i disturbi presenti nei pazienti fragili.

Conclusioni

In conclusione, questo studio suggerisce che la mi-

surazione sierica di SIRT1 possa rappresentare uno strumento utile per la diagnosi precoce della vulnerabilità nell'anziano, favorendo interventi tempestivi volti a rallentare la progressione verso la fragilità conclamata, migliorare la qualità di vita del paziente, e ridurre l'impatto socioeconomico associato al trattamento della fragilità geriatrica.

Bibliografia

[1] World Health Organization. World report on aging and health. Luxembourg: WHO; 2015.

[2] Xue QL, et al. (2021). Progression of Physical Frailty and the Risk of All- Cause Mortality: Is There a Point of No Return? J Am Geriatr Soc. 69, 908-915.

DETERMINANTI NUTRIZIONALI E FUNZIONALI DI MORTALITÀ IN PAZIENTI ANZIANI OSPEDALIZZATI

Dario Chinetti[1], Paolo Politi[1], Giuseppe La Porta[1], Giovanna Marini[1], Giorgia Martello[1], Matilde Tovaglieri[1], Matteo Residori[1], Paolo Gonzato[1], Chiara Morichetti[1], Andrea Maria Maresca[2]

[1] SC Geriatria, Ospedale Sant'Anna - ASST Lariana, Como - [2] Università degli Studi dell'Insubria, Varese

Scopo del lavoro

La prevalenza della malnutrizione negli anziani ricoverati è alta e identificarne i meccanismi è fondamentale per poter intervenire in modo efficace e precoce. L'obiettivo principale dello studio è stato la valutazione della prevalenza della malnutrizione e quantificarne l'impatto sugli esiti: mortalità, complicanze (delirium, infezioni, lesioni da pressione) e sulle riospedalizzazioni. Un ulteriore obiettivo è comprendere come malnutrizione, sarcopenia e fragilità contribuiscano nel determinare l'elevata vulnerabilità dell'anziano ricoverato.

Materiali e metodi

Studio prospettico su 809 pazienti ricoverati nel 2025 presso la Struttura Complessa di Geriatria dell'Ospedale Sant'Anna (Como). L'età mediana è di 85 anni ± 7,8, l'87% presenta multimorbilità con tre o più patologie croniche concomitanti e il 72% assume polifarmacoterapia con cinque o più farmaci al giorno. I soggetti sono stati valutati con le scale: Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM), Mini Nutritional Assessment (MNA), SARC-F e Clinical Frailty Scale - Rockwood (CFS).

Risultati

La GLIM indica che il 71,7% dei pazienti risulta malnutrito, il MNA conferma questa situazione: il 60,6% dei pazienti è malnutrito o a rischio di malnutrizione. In parallelo, i segni di sarcopenia sono estremamente diffusi: il 71% ha un punteggio SARC-F compatibile con perdita di massa muscolare e oltre la metà presenta una circonferenza del polpaccio inferiore a 31 cm, soglia tipica della sarcopenia severa. Anche la fragilità clinica è molto presente: più del 60% ha valori elevati della Clinical Frailty Scale (CFS). La mortalità è così suddivisa: intraospedaliera 8,6%, entro 30 giorni dalla dimissione 11,9%, e tra 30 e 90 giorni 8%. Le analisi di sopravvivenza rivelano che i pazienti malnutriti hanno un rischio di mortalità circa sette volte superiore (HR ≈ 7) nelle settimane successive alla dimissione rispetto ai normonutriti. Oltre alla mortalità, la malnutrizione è associata a un aumento significativo di diverse complicanze: delirium, infezioni nosocomiali, lesioni da pressione, riospedalizzazione entro 30 giorni.

Conclusioni

La malnutrizione è una condizione estremamente prevalente, clinicamente rilevante e fortemente associata alla mortalità e alle complicanze nei pazienti anziani ricoverati. È un problema che richiede un approccio sistematico: diagnosi precoce, interventi nutrizionali tempestivi, valutazione della sarcopenia e della fragilità, gestione della disfagia, mobilizzazione precoce. Solo attraverso programmi di screening, percorsi integrati e una diffusa educazione sanitaria rivolta a anziani e caregiver sarà possibile intercettare la malnutrizione nella sua fase iniziale, prevenire la sarcopenia e migliorare la qualità di vita della popolazione anziana.

Bibliografia

Dent E, et al. Malnutrition in older adults. Lancet 2023.

Dent E, et al. Reorienting frailty in clinical practice, public health, and policy: the Lancet Commission on Frailty. Lancet 2025.

ASSOCIAZIONE TRA RISCHIO DI PLACCA CAROTIDEA E PARAMETRI ANTROPOMETRICI: RISULTATI DELLO STUDIO LONGEVITY CHECK-UP 8+ (LOOKUP 8+)

Vittoria Ingrosso[1], Claudia Massaro[2], Antonella Risoli[2], Martina Persia[1], Federica Cucinotta[1], Barbara Russo[1], Matteo Vaccarella[1], Giorgio Ozino Caligaris[1], Riccardo Calvani[1], Francesco Landi[2]

[1] Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma - [2] Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma

Scopo del lavoro

Lo scopo del presente studio è valutare l'associazione tra la presenza di placca carotidea e i principali parametri antropometrici, con particolare attenzione al rapporto tra circonferenza della vita e circonferenza del polpaccio (Waist-to-Calf Ratio, WCR), quale potenziale nuovo indicatore della composizione corporea e del rischio cardiovascolare.

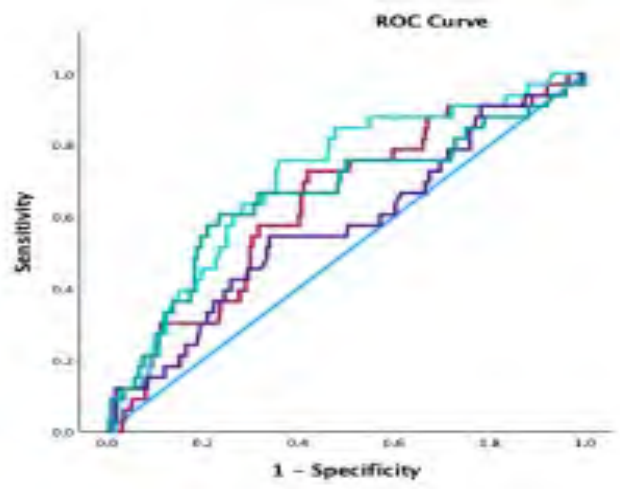
Materiali e metodi

Sono stati analizzati i dati di adulti arruolati nello studio Longevity Check-up 8+ tra marzo e ottobre 2025 durante campagne di prevenzione sul territorio nazionale. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti a valutazione dei principali fattori di rischio cardiovascolare modificabili, a rilevi antropometrici e ad eco-colordoppler dei tronchi sovra-aortici. Il WCR è stato calcolato come rapporto tra circonferenza della vita e del polpaccio. La placca carotidea è stata identificata come ispessimento focale della parete arteriosa con spessore intima- media ≥ 1,5 mm. Le caratteristiche della popolazione sono state confrontate in base alla presenza o meno di placca carotidea, associata a una maggiore prevalenza di abitudini non salutari. Tra i parametri antropometrici analizzati, il rapporto circonferenza vita / circonferenza polpaccio più elevato risulta significativamente associato alla presenza di placca carotidea. La capacità discriminativa del WCR è stata valutata mediante analisi ROC.

Risultati

Sono stati inclusi 268 partecipanti (età media 55,8 ± 12,5 anni; 68,3% donne); la placca carotidea è stata rilevata in 40 soggetti (14,9%). Rispetto ai partecipanti senza placca, quelli con placca presentavano una maggiore prevalenza di ipertensione arteriosa (74,3% vs 52,4%; $p < 0,01$), valori più elevati di pressione arteriosa sistolica (133,1 ± 17,9 vs 123,9 ± 15,3 mmHg; $p < 0,001$) e una minore frequenza di attività fisica regolare (37,5% vs 57%; $p < 0,01$). Tra i parametri antropometrici esaminati, il WCR è risultato significativamente più elevato nei soggetti con placca carotidea (2,7 ± 0,3 vs 2,4 ± 0,4; $p < 0,001$). L'analisi ROC ha identificato il WCR come il parametro antropometrico con la migliore capacità discriminativa della presenza di placca carotidea, individuando valori soglia pari a 2,35 negli uomini e 2,12 nelle donne.

		(n = 228)		
Age, years	55.8 ± 12.5	55.5 ± 11.2	57.5 ± 18.3	0.36
Gender (female)	183 (68.3)	158 (69.3)	25 (62.5)	0.24
Cardiovascular health metrics				
Smoking	50 (18.7)	41 (18.0)	9 (22.5)	0.31
Regular physical activity	145 (54.1)	130 (57.0)	15 (37.5)	<0.01
Healthy diet	164 (61.4)	137 (60.1)	27 (69.2)	0.18
Body Mass Index (kg/m^2)	24.4 ± 4.3	24.3 ± 4.2	25.0 ± 5.0	0.39
Hypertension	145 (55.3)	119 (52.4)	26 (74.3)	<0.01
Systolic blood pressure (mmHg)	125.2 ± 16.0	123.9 ± 15.3	133.1 ± 17.9	<0.001
Diastolic blood pressure (mmHg)	76.7 ± 9.3	75.5 ± 7.7	77.1 ± 9.5	0.35
Diabetes	16 (6.1)	11 (4.9)	5 (13.9)	0.05
Sleep disorder	92 (34.5)	80 (35.1)	12 (30.8)	0.37
Total 7 health metric	4.4 ± 1.3	4.5 ± 1.3	4.0 ± 1.2	0.07
Anthropometric measures				
Weist-to-hip circumference	0.87 ± 0.1	0.87 ± 0.1	0.89 ± 0.1	0.15
Weist-to-calf circumference	2.5 ± 0.4	2.4 ± 0.4	2.7 ± 0.3	<0.001
Weist-to-high circumference	0.52 ± 0.1	0.55 ± 0.1	0.52 ± 0.1	<0.01





Conclusioni

Il WCR è significativamente associato alla presenza di placca carotidea e potrebbe rappresentare un indicatore antropometrico semplice, economico e facilmente applicabile nella pratica clinica per l'identificazione precoce di soggetti a maggior rischio cardiovascolare. La valutazione congiunta dell'adiposità addominale e della massa muscolare potrebbe migliorare la stratificazione del rischio aterosclerotico, favorendo l'individuazione precoce dell'obesità sarcopenica e l'implementazione di strategie preventive mirate.

Bibliografia

Atkins JL, Whincup PH, Morris RW, et al. Sarcopenic obesity and risk of cardiovascular disease and mortality. J Am Geriatr Soc. 2014;62:253-260.

Landi F, Calvani R, Tosato M, et al. Sarcopenia as the biological substrate of physical frailty. Clin Geriatr Med. 2015;31:367-374.

Neeland IJ, Poirier P, Després JP. Cardiovascular and metabolic heterogeneity of obesity. Circulation. 2018;137:1391-1406.

Pola R, Gallo G, Cittadini N, et al. The Longevity Check-Up 8+ study: rationale and design. Aging Clin Exp Res. 2022;34:1107-1114.

World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). Geneva: WHO; 2024.

AREA PREVENZIONE VACCINALE E DELLE INFEZIONI TRASMISSIBILI PER LA LONGEVITÀ

LETTURA

INTERROMPERE IL CIRCOLO VIZIOSO DELLE INFEZIONI RESPIRATORIE RICORRENTI: COME LE EVIDENZE DEGLI STUDI CLINICI E I DATI REAL-WORLD DELLO STUDIO REACH RIDEFINISCONO IL RUOLO DI OM-85

Gerardo Palmiero

Responsabile Pneumologia Versilia, Ospedale Versilia, Azienda USL Toscana Nord Ovest

Le infezioni respiratorie ricorrenti costituiscono un rilevante problema clinico, soprattutto nei soggetti con patologie respiratorie croniche e negli anziani, nei quali immunosenescenza e comorbilità aumentano la suscettibilità alle infezioni e alle riacutizzazioni. La relazione esamina il razionale immunologico e le evidenze cliniche sul lisato batterico OM-85, integrandole con i risultati preliminari dello studio real-world REACH.
Le evidenze precliniche suggeriscono che OM-85 moduli le risposte immunitarie innate e adattative e la risposta infiammatoria, fornendo un razionale per la profilassi delle infezioni respiratorie ricorrenti. Negli anziani istituzionalizzati con bronchite cronica, uno studio controllato con placebo su 290 pazienti ha riportato riduzioni del 28% delle infezioni delle basse vie respiratorie, del 40% degli episodi di bronchite acuta e del 28% delle prescrizioni antibiotiche. Una meta-analisi negli adulti con broncopneumopatia cronica ostruttiva ha rilevato un rischio di riacutizzazione inferiore con OM-85 rispetto al controllo (RR 0,87; IC 95% 0,77-0,98).
REACH è uno studio multinazionale basato su database sanitari, con inclusione di soggetti di età ≥1 anno, almeno un episodio di infezione respiratoria e nessuna prescrizione di lisati batterici nei 12 mesi precedenti. I risultati preliminari presentati al congresso EAACI 2026 riguardano il confronto dei tassi di infezione prima e dopo l'avvio di OM-85 nei database di Belgio (n = 4.797) e Italia (n = 605). A 12 mesi, gli incidence rate ratio erano rispettivamente 0,62 (IC 95% 0,60-0,63) e 0,63 (0,59-0,68), corrispondenti a riduzioni del 38% e del 37%. A 24 mesi erano 0,61 (0,59-0,62) e 0,59 (0,55-0,64). Le associazioni risultavano coerenti nelle fasce di età considerate, inclusi i soggetti oltre 64 anni, e nei diversi livelli di carico infettivo iniziale.
Le evidenze presentate sostengono il possibile contributo di OM-85 alla prevenzione delle infezioni respiratorie ricorrenti, nell'ambito di una strategia che comprenda vaccinazioni e gestione delle patologie croniche. I risultati REACH ampliano le osservazioni alla pratica clinica, ma il disegno osservazionale prima/dopo, i possibili confondenti e il carattere preliminare dei dati non consentono inferenze causali. Le analisi comparative con i non utilizzatori e ulteriori studi controllati potranno precisarne il ruolo, anche nella popolazione geriatrica.

Bibliografia

Canonica GW et al. REACH Study. Congresso EAACI 2026, abstract 100283.
Huang Y et al. Front Med (Lausanne). 2022;9:877124.
Orcel B et al. Eur Respir J. 1994;7:446-452.

MEET THE EXPERT
LE NUOVE SFIDE PER IL CONTRASTO ALL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA NELL'ANZIANO

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI MULTIRESISTENTI

Monica Torrini

SOD Geriatria per la Complessità Assistenziale, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze; Università degli Studi di Firenze

In Italia l'8,8% dei ricoverati presenta un'infezione correlata all'assistenza e le resistenze restano tra le più alte d'Europa (Fig. 1). L'anziano fragile, che si sposta di continuo tra ospedale, lungodegenza e strutture residenziali, è al tempo stesso vittima e serbatoio dei microrganismi multiresistenti (MDRO): per questo la prevenzione non può essere un singolo gesto, ma un insieme coordinato di interventi che lo accompagni lungo tutta la rete di cura (Tab. 1).
Il primo atto terapeutico resta l'igiene delle mani. In Italia il consumo mediano di soluzione idroalcolica è ancora inferiore allo standard OMS di 20 L ogni 1000 giornate di degenza, ma l'esperienza della nostra sub-intensiva geriatrica dimostra che il cambiamento

è possibile: grazie a osservazione e feedback, l'adesione è passata dal 64,3% del 2023 all'82,7% del primo semestre 2026, superando la soglia OMS del 75%. Colpisce che il 74% degli operatori non aderenti indossasse i guanti, segno di un falso senso di protezione su cui occorre lavorare.

Alle mani si affiancano lo screening rettale dei pazienti a rischio all'ingresso, l'isolamento da contatto e l'assistenza in coorte, che limitano la trasmissione. Anche l'ambiente è un serbatoio: Acinetobacter e Klebsiella sopravvivono per mesi sulle superfici asciutte, le spore di C. difficile resistono ai prodotti alcolici e gli Enterobacterales colonizzano i biofilm di lavandini e scarichi. Una pulizia accurata delle superfici ad alto contatto e l'uso di materiale dedicato sono quindi essenziali, mentre il perossido di idrogeno vaporizzato e la sanificazione con probiotici rappresentano strumenti aggiuntivi promettenti.

La prevenzione passa poi da un uso attento dei dispositivi invasivi, catetere vescicale e accessi venosi, da posizionare solo se necessari e rimuovere appena possibile, e da una stewardship antibiotica adattata all'anziano: non trattare la batteriuria asintomatica, eseguire le colture prima della terapia, fissare una data di sospensione, risparmiare i carbapenemi e rivalutare ogni profilassi. Nella nostra azienda il

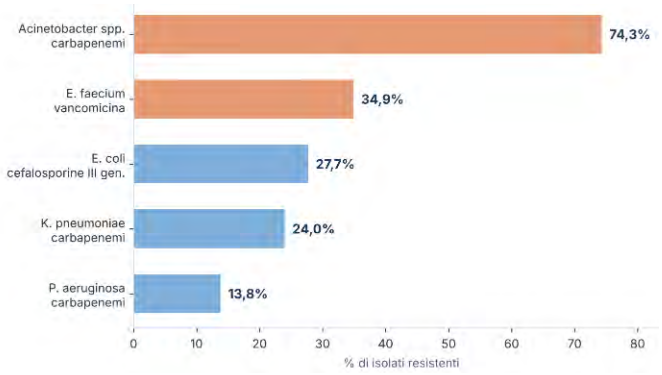


Figura 1. Percentuale di isolati resistenti nelle batteriemie in Italia, anno 2024: *P. aeruginosa* e *K. pneumoniae* resistenti ai carbapenemi, E. coli resistente alle cefalosporine di III generazione, E. faecium resistente alla vancomicina, Acinetobacter spp. resistente ai carbapenemi. In arancio le resistenze ≥ 30% (fonte: Sorveglianza AR-ISS, Istituto Superiore di Sanità).

consumo di carbapenemi (4,9 DDD/100 giornate di degenza nel 2025) supera ancora l'obiettivo regionale di ≤ 4. Le vaccinazioni contro influenza, pneumococco, virus respiratorio sinciziale, COVID-19 e herpes zoster riducono infezioni e prescrizioni antibiotiche, ma la copertura antinfluenzale negli over 65 resta lontana dal 75%.

Componente	Interventi principali
Igiene delle mani	Soluzione idroalcolica, 5 momenti OMS, niente monili; i guanti non la sostituiscono
Screening e isolamento	Tampone rettale all'ingresso, isolamento da contatto, assistenza in coorte
Ambiente	Pulizia delle superfici ad alto contatto, materiale dedicato; perossido di idrogeno vaporizzato, sanificazione con probiotici
Dispositivi invasivi	Catetere vescicale e accessi venosi solo se necessari, rimozione precoce, asepsi
Stewardship antibiotica	Non trattare la batteriuria asintomatica, colture prima della terapia, data di sospensione, risparmio dei carbapenemi
Vaccinazioni	Influenza, pneumococco, virus respiratorio sinciziale, COVID-19, herpes zoster
Formazione e rete	Operatori, pazienti e caregiver; continuità tra ospedale, lungodegenza e strutture residenziali

Tabella 1. Le componenti del bundle integrato per la prevenzione delle infezioni da microrganismi multiresistenti nel paziente anziano.

Le strutture residenziali sono l'anello più debole: la survey europea HALT-4 mostra che molte non dispongono di personale formato in prevenzione, di monitoraggio dell'igiene delle mani né di programmi di stewardship. La formazione di operatori, pazienti e caregiver deve quindi estendersi a tutta la rete.
In conclusione, la pulizia del malato, delle superfici e degli oggetti è un atto sanitario e proteggere l'anziano dai multiresistenti significa anche preservare l'efficacia degli antibiotici.

Bibliografia

ECDC. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities (HALT-4), 2023-2024. Stockholm: ECDC; 2025.
Istituto Superiore di Sanità. Sorveglianza AR-ISS, dati 2024. Roma: ISS.
Kramer A, Schwebke I, Kampf G. How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? BMC Infect Dis 2006;6:130.

OPZIONI ANTIMICROBICHE NELLA GESTIONE DELLE INFEZIONI DA CATETERE VESCICALE E DA LESIONI CUTANEE NELL'ANZIANO

Stefania Giordano[1], Leonardo Alborghetti[2]

[1] Geriatra, Residenza Sanitaria Assistenziale Salus, Roma - [2] Infettivologo, Paideia International Hospital, Roma

Nell'anziano la scelta antimicrobica empirica per le infezioni associate a catetere vescicale e per le infezioni cutanee richiede di integrare gravità clinica, probabilità di patogeni resistenti e caratteristiche individuali. Funzione renale, allergie, interazioni farmacologiche, fragilità e possibilità di assumere farmaci per via orale influenzano la scelta e il monitoraggio della terapia.
Nel paziente portatore di catetere, l'urinocoltura va interpretata nel contesto clinico. Piuria, urine torbide o maleodoranti e batteriuria asintomatica, in assenza di indicazioni specifiche, non giustificano da sole il trattamento. In caso di sospetta infezione, si raccomandano il prelievo per urinocoltura prima della terapia, quando possibile, e la rimozione del catetere non più necessario o la sua sostituzione se indicata, senza ritardare il trattamento urgente. La terapia empirica dipende dalla gravità, dai precedenti microbiologici, dalle esposizioni antibiotiche e dall'epidemiologia locale. In assenza di sepsi possono essere considerate cefalosporine di terza o quarta generazione, piperacillina/tazobactam o, in pazienti selezionati, fluorochinoloni. Recenti studi hanno dimostrato la non inferiorità della fosfomicina rispetto al β-lattamico. L'antibiogramma orienta la successiva terapia mirata e, in caso di miglioramento, il possibile passaggio alla via orale. La durata è individualizzata sulla base della risposta e delle complicanze; in genere non superiore ai 14 giorni nei casi di infezione severa.
Le infezioni di cute e tessuti molli comprendono quadri differenti, dalla cellulite agli ascessi fino alle infezioni profonde. Nella popolazione anziana le lesioni da pressione rappresentano sicuramente una complicanza frequente e, in questi casi, la terapia antibiotica sistemica è indicata in presenza di cellulite perilesionale in progressione, infezione sistemica attribuibile alla lesione o osteomielite. Cattivo odore, aumento dell'essudato o coltura positiva richiedono una rivalutazione, ma non costituiscono da soli indicazione automatica all'antibiotico sistemico. L'utilizzo degli antibiotici topici non è raccomandato di routine. Nella cellulite non grave la copertura è orientata ai Gram-positivi; in caso di rischio di MRSA si valuta una copertura specifica. Le infezioni profonde gravi possono richiedere un trattamento più ampio, attivo anche su Gram-negativi e anaerobi, associato al controllo del focolaio. La rivalutazione clinica periodica multidisciplinare aumenta l'efficacia della terapia.

Bibliografia

AIUC e società collaboratrici. Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione. Sistema Nazionale Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità; 2025. https://www.iss.it/-/prevenzione-trattamento-lesioni-da-pressione
European Association of Urology. EAU Guidelines on Urological Infections. 2026. https://uroweb.org/guidelines/urological-infections
Infectious Diseases Society of America. Guideline on Management and Treatment of Complicated Urinary Tract Infections. 2025. https://www.idsociety.org/practice-guideline/complicated-urinary-tract-infections/

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP IN GERIATRIA PER ACUTI: IMPLEMENTAZIONE PRELIMINARE DI UN MODELLO BASATO SU ANTIBIOTIC TIME-OUT E AUDIT PROSPETTICI CON FEEDBACK

Francesca Cincera[1], Tommaso Lupia[2], Roberto Presta[3], Francesca Canta[2], Enrico Brunetti[3], Francesco Giuseppe De Rosa[1], Mario Bo[1]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Torino - [2] SC Malattie Infettive, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino - [3] SC Geriatria U, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

Scopo del lavoro

Con l'aumento della diffusione di microrganismi multiresistenti, la complessità clinica dei pazienti anziani ricoverati espone sia al rischio di sovrautilizzo antibiotico che di sottotrattamento delle infezioni. Antibiotic Time-Out (ATO) e Audit prospettici con feedback (APF) sono strategie raccomandate nel PNCAR per migliorare l'appropriatezza prescrittiva. Scopo dello studio è descrivere l'implementazione iniziale di un programma di antimicrobial stewardship (AMS) in un reparto di Geriatria per acuti, valutandone fattibilità, interventi generati, appropriatezza prescrittiva ed esiti preliminari.

Materiali e metodi

Studio osservazionale prospettico avviato a febbraio 2026 presso la SC Geriatria dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino. Sono state effettuate revisioni settimanali multidisciplinari (infettivologo e geriatra) delle terapie antibiotiche avviate da 48-72 ore, mediante ATO. Gli interventi sono stati classificati in: conferma, escalation a molecole a più ampio spettro d'azione, de-escalation, riduzione o prolungamento della durata, switch endovena-orale, sospensione. È stato inoltre condotto un primo ciclo APF con cinque rilevazioni a cadenza quindicinale per la valutazione di appropriatezza prescrittiva e impiego empirico di fluorochinoloni e carbapenemi. Sono stati descritti durata della degenza, mortalità intraospedaliera e a 30 giorni, riospedalizzazione infettiva a 30 giorni.

Risultati

Tra febbraio e giugno 2026 in 19 incontri si sono valutati 59 pazienti anziani fragili (età mediana 86 anni, CFS mediana 6, CIRS-CI mediana 5). Il trattamento è stato confermato in 32 casi, mentre in 27 casi è stato eseguito un intervento (tasso d'intervento: 45,8%). Considerando 3 interventi multipli, sono state registrate 30 azioni: 10 escalation, 1 de-escalation, 7 riduzioni, 3 prolungamenti, 4 switch ev-os, 5 sospensioni. Sono stati evitati 17 giorni di terapia antibiotica. La degenza mediana è stata di 11 giorni; la mortalità intraospedaliera dell'8,5% (5/59). Tra i pazienti con follow-up disponibile, la riospedalizzazione infettiva a 30 giorni è stata del 4,2% (2/38) e la mortalità a 30 giorni del 15,7% (6/38), in linea con i dati nazionali (Fig. 1). Nel primo ciclo APF (18/03-13/05/26) l'appropriatezza prescrittiva media è stata dell'81%, senza un chiaro trend temporale. Non sono stati prescritti fluorochinoloni empirici; è stato prescritto un solo carbapenemico empirico, appropriato.

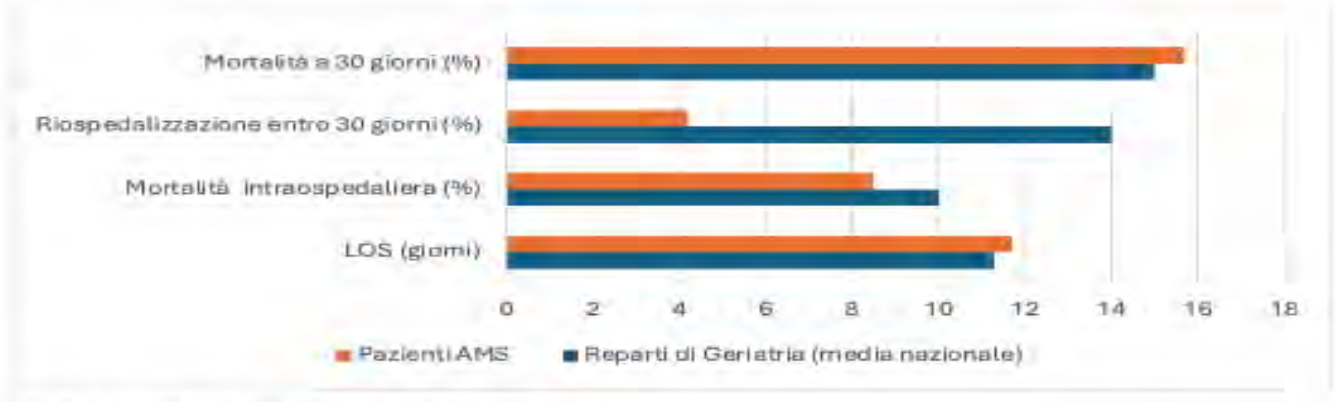


Figura 1. Confronto tra esiti clinici AMS e nazionali.

Conclusioni

In un reparto di Geriatria per acuti, un programma AMS basato su ATO e APF è risultato integrabile nella pratica clinica e capace di generare decisioni terapeutiche condivise in una popolazione anziana fragile e clinicamente complessa. La rivalutazione multidisciplinare ha portato sia alla riduzione sia all'intensificazione (escalation o prolungamento) della terapia antibiotica, confermando come l'AMS rappresenti uno strumento di ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva, orientato non solo al contenimento dell'uso inappropriato degli antibiotici, ma anche all'identificazione e alla correzione di eventuali casi di sotto-trattamento. Gli esiti osservati in questa fase preliminare non evidenziano segnali di sicurezza sfavorevoli, pur nei limiti del disegno descrittivo, della numerosità contenuta e del follow-up incompleto. Il consolidamento del programma, insieme a confronti retrospettivi e prospettici, permetterà di definirne l'impatto su appropriatezza, consumo antibiotico ed esiti clinici nel paziente geriatrico fragile.

ANZIANI VS VACCINAZIONI: LE BARRIERE MULTIDIMENSIONALI ALLA VACCINAZIONE NEGLI ANZIANI OSPEDALIZZATI (RISULTATI PRELIMINARI)

Giovanni Saccon, Federica Argento, Claudia Canitano, Antonio Caracciolo, Pierluigi Carrelli, Laura Andreea Ceparano, Giovanni Curcio, Antonio Di Maio, Maria Grazia Landi, Francesco Manfredonia, Alessandro Orrera, Pasquale Pezzella, Ivana Serino, Annachiara Vassallo, Valeria Zanobbi, Dario Leosco, Giuseppe Rengo, Leonardo Bencivenga

Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Scopo del lavoro

Nei pazienti anziani, l'adesione alle vaccinazioni raccomandate per età e fragilità è condizionata da barriere cliniche, funzionali, cognitive e psicosociali, che rendono gli obiettivi di copertura vaccinale in questa popolazione molto difficili da raggiungere e non sono stati ancora adeguatamente descritti [1,2]. L'obiettivo del presente studio è individuare le barriere multi-

Variabile	Adesione vaccinale (SD) n= 102	Rifiuto (SD) n=41	p
Sesso maschile n (%)	49 (48%)	20 (48,8%)	0.936
Anni	78.73 (5.43)	76.29 (6.43)	**0.0342**
MMSE	22.59 (4.33)	22.64 (5.99)	0.9699
Scolarità (anni)	8.68 (4.72)	9.97 (4.98)	0.1585
MOCA	18.00 (4.78)	19.36 (5.70)	0.2763
GDS	6.75 (4.66)	5.53 (4.07)	0.1370
ADL	4.68 (1.25)	4.73 (1.48)	0.8283
IADL	4.78 (2.54)	5.57 (2.88)	0.1274
MNA	11.99 (3.09)	11.37 (2.53)	0.2313
CIRS	5.17 (1.66)	4.91 (2.14)	0.4880
Numero farmaci	6.85 (2.94)	6.74 (3.51)	0.8522
IC	60.68 (19.49)	64.98 (15.57)	0.3188
MPI	0.39 (0.19)	0.33 (0.18)	0.1070
SPPB	4.84 (3.18)	6.13 (2.98)	**0.0281**
Handgrip (kg)	19.18 (8.94)	21.66 (10.02)	0.1922
UCLA	6.16 (2.25)	5.33 (2.11)	**0.0495**

dimensionali che inducono i pazienti a non accettare di sottoporsi a vaccinazioni

Materiali e metodi
Sono stati arruolati pazienti di età ≥ 65 anni afferenti all'Ambulatorio di Valutazione Multidimensionale e Terapia Geriatrica dell'AOU Federico II di Napoli sottoposti a valutazione multidimensionale comprensiva di domini clinici, cognitivi, funzionali, nutrizionali e di valutazione psicosociale. In particolare, venivano praticati MMSE (Mini Mental State Examination), MoCA (Montreal Cognitive Assessment), GDS (Geriatric Depression Scale), ADL (Activities of Daily Living), IADL (Instrumental Activities of Daily Living), MNA (Mini Nutritional Assesment), SPPB (Short Physical Perfomance Battery), Handgrip, UCLA 3-item loneliness scale e CFS (Clinical Frailty Scale), Capacità Intrinseca (IC) [3]. Durante la visita veniva illustrata al paziente la necessità di sottoporsi a vaccinazioni contro infezioni da Herpes Zoster Virus e Streptococco Pneumoniae e proposta la somministrazione degli stessi presso l'unità di Malattie Infettive della medesima AOU. La popolazione di studio è stata divisa in due gruppi, secondo la decisione di sottoporsi o meno a vaccinazione, al fine di confrontare le variabili continue o categoriche mediante rispettivamente t test e chi quadrato Un modello di regressione logistica è stato impiegato per analizzare i determinanti indipendenti dell'adesione vaccinale.

Risultati
A giugno 2026, la popolazione comprendeva 143 pazienti (41 non vaccinati, 102 vaccinati). Come mostrato in Tabella 1, i non vaccinati risultavano significativamente più anziani, con performance fisica peggiore e punteggi UCLA più elevati, indicativi di maggiore solitudine. Al contrario, i principali indicatori di fragilità multidimensionale (ADL, IADL, MNA, CIRS, numero di farmaci, MPI, IC) risultavano complessivamente sovrapponibili tra i due gruppi. Nella regressione logistica, la solitudine mostrava un'associazione statisticamente significativa con l'adesione vaccinale (coeff. -0,28, SE 0,13, $p < 0,05$), indipendente da variabili quali età, sesso e IC.

Conclusioni
In una popolazione di anziani ambulatoriali, le barriere alla adesione vaccinale sembrano dipendere in misura maggiore da fattori psicosociali, in particolare la solitudine, che da altri indicatori multidimensionali derivati dalla CGA.

Bibliografia

1 Soegiarto G, et al. Pathophysiology. 2023.
2 Veronese, Net al. Vaccines 2022, 10, 55.
3 Belloni Get al. Front Med (Lausanne). 2019.

IL GAP VACCINALE IN ONCOGERIATRIA: RUOLO DI FRAGILITÀ, ISTRUZIONE E PERFORMANCE COGNITIVA

Stefania Peruzzo, Silvia Ottaviani, Luca Tagliafico, Alessio Nencioni, Fiammetta Monacelli

Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Università di Genova

Scopo del lavoro
Le infezioni prevenibili mediante vaccinazione rappresentano una importante causa di morbilità e mortalità nei pazienti anziani con neoplasia solida. In questa popolazione l'immunosenescenza e meccanismi di immunosoppressione correlati al tumore e alle terapie oncologiche aumentano ulteriormente il rischio infettivo.
Nonostante la presenza di linee guida, nazionali ed internazionali, le coperture vaccinali rimangono non soddisfacenti. L'identificazione dei fattori clinici associati a ridotta copertura vaccinale consente di individuare i soggetti più vulnerabili ed attuare interventi mirati nei servizi di Oncogeriatria.

Materiali e metodi
Studio retrospettivo monocentrico su pazienti ≥65 con neoplasia solida, valutati presso l'ambulatorio di Oncogeriatria dell'IRCCS Policlinico San Martino (Genova) tra il 2024 e il 2025. È stata valutata la copertura per pneumococco, SARS-CoV-2 (≥ 3 dosi), influenza e Herpes Zoster. Sono stati raccolti dati relativi alla Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD), nei suoi principali domini (cognitivo, sociale, funzionale, nutrizionale, fragilità). Le variabili sono state confrontate per singola vaccinazione mediante test Mann-Whitney. Sono successivamente state eseguite analisi di regressione uni e multivariate, con outcome numero complessivo di vaccinazioni ricevute sul totale delle raccomandate corrette per sesso, età e fragilità.

Modello di regressione lineare – outcome numero complessivo di vaccinazioni

Variabile	β	IC 95%	p
Età	-0.01	-0.03 – 0.02	0.60
Sesso (ref M)	0.05	-0.3 – 0.38	0.71
Scolarità	0.04	0.01 – 0.06	0.03
N° farmaci	0.05	0.01 – 0.09	0.06
MMSE	0.04	0.01 – 0.07	0.04
Barthel	-0.01	-0.01 – 0.01	0.13
IADL	0.02	-0.05 – 0.08	0.58
CIRS_S	0.15	-0.24 – 0.54	0.46
Tinetti	-0.01	-0.03 – 0.02	0.68
MNA	0.02	- 0.01 – 0.05	0.30
Gijon	-0.04	-0.09 – 0.02	0.14
FI	0.49	-0.24 – 1.24	0.20

Risultati

Sono stati inclusi 208 pazienti (73% donne), con età mediana di 79 anni (IQR 8). Copertura vaccinale: SARS-CoV-2 87%, influenza 2025 58%, pneumococco 25%, Herpes Zoster 7%. L'analisi delle singole vaccinazioni ha evidenziato associazioni differenti. La vaccinazione antipneumococcica risultava associata a maggiore fragilità (p = 0,03), la vaccinazione antinfluenzale a maggior numero di farmaci (p = 0,01), migliore stato cognitivo (p = 0.05), minore malnutrizione (p = 0,01) e minore vulnerabilità sociale (p = 0,01). Nei modelli di regressione multivariati, corretti per età, sesso e Frailty Index secondo Rockwood, il livello di istruzione e la performance cognitiva mantenevano un'associazione indipendente con una maggiore copertura vaccinale. L'inclusione della vulnerabilità sociale nel modello non modificava sostanzialmente tali risultati.

Conclusioni

Questo studio evidenzia un significativo divario tra raccomandazioni vaccinali e copertura reale nei pazienti oncogeriatrici, in particolare per pneumococco e Herpes Zoster. Oltre alla fragilità clinica, fattori quali livello di istruzione e performance cognitiva rappresentano determinanti indipendenti di adesione vaccinale, suggerendo che alfabetizzazione sanitaria e capacità cognitive possano influenzare l'accesso agli interventi di prevenzione. L'integrazione sistematica della valutazione dello stato vaccinale nella VMD rappresenta una strategia chiave per ridurre il burden di infezioni prevenibili in questa popolazione fragile.

Bibliografia

Damiani G, et al. The impact of socioeconomic level on influenza vaccination among Italian adults and elderly: A cross-sectional study. Preventive Medicine. 2007;45(5):373-379.

Kamboj Me et al. Vaccination of Adults With Cancer: ASCO Guideline. J Clin Oncol. 2024 May 10;42(14):1699-1721.

Yang P, et al. Immediate risk of non-cancer deaths after a cancer diagnosis. BMC Cancer. 2021. https://doi.org/10.1186/s12885-021-08707-6.

AREA PREVENZIONE DELLA FRAGILITÀ COGNITIVA E IMMUNOLOGICA PER LA LONGEVITÀ

MEET THE EXPERT SIGG-AIP
FRAGILITÀ COGNITIVA E NEUROINFIAMMAZIONE

RISERVA COGNITIVA E STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO: DALL'MCI ALLA DEMENZA NEL CONTINUUM DELLA FRAGILITÀ

Angelo Bianchetti

Direttore Dipartimento Riabilitazione CdC Domus Salutis, Brescia

Nella traiettoria da Mild Cognitive Impairment (MCI) a demenza conclamata, la riserva cognitiva (CR) è un fattore determinante di resilienza clinica. La CR rappresenta un meccanismo funzionale attivo, legato alla capacità del cervello di ottimizzare le reti neurali e reclutare vie vicarianti a fronte di fattori di stress e di lesione neuropatologica. Un'elevata CR ritarda la comparsa dei sintomi manifesti, sebbene, una volta superata la soglia critica di compenso biologico, la progressione verso la demenza risulti più rapida.
Un aspetto centrale nel passaggio tra invecchiamento in salute, vulnerabilità e disabilità è il concetto di fragilità. In particolare, la fragilità cognitiva definisce la coesistenza sinergica di fragilità fisica e compromissione cognitiva lieve. Sul piano fisiopatologico, tale entità riconosce basi biologiche nei processi di *immunosenescenza e inflammaging*. Dal punto di vista clinico la fragilità cognitiva può essere potenzialmente reversibile (legata a patologie internistiche scompensate, malnutrizione, disionie o polifarmacoterapia) oppure espressione di un processo neurodegenerativo primario la cui evoluzione è comunque mediata dalle condizioni somatiche, psichiche e sociali.
All'eterogeneità evolutiva dell'MCI – caratterizzata da tassi medi di conversione a demenza del 10-15% all'anno, ma con una quota significativa di stabilità clinica o di reversibilità a cognizione normale – corrisponde la necessità di una stratificazione prognostica:

- clinico-fenotipica: il sottotipo amnesico a dominio multiplo (aMCI-md) e la comparsa precoce di sintomi neuropsichiatrici (*Mild Behavioral Impairment*, MBI) identificano i soggetti a più alto rischio di conversione rapida;
- biologica: biomarcatori specifici (rapporto Aβ42/Aβ40, p-tau181 e soprattutto p-tau217) e di danno neuroassonale (*Neurofilament Light Chain*, NfL) si correlano in modo dinamico all'entità dei processi neurodegenerativi in atto;
- neuroimaging morfologico e funzionale: la presenza di danno degenerativo (atrofia) e vascolare, con la conseguente alterazione funzionale, identifica la presenza di alterazione anatomofunzionale.

In questa cornice, la prevenzione della demenza richiede l'adozione precoce e personalizzata di interventi multidominio integrati:

1. Stimolazione e training cognitivo strutturato: potenziamento della plasticità sinaptica e delle strategie di compenso;
2. Esercizio fisico multicomponente: attività aerobica, potenziamento muscolare contro resistenza ed equilibrio;
3. Intervento nutrizionale mirato (dieta mediterranea/MIND): finalizzato al controllo dello stress ossidativo, alla modulazione del microbiota intestinale;
4. Controllo intensivo del rischio cardiovascolare e metabolico;
5. Ottimizzazione farmacologica (*deprescribing*): riduzione del carico anticolinergico e sedativo, correzione dei deficit sensoriali (ipoacusia, ipovisus) e trattamento delle comorbidità somatiche e delle carenze nutrizionali/vitaminiche.

Intercettare precocemente la fragilità cognitiva e immunologica consente di proteggere e ampliare la riserva biologica e funzionale residua, trasformando la stratificazione del rischio in una concreta opportunità di neuroprotezione e longevità in salute.

LETTURA

IL RUOLO DELLA CITICOLINA NEL PERCORSO CLINICO DEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA

Pietro Gareri

Responsabile Clinico CDCD Catanzaro Lido, ASP Catanzaro

La citicolina è un composto endogeno normalmente prodotto dall'organismo e svolge un ruolo notevole nella sintesi della fosfatidilcolina, un componente

cruciale delle membrane cellulari [1]. Come agente neuroprotettivo è efficace nel deterioramento cognitivo di diversa eziologia, demenza di Alzheimer (AD), demenza mista (MD), morbo di Parkinson (PD), deterioramento cognitivo vascolare (VCI) e anche glaucoma, ambliopia, trauma cranico [2].
Sin dalla sua scoperta, la citicolina ha dimostrato molteplici meccanismi d'azione che coinvolgono l'omeostasi dei fosfolipidi, la regolazione redox, la dinamica mitocondriale e la modulazione della neurotrasmissione colinergica e dopaminergica [2]. Inoltre, promuove la funzione cellulare e la riparazione neuronale e potenzia la neuroprotezione e la neuroplasticità. La citicolina mostra un profilo unico e diversi studi confermano la sua azione pleiotropica [3], che la rende in qualche modo un precursore colinergico cruciale. La sua elevata biodisponibilità (circa il 90% se somministrata per via orale), la sua capacità di aumentare i livelli intrasinaptici di acetilcolina e la sua sicurezza sono punti notevoli per la sua efficacia [3]. Álvarez-Sabin et al [4] hanno dimostrato gli effetti della citicolina 1g somministrata per via orale dopo un ictus, con benefici sull'attenzione, sui deficit esecutivi, sull'orientamento temporale e sulla qualità della vita. Ciò può essere giustificato da tutte le azioni positive e dai meccanismi pleiotropici e soprattutto dal trattamento a lungo termine.
È interessante notare che numerosi studi diversi hanno dimostrato i benefici dell'uso di citicolina come trattamento aggiuntivo nell'AD e nella MD, insieme a memantina e/o AchEI, offrendo nuove opportunità all'attuale trattamento abituale, ad esempio ritardando il progressivo declino cognitivo [8,9]. I limiti sono rappresentati dal tipo di questi studi, osservazionali e retrospettivi. Tuttavia, i benefici sono stati apprezzati sulla cognitività, sulle attività strumentali della vita quotidiana e sul'umore. Nello specifico, dopo 9-12 mesi, il trattamento con citicolina 1 g, insieme a memantina o AChEI, ha dimostrato miglioramenti nei punteggi MMSE e attività strumentali della vita quotidiana (IADL) nel tempo. Inoltre, in alcuni di questi studi ha ridotto significativamente la GDS [3,8] e la Neuropsychiatric Scale [3,4] rispetto al trattamento con memantina e/o AChEI da soli.
Sono attesi studi prospettici per rafforzare le prove emerse dall'uso della citicolina nel deterioramento cognitivo di qualsiasi tipo. Evidenze in tal senso potrebbero derivare dai risultati promettenti dello studio Citymet, in fase di completamento.

Bibliografia

1. Grieb P. Neuroprotective properties of citicoline: facts, doubts and unresolved issues. CNS Drugs. 2014;28(3):185-193.
2. Secades JJ, Gareri P. Citicoline: Pharmacological and clinical review, 2022 update. Rev Neurol 2022;75:S1-S89.
3. Gareri P, Castagna A, Cotroneo AM, et al. The role of citicoline in cognitive impairment: Pharmacological characteristics, possible advantages, and doubts for an old drug with new perspectives. Clin Interv Aging 2015;10:1421-1429.
4. Secades JJ. Citicoline in the Treatment of Cognitive Impairment. Neurol Exp Neurosci. 2019;5(1):14-26.
5. Álvarez-Sabín J, Ortega G, Jacas C, et al. Long-term treatment with citicoline may improve poststroke vascular cognitive impairment. Cerebrovasc Dis. 2013; 35:146-154.
6. Gareri P, Veronese N, Cotroneo AM. An Overview of Combination Treatment with Citicoline in Dementia. Rev Recent Clin Trials. 2022;17(1):4-8.

SIMPOSIO SIGG-SIAAIC ALLERGO-IMMUNO-GERIATRIA IN TEMA DI FRAGILITÀ

LOW-GRADE INFLAMMATION: IMPLICAZIONI SULLA FRAGILITÀ

Luca Tagliafico

Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche (DiMI), Università degli Studi di Genova

L'invecchiamento si associa a profonde modificazioni del sistema immunitario e a uno stato infiammatorio cronico di basso grado, comunemente definito *inflammaging*. Questo fenomeno è caratterizzato da un aumento persistente dei mediatori pro-infiammatori circolanti e rappresenta uno dei principali meccanismi biologici coinvolti nello sviluppo delle patologie età-correlate.
Negli ultimi anni è emersa una crescente evidenza che collega l'infiammazione cronica alla fragilità, una sindrome geriatrica caratterizzata da ridotta riserva fisiologica e aumentata vulnerabilità agli eventi avversi. L'attivazione persistente delle vie infiammatorie contribuisce infatti al deterioramento delle funzioni tissutali e sistemiche ed è frequentemente associata alla presenza e all'accumulo di cellule senescenti in diversi organi e apparati. A loro volta, le cellule senescenti possono promuovere e perpetuare uno stato pro-infiammatorio, contribuendo alla disfunzione dei tessuti e alla perdita di resilienza dell'organismo.
In tale contesto, i biomarcatori dell'infiammazione rappresentano potenziali strumenti per identificare soggetti

a rischio e migliorare la stratificazione prognostica. Parallelamente, strategie in grado di modulare la risposta immunitaria e di contrastare gli effetti della senescenza cellulare potrebbero influenzare favorevolmente le traiettorie cliniche dell'invecchiamento e della fragilità.
In conclusione, la comprensione delle relazioni tra sistema immunitario, infiammazione cronica e fragilità rappresenta oggi una delle principali sfide della geriatria moderna. Un migliore inquadramento dei meccanismi biologici sottostanti potrà favorire lo sviluppo di strategie preventive e terapeutiche finalizzate alla promozione della longevità.

IMMUNOTERAPIA ALLERGENICA IN GERIATRIA

Maria Teresa Ventura

già Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari; Unità Operativa di Immunoallergologia Geriatrica, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari

Le malattie allergiche respiratorie sono molto diffuse nella popolazione mondiale e, attualmente, si registrano segnalazioni in crescente aumento anche in età geriatrica [1]. Fondamentale è, pertanto, effettuare una adeguata diagnosi e terapia, soprattutto in pazienti che hanno multiple patologie e che vanno incontro ad un significativo peggioramento della qualità di vita.
L'immunoterapia allergenica (AIT) rimane una delle strategie terapeutiche più valide nel trattamento della rinite allergica, di alcune forme di asma e delle allergie al veleno di imenotteri, la cui efficacia nei pazienti anziani è stata recentemente convalidata in letteratura. Armentia et al. hanno confermato che i pazienti di età superiore a 60 anni hanno avuto una buona risposta ad AIT iniettabile verso i comuni allergeni [2]. Asero et al. hanno evidenziato l'effetto positivo e la sicurezza della desensibilizzazione allergenica in pazienti di età superiore ai 54 anni affetti da rinite, asma e allergie al polline di betulla o di artemisia [3]. L'efficacia e la sicurezza della immunoterapia sublinguale (SLIT) è stata confermata da studi condotti secondo i criteri di randomizzazione e doppio cieco [4,5]. Un dato molto significativo riguarda il miglioramento della qualità di vita in età geriatrica, che permane stabile anche per tre anni dopo l'interruzione di AIT [6]. L'effetto della SLIT in corso di allergie a graminacee e acari ha mostrato efficacia fino a 5 anni dopo l'interruzione del trattamento con AIT [7].
La sicurezza in corso di AIT sembra dimostrata dalla quasi completa assenza di reazioni sistemiche nei soggetti del gruppo trattato [8]. Tuttavia nella popolazione anziana l'AIT va prescritta con cautela soprattutto in presenza di comorbidità, cardiopatia ischemica stabile, diabete di tipo II e ipertensione. Peraltro, tali patologie non hanno influito in modo significativo sull'efficacia e sulla sicurezza del trattamento con AIT nei pazienti anziani rispetto a quelli più giovani. Per quanto concerne la politerapia, l'impiego di antiipertensivi e, in particolare, di beta-bloccanti e ACE-inibitori non costituisce motivo di controindicazione all'AIT e comunque non si diversifica rispetto alle altre fasce d'età [8]. Peraltro, questi farmaci sarebbero controindicati esclusivamente per l'immunoterapia sottocutanea (SCIT), preferendosi in questi casi trattamenti con SLIT. Sulla base di questi dati, l'EAACI raccomanda l'AIT nei pazienti di età superiore ai 60 anni, qualora i farmaci sintomatici si siano dimostrati inefficaci [9,10]. Si può, pertanto, concludere che l'AIT è una strategia terapeutica di grande importanza nel trattamento dei pazienti anziani affetti da patologie respiratorie allergiche IgE-mediate, in grado di consentire, se prescritta in maniera adeguata, la necessità di assumere farmaci e di migliorare la qualità della vita nel lungo periodo.

Bibliografia

1 Ventura MT, Scichilone N, Paganelli R, et al. Allergic diseases in the elderly:biological characteristics and main immunological and nonimmunological mechanisms. Clin Mol Allergy 2017; 15:2311-2320.
2 Armentia A, Fernandez A, Tapias JA, et al. Immunotherapy with allergic extracts in geriatric patients: evaluation of effectiveness and safety. Allergol Immunopathol 1995; 21:193-196.
3 Asero R. Efficacy of injection immunotherapy with ragweed and birch pollen in elderly patients. Int Arch Allergy Immunol 2004; 135:332-335.
4 Bozek A, Ignasiak B, Filipowska B, et al. House dust mite sublingualimmunotherapy: a double-blind, placebo- controlled study in elderly patients with allergic rhinitis. Clin Exp Allergy 2012; 43:242-248.
5 Bozek A, Kolodziejczyk K, Jarzab J. Grass pollen sublingual immunotherapy: adouble-blind, placebo-controlled study in elderly patients with seasonal allergic rhinitis. Am J Rhinol Allergy 2014; 28:423-427.
6 Bozek A, Cudak A, Canonica GW. Long-term efficacy of injected allergenimmunotherapy for treatment of grass pollen allergy in elderly patients with allergic rhinitis. Allergy Asthma Proc 2020; 41:271-277.
7 Bozek A, Foks A, Trzaska K, et al. Long-term effects of allergensublingual immunotherapy. Postepy Dermatol Alergol 2020;37:943-947.
8 Ridolo E, Rogkakou A, Ventura MT, et al. How to fit allergen immunotherapy in the elderly. Clin Mol Allergy. 2017; 6:15-17.

[9] Dhami S, Nurmatov U, Arasi S, et al. Allergen immunotherapy for allergic rhinoconjunctivitis: a systematic review and meta-analysis. Allergy 2017;72:1597-1631.
[10] Zuberbier T, Bachert C, Bousquet PJ et al. GA²LEN/EAACI pocket guide for allergen-specific immunotherapy for allergic rhinitis and asthma. Allergy. 2010; 65: 1525-1530.

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

BIOMARCATORI PLASMATICI DI NEURODEGENERAZIONE E FRAGILITÀ FISICA

Marina De Rui[1], Chiara Ceolin[2], Sabrina Pigozzo[2], Adele Ravelli[2], Giulia Musso[3], Mario Virgilio Papa[2], Giorgia Boscolo Camiletto[2], Silvia Sturani[2], Martina Montagnana[3], Luca Busetto[4], Alessandra Coin[2], Anna Bertocco[1], Chiara Curreri[1], Bruno Micael Zanforlini[1], Eleonora Fiorenzato[5], Angelo Antonini[5], Maria Devita[6], Giuseppe Sergi[2]

[1] UOC Clinica Geriatrica, Azienda Ospedale Università Padova - [2] Dipartimento di Medicina - DIMED, Università di Padova - [3] UOC Medicina di Laboratorio, Azienda Ospedale Università Padova - [4] UOC Nutrizione Clinica, Azienda Ospedale Università Padova - [5] UOC Neurologia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova - [6] Dipartimento di Psicologia Generale (DPG), Università di Padova

Scopo del lavoro
Fragilità e neurodegenerazione coesistono frequentemente negli anziani e potrebbero condividere meccanismi biologici comuni. I biomarcatori plasmatici di neurodegenerazione sono emersi come promettenti indicatori di vulnerabilità correlata all'invecchiamento, ma la loro relazione con la fragilità fisica non è ancora completamente chiarita [1,2]. Abbiamo indagato le associazioni tra biomarcatori circolanti di neurodegenerazione e gravità della fragilità in anziani ambulatoriali.

Materiali e metodi
Questa analisi trasversale ha incluso 167 pazienti ambulatoriali di età ≥65 anni partecipanti allo studio OPA (Obesity, Parkinson's disease, and Alzheimer's disease biomarkers of aging). La fragilità è stata definita mediante un approccio fenotipico comprendente debolezza, esauribilità, lentezza, perdita di peso involontaria e bassa performance fisica. Le concentrazioni plasmatiche di neurofilamento a catena leggera (NfL), proteina fibrillare acida della glia (GFAP), tau totale (t-tau) e tau fosforilata 181 (p-tau181) sono state misurate mediante tecnologia Simoa. Le associazioni con la gravità della fragilità sono state valutate mediante modelli di regressione lineare e logistica multivariata aggiustati per età, sesso, indice di massa corporea, carico farmacologico e burden di comorbilità. Sono state inoltre esplorate le interazioni con il sesso e con la performance cognitiva (Mini-Mental State Examination, MMSE).

Risultati
I partecipanti avevano un'età media di 75,2 ± 6,4 anni e il 54,5% era di sesso femminile. Le concentrazioni di NfL aumentavano progressivamente attraverso le categorie di fragilità ($p < 0,001$), mentre non sono state osservate differenze significative per GFAP, t-tau o p-tau181. Nei modelli aggiustati è emersa un'interazione significativa tra NfL e sesso (β-interazione = 0,82; IC 95% 0,04-1,61; p = 0,039). Concentrazioni più elevate di NfL risultavano associate in modo indipendente a una maggiore gravità della fragilità nelle donne (β = 1,03; IC 95% 0,29-1,76; p = 0,007), ma non negli uomini. NfL risultava inoltre associato a debolezza, esauribilità, lentezza e bassa performance fisica. È stata osservata anche un'interazione significativa tra p-tau181 e MMSE (β_interazione = 0,09; IC 95% 0,00-0,18; p = 0,040), suggerendo che l'associazione tra p-tau181 e gravità della fragilità vari in funzione della performance cognitiva.

Conclusioni
NfL ha mostrato le associazioni più forti e consistenti con la fragilità fisica, in particolare nelle donne, mentre p-tau181 ha identificato un fenotipo di fragilità influenzato dallo stato cognitivo. Il follow-up longitudinale chiarirà se questi profili di biomarcatori siano associati a successivo declino funzionale, istituzionalizzazione e mortalità, contribuendo potenzialmente all'identificazione precoce degli anziani a maggior rischio di esiti avversi.

Bibliografia
[1] Bekena S, Singh RK, Zhu Y, et al. Grip strength modifies the association between blood-based alzheimer's biomarkers and cognitive function. GeroScience (2026). https://doi.org/10.1007/s11357-026-02246-3.
[2] Rao AR, Bhagwasia M, Anwar M, et al. Association between neurofilament light chain, glial fibrillary acidic protein, and sarcopenia in older Indian adults: evidence from LASI-DAD. BMC Geriatr. 2026 Feb 11;26(1):583.

ASSOCIAZIONE TRA DNA MITOCONDRIALE CIRCOLANTE E PROFILO COGNITIVO IN UNA POPOLAZIONE GERIATRICA SENZA DEFICIT COGNITIVO MODERATO-SEVERO: STUDIO PILOTA

Silvia Turini, Gianluca Bufi, Maria Napoleone, Noemi Pardini, Elena Carlino, Benedetta Giacomelli, Sandra Bacciardi, Rachele Antognoli, Sara Rogani, Filippo Niccolai, Tessa Mazzarone, Valeria Calsolaro, Alessandro Mengozzi, Agostino Virdis

UO Geriatria, Università di Pisa

Scopo del lavoro
La disfunzione mitocondriale è stata associata al decadimento cognitivo in modelli sperimentali, ma le evidenze disponibili nelle popolazioni geriatriche sono ancora limitate. L'obiettivo dello studio è stato valutare l'associazione tra DNA mitocondriale (mtDNA) circolante e profilo cognitivo in anziani senza deficit cognitivo moderato-severo.

Materiali e metodi
Sono stati arruolati pazienti afferenti agli ambulatori di Geriatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, privi di decadimento cognitivo moderato-severo, non in terapia con farmaci anticolinergici e con disponibilità del profilo completo del mtDNA circolante. Il mtDNA è stato quantificato mediante RT-qPCR su sangue periferico intero e plasma, utilizzando standard dedicati per la quantificazione assoluta del numero di copie (CN). Sono stati determinati il mtDNA cellulare, il mtDNA circolante libero (cell-free) e il loro rapporto.

Risultati
Sono stati inclusi 29 pazienti (età mediana 84 [6] anni; 41% uomini). I valori mediani del Clinical Frailty Scale (CFS), Basic Activities of Daily Living (BADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL) e Cumulative Illness Rating Scale (CIRS-C) erano rispettivamente 5 [3], 5 [2], 5 [5] e 4 [2]. Il 63% dei pazienti presentava sarcopenia e il punteggio mediano allo Short Physical Performance Battery (SPPB) era 6/12 [4]. Il punteggio mediano al Mini-Mental State Examination (MMSE) era 26/30 [4]; il 28% dei pazienti presentava lieve deficit cognitivo (MCI) e il 10% sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD). I valori mediani del mtDNA erano 33,2 [46] CN/cellula per il mtDNA cellulare, 45 [138] CN/nL per il mtDNA cell-free e 11 [14] per il rapporto tra le due misure. I pazienti con MCI presentavano livelli significativamente inferiori di mtDNA cellulare rispetto ai soggetti senza MCI (15 vs 41 CN/cellula; p = 0,00978). Il mtDNA cellulare correlava positivamente con il punteggio MMSE sia al basale (r = 0,387; p = 0,03827) sia al follow-up di 6 mesi (r = 0,415; p = 0,03927), ma non con il declino spontaneo a breve termine della performance cognitiva. L'associazione è stata confermata nei modelli di regressione univariata e multivariata, aggiustati per età e CFS, sia per il MMSE basale (p = 0,03987) che per il MMSE al follow-up di 6 mesi (p = 0,05114).

Conclusioni
Livelli ridotti di mtDNA cellulare risultano associati a un peggior profilo cognitivo negli anziani senza deficit cognitivo moderato-severo, indipendentemente da età e grado di fragilità. Il mtDNA cellulare potrebbe rappresentare un potenziale biomarcatore del declino cognitivo in questa popolazione. Studi prospettici su casistiche più ampie sono necessari per confermare tali risultati.

SINDROME DEPRESSIVA E AUTONOMIA FUNZIONALE NELL'ANZIANO NON ISTITUZIONALIZZATO: UNO STUDIO TRASVERSALE

Maria Grazia Landi, Federica Argento, Claudia Canitano, Laura Andreea Ceparano, Giovanni Curcio, Antonio Di Maio, Francesco Manfredonia, Giovanni Saccon, Pasquale Pezzella, Annachiara Vassallo, Valeria Zanobbi, Dario Leosco, Giuseppe Rengo, Leonardo Bencivenga

Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Scopo del lavoro
La depressione nel paziente anziano rappresenta un frequente disturbo dell'umore, di difficile diagnosi e gestione. Ampiamente utilizzata per la valutazione dei sintomi depressivi è la Geriatric Depression Scale (GDS), trovando applicazione anche nel paziente con declino cognitivo di grado lieve/moderato. Nel paziente anziano con sindrome depressiva si verificano spesso esiti clinici sfavorevoli, in termini di mortalità e sviluppo di dipendenza. Il presente studio, si propone di valutare

l'associazione tra depressione e autonomia funzionale, rappresentando quest'ultima la capacità dell'individuo di svolgere in modo autonomo le attività necessarie alla cura di sé e nella gestione strumentale della vita quotidiana, considerando fattori influenti quali la solitudine.

Materiali e metodi
Sono stati arruolati pazienti di età ≥65 anni, sottoposti a valutazione geriatrica multidimensionale ambulatoriale presso l'UOC di Geriatria e Fibrosi Cistica dell'Adulto dell'AOU Federico II di Napoli. Per la valutazione dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana di base e strumentali sono state rispettivamente utilizzate le scale Activity of Daily Living (ADL), Instrumental ADL (IADL). La GDS è stata utilizzata per valutare la sindrome depressiva nella popolazione di studio, mentre la solitudine è stata stimata attraverso la UCLA 3 item loneliness scale. È stata praticata un'analisi di correlazione di Pearson per quantificare la relazione lineare tra le autonomie funzionali e la depressione. Due modelli di regressione lineare multivariabile, per le variabili dipendenti ADL e IADL, sono stati impiegati per identificare il grado di associazione della GDS e della solitudine con le autonomie funzionali.

Risultati
La popolazione oggetto di studio era composta da 143 pazienti, con età media di 76,9 ± 6,2 anni, di cui 74 maschi (51,7%). Il punteggio medio di GDS è risultato 5,9 ± 4,2, mentre le ADL e IADL dei partecipanti erano mediamente rispettivamente 4,7 ± 1,4 e 5,3 ± 2,8. La UCLA risultava di 5,5 ± 2,1. Alle analisi di regressione multivariabile, GDS risultava inversamente associata in maniera indipendente alle autonomie funzionali di base (per ADL: β -0,33 $p < 0,01$; per IADL: β -0,24 $p = 0,01$), a differenza dell'età. La solitudine correlava in maniera inversa significativa alle sole IADL (β: -0,38 $p < 0,01$).

Conclusioni
In una popolazione di anziani ambulatoriali, un maggior burden depressivo è significativamente e indipendentemente associato a una riduzione delle autonomie nelle ADL e IADL. è interessante rilevare che l'isolamento sociale rappresenta un fattore associato in maniera indipendente alla riduzione dell'attività strumentali, piuttosto che a quelle di base.

Bibliografia
Albert et al. Am J Geriatr Psychiatry, 1999.
Gold et al. J Clin Exp Neuropsychol. 2012.
Wang et al. Front Public Health, 2024.

AREA PREVENZIONE DELLA SALUTE DELL'OSSO E LONGEVITÀ

MEET THE EXPERT
OSTEOPOROSI: BIOLOGIA DELL'OSSO E NUOVE STRATEGIE TERAPEUTICHE

MECCANISMI PATOGENETICI DELL'OSTEOPOROSI E TARGET TERAPEUTICI

Giuseppe Sergi, Chiara Ceolin, Anna Bertocco, Marina De Rui
Dipartimento di Medicina - DIMED - UOC Geriatra - Università di Padova

L'osteoporosi è una patologia sistemica dello scheletro caratterizzata dalla compromissione della resistenza ossea, conseguente ad alterazioni della densità minerale e della microarchitettura, che determinano un aumentato rischio di fratture da fragilità. Particolarmente rilevante nella popolazione anziana, riconosce una patogenesi multifattoriale nella quale convergono modificazioni ormonali, infiammazione cronica, invecchiamento cellulare e alterazioni del rimodellamento osseo. L'omeostasi scheletrica dipende dall'equilibrio dinamico tra riassorbimento osteoclastico e formazione osteoblastica, sotto il controllo degli osteociti, che integrano stimoli meccanici e segnali molecolari. La crescente conoscenza di questi processi ha consentito di identificare specifici target terapeutici, trasformando progressivamente l'approccio farmacologico all'osteoporosi.
Un ruolo centrale è svolto dal sistema RANK/RANKL/osteoprotegerina (OPG), principale regolatore dell'osteoclastogenesi. L'interazione tra RANKL e il recettore RANK promuove la differenziazione e l'attivazione degli osteoclasti, mentre OPG agisce come recettore-esca, limitando il riassorbimento. Lo squilibrio di questo sistema, favorito dalla carenza estrogenica e dall'infiammazione, contribuisce alla perdita ossea. Denosumab, anticorpo monoclonale diretto contro RANKL, ne inibisce selettivamente l'attività, riducendo il riassorbimento osseo [1].
La via Wnt/β-catenina rappresenta un altro fondamentale regolatore del metabolismo scheletrico, promuovendo la differenziazione e l'attività osteoblastica. La sclerostina, prodotta prevalentemente dagli osteociti, ne costituisce un importante inibitore. Romosozumab, anticorpo monoclonale antisclerostina,

esercita un duplice effetto, aumentando la formazione ossea e riducendo il riassorbimento [2].
Un'ulteriore strategia osteoanabolica è rappresentata da teriparatide e abaloparatide, che attraverso la stimolazione intermittente del recettore PTH1R favoriscono l'attività e la sopravvivenza degli osteoblasti, incrementando la formazione di nuovo tessuto osseo [3].
La comprensione dei meccanismi patogenetici consente oggi di superare un approccio terapeutico uniforme, orientando la scelta e la sequenza dei trattamenti in funzione del rischio fratturativo e delle caratteristiche individuali. Nel paziente geriatrico, l'integrazione tra terapie mirate, valutazione multidimensionale e prevenzione delle cadute rappresenta un elemento essenziale per preservare autonomia e qualità di vita.

Bibliografia

1 Hamdy NA. Denosumab: RANKL inhibition in the management of bone loss. Drugs Today (Barc). 2008;44:7-21.
2 Lim SY. Romosozumab for the treatment of osteoporosis in women: Efficacy, safety, and cardiovascular risk. Womens Health (Lond). 2022;18:17455057221125577.
3 Bonnet AL, Aboishava L, Mannstadt M. Advances in Parathyroid Hormone-based medicines. J Bone Miner Res. 2025;40:1195-1206.

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

INFORMAZIONE E SALUTE OSTEOMUSCOLARE NEI CENTRI ANZIANI

Cassandra Tutino[1], Chiara Morichetti[1], Paolo Politi[1], Francesca Di Giambattista[1], Marianna Marinelli[1], Andrea Maria Maresca[2]

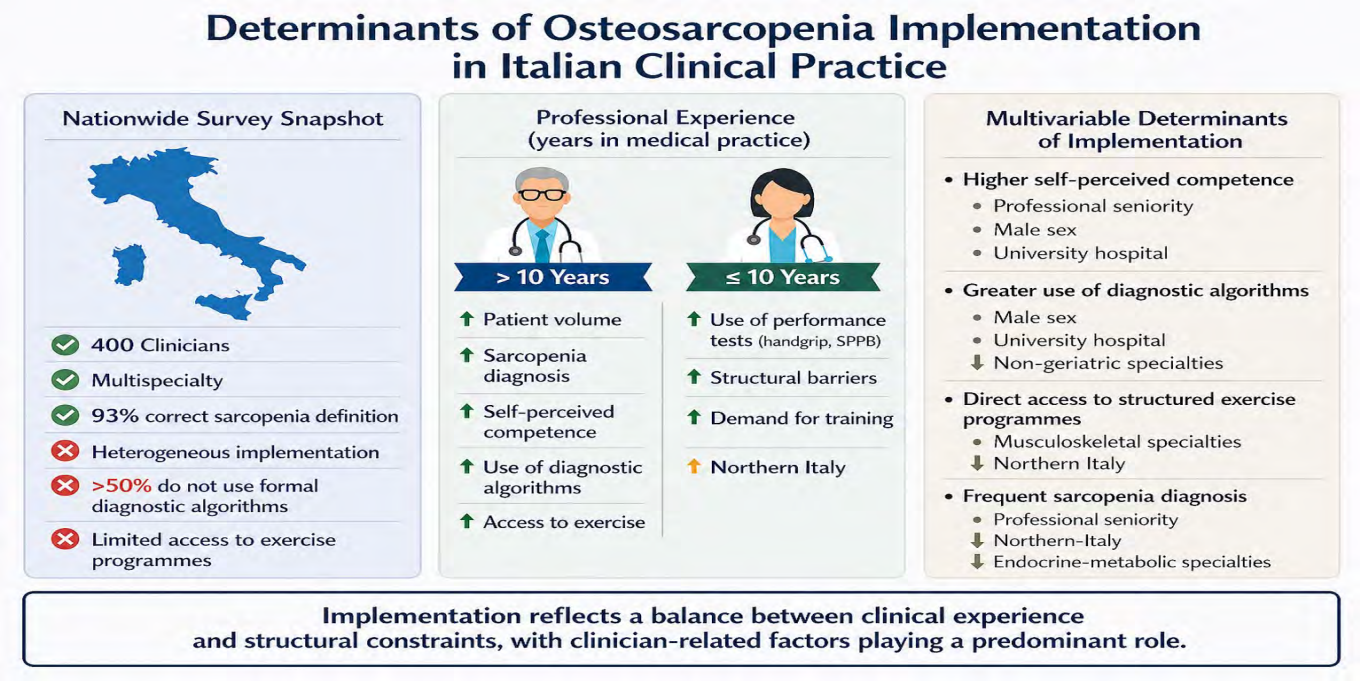
[1] SC Geriatria, Ospedale Sant'Anna, ASST Lariana, Como - [2] Università degli Studi dell'Insubria, Varese

Scopo del lavoro
I centri anziani sono riconosciuti come presidi territoriali fondamentali per la longevità attiva. Scopo del lavoro è valutare la conoscenza di base degli utenti dei centri anziani sulla salute osteomuscolare e sui fattori di rischio modificabili.

Materiali e metodi
Lo studio è stato condotto su 51 soggetti ≥ 65 anni afferenti al centro anziani di Lora (Como) e Guanzate (Como), che hanno partecipato ad un evento divulgativo sulla salute osteometabolica, somministrando un questionario strutturato.

Risultati
Il campione è prevalentemente femminile, con 42 donne (82,4%), e include il 29,4% di soggetti con età ≥ 80 anni; il 56,9% vive solo. Il profilo clinico è caratterizzato da ipertensione arteriosa (56,9%), artrite/artrosi (29,4%), dislipidemia e patologia tiroidea (21,6%), diabete mellito (13,7%), infarto/fibrillazione atriale (11,8%). L'osteoporosi diagnosticata è presente nel 15,7% del campione e l'osteopenia nel 5,9%. Per quanto riguarda la valutazione osteometabolica, il 60,8% dei partecipanti ha eseguito almeno una MOC, ma solo il 23,5% negli ultimi due anni. Le fratture da fragilità sono riportate dal 29,4% dei soggetti e almeno una caduta nell'ultimo anno nel 43,1%. La vitamina D prescritta è presente nel 66,7%, mentre il calcio nel 27,5%. L'aderenza terapeutica risulta elevata, con il 94,1% che riferisce assunzione sempre o quasi sempre regolare. Sul piano degli stili di vita e della consapevolezza, il 66,7% dichiara di conoscere la sarcopenia e l'88,2% riconosce come fondamentale il ruolo delle proteine nell'anziano. Tuttavia, solo il 39,2% pratica attività fisica almeno una volta alla settimana e appena il 9,8% almeno tre volte alla settimana. La positività al SARC-F è contenuta, presente in 4 soggetti (7,8%). L'isolamento sociale secondo UCLA Loneliness Scale proxy report è presente nel 9,8%. Lo screening nutrizionale Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) evidenzia rischio/malnutrizione nel 27,5% dei casi, mentre la Geriatric Depression Scale versione a 4 item (GDS-4) risulta positiva nel 13,7%.

Conclusioni
Nel complesso, il campione della popolazione è prevalentemente femminile, con discreta esposizione a fattori di rischio osteo-muscolari, elevata frequenza di vita in solitudine e quota non trascurabile di cadute e fratture da fragilità. Al contrario, sarcopenia probabile e fragilità conclamata risultano relativamente poco frequenti. I dati suggeriscono un importante spazio di intervento sanitario su strategie di prevenzione delle cadute, rivalutazione MOC, supplementazione calcio/vitamina D quando indicata e promozione dell'attività fisica regolare. Educare alla salute significa proteggere l'indipendenza e promuovere un invecchiamento riducendo al minimo le disabilità.



Bibliografia

Bouvard B, et al. Osteoporosis in older adults. Joint Bone Spine, 2021 May.

Melchiorre MG, et al. Caring for Frail Older People Living alone in Italy. Int J Environ Res Public Health, 2022 Jun 16.

DETERMINANTI DELL'IMPLEMENTAZIONE DELLA GESTIONE DELL'OSTEOSARCOPENIA: UN'INDAGINE NAZIONALE TRA CLINICI ITALIANI DI DIVERSE SPECIALITÀ

Chiara Ceolin[1], Gaetano Paride Arcidiacono[1], Giovanni Adami[2], Giulia Rivasi[3], Ciro Menale[4], Caterina Trevisan[5], Lorenzo Sanesi[6], Francesco Salis[7], Biagio Palmisano[8], Federica Bellone[9]

[1] Università degli Studi di Padova - [2] Università degli Studi di Verona - [3] Università degli Studi di Firenze - [4] Università di Napoli "Federico II", - [5] Università degli Studi di Ferrara - [6] Università degli Studi di Bari - [7] Università degli Studi di Catania - [8] Università degli Studi di Roma, - [9] Università degli Studi di Messina

Scopo del lavoro

Nell'ambito di un'iniziativa congiunta tra la Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) e la Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro (SIOMMMS), questo studio si è posto l'obiettivo di caratterizzare le pratiche di gestione dell'osteosarcopenia e di identificare i determinanti della loro implementazione attraverso un'indagine nazionale multicentrica rivolta a clinici italiani di diverse specialità.

Materiali e metodi

È stata condotta un'indagine trasversale, basata su un questionario online, rivolta ai professionisti sanitari coinvolti nella gestione dell'osteosarcopenia in Italia. Il questionario ha esplorato le pratiche di screening, diagnosi e trattamento, nonché le barriere percepite e i bisogni formativi. Gli outcome principali comprendevano la competenza percepita dai partecipanti, l'utilizzo di algoritmi diagnostici formalizzati e la disponibilità di programmi di esercizio fisico dedicati.

Risultati

Hanno partecipato all'indagine 400 clinici, con un'ampia rappresentanza geografica e di specialità. Nonostante un'elevata consapevolezza teorica dell'osteosarcopenia, l'implementazione di percorsi assistenziali strutturati è risultata limitata: oltre la metà dei partecipanti ha riferito di non utilizzare algoritmi diagnostici formalizzati e il 73,4% ha dichiarato di non avere accesso a programmi di esercizio fisico dedicati. La formazione percepita è risultata insufficiente, con meno del 10% dei rispondenti che si è definito esperto. Le

analisi multivariate hanno mostrato che una maggiore esperienza professionale (OR 2,21; IC 95% 1,13-4,43), il sesso maschile (OR 4,16; IC 95% 2,36-7,48) e l'attività presso un ospedale universitario (OR 3,42; IC 95% 1,41-8,81) erano associati in modo indipendente a una maggiore competenza percepita. L'utilizzo di algoritmi diagnostici era associato al sesso, alla specialità e al contesto assistenziale, mentre l'accesso a programmi di esercizio fisico era principalmente influenzato dalla specialità e da fattori geografici.

Conclusioni
La gestione dell'osteosarcopenia in Italia è caratterizzata da un divario tra conoscenze teoriche e applicazione nella pratica clinica, determinato da fattori strutturali e generazionali. Sono necessari interventi mirati di formazione, un migliore accesso alle risorse diagnostiche e riabilitative e lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati per favorire un'efficace traduzione delle evidenze nella pratica clinica.

VALUTAZIONE ECOGRAFICA DEL MUSCOLO VASTO LATERALE E HANDGRIP COME PREDITTORI DI MORTALITÀ NELL'ANZIANO CON FRATTURA DI FEMORE

Maria Francesca Bisignano, Gaia Rubbieri, Giulio Mannarino, Alessandro Cartei, Alice Ceccofiglio, Anna Giannolo, Gianluca Polidori, Margherita Lordi, Giuseppe Dario Testa, Giulia Rivasi, Andrea Ungar

Geriatria per l'Alta Intensità e Cardiologia geriatrica, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

Scopo del lavoro
La sarcopenia rappresenta un fattore prognostico sfavorevole nell'anziano con frattura di femore. Tuttavia, gli strumenti per la sua valutazione in fase acuta rimangono da definire [1-3]. Scopo dello studio è confrontare la capacità dello spessore ecografico del muscolo vasto laterale (VL) e della forza di presa (handgrip, HG) di predire la mortalità a 4 mesi nell'anziano ospedalizzato per frattura di femore.

Materiali e metodi
In uno studio osservazionale prospettico condotto presso l'ortogeriatria dell'AOU Careggi, Firenze, sono stati arruolati consecutivamente pazienti ≥65 anni ricoverati per frattura di femore da ottobre 2024 a febbraio 2025. Entro 24h dal ricovero, i partecipanti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale geriatrica, comprensiva di HG e misura ecografica (POCUS) dello spessore del muscolo VL. L'outcome primario era la mortalità da tutte le cause valutata a 4 mesi mediante follow-up telefonico. Il valore predittivo di VL e HG è stato confrontato mediante analisi delle curve ROC. Sulla base dei cut-off così identificati, mediante regressione logistica multivariata, è stata indagata l'associazione tra sarcopenia – definita come la concomitante riduzione di VL e HG – e riduzione dei due singoli parametri con la mortalità.

Risultati
Il campione di studio comprendeva 106 pazienti (età media 84,6 anni, 67,9% di sesso femminile). Sul piano funzionale, i partecipanti presentavano un Barthel Index mediano pari a 60/100 (IQR 35-90), il 46,7% deambulava senza ausili e il 28,6% riferiva una storia di caduta antecedente il ricovero. Le comorbidità più frequenti erano ipertensione arteriosa (66,7%), diabete (21,9%) e demenza (21%). All'ingresso, lo spessore medio del VL risultava pari a 1,15 cm (DS 0.25), il valore medio dell'HG era 14.90 kg (DS 6.13).
A 4 mesi è stata registrata una mortalità del 19,8%. All'analisi univariata, i pazienti deceduti presentavano valori basali di HG significativamente più bassi (12,5 vs 15,5 kg, p = 0,045), mentre non sono emerse differenze nello spessore del VL (1,07 vs 1,17 cm, p = 0,119). L'analisi ROC ha mostrato un potere predittivo sovrapponibile per VL e HG (AUC VL 0,630; AUC HG 0,647, p = 0,817). I cut-off con la migliore capacità discriminativa sono risultati uno spessore del VL < 1,12 cm (sensibilità 67%, specificità 58%) e un valore di HG < 15 kg (sensibilità 81%, specificità 44%). Applicando questi cut-off, i soggetti deceduti mostravano una prevalenza significativamente più alta di sarcopenia (66,7% vs 29,4%, p = 0,012), mentre non è emersa alcuna associazione tra mortalità e riduzione dei due singoli parametri, HG e VL. All'analisi multivariata, solo la presenza di sarcopenia – ovvero la riduzione di VL e HG - si associava ad un aumentato rischio di mortalità (OR 6,54, 95% IC 1,02-41,66), indipendentemente da livello funzionale pre-frattura, stato nutrizionale (Mini Nutritional Assessment) e burden di comorbidità.

Conclusioni
Nell'anziano ricoverato per frattura di femore, la sar-

copenia definita come concomitante riduzione di HG e spessore del VL, ma non i singoli parametri, predice la mortalità a 4 mesi indipendentemente da livello funzionale pre-frattura, stato nutrizionale e comorbidità. La valutazione combinata di HG e POCUS muscolare potrebbe supportare la stratificazione prognostica nel setting ortogeriatrico.

Bibliografia

1 Cruz-Jentoft AJ, et al. Age Ageing. 2019;48:16-31.
2 Minetto MA, et al. PM R. 2016;8:453-62.
3 Ticinesi A, et al. J Am Med Dir Assoc. 2017;18:290-300.

SPESSORE ECOGRAFICO DEL MUSCOLO TENAR COME BIOMARCATORE DI VULNERABILITÀ NEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO

Lucia Fasciani[1], Nelson Anzoletti[2], Rosa Scurti[2], Michela Giansante[2], Claudia Paolini[2], Fabrizio Cedrone[3], Francesca Coccina[1], Sante Donato Pierdomenico[1]

[1] Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina e Odontoiatria, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara, Chieti; Unità di Geriatria, Ospedale Santo Spirito, Pescara - [2] Unità di Geriatria, Ospedale Santo Spirito, Pescara - [3] UOC Direzione medica di presidio, ASL Pescara, Pescara

Scopo del lavoro

Malnutrizione e sarcopenia rappresentano condizioni frequenti nei pazienti anziani ospedalizzati e sono associate a declino funzionale, cadute, lesioni da pressione e peggiori esiti clinici. L'ecografia muscolare costituisce una metodica non invasiva, rapida e riproducibile per la valutazione della massa muscolare. Obiettivo dello studio è valutare l'associazione tra lo spessore ecografico del muscolo tenar (Sonographic Measurement of Thenar Muscle Thickness, SMET) e i principali strumenti di valutazione geriatrica utilizzati nella pratica clinica.

Materiali e metodi

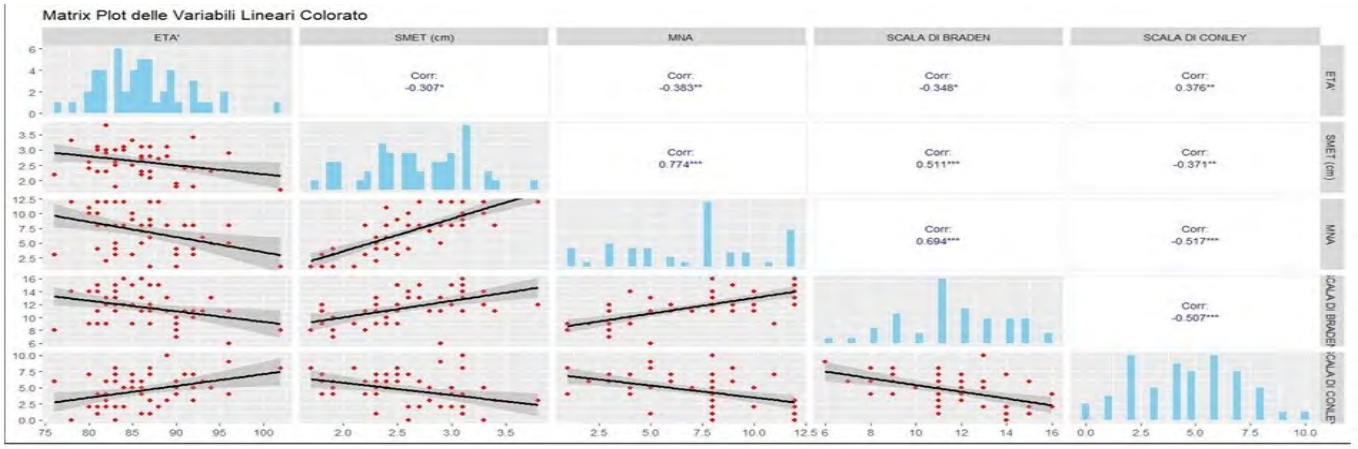
Studio osservazionale pilota condotto su 50 pazienti ricoverati presso l'Unità Operativa di Geriatria, di età ≥ 75 anni. Lo SMET è stato misurato mediante ecografia con sonda lineare ad alta frequenza a livello dell'eminenza tenar della mano non dominante (Fig. 1). Lo stato nutrizionale è stato valutato mediante Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF), il rischio di caduta mediante scala di Conley e il rischio di lesioni da pressione mediante scala di Braden. Le associazioni tra SMET e le scale geriatriche sono state analizzate mediante correlazione lineare di Pearson, assumendo un livello di significatività statistica pari a $p < 0,05$.

Risultati

L'analisi di correlazione lineare di Pearson ha evidenziato una significativa associazione tra SMET e i principali domini della valutazione geriatrica. In particolare, lo SMET ha mostrato una forte correlazione lineare positiva con il punteggio MNA-SF ($r = 0,774$; $p < 0,001$), una correlazione lineare positiva moderata con la scala di Braden ($r = 0,511$; $p < 0,001$) e una correlazione lineare negativa significativa con la scala di Conley ($r = -0,371$; $p < 0,01$). Tra le variabili analizzate, la correlazione con il MNA-SF è risultata la più elevata, indicando una stretta associazione tra maggiore spessore del muscolo tenar e migliore stato nutrizionale (Fig. 2).

Conclusioni

Lo SMET si è dimostrato significativamente associa-





to ai principali domini della vulnerabilità geriatrica, identificando una relazione tra ridotto spessore del muscolo tenar, peggior stato nutrizionale, maggiore rischio di caduta e aumentata suscettibilità alle lesioni da pressione. La metodica, rapida, non invasiva e facilmente eseguibile al letto del paziente, potrebbe rappresentare un utile biomarcatore ecografico per la stratificazione precoce del rischio nei pazienti anziani ospedalizzati. Studi prospettici multicentrici su casistiche più ampie saranno necessari per confermarne il valore prognostico e definirne i cut-off di impiego clinico.

Bibliografia

Cawthon PM. Assessment of lean mass and physical performance in sarcopenia. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2015;70:93-101.

Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48:16-31.

Nijholt W, Scafoglieri A, Jager-Wittenaar H, et al. The reliability and validity of ultrasound toquantify muscles in older adults: a systematic review. Age Ageing. 2017;46:230-38.

Perkisas S, Baudry S, Bauer J, et al. Application of ultrasound for muscle assessment in sarcopenia:2020 SARCUS update. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2021;12:910-27.

Reijnierse EM, Trappenburg MC, Blauw GJ, et al. Common ground? The concordance of sarcopenia and frailty definitions. J Am Med Dir Assoc. 2017;18:371-79.

RUOLO DEL NURSING PER LA PROMOZIONE DELLA LONGEVITÀ

LETTURA

L'ARCHITETTO DELLA LONGEVITÀ: NUOVI PARADIGMI DEL NURSING TRA PROSSIMITÀ, TECNOLOGIA E RESILIENZA

Serafina Fiorillo, Alfredo Buffone, Isabella Bartalotta

Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia (ASP VV)

Contesto e obiettivo

L'allungamento dell'aspettativa di vita rappresenta uno dei traguardi più complessi della modernità. Tuttavia, la semplice estensione del tempo biologico (lifespan), priva di sostenibilità funzionale, rischia di evolvere in una condizione di prolungata sofferenza, descritta efficacemente attraverso il Paradosso di Titone (l'immortalità disgiunta dall'eterna giovinezza). Il lavoro propone il superamento del paradigma prestazionale e tecnocratico per adottare un approccio *"architetturale" alla longevità*, finalizzato a preservare la qualità della vita in autonomia (healthspan), l'autosufficienza e la dignità della persona fragile.

Fondamenti etici e quadro normativo

L'impianto concettuale richiama gli archetipi etici del nursing geriatrico – come Chirone (il guaritore ferito) e il Mito di Cura di Igino –, ponendo la vulnerabilità al centro della relazione assistenziale. Questo cambio di paradigma si inserisce nella riconfigurazione del Servizio Sanitario Nazionale (PNRR Missione 6, DM 77/2022, Legge 33/2023 e D.Lgs. 29/2024), che stabilisce la convergenza tra Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), sancendo *la casa come primo presidio sanitario.*

Metodologia

L'integrazione assistenziale è presidiata dall'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) in sinergia con le Centrali Operative Territoriali (COT), i Punti Unici di Accesso (PUA) e le Case della Comunità. La presa in carico globale e l'analisi dei Determinanti Sociali della Salute (SDOH) avvengono tramite la Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU) e l'applicazione del framework geriatrico delle 5M all'interno del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI):

1. Mobilità (Mobility): l'IFeC valuta l'accessibilità domestica e la sicurezza antinfortunistica. La sensoristica IoT di movimento e i rilevatori di caduta inviano allarmi precoci alla COT in caso di anomalie.
2. Farmaci (Medications): verifica dell'aderenza terapeutica e dell'alfabetizzazione sanitaria. Si avvale di pilloliere intelligenti e dispositivi medici connessi (sfigmomanometri, glucometri cloud).
3. Mente (Mind): monitoraggio del benessere cognitivo ed emotivo. Piattaforme vocali e sensori ambientali non invasivi intercettano precocemente alterazioni del sonno o sintomi di declino.
4. Multicomplessità (Multicomplexity): gestione coordinata delle co-morbilità cliniche e della fragilità sociale. Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e l'analisi predittiva prevengono il sovraccarico informativo e le riacutizzazioni.
5. Ciò che conta davvero (Matters Most): rispetto prioritario dell'autodeterminazione, dei desideri della persona e delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).

In linea con l'analisi filosofica di Umberto Galimberti (Psiche e Techne), il lavoro mette in guardia dal rischio che l'efficienza prestazionale riduca il paziente fragile a mero dato biometrico disincarnato. Il modello oppone al paradigma tecnocratico il paradigma del nursing prossimo, in cui la tecnologia (tele-nursing, monitoraggio remoto) agisce da "protesi discreta e invisibile" per proteggere l'alleanza terapeutica e restituire tempo alla relazione umana.

L'infrastruttura sistemica si fonda su tre assi interconnessi:

- prossimità: rigenerazione del capitale sociale e integrazione con il tessuto urbano (es. modello della "Città dei 15 Minuti") e presenza capillare dell'infermiere di famiglia e comunità (IFeC) sul territorio;
- tecnologia (Umanesimo Digitale): adozione di reti IoT, tele-nursing e algoritmi predittivi di early warning intesi come "protesi discrete" a tutela dell'alleanza terapeutica, evitando la deriva tecnocratica (richiamata dall'analisi filosofica di Umberto Galimberti) che riduce il paziente a mero dato biometrico;
- resilienza (Design Evolutivo e Biofilia): spazi abitativi dinamici capaci di accompagnare le transizioni dell'autonomia (Active Senior, Mobility Assistance, Full Care Integration) per favorire l'aging in place. L'integrazione di bio-hacking ambientale (luce circadiana, purificazione dell'aria, controllo acustico e verde terapeutico) concretizza il concetto di Longevity-Ready Home, sviluppato per favorire il benessere psicofisico.

Conclusioni

Riconnettendo la clinica alla dimensione abitativa (dal protocollo assistenziale alla Longevity-Ready Home), il modello definisce il nursing geriatrico come un'*"architettura del tempo vissuto"*. L'integrazione di prossimità relazionale, tecnologia invisibile e resilienza spaziale restituisce al domicilio il ruolo di presidio sanitario più umano e sostenibile per il futuro del welfare.

Bibliografia

Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29: "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui all'articolo 1 della Legge 33/2023".

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

Legge 23 marzo 2023, n. 33: "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" (Riforma della Non Autosufficienza).

Mind, Mobility, Medications, Multicomplexity, Matters Most per l'integrazione dei Determinanti Sociali della Salute (SDOH).

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) — Missione 6: Salute.

Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU), Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) e Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

SIMPOSIO
IL FUTURO DELLA CURA - PROSSIMITÀ E DIGITALIZZAZIONE

PREVENIRE PER PRENDERSI CURA: NUOVI ORIZZONTI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA TERRITORIALE

Stefano Mantovani

Direttore Esecuzione Contratto e Responsabile dei Sevizi Residenziali e Territoriali, ASCSP Magenta

Introduzione

La prevenzione rappresenta oggi il fondamento di un'assistenza infermieristica territoriale orientata non solo alla malattia, ma alla persona, alla famiglia e alla comunità. Prevenire significa anticipare i bisogni, ridurre i fattori di rischio, sostenere l'autonomia e favorire una presa in carico precoce delle cronicità. Il DM 77/2022 ha definito modelli e standard per l'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale, attribuendo all'infermiere di famiglia o di comunità (IFeC/IFoc) un ruolo di riferimento, con uno standard di almeno un infermiere ogni 3.000 abitanti.
Il valore della prevenzione infermieristica
L'infermiere territoriale agisce su tre livelli: prevenzione primaria, mediante educazione alla salute e promozione di stili di vita sani; prevenzione secondaria, attraverso screening, sorveglianza e identificazione precoce dei bisogni; prevenzione terziaria, sostenendo le persone con malattie croniche o disabilità nel mantenere funzioni e autonomia. La valutazione dei bisogni, la relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica diventano strumenti clinici centrali. Il Piano Nazionale della Prevenzione orienta le Regioni verso programmi locali basati su indicatori, equità e attenzione alle vulnerabilità.

I modelli italiani

Il modello dell'IFeC/IFoC assicura assistenza infermieristica a diversi livelli di complessità, in collaborazione con medici di medicina generale, servizi sociali e altre figure professionali. L'infermiere elabora piani assistenziali individuali, coordina gli interventi domiciliari e favorisce la continuità delle cure. È particolarmente efficace per anziani fragili, pazienti con patologie croniche e persone con bisogni sanitari e sociali integrati.

Le Case della Comunità costituiscono il modello strutturale di prossimità. Lo standard nazionale prevede una struttura hub ogni 40.000-50.000 abitanti, con una equipe che include infermieri, medici, operatori sociali e amministrativi. Offrono accessi infermieristici, ambulatori, cure domiciliari, teleassistenza e attività di prevenzione. Rispetto all'IFeC/IFoC, che garantisce una relazione continuativa con la persona, la Casa della Comunità offre una risposta organizzata e multidisciplinare sul territorio.
Le Unità di Cure Domiciliari (UCD) e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI/CDOM) rappresentano il modello della cura a domicilio. Sono indirizzate a persone con elevata complessità assistenziale, che necessitano di interventi sanitari, riabilitativi e socio-assistenziali coordinati. L'infermiere è spesso il professionista che garantisce la continuità, monitora le condizioni cliniche, gestisce medicazioni, terapie e dispositivi, e forma il caregiver.
Gli Ospedali di Comunità accolgono pazienti con bisogni clinici intermedi, che non richiedono il ricovero ospedaliero ma non possono essere assistiti esclusivamente a domicilio. Questo modello riduce ricoveri impropri e favorisce il dimissionamento precoce, ma richiede competenze infermieristiche acute e una stretta integrazione con ospedale e territorio.

Confronto e criticità

I modelli non sono alternativi, ma complementari: l'IFeC/IFoC assicura continuità e relazione; le Case della Comunità garantiscono accessibilità e integrazione; UCD e ADI/CDOM rispondono alla fragilità domiciliare; gli Ospedali di Comunità gestiscono la complessità clinica transitoria. Le principali criticità riguardano la disparità territoriale tra Regioni, la carenza di personale infermieristico, la necessità di formazione specialistica e l'integrazione reale tra sanitario e sociale.

Conclusioni

Prevenire per prendersi cura significa spostare l'attenzione dalla reazione alla malattia alla promozione della salute e dell'autonomia. L'infermiere territoriale, attraverso i modelli di IFeC/IFoC, Case della Comunità, cure domiciliari e Ospedali di Comunità, diventa protagonista di una sanità di prossimità, equa, personalizzata e sostenibile. Il futuro dell'assistenza dipenderà dalla capacità di investire nelle competenze infermieristiche, nella digitalizzazione e nella collaborazione interprofessionale.

Bibliografia
Agenas, Linee di indirizzo per l'Infermiere di Famiglia o di Comunità, 2023.
FNOMCeO e Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, documenti sull'assistenza territoriale.
FNOPI, Buone pratiche di assistenza infermieristica territoriale, 2022.
Ministero della Salute, DM 23 maggio 2022, n. 77: Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN.
Ministero della Salute, Piano Nazionale della Prevenzione.
Regione Emilia-Romagna, L'infermiere di famiglia e di comunità: servizi che si territorializzano, 2022.

LA CASA PROATTIVA E LA RIVOLUZIONE DIGITALE: MONITORAGGIO INVISIBILE E DOMOTICA ASSISTENZIALE PER GLI ANZIANI

Serafina Fiorillo, Rosita Romanò, Angela Coscarella, Isabella Bartalotta

Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia (ASP VV)

Premessa

L'evoluzione tecnologica segna il passaggio strutturale dalla smart home reattiva a un ecosistema di casa proattiva, concepito come strumento di supporto assistenziale e prevenzione per la popolazione anziana. In un quadro demografico caratterizzato da un marcato invecchiamento, la domotica assistenziale rappresenta una priorità sociale e culturale per garantire la longevità in autonomia (aging in place) e mitigare il carico assistenziale a carico di caregiver e famiglie. Grazie all'integrazione di algoritmi di intelligenza artificiale, machine learning e al nuovo standard di interoperabilità Matter, l'abitazione apprende le routine quotidiane dell'occupante e anticipa i bisogni di sicurezza prima che emerga una richiesta esplicita.

Il monitoraggio invisibile converte la gestione della salute da un modello reattivo a un paradigma preventivo incentrato sulla mitigazione dei rischi ambientali e domestici. Considerando il sonno il terzo pilastro fondamentale della salute insieme a dieta ed esercizio fisico, sulla base delle evidenze della cronobiologia e della biologia circadiana, l'illuminazione del ritmo circadiano modula automaticamente la temperatura di colore delle lampade LED. Per la tutela fisica quotidiana dell'anziano, la casa attiva luci notturne automatiche a bassa intensità per la prevenzione delle cadute, supporta l'aderenza terapeutica mediante promemoria per l'assunzione di farmaci ed è in grado di allertare i soccorsi in caso di malori o anomalie comportamentali. Contestualmente, sistemi diagnostici automatizzati monitorano la qualità dell'aria interna (es. CO_2, etc.) e dell'acqua, intervenendo in modo proattivo a protezione della salute sistemica. La validità clinica e tecnologica di questo paradigma trova riscontro in una consolidata letteratura scientifica. Revisioni sistematiche testimoniano che i sistemi di monitoraggio ambientale non invasivi garantiscono un'elevata accuratezza nel rilevamento delle cadute e nell'analisi delle routine quotidiane, superando le resistenze all'uso tipiche dei dispositivi indossabili (Spasojević et al., 2025; Frontiers in Public Health, 2021). Parallelamente, ricerche promosse dal National Institute on Aging (PMC) confermano l'efficacia terapeutica della luce circadiana nella riduzione dell'agitazione notturna e nella regolarizzazione del ciclo sonno-veglia in soggetti fragili o con deterioramento cognitivo (Figueiro et al., 2019; JMIR, 2025).

Poiché la profilazione costante delle abitudini domestiche e dei parametri di benessere coinvolge dati personali altamente sensibili, la protezione della privacy assume una rilevanza etica e tecnica primaria. La letteratura (IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics, 2025) e i recenti sviluppi industriali convergono sull'adozione dell'edge computing e dell'elaborazione locale dei dati tramite hub dedicati. Conservare ed elaborare le informazioni direttamente all'interno dell'abitazione limita la dipendenza dai server cloud e preserva la riservatezza, garantendo all'anziano e alla sua famiglia la piena sovranità e il controllo finale sulle scelte della casa.

Conclusioni

L'integrazione della casa proattiva nel contesto della domotica assistenziale per gli anziani rappresenta una risposta tecnologica, assistenziale e sociale a una delle sfide demografiche più rilevanti del nostro tempo. Il passaggio da una domotica passiva basata su comandi manuali a un ambiente intelligente capace di percepire, interpretare e prevenire i rischi consente di attuare una vera e propria rivoluzione della salute preventiva entro le mura domestiche.

I risultati evidenziano come il monitoraggio invisibile – applicato alla sincronizzazione del ritmo circadiano, al miglioramento della qualità dell'aria e dell'acqua e alla sicurezza anti-caduta – aumenti significativamente l'autonomia e la qualità di vita della popolazione anziana, riducendo la pressione sul sistema sani-

tario e il carico emotivo e operativo dei caregiver. Al contempo, la validazione della letteratura scientifica internazionale conferma l'impatto clinico e preventivo di tali soluzioni.
Affinché questo modello tecnologico si affermi in modo sostenibile, la tutela della privacy ed etica del dato rimane la condizione essenziale. L'adozione dell'edge computing e dell'elaborazione AI in locale si dimostra la via maestra per coniugare l'efficacia del monitoraggio predittivo con la riservatezza e l'autodeterminazione dell'individuo, garantendo che l'anziano conservi sempre il controllo finale sulla propria abitazione. In definitiva, la casa proattiva non sostituisce la relazione umana e familiare, ma la valorizza, offrendo una tecnologia discreta, sicura e trasparente al servizio della longevità.

Bibliografia

Elise (2025). La Casa Proattiva: Come la Tecnologia Intelligente per la Salute e il Benessere sta Diventando il Nuovo Standard nel 2025. casa proattiva.pdf.
Figueiro, M. G. et al. (2019). Using Light to Manage Sleep-Wake Issues in Patients With Dementia. PMC / National Institute on Aging. (Studio clinico sull'efficacia dell'illuminazione circadiana sui disturbi del sonno negli anziani).
Frontiers in Public Health (2021). Dementia care, fall detection, and ambient assisted living technologies help older adults age in place. PMC / Frontiers. (Scoping review sul valore delle tecnologie AAL per la longevità abitativa autonoma).
IEEE JBHI (2025). Feasibility of assessing cognitive impairment via privacy-preserving edge computing. IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics / PMC. (Valutazione dell'edge computing locale per l'analisi comportamentale a tutela della privacy).
Pirani, G. (2026). La casa proattiva evolve il concetto di smart home: domotica assistenziale e tutela dell'autonomia domestica (Report sulle innovazioni IFA 2026). casa proattiva 2.pdf.
Spasojević et al. (2025). Fall Detection in Elderly People: A Systematic Review of Ambient Assisted Living. MDPI Sensors / PubMed. (Analisi sull'accuratezza dei sensori ambientali non invasivi per la prevenzione cadute).

SIMPOSIO
CLINICAL GOVERNANCE E STRATEGIE DI PREVENZIONE DELLA FRAGILITÀ

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E LA PREVENZIONE DELLE CADUTE: LE ULTIME EVIDENZE

Anna Castaldo

ASST G. Pini CTO, Milano; Coordinatore Gruppo di Studio SIGG-AGIRE Prevenzione abusi sugli anziani

Le cadute ed in particolare le cadute traumatiche rappresentano un problema clinico prioritario, della popolazione anziana che vive nella comunità o è accolta nei setting di cura ospedalieri e long term care. Recenti evidenze, derivanti da autorevoli linee guida [1-2] e revisioni sistematiche della Cochrane [3-4], riassumono le principali misure relative allo screening, alla valutazione e alla prevenzione delle cadute. Le linee guida della NICE del 2025 [1], riprendendo già quanto raccomandato nel 2022 da Montero-Odasso et al [2], modificano il paradigma tradizionale, superando l'utilità della valutazione predittiva del rischio con strumenti specifici.
Le persone anziane sopra i 65 anni, soprattutto se assistite in ospedale e nelle long term care, dovrebbero essere di per sé considerate a rischio di caduta. In tale prospettiva non è essenziale utilizzare scale o strumenti predittivi o scale a punteggio per prevedere il rischio di caduta, ma è opportuno effettuare una valutazione multifattoriale, volta a identificare i fattori di rischio individuali – potenzialmente modificabili o non modificabili – e di conseguenza ad orientare la scelta di interventi mirati.
Nella comunità la valutazione del rischio caduta può essere fatta in occasione di una visita di routine (es. annuale) oppure quando le persone si presentano in seguito a una caduta. I professionisti sanitari dovrebbero indagare se le persone siano cadute nel corso dell'ultimo anno. Per aumentare la sensibilità potrebbero essere utilizzate tre domande chiave: 1) È caduto nell'ultimo anno? 2) Si sente instabile quando è in piedi o cammina? 3) Ha paura di cadere? In caso positivo si dovrebbe procedere con la valutazione della severità della caduta (necessità di una visita medica, difficoltà ad alzarsi dopo la caduta; accesso in Pronto Soccorso; perdita di coscienza, valutazione della

fragilità). In base al livello di rischio (basso, medio e alto) dovrebbero essere garantiti rispettivamente interventi di prevenzione primaria (educazione e suggerimenti su attività fisica) prevenzione secondaria (educazione ed esercizi personalizzati per potenziare l'andatura e l'equilibrio); e prevenzione secondaria e trattamenti mirati (valutazione multifattoriale e interventi personalizzati sulla base dei fattori di rischio individuali e delle risorse disponibili, con valutazione degli esiti nel follow di almeno 30 giorni).

Bibliografia

1 NICE (2025). Falls: assessment and prevention in older people and in people 50 and over at higher risk. NICE Guideline NG249.

2 Montero-Odasso M et al. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age and Ageing, 51(9):afac205.

3 McLennan C et al. (2026). Interventions for preventing falls in older people in hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD016065.

4 Swarnalatha C et al. (2026). Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD012221.

SIMPOSIO
SALUTE OLISTICA E STILI DI VITA: PREVENIRE IL DECLINO

STILI DI VITA E BENESSERE PSICOLOGICO: COME POSSIAMO PREVENIRE IL DEFICIT COGNITIVO?

Gabriele Pascarella Vitale

Infermiere, U.O.C. Formazione e Rapporti con Università, Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, Napoli

L'invecchiamento della popolazione e il progressivo aumento dei casi di deterioramento cognitivo e demenza rappresentano una delle principali sfide per i sistemi sanitari. Negli ultimi anni è cresciuto l'interesse verso strategie non farmacologiche finalizzate a promuovere un invecchiamento sano e a preservare le funzioni cognitive. Numerose evidenze suggeriscono che attività fisica, partecipazione sociale, stimolazione cognitiva, benessere psicologico ed educazione sanitaria svolgano un ruolo fondamentale nella prevenzione del declino cognitivo. Il presente lavoro analizza quattro studi recenti che affrontano il tema della prevenzione del deficit cognitivo da prospettive differenti ma complementari. Lo studio di Shao et al., condotto su 172 pazienti affetti da malattia di Alzheimer, ha dimostrato che l'assistenza infermieristica narrativa associata alla riabilitazione cognitivo-comportamentale migliora significativamente le funzioni cognitive (MMSE $p = 0,039$; MoCA $p = 0,040$), riduce l'ansia ($p < 0,001$) e incrementa autonomia e qualità di vita ($p < 0,001$). L'analisi secondaria dello studio Finger realizzata da Saarela et al. su 1.259 anziani ha evidenziato che un intervento multidominio basato su attività fisica, corretta alimentazione, stimolazione cognitiva, partecipazione sociale e controllo dei fattori cardiovascolari può ridurre la fragilità negli anziani a rischio di deterioramento cognitivo. In particolare, il 45,7% degli uomini inizialmente pre-fragili è ritornato in una condizione di non fragilità rispetto al 30% del gruppo di controllo ($p = 0,036$). La revisione sistematica di Ng et al., comprendente 22 studi internazionali, ha mostrato che la terapia di reminiscenza supportata dalla realtà virtuale favorisce il recupero della memoria autobiografica, migliora il benessere psicologico e contribuisce alla riduzione di ansia e depressione negli anziani, con elevata accettabilità e assenza di effetti avversi rilevanti. Infine, il trial randomizzato controllato di Levinson et al., condotto su 510 adulti, ha evidenziato che un programma di educazione sanitaria online dedicato alla prevenzione della demenza incrementa significativamente le conoscenze sui fattori di rischio modificabili ($p < 0,001$) e favorisce un aumento dell'attività fisica ($p = 0,04$), supportando l'importanza dell'alfabetizzazione sanitaria nell'adozione di comportamenti salutari. L'analisi complessiva mostra che attività fisica regolare, alimentazione equilibrata, stimolazione cognitiva, partecipazione sociale e educazione sanitaria rappresentano i principali fattori protettivi per la salute cognitiva. Parallelamente, il mantenimento della memoria autobiografica, dell'identità personale, delle relazioni sociali e della qualità di vita costituisce una componente fondamentale del benessere psicologico. Pur adottando approcci differenti, tutti gli studi evidenziano come la prevenzione del deficit cognitivo richieda una visione integrata della persona, nella quale salute fisica, benessere emotivo e partecipazione sociale risultano strettamente interconnessi. In conclusione, gli interventi multidimensionali orientati agli stili di vita e al benessere psicologico rappre-

Autore (anno)	Titolo dello studio	Paese	Disegno di studio	Campione	Principali risultati
Shao et al. (2026)	Impact of Narrative Nursing and Cognitive Behavioral Rehabilitation on Cognitive Function and Anxiety in Patients With Alzheimer's Disease	Cina	Trial randomizzato controllato (RCT)	172 pazienti con malattia di Alzheimer: gruppo sperimentale n=86; gruppo controllo n=86	Miglioramento delle funzioni cognitive (MMSE p=0,039; MoCA p=0,040), riduzione dell'ansia (p<0,001), miglioramento dell'autonomia e della qualità di vita (p<0,001).
Saarela et al. (2025)	Effects of Multidomain Lifestyle Intervention on Frailty Among Older Men and Women: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial	Finlandia	Analisi secondaria di RCT (Studio FINGER)	1.259 anziani: gruppo intervento n=631; gruppo controllo n=628	Riduzione della fragilità negli uomini anziani; il 45,7% dei soggetti pre-fragili è diventato non fragile rispetto al 30% del gruppo controllo (p=0,036).
Ng et al. (2024)	Virtual Reality-Based Reminiscence Therapy for Older Adults to Improve Psychological Well-Being and Cognition: A Systematic Review	Singapore (revisione internazionale)	Revisione sistematica	22 studi condotti su anziani sani, con Mild Cognitive Impairment, demenza o Alzheimer	Miglioramento della memoria autobiografica, riduzione di ansia e depressione, incremento del benessere psicologico e alta accettabilità dell'intervento.
Levinson et al. (2026)	Effects of Internet-Based Dementia Risk Reduction Education on Risk and Protective Factor Knowledge, Intentions, and Health Behaviors: Randomized Controlled Trial	Canada	Trial randomizzato controllato (RCT)	510 adulti: gruppo intervento n=265; gruppo controllo n=245	Incremento delle conoscenze sui fattori di rischio della demenza (p<0,001) e aumento dell'attività fisica (p=0,04).

Nota. Le evidenze analizzate supportano il ruolo degli stili di vita salutari e del benessere psicologico come fattori associati al mantenimento delle funzioni cognitive negli anziani.

Tabella 1. Caratteristiche e principali risultati degli studi.

sentano strategie efficaci per preservare le funzioni cognitive, sostenere l'autonomia e promuovere un invecchiamento attivo, contribuendo alla prevenzione del declino cognitivo e della demenza (Tab. 1).

Bibliografia

Levinson AJ, Ayers S, Clark S, et al. (2026). Effects of Internet-Based Dementia Risk Reduction Education on Risk and Protective Factor Knowledge, Intentions, and Health Behaviors: Randomized Controlled Trial. Journal of Medical Internet Research, 28:e79405. https://doi.org/10.2196/79405

Ng WHD, Ang WHD, Fukahori H, et al. (2024). Virtual Reality-Based Reminiscence Therapy for Older Adults to Improve Psychological Well-Being and Cognition: A Systematic Review. Journal of Clinical Nursing, 35(5), 2012-2027. https://doi.org/10.1111/jocn.17375.

Saarela L, Lehtisalo J, Ngandu T, et al. (2025). Effects of Multidomain Lifestyle Intervention on Frailty Among Older Men and Women: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. Annals of Medicine, 57(1), Article 2446699. https://doi.org/10.1080/07853890.2024.2446699.

Shao R, Li W, Su H, et al. (2026). Impact of Narrative Nursing and Cognitive Behavioral Rehabilitation on Cognitive Function and Anxiety in Patients With Alzheimer's Disease. Geriatrics & Gerontology International, 26(8), e70719. https://doi.org/10.1111/ggi.70719.

I PILASTRI DELLA LONGEVITÀ: NUTRIZIONE, IDRATAZIONE E STILI DI VITA COME TERAPIE

Stefano Eleuteri[1], Roberta D'Elia[2]

[1] Psicologo, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca. Professore Associato in Psicologia, Universitas Mercatorum, Roma - [2] Dott.ssa in Psicologia, Istituto di Sessuologia Clinica, Roma

La longevità rappresenta uno dei principali argomenti di interesse della società contemporanea. Tuttavia, vivere più a lungo non significa necessariamente vivere meglio. Difatti, accanto all'aumento dell'aspettativa di vita, diviene fondamentale promuovere delle condizioni che consentano di mantenere nel tempo salute, autonomia e qualità della vita. In questo contesto, le abitudini quotidiane, come una corretta alimentazione e idratazione, assumono un ruolo cruciale nella promozione dell'invecchiamento in salute. L'obiettivo di questo lavoro consiste nell'approfondire il valore e il ruolo di tali fattori, considerando le evidenze scientifiche che ne sostengono l'importanza nella prevenzione delle patologie croniche e del declino funzionale e cognitivo. Un'alimentazione equilibrata può contribuire alla tutela della salute cardiovascolare e metabolica e, allo stesso tempo, un'assunzione adeguata di liquidi è essenziale per mantenere in modo ottimale l'equilibrio fisiologico, soprattutto nella popolazione anziana.

A questi aspetti si associano un'attività fisica regolare, una buona qualità del sonno, la stimolazione cognitiva, la gestione dello stress e il mantenimento delle relazioni sociali. Tutte queste dimensioni non agiscano in modo isolato, ma si dimostrano strettamente interconnesse. Pertanto, risulta fondamentale l'utilizzo di un approccio integrato e personalizzato, che consideri la persona nella sua globalità e promuova comportamenti salutari lungo tutto l'arco della vita. Nutrizione, idratazione e stili di vita possono dunque essere considerati strumenti fondamentali di prevenzione e promozione della salute, con l'obiettivo non soltanto di prolungare la vita, ma soprattutto di migliorarne la qualità.

Bibliografia

Furbatto M, Lelli D, Antonelli Incalzi R, et al. (2024). Mediterranean diet in older adults: Cardiovascular outcomes and mortality from observational and interventional studies – A systematic review and meta-analysis. Nutrients, 16(22):3947. https://doi.org/10.3390/nu16223947

Lambert K, Carey S. (2023). Dehydration in geriatrics: Consequences and practical guidelines. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, 26(1):36-41. https://doi.org/10.1097/MCO.0000000000000880

Livingston G, Huntley J, Liu KY, et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. The Lancet, 404(10452):572-628. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0

Proctor AS, Barth A, Holt-Lunstad J (2023). A healthy lifestyle is a social lifestyle: The vital link between social connection and health outcomes. Lifestyle Medicine, 4(4):e91. https://doi.org/10.1002/lim2.91

Sakurai T, et al. (2024). Japan-Multimodal Intervention Trial for the Prevention of Dementia: A randomized controlled trial. Alzheimer's & Dementia, 20(6):3918-3930. https://doi.org/10.1002/alz.13838

Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. (2022). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical Nutrition, 41(4):958-989. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.01.024

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E LONGEVITÀ

MEET THE EXPERT L'OTTIMIZZAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA NELLO SCOMPENSO CARDIACO OLTRE LA FRAZIONE D'EIEZIONE

PROTEZIONE CARDIORENALE NELL'ANZIANO CON HFPEF

Giuseppe Armentaro[1], Angela Sciacqua[1,2]

[1] UOC di Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco", Presidio Ospedaliero "Mater Domini", Catanzaro - [2] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro

Introduzione

La sindrome cardio-nefro-metabolica (CKM) descrive l'interazione tra obesità, diabete, malattia renale cronica (MRC) e malattia cardiovascolare, inclusi lo scompenso cardiaco (SC) e la fibrillazione atriale [1]. MRC e SC si amplificano reciprocamente, attraverso attivazione neurormonale, infiammazione e ipoperfusione renale. Nel paziente anziano questa sovrapposizione amplifica il rischio: diabete di tipo 2 associato a infarto o ictus riduce l'aspettativa di vita di circa 11 anni [2] e, nell'SC, la sopravvivenza mediana scende da 4,6 a 3,5 anni in presenza di diabete [3].

Evidenze

Gli inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2i) agiscono oltre l'effetto glicosurico: riducono la pressione intraglomerulare, lo stress ossidativo, la fibrosi e il grasso epicardico, migliorando funzione endoteliale ed efficienza metabolica miocardica. Nei trial su pazienti con MRC, dapagliflozin ed empagliflozin hanno ridotto la progressione della malattia renale e la mortalità cardiovascolare [4,5], con benefici sull'SC indipendenti dalla frazione di eiezione [6]. Tale efficacia si conferma anche in alcuni studi osservazionali. In uno studio osservazionale condotto su 150 pazienti affetti da SC a frazione d'eiezione preservata (SCFEp), dopo un follow-up di 6 mesi, la terapia con SGLT2i era associata ad un miglioramento significativo nei punteggi MMSE ($p < 0,0001$), MoCA ($p < 0,0001$), GDS ($p < 0,0001$) e SPPB ($p < 0,0001$) [7]. In 670 pazienti con HF, seguiti per 4,7 ± 2,8 anni, la sarcopenia (340 pazienti) era un predittore di eventi cardiovascolari avversi maggiori (MACE; AUC 0,78; HR 5,82; IC 95% 3,15-10,78; $p < 0,0001$), mentre il trattamento con SGLT2i era associato a una forte riduzione del rischio (HR 0,11; IC 95% 0,05-0,23; $p < 0,0001$) [8]. Nel paziente anziano con SCFEp, GLP-1RA e dual agonisti GIP/GLP-1 possono contribuire alla protezione cardiorenale attraverso il miglioramento del profilo metabolico, la riduzione del peso e degli eventi di scompenso, con potenziali benefici renali [9-11].

Conclusioni

Gli SGLT2i rappresentano una classe sicura ed efficace su ciascuna componente della CKM, anche nell'anziano, nel quale, oltre alla protezione cardio-nefro-vascolare, sembrano offrire benefici su più domini della valutazione multidimensionale geriatrica. In tale contesto anche i GLP-1RA e dual agonisti GIP/GLP-1 possono contribuire alla protezione cardiorenale.

Bibliografia

1 Ndumele CE et al. Circulation 2023;148:1606-35.
2 Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52.
3 Johansson I et al. Eur J Heart Fail 2014;16:409.
4 Heerspink HJL et al. N Engl J Med 2020, https://doi.org/10.1056/NEJMoa2024816.
5 Herrington WG et al. N Engl J Med 2022, https://doi.org/10.1056/NEJMoa2204233.
6 Vaduganatan M et al. Lancet 2022, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01429-5.
7 Armentaro G et al. Int. J. Mol. Sci. 2024, 25, 8811.
8 Armentaro G et al. Cardiovasc Diabetol. 2025 Oct 28;24(1):411.
9 Packer M, et al. Nature Medicine. 2025. https://doi.org/10.1038/s41591-024-03374-z.
10 Packer M, et al. JACC. 2025. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.03.009.
11 Sattar N, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025 Jan;13(1):15-28.

MEET THE EXPERT
LA SINDROME CORONARICA CRONICA: A PATIENT-CENTERED APPROACH

LA DISLIPIDEMIA ATEROGENA NEL PAZIENTE ANZIANO: DAGLI ATTUALI IPOLIPEMIZZANTI ALL'INIBIZIONE DELLA CHOLESTERYL ESTER TRANSFER PROTEIN (CETP)

Francesco Bellanti

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Foggia

L'invecchiamento si associa a un crescente carico di malattia cardiovascolare aterosclerotica e a un'elevata probabilità di eventi ricorrenti, anche nei pazienti trattati con ipolipemizzanti. Una quota del rischio residuo è attribuibile alla persistente esposizione a lipoproteine aterogene e non è interamente descritta dalla concentrazione di colesterolo LDL (LDL-C). Nella dislipidemia aterogena, frequente in presenza di diabete, obesità viscerale e sindrome metabolica, l'aumento delle lipoproteine ricche in trigliceridi e dei loro remnant, la presenza di LDL piccole e dense e la possibile discordanza tra LDL-C e apolipoproteina B (apoB) rendono necessaria una caratterizzazione più articolata del rischio. Nell'anziano, a queste alterazioni si sovrappongono multimorbilità, fragilità e rischio competitivo di eventi non cardiovascolari.
Statine, ezetimibe, acido bempedoico e inibitori di PCSK9 hanno progressivamente ampliato le opportunità di riduzione dell'LDL-C, sebbene persistano difficoltà nel raggiungimento degli obiettivi terapeutici e nell'intensificazione dei trattamenti. In questo scenario si rinnova l'interesse per l'inibizione della cholesteryl ester transfer protein (CETP), coinvolta nello scambio di esteri del colesterolo e trigliceridi tra HDL e lipoproteine contenenti apoB. I risultati deludenti ottenuti con torcetrapib, dalcetrapib ed evacetrapib hanno mostrato che l'aumento dell'HDL-C non garantisce, di per sé, una riduzione degli eventi cardiovascolari; lo studio REVEAL con anacetrapib ha tuttavia fornito una prova di beneficio clinico della classe [1].
Obicetrapib, inibitore selettivo della CETP, ha dimostrato nei trial BROADWAY e BROOKLYN riduzioni significative di LDL-C e di altri parametri aterogeni [2]; nello studio TANDEM, l'associazione con ezetimibe ha prodotto un'ulteriore riduzione del colesterolo LDL. L'autorizzazione europea del 2026 apre una nuova prospettiva terapeutica, ma l'effetto di obicetrapib sugli eventi cardiovascolari resta da definire attraverso lo studio PREVAIL [3].
La relazione esaminerà criticamente queste evidenze, distinguendo gli endpoint lipidici dagli esiti clinici e discutendone la trasferibilità al paziente anziano. Età biologica, autonomia funzionale, fragilità, polifarmacia, aspettativa di vita e preferenze individuali restano determinanti per una strategia ipolipemizzante proporzionata al beneficio atteso.

Bibliografia

1 Mach F et al. Eur Heart J. 2025;46:4359-4378. HPS3/TIMI55-REVEAL Collaborative Group. N Engl J Med. 2017;377:1217-1227.
2 Nicholls SJ et al. N Engl J Med. 2025;393:51-61.
3 Nicholls SJ et al. Nat Med. 2026;32:1052-1060. Sarraju A et al. Lancet. 2025;405:1757-1768.

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

FRAGILITÀ E PROGNOSI A 12 MESI NEI PAZIENTI ANZIANI CON SCOMPENSO CARDIACO: UNO STUDIO AMBULATORIALE

Emma Esposito[1], Alberto Finazzi[1], Eleonora Cucini[1], Martina Marelli[1], Brando Bagnoli[1], Alex Bolandrini[1], Natalia Difrancesco[1], Milena Frasson[1], Luca Ippoliti[1], Roberta Osella[1], Adriana Antonella Bruni[2], Chukwuma Okoye[1], Giuseppe Bellelli[1]

[1] Scuola di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano - [2] SC Geriatria, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza

Scopo del lavoro

L'insufficienza cardiaca cronica (chronic heart failure, CHF) nell'anziano si associa a un elevato rischio di mortalità e riospedalizzazione. Nei pazienti over 80, i modelli prognostici convenzionali basati sulla severità della cardiopatia e su parametri clinico-strumentali non colgono pienamente la vulnerabilità globale del paziente [1]. In tale contesto, la valutazione della fragilità, espressione di ridotta riserva fisiologica e aumentata suscettibilità agli eventi avversi, può migliorare la stratificazione prognostica. Sebbene la fragilità sia associata a un maggior rischio di mortalità e ospedalizzazione nei pazienti con CHF, il suo

contributo prognostico nei pazienti over 80 presi in carico in ambito ambulatoriale rimane non completamente definito. Questo studio si è proposto di valutare l'associazione tra fragilità ed esiti clinici a 12 mesi in una coorte di pazienti over 80 affetti da CHF e di esplorare se la sua integrazione nella valutazione clinica possa migliorare la stratificazione prognostica rispetto ai soli indicatori cardiologici tradizionali.

Materiali e metodi
Studio osservazionale retrospettivo su una coorte di pazienti over 80 affetti da CHF, seguiti presso un Ambulatorio Cardio-Geriatrico tra il 2024 e il 2025. L'endpoint composito era rappresentato da mortalità per tutte le cause o ospedalizzazione a 12 mesi. La fragilità è stata valutata mediante Clinical Frailty Scale (CFS) e Primary Care Frailty Index (PC-FI) [2]. Sono stati sviluppati due modelli di regressione logistica multivariata, uno per ciascuno strumento di valutazione della fragilità, aggiustati per età, sesso, Charlson Comorbidity Index (CCI), fenotipo di scompenso, dose di diuretico dell'ansa e aderenza alla terapia medica raccomandata dalle linee guida (guideline-directed medical therapy, GDMT).

Risultati
Sono stati inclusi 235 pazienti, con età mediana di 87 anni (IQR 84-89), di cui il 53% uomini. Durante il follow-up si sono verificati 70 eventi: 52 decessi e 18 ospedalizzazioni. Nel modello comprendente la CFS, la fragilità è risultata indipendentemente associata all'endpoint composito (OR 1,51; IC 95% 1,08-2,16; p = 0,02), insieme alla dose di furosemide, espressa per incremento di 25 mg (OR 1,28; IC 95% 1,05-1,51; p = 0,002), e al Charlson Comorbidity Index (CCI) (OR 1,23; IC 95% 1,05-1,45; p = 0,01). Nel modello comprendente il PC-FI, la fragilità manteneva un'associazione significativa con l'endpoint composito (OR 1,22; IC 95% 1,02-1,47; p = 0,03), insieme alla dose di furosemide. Età, sesso, fenotipo di scompenso e aderenza alla terapia medica raccomandata dalle linee guida non risultavano significativamente associati all'endpoint.

Conclusioni
In una coorte real-world di pazienti over 80 affetti da CHF, la fragilità è risultata associata a un maggior rischio di mortalità e ospedalizzazione a 12 mesi, indipendentemente dai principali indicatori cardiologici tradizionali. Questi risultati supportano l'integrazione sistematica della valutazione della fragilità nella stratificazione prognostica del paziente over 80 con CHF.

Bibliografia

[1] Garred CH, et al. Lancet Healthy Longev. 2024;5(5):e326-e335.
[2] Vetrano DL, et al. Sci Rep. 2023;13:3543.

FENOTIPIZZAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA SCOMPENSO CARDIACO A FRAZIONE D'EIEZIONE PRESERVATA

Domenico Martire[1], Martina Crasà[1], Fabiana Vescio[1], Gianluca Cortese[1], Federica Fazio[1], Carlo Fuoco[1], Carlo Alberto Pastura[1], Giandomenico Severini[2], Valentino Condoleo[2], Sofia Miceli[2], Raffaele Maio[2], Giuseppe Armentaro[2], Angela Sciacqua[1]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi "Magna Graecia", Catanzaro - [2] UOC Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco", Catanzaro

Scopo del lavoro
L'insufficienza cardiaca con frazione di eiezione preservata (HFpEF) è una sindrome eterogenea caratterizzata da molteplici meccanismi fisiopatologici che si sovrappongono, tra cui compromissione della funzione diastolica, disregolazione cardiometabolica, disaccoppiamento ventricolo destro-arteria polmonare (RV-PA) e infiammazione sistemica. Gli approcci di feno-mapping si sono affermati come uno strumento potente per svelare questa eterogeneità e identificare sottogruppi di pazienti clinicamente trattabili. Abbiamo applicato il clustering gerarchico a una coorte di pazienti con HFpEF ben caratterizzata, integrando dati clinici, ecocardiografici, metabolici e funzionali, con particolare attenzione agli assi cardio-metabolico.

Materiali e metodi
Nel presente studio abbiamo arruolato in modo prospettico 383 pazienti affetti da HFpEF. Il clustering gerarchico agglomerativo (linkage di Ward) è stato applicato a 28 variabili preselezionate relative a dati demografici, emodinamica, ecocardiografia, valori di laboratorio e test funzionali. Il numero ottimale di cluster è stato determinato esaminando il dendrogramma e utilizzando la proiezione PCA. I confronti tra i gruppi sono stati effettuati utilizzando l'ANOVA a una via con correzione di Bonferroni per le variabili continue e test χ^2 per le variabili categoriali.

Risultati
Sono emersi tre fenogruppi: il fenogruppo 1 (n = 131)

era caratterizzato da pazienti più giovani, prevalentemente di sesso maschile, con eziologia ischemica, funzione ventricolare destra preservata (TAPSE 23,9 mm, TAPSE/PASP 0,843), livelli migliori di emoglobina (14,8 g/dL) e di potassio, e un maggiore ricorso agli inibitori SGLT2. Il fenogruppo 2 (n = 148) rappresentava un fenotipo cardiometabolico con un'elevata prevalenza di diabete mellito (70,9%), HbA1c elevata (6,68%), NT-proBNP più elevato (2018 pg/L) e un fabbisogno marcatamente elevato di diuretici dell'ansa, insieme a un maggiore uso di NOAC che rifletteva la prevalenza di FA. Il fenogruppo 3 (n = 104) era caratterizzato da un coinvolgimento avanzato del cuore destro: i valori più elevati di PAP (47,4 mmHg), i valori più bassi di TAPSE/PASP (0,453), l'area dell'atrio destro (RA) più estesa (22,3 cm^2) e il diametro della vena cava inferiore (IVC) più ampio (20,2 mm), un severo aumento delle dimensioni dell'atrio sinistro (LAVi 55,1 mL/m^2), un'elevata prevalenza di FA (52,9%), età più avanzata (75 anni) e livelli di emoglobina più bassi. La fragilità, valutata secondo i criteri di Fried, era più diffusa nel fenogruppo 2 (39,2%). Nella regressione logistica multivariata, un rapporto CRP/albumina elevato (≥ 1,19; OR 6,82, IC al 95% 4,05-11,50), l'appartenenza al fenogruppo 2 (OR 2,57, IC al 95% 1,35-4,91) e l'uso di agonisti del recettore del GLP-1 (OR 0,46, IC al 95% 0,21-0,99, effetto protettivo) erano associati in modo indipendente alla fragilità.

Conclusioni
L'analisi a cluster di una coorte di pazienti con HFpEF identifica tre fenogruppi clinicamente distinti: un fenotipo ischemico, a prevalenza di sesso maschile con funzione cardiaca destra relativamente preservata, un fenotipo cardiometabolico con dipendenza dai diuretici e elevato carico di fragilità, e un fenotipo caratterizzato da insufficienza cardiaca destra e ipertensione polmonare, con elevata prevalenza di FA. Questi risultati sostengono un approccio alla gestione dell'HFpEF basata sul fenotipo clinico, con importanti implicazioni legate all'ottimizzazione della terapia medica cardio-metabolica.

OLTRE IL CUORE: CARATTERIZZAZIONE DEL FENOTIPO GERIATRICO NELL'AMILOIDOSI CARDIACA DA TRANSTIRETINA WILD-TYPE

Carla Recupero, Matteo Tosato, Riccardo Calvani, Francesca Graziani, Rosa Lillo, Maria Chiara Meucci, Giulia Iannaccone, Claudio Di Brango

Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Scopo del lavoro
Descrivere il fenotipo geriatrico dei pazienti anziani con amiloidosi cardiaca da transtiretina wild-type (ATTRwt-CA) e valutarne la relazione con la gravità della malattia.

Materiali e metodi
In uno studio osservazionale prospettico monocentrico sono stati arruolati consecutivamente 53 pazienti anziani con ATTRwt-CA. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione geriatrica multidimensionale, integrata con valutazione clinica, laboratoristica, ecocardiografica e con studio della composizione corporea e della densità minerale ossea mediante DXA. I pazienti sono stati stratificati secondo il National Amyloidosis Centre (NAC) staging system e le caratteristiche cliniche e geriatriche sono state confrontate tra i diversi stadi di malattia.

Risultati
L'età media del campione era di 80,3 ± 6,3 anni; l'85% dei pazienti era di sesso maschile e il 64,7% risultava fragile. La prevalenza di sarcopenia probabile e confermata, secondo i criteri EWGSOP2, era rispettivamente del 77% e del 48%. I pazienti con sarcopenia probabile presentavano una classe NYHA più avanzata (2,05 vs 1,58; p = 0,047) e una peggiore performance fisica, documentata da punteggi SPPB inferiori (8,47 vs 10,9; p < 0,001) e da una minore distanza percorsa al test del cammino dei 6 minuti (6mwt) (265 vs 368 m; p = 0,050). Gli stadi più avanzati di malattia erano associati a età più avanzata, BMI inferiore, livelli più elevati di NT-proBNP e troponina, ridotta autonomia funzionale, peggiore stato nutrizionale, ridotta performance fisica, minore densità minerale ossea, ridotta capacità intrinseca e maggiore fragilità.

Conclusioni
I nostri risultati forniscono una caratterizzazione glo-

bale del fenotipo geriatrico associato all'ATTRwt-CA e suggeriscono che un approccio integrato cardio-geriatrico, che vada oltre la tradizionale valutazione cardiologica, potrebbe migliorare l'identificazione delle vulnerabilità di questi pazienti e favorire lo sviluppo di strategie di gestione personalizzate.

Bibliografia

1 Fontana M, Ioannou A, Cuddy S, et al. The last decade in cardiac amyloidosis: advances in pathophysiology, diagnosis, prognosis, and treatment. JACC Cardiovasc Imaging. 2025;18:478-499.

2 Garcia-Pavia P, Rapezzi C, Adler Y, et al. Diagnosis and treatment of cardiac amyloidosis: a position statement of the ESC Working Group. Eur Heart J. 2021;42(16):1554-1568.

3 Muchtar E, Dispenzieri A, Magen H, et al. Systemic amyloidosis from A(AA) to T(ATTR): a review. J Intern Med. 2021;289(3):268-292.

4 Ruberg FL, Maurer MS. Transthyretin cardiac amyloidosis: JAMA review. JAMA. 2024;331(10):865-879.

IPOTENSIONE ORTOSTATICA NELL'ANZIANO IPERTESO: QUANDO I SINTOMI FANNO LA DIFFERENZA

Michele Vinci[1], Giulia Rivasi[1], Marco Capacci[1], Maria Francesca Bisignano[1], Alessandra Liccardo[1], Giulia Spanalatte[1], Vincenzo Giosuè Giambusso[1], Greta Ceccarelli[1], Virginia Gori[1], Eleonora Rizzi[1], Leila Alberti[1], Gilda Zondini[1], Alessandro Mengozzi[2], Agostino Virdis[2], Mario Bo[3], Giorgio Basile[4], Enrico Mossello[1], Andrea Ungar[1]

[1] Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Univserità degli Studi di Firenze; AOU Careggi, Firenze - [2] Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Pisa - [3] Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino - [4] Dipartimento di Scienze Biomediche, Odontoiatriche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali, Università degli Studi di Messina

Scopo del lavoro

L'ipotensione ortostatica (IO) è frequente nell'anziano iperteso, e spesso asintomatica, ma il ruolo dei sintomi nella stratificazione prognostica rimane poco chiaro. Questo studio ha confrontato profilo pressorio e incidenza di eventi avversi in soggetti anziani ipertesi con IO sintomatica e asintomatica.

Materiali e metodi

Abbiamo analizzato i dati dello studio multicentrico longitudinale HYPER-FRAIL, condotto in soggetti ipertesi ≥ 75 anni sottoposti a valutazione multidimensionale geriatrica, misurazione della pressione arteriosa (PA) clinica, ambulatoriale e domiciliare e follow-up a 12 mesi. Sono stati inclusi i pazienti con IO, definita come riduzione della PA sistolica (PAS) ≥ 20 mmHg oppure diastolica (PAD) ≥ 10 mmHg durante ortostatismo attivo di 3 minuti. Il campione è stato stratificato in base alla presenza di sintomi durante ortostatismo attivo e sono stati analizzati profilo pressorio, incidenza di sincope/cadute e ospedalizzazioni (composito di ricoveri/accessi in pronto soccorso).

Risultati

In un campione di 122 pazienti con IO (età media 81,9 ± 4,3 anni, 50% donne), la presenza di sintomi (30%) si associava a valori più elevati di PAD 24h, PAS e PAD notturne e a un calo più marcato di PAS (-23,7 vs -16,9 mmHg, p = 0,026) e PAD (-6,8 vs -1,4 mmHg, p = 0,008) a 3 minuti. L'incidenza di sincope/cadute (19,5% vs 11%, p = 0,042) e ospedalizzazione (14,6% vs 9,8%, p = 0,028) risultava significativamente maggiore nei soggetti sintomatici. L'associazione tra IO sintomatica e rischio di sincope/cadute è stata confermata in analisi multivariata dopo aggiustamento per storia di cadute (OR 4,041, 95% IC 1,230-13,269) e PAS 24h (OR 3,869, 95% IC 1,169-12,803), ma non ridotta performance fisica (3,499, 95% IC 0,966-12.290). L'IO sintomatica si associava ad un maggior rischio di ospedalizzazione, indipendentemente dal burden di comorbidità (OR 3,365, 95%CI 1,064-10,645).

Conclusioni

Nell'anziano iperteso, l'IO sintomatica è caratterizzata da un calo pressorio persistente a 3 minuti e un maggior rischio di eventi avversi quali sincope, cadute e ospedalizzazione.

AUTOIMMUNITÀ E BLOCCO ATRIOVENTRICOLARE NELL'ADULTO E NELL'ANZIANO: PREVALENZA, INCIDENZA E IMPATTO CLINICO DEGLI ANTICORPI ANTI-RO/SSA CIRCOLANTI IN UNA COORTE CONSECUTIVA DA UN SINGOLO CENTRO DI RIFERIMENTO

Viola Salvini[1], Iacopo Bertolozzi[2], Maria Lucia Galassi[3], Riccardo Accioli[3], Decoroso Verrengia[3], Simone Radi[1], Anna Cantore[3], Gerti Brahimi[3], Clara Macheda[3], Daniela Merlotti[1], Silvia Petri[1], Priscilla Paradisi[1], Eleonora Bencini[3], Fabiola Papaleo[3], Costanza Ginanneschi[3], Pier Leopoldo Capecchi[3], Brunetta Porcelli[1], Barbara Marzocchi[1], Olga Colavecchio[3], Maria Infantino[2], Marcello Fiorini[1], Mariangela Manfredi[2], Pietro Enea Lazzerini[3]

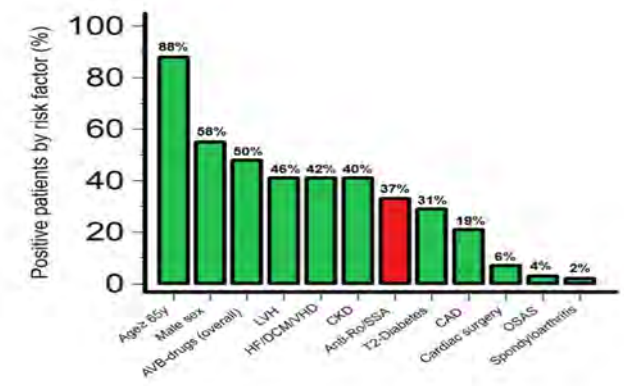
[1] Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena - [2] ASL Toscana Centro, Firenze - [3] Università degli Studi di Siena

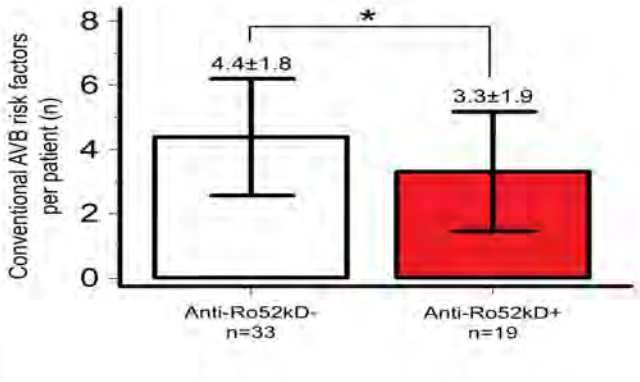
Scopo del lavoro

Il blocco atrioventricolare (BAV) è l'indicazione più comune all'impianto di pacemaker (PM). Oltre ai noti fattori di rischio convenzionali, evidenze crescenti suggeriscono che anticorpi anti-Ro/SSA (anti-Ro) circolanti - specificatamente il sottotipo anti-Ro-52kD/TRIM21 (anti-Ro52) in grado di cross-reagire ed inibire i canali del calcio di tipo L - rappresentino un fattore di rischio potenzialmente reversibile per lo sviluppo di BAV nell'adulto. Tuttavia, l'impatto epidemiologico e clinico di tali autoanticorpi in pazienti non selezionati della popolazione generale con BAV avanzato è attualmente sconosciuto. Scopi di questo studio sono stati: (i) stimare prevalenza ed incidenza di anti-Ro circolanti in una coorte consecutiva di pazienti non selezionati con BAV grave ed indicazione all'impianto di PM, e (ii) valutare la loro potenziale rilevanza clinica rispetto ai fattori di rischio convenzionali.

Materiali e metodi

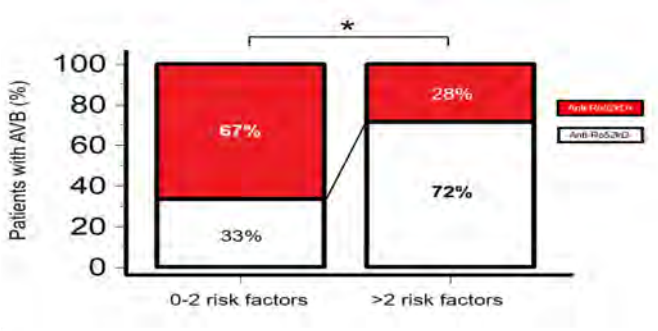
Tra il 01/01 e il 31/12/2025, sono stati arruolati consecutivamente tutti i pazienti adulti inviati all'Ospedale S. Giovanni di Firenze (centro di riferimento per un bacino d'utenza di circa 250.000 abitanti) per BAV avanzato e sottoposti a impianto di PM. La presenza di anti-Ro sierici è stata valutata mediante tre diversi metodi (FEIA, LIA e iWB), e tutti i fattori di rischio convenzionali concomitantemente presenti sono stati accuratamente identificati.





Risultati

Su un totale di 58 pazienti consecutivi raccolti (incidenza cumulativa di BAV: 23,6 nuovi casi/100.000 abitanti/anno), 52 (58% ♂) sono stati sottoposti alla ricerca degli anti-Ro. Questi soggetti, che nella maggior parte dei casi (46/52, 88%) erano anziani (77,5 ± 10,9 anni), presentavano un carico significativo di fattori di rischio convenzionali concomitanti (4,0 ± 1,9 per paziente), più comunemente l'età avanzata > 65 anni (88%), il sesso maschile (58%) e l'uso di farmaci attivi sul nodo AV (50%) (Fig. 1). Anti-Ro circolanti, in particolare anti-Ro52 predominantemente rilevati mediante iWB, venivano riscontrati in 19/52 pazienti (37%), corrispondenti a un'incidenza di 7,6 nuovi casi di BAV anti-Ro-positivi per 100.000 abitanti/anno. I pazienti anti-Ro-positivi, nessuno dei quali con storia di malattia autoimmune (AD), mostravano un carico significativamente inferiore di fattori di rischio convenzionali rispetto a quelli negativi (3,3 ± 1,9 vs 4,4 ± 1,8, $p < 0,05$) (Fig. 2). Inoltre, la maggior parte dei pazienti con un basso carico di fattori di rischio con-



venzionali (0-2) era anti-Ro-positiva (67%), mentre la maggior parte dei pazienti con un alto carico (> 2) era anti-Ro-negativa (72%) ($p < 0,05$) (Fig. 3).

Conclusioni

In pazienti non selezionati con BAV grave, la presenza di anti-Ro circolati è un reperto inaspettatamente comune, ~1/3 dei casi, con un'incidenza stimata di 7-8 nuovi casi/100.000 abitanti/anno. In questi soggetti, il BAV compariva in presenza di un numero inferiore di fattori di rischio convenzionali concomitanti, fornendo per la prima volta evidenza clinica che gli anti-Ro possano ridurre la soglia per l'insorgenza del BAV. I nostri dati suggeriscono che lo ricerca degli anti-Ro debba essere inclusa nella valutazione di routine di adulti/anziani con BAV, indipendentemente da una storia di AD. Se confermati in coorti più ampie, questi risultati potrebbero aprire la strada a terapie immunomodulanti innovative volte a evitare o ritardare l'impianto di PM in un numero significativo di pazienti con BAV della popolazione generale.

AREA SALUTE SESSUALE E LONGEVITÀ

SIMPOSIO
SALUTE SESSUALE E LONGEVITÀ: UNA NUOVA DIMENSIONE DELL'HEALTHY AGEING

L'EDUCAZIONE SESSUALE IN ETÀ EVOLUTIVA

Paolo Valerio

Professore onorario di Psicologia Clinica, Università degli Studi di Napoli Federico II; Presidente onorario del Centro SInAPSi

L'educazione alla salute sessuale in età evolutiva è parte di un percorso di crescita che riguarda il benessere, le relazioni e i diritti. La salute sessuale non coincide con la sola assenza di malattia: comprende dimensioni fisiche, emotive, mentali e sociali e richiede rispetto, sicurezza e libertà da coercizione, discriminazione e violenza. Questa prospettiva invita a considerare la sessualità lungo tutto l'arco della vita e ad affrontarla con un linguaggio corretto, attenzione e adeguatezza al contesto.

L'intervento presenta l'educazione alla salute sessuale come un processo progressivo, fondato su conoscenze accurate e rispettoso dell'età e dello sviluppo. Non si limita alla prevenzione o alle informazioni sul corpo: sostiene la capacità di riconoscere emozioni e bisogni, comunicare i propri limiti, comprendere il consenso, rispettare i confini altrui, valutare le informazioni e chiedere aiuto. Bambini e adolescenti possono così acquisire competenze utili per la salute, la sicurezza personale e la costruzione di relazioni rispettose.

Le linee guida UNESCO per l'educazione sessuale propongono un percorso strutturato e graduale che affronta relazioni, diritti, genere, sicurezza, corpo, sviluppo e salute sessuale e riproduttiva. I contenuti devono essere scientificamente accurati, culturalmente pertinenti e adeguati all'età e allo sviluppo. L'obiettivo è promuovere conoscenze, atteggiamenti e abilità che sostengano benessere e dignità, favorendo decisioni consapevoli e il rispetto dei diritti propri e altrui.

La prospettiva della giustizia sessuale richiama il valore della dignità, della libertà, della sicurezza e del pari rispetto nel contrastare stigma ed esclusione. Se ap-

plichiamo questi concetti al mondo scolastico significa creare un ambiente in cui gli studenti possano informarsi e porre domande senza timore di essere criticati o derisi, e in cui bullismo e discriminazioni siano riconosciuti e affrontati. La carriera alias, se prevista dal regolamento d'istituto, offre l'opportunità agli studenti e alle studentesse transgender di essere autorizzati a scuola a fare uso del nome scelto in sintonia con il genere percepito, senza modificare i dati anagrafici ufficiali.
L'intervento considera anche il quadro normativo italiano sul consenso informato per le attività scolastiche attinenti alla sessualità. La Legge 9 giugno 2026, n. 104 disciplina la partecipazione a determinate attività e prevede procedure specifiche, distinguendo tra ordini scolastici e tipologie di iniziativa. La progettazione richiede pertanto informazione chiara, attenzione alle disposizioni vigenti e responsabilità da parte delle istituzioni scolastiche. Le ricadute sulla continuità dei percorsi dipenderanno dalle modalità concrete di attuazione.
Educare alla salute sessuale significa accompagnare la crescita con informazioni affidabili, rispetto dei diritti e cura delle relazioni. Un approccio adeguato all'età, inclusivo e coerente con il contesto può contribuire al benessere e alla consapevolezza degli studenti, valorizzando il dialogo tra scuola, famiglie e servizi.

Bibliografia

Legge 9 giugno 2026, n. 104, Disposizioni in materia di consenso informato in ambito scolastico, art. 1. (normattiva.it).
UNESCO et al., International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach, edizione riveduta, 2018.
World Association for Sexual Health, Declaration of Sexual Rights.
World Health Organization, Defining sexual health, 2006.

SESSUALITÀ, BENESSERE RELAZIONALE E QUALITÀ DELLA VITA NELL'ANZIANO

Stefano Eleuteri[1], Gabriele Marinetti[2]

[1] Psicologo, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca. Professore Associato in Psicologia, Universitas Mercatorum, Roma -
[2] Dottore in Psicologia, Istituto di Sessuologia Clinica, Roma

La sessualità rappresenta una dimensione fondamentale del benessere e della qualità della vita lungo tutto l'arco dell'esistenza, compresa la terza età. Nonostante ciò, persiste una rappresentazione sociale dell'anziano come individuo asessuato e scarsamente interessato alla vita erotica e affettiva. Tali stereotipi ageistici possono alimentare vergogna, invisibilità e rinuncia, ostacolando l'espressione dei bisogni e l'accesso al supporto sanitario e psicologico (Curley & Johnson, 2022; Quin et al., 2024; Cao et al., 2026). La letteratura evidenzia, al contrario, che attività e interesse sessuale possono mantenersi in età avanzata, sebbene desiderio, eccitazione, risposta fisiologica e frequenza dei rapporti possano modificarsi in relazione all'invecchiamento e alle condizioni individuali (Cameron & Santos-Iglesias, 2024).
La sessualità non può essere ricondotta alla sola prestazione genitale o all'assenza di disfunzioni, ma va considerata come un'esperienza multidimensionale, nella quale interagiscono fattori biologici, psicologici, relazionali e socioculturali. Salute, patologie e farmaci, immagine corporea, atteggiamenti, esperienze pregresse, qualità della relazione e presenza di un partner concorrono a definire l'esperienza sessuale e la soddisfazione individuale (Zhang et al., 2023; Fruhauf et al., 2025). In questa prospettiva si colloca il modello dell'Invecchiamento Sessuale Positivo (ISP), che individua tre processi interdipendenti: accettazione dei cambiamenti legati all'età senza stereotipi, adattamento alle forme di espressione erotica e affettiva e attivazione nella ricerca di vicinanza emotiva, piacere e reciprocità, come ampiamento trattato nell'articolo di Ranieri & Eleuteri [submitted] (2026). Inoltre, la dimensione diadica è approfondita dai concetti di CouplePause e Double-Pause; il primo descrive l'influenza dei cambiamenti psicofisiologici dei partner sulla sessualità di coppia e la necessità di comunicazione e adattamento; il secondo descrive la concomitanza della menopausa con l'andropausa, e più in generale delle transizioni biologiche, valorizzando l'interdipendenza della coppia, considerando anche coppie dello stesso sesso.
I cambiamenti associati all'età possono richiedere una ridefinizione delle modalità di intimità, piacere e vicinanza emotiva, piuttosto che essere interpretati come perdita della sessualità. È inoltre essenziale distinguere una difficoltà sessuale da un disturbo clinico, considerando il distress soggettivo e il contesto della persona (Christmas & Reed, 2024; Cameron & Santos-Iglesias, 2024).
Una riflessione specifica riguarda le persone anziane LGBTQIA+, per le quali l'invecchiamento può intrecciarsi con stigma, discriminazione e minority stress. Queste esperienze possono incidere sul benessere

psicologico, sul riconoscimento sociale e sull'accesso ai servizi; al contempo, reti amicali, supporto sociale e famiglie di scelta possono costituire risorse protettive (Detwiler et al., 2023; Fredriksen-Goldsen, 2023; Gallardo-Peralta et al., 2024; Breder & Bockting, 2024).
Sul piano clinico, è necessario superare un approccio esclusivamente biomedico e adottare una prospettiva biopsicosociale, centrata sulla persona e, quando opportuno, sulla coppia. Il counselling sessuologico può favorire la comprensione dei cambiamenti fisiologici, l'individuazione di fattori medici e psicologici, la comunicazione tra partner e la ridefinizione dell'intimità secondo i bisogni individuali (Srinivasan et al., 2019; Luria et al., 2026). La valutazione dovrebbe includere anamnesi medica e psicosessuale, farmaci, condizioni di salute, relazioni, soddisfazione, identità e orientamento sessuale, evitando presupposti eteronormativi (Fruhauf et al., 2025; Luria et al., 2026). La formazione degli operatori e l'integrazione della salute sessuale nei servizi, comprese le strutture residenziali, sono essenziali per contrastare tabù e ageismo e garantire privacy, autodeterminazione e diritti affettivi e sessuali.
Riconoscere la sessualità, dunque, come componente legittima dell'invecchiamento significa promuovere un modello di salute che valorizzi non soltanto la funzione sessuale, ma anche intimità, soddisfazione, reciprocità e qualità della vita.

Bibliografia

Breder K, Bockting W. (2024). Examining LGBT older adult chosen families using the Convoy Model of Social Relations. Innovation in Aging, 8(Suppl_1):370. https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.1202

Cameron J, Santos-Iglesias, P. (2024). Sexual activity of older adults: A systematic review of the literature. International Journal of Sexual Health, 36(2):145-166. https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2318388

Cao S, Gordon J, Nian W, et al. (2026). The impact of ageism on sexual health in older adults: An integrative review. The Gerontologist, 66(2). https://doi.org/10.1093/geront/gnaf304

Christmas MC, Reed SD. (2024). Sexual dysfunction after menopause: Guidelines for assessment and management. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 51(2):341-364. https://doi.org/10.1016/j.ogc.2024.02.007

Curley CM, Johnson BT. (2022). Sexuality and aging: Is it time for a new sexual revolution? Social Science & Medicine, 301, 114865. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114865

Detwiler BP, Caskie GIL, Johnson NL. (2023). It's complicated: Minority stress, social support, in-group social contact, and sexual minority older adults' well-being. The Gerontologist, 63(2):350-360. https://doi.org/10.1093/geront/gnac092

Fredriksen-Goldsen, K. (2023). Blueprint for future research advancing the study of sexuality, gender, and equity in later life: Lessons learned from Aging with Pride, the National Health, Aging, and Sexuality/Gender Study (NHAS). The Gerontologist, 63(2):373-381. https://doi.org/10.1093/geront/gnac146

Fruhauf S, et al. (2025). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction: Recommendations from the fifth international consultation on sexual medicine (ICSM 2024). Sexual Medicine Reviews, 13(2):118-143. https://doi.org/10.1093/sxmrev/qeae073

Gallardo-Peralta LP, Raymond E, Gonzálvez Torralbo H, et al. (2024). Social relations among older gay men and trans women in Chile: Diverse, intimate, functional and reciprocal networks. Journal of Aging Studies, 71:101269. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2024.101269

Luria M, Park K, Gewirtz-Meydan A, et al. (2026). Sexuality and sexual health in older adults – Recommendations from the Fifth International Consultation on Sexual Medicine (ICSM 2024). Sexual Medicine Reviews, 14(1):qeaf069. https://doi.org/10.1093/sxmrev/qeaf069

Quin C, Soriano D, Bereder I. (2024). Sexuality among the elderly: Understanding the weight of stereotypes. Soins Gérontologie, 29(167):33-36. https://doi.org/10.1016/j.sger.2024.02.008

Ranieri, Eleuteri E. (2026). Modello di Invecchiamento Sessuale Positivo (ISP) e concetti di CouplePause e Double-Pause [submitted].

Srinivasan S, Glover J, Tampi RR, et al. (2019). Sexuality and the older adult. Current Psychiatry Reports, 21:97. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1090-4

Zhang F, Yang Z, Li X, et al. (2023). Factors influencing the quality of sexual life in the older adults: A scoping review. International Journal of Nursing Sciences, 10(2):167-173. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.03.006

AREA PREVENZIONE DEI DISTURBI DEL SONNO E LONGEVITÀ

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

FENOTIPIZZAZIONE DI PAZIENTI CON APNEE OSTRUTTIVE DEL SONNO E ASSOCIAZIONE CON IL DECLINO COGNITIVO

Ilaria Gareri[1], Filippo Capilupi[1], Valentino Condoleo[2], Giandomenico Severini[2], Giuseppe Armentaro[2], Corrado Pelaia[3], Pasquale Loiacono[1], Maria Rosangela Scarcelli[1], Mario De Marco[1], Francesco Maruca[1], Alberto Panza[1], Marilisa Panza[1], Sofia Miceli[2], Raffaele Maio[2], Angela Sciacqua[1]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università "Magna Graecia" di Catanzaro; UOC Geriatria, AOU Renato Dulbecco, Catanzaro - [2] UOC Geriatra, AOU Renato Dulbecco, Catanzaro - [3] Dipartimento di Scienze della Salute, Università "Magna Graecia" di Catanzaro

Scopo del lavoro
La sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSA), interessa circa il 50% dei pazienti over 65 anni con presentazione clinica atipica, suggestiva di fenotipi età-specifici. Il presente studio si propone di identificare fenotipi clinici dell'OSA mediante cluster analysis e di valutare l'associazione con il deterioramento cognitivo, indipendentemente dall'età anagrafica.

Materiali e metodi
Nel periodo compreso tra gennaio 2020 e luglio 2024, sono stati arruolati 409 pazienti adulti con diagnosi di OSA moderata-severa, confermata mediante monitoraggio cardiorespiratorio notturno domiciliare (HSAT), e stratificati in tre fasce d'età (< 65, 65-74, ≥ 75 anni). Per ciascun paziente sono stati raccolti parametri antropometrici e clinici, somministrati la Scala della Sonnolenza di Epworth (ESS) e il Montreal Cognitive Assessment (MoCA; cut-off patologico ≤ 25 punti). L'analisi di cluster gerarchica (metodo di Ward) è stata condotta impiegando come variabili l'indice di apnea-ipopnea (AHI), la percentuale di tempo con saturazione ossiemoglobinica inferiore al 90% (T90), l'indice di massa corporea (BMI) e il punteggio ESS, previa standardizzazione mediante Z-score. Il numero ottimale di cluster è stato determinato attraverso ispezione visiva del dendrogramma e valutazione della coerenza clinica dei raggruppamenti. La regressione logistica binaria, condotta in analisi univariata e multivariata stepwise con il deterioramento cognitivo (MoCA ≤ 25 punti) come variabile dipendente, ha consentito di identificare i predittori indipendenti di compromissione cognitiva.

Risultati
L'analisi dei cluster ha identificato tre fenotipi distinti: Cluster 1 (fenotipo classico, n = 99), con elevati valori di AHI, T90, BMI ed ESS e la più bassa prevalenza di deterioramento cognitivo (8,1%); Cluster 2 (fenotipo geriatrico, n = 155), con ridotti valori di AHI, T90, BMI ed ESS, età media più elevata e massima prevalenza di deterioramento cognitivo (34,2%); Cluster 3 (fenotipo iper-sintomatico, n = 155), con AHI e T90 ridotti, marcata sonnolenza diurna e maggiore prevalenza di disturbi depressivi (23,2%). I gruppi di età più avanzata presentavano BMI significativamente inferiori, maggiore burden di comorbidità e sintomatologia meno rappresentata, a fronte di parametri polisonnografici comparabili tra i gruppi. La prevalenza di deterioramento cognitivo aumenta progressivamente con l'età (4,5% vs 9,7% vs 45,9%; p < 0,001). All'analisi multivariata, i predittori indipendenti di deterioramento cognitivo sono risultati: età (OR 1,139; IC 95%1,099-1,179; p < 0,001), sesso maschile (OR 2,407; IC 95%1,197-4,838; p = 0,014) e appartenenza al Cluster 2 (OR 4,175; IC95% 2,329-7,484; p < 0,001). L'appartenenza al Cluster 3 si è associata a una tendenza protettiva nei confronti del deterioramento cognitivo (OR 0,459; IC 95% 0,251-0,839).

Conclusioni
Il presente studio osservazionale real-life ha consentito di identificare tre fenotipi clinicamente distinti di OSA, indipendentemente dall'età e dalla gravità polisonnografica della malattia. Il fenotipo geriatrico è risultato associato a un rischio di deterioramento cognitivo circa quattro volte superiore rispetto al fenotipo classico, evidenziando la necessità di implementare protocolli di screening cognitivo sistematico e strategie diagnostiche adattate all'età nella gestione clinica dei pazienti anziani affetti da OSA.

RELAZIONE TRA DISTURBI RESPIRATORI IN SONNO E SALUTE OSSEA NELL'ANZIANO: ANALISI TRASVERSALE AL BASELINE NELLO STUDIO SOMNUS-DARE

Marco Salvi[1], Irene Zucchini[1], Margherita Soglia[2], Beatrice Dossi[3], Crescenzo Testa[4], Elisa Galli[1], Valeria Ribattezzato[1], Giulia Taroni[1], Andrea Melpignano[2], Irene Pollara[2], Carlotta Mutti[2], Liborio Parrino[2], Marcello Maggio[1]

[1] UOC Clinica Geriatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Parma - [2] Centro Interdipartimentale di Medicina del Sonno, Università di Parma, Parma - [3] Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma, Parma - [4] ASL Napoli 2 Nord, Napoli

Scopo del lavoro

L'obiettivo di questo studio è quello di valutare la relazione tra parametri di funzione respiratoria durante il sonno ed indicatori di salute ossea, al fine di caratterizzare l'impatto dei disturbi respiratori in sonno su condizioni prevalenti nella popolazione anziana come osteopenia ed osteoporosi.

Materiali e metodi

Nel contesto dello studio PNRR SOMNUS-DARE, un campione di soggetti anziani cognitivamente integri e residenti in comunità è stato sottoposto a monitoraggio cardio-respiratorio domiciliare notturno con somministrazione del questionario STOP-Bang, Radiofrequency Echographic Multi Spectrometry (REMS) di collo del femore e rachide lombare, bioimpedenziometria multifrequenza (BIA) ed esami ematici comprensivi di dosaggio della vitamina D. Attraverso il monitoraggio cardio-respiratorio notturno sono stati valutati l'Apnea-Hypopnea Index, l'Oxygen Desaturation Index, il Respiratory Disturbance Index, il tempo trascorso con SpO_2 < 90%, il carico ipossico e lo score soggettivo di rischio per apnee ostruttive nel sonno; attraverso la tecnologia REMS sono stati determinati la densità minerale ossea, il T-score, la classificazione osteopenia/osteoporosi, il Fragility Score e il rischio di frattura a 5 anni; con la BIA, il contenuto minerale osseo. Le associazioni sono state esaminate attraverso correlazioni e modelli lineari/logistici multivariabili, aggiustati per età, sesso, BMI, prestazioni fisiche e cognitive, stato funzionale, comorbidità e terapia farmacologica.

Risultati

I risultati attesi consentiranno di comprendere meglio la risposta del tessuto osseo alla condizione di ipossia/ipoventilazione che caratterizza i disturbi respiratori in sonno, altamente prevalenti nella popolazione anziana, nonché l'impatto degli adattamenti qualitativi e quantitativi indotti di questo tessuto sull'insorgenza di osteopenia/osteoporosi e sul rischio di frattura.

Conclusioni

Questa analisi trasversale contribuirà a supportare l'utilità di integrare la valutazione dei disturbi del sonno con tecniche di analisi della composizione corporea e della salute dell'osso nella valutazione multidimensionale geriatrica, per identificare fattori influenzanti la salute dell'osso poco conosciuti o studiati ed orientare strategie preventive personalizzate mirate alla riduzione del rischio di fragilità ossea.

Bibliografia

Chan YH, Teo CB, Tay JK, et al. The association between obstructive sleep apnea and osteoporosis: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev. 2024;78:102006.

Salvi M, Zucchini I, Lauretani F, et al. The role of sleep disorders in the motoric and cognitive trajectories of older physically frail sarcopenic and healthy active subjects: SOMNUS-DARE, a prospective cohort study. BMC Geriatr. 2026;26:588.

DISTURBI DEL SONNO E SARCOPENIA NELL'ANZIANO: STUDIO OSSERVAZIONALE TRASVERSALE

Giacomo De Cao, Maria Cristina Bianchini, Matilde La Rosa, Mariangela De Vito, Costanza Lucchi, Andrea Bellotti, Chiara Petrucci, Alice Campion, Dorotea D'Angelo, Martina Lombardi, Monica Cardi, Cristiana Galuppi, Vincenzo Duraccio, Maria Lucia Bursi, Edoardo Locatelli, Francesca Remelli, Stefano Volpato, Caterina Trevisan

Università degli Studi di Ferrara

Scopo del lavoro

Indagare l'associazione tra i disturbi del sonno cronici e la presenza di sarcopenia nel paziente anziano.

Materiali e metodi

Questo studio osservazionale trasversale ha incluso pazienti ricoverati presso la U.O.C. di Geriatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Anna di Ferrara con età ≥ 65 anni, nel periodo compreso tra marzo 2025 e maggio 2026. Sono stati esclusi pazienti con deterioramento cognitivo moderato-severo, aspettativa di vita inferiore a 3 mesi, o ricoverati per fratture. La qualità del sonno riferita al pre-

ricovero è stata valutata mediante Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). La sarcopenia è stata indagata somministrando il questionario SARC-F, valutando la forza muscolare tramite Grip Strength Test e la massa muscolare mediante circonferenza del polpaccio. L'associazione tra qualità del sonno valutata con PSQI totale e parametri muscolari è stata analizzata mediante analisi di regressione lineare univariabile e multivariabile; l'associazione tra qualità del sonno e sarcopenia è stata studiata attraverso analisi di regressione logistica binaria.

Risultati

Il campione preliminare in esame ha compreso 57 soggetti (30 donne, età media 84.8 anni) con elevata prevalenza di scarsa qualità del sonno (78,9%; PSQI medio 8.00), significativamente più marcata nelle donne (PSQI medio 8,87 vs 7,04; p = 0,013). Il 22,8% dei soggetti presentava sarcopenia probabile e il 42,1% sarcopenia confermata. La prevalenza di sarcopenia confermata era maggiore tra coloro che riportavano una scarsa qualità del sonno (51,1%) rispetto ai pazienti che presentavano una buona qualità del sonno (8,3%). Soggetti con scarsa qualità del sonno presentavano valori significativamente minori di handgrip e di parametri antropometrici indicatori di ridotta massa muscolare, quali la circonferenza del braccio e del polpaccio, rispetto ai soggetti con buona qualità del sonno Questo riscontro è stato confermato da modelli di regressione lineare aggiustati per potenziali fattori confondenti sociodemografici e clinici, in cui ogni punto aggiuntivo al PSQI si associava ad una riduzione significativa di 0,61 kg di handgrip e di 0,43 cm di circonferenza del polpaccio. L'associazione indipendente tra scarsa qualità del sonno e sarcopenia confermata emergeva inoltre alle analisi di regressione logistica multivariabile.

Conclusioni

Lo studio conferma un'associazione significativa tra scarsa qualità del sonno e sarcopenia nell'anziano. L'elevata prevalenza di queste condizioni evidenzia l'importanza di una valutazione sistematica ed integrata della qualità del sonno e della sarcopenia nella pratica clinica geriatrica, al fine di individuare precocemente alterazioni ed intervenire riducendone l'impatto sulla qualità di vita del paziente e sul sistema sanitario.

Bibliografia

Antonelli Incalzi R, Cesari M, Leosco D, et al. Manuale di geriatria. Milano: Edra; 2019, pp. 35-43.

McCarthy CE. Sleep disturbance and comorbidity in the elderly. Med Sci (Basel). 2021;9(2):31.

CARATTERISTICHE DEL SONNO SOGGETTIVE E OGGETTIVE IN RELAZIONE ALLA FRAGILITÀ: RISULTATI PRELIMINARI DEGLI STUDI DARE FALLSPREDICT

Francesco Palmese[1], Fabrizio Gravina[1], Luca Bettazzoni[1], Maria Colotti[2], Thomas Fiumana[3], Angela Berardi[3], Marcello Sicbaldi[4], Paola Di Florio[3], Lorenzo Chiari[4], Marco Domenicali[1], Alessandro Silvani[3]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Campus di Ravenna, Università di Bologna, Ravenna - [2] AUSL della Romagna, Ravenna - [3] Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Campus Ravenna, Università di Bologna, Ravenna - [4] Dipartimento di Ingegneria dell'Energia Elettrica e dell'Informazione, Università di Bologna

Scopo del lavoro

Valutare l'associazione tra fragilità e caratteristiche del sonno e verificare come la fragilità influenzi la relazione tra misure soggettive e oggettive.

Materiali e metodi

È stata condotta un'analisi ad interim dei dati basali degli studi prospettici DARE FALLSPREDICT e DARE FALLSPREDICT GP, comprendenti anziani residenti in comunità di età ≥ 65 anni. I partecipanti sono stati sottoposti a valutazione clinica multidimensionale e a una settimana di monitoraggio continuo mediante sensori indossabili da polso e lombari. Il sonno è stato valutato mediante Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), diario del sonno e parametri oggettivi comprendenti durata del sonno, efficienza, wake after sleep onset (WASO), regolarità e numero di risvegli. La fragilità è stata definita mediante Clinical Frailty Scale (Fit, Vulnerable, Frail). Le differenze tra i gruppi sono state analizzate mediante test di Kruskal-Wallis. La relazione tra misure soggettive e oggettive è stata valutata mediante correlazioni di Spearman; la discordanza è stata espressa come differenza (Δ = misura soggettiva−misura oggettiva) e confrontata tra i livelli di fragilità.

Risultati

Sono stati inclusi 587 anziani residenti in comunità

(49% Fit, 29% Vulnerable e 22% Frail). All'aumentare della fragilità si osservava un progressivo peggioramento della qualità del sonno, con valori più elevati di PSQI (p = 0,003), maggiore WASO (p = 0,001), ridotta efficienza del sonno (p < 0,001), minore durata del sonno (p = 0,003) e ridotta regolarità (p = 0,020). Le misure soggettive e oggettive erano significativamente correlate (tutte p < 0,001), con le associazioni più elevate per numero di risvegli (rho = 0,831), durata del più lungo episodio di sonno (rho = 0,794) ed efficienza del sonno (rho = 0,710). La discordanza tra le due modalità di valutazione variava significativamente in funzione della fragilità, risultando maggiore per tempo trascorso a letto (p = 0,005), durata del periodo di sonno (p = 0,022), numero di risvegli (p = 0,018) e regolarità (p = 0,002).

Conclusioni

La fragilità si associa a un progressivo deterioramento delle caratteristiche del sonno e modifica la relazione tra misure soggettive e oggettive. L'integrazione di questionari e sensori indossabili fornisce informazioni complementari e può migliorare la caratterizzazione del sonno nell'anziano.

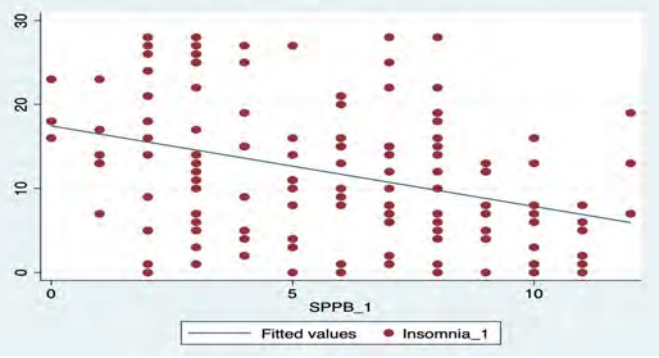
L'INSONNIA NEL FRAMEWORK DELLA CAPACITÀ INTRINSECA: UN'ALTERNATIVA MISURA DI VITALITÀ?

Claudia Canitano, Pasquale Pezzella, Federica Argento, Antonio Caracciolo, Giovanni Curcio, Antonio Di Maio, Maria Grazia Landi, Francesco Manfredonia, Giovanni Saccon, Annachiara Vassallo, Valeria Zanobbi, Laura Andrea Ceparano, Dario Leosco, Giuseppe Rengo, Leonardo Bencivenga

Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Scopo del lavoro

L'insonnia è una condizione molto diffusa nella popolazione anziana, con un impatto significativo sulla qualità di vita e sullo stato funzionale. Può essere stimata attraverso il questionario di autovalutazione validato Insomnia Severity Index (ISI), uno strumento di screening utilizzato per rilevare i disturbi del sonno e valutarne il grado di severità. La Capacità Intrinseca (CI) è definita come l'insieme di tutte le capacità




```
12 . regress Insomnia_1 Handgrip_d_1 MNA_1 SPPB_1 Age Gender, beta
```

Source	SS	df	MS		
Model	2075.47141	5	415.094282	Number of obs	= 124
Residual	6053.46408	118	51.300543	F(5, 118)	= 8.09
				Prob > F	= 0.0000
				R-squared	= 0.2553
				Adj R-squared	= 0.2238
Total	8128.93548	123	66.0889064	Root MSE	= 7.1624

Insomnia_1	Coefficient	Std. err.	t	P>|t|	Beta
Handgrip_d_1	-.1888031	.0968808	-1.95	0.054	-.2296895
MNA_1	-.4792444	.2632098	-1.82	0.071	-.1547081
SPPB_1	-.7818172	.2652597	-2.95	0.004	-.3012191
Age	-.3480477	.1140282	-3.05	0.003	-.2576329
Gender	1.535832	1.642608	0.93	0.352	.0948312
_cons	51.80312	9.402835	5.51	0.000	.

fisiche e mentali di un individuo, e permette di predire il processo di invecchiamento prima che i deficit diventino manifesti. La vitalità rappresenta un dominio chiave della CI e potrebbe costituire un correlato clinicamente rilevante della salute del sonno, essendo stato espresso nella letteratura scientifica in maniera eterogenea, con focus su performance fisica, energia e benessere nutrizionale. Il presente studio si propone di valutare l'associazione tra insonnia e diverse misure del dominio di vitalità nell'ambito del framework della CI, in una popolazione di anziani, seguiti in regime ambulatoriale.

Materiali e metodi

Sono stati arruolati pazienti di età ≥65 anni afferenti all'Ambulatorio di Valutazione Multidimensionale e Terapia geriatrica, sottoposti alla valutazione multidimensionale comprendente la stima dell'insonnia tramite ISI e multiple misurazioni della vitalità: la forza muscolare (Handgrip strenght dell'arto dominante), lo stato nutrizionale (Mini Nutritional Assessment, MNA) e la performance fisica (Short Physical Performance Battery, SPPB). È stata eseguita un'analisi di correlazione di Pearson per quantificare la relazione lineare tra la qualità percepita del sonno e ciascuna misura di vitalità. Un modello di regressione lineare multivariabile, tenendo conto di età e sesso, è stato utilizzato per identificare il grado di associazione delle variabili di vitalità alla gravità dell'insonnia.

Risultati

La popolazione in studio era composta da 143 pazienti anziani, di cui 69 maschi (48,3%), con un'età media di 76,99 ± 6,24 anni. Il punteggio medio dell'ISI era di 11,94 ± 8,02, la forza media all'handgrip di 20,95 ± 9,75 kg, il punteggio medio dell'MNA di 11,55 ± 2,70 e il punteggio medio dell'SPPB di 5,77 ± 3,09. Correlazioni inverse significative sono emerse tra insonnia e tutte le misure di vitalità testate: handgrip dominante ($r = -0{,}328$, $p < 0{,}01$), MNA ($r = -0{,}250$, $p < 0{,}01$) e SPPB ($r = -0{,}367$, $p < 0{,}01$). All'analisi di regressione multivariabile, l'SPPB è risultato l'unico parametro significativamente e indipendentemente associato all'insonnia ($\beta = -0{,}301$, $p = 0{,}004$), in maniera indipendente da età e genere.

Conclusioni

Tra le diverse misure di vitalità considerate in letteratura, l'SPPB è risultato significativamente e indipendentemente associato alla gravità dell'insonnia negli anziani valutati in setting ambulatoriale. Ulteriori studi sono necessari per valutare l'insonnia quale ulteriore misura di vitalità nel framework della CI, quale dominio di riserva e recupero fisico, funzionale performance nell'anziano.

Bibliografia

Christine Gagnon et al. J Am Board Fam Med.2013.
López-Ortiz S et al.; Ageing Res Rev. 2022.
Zhang Z, Yao L. Aging Clin Exp Res. 2025.

AREA APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA E DEPRESCRIBING PER L'INVECCHIAMENTO IN SALUTE E LA LONGEVITÀ

MEET THE EXPERT
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E SICUREZZA FARMACOLOGICA NELL'ANZIANO

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E INTERAZIONI FARMACOLOGICHE

Luca Soraci

Unità Operativa di Geriatrica ed Epidemiologia Clinica, INRCA IRCCS, Cosenza

L'invecchiamento si associa a multimorbidità e politerapia: in Italia due ultrasessantacinquenni su tre assumono almeno cinque principi attivi e quasi uno su tre almeno dieci. Le modifiche farmacocinetiche (riduzione della clearance renale ed epatica, aumento della massa grassa) e farmacodinamiche (maggiore sensibilità ai farmaci attivi sul sistema nervoso centrale, ridotta riserva omeostatica) rendono l'anziano vulnerabile alle reazioni avverse, responsabili di circa il 9% dei ricoveri, mentre le evidenze dei trial registrativi raramente includono pazienti fragili e multimorbidi.
Una prescrizione è appropriata quando i benefici attesi superano i rischi alla luce di obiettivi di cura, prognosi e stato funzionale. L'inappropriatezza comprende l'uso di farmaci con rapporto rischio/beneficio sfavorevole, l'uso scorretto per dose o durata e l'omissione di terapie efficaci. Gli strumenti espliciti, come i criteri STOPP/START versione 3 e i criteri di Beers 2023, si affiancano a quelli impliciti basati sul giudizio clinico.
Le interazioni farmacologiche sono tra le principali cause di danno evitabile. Le interazioni farmacocinetiche coinvolgono soprattutto i citocromi CYP3A4 e CYP2C9 e la glicoproteina P (es. claritromicina con statine o calcio-antagonisti, warfarin con fluconazolo o amiodarone); quelle farmacodinamiche derivano dalla somma di effetti simili, come il carico anticolinergico e sedativo (cadute, delirium), il prolungamento del QT, l'iperkaliemia da inibitori del sistema renina-angiotensina con spironolattone o trimetoprim, il sanguinamento da anticoagulanti con antiaggreganti, FANS o inibitori della ricaptazione della serotonina, il danno renale acuto da diuretico, inibitore del sistema renina-angiotensina e FANS. Rilevanti sono anche le interazioni farmaco-malattia e le cascate prescrittive, in cui un effetto avverso viene interpretato come nuova patologia e trattato con un ulteriore farmaco.
Identificare l'inappropriatezza non basta: grandi trial europei basati su STOPP/START non hanno ridotto ricoveri e reazioni avverse, anche per la bassa implementazione delle raccomandazioni. Le linee guida italiane su multimorbidità e politerapia raccomandano una revisione della terapia fondata sulla valutazione multidimensionale, con riconciliazione completa (compresi automedicazione e integratori), uso di criteri espliciti e supporti informatici, deprescrizione condivisa con paziente e caregiver e monitoraggio nel tempo.

Bibliografia

American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. J Am Geriatr Soc 2023;71:2052-81.
Blum MR, et al. BMJ 2021;374:n1585.
O'Mahony D, et al. Eur Geriatr Med 2023;14:625-32.
Onder G, et al. Aging Clin Exp Res 2022;34:989-96.
Oscanoa TJ, et al. Eur J Clin Pharmacol 2017;73:759-70.

LETTURA

SOTTOUTILIZZO DELLA NALDEMEDINA NEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON OPPIOIDI: EVIDENZE REAL-WORLD DALLA PRATICA CLINICA ITALIANA

Arturo Cuomo[1], Franco Radaelli[2], Silvia Calabria[3], Melania Leogrande[3], Marco Capacci[4], Monica Torrini[5], Luca Degli Esposti[3], Andrea Ungar[6]

[1] IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale, Napoli - [2] UOC di Gastroenterologia, Ospedale Valduce, Como - 3 CliCon S.r.l. Società Benefit, Bologna - [4] SOD Geriatria per l'Alta Intensità e Cardiologia Geriatrica, AOU Careggi e Università degli Studi di Firenze - [5] SOD Geriatria per l'Alta Complessità Assistenziale, AOU Careggi e Università degli Studi di Firenze - [6] SOD Geriatria per l'Alta Intensità e Cardiologia Geriatrica, AOU Careggi e Università degli Studi di Firenze

Scopo del lavoro

Gli oppioidi sono uno dei capisaldi della terapia del dolore cronico. L'effetto collaterale maggiormente

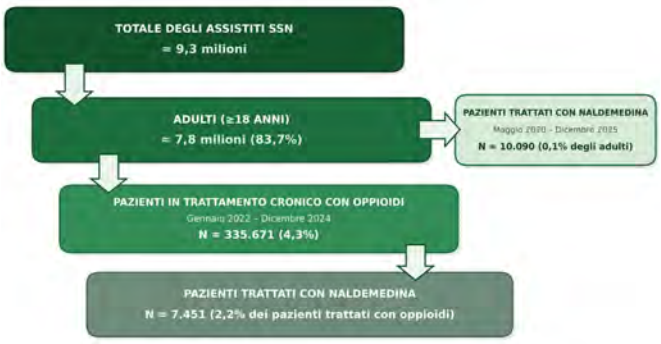


Figura 1. Flowchart di selezione dei pazienti.

rappresentato è la stipsi indotta da oppioidi (OIC), più frequentemente osservata negli anziani e nelle donne [1]. In Italia, la naldemedina è rimborsata specificamente per la OIC refrattaria [2]. Abbiamo effettuato un'analisi real-world su database amministrativi italiani per descrivere le caratteristiche della popolazione in terapia cronica con oppioidi e della popolazione trattata con naldemedina.

Materiali e metodi

L'analisi osservazionale retrospettiva è stata condotta su database amministrativi italiani relativi a ~9 milioni di assistiti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Sono stati identificati: i) adulti con ≥2 dispensazioni di oppioidi (codice ATC N02A) nel periodo di inclusione (Gennaio 2022-Dicembre 2024); ii) adulti con ≥ 1 dispensazione di naldemedina (codice ATC A06AH05) dalla sua rimborsabilità fino al termine del follow-up (Maggio 2020-Dicembre 2025). Il baseline corrisponde alla prima dispensazione riscontrata di oppioidi/naldemedina. I pazienti sono stati descritti al basale (età, sesso, comorbilità tramite Charlson Comorbidity Index [CCI] e comorbilità di interesse). Per i trattati con naldemedina, le analisi sono state condotte separatamente nei pazienti con e senza cancro attivo, definito da ≥ 1 dei seguenti criteri nei 5 anni precedenti la data indice: diagnosi primaria/secondaria ospedaliera (codici ICD-9-CM 140-209, 235-239); ≥ 1 dispensazione di farmaco con ATC L01; codice esenzione 048.

Risultati

Su un totale di 7,8 milioni di adulti, il 4,3% (n = 335,671) era trattato cronicamente con oppioidi (Tab. 1). Sul totale dei trattati con oppioidi, solo il 2,6% (n = 8,826) aveva ricevuto lassativi a carico SSN e si poteva assumere affetto da OIC. Di questi, la maggior parte era individuata dalla dispensazione di naldemedina, pari al 2,2% dei trattati con oppioidi (n = 7,451). Sul totale degli adulti lo 0,1% (n = 10,090) era trattato con nal-

Tabella 1. Caratteristiche al basale dei pazienti in trattamento cronico con oppioidi.

TRATTAMENTO CRONICO CON OPPIOIDI	
Variabile	**Pazienti totali (n = 335.671)**
CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE	
Età al basale, media (DS)	71 (14,2)
Distribuzione per fasce d'età, n (%)	
18-39 anni	8.795 (2,6%)
40-49 anni	19.012 (5,7%)
50-59 anni	43.048 (12,8%)
60-69 anni	64.727 (19,3%)
70-79 anni	94.089 (28%)
≥ 80 anni	106.000 (31,6%)
Sesso maschile, n (%)	119.863 (35,7%)
Sesso femminile, n (%)	215.808 (64,3%)
Follow-up (anni), media (DS)	1,9 (1)
Tasso di mortalità (×1.000 anni-persona)	89,2
CARATTERISTICHE CLINICHE	
Charlson Comorbidity Index (CCI), media (DS)	0,8 (1,3)
Distribuzione per CCI, n (%)	
CCI = 0	186.703 (55,6%)
CCI = 1	98.793 (29,4%)
CCI ≥ 2	50.175 (14,9%)
Comorbilità di interesse, n (%)	
Patologie ostruttive delle vie respiratorie	77.335 (23%)
Diabete	75.970 (22,6%)
Anamnesi di cancro	71.918 (21,4%)
Depressione/disturbi dell'umore	57.390 (17,1%)
Cancro attivo*	53.839 (16%)
Patologie cardiovascolari	52.085 (15,5%)
Reflusso gastrico/ulcera peptica	19.945 (5,9%)
Patologia renale cronica	14.954 (4,5%)
Patologia epatica cronica	13.176 (3,9%)
Costipazione	4.118 (1,2%)

**Riscontrato nei 5 anni antecedenti la data indice. DS: deviazione standard; CCI: Charlson Comorbidity Index.*

Tabella 2. Caratteristiche al basale dei pazienti in trattamento con naldemedina.

	TRATTAMENTO CON NALDEMEDINA		
Variabile	**Pazienti totali n = 10.090**	**Con cancro attivo* n = 5.741 (56,9%)**	**Senza cancro attivo* n = 4.349 (43,1%)**
CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE			
Età al basale, media (DS)	69,7 (14)	68,7 (12,6)	71,1 (15,5)
Distribuzione per fasce d'età, n (%)			
18-39 anni	306 (3%)	114 (2%)	192 (4,4%)
40-49 anni	602 (6%)	338 (5,9%)	264 (6,1%)
50-59 anni	1.340 (13,3%)	847 (14,8%)	493 (11,3%)
60-69 anni	2.185 (21,7%)	1.471 (25,6%)	714 (16,4%)
70-79 anni	2.946 (29,2%)	1.795 (31,3%)	1.151 (26,5%)
≥ 80 anni	2.711 (26,9%)	1.176 (20,5%)	1.535 (35,3%)
Sesso maschile, n (%)	4.771 (47,3%)	3.009 (52,4%)	1.762 (40,5%)
Sesso femminile, n (%)	5.319 (52,7%)	2.732 (47,6%)	2.587 (59,5%)
Follow-up (anni), media (DS)	0,9 (1,1)	0,6 (0,8)	1,3 (1,2)
Tasso di mortalità (×1.000 anni-persona)	582,6	1.158,4	222,1
CARATTERISTICHE CLINICHE			
Charlson Comorbidity Index (CCI), media (DS)	2,1 (2,5)	3,2 (2,8)	0,7 (0,9)
Distribuzione per CCI, n (%)			
CCI = 0	3.747 (37,1%)	1.385 (24,1%)	2.362 (54,3%)
CCI = 1	2.151 (21,3%)	764 (13,3%)	1.387 (31,9%)
CCI ≥ 2	4.192 (41,5%)	3.592 (62,6%)	600 (13,8%)
Comorbilità di interesse, n (%)			
Patologie ostruttive delle vie respiratorie	2.848 (28,2%)	1.585 (27,6%)	1.263 (29%)
Depressione/disturbi dell'umore	2.244 (22,2%)	986 (17,2%)	1.258 (28,9%)
Diabete	2.196 (21,8%)	1.244 (21,7%)	952 (21,9%)
Patologie cardiovascolari	1.765 (17,5%)	935 (16,3%)	830 (19,1%)
Reflusso gastrico/ulcera peptica	680 (6,7%)	352 (6,1%)	328 (7,5%)
Patologia epatica cronica	553 (5,5%)	323 (5,6%)	230 (5,3%)
Patologia renale cronica	502 (5%)	252 (4,4%)	250 (5,7%)
Costipazione	305 (3%)	209 (3,6%)	96 (2,2%)

**Riscontrato nei 5 anni antecedenti la data indice. DS: deviazione standard; CCI: Charlson Comorbidity Index.*

demedina (Fig. 1). Tra questi, coloro affetti da cancro attivo (n = 5,741; 56,9%) presentavano sia un'età media al basale inferiore rispetto a coloro senza cancro attivo (n = 4.349; 43,1%), sia un'inferiore percentuale di donne. Il CCI medio era più elevato in coloro con cancro attivo e le principali comorbilità di interesse meno frequenti rispetto a coloro senza cancro attivo, tra cui i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, diabete e depressione/disturbi dell'umore (Tab. 2).

Conclusioni

Nonostante i pazienti trattati con oppioidi a carico SSN risultino sottostimati rispetto al totale atteso, il loro profilo clinico è in linea con i dati di letteratura. Al contempo, la naldemedina risulta fortemente sottoutilizzata rispetto alla prevalenza di OIC attesa. In particolare, il suo impiego è risultato rilevante nei pazienti oncologici e anziani, suggerendo una maggiore prescrizione in condizioni di maggiore fragilità.

Ciò evidenzia la necessità di aumentare la consapevolezza sulla gestione precoce del dolore oncologico e della OIC, e di una maggior fiducia nell'uso della naldemedina, da sostenere tramite una call-to-action rivolta ai medici specialisti mediante specifiche attività formative.

Bibliografia

[1] Farmer AD et al. United European Gastroenterol J. 2019 Feb;7(1):7-20.

[2] Determina AIFA 16-04-2020; GU n.111 del 30-04-2020.

PROVA PRATICA

DEPRESCRIBING E LONGEVITÀ IN SALUTE: DALLA POLIFARMACOTERAPIA AL RECUPERO FUNZIONALE NELL'ANZIANO

Roberto Presta[1], Elena Page[2]

[1] AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - [2] Università degli Studi di Milano-Bicocca

Introduzione

La polifarmacoterapia e l'impiego di farmaci potenzialmente inappropriati possono contribuire a cadute, ipotensione ortostatica, compromissione cognitiva e perdita di autonomia nell'anziano. Il *deprescribing* non rappresenta pertanto una semplice riduzione del numero di farmaci, ma un intervento centrato sulla persona finalizzato a preservare funzione e *healthspan*.

Caso clinico

Donna di 82 anni, precedentemente autonoma e fisicamente attiva, giunge a valutazione geriatrica per due cadute notturne, vertigini ortostatiche, sonnolenza diurna, stipsi, xerostomia e riduzione delle uscite per paura di cadere. La pressione arteriosa passa da 135/75 mmHg in clinostatismo a 105/65 mmHg in ortostatismo; SPPB 9/12, TUG 14 secondi, MoCA 24/30, eGFR 58 mL/min/1,73 m^2, HbA1c 6,1%, con precedente glicemia a digiuno di 62 mg/dL. La valutazione multidimensionale rileva dipendenza per la gestione della spesa (delegata alla figlia), gonalgia limitante, pasti irregolari, calo ponderale di 2 kg e restrizione dei liquidi per l'urgenza urinaria. Sonno frammentato e ostacoli domestici concorrono al rischio di caduta. La comprensione del piano è conservata e il supporto familiare è disponibile ma non quotidiano. La terapia comprende ramipril, doxazosina, metformina, glimepiride, acido acetilsalicilico in prevenzione primaria, ossibutinina, lorazepam, omeprazolo e ibuprofene quasi quotidiano.

Intervento

Una *medication review* strutturata, integrata nella valutazione multidimensionale, identifica diversi target di deprescribing. Doxazosina e glimepiride vengono sospese per ortostatismo sintomatico e rischio ipoglicemico. Si sospendono ossibutinina per il carico anticolinergico e acido acetilsalicilico dopo verifica dell'indicazione. L'uso cronico di ibuprofene e omeprazolo viene rivalutato e interrotto. Il lorazepam, assunto da sette anni, viene progressivamente ridotto. Si associano interventi per insonnia, sintomi urinari e dolore, regolarizzazione di pasti e idratazione, esercizio adattato e sicurezza domestica. La ricomparsa dell'urgenza richiede una rivalutazione terapeutica per preservare le uscite. Il piano viene condiviso con il curante e la figlia, con il consenso della paziente. A tre mesi non sono riferite nuove cadute né rilevate ipoglicemie. I sintomi ortostatici sono risolti, stipsi e xerostomia migliorate e la paziente ha ripreso la spesa e brevi camminate autonome. SPPB aumenta da 9/12 a 11/12; HbA1c 6.8%. Il peso è stabile; il sonno resta variabile e la riduzione del lorazepam prosegue.

Conclusioni

Nell'anziano vulnerabile, il danno farmaco-correlato può mimare o accelerare la fragilità. Il deprescribing, integrato in un piano multidimensionale, può rappresentare una componente attiva della prevenzione geriatrica e dell'invecchiamento in salute, contribuendo a preservare autonomia, funzione e qualità di vita.

Bibliografia

AGS Beers Criteria® Update Expert Panel. J Am Geriatr Soc. 2023;71:2052-2081. https://doi.org/10.1111/jgs.18372.

O'Mahony D, et al. STOPP/START criteria: version 3. Eur Geriatr Med. 2023;14:625-632. https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y.

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

PROGETTO DI MEDICATION REVIEW E DEPRESCRIBING NEI PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI IN U.O.C. GERIATRIA DELL'OSPEDALE DI STATO DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO

Elena Allocca, Chiara Gasperoni, Silvana Ruli, Enrico Rossi

Istituto per la sicurezza sociale, Repubblica di San Marino

Scopo del lavoro
L'invecchiamento della popolazione ha aumentato la prevalenza di fragilità, multimorbilità e polifarmacoterapia, con un maggior rischio per l'anziano di reazioni avverse ai farmaci, interazioni farmaco-farmaco, cascata prescrittiva e re-ricoveri. Scopo del progetto è valutare l'efficacia di un programma di medication review e deprescribing nel ridurre la polifarmacoterapia e i re-ricoveri a 30 giorni, 3 e 6 mesi nei pazienti ≥70 anni ricoverati nella U.O.C. di Geriatria dell'Ospedale di San Marino (ISS).

Materiali e metodi
Studio osservazionale prospettico monocentrico. Dal 01/01/2025 al 31/12/2025 i pazienti ≥70 anni ricoverati in U.O.C. Geriatria dell'ISS sono stati valutati. L'intervento ha previsto: 1) riconciliazione terapeutica entro 72h dal ricovero; 2) valutazione della presenza di polifarmacoterapia e di comorbidità; 3) valutazione della presenza di fragilità con Clinical Frailty Scale (CFS); 4) medication review con strumento INTERCheck© per interazioni, inappropriatezza con criteri BEERS, STOPP/START v3, STOPP-Frail e burden anticolinergico; 5) discussione multidisciplinare e condivisione delle modifiche con paziente e caregiver; 6) monitoraggio post-dimissione e comunicazione al MMG. Outcome primario: avvenuto deprescribing, definito come riduzione del numero di farmaci o della dose assunta. Outcome secondario: effetto del deprescribing sui re-ricoveri a 30 giorni, 3 e 6 mesi. I dati sono stati sottoposti all'analisi statistica con Windows SPSS 25. Significatività: $p < 0,05$.

Risultati
Sono stati arruolati 497 pazienti con età 85,66 ± 6,2 anni, 59,6% donne. Tutti fragili (CFS media 5,64) e con in media 5,51 patologie croniche. Media farmaci all'ingresso: 7,72 ± 3,29. Nel 57,5% è stato attuato deprescribing con almeno una sospensione, nel 16,7% riduzione di dosaggio. Il deprescribing è risultato più frequente nei pazienti più anziani, con più patologie croniche, più fragili, con degenze più lunghe e con polifarmacoterapia più elevata ($p < 0,001$). Le classi di farmaci più sospese: antipertensivi, diuretici e inibitori di pompa protonica. Il tasso di re-ricovero a 30 giorni è stato 10,8% nel gruppo con deprescribing vs 21,9% nel gruppo senza ($p = 0,002$).

Conclusioni
Il progetto dimostra che medication review e deprescribing sono utili ed efficaci nel ridurre polifarmacoterapia e re-ricoveri nell'anziano fragile. La riduzione di oltre il 50% dei re-ricoveri a 30 giorni suggerisce un impatto clinico rilevante e un miglioramento della sicurezza e sostenibilità delle cure. Questo progetto potrebbe rappresentare una base per estendere questa pratica a livello ospedaliero e territoriale. Sarà importante potenziare la collaborazione con i farmacisti clinici e strutturare il follow-up dei pazienti, con l'attivazione di un ambulatorio dedicato al deprescribing post-dimissione.

Bibliografia
AGS. Beers Criteria® 2023. J Am Geriatr Soc. 2023;71(7):2052-2081.

Gnjidic D, et al. Drug Burden Index. Clin Pharmacol Ther. 2009;86(1):83-89.

O'Mahony D, et al. STOPP/START v3. Eur Geriatr Med. 2023;14(1):1-24.

Reeve E, et al. Deprescribing. Eur J Intern Med. 2017;38:3-9.

Scott IA, et al. Reducing polypharmacy. JAMA Intern Med. 2015;175(5):827-834.

IL DEPRESCRIBING NELLA POPOLAZIONE AMBULATORIALE GERIATRICA

Jacopo Usai, Chiara Mussi, Lorenzo Luppi, Agnese Vestri, Marco Bertolotti

Università degli Studi di Modena e Reggio-Emilia (UNIMORE)

Scopo del lavoro
L'invecchiamento progressivo della popolazione ha generato un aumento esponenziale della multimorbilità e della polifarmacoterapia che si associa a eventi avversi, interazioni farmacologiche, cadute, ospedalizzazioni e perdita dell'autonomia funzionale. In questo scenario, la revisione periodica della terapia e il

deprescribing rappresentano strumenti cardine della pratica geriatrica moderna, in particolare nei pazienti fragili a elevato carico farmacologico.

Materiali e metodi
È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo su 155 pazienti valutati presso l'ambulatorio di Cardiogeriatria del Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense di Baggiovara (1° gennaio 2025 - 30 aprile 2026). Per ciascun soggetto sono stati raccolti dati demografici, clinici, farmacologici e funzionali: comorbilità, numero di farmaci in uso, parametri pressori clinostatici e ortostatici (rilevati in clinostatismo e dopo 1 e 3 minuti di ortostatismo), grado di fragilità tramite la Clinical Frailty Scale (CFS) e anamnesi di cadute. L'analisi statistica è stata eseguita con IBM SPSS v.26, applicando il test t di Student per campioni indipendenti e il test chi-quadrato. Sono stati calcolati gli Odds Ratio (OR) grezzi con intervallo di confidenza al 95% (IC95%) ed è stato implementato un modello di regressione logistica multivariata esplorativa. La significatività statistica è stata fissata a $p < 0,05$.

Risultati
Un intervento di deprescribing è stato attuato in 81 pazienti su 155 (52,3%), per un totale di 89 sospensioni o riduzioni di dosaggio. Rispetto al gruppo di controllo, i pazienti sottoposti a deprescribing erano significativamente più anziani ($82,7 \pm 7,3$ vs $79,7 \pm 6,1$ anni; $p = 0,005$), assumevano un numero maggiore di farmaci ($8,4 \pm 3,2$ vs $6,4 \pm 2,7$; $p < 0,001$) e presentavano una superiore prevalenza di ipotensione ortostatica (48,1% vs 17,6%; $p < 0,001$) e di cadute nell'ultimo anno (24,7% vs 9,5%; $p = 0,013$).La frequenza del deprescribing aumentava progressivamente al peggiorare dello stato funzionale: 32,0% nei pazienti fit, 42,9% nei pre-fragili e 62,5% nei fragili ($p = 0,025$). Le classi farmacologiche più deprescritte sono state: diuretici 51,4% (frequenza che saliva al 72,7% nei pazienti senza diagnosi di scompenso cardiaco e con segni di instabilità clinico-pressoria); neurolettici 50,0%; FANS 50%; antidepressivi 23,5%. Al contrario, statine (0,9%) e anticoagulanti (1,8%) hanno mostrato tassi di sospensione minimi. All'analisi multivariata, gli unici predittori indipendenti di deprescribing sono risultati l'ipotensione ortostatica (OR aggiunto: 4,25; IC95%: 1,87-9,66; $p < 0,001$) e il numero totale di farmaci in terapia (OR aggiunto per ogni farmaco addizionale: 1,27; IC95%: 1,10-1,46; $p = 0,001$). I dati di follow-up, disponibili per 11 pazienti su 81 (13,6%), hanno evidenziato un solo caso di necessaria reintroduzione della terapia sospesa.

Conclusioni
Il deprescribing è una realtà attiva e concreta in oltre la metà dei pazienti dell'ambulatorio cardiogeriatrico. Tale atto è guidato da precisi indicatori clinici oggettivi quali il carico terapeutico complessivo e l'ipotensione ortostatica. In linea con la letteratura internazionale, l'intervento si è dimostrato sicuro ed efficace nel setting ambulatoriale. Risulta ora prioritario standardizzare protocolli dedicati di revisione terapeutica e potenziare i sistemi di follow-up per documentare in modo robusto l'impatto di questa pratica sugli outcome clinici duri e sulla qualità di vita del paziente grande anziano.

LA FRAGILITÀ COME PREDITTORE INDIPENDENTE DI REAZIONI AVVERSE AI FARMACI (ADR) IN PAZIENTI ANZIANI OSPEDALIZZATI: ANALISI DELLO STUDIO SENATOR

Giorgia Laureti[1], Alfonso J. Cruz-Jentoft[2], Adalsteinn Gudmundsson[3], Roy L. Soiza[4], Denis O'Mahony[5], Alessia Beccacece[6], Barbara Carrieri[1], Mirko Di Rosa[7], Antonio Cherubini[1]

[1] UOC Geriatria, Accettazione Geriatrica e Centro di Ricerca per l'invecchiamento, IRCCS INRCA, Ancona - [2] Servicio de Geriatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal (IRYCIS), Madrid - [3] Department of Geriatric Medicine, Landspitali University Hospital; Faculty of Medicine, University of Iceland, Reykjavik - [4] Ageing Clinical and Experimental Research (ACER) Group, Institute of Applied Health Sciences, University of Aberdeen - [5] Department of Medicine, University College Cork; Geriatric Medicine, Cork University Hospital, Cork - [6] Centre for Biostatistics and Applied Geriatric Clinical Epidemiology, Italian National Research Center on Aging (IRCCS INRCA), Ancona - [7] Unit of Geriatric Pharmacoepidemiology and Biostatistics, IRCCS INRCA, Ancona

Scopo del lavoro
Determinare se la fragilità sia associata in modo indipendente all'insorgenza di reazioni avverse ai farmaci (ADR) in pazienti anziani multimorbidi ricoverati in ospedale. Lo studio si è posto inoltre l'obiettivo di valutare l'impatto della fragilità e delle ADR su esiti clinici quali mortalità a 12 settimane, riospedalizzazione e durata della degenza

Materiali e metodi
È stata condotta un'analisi secondaria del trial clinico

multicentrico europeo SENATOR su 1.424 pazienti anziani ospedalizzati (età media 78,2 ± 7,4 anni). Lo stato di fragilità è stato definito mediante un Indice di Fragilità (FI) basato su 30 items, con un cut-off di ≥ 0,20. Le ADR sono state identificate retrospettivamente e validate da un comitato di esperti attraverso un rigoroso processo di aggiudicazione in cieco. Le associazioni sono state valutate tramite modelli di regressione logistica, lineare e di Cox, aggiustati per età, sesso e carico di comorbidità (CIRS-G).

Risultati

Dei 1.424 pazienti analizzati, 974 (68,4%) sono risultati fragili. Rispetto ai non fragili, i pazienti fragili presentavano un'età superiore, un maggior numero di farmaci in uso (10 vs 8; p < 0,001) e punteggi ai test funzionali (Barthel) e cognitivi (MMSE) peggiori. L'incidenza di ADR è stata significativamente più alta nel gruppo fragile (41,2% vs 30,2%; p < 0,001). All'analisi multivariata, la fragilità è risultata un predittore indipendente di ADR (OR 1,57; IC 95%: 1,21-2,05; p = 0,001). Specifiche categorie di ADR, come diarrea acuta (OR 2,49), gravi squilibri elettrolitici (OR 1,37) e nuove cadute (OR 2,04), sono risultate significativamente associate allo stato di fragilità. Tra le ADR meno frequenti, sono emerse l'insufficienza renale acuta e l'ipoglicemia sintomatica. La presenza di ADR ha comportato un prolungamento significativo della degenza ospedaliera (12,4 vs 8,7 giorni; p = 0,001), indipendentemente dalla fragilità. Sebbene la fragilità fosse associata a una maggiore mortalità grezza e riospedalizzazione, tali associazioni non hanno mantenuto la significatività statistica nei modelli multivariati aggiustati.

Conclusioni

La fragilità è un predittore indipendente di ADR negli anziani ospedalizzati e contribuisce a un peggioramento degli esiti clinici durante il ricovero, in particolare a una degenza prolungata. La fragilità permette di identificare i pazienti anziani a più alto rischio di eventi avversi indipendentemente dall'età e dalle comorbidità, e dovrebbe essere integrata sistematicamente nel processo decisionale clinico per migliorare la sicurezza della terapia farmacologica.

Bibliografia

Clegg A, et al. Frailty in elderly people. Lancet. 2013;381(9868):752-62.
Cullinan S, et al. Frailty and inappropriate prescriptions. Age Ageing. 2016.
O'Mahony D, et al. SENATOR: Trial protocol and main results.
Rockwood K, et al. Frailty in older adults. N Engl J Med. 2023.
Stevenson J, et al. Frailty and drug-related harms. Age Ageing. 2022.

TOLLERABILITÀ ED EFFICACIA DELLA NALDEMEDINA NELLA STIPSI INDOTTA DA OPPIOIDI IN UNA POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE: STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO MONOCENTRICO

Maria Francesca Dell'Anno, Raffaele Antonelli Incalzi, Claudio Pedone

Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico, Roma

Scopo del lavoro

Gli oppioidi sono un cardine terapeutico del dolore cronico, ma il loro uso a lungo termine è spesso complicato dalla stipsi indotta da oppioidi (OIC) [1]. I lassativi osmotici di prima linea sono spesso inefficaci, non agendo sul meccanismo patogenetico, ovvero il blocco dei recettori μ gastrointestinali [2]. Gli antagonisti periferici dei recettori μ-oppioidi (PAMORA), tra cui la naldemedina, hanno documentata efficacia [3], ma mancano dati di tollerabilità nell'anziano fragile. Obiettivo primario è valutare la tollerabilità e sicurezza di questi farmaci nel paziente anziano; obiettivi secondari l'efficacia sulle evacuazioni spontanee (SBM), i sintomi e la qualità della vita correlata alla stipsi.

Materiali e metodi

Studio osservazionale prospettico, open-label, monocentrico. Sono stati arruolati pazienti con età ≥ 70 anni con dolore cronico e OIC, escludendo ostruzioni o stenosi intestinali e stipsi non correlata agli oppioidi. Al baseline e durante il follow-up telefonico condotto con il supporto del caregiver, sono stati valutati evacuazioni, dolore (NRS/PAINAD), qualità della vita (PAC-SYM, PAC-QOL) e scale MMSE, GDS-15, MNA, CFS, CIRS-G), oltre a eventi avversi, SAE e reazioni avverse.

Risultati

Sono stati arruolati 40 pazienti (età media 80 [SD: 5] anni; 55% uomini), tutti in terapia oppioide e con caregiver attivo, circa il 65-68% aveva patologia neoplastica. Al baseline le evacuazioni spontanee erano < 3/settimana nel 52,5% dei casi e il dolore moderato-severo nel 60%. La prevalenza di malnutrizione o rischio nutrizionale era del 97%, di fragilità (CFS 5-9) del 85% e di

deterioramento cognitivo del 30%. Al follow-up si sono registrati 20 decessi (50%) e 10 sospensioni dovute a ospedalizzazione, decisione del paziente, sospensione dell'oppioide. Nei 10 pazienti ancora in trattamento sono stati osservati un solo evento avverso e una sola reazione avversa (diarrea). Nei rivalutabili le evacuazioni spontanee erano ≥ 3/settimana in tutti i casi, con PAC-SYM moderata e PAC-QOL lieve nell'80%.

Conclusioni

Nel complesso la naldemedina è apparsa ben tollerata e con un segnale di efficacia, da confermare data l'esiguità del campione e il disegno monocentrico. L'elevata mortalità (50%) riflette l'avvio della naldemedina in fase avanzata di malattia, tipica del setting geriatrico. I nostri dati sono poco confrontabili con quelli dei trial registrativi, che sono stati condotti su popolazioni con caratteristiche molto differenti, ad esempio nel COMPOSE-3 la mortalità è stata dello 0,6% [4], mentre i COMPOSE-4/5 hanno arruolato in pazienti con PS ECOG ≤ 2. Studi "real-world", invece, hanno riportato dati paragonabili ai nostri, con mortalità del 78,5% [5].

Bibliografia

1 Lacy BE, et al. Gastroenterology. 2016;150:1393-407.
2 Farmer AD, et al. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2018;3:203-12.
3 Hale M, et al. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017;2:555-64.
4 Webster LR, et al. Pain. 2018;159:987-94.
5 Nishiba H, et al. J Clin Med. 2022;11:2672.

AREA ASSISTENZA TERRITORIALE E LONGEVITÀ

SIMPOSIO
NUOVI MODELLI DI ASSISTENZA TERRITORIALE PER L'ANZIANO FRAGILE

OSPEDALE A DOMICILIO

Vittoria Tibaldi[1], Roberto Presta[2], Enrico Brunetti[2], Mario Bo[2]

[1] SC Geriatria, Dipartimento di Area medica e Specialistica, AO S. Croce e Carle, Cuneo - [2] SC Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, Città della Salute e della Scienza di Torino

Con l'invecchiamento della popolazione la comorbilità, la disabilità, soprattutto quella grave, le riacutizzazioni delle plurime patologie croniche comportano un sempre maggiore ricorso alle cure mediche e ai ricoveri ospedalieri. Tuttavia, le capacità negli ospedali per acuti sono limitate e ad oggi la programmazione sanitaria non prevede una sostanziale espansione delle infrastrutture ospedaliere per acuti o del personale per far fronte alla domanda. Inoltre, è risaputo che per le persone anziane, specie se fragili, il ricovero ospedaliero può associarsi ad un aumentato rischio di perdita dell'autonomia funzionale, di episodi di delirium e complicanze iatrogene.
Diventa pertanto fondamentale concentrarsi su nuovi modelli di cura sia in ambito ospedaliero che comunitario, in grado di garantire non solo un'appropriata gestione delle acuzie ma anche quella continuità assistenziale necessaria ad una popolazione spesso fragile e complessa come quella anziana. L'Ospedale a domicilio, inteso come servizio "ponte" tra l'ospedale e il territorio, può rappresentare una risposta efficace, sicura ed economicamente sostenibile.
Esiste un consensus a livello internazionale nel definire l'ospedalizzazione a domicilio (Hospital at Home - HaH) come l'erogazione di cure di livello ospedaliero al domicilio del paziente, per patologie che altrimenti richiederebbero il ricovero in ospedale. I primi modelli di HaH nascono verso la fine degli anni '50 del secolo scorso in Francia, anche se già a fine anni '40 all'ospedale Montefiore di New York venne avviato un programma pionieristico di Home Care che prevedeva l'erogazione a domicilio di un'assistenza di livello ospedaliero.
In Italia, l'Ospedalizzazione a Domicilio-OAD nasce a Torino nel 1985 nell'ambito della Geriatria dell'ospedale Molinette. L'OAD è costituita da un'équipe multidisciplinare, attiva 7/7 giorni dalle 8 alle 20, in grado di assicurare a livello domiciliare cure sanitarie complesse e personalizzate. Negli anni, attraverso un intenso lavoro di ricerca, l'OAD ha dimostrato che questo setting di cura, per pazienti anziani selezionati, comporta una minor comparsa di complicanze, un miglioramento del tono dell'umore e della qualità di vita del paziente stesso e del caregiver, un minor numero di reingressi in ospedale e di istituzionalizzazioni, oltre che una ottimizzazione dei costi e una customer satisfaction sempre molto positiva.
L'OAD di Torino è stata, ed è tuttora, un modello organizzativo di riferimento per numerosi colleghi stranieri. Questo ha consentito di creare dei solidi rapporti internazionali e di diventare parte integrante non solo della World Hospital at Home Community e dei convegni che dal 2019 si svolgono regolarmen-

te ogni due anni, ma anche dell'Editorial Board della neonata rivista *Journal of Advanced Home Medicine*. Una delle priorità più complesse cui si trova di fronte il SSN italiano è quella di esplorare alternative ai ricoveri ospedalieri; concorrono a questa priorità ragioni di umanizzazione dell'assistenza, ma anche di ottimizzazione dei costi. Queste alternative devono essere però giustificate sia sul piano clinico che economico. L'ospedalizzazione a domicilio ha dimostrato con rigore scientifico di essere clinicamente ed economicamente sostenibile in popolazioni selezionate, ma la disseminazione richiede un costante impegno nella ricerca e una programmazione sanitaria che ne preveda l'integrazione all'interno di una rete di servizi che rispetti tutte le specifiche competenze ospedaliere e territoriali.

TELEMEDICINA E TELEMONITORAGGIO NELL'ASSISTENZA ALL'ANZIANO FRAGILE

Alessandra Coin

Dipartimento di Medicina (DIMED), Università degli Studi di Padova; UOC Geriatria, Azienda Ospedale-Università Padova

Introduzione

Multimorbidità, fragilità e cronicità richiedono continuità assistenziale territoriale. Televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio possono facilitare l'accesso alle cure e anticipare il riconoscimento di instabilità cliniche, se inseriti in percorsi con responsabilità e tempi di risposta definiti.

Obiettivo

Sintetizzare le evidenze e le condizioni d'uso della telemedicina nell'assistenza all'anziano fragile.

Evidenze

In un trial italiano su 96 pazienti con scompenso cardiaco (età media 80 anni), il telemonitoraggio dei parametri vitali associato al supporto telefonico geriatrico si associa a una minore incidenza dell'esito composito morte/ricovero a sei mesi (21% vs 42%; RR 0,51; IC95% 0,26-0,98) [1]. Nel programma REAL-HEART della Geriatria di Treviso, l'abstract riporta una riduzione delle riospedalizzazioni e della mortalità nei grandi anziani con scompenso cardiaco, senza fornire percentuali [2]. Nel trial francese eCOBAHLT, 534 pazienti multimorbidi dopo la dimissione (età media 80 anni) erano assegnati a telesorveglianza domiciliare con sensori e supporto geriatrico ai curanti oppure alle cure usuali. A 12 mesi, almeno un ricovero non programmato si verificava nel 40,4% vs 48,7% (RR aggiustato 0,72; IC95% 0,51-0,94) [3]. In 16 RSA italiane, un trial su 85 residenti con diabete tipo 2 in terapia insulinica confrontava il monitoraggio glicemico continuo con aggiustamento remoto dell'insulina e le cure usuali: nel gruppo seguito in telemedicina miglioravano il tempo nell'intervallo glicemico e il tempo in ipoglicemia, mentre si riducevano HbA1c e dose insulinica [4]. Nel trial europeo SMART4MD, 1.078 persone con MCI e caregiver in Spagna e Svezia usavano per 18 mesi un'app con promemoria per farmaci e appuntamenti. La qualità di vita migliorava modestamente, senza differenze significative nell'aderenza terapeutica o nel MMSE; circa il 40% abbandonava lo studio [5].

Discussione e conclusioni

I risultati riguardano percorsi strutturati, non la tecnologia isolata; nel MCI si osserva un beneficio sulla qualità di vita, ma non sulla cognizione. L'efficacia richiede selezione mediante valutazione multidimensionale, dispositivi accessibili, coinvolgimento del caregiver quando necessario, soglie e responsabilità definite, risposta tempestiva e integrazione dei servizi territoriali. Deficit sensoriali o cognitivi, disabilità e divario digitale possono limitarne l'uso; la telemedicina non sostituisce la valutazione in presenza quando necessaria. Gli studi futuri dovranno includere gli anziani più fragili e misurare funzione, qualità di vita, ricoveri, esperienza di cura e sostenibilità.

Bibliografia

1 Giordano A, et al. J Am Geriatr Soc. 2015;63:1091-1100.
2 Confortin N, et al. J Am Med Dir Assoc. 2026;27:106419.
3 Tchalla A, et al. J Telemed Telecare. 2025;31:231-238.
4 Dicembrini I, et al. Diabetes Obes Metab. 2026;28:3202-3208.
5 Ghani Z, et al. J Med Internet Res. 2026;28:E83123.

LETTURA

WELFARE, SILVER ECONOMY E SOSTENIBILITÀ DELL'INVECCHIAMENTO
Longevità attiva e intelligenza artificiale: nuove prospettive per la sostenibilità dell'assistenza agli anziani non autosufficienti

Nicola Ferrara

Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionale, Università degli Studi di Napoli "Federico II"; Direttore Sanitario RSA San Giuseppe, Napoli

La Silver Economy è un sistema di attività economiche, prodotti e servizi pensati per soddisfare le esigenze e il potenziale economico delle persone dai 50 anni e oltre. Tale sistema si è sviluppato prevalentemente in relazione all'invecchiamento demografico che rappresenta una delle principali sfide per i sistemi di welfare, chiamati a conciliare l'aumento della domanda di assistenza con la sostenibilità economica e organizzativa dei servizi. In questo scenario, la Silver Economy non deve essere considerata soltanto un'opportunità di sviluppo economico, ma un ecosistema capace di integrare innovazione, partecipazione sociale e tutela della salute lungo tutto il corso della vita. In tale ottica è essenziale analizzare il possibile contributo delle nuove tecnologie, in particolare dell'intelligenza artificiale (IA), alla promozione della longevità attiva e al miglioramento dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti. La longevità attiva richiede interventi orientati alla prevenzione della fragilità, al mantenimento dell'autonomia funzionale e cognitiva e alla partecipazione alla vita sociale. La Silver Economy può favorire questi obiettivi attraverso servizi sanitari e sociosanitari innovativi, tecnologie assistite, domotica, telemedicina e soluzioni digitali personalizzate. L'IA può ampliare tali opportunità mediante il monitoraggio dei parametri clinici e funzionali, l'identificazione precoce dei rischi, il supporto alle decisioni assistenziali e la personalizzazione dei percorsi di cura. Nelle strutture residenziali e nell'assistenza domiciliare, queste applicazioni potrebbero contribuire a migliorare la sicurezza degli ospiti, sostenere il lavoro dei professionisti e dei caregiver e favorire una più appropriata allocazione delle risorse. Tuttavia, la loro implementazione richiede una valutazione rigorosa dell'efficacia, dei costi e della sostenibilità, oltre a garanzie di protezione dei dati, accessibilità e contrasto alle disuguaglianze digitali. Particolare attenzione deve essere riservata alle persone con demenza, grave disabilità o elevata dipendenza assistenziale. La sfida non consiste nel sostituire il lavoro umano con la tecnologia, ma nel valorizzare l'innovazione per rendere l'assistenza più personalizzata, tempestiva e sostenibile. Un modello efficace di welfare deve integrare Silver Economy, prevenzione, intelligenza artificiale e servizi sanitari e sociali, mantenendo la dignità, la relazione e i bisogni della persona al centro degli interventi.

SIMPOSIO GRUPPO "LA CURA NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA"

RESPONSABILITÀ ETICA E GIURIDICA DEL CAREGIVER

Renzo Pegoraro

Presidente, Pontificia Accademia per la Vita

Il contributo tratta la responsabilità etica e giuridica del caregiver familiare della persona anziana, partendo da una domanda: come riconoscere il valore etico e sociale della cura familiare senza trasformare la disponibilità a prendersi cura in un obbligo illimitato e senza sostituire, con il sacrificio dei familiari, le responsabilità dei professionisti e delle istituzioni? La questione è rilevante ora che il legislatore intende riconoscere formalmente la figura del caregiver, offrendo l'occasione per interrogarsi sul significato della cura.
Il primo nodo riguarda il modo in cui il caregiver è considerato nella pratica sanitaria. Spesso è valutato in termini funzionali, per presenza, affidabilità e capacità di garantire la continuità assistenziale. Tale prospettiva, pur indispensabile, rischia di dimenticare che il caregiver è un soggetto morale, con una propria identità, storia relazionale, vulnerabilità e progetto di vita. La cura può esprimere amore e solidarietà, ma comporta anche stanchezza, rinunce, conflitti interiori e sofferenza morale, con effetti progressivi su lavoro, relazioni e possibilità personali. Riconoscere il caregiver significa tenere insieme il valore della cura e la vulnerabilità di chi la presta.
Il secondo ambito riguarda la relazione tra persona anziana, caregiver e professionisti. Il familiare è spes-

so un interlocutore essenziale, soprattutto in presenza di deterioramento cognitivo, ma occorre evitare due rischi opposti: ridurlo a strumento dell'assistenza oppure attribuirgli una centralità tale da oscurare la persona assistita, di cui vanno tutelate dignità e partecipazione alle decisioni. Il caregiver non è neutrale: può essere esausto e avere esigenze in contrasto con quelle dell'anziano. Al professionista spetta integrare prospettive diverse, valutando bisogni, rischi e risorse, senza ridurre la complessità a una contrapposizione tra volontà del paziente e richieste della famiglia. Il caregiver può essere un alleato fondamentale, ma non deve diventare il sostituto informale del professionista né essere gravato di compiti per i quali manca di formazione e supporto adeguati.
Il terzo nodo è una prospettiva personalista, che concepisce la cura come relazione tra persone vulnerabili. Ne derivano tre principi: la dignità non è condizionata dall'autonomia; la relazionalità non deve annullare l'identità personale di chi assiste; la solidarietà non può giustificare l'abbandono istituzionale, perché valorizzare la cura familiare significa renderla sostenibile condividendo le responsabilità tra familiari, professionisti, servizi e istituzioni.
In conclusione, riconoscere il caregiver significa rendere visibile il valore sociale della cura, riconoscere diritti e prevedere un sostegno adeguato: una società che valorizza la cura deve sostenere non solo chi ha bisogno di essere curato, ma anche chi, ogni giorno, se ne prende carico.

IL CAREGIVER FAMILIARE NEL CONTESTO DEL FINE VITA. FORMAZIONE E SOSTEGNO AL CAREGIVER

Flavia Caretta

Centro Studi Longevità, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Nel Rapporto del Censis presentato recentemente a Roma sulla situazione delle persone anziane in Italia [1], si evidenzia come l'Italia invecchia ma, insieme alla longevità, cresce anche la fragilità. È il quadro che emerge nel Rapporto citato, dal quale risulta che attualmente il 36,6% over 65 ha bisogno di supporto nella vita quotidiana, pur restando formalmente autosufficiente: una quota che risulta raddoppiata rispetto al 2006, quando si fermava al 18,3%.
La famiglia resta il fulcro del sistema di cura per gli anziani. In caso di necessità, il 52,7% conta sui figli, il 49,6% su coniugi e conviventi, il 16% su altri parenti, il 10,8% su amici e conoscenti, il 7% sulle badanti e l'1,9% su infermieri o assistenti domiciliari delle strutture pubbliche. Il 7,8% non ha alcuno su cui contare, deve affrontare da solo ogni difficoltà.
In questo contesto, il caregiver familiare si è rivelato una vera e propria figura terapeutica, fondamentale, ma al contempo fragile. Le strategie di coping emotive, cognitive, sociali e comportamentali, insieme alla formazione continua e al supporto psicologico, sono cruciali per sostenere lo stress dell'assistenza, in particolare nel fine vita [2].
Occorre considerare anche il rischio di maltrattamento nei confronti degli anziani. La diffusione di atteggiamenti culturali e sociali quali la discriminazione degli anziani (ageism), la tolleranza della violenza, la mancata coesione intergenerazionale, le disuguaglianze di genere, in qualche misura creano i presupposti per gli abusi. In questa prospettiva, sono necessarie iniziative di formazione continua sulle cure palliative e sulla gestione dello stress emotivo per accompagnare i pazienti e le famiglie nel fine vita. Formazione che non solo migliora la qualità delle cure fornite ai pazienti terminali, ma contribuisce anche al benessere dei caregiver.
Importante, inoltre, imparare a riconoscere le caratteristiche tipiche dell'invecchiamento, per distinguerle da altre possibili espressioni di violenza e utilizzare adeguati strumenti di valutazione dello stato fisico, funzionale, mentale per evidenziare indicatori di abuso.

Bibliografia

1 CENSIS. «Invecchiare nell'Italia della longevità. Come costruire un Paese a misura di anziani». Roma 2 luglio 2026.
2 Zimmermann V, Ceroni M. Tesi di laurea 2024, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera italiana (SUPSI) ed. https://doi.org/10.71910/supsi.5074.

SESSIONE
LA RICERCA DEI GIOVANI SIGG

ANALISI DELLA PREVALENZA DEI FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI PER LA DEMENZA NELLA POPOLAZIONE ANZIANA AFFERENTE ALLA SOC DI GERIATRIA TERRITORIALE

Valeria Baiano[1], Alessandro Picci[2], Angela Riccardi[1], Stephanie Pivetta[1], Debora Donnini[2], Alessandro Cavarape[3]

[1] SOC Medicina Interna 2 e Reparto Postacuti, Presidio Ospedaliero S.M. Misericordia, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), Udine - [2] SOC Geriatria Territoriale, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), Udine - [3] Dipartimento di Medicina (DMED), Università degli Studi di Udine; SOC Medicina Interna 2, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), Udine

Scopo del lavoro
La demenza rappresenta una delle principali cause di disabilità e perdita di autonomia nella popolazione anziana. Secondo la Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention and Care (2024), fino al 45% dei casi di demenza potrebbe essere prevenuto o ritardato agendo su 14 fattori di rischio modificabili. Tuttavia, la prevalenza reale di tali fattori nella popolazione geriatrica territoriale non è ancora ben definita. L'obiettivo primario di questo studio è stato di rilevare la prevalenza dei fattori di rischio modificabili per demenza in pazienti di età ≥ 65 anni alla prima valutazione geriatrica territoriale. Obiettivi secondari sono stati: confrontare la distribuzione dei fattori tra pazienti con e senza diagnosi di demenza e analizzare l'associazione tra il numero di fattori di rischio, la funzione cognitiva e i livelli di autonomia.

Materiali e metodi
Studio osservazionale trasversale condotto su 452 pazienti valutati per presa in carico presso la S.O.C. Geriatria Territoriale dell'Azienda Sanitaria Friuli Centrale (ASUFC) tra il 1° gennaio 2024 e il 31 maggio 2025. Le valutazioni sono state eseguite prevalentemente a domicilio, ma anche in strutture residenziali e in ambulatorio. I dati sono stati estratti dalla documentazione raccolta in occasione della prima visita geriatrica. Sono stati analizzati i 14 fattori di rischio modificabili individuati dalla Lancet Commission 2024.

Risultati
L'età media del campione era di 86,4 ± 6,7 anni, con prevalenza femminile (F = 298, 65,9%). La maggior parte dei pazienti presentava almeno un fattore di rischio modificabile; i più frequenti risultavano inattività fisica (66,8%), ipertensione (64,6%), depressione (27%) e diabete (22,3%). È emersa inoltre un'associazione tra aumento del numero di fattori di rischio e peggioramento dell'autonomia funzionale (ADL, IADL). Il punteggio medio riscontrato della Clinical Frailty Scale (CFS) era elevato (6,4+1.2), riflettendo una elevata prevalenza di fragilità nella popolazione esaminata. I risultati confermano l'elevata prevalenza di fattori di rischio modificabili per demenza nella popolazione geriatrica territoriale, evidenziando la necessità di strategie di prevenzione integrate. Il riscontro di fattori emergenti come colesterolo LDL elevato e perdita visiva non trattata, introdotti nel rapporto Lancet 2024, suggerisce nuove opportunità d'intervento.

Conclusioni
Il servizio di geriatria territoriale rappresenta un contesto privilegiato per la prevenzione della demenza, attraverso la possibiità di uno screening sistematico dei fattori di rischio modificabili e l'attivazione di percorsi multidisciplinari di intervento. Lo studio fornisce una base conoscitiva utile per future iniziative di prevenzione cognitiva e per la pianificazione di studi longitudinali e interventistici.

Bibliografia
Livingston G., Huntley J, Liu KY et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 re-port of the Lancet standing Commission. Lancet 2024;404:572-628.

Ward DD, Flint JP, Littlejohns TJ et al. Frailty Trajectories Preceding Dementia in the US and UK. JAMA Neurol. 2025 Jan 1;82(1):61-71.

Willroth EC, Pfund GN, Rule PD et al. A review of the literature on wellbeing and modifiable dementia risk factors. Ageing Res Rev. 2024 Aug;99:102380.

IL PROGETTO ANZIANO FRAGILE: CURE SU MISURA TRA AMBULATORIO E DOMICILIO

Giovanna Marini[1], Martina Biotto[1], Giorgia Martello[1], Martina Mercuri[1], Cassandra Tutino[1], Chiara Morichetti[1], Andrea Maria Maresca[2]

[1] SC Geriatria, Ospedale Sant'Anna, ASST Lariana, Como - [2] Università degli Studi dell'Insubria, Varese

Scopo del lavoro

L'invecchiamento progressivo della popolazione e l'aumento delle patologie croniche impongono al Sistema Sanitario Nazionale una riorganizzazione dei modelli assistenziali. Lo scopo del lavoro è analizzare l'attività dell'ambulatorio Anziano Fragile per valutare l'efficacia nel prendersi cura dei pazienti tra ambulatorio e domicilio, evitando accessi in Pronto Soccorso (PS) e ospedalizzazioni improprie.

Materiali e metodi

Studio osservazionale che analizza l'attività dell'ambulatorio Anziano Fragile in ASST Lariana, nel distretto di Cantù-Mariano Comense. L'obiettivo primario è intercettare il bisogno inespresso di assistenza del soggetto anziano fragile, fornendo ai Medici di Medicina Generale (MMG) un supporto specialistico per ridurre il rischio di instabilizzazione clinica, accessi impropri in PS e ospedalizzazioni evitabili. Lo studio ha preso in esame i 625 soggetti valutati tra luglio 2024 e dicembre 2025 nell'ambulatorio Anziano Fragile. Il criterio di accesso al servizio è una Clinical Frailty Scale (CFS) pari o superiore a 6. La Valutazione Multidimensionale (VMD) è stato lo strumento principale utilizzato dall'equipe multidisciplinare, composta da medico Geriatra e Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC).

Risultati

Dallo studio emerge una popolazione con un'età media avanzata (86 anni ± 7,6), prevalentemente di genere femminile (66%), con una CFS di 7 ± 0,9. I pazienti segnalati sono stati valutati soprattutto al domicilio, 462 (73,9%). In 500 soggetti (80%) è stato proposto un adeguamento della terapia farmacologica. In 575 casi (92,1%) sono stati attivati i servizi territoriali: ufficio protesi e ausili 88 (15,4%), assistente sociale 46 (8,1%), farmacia territoriale 37 (6,5%), RSA-CDI o RSA aperta 19 (3,4%), ufficio scelta e revoca 12 (2,1%), terzo settore 7 (1,3%), servizi comunali 6 (1%). Solo in 49 casi (7,9%) è stato necessario attivare i servizi ospedalieri con: invio in Day Hospital 17 (35%), attivazione cure palliative 12 (25%), invio in Ospedale di Comunità 9 (20%), invio diretto al ricovero ospedaliero 7 (15%) ed invio in PS 2 (5%).

Conclusioni

L'Ambulatorio Anziano Fragile risponde a una necessità reale e urgente per una popolazione fragile e complessa, che richiede interventi mirati. La grande partecipazione dei MMG (50 medici coinvolti su 82 del distretto) conferma il bisogno che c'è a livello territoriale di un modello che riesca a portare lo specialista a casa del paziente. ASST Lariana ha in costruzione una rete di protezione che, pur trattando pazienti ad alta complessità, mira a ottimizzare le risorse, supportare i caregiver riducendone lo stress e garantire cure appropriate e personalizzate sul territorio evitando gli accessi impropri in PS, con conseguente riduzione del tasso di ricovero presso i reparti per acuti. Il tutto con un impatto positivo sul sistema socio sanitario regionale in quanto la realizzazione del progetto apporta benefici sotto un profilo di efficienza ed efficacia, permette una migliore allocazione delle risorse e un considerevole risparmio di risorse economiche a livello ospedaliero.

Bibliografia

Kim DH, et al. Frailty in Older Adults. N Engl J Med. 2024 Aug 8;391(6):538-548.

Rivasi G, et al. A new Hospital at Home Model for Integrated Geriatric Care: Data from a Preliminary Italian Experience. J Am Med Dir Assoc. 2024 Dec;25(12):105295.

REALIZZAZIONE DI UNA MAPPA DELLA FRAGILITÀ NELL'ANZIANO RESIDENTE IN COMUNITÀ

Nicole Alessandrini[1], Gianluca Bianco[1], Massimo Barbieri[1], Carlo Barbieri[2], Monica Mezzone[2], Giovanni Melgazzi[2], Stefania Cossi[3], Alberto Zucchelli[1], Alessandro Morandi[1], Andrea Pilotto[1], Giulia Grande[4], Antonio Licordari[5], Elena Belli[6], Enrico Burato[7], Alessandro Padovani[1], Alessandra Marengoni[1]

[1] Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia - [2] Medicina Generale, ASST Spedali Civili, Brescia - [3] UO Medicina Interna Iseo, ASST Franciacorta, Brescia - [4] Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet, Stoccolma - [5] Direzione Distretto Brescia Centro, ASST Spedali Civili, Brescia - [6] Direzione Dipartimento Cure Primarie, ASST Spedali Civili, Brescia - [7] Direzione Sociosanitaria, ASST Spedali Civili, Brescia

Scopo del lavoro

La fragilità è una condizione caratterizzata da ridotta riserva funzionale e aumentata vulnerabilità agli eventi avversi, associata a maggior rischio di disabilità, ospedalizzazione e mortalità. La sua determinazione è complessa per la presenza di molteplici scale e definizioni operative, che limitano la comparabilità tra i diversi setting. Sebbene la Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMG) rappresenti uno strumento altamente informativo, non sempre è applicabile di routine. L'obiettivo dello studio è quello di valutare la performance di uno mezzo di screening alternativo per identificare anziani fragili residenti in comunità, candidabili a una presa in carico precoce da parte del medico di medicina generale (MMG).

Materiali e metodi

È stato effettuato uno studio osservazionale cross-sectional, condotto su soggetti di età ≥65 anni, residenti nel comune di Collebeato (BS), reclutati dal proprio MMG durante visita ambulatoriale, previo consenso informato. La fragilità è stata valutata mediante il Primary Care Frailty Index (PC-FI) [1], strumento basato su 25 item clinico-assistenziali e definito con un punteggio complessivo da 0 a 1. In base a ciò, i pazienti reclutati sono stati classificati come robusti, lievemente fragili, moderatamente fragili o severamente fragili, e di conseguenza è stato definito il rischio di ospedalizzazione e mortalità fino a 5 anni. Sono stati inoltre raccolti dati sociodemografici e funzionali, tra cui età, sesso, titolo di studio, stato civile, autonomia nella deambulazione e stato cognitivo. L'analisi statistica prevede la descrizione delle caratteristiche della popolazione e della prevalenza di fragilità, oltre alla valutazione delle associazioni tra fragilità e variabili clinico-demografiche. I fondi per la realizzazione del progetto provengono da EU-Next Generation EU, M6 C2 I2.1 (CUP G85E24000260006).

Risultati

Complessivamente, su 1095 assistiti di età ≥ 65 anni afferenti a tre medici di medicina generale, 348 soggetti sono stati valutati tra agosto 2024 e agosto 2026. L'età mediana dei partecipanti era di 75 anni (IQR 70-80) e 189 erano donne (54,3%). Alla valutazione mediante PC-FI, il 40% dei soggetti (n = 139) è risultato non fragile (PC-FI < 0,07), il 38% (n = 132) presentava fragilità lieve (0,07-0,13), il 17% (n = 59) fragilità moderata (0,14-0,20) e il 5% (n = 17) fragilità severa (≥ 0,21). La distribuzione del PC-FI è coerente con altri studi su popolazioni comunitarie in particolare una proporzione significativa si presenta fragilità di grado moderato-severo (22%).

Conclusioni

In linea con il DM 77/2022 e la missione 6 del PNRR che suggeriscono una stratificazione del rischio a livello di popolazione, il PC-FI si configura come strumento sostenibile e scalabile per l'identificazione della fragilità e per una presa in carico proattiva dell'anziano nelle cure primarie. Ulteriori sviluppi comprenderanno l'ottimizzazione, in termini di efficacia ed efficienza, di una VMG adattata al setting ambulatoriale del MMG, da utilizzare in modo mirato nei soggetti a maggior rischio al fine di intercettare precocemente i bisogni clinico-assistenziali dei pazienti e migliorare l'integrazione tra medicina generale e geriatria.

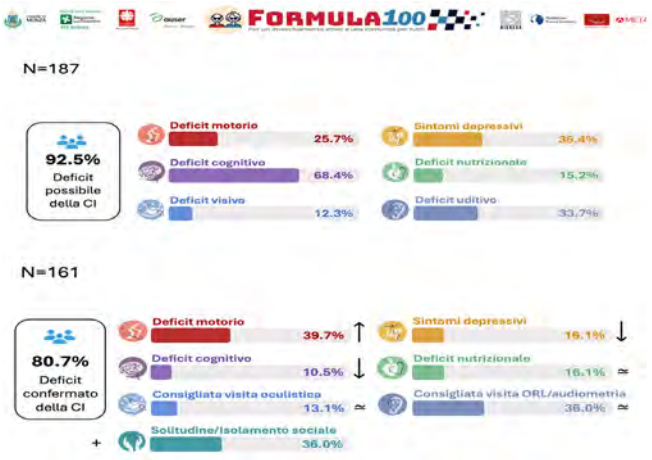
Bibliografia

1 Vetrano DL, et al. Frailty detection among primary care older patients through the Primary Care Frailty Index (PC-FI). Sci Rep. 2023 Mar 2;13(1):3543.

FORMULA 100: STUDIO INTERVENTISTICO MULTIDOMINIO ICOPE-LIKE PER LA PROMOZIONE DELL'INVECCHIAMENTO IN SALUTE NEL TERRITORIO DI MONZA

Camilla Tocci[1], Maria Cristina Ferrara[1], Lucia Brigatti[1], Elena Kimberly Page[1], Anna Vanoncini[1], Flavia Sandi[1], Annalisa Sironi[1], Giorgio Mauri[1], Alberto Saporito[1], Manuela Grimoldi[2], Margherita Mangiaracina[2], Alessia Longoni[2], Lizbeth Principe[2], Alberto Finazzi[1], Elena Pinardi[1], Chukwuma Okoye[1], Paolo Mazzola[1], Achille Lex[2], Giuseppe Bellelli[1]

[1] Scuola di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi Milano-Bicocca, Milano - [2] Sociosfera ONLUS S.C.S, Seregno (MB)



Scopo del lavoro

Il programma Integrated Care for Older People (ICOPE) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) promuove l'identificazione precoce dei deficit della capacità intrinseca (CI) e l'attuazione di interventi multidominio personalizzati per mantenere le abilità funzionali nelle persone anziane. La sua applicabilità nel contesto italiano non è stata ancora valutata. Lo studio Formula 100 si propone di verificare la fattibilità di un programma ICOPE-like rivolto ad anziani autosufficienti, per favorire un invecchiamento attivo e in salute.

Materiali e metodi

Studio prospettico, interventistico non farmacologico, avviato nel Dicembre 2025, tuttora in corso, condotto su individui di età ≥ 65 anni afferenti a due centri di aggregazione di Monza. I partecipanti, suddivisi in tre waves successive, sono stati sottoposti a screening ICOPE della capacità intrinseca (domini cognitivo, motorio, nutrizionale, sensoriale e psicologico). I soggetti con almeno un possibile deficit sono stati arruolati, previa acquisizione del consenso informato, e sottoposti a una valutazione ICOPE approfondita (ACE-III, SPPB, MNA, PHQ-9, valutazione deficit sensoriali, solitudine e isolamento sociale). Sulla base dei deficit rilevati, è stato proposto un intervento multidominio personalizzato, erogato da un team multidisciplinare. La fattibilità del programma è valutata in termini di aderenza, gradimento e soddisfazione dei partecipanti.

Risultati

Nelle prime due waves, sono stati valutati 187 individui con età mediana 76 anni (Q1-Q3 71-81), 69% donne. Nel 92,5% dei partecipanti, è stato rilevato almeno un deficit possibile della CI (cognitivo 68,4%, psicologico 36.4%, uditivo 33,7%, motorio 25,7% dei casi). Dei 161 partecipanti arruolati, nell'80,7% dei casi è stato confermato almeno un deficit alla valutazione approfondita. I domini più frequentemente compromessi sono risultati quello motorio (39,7%), uditivo (36%), sociale (36%), seguiti dal nutrizionale (16,1%) e dai sintomi depressivi (16,1%). L'aderenza dei 56 partecipanti della prima wave (che hanno già completato il programma di intervento), è risultata pari all'83,3% (IQR 58,8-94,4). Il 98% dei partecipanti si è dichiarato soddisfatto o molto soddisfatto, e consiglierebbe il programma ad altri anziani. In sede di congresso saranno presentati i risultati complessivi dello studio.

Conclusioni

I risultati preliminari evidenziano un'elevata prevalenza di deficit della CI in anziani apparentemente autonomi, non identificabili con i tradizionali approcci disease-centred. L'approccio ICOPE-like si conferma promettente in termini di fattibilità e accettabilità, favorendo interventi multidominio proattivi volti a prevenire il declino funzionale negli anziani.

Bibliografia

Integrated Care for Older People (ICOPE). World Health Organization; 2025. https://www.who.int/publications/b/71300

AREA PREVENZIONE DELLA SOLITUDINE E PROMOZIONE DELLA RESILIENZA PER LA LONGEVITÀ

LETTURA

ASPETTI PSICO-SOCIALI E CONSAPEVOLEZZA DEGLI ABUSI SUGLI ANZIANI: I RISULTATI DELLA SURVEY INTERSOCIETARIA "SI-CARE"

Anna Castaldo[1], Fabio Monzani[2], Alessandra Coin[3], Palma Dicorato[4], Martina Lombardi[5], Maurizio Gasperi[6], Graziamaria Corbi[7], Enrica Ciccarelli[8], Pasquale Mone[9]

[1] ASST G. Pini CTO, Milano; Coordinatore Gruppo studio SIGG-AGIRE Prevenzione abusi sugli anziani - [2] Coordinatore Survey SI- CARE, PAIM Social & Care, Gruppo PAIM, Pisa - [3] Dipartimento di Medicina (DIMED), Università di Padova - [4] ASL TA, DSS n5, Poliambulatori di Endocrinologia e Diabetologia, Martina Franca - [5] UO Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa - [6] Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio", Università degli Studi del Molise, Campobasso - [7] Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università di Napoli "Federico II" - [8] Endocrinologia, Ospedale Koelliker, Torino - [9] Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio", Università degli Studi del Molise, Campobasso

Premessa e obiettivo

La survey intersocietaria "SI-CARE" è stata promossa dal Gruppo di Ricerca sugli abusi agli anziani della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), dalla Società Italiana di Endocrinologia (SIE), dall'Associazione Medici Endocrinologi (AME) e dall'Associazione Infermieristica Gerontologica Geriatrica Ricerca ed Etica (AGIRE), in partnership con l'Associazione Nazionale Infermieri in Endocrinologia e Diabetologia (ANIED). L'obiettivo della survey era conoscere: consapevolezza, attitudini e esperienze dei professionisti sanitari di diverse discipline riguardo agli abusi sugli anziani.

Metodi

È stato condotto uno studio descrittivo, utilizzando un questionario validato [1], che includeva dati sociodemografici, esperienze di situazioni abusive, conoscenze e atteggiamenti dei professionisti. I dati sono stati raccolti e gestiti tramite un modulo online utilizzando lo strumento Research Electronic Data Capture (REDCap). Sono stati invitati a partecipare medici (specialisti e specializzandi), infermieri e altri professionisti sanitari afferenti alle Associazioni promotrici.

Risultati

Hanno partecipato alla survey 432 professionisti sanitari, tra cui medici specializzati (66.7%) e infermieri (20.6%), di cui circa la metà in servizio presso strutture ospedaliera e un terzo nei servizi territoriali/residenze, prevalentemente nelle regioni settentrionali (77%). Circa un terzo dei rispondenti ha assistito un anziano vittima di abuso, nella propria esperienza lavorativa, provando spesso rabbia, dispiacere e impotenza. Il 19% ha dichiarato di essersi formato negli ultimi 5 anni sul tema degli abusi. Secondo la maggioranza dei rispondenti (53-81%), comportamenti degli anziani come brontolare, avanzare pretese, non corrispondere le esigenze dei figli, vivere insieme ai figli non sono giustificazioni legittime per episodi violenti nei loro confronti. Tra l'80 e il 96% è consapevole delle varie di forme di abuso fisico, psicologico, finanziario e neglect. La prevenzione del neglect e degli abusi sugli anziani (94%) e la segnalazione degli abusi è ritenuta una specifica responsabilità professionale (97%). La maggioranza concorda che disabilità mentale, disabilità fisica, scarse condizioni economiche genere, sono i principali fattori predisponenti delle forme di abuso. Le esperienze negative e soprattutto il carico assistenziale dei caregiver, sono ritenuti dei fattori di rischio dalla maggior parte dei rispondenti.

Conclusioni

I risultati della survey contribuiranno ad individuare possibili strategie di sensibilizzazione e di formazione. Si ritiene utile indagare ulteriormente le convinzioni, del personale e aspetti etici, tra cui il moral distress, attraverso un'analisi qualitativa.

Bibliografia

[1] Almakki et al, Knowledge and attitudes regarding elder abuse in the community, Eastern Province Saudi Arabia. BMC Geriatr. 2020;20(1):85. Published 2020 Mar 4. https://doi.org/10.1186/s12877-020-1416-4.

SIMPOSIO
CONTRASTARE ISOLAMENTO SOCIALE E SOLITUDINE NELL'ANZIANO: DALLA BIOLOGIA AGLI INTERVENTI INNOVATIVI

SOLITUDINE, ISOLAMENTO SOCIALE E DEMENZA: IMPLICAZIONI NEUROPSICOLOGICHE E CLINICHE

Adele Ravelli

Dipartimento di Medicina (DIMED), Università degli Studi di Padova

Solitudine e isolamento sociale rappresentano dimensioni distinte della disconnessione sociale, associate al rischio di deterioramento cognitivo e demenza. Una metanalisi su 21 campioni longitudinali (n = 608.561) ha evidenziato un'associazione significativa tra solitudine e demenza incidente (HR = 1,31), che si manteneva anche nelle analisi basate su stime aggiustate per sintomi depressivi, isolamento sociale e altri fattori di rischio (HR = 1,19) [1]. Il risultato attribuisce alla dimensione soggettiva della solitudine una rilevanza clinica che non si esaurisce nell'isolamento oggettivo o nella sintomatologia depressiva.
In questo contesto, un nodo centrale della prospettiva neuropsicologica è comprendere come solitudine e isolamento sociale interagiscano con la vulnerabilità cognitiva nelle diverse fasi del deterioramento. Le difficoltà mnestiche, esecutive e comunicative possono compromettere l'efficacia degli scambi e contribuire al ritiro sociale; la conseguente riduzione delle interazioni può limitare le occasioni di esercizio delle abilità cognitive e di mantenimento di attività e ruoli significativi. Lungo il continuum del deterioramento cognitivo, la disconnessione può derivare dalla preoccupazione per le proprie difficoltà, dalla crescente complessità degli scambi o dalla modificazione della reciprocità nelle relazioni significative [2]. Può quindi configurarsi, a seconda delle caratteristiche individuali e del quadro clinico, come antecedente, conseguenza o amplificatore della fragilità cognitiva e funzionale.
Questa complessità trova riscontro negli studi longitudinali: la solitudine è risultata associata a un declino più rapido della memoria e della fluenza verbale, mentre prestazioni mnestiche inferiori e il loro declino hanno preceduto un aumento della solitudine [3]. Alcuni aspetti psicocomportamentali sono stati inoltre indagati come possibili mediatori dell'associazione tra disconnessione sociale e declino cognitivo, quali sintomi depressivi, disturbi del sonno, ridotto senso di controllo e minore coinvolgimento in attività significative [4]. Un'ulteriore questione riguarda il rapporto tra neuropatologia ed espressione clinica: in uno studio clinico-patologico, la solitudine era associata a una maggiore incidenza di diagnosi clinica di malattia di Alzheimer, ma non ai marcatori neuropatologici della malattia né alle lesioni ischemiche cerebrali esaminate post mortem [5]. Questo risultato invita a considerare, accanto al carico neuropatologico, i fattori che possono modularne l'espressione clinica, richiamando i concetti di riserva cognitiva e affettiva e il ruolo dell'arricchimento ambientale [6,7].
Diventa pertanto importante includere solitudine e isolamento sociale nella valutazione neuropsicologica e nella presa in carico geriatrica, riconoscendone la potenziale modificabilità e il diverso significato clinico. La valutazione dovrebbe estendersi oltre le informazioni sulla convivenza e sulla numerosità dei contatti, integrando qualità percepita delle relazioni, partecipazione effettiva, profilo cognitivo-affettivo e barriere comunicative e sensoriali. Questa lettura può orientare interventi individualizzati, mirati non solo ad aumentare i contatti, ma a rendere possibili relazioni significative, accessibili e sostenibili rispetto alle capacità residue.

Bibliografia

1 Luchetti et al., 2024.
2 Hajek & König, 2025.
3 Yin et al., 2019.
4 Yu et al., 2026.
5 Wilson et al., 2007.
6 Stern et al., 2020.
7 Di Rosa, 2024.

IL PUNTO DI VISTA DELLE PERSONE ANZIANE: VIDEO DI ESPERIENZE REAL-LIFE

Margherita Mangiaracina

Educatrice e case manager, Progetto "Formula 100"

Oggi sappiamo che la solitudine non è soltanto un'esperienza emotiva, ma un determinante di salute, associato a un aumento di mortalità, morbilità e rischio suicidario. Eppure, la solitudine è anche profondamente soggettiva: un vissuto invisibile, sommesso, che non sempre si manifesta chiaramente e che raramente viene verbalizzato in modo diretto da chi la vive. Per intercettarla occorre creare uno spazio in cui le persone possano raccontarsi.

In questa prospettiva si inserisce "Formula 100", progetto finanziato da Fondazione Cariplo, realizzato sul territorio di Monza e rivolto alla popolazione over 65. Attraverso il coinvolgimento e la partecipazione di una parte di persone che frequentano luoghi di aggregazione dedicati, il progetto si pone l'obiettivo di intercettare precocemente situazioni di fragilità e leggere i bisogni delle persone attraverso un approccio multidimensionale, che considera non soltanto le condizioni di salute, ma anche le dimensioni relazionali, sociali e personali.
Per poter ascoltare la voce dei protagonisti, è stato prodotto un video *real-life*, incentrato sulle storie di due persone che hanno preso parte al progetto. Per avvicinarsi alla loro esperienza senza orientarne preventivamente il racconto, è stata utilizzata l'intervista semi strutturata articolandola su tre direttrici: la vita quotidiana, il senso delle relazioni, e la descrizione della solitudine a chi non l'ha mai provata.
Le testimonianze non hanno la pretesa di rappresentare la solitudine nella popolazione anziana, né di restituirne una misura. Offrono piuttosto uno spaccato di come essa possa essere vissuta e significata dalle singole persone. Le storie raccolte mostrano come la solitudine possa intrecciarsi con i cambiamenti della quotidianità, con le relazioni, con le perdite e con il modo in cui ciascuno continua a dare significato alla propria vita. Il video diventa così un'occasione per riflettere su quanto il racconto di sé possa contribuire alla comprensione della persona nella sua complessità e possa fornire elementi su cui costruire il percorso di presa in carico.

APP, TECNOLOGIE E PROGETTI INNOVATIVI SUL TEMA

Dall'analisi dei bisogni alla progettazione partecipativa di un'applicazione a supporto delle relazioni sociali

Valentina Rossi[1], Ombretta Gaggi[2], Sabrina Cipolletta[1,3]

[1] Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova - [2] Dipartimento di Matematica, Università di Padova - [3] Ospedale IRCCS San Camillo, Venezia

Introduzione

La solitudine e l'isolamento sociale sono fenomeni diffusi nella popolazione anziana, associati a conseguenze negative per il benessere psicofisico [1,2]. Gli interventi psicosociali di comunità possono favorire la costruzione di relazioni significative, valorizzando le risorse e le occasioni di incontro presenti sul territorio [3,4]. In questo contesto, le applicazioni mobili possono facilitarne l'accesso e sostenere la partecipazione sociale, purché progettate tenendo conto dei bisogni relazionali, delle preferenze e delle competenze digitali delle persone anziane [5,6].

Obiettivo

Esplorare i bisogni delle persone anziane per orientare la progettazione partecipativa di un intervento psicosociale di comunità e di un'applicazione mobile a suo supporto, finalizzati a favorire la partecipazione alle opportunità di socializzazione del territorio e a promuovere la connessione sociale.

Metodo

Sono stati condotti tre focus group in diversi quartieri di Padova coinvolgendo 35 persone anziane residenti nella comunità, di età compresa tra 65 e 92 anni. Le discussioni sono state audioregistrate, trascritte integralmente e analizzate mediante analisi tematica [7] con il supporto del software *ATLAS.ti.*

Risultati

L'analisi ha individuato quattro aree tematiche interconnesse: (1) relazioni sociali, comprendenti le diverse tipologie di legami e le esperienze di perdita del partner e disconnessione sociale, che evidenziano l'importanza di favorire la costruzione di relazioni significative e durature e il rafforzamento del senso di appartenenza; (2) coinvolgimento in attività, relativo alle diverse forme di partecipazione, ai cambiamenti legati al pensionamento, alle motivazioni e alle barriere e ai fattori facilitanti il coinvolgimento nella vita comunitaria (3) uso della tecnologia, che comprende il coinvolgimento con gli strumenti digitali e le barriere al loro utilizzo; (4) suggerimenti per il design dell'app, riguardanti requisiti, architettura, funzionalità e preferenze comunicative. Le proposte includono un'interfaccia intuitiva, la riduzione della dispersione informativa e del sovraccarico comunicativo, la supervisione umana di un amministratore e la possibilità di proporre attività tra pari e condividere esperienze.

Conclusioni

I risultati evidenziano il bisogno di costruire relazioni significative e durature e rafforzare il senso di appartenenza, sottolineando l'importanza delle opportunità di incontro e socializzazione nel proprio quartiere

e il potenziale delle tecnologie digitali nel facilitarne l'accesso. Le evidenze raccolte hanno fornito indicazioni utili a orientare la progettazione di un intervento psicosociale di comunità e di un'applicazione mobile a suo supporto, tenendo conto dei bisogni, delle preferenze e delle aspettative delle persone anziane. In questa prospettiva, il valore della tecnologia non risiede tanto nell'incrementare le interazioni digitali, quanto nel facilitare gli incontri in presenza e favorire la costruzione e il mantenimento di legami sociali significativi e duraturi.

Bibliografia

1 Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. Perspectives on Psychological Science. 2015;10(2):227-237.

2 World Health Organization. From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies: Report of the WHO Commission on Social Connection. World Health Organization; 2025.

3 Coll-Planas L, del Valle Gómez G, Bonilla P, et al. Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. Health & Social Care in the Community. 2017;25(1):145-157.

4 Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: An integrative review. Health & Social Care in the Community. 2018;26(2):147-157.

5 Gunnes M, Løe IC, Kalseth J. Exploring the impact of information and communication technologies on loneliness and social isolation in community-dwelling older adults: A scoping review of reviews. BMC Geriatrics. 2024;24(1):215.

6 Stuart A, Yan RJ, Harkin LJ, et al. Digital intervention in loneliness in older adults: Qualitative analysis of user studies. JMIR Formative Research. 2023;7.

7 Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101



71° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

THE LONGEVITY VILLAGE

POSTER



AGEISMO

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

CARATTERIZZAZIONE E GESTIONE DEI SEGNI E SINTOMI IN PAZIENTI ANZIANI CON MALATTIECRONICHE MULTIPLE ATTRAVERSO MODELLI MULTILIVELLO INTENSIVI: PROTOCOLLO DI STUDIO

Irene Dello Iacono[1], Caterina Tosini[2], Manuela Saurini[2], Rosamaria Virgili[2], Rita Patrizia Tomasin[3], Gabriele Caggianelli[4], Maddalena De Maria[5], Rocco Mazzotta[2]

[1] Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliera "Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata", Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma - [2] Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma - [3] Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliera "Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata", Roma - [4] CECRI - OPI Roma e JBI Italy Evidence-Based Practice and Health Research Center, Roma - [5] Dipartimento di Scienze della vita, della salute e delle professioni sanitarie, Link Campus University, Roma

SCOPO DEL LAVORO

Le persone anziane affette da malattie croniche multiple (MCM) sperimentano frequentemente segni e sintomi sovrapposti, di difficile riconoscimento, interpretazione e gestione nella vita quotidiana. Lo studio si propone di descrivere la frequenza dei sintomi esperiti giornalmente dal paziente e le relative fluttuazioni nel tempo, i comportamenti di gestione adottati, l'efficacia percepita dei rimedi attuati, la percezione del contributo del caregiver familiare nel monitoraggio e nella gestione dei sintomi, le differenze nelle dinamiche di riconoscimento e gestione dei sintomi in base alle caratteristiche cliniche e sociodemografiche dei pazienti.

MATERIALI E METODI

Lo studio adotterà un disegno osservazionale, longitudinale e multicentrico. Saranno arruolati pazienti over 65enni, affetti da almeno due condizioni croniche, che riferiscono almeno tre episodi sintomatici settimanali nell'ultimo trimestre. Saranno esclusi pazienti con diagnosi di demenza o/e neoplasia. La raccolta dati avverrà presso il domicilio dei pazienti mediante interviste telefoniche semi-strutturate, condotte due volte al giorno (una al mattino, una al pomeriggio) per 14 giorni consecutivi. Per ciascun segno e sintomo riferito saranno rilevati la frequenza, la gravità e il fastidio. I dati saranno analizzati mediante modelli multilivello per dati intensivi al fine di esaminare le dinamiche temporali intra-soggetto, tenendo conto della variabilità inter-soggetto e delle eventuali differenze tra sottogruppi del campione.

RISULTATI

Lo studio consentirà di descrivere i pattern giornalieri dei segni e sintomi percepiti dai pazienti con MCM, i relativi comportamenti di gestione adottati, l'efficacia percepita di tali comportamenti e la percezione del paziente sul ruolo del caregiver familiare nel monitoraggio e nella gestione dei sintomi. Saranno inoltre identificati i determinanti sociodemografici e clinici associati alle differenze osservate nelle dinamiche di riconoscimento e gestione dei sintomi nella popolazione in studio.

CONCLUSIONI

Lo studio può contribuire a superare una lettura statica dei sintomi negli anziani con MCM, restituendo una rappresentazione dinamica dell'esperienza sintomatologica quotidiana del paziente nel contesto domiciliare. I risultati offriranno ai professionisti sanitari elementi utili per lo sviluppo di interventi educativi personalizzati volti a migliorare il riconoscimento e la gestione dei segni e dei sintomi nel contesto delle cronicità multiple. Inoltre, potranno orientare le politiche sanitarie verso la definizione di percorsi di cura maggiormente aderenti ai bisogni reali dei pazienti, favorendo una presa in carico fondata sull'esperienza quotidiana della malattia.

Bibliografia

Riegel B, De Maria M, Barbaranelli C, et al. Symptom recognition as a mediator in the self-care of chronic illness. Front Public Health. 2022;10:883299.

Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. An Update to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. ANS Adv Nurs Sci. 2026;49(1):14-25.

Tan X, Shiyko MP, Li R, Li Y, Dierker L. A time-varying effect model for intensive longitudinal data. Psychol Methods. 2012;17(1):61-77.

AGEISMO NEGLI ADOLESCENTI ITALIANI: UNO STUDIO MULTICENTRICO NELLE SCUOLE SECONDARIE DI PRIMO E SECONDO GRADO

Marzia Lommi[1], Maria Matarese[2], Anna Marchetti[3], Claudio Barbaranelli[1]

[1] Università La Sapienza, Roma - [2] Università Campus Bio-Medico di Roma - [3] Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico di Roma

SCOPO DEL LAVORO

L'ageismo è un costrutto multidimensionale costituito da stereotipi, pregiudizi e comportamenti discriminatori basati sull'età. Nei confronti delle persone anziane esso può svilupparsi precocemente e consolidarsi durante l'adolescenza, influenzando il modo in cui le future generazioni percepiranno e interagiranno con la popolazione anziana. Conoscere il livello di ageismo negli adolescenti rappresenta un presupposto fondamentale per progettare interventi educativi volti a promuovere una cultura positiva dell'invecchiamento. Lo scopo dello studio è descrivere il livello di ageismo degli adolescenti nei confronti delle persone anziane e analizzarne i fattori associati.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale coinvolgendo studenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado. L'ageismo è stato valutato mediante l'Adolescents' Ageism toward Older Adults Scale (AGES) (Marchetti et al., 2022), uno strumento che misura la dimensione cognitiva (Tradizionalismo e Antitecnologismo, Deterioramento fisico, e Saggezza), affettiva (Socievolezza e Umoralità) e discriminatoria comportamentale dell'ageismo verso le persone anziane. Sono state inoltre raccolte informazioni sociodemografiche e relative alla frequenza e alla qualità dei contatti con persone anziane. Analisi di regressione e ANOVA sono state usate per analizzare i dati.

RISULTATI

Sono stati reclutati 581 studenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado, di cui 277 maschi. Il campione ha presentato un livello articolato di ageismo, caratterizzato dalla coesistenza di stereotipi, atteggiamenti e comportamenti discriminatori positivi e negativi. I fattori Saggezza e Socievolezza hanno ottenuto i punteggi medi più elevati, indicando il riconoscimento del ruolo degli anziani quali fonte di esperienza, valori e supporto affettivo. Al contrario, permanevano stereotipi negativi relativi al tradizionalismo e al deterioramento fisico. Una maggiore frequenza e una migliore qualità dei contatti con persone anziane, costituite nella maggior parte dei casi dai nonni, erano associate ad atteggiamenti più positivi e ridotti stereotipi negativi. In particolare, gli adolescenti più grandi e con relazioni di minore qualità con gli anziani presentavano punteggi più elevati nei fattori negativi (Umoralità e Tradizionalismo), mentre contatti più frequenti e relazioni di migliore qualità erano associati a punteggi più elevati nei fattori positivi (Saggezza e Socievolezza).

CONCLUSIONI

La rappresentazione delle persone anziane da parte degli adolescenti è caratterizzata dalla coesistenza di stereotipi e pregiudizi sia positivi sia negativi. La qualità e la frequenza dei contatti intergenerazionali sembrano rappresentare fattori protettivi nei confronti dell'ageismo. Interventi educativi e programmi che favoriscano relazioni significative tra giovani e anziani potrebbero contribuire a promuovere una visione più realistica e positiva dell'invecchiamento. L'AGES si conferma uno strumento utile per valutare l'ageismo negli adolescenti e valutare l'efficacia di interventi di sensibilizzazione.

Bibliografia

Marchetti A, Lommi M, Barbaranelli C, et al. (2022). Development and Initial Validation of the Adolescents' Ageism Toward Older Adults Scale. The Gerontologist, 62(3), e150-e161.

IL RUOLO DEL GERIATRA NEL CONTRASTARE IL NICHILISMO TERAPEUTICO NEL PAZIENTE ANZIANO PLURICOMORBIDO: UN APPROCCIO OLISTICO ALLA COMPLESSITÀ CLINICA

Michele Proni[1], Francesca Tacconi[1], Chiara Candela[2], Antonella Riccardi[2], Maria Laura Matacena[2], Fabiola Maioli[3]

[1] Alma Mater Studiorum Università di Bologna - [2] UOC Rete Geriatrica Integrata Ospedale Territorio, Bologna - [3] UO Ortogeriatria (SSD), Bologna

INTRODUZIONE

Nel paziente anziano pluricomorbido il percorso di cura è spesso affidato a diversi specialisti d'organo, con il rischio che i singoli problemi clinici vengano affrontati separatamente. Tale frammentazione può ostacolare la valutazione globale e favorire decisioni improntate al nichilismo terapeutico soprattutto in presenza di pregressa patologia oncologica o quadri complessi. In letteratura vi è evidenza di minore ricorso alla chirurgia elettiva negli over75 anni. La valutazione geriatrica integra riserva funzionale, prognosi e obiettivi, orientando scelte proporzionate.

CASO CLINICO

Uomo di 78 anni, autonomo, con esiti di duodenocefalopancreasectomia per adenocarcinoma intraepatico in follow-up negativo, trasferito in Geriatria dalla Terapia Intensiva, ove era ricoverato per colangite con sepsi da E. coli. Alla TC addome si evidenziavano trombosi portale e tessuto solido periarterioso all'ilo epatico. Erano presenti ipoalbuminemia da malassorbimento e anemizzazioni severe ricorrenti, senza chiara causa emorragica, con emotrasfusione di 32 unità di emazie. Durante la degenza venivano trattati il quadro settico, gravato da recidive con progressiva selezione di microrganismi resistenti, il fabbisogno trasfusionale e nutrizionale e la ridefinizione diagnostico-prognostica. Chirurghi, gastroenterologi e oncologi avevano inizialmente interpretato il reperto radiologico come possibile recidiva neoplastica a prognosi infausta, escludendo chirurgia maggiore. Tuttavia, l'ottimo stato funzionale premorboso e l'assenza di evidenze conclusive di recidiva inducevano a riconsiderare una complicanza meccanica dell'anastomosi biliodigestiva. Attraverso la discussione multiprofessionale, il team giungeva alla conclusione di proporre un tentativo chirurgico, coerente con condizioni e volontà del paziente. L'intervento documentava stenosi dell'anastomosi biliodigestiva e fistola artero-biliare. Tali reperti spiegavano sia le sepsi recidivanti, con progressiva selezione di microrganismi resistenti, sia le anemizzazioni severe ricorrenti. Dopo il riconfezionamento dell'anastomosi si osservavano la cessazione delle recidive settiche e la stabilizzazione del quadro anemico. Si trattava di condizioni reversibili ma, senza correzione chirurgica, verosimilmente fatali. A 4 mesi il paziente gode di ottima salute e ha ripreso attività regolare.

CONCLUSIONI

Il caso dimostra come l'assenza di una visione complessiva possa precludere opzioni terapeutiche a soggetti anziani con ottimo stato funzionale. Il geriatra, coordinando i vari specialisti, svolge un ruolo essenziale per garantire trattamenti proporzionati alle prospettive di recupero, superando pregiudizi culturali legati all'età avanzata.

Bibliografia

Pilotto A, et al. Ageing Res Rev. 2024;95:102213.
RCS England, Age UK. Access all Ages 2. 2014.



APPROPRIATEZZA E REVISIONE TERAPEUTICA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

RIABILITAZIONE GERIATRICA E GERONTOLOGICA: UN PERCORSO UNIVERSITARIO AVANZATO INTERPROFESSIONALE NELLA SVIZZERA ITALIANA

Giulia Borgonovo[1], Bianca Maria Ruggiero[1], Nereide Curreri[1], Benedetta Armocida[2], Francesco Costa[3], Maria Giovanna Colatrella[1], Mariano Cavolo[1], Christian Pozzi[1]

[1] Scuola Universitaria Professionale della Svizzera italiana, Manno - [2] Dipartimento di Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche e Invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma - [3] Security Lab Health Tech SA, Lugano

SCOPO DEL LAVORO

Presentare l'assetto curricolare di un Certificato di Studi Avanzati (CAS), titolo universitario post-base riconosciuto nel sistema svizzero, in riabilitazione geriatrica e gerontologica, progettato congiuntamente dall'area della fisioterapia e della terapia occupazionale, con integrazione di implementation science e intelligenza artificiale.

MATERIALI E METODI

Si descrive l'architettura del CAS, articolato in 7 moduli tematici progressivi e un modulo certificativo, progettata con metodologie didattiche attive (apprendimento esperienziale, simulazione clinica, role play, analisi di casi reali) coerenti con i principi della pedagogia trasformativa.

I moduli 1 e 2 fondano le basi epistemologiche della gerontologia moderna, esplorando il continuum tra invecchiamento in salute e declino neurocognitivo, secondo i principi OMS di cura centrata sulla persona e invecchiamento attivo. I moduli 3-5 affrontano i setting assistenziali (comunità, ospedale per acuti, long term care) con approccio biopsicosociale, coerente con la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) e le linee guida Integrated Care for Older People (ICOPE). Il modulo 6 approfondisce le occupazioni quotidiane: alimentazione, deglutizione, igiene, guida e prescrizione di ausili. Il modulo 7 introduce l'IA applicata alla geriatria tramite casi clinici, sviluppando competenza digitale critica. Il modulo certificativo, fondato sull'implementation science, guida i partecipanti ad affrontare sfide di cambiamento organizzativo con strumenti orientati a equità e sostenibilità sistemica.

RISULTATI

Il programma, attualmente definito nella sua architettura formativa e con avvio previsto per il 2027, risponde alle raccomandazioni OMS per la formazione interprofessionale in geriatria e amplia l'offerta formativa della Svizzera italiana attraverso un percorso post-base a orientamento riabilitativo in ambito geriatrico e gerontologico.

CONCLUSIONI

Il CAS propone un percorso di formazione universitaria avanzata che integra rigore scientifico, innovazione digitale e strumenti concreti di implementazione del cambiamento, con la qualità di vita e l'autonomia della persona come riferimento centrale.

Bibliografia

Bucchi F, Dal Ben S, Culcasi A, et al. (2025). Entry-level physical therapist curricula in geriatric care: An Italian national survey study. Archives of Physiotherapy, 15, 69-76.

Eccles MP, Mittman BS. (2006). Welcome to implementation science. Implementation Science, 1(1), 1-3.

Livingston G, Huntley J, Liu KY, et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. The Lancet, 404(10452), 572-628.

World Health Organization. (2017). Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. WHO Press. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109

Zhang J, Fenton SH. (2024). Preparing healthcare education for an AI-augmented future. npj Health Systems, 1, Article 4.

I CORTICOSTEROIDI: UN'ARMA A DOPPIO TAGLIO. UN CASO DI ASCESSO CEREBRALE IN UN PAZIENTE ANZIANO IN TERAPIA CORTICOSTEROIDEA PROLUNGATA

Giorgio Ozino Caligaris[1], Antonella Risoli[2], Elisabetta Serafini[2], Daniele Pellerani[1], Giovanni Artuso[1], Federica D'Ignazio[2], Vittoria Ingrosso[1], Francesca Casella[1], Claudia Massaro[2], Caterina Corcione[1], Giuseppe Zuccalà[2], Francesco Landi[2]

[1] Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma - [2] Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma

INTRODUZIONE

La terapia corticosteroidea rappresenta il trattamento di prima scelta per diverse patologie infiammatorie e autoimmuni; tuttavia il suo impiego prolungato richiede una periodica rivalutazione dell'indicazione clinica, soprattutto nel paziente anziano, in cui immunosenescenza, fragilità e multimorbilità aumentano il rischio di infezioni opportunistiche, spesso caratterizzate da una presentazione aspecifica o atipica.

Il presente caso di ascesso cerebrale insorto durante terapia corticosteroidea protratta evidenzia le criticità diagnostiche e gestionali nell'approccio terapeutico del paziente geriatrico.

CASO CLINICO

Uomo di 86 anni, precedentemente autonomo nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana e cognitivamente integro, veniva ricoverato per comparsa acuta di emiparesi sinistra. Un anno prima era stata avviata terapia corticosteroidea ad alte dosi per sospetta arterite a cellule giganti, in assenza di conferma diagnostica definitiva. Una risonanza magnetica (RM) encefalo aveva inoltre evidenziato un ispessimento pachimeningeo, reperto interpretato come pachimeningite di origine infiammatoria/paraneoplastica, in assenza di esame del liquor. Dopo la dimissione, non venivano effettuati ulteriori controlli specialistici né una rivalutazione dell'indicazione alla terapia corticosteroidea. In occasione dell'attuale ricovero, l'angio-TC encefalo documentava una lesione cortico-sottocorticale frontale destra con edema perilesionale, inizialmente di incerta natura. Negativi, invece, gli approfondimenti infettivologici e oncologici. La successiva RM risultava compatibile con un ascesso cerebrale capsulato. In considerazione del quadro clinico e dell'elevato rischio chirurgico legato all'età avanzata, fragilità e multimorbilità, è stata inizialmente intrapresa terapia antibiotica empirica. La progressione radiologica della lesione ha reso tuttavia necessario il trasferimento in Neurochirurgia per evacuazione dell'ascesso; colture del materiale bioptico ed esami microbiologici sono risultati negativi.

CONCLUSIONI

Questo caso sottolinea l'importanza di rivalutare periodicamente la diagnosi e l'indicazione alla terapia corticosteroidea, soprattutto in assenza di una conferma diagnostica definitiva. Nei pazienti geriatrici, anche in assenza di una marcata risposta infiammatoria sistemica, la comparsa di nuovi deficit neurologici deve orientare tempestivamente verso il sospetto di infezioni del sistema nervoso centrale. Un follow-up multidisciplinare ben strutturato rappresenta uno strumento fondamentale per favorire la diagnosi precoce e ridurre il rischio di complicanze correlate all'immunosoppressione protratta.

Bibliografia

Brouwer MC, van de Beek D. Brain abscess. N Engl J Med. 2014;371:447-456.

Maz M, et al. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Giant Cell Arteritis and Takayasu Arteritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2021;73(8):1071-1087.

Pae M, Wu D. Nutritional modulation of age-related changes in the immune system and risk of infection. Nutr Res. 2017;41:14-35.

Strehl C, Spies CM, Buttgereit F. Pharmacodynamics of glucocorticoids. Clin Exp Rheumatol. 2011;29(Suppl 68):S13-S18.

Van de Beek D, et al. ESCMID guideline: diagnosis and treatment of acute bacterial meningitis. Clin Microbiol Infect. 2016;22(Suppl 3):S37-S62.

DETERIORAMENTO COGNITIVO ALLA DIMISSIONE NELL'ANZIANO OSPEDALIZZATO: CORRELATI CLINICO-FUNZIONALI E TRAIETTORIE DI PRESCRIZIONE PSICOTROPA. ANALISI SECONDARIA DELLO STUDIO MULTICENTRICO EASE-DEP

Maria Princiotto[1], Andrea Corsonello[1], Luca Soraci[1], Antonio De Vincentis[2], Chiara Chinigò[1], Fatima Maurizi[3], Giulia Imperatori[2], Diana Lelli[3], Filomena Addante[4], Angela Pia Lauriola[4], Aurora Perez Ys[4], Marilina Ciociola[4], Raffaele Antonelli Incalzi[2]

[1] IRCCS INRCA, UO Geriatria ed Epidemiologia Clinica, Cosenza - [2] UO Medicina Interna, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma - [3] UO Geriatria, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio Medico, Roma - [4] UOC Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, Fondazione IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG)

SCOPO DEL LAVORO

Il deterioramento cognitivo è frequente nell'anziano ospedalizzato ed è associato a peggioramento dello stato funzionale e degli esiti clinici. Lo stato cognitivo valutato alla dimissione, dopo la parziale risoluzione dell'insulto acuto, è un indicatore prognostico spesso trascurato. Obiettivo di questa analisi secondaria dello studio multicentrico EASE-DEP è caratterizzare la prevalenza del deterioramento cognitivo alla dimissione, i suoi correlati clinico-funzionali e le traiettorie di prescri-

zione degli psicofarmaci, con particolare attenzione alla deprescrizione delle benzodiazepine.

MATERIALI E METODI

È stata condotta un'analisi osservazionale sui dati dello studio multicentrico EASE-DEP (PNRR-MCNT2-2023-12378390: "Effectiveness and safety of deprescribing in older people admitted to acute medical wards: a randomized clinical trial"). Sono stati inclusi pazienti di età ≥ 65 anni ricoverati nel periodo fra giugno 2024 e giugno 2025 in reparti di Geriatria e in terapia cronica con almeno cinque farmaci. Per ciascun partecipante sono stati raccolti dati demografici e clinici, comorbidità, terapia farmacologica all'ingresso e alla dimissione e valutazione geriatrica multidimensionale comprendente stato funzionale (IADL), nutrizionale (MNA), tono dell'umore (GDS-5) e stato cognitivo mediante Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ). Il deterioramento cognitivo è stato definito con SPMSQ alla dimissione ≤ 7 risposte corrette (≥ 3 errori). I gruppi con e senza deficit sono stati confrontati mediante test non parametrici e test esatto di Fisher; le transizioni farmacologiche ingresso-dimissione sono state classificate a livello individuale per valutare le traiettorie di prescrizione della terapia psicotropa.

RISULTATI

Sono stati analizzati 193 pazienti, dei quali 53 (27,5%) presentavano deterioramento cognitivo alla dimissione. I pazienti con deficit erano più anziani (82,4 vs 79,7 anni; p = 0,016), prevalentemente maschi (73,6%; p < 0,001) e mostravano maggiore compromissione funzionale e nutrizionale (IADL e MNA; p < 0,001) e maggiore multimorbidità (9 vs 6 patologie croniche; p < 0,001) (Fig. 1). Fra gli utilizzatori di benzodiazepine all'ingresso, il tasso di deprescrizione era del 30,8% nei pazienti senza deficit ma solo del 10,0% nei pazienti con deficit cognitivo (p < 0.001). In questi ultimi le nuove prescrizioni (3 pazienti) superavano le sospensioni (1 paziente): l'ospedalizzazione tende quindi a intensificare anziché ridurre l'esposizione a benzodiazepine proprio nel sottogruppo più vulnerabile agli effetti avversi cognitivi in direzione opposta ai criteri di Beers e STOPP.

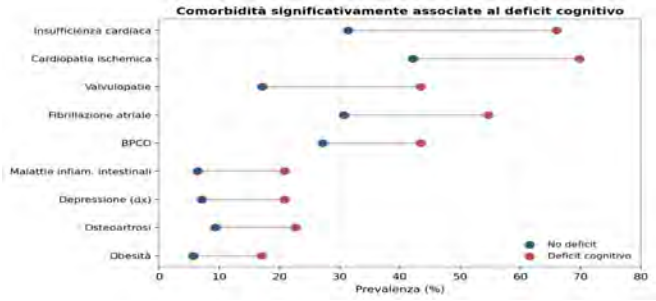
CONCLUSIONI

Oltre un anziano ospedalizzato su quattro presenta deterioramento cognitivo alla dimissione, ampiamente non codificato nella documentazione clinica. Nonostante la maggiore complessità clinica e geriatrica, i pazienti con deficit ricevevano una minore deprescrizione di benzodiazepine. Questi risultati sottolineano la necessità di integrare lo screening cognitivo alla dimissione nel processo decisionale terapeutico dell'anziano.

Bibliografia

Bellelli F, Ferrara MC, Ornago AM, et al. Benzodiazepine exposure and 6-month mortality in older adults post-hospitalization: time to consider deprescribing? J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2026.

O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med. 2023.



INCREMENTO DEL CARICO FARMACOLOGICO DURANTE L'ISTITUZIONALIZZAZIONE: VULNERABILITÀ PRESCRITTIVA ED ESITI A BREVE TERMINE IN ANZIANI RESIDENTI IN RSA

Maria Rebecca Rumore, Claudia Per, Sofia Butti, Antonio Pisanò, Eleonora Berardo, Simon Remi Collignan, Benedetta Capobianco, Luca Nicolin, Alessandro Piovano, Umberto Parola, Eugenio Trovato, Enrico Brunetti, Roberto Presta, Mario Bo, Valeria Saija

Università degli Studi di Torino

SCOPO DEL LAVORO

La polifarmacoterapia è frequente nei residenti delle RSA ed è associata a inappropriatezza prescrittiva e reazioni avverse da farmaci. Dopo l'ingresso in struttura, nuove condizioni cliniche, eventi intercorrenti e rivalutazioni specialistiche possono aumentare progressivamente il numero di prescrizioni, rendendo più complessa la revisione terapeutica. Quindi, la variazione del carico farmacologico nel tempo potrebbe rappresentare un indicatore semplice per intercettare pazienti a maggiore vulnerabilità prescrittiva. Obiettivo dello studio è valutare se un incremento del carico farmacologico durante l'istituzionalizzazione identifichi uno specifico profilo di rischio prescrittivo e di esiti clinici a breve termine in una popolazione geriatrica fragile.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale prospettico su residenti di età ≥ 65 anni in RSA. L'esposizione principale è stata l'incremento

del carico farmacologico, definito come aumento di ≥ 3 principi attivi tra ingresso in struttura e reclutamento. Sono stati confrontati indicatori prescrittivi al reclutamento inclusi politerapia e iperpoliterapia, GerontoNet ADR Risk Score ≥ 4 e Anticholinergic Cognitive Burden (ACB) score ≥ 3. Gli esiti clinici a 3 mesi sono stati valutati tramite un endpoint composito comprendente ospedalizzazioni, cadute, ADR e decesso. I fattori associati all'incremento del carico farmacologico sono stati analizzati mediante regressione logistica multivariabile aggiustata per età, sesso, provenienza, durata dell'istituzionalizzazione, numero di farmaci all'ingresso, CIRS-CI e disturbo neurocognitivo.

RISULTATI

Sono stati inclusi 525 residenti (età mediana 88 anni, 73,7% donne) caratterizzati da un profilo di salute generale complessivamente compromesso con CFS mediana 7, dipendenza nelle ADL nel 96,8% e disturbo neurocognitivo nell'80,2%. Il numero mediano di farmaci aumentava da 6 (IQR 3-9) all'ingresso a 8 (IQR 6-11) al reclutamento (con 83,6% dei soggetti in polifarmacoterapia e 27,4% in iperpoliterapia). Un incremento di almeno 3 farmaci è stato osservato in 191 pazienti (36,4%). Questi soggetti assumevano meno farmaci all'ingresso (4 vs 7 farmaci, $p < 0,001$) ma più farmaci al reclutamento (10 vs 7 farmaci, $p < 0,001$), con maggiore prevalenza di polifarmacoterapia (96,9% vs 76,0%, $p < 0,001$), iperpoliterapia (42,9% vs 18,6%, $p < 0,001$), GerontoNet ≥ 4 (78,5% vs 49,4%, $p < 0,001$) e ACB ≥ 3 (34,6% vs 24,9%, $p = 0,023$). Dopo analisi multivariabile, l'aumento del carico farmacologico è risultato associato a minore età (OR 0,94, IC 95% 0,91-0,97), sesso femminile (OR 1,75, IC 95% 1,08-2,89), maggiore durata dell'istituzionalizzazione (OR 1,41, IC 95% 1,18-1,69), maggiore CIRS-CI (OR 1,42, IC 95% 1,28-1,59) e minor numero di farmaci all'ingresso (OR 0,73, IC 95% 0,67-0,78). Non sono emerse differenze significative nell'endpoint composito a 3 mesi (35,6% vs 33,2%, p = ns).

CONCLUSIONI

L'incremento del carico farmacologico durante l'istituzionalizzazione è frequente e identifica un sottogruppo che, pur partendo da una terapia meno complessa, raggiunge un profilo prescrittivo a maggiore vulnerabilità. L'assenza di associazione diretta con eventi clinici a 3 mesi suggerisce che tale incremento sia più utile come trigger operativo per la periodica revisione terapeutica in RSA che come predittore prognostico diretto a breve termine.

Bibliografia

Schiavo G. Cost of adverse drug events related to potentially inappropriate medication use: A systematic review. JAPhA 2022.

VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA IN PAZIENTI ANZIANI OSPEDALIZZATI: CRITERI STOPP & START COME GUIDA ALLA RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA

Elena Scardigno, Silvia Ottaviani, Alessio Nencioni, Fiammetta Monacelli

Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Università degli Studi di Genova

SCOPO DEL LAVORO

La polifarmacoterapia è una delle conseguenze più dirette della multimorbilità nella popolazione anziana. Secondo i dati amministrativi OsMed [1] del 2022, in Italia il numero medio di farmaci utilizzati cresce fino a 7.4 nel gruppo d'età 80-84 anni, per poi ridursi fino a 2.8 tra gli ultra 95enni. Gli interventi per ottimizzare il trattamento farmacologico devono essere basati su una valutazione multidimensionale del paziente e sull'identificazione dei PIM (Potentially Inadequate Medication) [2] attraverso l'applicazione di criteri di appropriatezza. Il presente studio si propone di valutare retrospettivamente su una popolazione di anziani ospedalizzati l'appropriatezza di: inibitori di pompa protonica (PPi), statine e antiaggreganti. In secondo luogo, analizzare l'atteggiamento prescrittivo in relazione alla Clinical Frailty Scale (CFS).

MATERIALI E METODI

La popolazione è costituita da 127 pazienti ricoverati presso il reparto di Geriatria dell'Ospedale San Bartolomeo di Sarzana (SP) dal 2022 al 2025, sottoposti a Valutazione Multidimensionale e selezionati per disponibilità della terapia di ingresso in archivio. Lo studio si è basato sull'impiego dei criteri STOPP & START che venivano applicati alla terapia domiciliare e a quella in dimissione, tramite i quali è stato valutato l'atteggiamento prescrittivo.

RISULTATI

Circa un terzo dei pazienti presentava un incremento della polifarmacoterapia alla dimissione, con un significativo incremento delle prescrizioni di PPi (+18,1%) che si confermano la classe più frequentemente prescritta. Una quota rilevante di tali prescrizioni risultava inappropriata, sia tra quelle mantenute (34,3%) sia tra quelle introdotte durante il ricovero (18,6%). Le statine fanno emergere una tendenza al deprescribing (-9,5%), in particolare fra i trattamenti giudicati inappropriati (29,4%). Per gli antiaggreganti si è osservata una sostanziale stabilità, con mantenimento o introduzione della maggior parte delle prescrizioni appropriate (45,8%), ma anche persistenza

di numerose PIM (29,2%), solo parzialmente corrette mediante deprescrizione (16,7%). CFS non è risultata associata all'atteggiamento prescrittivo.

CONCLUSIONI

La polifarmacoterapia è un fenomeno sempre più attenzionato per i potenziali rischi associati. Il 25% dei pazienti sperimenta almeno una reazione avversa a un farmaco in corso di ricovero ospedaliero, di cui il 70% sono prevenibili nella popolazione anziana [3]. Molto frequenti anche le interazioni farmaco-farmaco o farmaco-malattia, la cascata prescrittiva e le sindromi geriatriche. Ciò nonostante, i dati real-world mostrano come la riconciliazione terapeutica mantenga un approccio ancora molto conservativo (con il rischio di inerzia prescrittiva), ma anche una tendenza all'introduzione di nuovi PIM giustificando il fenomeno di iatrogenesi ospedaliera.

Bibliografia

1. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2023.
2. Motter FR, Fritzen JS, Hilmer SN, et al. (2018). Potentially inappropriate medication in the elderly: A systematic review of validated explicit criteria. European Journal of Clinical Pharmacology, 74(6), 679-700.
3. Formica D, Sultana J, Cutroneo P, et al. (2018). The economic burden of preventable adverse drug reactions: A systematic review of observational studies. Expert Opinion on Drug Safety, 17(7), 681-695.

COMUNICAZIONE DELLA TERAPIA ALLA DIMISSIONE: UN CASO DI MISINTERPRETAZIONE

Francesca Tacconi[1], Michele Proni[1], Chiara Candela[2], Marialaura Matacena[2], Alessandro Franco[2]

[1] Alma Mater Studiorum Università di Bologna - [2] UOC Rete Geriatrica Integrata Ospedale Territorio, Bologna

INTRODUZIONE

La dimissione ospedaliera è una fase critica per il paziente anziano fragile: modifiche terapeutiche non comprese possono ridurre l'aderenza, causare eventi avversi e determinare riospedalizzazioni precoci. Le evidenze disponibili indicano che gli errori terapeutici sono frequenti nei cambi di setting assistenziale e che riconciliazione farmacologica, educazione del caregiver e revisione del farmacista clinico riducono discrepanze, eventi avversi e nuovi accessi ospedalieri.

CASO CLINICO

Uomo di 84 anni, convivente con la figlia caregiver, affetto da BPCO, diabete tipo 2, cardiopatia ischemica, fibrillazione atriale, insufficienza renale cronica e declino cognitivo iniziale. A marzo era stato ricoverato per anemia da perdita ematica secondaria ad adenoma colico, complicata da scompenso cardiaco. Dopo poche settimane accedeva in Pronto Soccorso per dispnea ingravescente, insufficienza respiratoria acuta e versamento pleurico. In Geriatria, la terapia diuretica endovenosa determinava rapida regressione dell'insufficienza respiratoria.

La riconciliazione farmacologica, condotta con la figlia, identificava un errore di interpretazione della terapia prescritta in occasione del precedente ricovero. Nella lettera di dimissione, l'indicazione per la furosemide ("ore 8-16") era stata compresa come intervallo entro cui assumere il farmaco una sola volta, e non come due somministrazioni distinte. Ne derivava una riduzione rilevante della dose diuretica, con peggioramento del compenso idro-salino e verosimile contributo alla riacutizzazione dello scompenso cardiaco e al nuovo ricovero. Anche la prescrizione dell'escitalopram risultava fraintesa. Al domicilio il paziente assumeva una compressa da 10 mg; in ospedale era invece disponibile la compressa da 20 mg, somministrata come mezza compressa, con dose equivalente di 10 mg/die. Dopo la dimissione, l'indicazione "mezza compressa" è stata applicata alla confezione domiciliare, determinando l'assunzione di 5 mg/die anziché 10 mg/die. L'errore è stato favorito dalla difficoltà nel riconoscere la corrispondenza tra nome commerciale, principio attivo e dosaggio delle confezioni.

Alla dimissione veniva effettuato un colloquio con la caregiver, esplicitando per ciascun farmaco dose, orario, finalità, nuove prescrizioni e farmaci sospesi. Gli orari sono stati associati ai pasti principali e la comprensione è stata verificata mediante restituzione attiva delle indicazioni.

CONCLUSIONI

Il caso dimostra come una prescrizione corretta, ma non adeguatamente esplicitata, possa trasformarsi in errore terapeutico, danno clinico e riospedalizzazione precoce nell'anziano fragile. La dimissione dovrebbe prevedere strumenti standardizzati ma personalizzabili: schema riconciliato, linguaggio non ambiguo, coinvolgimento del caregiver, verifica attiva della comprensione e revisione del farmacista clinico. Spiegare la terapia non è un atto accessorio della dimissione: è un intervento clinico che contribuisce alla stabilità delle patologie croniche, alla prevenzione delle riacutizzazioni e alla riduzione dei ricoveri evitabili.

Bibliografia

Kripalani S, et al. Ann Intern Med. 2012;157:1-10.
Tamura BK, et al. J Am Med Dir Assoc. 2011;12:402-7.
Tong EY, et al. BMJ Open. 2017;7:E014325.
Zeeuwe PE, et al. Geriatr Gerontol Int. 2021;21:291-7.

BIOGERONTOLOGIA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

RUOLO DI FGF21 COME MEDIATORE DELL'ASSE MUSCOLO-CERVELLO NELL'ANZIANO FRAGILE

Jacopo Aiello[1], Beatrice Arosio[2], Maria Cristina Ferrara[3], Francesca Remelli[4], Massimiliano Castellazzi[5], Evelyn Ferri[1], Luca Tinelli[3], Monica Cardi[4], Paolo Mazzola[3], Nicola Montano[1], Stefano Volpato[4], Giuseppe Bellelli[3,6]

[1] Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano - [2] Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano - [3] Dipartimento di Medicina e Chirurgia (School of Medicine and Surgery), Università degli Studi Milano-Bicocca, Milano - [4] Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara - [5] Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione, Università degli Studi di Ferrara - [6] UOC Geriatria, IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza

SCOPO DEL LAVORO

La fragilità nell'anziano è associata ad un aumentato rischio di complicanze post-operatorie, tra cui il delirium [1]. Evidenze crescenti supportano l'esistenza di un asse muscolo-cervello, regolato da miochine rilasciate dal muscolo scheletrico tra cui il Fibroblast Growth Factor 21 (FGF21), regolatore dello stress mitocondriale e dell'omeostasi metabolica, in grado di attraversare la barriera ematoencefalica [2]. Il presente studio intende analizzare i livelli di FGF21 nel plasma, liquor e tessuto muscolare scheletrico di anziani sottoposti a chirurgia d'urgenza per frattura di femore, esplorandone le interazioni tra i diversi compartimenti biologici e l'associazione con lo stato di fragilità.

MATERIALI E METODI

Lo studio ORTODEL è uno studio multicentrico (IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza; AOU S. Anna, Ferrara) finalizzato alla valutazione dei biomarcatori di delirium in anziani con frattura di femore. Sono stati arruolati 42 pazienti (≥ 65 anni) sottoposti a chirurgia d'urgenza, nei quali plasma, liquor e biopsia muscolare sono stati raccolti contestualmente all'intervento. FGF21 è stato dosato mediante piattaforma ELISA automatizzata di nuova generazione (Ella®, ProteinSimple, CA, USA). I pazienti sono stati stratificati tramite la Clinical Frailty Scale (CFS) in non fragili (CFS 1-4, N = 26) e fragili (CFS 5-7, N = 16). In un sottogruppo di 28 pazienti sono state valutate le associazioni tra i diversi compartimenti biologici mediante test di Spearman. Modelli di regressione lineare e logistica sono stati impiegati per valutare le associazioni tra le diverse matrici biologiche e tra FGF21 e fragilità.

RISULTATI

FGF21 è risultato significativamente più elevato negli anziani fragili rispetto ai non fragili nel tessuto muscolare (11,4 vs 6,5 pg/mL; p = 0,026) e nel liquor (6,7 vs 3,2 pg/mL; p = 0,046), mentre i livelli plasmatici hanno mostrato un trend non significativo (532,5 vs 328,5 pg/mL; p = 0,106). Sono state inoltre osservate correlazioni positive dei livelli di FGF21 tra muscolo, plasma e liquor (muscolo-plasma: rho = 0,551, p = 0,003; muscolo-liquor: rho = 0,546, p = 0,003; plasma-liquor: rho = 0,494, p = 0,008). Le associazioni sono risultate indipendenti anche da età, stato di fragilità e concentrazione di IL-6, utilizzata come indice di stato infiammatorio. Le regressioni logistiche hanno mostrato un'associazione indipendente tra livelli più elevati di FGF21 nel muscolo e fragilità (Odds Ratio, OR = 5,34; Intervalli di Confidenza, IC 95% 1,22-23,3) indipendentemente da età, sesso e IL-6. Un'associazione borderline è stata osservata anche per i livelli di FGF21 nel liquor (OR = 5,90; IC 95% 0,90-38,67; p = 0,064).

CONCLUSIONI

FGF21 emerge come un potenziale mediatore dell'asse muscolo-cervello. Le concentrazioni più elevate osservate negli individui fragili, in particolare nel muscolo scheletrico, insieme alle correlazioni tra muscolo, plasma e liquor, suggeriscono un possibile ruolo di FGF21 nella risposta biologica coordinata che collega vulnerabilità muscolare e alterazioni centrali associate all'invecchiamento.

Bibliografia

1. Bellelli G et al., 2024. https://doi.org/10.1111/joim.20014.
2. Severinsen MCK et al., 2021. https://doi.org/10.1210/endrev/bnaa016.

NEI CENTENARI L'INDICE DI FRAGILITÀ COSTRUITO CON VARIABILI BIOLOGICHE HA UNA MIGLIORE CAPACITÀ PROGNOSTICA RISPETTO AD UN INDICE COSTRUITO CON VARIABILI CLINICHE

Simone Caponetto[1], Evelyn Ferri[2], Angelica Carandina[2], Daniela Mari[3], Nicola Montano[4], Eleonora Tobaldini[4], Beatrice Arosio[4]

[1] Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano - [2] Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano - [3] Laboratorio sperimentale ricerche Neuroendocrinologia Geriatrica e Oncologica, IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Cusano Milanino (MI) - [4] Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano; Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

SCOPO DEL LAVORO

I centenari rappresentano un modello ideale per lo studio dei determinanti della longevità pur mostrando un'elevata eterogeneità da un punto di vista clinico. Il nostro gruppo ha evidenziato come sia possibile misurare la fragilità clinica (FIclin) e biologica (FIbio), mediante computo del frailty index (FI), nei centenari dimostrando che questi soggetti dispongono di straordinarie riserve biologiche spesso sottovalutate dall'aspetto clinico [1,2]. Il nostro stesso gruppo ha inoltre evidenziato come fattori ambientali possano influenzare più della componente genetica il controllo autonomico e l'infiammazione [3]. In questo studio preliminare abbiamo valutato se l'integrazione tra le due componenti (FIclin e FIbio) si associa in maniera diversa e significativa alla sopravvivenza.

MATERIALI E METODI

Sono stati arruolati 78 centenari (età media 102,3 ± 2,7 anni; 75,6% donne), sottoposti ad una valutazione multidimensionale geriatrica a domicilio. Sono stati valutati sia FIclin che FIbio. Per identificare sottogruppi omogenei sulla base della combinazione dei due indici è stata eseguita una cluster analysis K-means. L'associazione tra i clusters e i mesi di sopravvivenza è stata valutata mediante Kaplan-Meier e regressione di Cox.

RISULTATI

La cluster analysis ha identificato quattro cluster con differenti combinazioni di FIclin e FIbio (Tab. 1). Il valore mediano di sopravvivenza è risultato pari a 36,7 mesi nel cluster 1, 15,5 nel cluster 2, 17,3 nel cluster 3 e 4,5 nel cluster 4. Assumendo il cluster 1 come riferimento, il rischio di mortalità aumentava rispettivamente nel cluster 2 (HR 2,28; IC95% 1,06-4,91; p = 0.035), 3 (HR 2.73; IC95% 1,25-5,95; p = 0,012) e 4 (HR 6,24; IC95% 2,63-14,79; p < 0,001). Il cluster 3, pur con valore più elevato di FIclin, mostrava una sopravvivenza sovrapponibile al cluster 2. Rispetto al cluster 4, il cluster 3 presentava un FIclin simile ma un FIbio migliore, associato a una sopravvivenza significativamente superiore (p = 0,008). In fase di studio sono le valutazioni dei determinanti biologici (tra cui quelli relativi al controllo autonomico e all'inflammaging) che potrebbero essere associati ad una maggior sopravvivenza nonostante un fenotipo clinico peggiore.

CONCLUSIONI

L'evidenza di centenari con FIclin elevato ma che sembrano beneficiare di una biologia migliore suggerisce una resilienza legata a parametri biologici. L'identificazione di questi parametri legati ad una miglior resilienza potrebbe contribuire alla definizione di nuovi meccanismi fisiopatologici legati alla longevità in buona salute e favorire approcci terapeutici personalizzati.

Bibliografia

1. Arosio B, Geraci A, Ferri E, et al. Biological Frailty Index in centenarians. Aging Clin Exp Res 34, 687-690 (2022).
2. Arosio B, et al. The Frailty Index in centenarians and their offspring. Aging Clin Exp Res 31, 1685-1688 (2019).
3. Rodrigues GD, et al. Cardiac vagal control and inflammation are upregulated in exceptional human longevity. Intern Emerg Med 20, 197-202 (2025).

Tabella 1. Caratteristiche dei cluster identificati mediante K-means

Cluster	n	FIclin	FIbio
1	10	0.26	0.27
2	25	0.46	0.35
3	26	0.61	0.33
4	17	0.52	0.69

FIclin = Frailty Index clinico; FIbio = Frailty Index biologico

DISSOCIAZIONE TRA BIOMARCATORI E FRAGILITÀ E RISCHIO DI MORTALITÀ NEGLI ANZIANI OSPEDALIZZATI

Laura Andrea Ceparano, Antonio Di Maio, Francesco Manfredonia, Laura De Lisio, Chiara Di Lorenzo, Annachiara Vassallo, Giovanni Curcio, Alessandro Orrera, Raffaele Formisano, Giuseppina Gambino, Dario Leosco, Leonardo Bencivenga, Giuseppe Rengo, Grazia Daniela Femminella

Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Table B. AISS v2 construction

Component	Database variable	Direction in AISS
SpO□	SpO2	inverted
White blood cell count	WBC_mila	direct
Fibrinogen	Fibrinogeno	direct
Creatinine	Creatinina	direct
eGFR	eGFR_(CKD_EPI)	inverted
Albumin	Albumina	inverted
Hemoglobin	Hb_g/dl	inverted
Left ventricular ejection fraction	LVEF	inverted

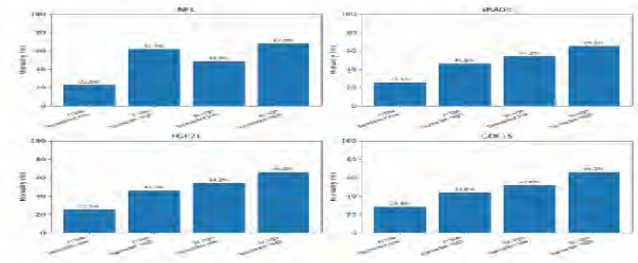


Figure 1. All-cause mortality across FI–biomarker phenotypes.

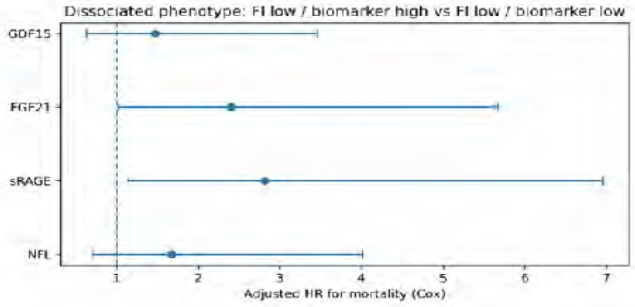


Figure 2. Adjusted hazard ratios for the dissociated phenotype (FI low / biomarker high).

SCOPO DEL LAVORO

La fragilità viene tradizionalmente valutata mediante strumenti multidimensionali, come il Frailty Index (FI), che quantificano l'accumulo di deficit clinicamente manifesti. Tuttavia, le alterazioni biologiche associate all'invecchiamento possono manifestarsi prima che la fragilità diventi clinicamente evidente. Abbiamo ipotizzato che i biomarcatori circolanti rappresentino una dimensione di vulnerabilità biologica complementare alla valutazione geriatrica tradizionale e siano in grado di identificare pazienti ad elevato rischio prognostico nonostante un fenotipo clinicamente non fragile.

MATERIALI E METODI

Sono stati analizzati 271 pazienti anziani ospedalizzati sottoposti a Valutazione Multidimensionale Geriatrica completa e dosaggio di NfL, sRAGE, FGF21, GDF15 e BDNF. La fragilità è stata definita mediante Frailty Index (FI< 0,25 = non fragile). La gravità della malattia acuta è stata sintetizzata mediante un Acute Illness Severity Score (AISS v2) costruito esclusivamente con variabili fisiologiche e laboratoristiche acute, escludendo variabili di fragilità e funzionali. Dopo una validazione interna delle associazioni tra biomarcatori, FI e AISS, i pazienti sono stati suddivisi in quattro fenotipi clinico-biologici (FI basso/alto × biomarcatore basso/alto). L'endpoint primario era il tempo al decesso (Cox aggiustata per età, sesso e AISS).

RISULTATI

Il follow-up era disponibile per 267 pazienti (138 decessi). La validazione interna ha confermato che NfL era il biomarcatore maggiormente associato alla fragilità clinica, FGF21 alla gravità della malattia acuta (AISS) e sRAGE alla mortalità. Oltre a queste associazioni attese, la dissociazione biomarcatore-fragilità ha identificato un sottogruppo di pazienti clinicamente non fragili ma biologicamente vulnerabili. Nei soggetti non fragili la mortalità aumentava dal 23,7% al 60,0% con NfL elevato, dal 25% al 47,2% con sRAGE elevato, dal 25% al 47,2% con FGF21 elevato e dal 28,8% al 43,8% con GDF15 elevato. Dopo aggiustamento per età, sesso e AISS, NfL rimaneva associato alla mortalità nei modelli logistici (OR 3,10; p = 0,035), mentre sRAGE (HR 3,10; p = 0,020) e FGF21 (HR 2,63; p = 0,033) mantenevano un'associazione indipendente con il tempo al decesso.

CONCLUSIONI

La fragilità clinica e la vulnerabilità biologica rappresentano costrutti parzialmente sovrapposti ma non coincidenti. Nel nostro campione NfL ha riflesso prevalentemente la fragilità cronica, FGF21 la gravità della malattia acuta e sRAGE una vulnerabilità prognostica residua. Il profilo biomolecolare ha identificato un sottogruppo di anziani apparentemente non fragili ma caratterizzati da un rischio di mortalità significativamente più elevato, suggerendo che la vulnerabilità biologica possa rappresentare una dimensione complementare della fragilità, potenzialmente

rilevabile prima che questa diventi clinicamente evidente. L'integrazione dei biomarcatori con la Valutazione Multidimensionale Geriatrica potrebbe migliorare l'identificazione precoce dei pazienti anziani biologicamente vulnerabili.

Bibliografia

PMID: 35740447
PMID: 40480443

BIOMARCATORI CIRCOLANTI DI MALATTIA DI ALZHEIMER E DANNO NEURONALE PER LA STIMA DEL RISCHIO DI DECLINO COGNITIVO/FUNZIONALE E MORTALITÀ IN UNA POPOLAZIONE REAL-WORLD DI PAZIENTI GERIATRICI OSPEDALIZZATI: BAD-GER BIOMARKERS

Giuseppina Dell'Aquila[1], Giulia Matacchione[1], Mirko Di Rosa[1], Matilde Sbriscia[1], Chiara Giordani[1], Sonia Fantone[1], Francesca Marchegiani[1], Rina Recchioni[1], Angelica Giuliani[2], Leonardo Biscetti[1], Jacopo Sabbatinelli[2], Fabiola Olivieri[2], Barbara Carrieri[1], Antonio Cherubini[2]

[1] IRCCS INRCA, Ancona - [2] IRCCS INRCA; Università Politecnica delle Marche, Ancona

SCOPO DEL LAVORO

I livelli ematici della catena leggera dei neurofilamenti (NfL) e della proteina fibrillare acida gliale (GFAP) riflettono alterazioni microstrutturali del cervello, suggerendo così un ruolo di questi biomarcatori nelle malattie acute causate da lesioni traumatiche ma anche in altre condizioni. Livelli di biomarcatori di infiammazione e neuroinfiammazione, come IL-6, IL-8 e CXCL12, risultano più elevati nel plasma dei pazienti con malattia di Alzheimer rispetto ai soggetti sani. Alcuni studi ipotizzano una potenziale rilevanza dei biomarcatori sopraindicati anche per predire il rischio di mortalità dei pazienti ospedalizzati. L'obiettivo di questo studio è proprio quello di valutare l'associazione di questi biomarcatori con la mortalità e la riospedalizzazione a breve termine e a un anno di follow-up in un'ampia coorte di pazienti geriatrici.

MATERIALI E METODI

Studio multicentrico, osservazionale, prospettico, no profit composto da una parte retrospettiva ed una prospettiva. Lo studio retrospettivo ha l'obiettivo di valutare la migliore combinazione di biomarcatori prognostici di mortalità e riospedalizzazione su una coorte di 700 pazienti ricoverati presso l'IRCCS INRCA (coorte di discovery). Lo studio prospettico ha l'obiettivo di confermare la validità dell'algoritmo ottenuto in una coorte di validazione di 400 pazienti arruolati nell'ambito di questo progetto dall'INRCA e dal Policlinico Universitario di Messina. Vengono arruolati soggetti ultra65enni in grado di firmare il consenso, suddivisi in 3 gruppi: il primo (n = 134) comprende soggetti ricoverati per problemi neurologici (es. ictus, delirium, stato epilettico, encefalite/meningite), il secondo (n = 133) comprende soggetti con diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore di grado lieve; il terzo (n = 133) soggetti ricoverati per malattie non neurologiche. Vengono analizzati dati clinici, parametri di laboratorio di routine, immunofenotipo e pannello di biomarcatori BAD-GER e viene valutata l'associazione con la mortalità intraospedaliera e ad 1 anno dalla dimissione e la riospedalizzazione.

RISULTATI

Ad oggi abbiamo i risultati dei dosaggi dei biomarcatori effettuati sul gruppo retrospettivo di 1052 pazienti arruolati nell'ambito del progetto Report-AGE [1] (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01397682), studio osservazionale volto a indagare lo stato di salute di anziani (≥ 65 anni) ricoverati presso IRCCS INRCA tra il 2011 e il 2021, valutati mediante valutazione geriatrica multidimensionale utilizzando l'Inter-RAI Minimum Data Set for Acute Care (MDS-AC). La multimorbilità è stata valutata utilizzando il Charlson Comorbidity Index (CCI). La fragilità è stata misurata mediante un Frailty Index (FI) composto da 30 item. Dall'analisi multivariata, aggiustata per una serie di variabili (età, sesso, FI, CCI, eGFR (BIS1), RDW-CV, azotemia, NLR e albumina), sono risultati predittivi di mortalità l'UCHL1 (Ubiquitina carbossi-terminale idrolasi L1, biomarcatore di danno cerebrale) e il NFL.

CONCLUSIONI

I dati preliminari dello studio indicano che i biomarcatori plasmatici di danno cerebrale sembrano predittori di mortalità in pazienti anziani ospedalizzati.

Bibliografia

Bustacchini S, Abbatecola AM, Bonfigli AR, et al. & Report-Age study group. The Report-AGE project: a permanent epidemiological observatory to identify clinical and biological markers of health outcomes in elderly hospitalized patients in Italy. Aging Clin Exp Res. 2015; 27(6):893-901.

CONCENTRAZIONI SIERICHE DI CETP E MALATTIA CARDIOVASCOLARE ATEROSCLEROTICA (ASCVD) IN ANZIANI CON IPERCOLESTEROLEMIA PRIMARIA

Evelyn Ferri[1], Paola Nicolini[1], Chiara Sanchini[1], Domenico Azzolino[1],

Beatrice Arosio[2], Tiziano Angelo Lucchi[1]

[1] Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano - [2] Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano; Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

SCOPO DEL LAVORO

La malattia cardiovascolare aterosclerotica (ASCVD) rappresenta la principale causa di morte e disabilità in età avanzata. Elevati livelli di colesterolo LDL (C-LDL) svolgono un ruolo causale nell'aterosclerosi e la loro riduzione mediante terapia ipolipemizzante riduce il rischio di ASCVD [1]. Poiché il ruolo patogeno del colesterolo dipende non solo dai suoi livelli circolanti ma anche dalla sua distribuzione tra le lipoproteine, la proteina di trasferimento degli esteri del colesterolo (CETP), mediando il trasferimento di questi ultimi dalle HDL alle LDL in cambio di trigliceridi, rappresenta un importante regolatore del metabolismo lipidico. Studi precedenti hanno mostrato che basse concentrazioni sieriche di CETP si associano a un profilo lipidico favorevole [2], mentre concentrazioni elevate sono stati associate a un aumentato rischio di malattia coronarica [3], suggerendo un ruolo della CETP nel processo aterosclerotico. Scopo dello studio è stato indagare, in una coorte di anziani con ipercolesterolemia primaria, l'associazione tra concentrazioni sieriche di CETP e storia di ASCVD, confrontando soggetti con e senza pregresso evento cardiovascolare aterosclerotico (ASCVD+ vs ASCVD-).

MATERIALI E METODI

Sono stati arruolati 123 soggetti di età ≥65 anni con ipercolesterolemia primaria (60 ASCVD+ e 63 ASCVD-) presso la SSD Geriatria dell'IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, tutti in terapia ipolipemizzante finalizzata al raggiungimento dei target raccomandati dalle linee guida di prevenzione primaria (ASCVD−−) e secondaria (ASCVD+). Le concentrazioni sieriche di colesterolo totale, C-LDL, C-HDL e trigliceridi sono state determinate mediante metodo enzimatico-colorimetrico, di ApoB e Lp(a) mediante metodo immunoturbidimetrico e di CETP mediante ELISA.

I risultati sono espressi come media (DS) o mediana (IQR). Le differenze tra gruppi sono state valutate mediante test U di Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e $\chi 2$ di Pearson. La capacità discriminante delle concentrazioni di CETP nei confronti dell'ASCVD è stata valutata mediante analisi della curva ROC. Un valore di $p < 0.05$ è stato considerato significativo.

RISULTATI

I soggetti ASCVD+ e ASCVD− avevano rispettivamente 76 (70-82) e 73 (70-78) anni ($p = 0.08$), con una maggiore prevalenza di uomini tra gli ASCVD+ (58.3% vs 28.6%; $p < 0.001$). Gli ASCVD+ presentavano livelli significativamente inferiori di colesterolo totale, C-LDL, ApoB e Lp(a), nonché un trend verso valori più bassi di trigliceridi (Tab. 1). Nonostante un profilo lipidico più favorevole, gli ASCVD+ mostravano livelli di C-HDL inferiori e concentrazioni sieriche di CETP significativamente più elevate rispetto agli ASCVD− (Tab. 1). La curva ROC ha evidenziato un'AUC di 0.82, con sensibilità del 75% e specificità del 90% (Fig. 1).

CONCLUSIONI

In soggetti anziani con ipercolesterolemia primaria in terapia ipolipemizzante, elevate concentrazioni sieriche di CETP risultavano associate alla presenza di ASCVD, nonostante una terapia ipolipemizzante più intensiva nei soggetti con pregresso evento cardiovascolare. Questi dati suggeriscono che elevati livelli di CETP possano riflettere alterazioni persistenti del metabolismo lipoproteico, anche in presenza di bassi livelli di lipoproteine contenenti ApoB, configurandosi come un potenziale biomarcatore di ASCVD nell'anziano ipercolesterolemico.

Bibliografia

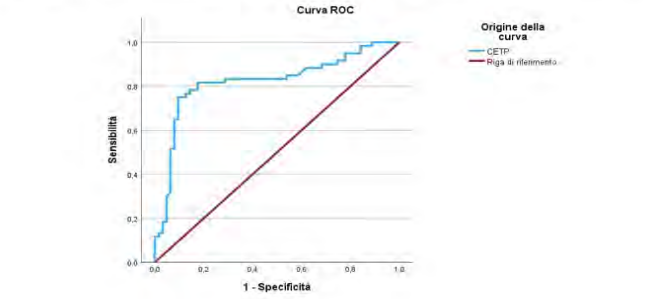
1. https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2024.100649
2. https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.10.008
3. https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000141730.65972.95

Tabella 1. Parametri lipidici e concentrazioni sieriche di CETP nei soggetti con e senza pregresso evento cardiovascolare aterosclerotico (ASCVD+ vs ASCVD−).

Parametro	ASCVD+	ASCVD−	p
Colesterolo totale (mg/dL)	142.0 (26.6)	175.9 (30.5)	<0.001
C-LDL (mg/dL)	63.5 (52.2-77.0)	89.5 (77.0-106.2)	<0.001
Apo B (mg/dL)	70.0 (58.0-88.0)	89.0 (72.0-104.0)	<0.001
Lp(a) (nmol/L)	17.7 (7.8-53.2)	41.0 (16.5-98.3)	0.01
Trigliceridi (mg/dL)	96.0 (70.7-130.7)	110.0 (86.0-136.0)	0.08
C-HDL (mg/dL)	52.4 (12.3)	61.3 (15.3)	<0.001
CETP (ng/mL)	1199 (992-1363)	711 (612-872)	<0.001

I valori di colesterolo totale e C-HDL sono espressi come media (deviazione standard, DS), mentre i valori di C-LDL, Apo B, Lp(a), trigliceridi e CETP sono espressi come mediana (range interquartile, IQR). ASCVD, malattia cardiovascolare aterosclerotica; C-LDL, colesterolo LDL; Apo B, apolipoproteina B; Lp(a), lipoproteina (a); C-HDL, colesterolo HDL; CETP, proteina di trasferimento degli esteri del colesterolo.

Figura 1. Curva ROC delle concentrazioni sieriche di CETP come biomarcatore di malattia cardiovascolare aterosclerotica (ASCVD) negli anziani con ipercolesterolemia primaria.



CARDIOLOGIA GERIATRICA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

DECLINO COGNITIVO NEL TRAPIANTO CARDIACO: PREVALENZA, TRAIETTORIE E IMPATTO PROGNOSTICO - UNA REVISIONE SISTEMATICA

Francesca Burgio[1], Ilaria Parrotta[1], Marco Valente[2], Elena Piazzalunga[1], Dante Mantini[3], Laura Danesin[1], Lucia Golfieri[2], Luciano Potena[2]

[1] IRCCS San Camillo, Venezia - [2] IRCCS Sant'Orsola, Bologna - [3] Centre of Movement Disorder, Leuven, Belgio

SCOPO DEL LAVORO

Il trapianto cardiaco (HTx) rappresenta il trattamento definitivo per i pazienti con scompenso cardiaco (HF) in fase terminale. Le complicanze neurologiche, in particolare il deterioramento cognitivo (CI), possono influenzare la prognosi, condizionando così il beneficio complessivo derivante dal trapianto. Nello scompenso cardiaco, il deterioramento cognitivo è associato alla gravità della malattia, alla disfunzione di organi extracardiaci e a fattori peri- e intraoperatori quali ventilazione meccanica prolungata, ipoperfusione cerebrale e infiammazione sistemica. Tuttavia, gli studi disponibili sul deterioramento cognitivo nei candidati a trapianto cardiaco risultano altamente eterogenei, limitando la comparabilità dei risultati e sottolineando la necessità di una migliore comprensione del suo impatto sia nei candidati sia nei riceventi.

MATERIALI E METODI

La presente revisione sistematica è stata registrata nel database PROSPERO (CRD42024549051) ed è stata condotta in conformità alle linee guida PRISMA. È stata effettuata una ricerca bibliografica nelle banche dati PubMed, Scopus ed Embase per gli studi pubblicati tra il 2013 e giugno 2024. Sono stati inclusi gli studi che valutavano la funzione cognitiva o la qualità di vita in pazienti adulti affetti da scompenso cardiaco sottoposti a trapianto cardiaco.

RISULTATI

Su 1188 record identificati, otto studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione. La maggior parte degli studi cognitivi ha utilizzato il Montreal Cognitive Assessment (MoCA), mentre due hanno impiegato batterie neuropsicologiche complete. Le evidenze hanno confermato che il deterioramento cognitivo è frequente sia nei pazienti con scompenso cardiaco sia nei riceventi di trapianto cardiaco. L'integrazione dello stato cognitivo nelle valutazioni di fragilità ha migliorato la capacità di predire esiti avversi, inclusi ospedalizzazioni prolungate e ridotta sopravvivenza. Un peggioramento cognitivo è stato frequentemente osservato nel periodo immediatamente successivo al trapianto, spesso associato a terapie immunosoppressive ad alte dosi e ad anemia; al contrario, nel lungo termine sono stati riportati miglioramenti nei domini dell'attenzione, della memoria e delle funzioni esecutive.

CONCLUSIONI

La valutazione cognitiva rappresenta un elemento essenziale nel percorso di valutazione dei candidati a trapianto cardiaco, poiché il deterioramento cognitivo esercita un impatto rilevante sulla sopravvivenza. Ulteriori studi sono necessari per chiarire le traiettorie cognitive a lungo termine e il ruolo della terapia immunosoppressiva nel determinare gli esiti clinici e cognitivi dopo il trapianto.

CRITERI ECOCARDIOGRAFICI DI IPERTROFIA VENTRICOLARE SINISTRA E RISCHIO DI SCOMPENSO CARDIACO IN PAZIENTI IPERTESI ANZIANI

Francesca Coccina[1], Rosa Scurti[2], Lucia Fasciani[1], Sante Donato Pierdomenico[3]

[1] Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina e Odontoiatria, Università degli Studi "Gabriele d'Annunzio", Chieti-Pescara; Unità di Geriatria, Ospedale Santo Spirito, Pescara - [2] Unità di Geriatria, Ospedale Santo Spirito, Pescara - [3] Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina e Odontoiatria, Università "Gabriele d'Annunzio", Chieti-Pescara, Chieti

SCOPO DEL LAVORO

L'ipertrofia ventricolare sinistra (IVS) è un fattore di rischio per lo sviluppo di scompenso cardiaco (SC). Vi sono vari criteri ecocardiografici per definire l'IVS L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare quale definizione ecocardiografica di IVS si associa meglio al rischio di futuro SC in pazienti ipertesi anziani.

MATERIALI E METODI

In questo studio retrospettivo, abbiamo valutato 745 ipertesi trattati (41% uomini), di età superiore a 65 anni (media ± ds, 72.5 ± 5), sottoposti a valutazione clinica, monitoraggio pressorio delle 24-ore, esami laboratoristici ed ecocardiogramma. Le misurazioni ecocardiografiche del ventricolo sinistro ed il calcolo della massa ventricolare sinistra indicizzata (MVSI) sono state effettuate con metodiche standard. L'IVS è stata definita mediante 5 criteri ecocardiografici, in base alla MVSI, che sono stati proposti nel tempo: A) > 110 g/m^2/125 g/m^2; B) > 47 g/m2.7/50 g m2.7; C) > 95 g/m^2/115 g/m^2; D) > 44 g/m2.7/48 g m2.7; E) > 82 g/m2/88 g/m2 in donne/uomini, rispettivamente. L'associazione dell'IVS e di altre variabili con la comparsa di futuro SC è stata valutata mediante l'analisi di regressione di Cox univariata e multivariata, riportando l'hazard ratio (HR) e l'intervallo di confidenza (CI) al 95%.

RISULTATI

Durante il follow-up (8.4 + 4.8 anni), si sono verificati 82 eventi di SC. Dopo aggiustamento per età, diabete, filtrato glomerulare, pregressi eventi cardiovascolari, disfunzione sistolica asintomatica del ventricolo sinistro, pressione arteriosa sistolica delle 24-ore, nondipping e rialzo pressorio mattutino, l'HR (95% CI) era 1,90 (1,17-3,09) per il criterio A, 1,88 (1,16-3,04) per il criterio B, 1,60 (1,00-2,58) per il criterio C, 1,50 (0,93-2,41) per il criterio D e 1,05 (0,58-1,89) per il criterio E.

CONCLUSIONI

In questa popolazione di pazienti ipertesi anziani trattati, i criteri ecocardiografici di IVS A (> 110 g/m^2/125 g/m^2), B (> 47 g/m2.7/50 g m2.7) e C (> 95 g/m^2/115 g/m^2) sono risultati meglio associati al rischio di futuro SC.

Bibliografia

de Simone G, Devereux RB, Daniels SR, et al. Effect of growth on variability of left ventricular mass: assessment of allometric signals in adults and children and their capacity to predict cardiovascular risk. J Am Coll Cardiol 1995; 25:1056-1062.

Devereux RB, Lutas EM, Casale PN, et al. Standardization of M-mode echocardiographic left ventricular anatomic measurements. J Am Coll Cardiol 1984;4:1222-1230.

Koren MJ, Devereux RB, Casale PN, et al. Relation of left ventricular mass and geometry to morbidity and mortality in uncomplicated essential hypertension. Ann Intern Med 1991;114:345-352.

Marwick TH, Gillebert TC, Aurigemma G, et al. Recommendations on the Use of Echocardiography in Adult Hypertension: A Report from the European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) and the American Society of Echocardiography (ASE). J Am Soc Echocardiogr. 2015;28:727-754.

Playford D, Strange G, Joseph M, et al. Increasing Left Ventricular Mass and Death in Men and Women Investigated With Echocardiography. J Am Heart Assoc. 2025;14:e041927.

OLTRE LO SCOMPENSO CARDIACO: UN CASO EMBLEMATICO DI AMILOIDOSI CARDIACA DA TRANSTIRETINA WILD-TYPE

Teresa Cristofaro, Giandomenico Severini, Fabiana Vescio, Federica Attinà, Elisabetta Buttiglieri, Ilaria Bruno Bossio, Martina Crasa, Maria Cristina Giulino, Carlo Alberto Pastura, Valentino Condoleo, Sofia Miceli, Raffaele Maio, Giuseppe Armentaro, Angela Sciacqua

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università "Magna Graecia" di Catanzaro; UOC Geriatria, AOU Renato Dulbecco, Catanzaro

INTRODUZIONE

L'amiloidosi cardiaca è una patologia infiltrativa caratterizzata dalla deposizione extracellulare di fibrille amiloidi, che determinano aumento degli spessori ventricolari, disfunzione cardiaca progressiva e prognosi sfavorevole se non trattata.

CASO CLINICO

Uomo di 78 anni giunge da PS per dispnea ingravescente da diverse settimane (NYHA III). In anamnesi IA, DM tipo 2, pregresso tunnel carpale bilaterale, stenosi del canale midollare. All'ingresso vigile e collaborante, emodinamicamente stabile (MOCA 25/30, IADL 6/8, BADL 4/6, Conley score > 2). EO: crepitii polmonari basali diffusi, soffio sistolico aortico e edemi declivi pretibiali bilaterali. Aritmia totale da FA 110/min, conduzione IV nella norma, scarsa progressione dell'onda R nelle derivazioni precordiali e bassi voltaggi nelle derivazioni periferiche. Laboratorio: Hb 11,9 g/dL, formula nella norma, PLT 194.000/µL, creatinina 1.82 mg/dL (eGFR 36 mL/min/1,73 m^2), HbA1c 7,7%, elettroliti nella norma, UACR 380 mg/g, NT-proBNP 4350 pg/mL e troponina HS 0,085 ng/mL (v.n. 0-0.014) trend stabile, QSP nella norma. EcoCardiogrammaCD: ventricolo sinistro di normali volumi con severo ispessimento parietale, pattern "granular sparkling", FE 58%, severa dilatazione atriale sinistra, lieve dilatazione delle sez. destre, stenosi aortica lieve-moderata.

In considerazione del quadro di scompenso cardiaco e fibrillazione atriale non databile veniva effettuata terapia diuretica EV con furosemide, anticoagulazione con NOAC e gestione della frequenza cardiaca con bisoprololo titolato fino alla dose di 3,75 mg x 2 die e digossina 0.125 mg/die, con beneficio clinico nei giorni successivi. Posto il sospetto di amiloidosi cardiaca, veniva effettuato esame scintigrafico con tracciante osseo 99mTc-HDP che mostrava intensa captazione miocardica (Perugini score 3), determinazione delle catene leggere (rapporto Kappa/Lambda = 1,89) e analisi genetica del gene *TTR*, conclusivi per Amiloidosi cardiaca ATTR wild-type.

La terapia medica per scompenso cardiaco a FE preservata veniva ottimizzata con Empagliflozin 10 mg/die, considerata la nefropatia diabetica è stato introdotto Finerenone 10 mg/die ed in dimissione è stato introdotto in terapia Acoramidis 356 mg 2 cp x2/die. Al follow-up dopo 4 settimane il paziente riferiva significativo miglioramento clinico e funzionale, classe NYHA II, KCCQ-OSS da 65→78 pt, gait speed da 0,66 m/s a 0,78 m/s, miglioramento dei parametri di laboratorio (eGFR 40 mL/min/1.73 m^2, UACR 290 mg/g), NT-proBNP 2650 pg/mL.

CONCLUSIONI

L'amiloidosi cardiaca rappresenta una patologia sottodiagnosticata e sottotrattata a causa della sua complessità clinica. Il riconoscimento precoce dei red flags, la correlazione con il quadro clinico e un appropriato iter diagnostico-strumentale consentono di porre diagnosi con la possibilità di ricorrere a terapie disease-modifying che permettono la stabilizzazione di malattia e di impattare positivamente sulla qualità di vita dei pazienti anziani affetti da amiloidosi.

Bibliografia

https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad194
https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021612

ASSOCIAZIONE DI ANKLE-BRACHIAL INDEX CON I DOMINI MULTIDIMENSIONALI GERIATRICI - PROTOCOLLO E RISULTATI PRELIMINARI

Giovanni Curcio[1], Simona Ercolano[1], Francesco Manfredonia[1], Dario Leosco[1], Giuseppe Rengo[1], Giampiero Avruscio[2], Carmen Tirrito[2], Leonardo Bencivenga[1]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi di Napoli "Federico II" - [2] UOC Angiologia, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari, Università degli Studi di Padova

SCOPO DEL LAVORO

La Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD) è un processo diagnostico complesso volto ad individuare gli anziani fragili e/o vulnerabili. È basata su un approccio interdisciplinare [1,2]. L'Ankle-Brachial Index (ABI) è un marker di aterosclerosi sistemica e salute vascolare complessiva, usato come metodo di screening per la diagnosi di arteriopatia obliterante periferica degli arti inferiori (AOAI), una condizione molto frequente negli anziani, specie nei più fragili, associata a malattia cerebrovascolare e sindrome coronarica [3]. L'analisi combinata di ABI e VMD non è stata ancora adeguatamente testata come strumento per identificare i pazienti anziani fragili con maggior rischio cardiovascolare.
L'obiettivo del nostro studio e di valutare se sussiste una associazione tra l'ABI e i principali domini multidimensionali geriatrici, in particolare si vuole verificare se i pazienti con fragilità e burden di comorbidità maggiore hanno anche un ABI patologico (ABI < 0.9) e quindi un rischio cardiovascolare maggiore.

MATERIALI E METODI

La popolazione oggetto di studio è costituita da pazienti afferenti alle strutture assistenziali dell'UOC di Geriatria e Fibrosi Cistica dell'adulto dell'AOU di Napoli Federico II. I pazienti sono stati sottoposti a VMD, in particolare i test utilizzati sono stati: il Montreal Cognitive Assessment (MOCA) per indagare il dominio cognitivo e Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) per lo stato di salute globale, l'Handgrip Strenght dell'arto dominante per valutare la performance fisica, e la Clinical Frailty Scale (CFS) per stimare il grado di fragilità. L'ABI è stato eseguito con l'ausilio dell'ecografo Mindray M7 [4]. Per ogni paziente sono stati raccolti dati anamnestici in particolare la presenza di diabete mellito tipo 2 ed è stata segnalata l'assunzione in particolare di farmaci antiaggreganti, anticoagulanti e farmaci ipolipemizzanti. Tutti i pazienti arruolati sono stati sottoposti a misurazione dell'ABI ed i dati sono state correlati alle variabili continue espresse come media e range interquartile, e le categoriche come osservazioni e percentuale. Un modello di regressione logistica è stato utilizzato per valutare le variabili multidimensionali associate all'ABI.

RISULTATI

A giugno 2026, sono stati arruolati 58 pazienti, di età media 75,6 ± 7,4 di cui 26 (44,8%) di sesso maschile e (55,2%) di sesso femminile, 11 (22,4%) di diabetici, 9 (15%) pazienti con ABI positivo presentano ridotti valori di Handgrip (15,2 ± 2,1 vs 21,8 ± 1,3 $p < 0,05$) e un maggiore burden di comorbidità CIRS (5,6 ± 1,3 vs 4,1 ± 1,8, $p < 0,05$). Non emergono differenze significative in temini di sesso, altri test di VMD, diabete e farmaci considerati. All'analisi di regressione multivariata, la comorbidità CIRS risulta significativamente associata ad ABI patologico indipendente da età, sesso e Handgrip, che risultano non significativamente correlati.

CONCLUSIONI

I dati preliminari del presente studio suggeriscono che in una popolazione di anziani, ridotti valori di Handgrip ed il burden di comorbidità sono associati ad ABI patologico e conseguentemente ad un maggior rischio di eventi cardiovascolari, suggerendo la necessità di un monitoraggio costante del raggiungimento dei target terapeutici dei fattori di rischio cardiovascolare.

Bibliografia
1. Lindner-Rabl S, et al. 2023 Jul 1;23(3).
2. Roller-Wirnsberger R, et al.
3. Cacoub PP, et al. 2009 Jun;204(2).
4. Hur KY, et al. 2018 Feb 1.

PRESSIONE ARTERIOSA DIASTOLICA E COMPROMISSIONE MULTIDIMENSIONALE IN PAZIENTI VALUTATI PER TAVI: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

Chiara Curreri[1], Alessandro Perencin[1], Paolo Rollo[1], Alberto Rossi[2], Adele Scilla Foti[1], Carlotta Bortoluzzi[1], Francesca Curri[3], Lavinia Maria Alessandra Patetta[4], Bruno Micael Zanforlini[1], Mario Virgilio Papa[1], Chiara Ceolin[1], Giuseppe Sergi[1], Marina De Rui[1]

[1] Unità di Geriatria, Dipartimento di Medicina (DIMED), Università degli Studi di Padova - [2] Unità di Geriatria, Azienda ULSS 3 Serenissima, Ospedale dell'Angelo, Venezia - Mestre - [3] Unità di Geriatria, Azienda ULSS 8 Berica, Vicenza - [4] Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Università degli Studi di Milano

SCOPO DEL LAVORO

Recenti evidenze suggeriscono che una bassa pressione arteriosa diastolica (PAD) sia associata a un aumento di rischio per outcome sfavorevoli. Nei pazienti anziani sottoposti a TAVI essa potrebbe rappresentare un importante fattore di ridotta riserva emodinamica. Tuttavia, la relazione della PAD con la valutazione multidimensionale geriatrica rimane ancora poco esplorata.

MATERIALI E METODI

Abbiamo analizzato una coorte di pazienti anziani sottoposti a valutazione per TAVI presso l'Unità di Geriatria dell'Azienda Ospedale Università Padova (aprile 2023 - novembre 2024). La PAD media è stata misurata mediante monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa (ABPM). Per ogni paziente è stato valutato il Multidimensional Prognostic Index (MPI), Short Physical Performance Battery (SPPB) ed Essential Frailty Toolset (EFT). Le associazioni tra PAD e outcome geriatrici sono state esplorate mediante analisi di correlazione, confronti tra gruppi e modelli di regressione multivariata aggiustati per età e sesso.

RISULTATI

Sono stati inclusi 179 pazienti (età mediana 82 anni). I pazienti con PAD < 70 mmHg presentavano valori di MPI significativamente più elevati rispetto a quelli con PAD ≥ 70 mmHg (0,31 vs 0.25, p = 0,007). Nelle analisi di correlazione, una PAD più bassa era associata a valori più elevati di MPI (rho = –0,30, p < 0.001). Tale associazione è rimasta significativa dopo aggiustamento per età e sesso (β = –0.003 per mmHg, IC 95% -0,005 a –0,001; p = 0,015), corrispondente a una riduzione di circa 0,03 punti di MPI per ogni 10 mmHg di aumento della PAD. I pazienti nei quartili più bassi di PAD mostravano valori progressivamente più elevati di MPI. Le misure di fragilità hanno mostrato un pattern simile ma più debole, mentre nessuna associazione significativa è emersa tra PAD e SPPB.

CONCLUSIONI

Una PAD media più bassa è associata a maggiore compromissione multidimensionale nei pazienti anziani valutati per TAVI. Questi risultati suggeriscono che la PAD possa riflettere uno stato di vulnerabilità globale in questa popolazione. La misurazione della PAD tramite ABPM potrebbe fornire informazioni cliniche aggiuntive nella valutazione geriatrica pre-TAVI.

Bibliografia
Goudzwaard JA, Chotkan S, De Ronde-Tillmans MJAG, et al. Multidimensional Prognostic Index and Outcomes in Older Patients Undergoing Transcatheter Aortic Valve Implantation: Survival of the Fittest. J Clin Med. 2021;10(16):3529.
Lip S, Tan LE, Jeemon P, et al. Diastolic Blood Pressure J-Curve Phenomenon in a Tertiary-Care Hypertension Clinic. Hypertension. 2019;74(4):767-775.
Protogerou AD, Safar ME, Iaria P, et al. Diastolic blood pressure and mortality in the elderly with cardiovascular disease. Hypertension. 2007;50(1):172-180.
Safar ME, Levy BI, Struijker-Boudier H. Current perspectives on

Outcome	Effect of DBP (per mmHg)	95% CI	p-value
Multidimensional Prognostic Index (MPI)	β = -0.003	-0.005 to -0.001	0.015
Frailty score	β = -0.027	-0.059 to 0.006	0.111
Frailty scale	β = -0.001	-0.025 to 0.024	0.959
SPPB total score	β = 0.038	-0.020 to 0.096	0.193
Frailty (binary)	OR = 1.00	0.94 to 1.07	0.960

Tabella 1. Associazione multivariata tra la pressione arteriosa diastolica media e gli esiti geriatrici. Modelli di regressione lineare e logistica aggiustati per valutare l'associazione tra la pressione arteriosa diastolica media (DBP) e gli score geriatrici. I risultati sono riportati come coefficienti β (per gli esiti continui) e **odds ratio** (OR, per l'esito binario) per ogni incremento di **1 mmHg** della DBP, con i relativi intervalli di confidenza al **95% (IC 95%)**. I modelli sono aggiustati per età e sesso.

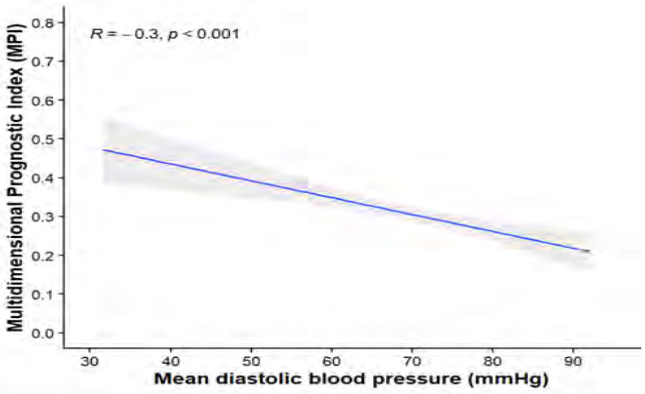


Figura 1. Relazione tra la pressione arteriosa diastolica media e la compromissione multidimensionale. Grafico a dispersione che illustra l'associazione tra la pressione arteriosa diastolica media (DBP) e il Multidimensional Prognostic Index (MPI). La linea di regressione (continua), con il relativo intervallo di confidenza al 95% (area ombreggiata), evidenzia una relazione inversa, nella quale valori più bassi di DBP sono associati a valori più elevati di MPI.

arterial stiffness and pulse pressure in hypertension and cardiovascular diseases. Circulation. 2003;107(22):2864-2869.
Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. Eur Heart J. 2022;43(7):561-632.

CORRELAZIONE TRA FRAGILITÀ E RISCHIO DI RIACUTIZZAZIONE SEVERA DI MALATTIA IN PAZIENTI ANZIANI AFFETTI DA SCOMPENSO CARDIACO AFFERENTI ALLA SOC DI GERIATRIA TERRITORIALE

Marta Domeneghetti[1], Alessandro Picci[1], Angela Riccardi[2], Valeria Baiano[2], Stephanie Pivetta[2], Debora Donnini[1], Alessandro Cavarape[3]

[1] SOC Geriatria Territoriale, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), Udine - [2] SOC Medicina Interna 2 e Reparto Post-acuti, Presidio Ospedaliero S.M. Misericordia, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), Udine - [3] Dipartimento di Medicina (DMED), Università degli Studi di Udine; SOC Medicina Interna 2, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), Udine

SCOPO DEL LAVORO

Lo scompenso cardiaco cronico (SCC) costituisce una delle principali cause di ospedalizzazione. La condizione di fragilità è comune nei pazienti affetti da SCC, con una prevalenza intorno al 45%. L'obiettivo primario di questo studio è quello di verificare una correlazione tra il tasso di riacutizzazione severa di malattia in anziani affetti da SCC e il grado di fragilità misurato nei 12 mesi successivi alla presa in carico da parte della SOC di Geriatria Territoriale dell'ASU Friuli Centrale (ASUFC). Ulteriore obiettivo era valutare la mortalità correlata al grado di fragilità entro 12 mesi dalla prima valutazione geriatrica.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale, retrospettivo su 69 pazienti valutati in prima visita per presa in carico dalla Geriatria Territoriale ASUFC tra il 01.01.2024 e il 30.04.2025. I dati relativi al Clinical Frailty Scale (CFS), ADL e IADL, comorbidità e terapia sono stati raccolti nella prima visita Geriatrica mentre i dati relativi al tasso di riacutizzazione di malattia, mortalità e dati laboratoristici sono stati estrapolati dal sistema informatico aziendale. Sono state analizzate le correlazioni tra variabili e il numero di riacutizzazioni di malattia o mortalità per cause cardiovascolari o per tutte le cause.

RISULTATI

L'età media era di 86,4+6,7 anni (F = 62%). Il 52% dei soggetti presentava punteggi della CFS compresi tra 5 e 6, il 42% punteggi compresi tra 7 e 8. Al termine dei 12 mesi di follow-up erano deceduti 20 pazienti (29%), di cui 7 (10%) per cause cardiovascolari. Solo 5 pazienti (7,2%) hanno presentato più di 3 riacutizzazioni severe nei 12 mesi di osservazione: tutti di sesso maschile, 3 di essi presentavano CFS 7-8. Non è emersa alcuna associazione statisticamente significativa tra grado di fragilità e numero di riacutizzazioni/anno o mortalità per tutte le cause. Non sono emerse, altresì, correlazioni statisticamente significative tra le altre variabili esaminate (comorbidità, funzione renale, età, sesso, punteggi ADL/IADL) e il numero di riacutizzazioni di scompenso cardiaco e/o mortalità per tutte le cause. Con i limiti legati allo studio, nella popolazione geriatrica presa in carico dalla SOC Geriatria Territoriale affetta da scompenso cardiaco e recente ospedalizzazione, né il grado di fragilità né la presenza di polipatologia correlano con la frequenza di riacutizzazioni severe di malattia che richiedono ricovero ospedaliero e/o accesso in Pronto Soccorso, né con la mortalità a 12 mesi, cardiovascolare e per tutte le cause. I risultati suggeriscono che un attento follow-up postdimissione ed una presa in carico personalizzata di anziani fragili, pluricomorbidi ed affetti

da SCC o potrebbe concorrere a ridurre il tasso di ospedalizzazione e la mortalità a 1 anno.

CONCLUSIONI

Una SOC di Geriatria Territoriale rappresenta un contesto privilegiato per promuovere una gestione integrata tra Medico di Medicina Generale e servizi territoriali dei pazienti anziani fragili affetti da SCC. Lo studio fornisce una base conoscitiva utile per la pianificazione di nuove opportunità di intervento finalizzate alla attivazione di percorsi multidisciplinari ai fini di ridurre il tasso di riospedalizzazione e la mortalità per tutte le cause nei pazienti anziani fragili affetti da scompenso cardiaco.

Bibliografia

Nakade T, et al. Frailty Scale Captures Multidimensional Vulnerability and Predicts Mortality in Heart Failure. J Am Coll Cardiol. 2026;87(1):20.

van Oppen JD, et al. Using the Clinical Frailty Scale (CFS) in geriatric emergency medicine. Emerg Med J. 2024;41(9):512.

PREDITTORI DI FRAGILITÀ NEL PAZIENTE ANZIANO AFFETTO DA SINDROME CORONARICA CRONICA: DATI DI REAL LIFE

Maria Cristina Giulino[1], Giandomenico Severini[2], Maria Rosa[1], Ilaria Bruno Bossio[1], Ilaria Gareri[1], Natalizia Mammone[1], Marilisa Panza[1], Maria Rosangela Scarcelli[1], Velia Cassano[1], Valentino Condoleo[2], Sofia Miceli[2], Raffaele Maio[2], Giuseppe Armentaro[2], Angela Sciacqua[1]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi "Magna Graecia", Catanzaro - [2] UOC Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco", Catanzaro

SCOPO DEL LAVORO

La relazione tra fragilità e sindrome coronarica cronica (SCC) è bidirezionale e complessa. La fragilità rappresenta un potente promotore del declino clinico e funzionale. L'identificazione precoce della fragilità consente una stratificazione prognostica più accurata e permette di attuare interventi preventivi e terapeutici mirati. Scopo dello studio è identificare i fattori clinici e bioumorali associati allo stato di fragilità in pazienti anziani con SCC.

MATERIALI E METODI

Nel presente studio osservazionale trasversale sono stati arruolati 598 pazienti anziani affetti da SCC. La fragilità è stata valutata secondo la Fried Frailty Scale; conseguentemente sono stati definiti 3 gruppi: Robusto (n = 304; 50,8%), Pre-fragile (n = 145; 24,2%) e Fragile (n = 149; 24,9%). Le variabili che differivano in maniera statisticamente significativa tra i due gruppi, sono state inserire in uno modello di regressione logistica uni e multivariata rispetto al gruppo Robusto ($p < 0,05$).

RISULTATI

Nel confronto Pre-fragile vs Robusto sono risultate associate in maniera significativa: sesso femminile (OR 3,43; IC 95% 1,90-6,19; $p < 0,001$), anamnesi positiva per fibrillazione atriale (FA) (OR 2,58; IC 95% 1,48-4,49; $p < 0,001$), arteriopatia obliterante periferica (OR 2,43; IC 95% 1,37-4,29; $p = 0,002$), insufficienza renale cronica (IRC) (OR 1,99; IC 95% 1,25-3,18; $p = 0,004$), anemia multifattoriale (OR 1,71; IC 95% 1,06-2,77; $p = 0,029$) e rapporto PCR/Albumina (OR 1,60; IC 95% 1,29-1,98; $p < 0,001$).

Nel confronto Fragile vs Robusto sono risultate associate in modo indipendente: sesso femminile (OR 3,16; IC 95% 1,72-5,79; $p < 0,001$), anamnesi positiva per FA (OR 2,30; IC 95% 1,24-4,25; $p = 0,008$), rapporto PCR/Albumina (OR 2,08; IC 95% 1,65-2,63; $p < 0,001$), IRC (OR 1,72; IC 95% 1,03-2,86; $p = 0,038$) e decadimento cognitivo (MoCA < 26; OR 1,78; IC 95% 1,02-3,11; $p = 0,044$).

Il rapporto PCR/Albumina, il sesso femminile, la FA e l'IRC si associano in maniera indipendente e significativa allo stato di fragilità in entrambi i confronti, mentre MoCA < 26 si è associato in modo selettivo alla sola fragilità conclamata. All'analisi delle curve ROC, il rapporto PCR/Albumina ha mostrato capacità discriminante crescente con la gravità del quadro di fragilità: AUC 0,67 (IC 95% 0,61-0,72) per Pre-fragile vs Robusto, 0,79 (IC 95% 0,74-0,83) per Fragile vs Robusto e 0,73 (IC 95% 0,69-0,77) per Non-Robusto vs Robusto.

CONCLUSIONI

Nel paziente anziano con sindrome coronarica cronica il sesso femminile, la FA, la IRC e lo stato infiammatorio-nutrizionale si associano in modo indipendente allo stato di fragilità, mentre il decadimento cognitivo caratterizza la fragilità conclamata. Infine, il rapporto PCR/Albumina potrebbe supportare l'identificazione precoce dei pazienti a rischio di sviluppare fragilità.

Bibliografia

Arshad S, Khan S, Karim A, et al. The burden of malnutrition and frailty in patients with coronary artery disease. JRSM Cardiovasc Dis. 2022;11:20480040221102741.

Damluji AA, Chung SE, Xue QL, et al. Frailty and cardiovascular outcomes in the National Health and Aging Trends Study. J Am Heart Assoc. 2019;8(19):e013686.

Singh M, Stewart R, White H. Importance of frailty in patients with cardiovascular disease. Eur Heart J. 2014;35(26):1726-1731.

Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, et al. ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537.

SGLT2-INIBITORI NELLO SCOMPENSO CARDIACO DELL'OVER 80: RUOLO DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA NELLA PRESCRIZIONE E PROSECUZIONE TERAPEUTICA

Martina Marelli[1], Alberto Finazzi[1], Luca Tinelli[1], Chiara Riva[1], Lavinia Vitali[1], Lucrezia Zanotti[1], Emma Esposito[1], Eleonora Cucini[1], Adriana Antonella Bruni[2], Chukwuma Okoye[1], Giuseppe Bellelli[1]

[1] Scuola di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano - [2] SC Geriatria, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza

SCOPO DEL LAVORO

Gli inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2i) sono oggi riconosciuti come un pilastro del trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica (chronic heart failure, CHF). Nonostante le raccomandazioni delle linee guida, il loro impiego rimane subottimale nei pazienti più anziani, anche per le preoccupazioni dei clinici riguardo al profilo di tollerabilità in questa popolazione. In tale contesto, la valutazione multidimensionale geriatrica (VMG), esplorando molteplici domini, può fornire informazioni utili a supportare la decisione terapeutica. Questo studio si è proposto di investigare i fattori derivati dalla VMG associati alla prescrizione di SGLT2i e alla prosecuzione della terapia a 4 mesi in una coorte di pazienti over 80 affetti da CHF.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo su una coorte di pazienti affetti da CHF, valutati presso l'Ambulatorio Cardio-Geriatrico della SC Geriatria dell'Ospedale San Gerardo di Monza tra il 1° gennaio 2024 e il 1° gennaio 2025. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a VMG. La fragilità è stata valutata mediante Primary Care Frailty Index (PC-FI) e Clinical Frailty Scale (CFS). La compromissione della performance fisica è stata definita dalla presenza di un punteggio ≤6 alla Short Physical Performance Battery (SPPB) o di una velocità del cammino ≤ 0,8 m/s. La valutazione cognitiva e l'eventuale diagnosi di demenza sono state effettuate mediante somministrazione di test neuropsicologici e/o inquadramento anamnestico-clinico. Le informazioni relative alla terapia farmacologica basale e alla conferma della prescrizione di SGLT2i a 4 mesi sono state estratte dalle cartelle cliniche informatizzate.

RISULTATI

Sono stati inclusi nello studio 351 pazienti, con età mediana di 86,9 anni (IQR 84,2-89,4). Alla visita baseline, 180 pazienti presentavano una prescrizione di SGLT2i. All'analisi di regressione logistica multivariabile, la presenza di demenza e la compromissione della performance fisica sono risultate gli unici fattori indipendentemente associati a una minore probabilità di prescrizione del farmaco, rispettivamente con odds ratio (OR) 0,47 (IC 95% 0,26-0,81; p = 0,008) e OR 0,56 (IC 95% 0,31-0,99; p = 0,048). Al contrario, l'età e il grado di fragilità, valutato mediante PC-FI e CFS, non hanno mostrato associazioni significative con la prescrizione di SGLT2i. Tra i pazienti con dati disponibili al follow-up (n = 199; follow-up mediano 119 giorni, IQR 77-182), la terapia con SGLT2i è stata confermata in oltre il 90% dei pazienti trattati alla visita basale.

CONCLUSIONI

In una coorte real-world di pazienti over 80 affetti da CHF, i deficit di tipo cognitivo e motorio hanno guidato la scelta clinica relativa agli SGLT2i, condizionandone negativamente la prescrizione. Una volta avviata, la terapia ha dimostrato un profilo di sicurezza favorevole, rimanendo ampiamente mantenuta al follow-up a 4 mesi. Questi risultati suggeriscono che il trattamento con SGLT2i sia tendenzialmente prescritto nei pazienti più fit, con buona tollerabilità una volta avviato.

Bibliografia

Savarese G, et al. (2023). Undertreatment with disease-modifying medical therapies in older patients with heart failure: a registry-based study. Journal of the American Heart Association (JAHA), 12(11), e028931.

LA FIBRILLAZIONE ATRIALE CRONICA NELL'ANZIANO: FATTORI ASSOCIATI E VALUTAZIONE DELLA FRAGILITÀ IN UNA POPOLAZIONE GERIATRICA

Chiara Mussi, Marco Bertolotti, Agnese Vestri, Lorenzo Luppi, Jacopo Usai

Università degli Studi di Modena e Reggio-Emilia (UNIMORE), Modena

SCOPO DEL LAVORO

La fibrillazione atriale rappresenta una delle aritmie a più alta prevalenza nella popolazione geriatrica, classicamente associata a un incremento del rischio di stroke, ospedalizzazione e mortalità. Tuttavia, nel grande anziano, la presenza di multimorbilità e sindromi geriatriche rende complesso quantificare il reale peso prognostico isolato di tale condizione. Questo studio si propone di caratterizzare il profilo clinico dei pazienti anziani affetti e

non affetti da FA, analizzando la relazione indipendente tra l'aritmia, il grado di fragilità, la sopravvivenza e i tassi di riammissione ospedaliera a 6 e 12 mesi.

MATERIALI E METODI
Studio osservazionale retrospettivo condotto su 240 pazienti stabili di età superiore a 65 anni ricoverati presso l'U.O. di Geriatria dell'Ospedale Civile di Baggiovara (AOU di Modena) tra gennaio 2024 e aprile 2025. La coorte è stata stratificata in base alla presenza/assenza di FA. Per ogni soggetto sono stati raccolti parametri demografici, anamnestici, farmacologici e dati derivanti dalla Valutazione Multidimensionale Geriatrica. La fragilità è stata quantificata mediante la Clinical Frailty Scale, mentre il carico di comorbilità è stato stimato tramite il CIRS Comorbidity Index. Sono stati registrati la mortalità totale, i ricoveri ospedalieri e gli accessi in Pronto Soccorso a 6 e 12 mesi dalla dimissione.

RISULTATI
Della coorte analizzata (240 pazienti), 81 soggetti (33,8%) presentavano FA. Rispetto ai controlli in ritmo sinusale, i pazienti con FA erano significativamente più anziani (età mediana 87 vs 84 anni; p = 0,011) e mostravano una superiore prevalenza di scompenso cardiaco (33,3% vs 14,0%; p < 0,001), arteriopatia obliterante degli arti inferiori (AOCP: 22,2% vs 10,8%; p = 0,019) e un regime di polifarmacoterapia più severo (numero mediano di farmaci: 8 vs 7; p = 0,010). All'ammissione, oltre l'80% dei soggetti con FA risultava già in terapia anticoagulante orale. All'analisi multivariata, la diagnosi di FA non è risultata associata in modo indipendente a un maggiore punteggio di fragilità; al contrario, i determinanti principali e indipendenti della CFS sono stati l'età (p < 0,001), il CIRS Comorbidity Index (p < 0,001) e la demenza (p < 0,001). Durante il follow-up a 6 e 12 mesi, non sono emerse differenze significative tra i due gruppi in termini di mortalità, riospedalizzazioni o accessi in PS. Nei modelli di regressione logistica, la FA non si è dimostrata un predittore indipendente di mortalità né a 6 mesi ($OR = 1,17$; IC95%: 0,54-2,53; p = 0,690) né a 12 mesi ($OR = 1,41$; IC95%: 0,60-3,33; p = 0,433). Al contrario, la CFS ha mostrato un forte impatto sulla sopravvivenza, associandosi a un incremento del rischio di decesso del 48% a 6 mesi ($OR = 1,48$; p = 0,008) e del 69% a 12 mesi ($OR = 1,69$; p < 0,001) per ogni punto addizionale della scala. Parallelamente, il CIRS ha incrementato il rischio del 33% a 6 mesi ($OR = 1,33$; p = 0,032) e del 43% a 12 mesi ($OR = 1,43$; p = 0,003).

CONCLUSIONI
Nel setting della degenza geriatrica per acuti, la FA identifica una sottopopolazione di pazienti più anziani e caratterizzati da una spiccata complessità clinica per carico di comorbilità e politerapia. Tuttavia, l'aritmia non influisce in modo indipendente sullo status di fragilità né condiziona la prognosi a breve e medio termine. Tali evidenze suggeriscono che la FA, se inserita in un percorso di adeguato management terapeutico, non rappresenti di per sé un driver primario di outcome sfavorevoli, i quali restano guidati dalla fragilità intrinseca e dal burden globale delle comorbilità.

RISCHIO DI PROLUNGAMENTO DELL'INTERVALLO QTC ASSOCIATO AD ANTICORPI ANTI-RO/SSA CIRCOLANTI IN UNA AMPIA COORTE DI VETERANI AMERICANI: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

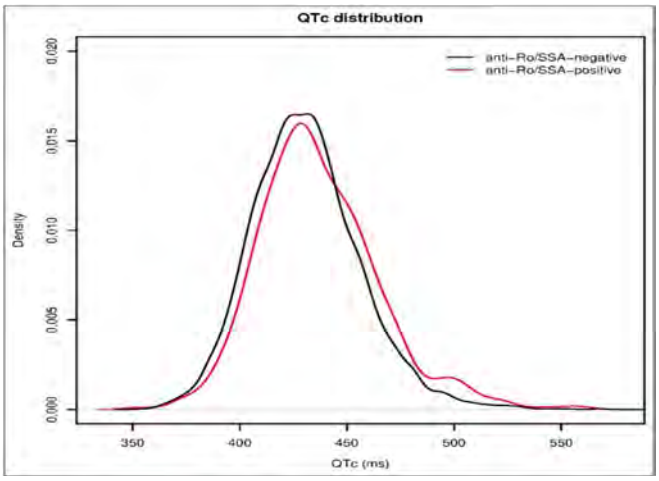
Simone Radi[1], Viola Salvini[1], Riccardo Accioli[2], Decoroso Verrengia[2], Anna Cantore[2], Fabio Salvadori[3], Sciaila Bernardini[1], Severino Gallo[1], Giovanni Donati[1], Francesca Giannelli[2], Elena Monciatti[2], Matteo Buratti[2], Alessandra Gallo[2], Pier Leopoldo Capecchi[2], Pietro Enea Lazzerini[2]

[1] Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena - [2] Università degli Studi di Siena - [3] ASL Toscana Centro, Empoli (FI)

SCOPO DEL LAVORO
Gli anticorpi anti-Ro/SSA (anti-Ro) sono responsabili di una nuova forma di sindrome del QT lungo acquisita, dovuta all'inibizione immuno-mediata dei canali del potassio cardiaci hERG (human ether-a-go-go-related gene). Tuttavia, le evidenze attuali derivano solo da studi meccanicistici di base e da indagini cliniche su campioni di dimensioni relativamente ridotte. Pertanto, lo scopo del nostro studio è stimare il rischio di prolungamento del QTc associato alla presenza di anti-Ro in un'ampia popolazione di soggetti non selezionati.

MATERIALI E METODI
È stato eseguito uno studio di coorte osservazionale retrospettivo basato sulla Veterans Affairs Informatics and Computing Infrastructure. I partecipanti selezionati sono stati tutti quelli che erano stati sottoposti alla ricerca degli anti-Ro circolanti e all'esecuzione un ECG. In questa popolazione sono state eseguite analisi statistiche descrittive e di regressione logistica univariata e multivariata per identificare i fattori di rischio per il prolungamento dell'intervallo QT corretto per la frequenza cardiaca (QTc).

RISULTATI
La popolazione dello studio era composta da 7339 soggetti (61,4 ± 12,2 anni), di cui 612 sono risultati positivi agli anti-Ro (8,3%). I soggetti anti-Ro-positivi hanno mostrato una maggiore prevalenza di prolungamento del



QTc, in presenza di altri fattori di rischio concomitanti (odds ratio [OR]: 1,67 [1,26-2,21] per QTc > 470/480 ms; 2,32 [1,54-3,49] per QTc > 490 ms; 2,77 [1,66-4,60] per QTc > 500 ms), indipendentemente dalla presenza o meno di una storia di connettivite. Gli aggiustamenti per età, sesso, elettroliti, fattori di rischio/malattie cardiovascolari e farmaci hanno gradualmente attenuato le stime di prolungamento del QTc, in particolare quando i farmaci che prolungano il QT venivano aggiunti al modello. Ciononostante, anche dopo correzione per tutti i fattori di rischio concomitanti, il rischio rimaneva significativamente aumentato nei soggetti anti-Ro-positivi, in particolare per QTc > 500 ms (2,27 [1,34-3,87]).

CONCLUSIONI

La positività agli anticorpi anti-Ro è risultata indipendentemente associata a un aumento del rischio di marcato prolungamento del QTc (> 500 ms) in una ampia coorte di veterani americani. I nostri dati suggeriscono che, all'interno della popolazione generale, gli individui anti-Ro positivi possano rappresentare un sottogruppo di pazienti particolarmente predisposto ad aritmie ventricolari/morte improvvisa cardiaca.

IL GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE MALATTIE CARDIOLOGICHE RARE-AMILOIDOSI (GICCA) DELL'AO SANTA CROCE E CARLE DI CUNEO: UN ESEMPIO DI GOVERNO CLINICO DELL'INNOVAZIONE ATTRAVERSO UN APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE GERIATRICO

Silvio Raspo, Giulia Carignano, Claudia Fruttero, Lucia Infante, Roberta Rossini, Eleonora Guzzafame, Marco Marabotto, Vittoria Tibaldi

Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle, Cuneo

SCOPO DEL LAVORO

Descrivere attività e risultati preliminari del Gruppo Interdisciplinare Cure malattie Cardiologiche rare-Amiloidosi (GICCA) della AO S. Croce e Carle di Cuneo, nato nel 2024, all'interno dell'Ambulatorio Malattie Rare Cardiologiche operativo dal 2022, allo scopo di individuare i soggetti affetti da amiloidosi cardiaca che, secondo una valutazione multiprofessionale e multidimensionale, possono maggiormente beneficiare delle terapie farmacologiche innovative, in un'ottica di appropriatezza prescrittiva e ottimizzazione delle risorse economiche.

MATERIALI E METODI

Il GICCA è un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da cardiologi, neurologi, geriatri, radiologi nucleari, genetisti, farmacisti ospedalieri. I pazienti provenienti da DEA, reparti ospedalieri o ambulatori di Cardiologia, con sospetto di amiloidosi vengono inviati all'Ambulatorio di Malattie Rare Cardiologiche ove si procede alla conferma della diagnosi, anche attraverso indagini genetiche. Successivamente, nell'ambito di un incontro mensile, i vari specialisti del GICCA si confrontano sulla diagnosi e in caso di dubbia fragilità del paziente viene richiesta la Valutazione Multidimensionale (VMD) Geriatrica per valutare la fattibilità dell'avvio della terapia con Tafamidis/Acoramidis. La VMD utilizza scale e test cognitivi-funzionali (ADL, IADL, MMSE, SPPB, criteri di Fried, Hand grip, MPI, CGA-FI) con l'obiettivo di misurare la fragilità del paziente ed individuare "cosa è meglio per lui" in relazione alla terapia disease-modifying.

RISULTATI

Dal 28/2/2022 al 30/5/2026 l'ambulatorio di malattie cardiologiche rare ha in follow-up per trattamento con Tafamidis 38 pazienti. Le VMD geriatriche nell'ambito del GICCA sono iniziate a giugno 2024 e ad oggi sono stati valutati 24 pazienti di cui 16 trattati con Tafamidis e 8 non trattati e indirizzati all'ambulatorio dello scompenso cardiaco territoriale. I 38 pazienti in follow-up terapeutico (6 di età < 75 anni, 6 considerati robusti e non avviati alla VMD, 10 inseriti prima della costituzione del GICCA e 16 trattati dopo VMD geriatrica nell'ambito del GICCA) hanno un'età media di 78.8 anni, maschi nel 93,5% dei casi. Al follow-up l'83.4% dei pazienti ha mantenuto la classe NYHA di partenza (NYHA 2 nel 71%), il 45.8% ha mostrato un miglioramento al 6MWT, tre pazienti sono deceduti (tutti e 3 non precedentemente sottoposti a VMD geriatrica). Gli 8 pazienti sottoposti a VMD e non inviati a trattamento hanno un'età media più avanzata

(84.8 anni) e una importante comorbidità, nel 50% dei casi un livello di fragilità elevato e nel 37,5% dei casi un deterioramento cognitivo precedentemente sconosciuto. In questi pazienti la mortalità è risultata del 37.5% (n = 3); i 3 pazienti sono deceduti a 1 - 7 - 8 mesi di distanza dalla VMD geriatrica, quindi molto prima dei 18 mesi individuati come cut-off di efficacia sulla mortalità.

CONCLUSIONI

I risultati preliminari confermano il ruolo fondamentale della VMD geriatrica all'interno del GICCA al fine di garantire una presa in carico olistica del paziente anziano affetto da amiloidosi cardiaca, riducendo il rischio di "ageismo" e di futilità delle cure e consentendo di impostare percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali quanto più appropriati e individualizzati. Inoltre, il lavoro in équipe multiprofessionali favorisce la condivisione e l'aggiornamento continuo delle informazioni sulla malattia e consente una miglior comunicazione al paziente, che risulta motivata e condivisa.

IMPATTO DELLA FRAGILITÀ IN UN GRUPPO DI PAZIENTI ANZIANI OSPEDALIZZATI CON SCOMPENSO CARDIACO

Valeria Rizzo, Antonino Midili, Aurora Distefano, Filippo Puglisi, Stefano Caruso, Fabio Malacarne, Antonino Catalano, Giorgio Basile

UO Geriatria, Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Messina

SCOPO DEL LAVORO

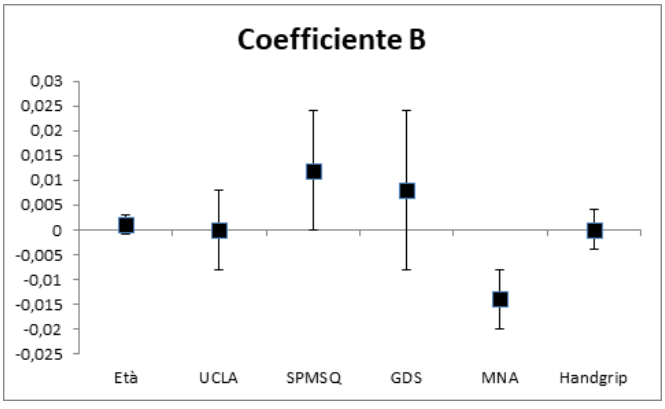
Identificare i domini della valutazione geriatrica multidimensionale che maggiormente impattano sulla fragilità nei pazienti anziani ricoverati con scompenso cardiaco.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale su 85 pazienti con scompenso cardiaco di età > 64 anni. I pazienti sono stati sottoposti a valutazione geriatrica multidimensionale: "Frailty Index (FI) a 43 item secondo Rockwood, Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), Mini Nutritional Assessment (MNA), Geriatric Depression Scale (GDS) a 5 domande e Loneliness Scale a 3 domande (UCLA), Basic Activities of Daily Living (BADL) e Instrumental Activities of Daily Living (IADL), indici antropometrici (circonferenze polpaccio e braccio) e forza di presa". Le variabili continue sono state espresse come media +/- deviazione standard (DS). Le variabili categoriali sono state espresse come frequenze assolute e percentuali. Valori di p value inferiori a 0.05 sono stati considerati significativi.

RISULTATI

Su 85 pazienti in totale 34 (40%) avevano uno scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta (HFrEF) e 51 (60%) a frazione di eiezione preservata (HFpEF). Il FI medio è 0,35 +/- 0.11 nei pazienti con HFrEF vs 0,39 +/- 0,11 nei pazienti con HFpEF. L'analisi di Kruskal-Wallis ha evidenziato tra i quartili di fragilità differenze statisticamente significative per età (H = 15,89; p = 0,001), UCLA Loneliness Scale (H = 14,15; p = 0,003), Short Portable Mental Status Questionnaire (H = 25,36; p < 0,001), Basic Activities of Daily Living (H = 58,79; p < 0,001), Instrumental Activites of Daily Living (H = 47,39; p < 0,001), Geriatric Depression Scale (H = 9,17; p = 0,027), Mini Nutritional Assessment (H = 21,33; p < 0.001), azotemia (H = 9,30; p = 0,026) ed handgrip (H = 14,83; p = 0,002). In particolare, i soggetti appartenenti ai quartili superiori di fragilità presentavano età più avanzata, peggiori performance cognitive, maggiore dipendenza funzionale, peggiore stato nutrizionale, ridotta forza muscolare, maggior sintomatologia depressiva e solitudine soggettiva rispetto ai soggetti dei quartili inferiori. Le analisi post hoc di Dunn con correzione per confronti multipli hanno mostrato che le principali differenze erano concentrate tra il primo e il quarto quartile del Frailty Index. I pazienti appartenenti al quarto quartile presentavano un peggior profilo rispetto ai soggetti del primo quartile nei seguenti domini della valutazione geriatrica multidimensionale: cognitivo (SPMSQ), funzionale (BADL, IADL), nutrizionale (MNA), solitudine (UCLA) e forza muscolare (Handgrip). Nell'analisi di regressione lineare multivariata, dopo aggiustamento reciproco per tutte le covariate incluse nel modello, soltanto SPMSQ e MNA hanno mantenuto un'associazione indipendente con il Frailty Index. Lo SPMSQ è risultato positivamente associato al Frailty Index (B = 0,012; p = 0,035), indicando che un maggiore deterioramento cognitivo si associa a livelli più elevati di fragilità indipendentemente dalle altre variabili considerate. Il MNA ha mostrato una correlazione inversa



indipendente con il Frailty Index (B = -0,014; p < 0,001), suggerendo che un peggiore stato nutrizionale rappresenta un fattore associato a maggiori livelli di fragilità.

CONCLUSIONI

Lo scompenso cardiaco nell'anziano deve essere inquadrato come una sindrome sistemica complessa e multidimensionale, strettamente interconnessa con la fragilità, cui concorrono in maniera determinante: età, forza di presa, malnutrizione, decadimento cognitivo e deflessione del tono dell'umore.

PREDITTORI DI MORTALITÀ A LUNGO TERMINE E DI DISABILITÀ INCIDENTE NELL'ANZIANO IPERTESO

Chiara Salucci, Giulia Rivasi, Giuseppe D'Ambrosio, Virginia Gori, Marco Capacci, Greta Ceccarelli, Michele Vinci, Vincenzo Giosuè Giambusso, Alessandra Liccardo, Maria Francesca Bisignano, Lorenza Rossi, Giulia Spanalatte, Eleonora Rizzi, Enrico Mossello, Andrea Ungar

Università degli Studi di Firenze

SCOPO DEL LAVORO

I dati disponibili in Letteratura relativi al trattamento dell'ipertensione nel paziente anziano forniscono informazioni limitate sulle condizioni geriatriche prognosticamente rilevanti, per la scarsa integrazione di valutazioni geriatriche complete. Inoltre outcome di rilevanza geriatrica, quali declino funzionale e disabilità, vengono raramente analizzati. Alla luce di tali premesse lo studio si propone di indagare i predittori di mortalità a lungo termine per tutte le cause e di disabilità incidente in un campione di anziani ipertesi ambulatoriali sottoposti a valutazione geriatrica completa.

MATERIALI E METODI

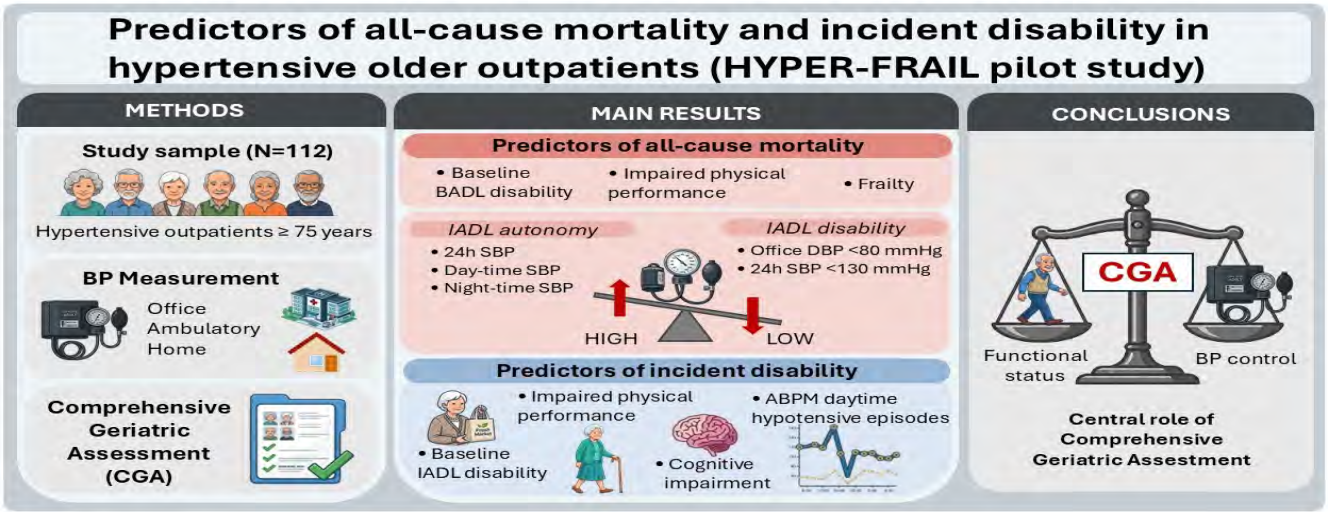
Sono stati analizzati i dati dello studio longitudinale pilota HYPER-FRAIL comprendente pazienti ambulatoriali ipertesi ultrasettantacinquenni sottoposti a valutazione geriatrica completa e a misurazioni della pressione arteriosa (PA) clinica, ambulatoriale e domiciliare. I predittori di mortalità a lungo termine e di disabilità incidente nelle attività di base della vita quotidiana (BADL) sono stati valutati tramite follow-up telefonico e analizzati rispettivamente mediante regressione di Cox multivariata e regressione logistica.

RISULTATI

Tra i 112 partecipanti (età media 81,2 anni, 58% donne, follow-up mediano 55 mesi), la mortalità è stata del 25.9%. La disabilità nelle BADL al basale, la ridotta performance fisica e la fragilità hanno predetto indipendentemente la mortalità. L'analisi stratificata per livello funzionale basale ha mostrato che valori più elevati di PA erano associati a un aumento della mortalità solo nei pazienti con autonomia preservata nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL). Al contrario, nei pazienti con disabilità nelle IADL, una PA diastolica ambulatoriale < 80 mmHg e una PA sistolica media nelle 24 ore < 130 mmHg risultavano associate a maggiore mortalità.
Tra i 78 partecipanti autonomi nelle BADL al basale, l'incidenza di disabilità è stata del 39,7%. I principali predittori includevano disabilità nelle IADL, compromissione fisica e declino cognitivo al basale, oltre alla presenza di episodi ipotensivi durante il monitoraggio pressorio ambulatoriale diurno. L'associazione con l'ipotensione risultava indipendente da cadute o sincope, ma non dalla demenza.

CONCLUSIONI

Disabilità, ridotta performance fisica e fragilità rappresentano i principali predittori di mortalità a lungo termine negli anziani ipertesi ambulatoriali. L'associazione tra



PA e mortalità varia in base allo stato funzionale, suggerendo un effetto modificante e potenzialmente inverso. Gli episodi ipotensivi rilevati al monitoraggio ambulatoriale risultano associati all'insorgenza di disabilità.

TRAIETTORIE DI DECLINO DELLO SPPB IN PAZIENTI ANZIANI AFFETTI DA SINDROME CORONARICA CRONICA: DIFFERENZE DI GENERE E PREDITTORI CLINICI

Giandomenico Severini[1], Alberto Panza[2], Domenico Martire[2], Carlo Fuoco[2], Giulia Passafari[2], Elisabetta Buttiglieri[2], Elia Bellissimo[2], Guglielmo Ciaccio[2], Valentino Condoleo[1], Sofia Miceli[1], Raffaele Maio[1], Giuseppe Armentaro[1], Angela Sciacqua[2]

[1] UOC Geriatria, AOU "Renato Dulbecco", Catanzaro - [2] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università "Magna Graecia", Catanzaro

SCOPO DEL LAVORO

L'obiettivo del presente studio è valutare le eventuali differenze legate al sesso nella velocità di declino dello SPPB in una coorte di pazienti anziani con sindrome coronarica cronica (SCC).

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale, retrospettivo e monocentrico, condotto su una coorte di 569 pazienti anziani affetti da SCC; SPPB era stato valutato a cadenza semestrale da 0 a 24 mesi. La popolazione è stata stratificata in base al sesso e le caratteristiche al basale confrontate come appropriato. È stato adattato un linear mixed model (LMM) per valutare l'interazione tra il sesso e il declino di SPPB nel tempo, aggiustato per età e comorbidità. La velocità individuale di declino è stata valutata mediante regressione Ordinary Least Squares (OLS). Successivamente il campione è stato suddiviso in terzili bilanciati secondo la velocità di declino dello SPPB: T1 declino rapido (-1,71 pt/anno), T2 declino intermedio (-0,85 pt/anno), T3 lento (-0,11 pt/anno). L'associazione tra caratteristiche cliniche e terzile di velocità è stata valutata mediante regressione logistica multinomiale uni- e multivariata ($p < 0,05$).

RISULTATI

La coorte comprende 422 uomini (74,2%) e 147 donne (25,8%). Le donne sono più anziane (76,40±5,6 vs 74,32 ± 6,09; $p < 0,001$) e presentano maggior prevalenza di insufficienza renale cronica (IRC), sarcopenia e un peggiore profilo infiammatorio-nutrizionale (hs-PCR/albumina 1,42 [0,69-2,56] vs 1,15 [0,63-2,29]; $p = 0,045$). A fronte di uno SPPB basale sovrapponibile tra i sessi (8,7 ± 1,5 vs 8,9 ± 1,7; $p = 0,185$), il LMM ha evidenziato una velocità di declino dello SPPB 1,42 volte maggiore nelle donne (-1,14 vs -0,80; $p < 0,001$). La distribuzione nei terzili è risultata fortemente associata al sesso ($\chi^2 = 33,9$; $p < 0,001$): le donne rappresentavano il 40% del terzile T1 ma solo il 14,2% del T3. Nel modello multinomiale multivariato (rif. T3 declino lento), il sesso femminile è risultato il principale predittore del declino rapido dello SPPB (T1 vs T3: OR 3,19; IC95% [1,86-5,47]; $p < 0,001$) e del terzile intermedio (T2vsT3: OR 1,97; IC95% [1,12-3,47]; $p = 0,018$). Sono risultati predittori indipendenti anche la hs-PCR/albumina ≥ 1,21 (cut-off 1,21 pari al valore mediano di popolazione; T1vsT3: OR 1,70; IC95% [1,07-2,57]; $p = 0,024$; T2 vs T3: OR 1,63; IC95% [1,07-2,49]; $p = 0,024$) e la sarcopenia (T1vsT3: OR 1,75; IC95% [1,07-2,87]; $p = 0,026$; T2 vs T3: OR 1,70; IC95% [1,02-3,03]; $p = 0,042$).

CONCLUSIONI

In una popolazione anziana affetta da SCC, le donne presentano un declino dello SPPB significativamente più rapido rispetto agli uomini. Sesso femminile, stato infiammatorio-nutrizionale e sarcopenia si associano in modo indipendente a traiettorie di declino più rapido dello SPPB. Tali risultati supportano l'adozione di una valutazione funzionale sesso-specifica e ripetuta nel tempo: il monitoraggio della velocità di declino e non solo del valore assoluto dello SPPB, potrebbe contribuire a identificare precocemente i soggetti a più rapido decadimento funzionale e attuare misure preventive e terapeutiche mirate.

Bibliografia

Ahmed T, et al. Gender Differences in Trajectories of Lower Extremity Function in Older Adults: Findings From the International Mobility in Aging Study. J Am Med Dir Assoc. 2019;20(10):1199-1205.e4.

Bellettiere J, et al. Short Physical Performance Battery and Incident Cardiovascular Events Among Older Women. J Am Heart Assoc. 2020;9(14):e016845.

Zuo X, et al. Sarcopenia and cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. JCSM. 2023;14(3):1183-1198.

SUPPLEMENTAZIONE DI PROBIOTICI E COENZIMA Q10 E ASSE MICROBIOTA-CUORE-INFIAMMAZIONE IN PAZIENTI ANZIANI CON FIBRILLAZIONE ATRIALE: LO STUDIO AMBROSIA

Arianna Tariello, Emanuele Santamaria, Michele Biagioli, Simone Baldi, Francesca Cuffaro, Djullye Miduri Da Silva Nakano, Christian Famiglietti, Camilla Cagnoni, Giulia Spanalatte, Marta Niccolini, Sara Bertorello, Edda Russo, Stefano Fumagalli

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

SCOPO DEL LAVORO
La fibrillazione atriale (FA) e la malnutrizione spesso coesistono in pazienti anziani. La malnutrizione è spesso sottodiagnosticata in età avanzata, favorendo così la sarcopenia attraverso l'infiammazione cronica. Lo studio AMBROSIA è stato progettato per valutare gli effetti di un alimento fortificato nei pazienti anziani affetti da FA. La modulazione dell'asse microbiota intestinale (GM)-cuore-infiammazione potrebbe contribuire a ritardare l'insorgenza della fragilità.

MATERIALI E METODI
AMBROSIA è uno studio monocentrico, open-label, randomizzato e controllato (ClinicalTrials.gov; NCT05912309) che ha arruolato 50 pazienti anziani con FA. Tutti i partecipanti hanno ricevuto una consulenza dietetica personalizzata, che è stato l'unico intervento specifico nel gruppo di controllo (N = 25; età: 81 ± 5 anni; donne: 40%; BMI: 26,4 ± 3,8 kg/m^2; CHA2DS2-VA: 4,2 ± 1,1). Il gruppo di intervento (N = 25; età: 82±6 anni; donne: 44%; BMI: 26 ± 2,6 kg/m^2; CHA2DS2-VA: 3,7 ± 1,3) ha ricevuto quotidianamente, per sei mesi, una barretta fortificata contenente proteine idrolizzate, inulina, coenzima Q10 e probiotici (Lactobacillus rhamnosus IMC 501 e Lactobacillus paracasei IMC 502) in una matrice di cioccolato ricca di flavonoidi. I dati clinici e nutrizionali, la Valutazione Geriatrica Multidimensionale, l'Indice di Qualità della Vita Gastrointestinale (GIQLI) e i campioni di sangue e feci sono stati raccolti all'inizio dello studio e dopo 6 mesi.

RISULTATI
Non sono state osservate differenze significative tra i gruppi al basale. Al follow-up, il GIQLI è migliorato in modo significativo solo nel gruppo di intervento (p = 0,006). Non sono stati osservati effetti del trattamento sulla progressione della fragilità o sulla performance fisica. È stata riscontrata un'associazione diretta tra l'acqua extracellulare (ECW) e la forza muscolare (R = 0,513; p < 0,001). L'ECW è diminuita nel gruppo di controllo ma è rimasta invariata nel gruppo di intervento (P per l'interazione = 0,009). Il colesterolo totale e quello LDL sono aumentati significativamente nei controlli (p per l'interazione = 0,010 e p = 0,015), così come l'azoto ureico nel sangue (p = 0,022) e il volume corpuscolare medio degli eritrociti (p = 0,013). La diversità del microbiota intestinale è rimasta stabile; tuttavia, un aumento dei Lactobacillaceae fecali nei pazienti trattati ha suggerito un effetto probiotico benefico dell'intervento. Gli acidi grassi a catena ramificata erano più elevati nel gruppo di intervento, riflettendo probabilmente un maggiore apporto proteico. Infine, la percentuale di pazienti che hanno abbandonato lo studio era più alta nel gruppo di controllo (36% vs 8%, p = 0,037).

CONCLUSIONI
Lo studio AMBROSIA suggerisce che l'integrazione prolungata con probiotici e coenzima Q10 nei pazienti anziani con FA migliora la qualità della vita e aiuta a mantenere un profilo metabolico più sano. Questi effetti potrebbero essere mediati da cambiamenti favorevoli nell'asse microbiota-cuore-infiammazione, ma sono necessari studi più ampi per confermare questi risultati.

IL RUOLO DELLA FRAGILITÀ NELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO EMORRAGICO DEI PAZIENTI CON FIBRILLAZIONE ATRIALE DI NUOVO RISCONTRO IN TERAPIA ANTICOAGULANTE

Agnese Vestri, Jacopo Usai, Elena Sperti, Marco Bertolotti, Chiara Mussi, Lorenzo Luppi

Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena

SCOPO DEL LAVORO
La fibrillazione atriale (FA) è tra le aritmie più frequenti nella pratica clinica e la sua prevalenza aumenta con l'età [1]. Inoltre, l'ictus nell'anziano è più spesso a genesi cardioembolica. È, quindi, necessario introdurre la terapia anticoagulante, tenendo conto del bilancio tra rischio emorragico e tromboembolico in pazienti fragili, pluricomorbidi e in polifarmacoterapia. Tale popolazione è scarsamente rappresentata negli studi in letteratura, perciò lo scopo dello studio è valutare l'incidenza e la gravità degli eventi emorragici in una coorte di pazienti anziani con FA di nuovo riscontro trattati con anticoagulanti orali diretti (DOAC), durante un follow-up a 6 mesi e a 1 anno.

MATERIALI E METODI
Studio retrospettivo monocentrico che ha incluso anziani con diagnosi di FA di nuovo riscontro in carico alla Cardiogeriatria dell'Ospedale di Baggiovara. La fragilità è stata valutata integrando la Clinical Frailty Scale [2] e la Short Physical Performance Battery ed espressa in: fragile, pre-fragile e fit. È stato effettuato un follow-up clinico a sei mesi e ad un anno dalla prima visita, finalizzato alla valutazione degli outcome principali che comprendono gli eventi emorragici classificati in: eventi maggiori [3], eventi clinicamente rilevanti non maggiori [4] ed eventi minori.

RISULTATI
Sono stati arruolati 69 pazienti con un'età media di 87,3 anni ± 6,2 anni. Il 70% erano donne. La fragilità è stata

valutata su 57 pazienti: il 65% dei pazienti era fragile, contro il 14% fit e 21% pre-fragile. La maggior parte degli eventi avversi si è verificata nel gruppo dei pazienti più fragili. Entro 6 mesi gli eventi emorragici sono 23% nei fragili contro 5,5% nei fit/pre-fragili, mentre i decessi entro 6 mesi sono 16,6% nei fragili e nessuno nei fit/pre-fragili. Tra i pazienti arrivati vivi al follow-up annuale, il segnale è più netto: gli eventi emorragici sono 38,8% nei fragili contro 6,6% nei fit/pre-fragili, con p = 0,046. Dei pazienti deceduti entro l'anno dall'inizio del DOAC (20%) una quota rilevante aveva avuto un evento emorragico: 80% entro 6 mesi e 55,5% entro 1 anno, con predominanza di eventi maggiori o clinicamente rilevanti.

CONCLUSIONI

La fragilità, più che l'età anagrafica dei pazienti, rappresenta un indicatore per valutare in maniera più corretta il rischio emorragico. Ad ogni modo, essa non deve essere interpretata come motivo automatico per non prescrivere o sospendere il DOAC, ma come indicatore di vulnerabilità da integrare nella decisione clinica. La maggioranza dei pazienti deceduti prima del follow-up a 6 mesi aveva presentato un evento emorragico prima del decesso. Sono necessari ulteriori studi prospettici con campioni più ampi per meglio definire il reale rapporto rischio-beneficio della terapia anticoagulante in questa popolazione.

Bibliografia

1. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation.
2. Moorhouse P, Rockwood K. Frailty and its quantitative clinical evaluation. J R Coll Physicians Edinb. 2012;42(4):333-40.
3. Schulman S, et al. Definition of major bleeding in clinical investigations of antihemostatic medicinal products in non-surgical patients. J Thromb Haemost. 2005;3(4):692-694.
4. Kaatz S, et al. Definition of clinically relevant non-major bleeding in studies of anticoagulants in atrial fibrillation and venous thromboembolic disease in non-surgical patients: communication from the SSC of the ISTH. J Thromb Haemost. 2015;13(11):2119-2126.

CURE PALLIATIVE

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

LA DIAGNOSI OLTRE LA PROGNOSI: UN CASO DI DECISIONE CONDIVISA NEL PAZIENTE GERIATRICO CON BISOGNI PALLIATIVI

Maria Francesca Bartolucci, Antonella Risoli, Chiara Antolini, Cristiano Menichini, Domenico Fusco, Caterina Casciani, Marta Finelli, Elena Levati, Anna Maria Martone, Vincenzo Galluzzo, Francesco Landi

Università Cattolica del Sacro Cuore; Policlinico Gemelli, Roma

INTRODUZIONE

L'identificazione precoce dei bisogni di cure palliative e la definizione degli obiettivi terapeutici rappresentano aspetti centrali, ma spesso complessi, nella gestione del paziente geriatrico fragile. Sebbene le cure palliative possano essere integrate con trattamenti eziologici, nei pazienti con prognosi limitata, la scelta di proseguire l'iter diagnostico-terapeutico deve essere guidata dall'appropriatezza clinica, dal potenziale beneficio atteso e da un processo decisionale condiviso con paziente e familiari [1,2].

CASO CLINICO

Donna di 87 anni con deterioramento cognitivo severo a eziologia mista e pregresso carcinoma mammario trattato con mastectomia. Un recente ricovero per sepsi e insufficienza respiratoria aveva evidenziato incidentalmente alla TC torace diffuse lesioni ossee litico-sclerotiche suggestive di secondarismi. Giungeva nuovamente all'osservazione per febbre, anemizzazione acuta ed infezione delle vie urinarie, con rapido deterioramento clinico ed insufficienza renale acuta. La Valutazione Multidimensionale Geriatrica e la consulenza di Cure Palliative documentavano elevata fragilità, prognosi limitata e indicazione a presa in carico da parte delle cure palliative. I familiari esprimevano tuttavia la necessità di ulteriori approfondimenti per confermare una sospetta recidiva del carcinoma mammario, pur informati delle limitate possibilità terapeutiche. Nell'ambito di un processo decisionale condiviso veniva dunque eseguita TC total body con mezzo di contrasto e dosaggio di oncomarkers, che confermavano il sospetto di recidiva metastatica di carcinoma mammario. Il riscontro non modificava tuttavia gli obiettivi terapeutici, né l'indicazione ad un approccio palliativo patologia-specifico orientato al controllo dei sintomi. La paziente decedeva pochi giorni dopo per progressione dell'insufficienza multiorgano.

CONCLUSIONI

Il presente caso evidenzia la complessità del processo decisionale nel paziente geriatrico con elevata fragilità e bisogni di cure palliative. Sebbene l'approfondimento diagnostico non abbia modificato la prognosi né determinato un cambiamento sostanziale del percorso assistenziale, la conferma della recidiva neoplastica ha favorito una maggiore consapevolezza dei familiari sul decorso della malattia e ha consentito una rivalutazione delle possibili strategie per il controllo dei sintomi, in particolare del dolore correlato al coinvolgimento osseo [3]. La decisione di procedere con ulteriori accertamenti dovrebbe, pertanto, derivare da una valutazione individualizzata che consideri non solo il beneficio prognostico, ma anche il valore comunicativo della diagnosi, il possibile impatto sulla qualità di vita e la proporzionalità del rischio associato agli esami diagnostici.

Bibliografia

1. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, et al. (2002). Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. Journal of pain and symptom management, 24(2), 91-96.
2. Hodgkinson S, et al. (2016). Care of dying adults in the last days of life. Clinical medicine (London, England), 16(3), 254-258.
3. Gennari A, et al. ESMO Guidelines Committee. (2021). ESMO Clinical Practice Guideline for the diagnosis, staging and treatment of patients with metastatic breast cancer. Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology, 32(12), 1475-1495.

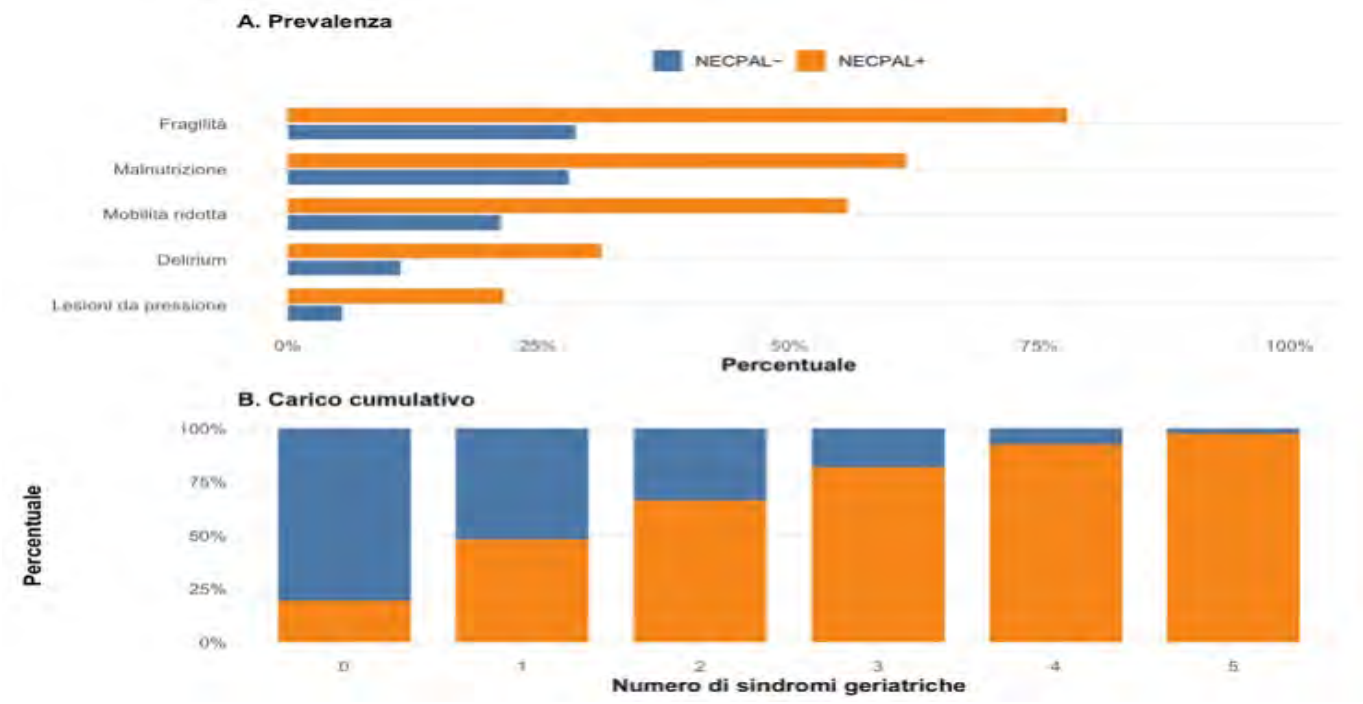
SINDROMI GERIATRICHE E BISOGNI DI CURE PALLIATIVE: RISULTATI DEL PALLIATIVE CARE DAY, STUDIO MULTICENTRICO DI PREVALENZA PUNTUALE

Eleonora Cucini[1], Elena Pinardi[1], Alice Rivolta[1], Elisabetta Mangili[1], Maria Cristina Ferrara[1], Angela Iurlaro[2], Graziano Onder[2], Gianlorenzo Scaccabarozzi[1], Giuseppe Bellelli[1]

[1] Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Monza - [2] Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

SCOPO DEL LAVORO

Le sindromi geriatriche rappresentano condizioni multifattoriali che esprimono una condizione di vulnerabilità



non pienamente catturata dai modelli orientati alla singola patologia. Nei pazienti ospedalizzati, esse si associano a numerosi esiti avversi quali declino funzionale, prolungamento della degenza e aumento della mortalità. Parallelamente, una quota rilevante di questi pazienti presenta bisogni di cure palliative, spesso sotto-riconosciuti o inadeguatamente affrontati. Nonostante la sovrapposizione tra queste due dimensioni, la caratterizzazione delle sindromi geriatriche in relazione ai bisogni di cure palliative non è ancora pienamente esplorata. Scopo dello studio è descrivere la prevalenza, il carico cumulativo e la co-occorrenza delle sindromi geriatriche nei pazienti ospedalizzati, valutandone la distribuzione in relazione alla presenza di bisogni di cure palliative.

MATERIALI E METODI

È stata condotta un'analisi secondaria di uno studio multicentrico italiano di prevalenza puntuale che ha incluso pazienti adulti ricoverati in reparti di Medicina Interna e Geriatria. I bisogni di cure palliative sono stati identificati mediante lo strumento NECPAL 4.0. Le sindromi geriatriche sono state definite a priori e comprendevano fragilità, ridotta mobilità, malnutrizione, lesioni da pressione e delirium.

Sono state utilizzate statistiche descrittive per caratterizzare la popolazione in studio. La prevalenza delle singole sindromi geriatriche è stata calcolata nell'intero campione e stratificata per positività al NECPAL (NECPAL+ vs NECPAL-). Il carico cumulativo è stato valutato come numero di sindromi per paziente, mentre i pattern di co-occorrenza sono stati esplorati mediante analisi a coppie. È stata inoltre condotta un'analisi aggiuntiva stratificando per reparto di ricovero.

RISULTATI

Sono stati inclusi 3303 pazienti ospedalizzati. Rispetto ai pazienti NECPAL–, i pazienti NECPAL+ erano più anziani (84 [77-89] vs 78 [68-84] anni) e presentavano un peggior stato funzionale pre-ricovero e un maggior carico di comorbidità, in particolare demenza (36% vs 13%) e neoplasia metastatica (16% vs 2,6%). Le sindromi geriatriche erano significativamente più frequenti nei pazienti NECPAL+: fragilità (77,8% vs 28,7%), ridotta mobilità (55,8% vs 21,2%), malnutrizione (61,7% vs 28,0%), delirium (31,3% vs 11,2%) e lesioni da pressione (21,6% vs 5,4%). Pur in presenza di un marcato gradiente nel carico cumulativo, il 27,4% dei pazienti NECPAL– presentava almeno due sindromi geriatriche. In entrambi i gruppi, la co-occorrenza riguardava soprattutto fragilità, ridotta mobilità e malnutrizione. L'analisi stratificata per reparto di ricovero non ha evidenziato differenze significative negli esiti considerati.

CONCLUSIONI

Le sindromi geriatriche risultano altamente prevalenti nei pazienti ospedalizzati, specialmente nei soggetti NECPAL+. Tuttavia, la loro rilevante presenza anche nei pazienti senza bisogni palliativi formalmente riconosciuti supporta una più ampia adozione dell'approccio geriatrico integrato nei contesti per acuti, rafforzando

la necessità di includere competenze specifiche nella pratica clinica quotidiana.

BISOGNI DI CURE PALLIATIVE NEI PAZIENTI CON DEMENZA: EVIDENZE DALL'INIZIATIVA PALLIATIVE CARE DAY

Elena Levati[1], Maria Beatrice Zazzara[1], Giuseppe Bellelli[2], Gilda Borselli[3], Angela Iurlaro[1], Dario Leosco[4], Alba Malara[5], Elena Pinardi[2], Monica Torrini[6], Alberto Zucchelli[7], Graziano Onder[1]

[1] Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS, Roma - [2] Centro Studi Medicina della Complessità e Cure Palliative, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Monza - [3] Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Firenze - [4] Università degli Studi di Napoli "Federico II" - [5] Fondazione ANASTE Humanitas, Roma - [6] Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze - [7] Università degli Studi di Brescia

SCOPO DEL LAVORO

La demenza è una sindrome clinica progressiva e irreversibile che, nelle fasi avanzate, si associa a elevata complessità clinico-assistenziale. Un approccio palliativo orientato alla qualità di vita può favorire il controllo dei sintomi, ridurre il rischio di ospedalizzazioni inappropriate ed aumentare la qualità di vita di pazienti e familiari.
Lo studio si propone di valutare l'associazione tra demenza e positività al questionario NECPAL (Necesidades Paliativas) nei pazienti ricoverati in ospedali per acuti e nei residenti in strutture residenziali a lungo termine, nonché di identificare i principali bisogni palliativo-assistenziali nei pazienti con demenza.

MATERIALI E METODI

Sono stati analizzati i dati di uno studio trasversale condotto nell'ambito dell'iniziativa Palliative Care Day, promossa dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG). L'11 novembre 2025 sono stati raccolti dati su pazienti di età ≥ 18 anni ricoverati nei reparti partecipanti di Medicina Interna e Geriatria o residenti in strutture residenziali a lungo termine. I bisogni di cure palliative sono stati valutati mediante NECPAL 4.0. La demenza severa è stata identificata, in accordo con criteri NECPAL, con presenza di declino cognitivo, funzionale e/o nutrizionale progressivo.

RISULTATI

Dei 5.389 partecipanti inclusi, 2.452 (45,5%) presentavano demenza. La positività al NECPAL è stata riscontrata in 2.927 partecipanti (54,3%), dei quali 1.609 (55,0%) con demenza e 425 (14,5%) con demenza severa. Dopo aggiustamento per variabili età, sesso e principali comorbidità, la demenza si associava a una maggiore probabilità di positività al NECPAL (OR 3,05; IC95% 2,65-3,50); tale associazione risultava ancora più marcata nella demenza severa (OR 4,05; IC95% 3,27-5,03). Tale associazione si confermava sia nei reparti ospedalieri sia nelle strutture residenziali. Tra i partecipanti con NECPAL positivo, la demenza risultava associata ad una maggior probabilità di presentare disfagia, lesioni da pressione, declino nutrizionale, delirium e presenza

CONCLUSIONI

La demenza è una patologia neurodegenerativa progressiva che, nelle fasi avanzate, si associa ad aumentati bisogni clinici e assistenziali. Sebbene le cure palliative siano maggiormente consolidate in ambito oncologico, lo studio evidenzia come anche le persone con demenza, sia in ospedale sia nelle strutture residenziali, presentino un'elevata probabilità di bisogni palliativi. È pertanto necessario favorire l'identificazione precoce di tali bisogni e l'integrazione di un approccio palliativo nella presa in carico della demenza avanzata.

Table. Palliative Care needs and dementia in patients with NECPAL pos

	Dementia N = 1609 (55.0%)	No dementia N = 1318 (45.0%)	OR§ (95%CI)	Severe Dementia N = 425 (14.5%)	No dementia N = 1318 (45.0%)	OR§ (95%CI)
Dysphagia	715 (44.6%)	209 (16.0%)	3.49 (2.86, 4.27)	220 (52.0%)	209 (16.0%)	4.63 (3.47, 6.19)
Any pressure ulcer	383 (24.1%)	196 (15.1%)	1.80 (1.44, 2.26)	104 (24.6%)	196 (15.1%)	1.82 (1.32, 2.53)
Pressure ulcer (stage III-IV)	135 (8.4%)	49 (3.7%)	2.18 (1.40, 3.45)	46 (10.8%)	49 (3.7%)	3.56 (1.92, 6.76)
Functional decline*	405 (25.2%)	348 (26.4%)	1.10 (0.90, 1.33)	114 (26.8%)	348 (26.4%)	1.34 (1.00, 1.79)
Nutritional decline¶	830 (51.6%)	580 (44.0%)	1.94 (1.62, 2.31)	211 (49.6%)	580 (44.0%)	1.90 (1.46, 2.48)
Delirium #	703 (60.2%)	142 (11.4%)	10.3 (8.17, 13.0)	174 (72.2%)	142 (11.4%)	18.2 (12.5, 26.9)
Any pain¥	890 (55.3%)	672 (51.0%)	1.36 (1.14, 1.61)	230 (54.1%)	672 (51.0%)	1.27 (0.99, 1.64)
Moderate to severe pain¥	395 (24.5%)	380 (28.8%)	1.14 (0.94, 1.39)	100 (23.5%)	380 (28.8%)	1.17 (0.87, 1.58)

* loss of >30% in Barthel Index score over the previous 6 months

¶ unintentional loss of >10% body weight over the previous 6 months

4AT score ≥4. Data on delirium were available for 3,105 patients in hospital wards (94.0% of study sample) and 1,564 long term care facilities residents (75.0%)

¥ Any pain is defined as Numeric Pain Rating Scale ≥ 1 or Pain Assessment in Advanced Dementia ≥ 1; moderate to severe pain is defined as Numeric Pain Rating Scale ≥ 4 or Pain Assessment in Advanced Dementia ≥ 4

§ Adjusted for age, sex, heart disease, diabetes, pulmonary disease, peripheral vascular disease, cancer, cerebrovascular disease, other neurodegenerative

Bibliografia
Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009;361(16):1529-1538.
Onder G, Zucchelli A, Malara A, et al. Palliative Care Day 2025 Working Group. Beyond hospice: the burden of palliative care needs in hospitals and long-term care facilities. A nationwide multicenter study. Aging Clin Exp Res 38, 193 (2026).
World Health Organization. Global Dementia Observatory (GDO). Geneva: World Health Organization; accessed July 2026. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-dementia-observatory-gdo

OLTRE LA PROGNOSI: RECUPERO FUNZIONALE INATTESO DOPO UROSEPSI COMPLICATA, DIALISI E PERCORSO PALLIATIVO IN UN GRANDE ANZIANO

Francesca Lubian, Fabrizio Pietro Piazzani, Katrin Gapp, Patrizia Di Gregorio
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Bolzano

INTRODUZIONE
Nel paziente geriatrico la prognosi rappresenta una sfida clinica, soprattutto in presenza di insufficienza multiorgano, infezioni severe e malnutrizione. In tali contesti il rischio di esiti sfavorevoli è elevato, e le riserve biologiche e funzionali residue sono difficilmente prevedibili. Presentiamo il caso di un paziente con quadro clinico estremamente compromesso che ha mostrato un recupero inatteso grazie a una presa in carico multidisciplinare.

CASO CLINICO
Uomo di 84 anni, autonomo nelle ADL e IADL, affetto da fibrillazione atriale in terapia anticoagulante, cardiopatia ischemica con HFrEF, diabete mellito tipo 2, insufficienza renale cronica e adenocarcinoma prostatico. Accedeva in Pronto Soccorso per astenia severa, inappetenza, diarrea e febbre fino a 39,9°C. Gli esami evidenziavano sepsi con leucocitosi, PCR e procalcitonina elevate, insufficienza renale acuta su cronica (creatinina 7,22 mg/dl), iperkaliemia e acidosi metabolica. Una TC addome documentava un ematoma sottocapsulare del rene destro di 2,1 cm senza sanguinamento attivo. Veniva ricoverato in Terapia Intensiva. Le emocolture risultavano positive per Escherichia coli ESBL e successivamente l'urinocoltura per Candida albicans. La gestione integrata tra intensivisti, nefrologi, urologi e infettivologi consentiva un approccio conservativo. Per i primi 9 giorni il paziente necessitava di trattamento dialitico, con successiva ripresa della diuresi. Nel decorso sviluppava severa malnutrizione proteico-calorica con necessità di nutrizione parenterale totale e sindrome ipocinetica. I controlli radiologici evidenziavano una raccolta perirenale organizzata con fistola duodeno-perirenale, in assenza di indicazioni chirurgiche. Venivano inoltre riscontrate colonizzazione da microrganismi multiresistenti e necessità di plurimi trattamenti antimicrobici. Grazie al contributo coordinato di geriatri, nutrizionisti, fisioterapisti, infettivologi, nefrologi, chirurghi e palliativisti, venivano affrontate progressivamente le diverse criticità cliniche. In considerazione della complessità del quadro, il paziente veniva trasferito in Hospice per ottimizzazione del controllo sintomatologico e pianificazione del rientro domiciliare. Contrariamente alle aspettative prognostiche iniziali, durante la permanenza in Hospice si osservavano progressiva ripresa dell'alimentazione orale, miglioramento delle condizioni cliniche e recupero funzionale, tali da consentire la dimissione al domicilio con supporto assistenziale.

CONCLUSIONI
Il caso evidenzia come la prognosi nel grande anziano debba essere considerata un processo dinamico. Nonostante la concomitanza di urosepsi da germi multiresistenti, insufficienza renale acuta dialisi-richiedente, ematoma renale, fistola duodeno-perirenale, malnutrizione severa e sindrome ipocinetica, il paziente ha mostrato un recupero inatteso. La stretta collaborazione multidisciplinare è stata determinante nel percorso di cura, ma l'evoluzione clinica ha soprattutto messo in luce riserve funzionali ancora presenti e inizialmente difficili da prevedere. Il caso ricorda come l'anziano possa sorprendere il team curante e come le cure palliative possano rappresentare uno spazio di rivalutazione e recupero, oltre che di controllo dei sintomi.

Bibliografia
Clegg A, et al. Lancet. 2013;381:752-762.
Dent E, et al. Lancet. 2019;394:1376-1386.
Fried LP, et al. J Gerontol A. 2001;56:M146-M156.
Weissman DE, Meier DE. J Palliat Med. 2011;14:17-23.

STUDIO OSSERVAZIONALE SUGLI ESITI DEGLI INTERVENTI IN CURE PALLIATIVE ATTRAVERSO LO STRUMENTO IPOS

Silvia Ottaviani[1], Martina Dufour[2], Denise De Grazia[1], Stefania Peruzzo[1], Luca Tagliafico[1], Federica Della Rovere[3], Tamara Tranchida[3], Alessio Nencioni[1], Fiammetta Monacelli[1]
[1] Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Università degli Studi di Genova, Genova - [2] Scuola di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Genova, Genova - [3] SSD Cure Palliative ed Hospice, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova

SCOPO DEL LAVORO

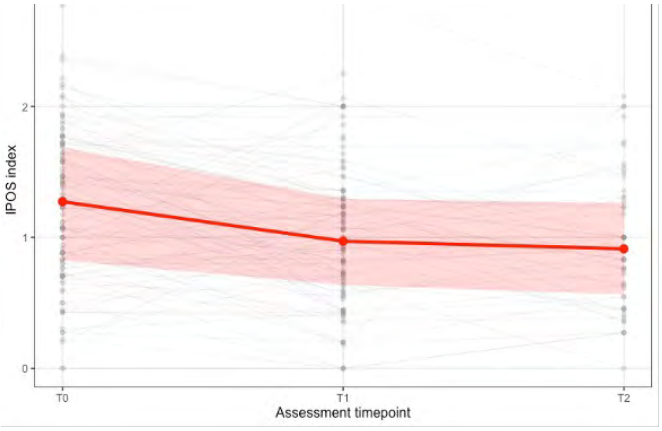
L'Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS) è uno dei Patient-Reported Outcome Measures maggiormente utilizzati per la valutazione multidimensionale dei sintomi e dei bisogni in cure palliative [1-3]. Tuttavia, le evidenze real-world relative alla sua evoluzione longitudinale nei pazienti anziani ricoverati in hospice sono limitate. Obiettivo dello studio è stato descrivere le traiettorie dei punteggi IPOS durante il ricovero ed esplorare l'associazione con variabili cliniche e interventi di supporto psicologico e impiego di medicine integrative.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale retrospettivo monocentrico condotto presso l'Hospice Maria Chighine dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova. Sono stati inclusi pazienti di età ≥ 65 anni con almeno due valutazioni IPOS disponibili. L'outcome principale era il punteggio IPOS calcolato come media dei punteggi degli item valutabili. Le valutazioni sono state effettuate all'ingresso (T0), dopo 3 giorni (T1) e dopo 7 giorni (T2) dall'ingresso in hospice. Le traiettorie longitudinali sono state analizzate mediante modelli lineari ad effetti misti aggiustati per età, sesso e Clinical Dementia Rating Scale (CDR).

RISULTATI

Sono stati inclusi 109 pazienti, con età mediana 82 anni (IQR 74-87); il 51,4% era di sesso femminile. La popolazione era caratterizzata da elevata fragilità (Clinical Frailty Scale mediana 9; IQR 8-9), prevalente patologia oncologica (98,2%) e presenza di demenza nel 30,3% dei casi. I punteggi IPOS si sono ridotti progressivamente durante il ricovero, con miglioramenti evidenti già nei primi giorni di degenza (mediana 1,27 al baseline vs 0,91 a 7 giorni). Come mostrato in Tabella 1, l'attivazione del supporto psicologico è risultata associata a punteggi IPOS più elevati (β = 0,248; p = 0,011), mentre la medicina integrativa si associava a una più rapida riduzione del burden sintomatologico nel tempo (β = -0,199; p = 0,005). Una maggiore severità della demenza era associata a punteggi IPOS inferiori (β = -0,127; p < 0,001).



CONCLUSIONI

Nei pazienti anziani ricoverati in hospice si osserva una rapida riduzione del carico sintomatologico già nei primi giorni di degenza. Le associazioni osservate con severità della demenza, supporto psicologico e medicina integrativa confermano la natura multidimensionale dei bisogni dei pazienti in cure palliative e l'utilità di strumenti in grado di monitorarne l'evoluzione nel tempo.

Bibliografia

1. Murtagh FE, Ramsenthaler C, Firth A, et al. A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). Palliat Med 2019;33:1045-1057.
2. Veronese S, Rabitti E, Costantini M, et al. Translation and cognitive testing of the Italian Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS) among patients and healthcare professionals. PloS One 2019;14:e0208536.
3. on behalf of EUROIMPACT, Van Vliet LM, Harding R, et al. How should we manage information needs, family anxiety, depression, and breathlessness for those affected by advanced disease: development of a Clinical Decision Support Tool using a Delphi design. BMC Med 2015;13:263.

Tabella 1. Modelli lineari ad effetti misti per le traiettorie longitudinali di IPOS

Variabile	Modello univariato β (SE)	p	Modello multivariato β (SE)	p
Tempo di valutazione IPOS	-0,157 (0,035)	<0,001	-0,163 (0,035)	<0,001
Sesso maschile	-0,023 (0,087)	0,788	0,005 (0,080)	0,947
Età	-0,012 (0,005)	0,023	-0,001 (0,005)	0,796
CDR	-0,127 (0,028)	<0,001	-0,115 (0,030)	<0,001
Interventi di medicina integrativa	0,106 (0,084)	0,211	0,009 (0,081)	0,911
Supporto psicologico	0,248 (0,096)	0,011	0,168 (0,092)	0,072
Tempo × CDR	-0,008 (0,025)	0,760	—	—
Tempo × interventi di medicina integrativa	-0,199 (0,069)	0,005	-0,191 (0,069)	0,006
Tempo × supporto psicologico	0,023 (0,078)	0,771	—	—

CDR, *Clinical Dementia Rating Scale*; IPOS, *Integrated Palliative Outcome Scale*; SE, errore standard.

COSA INTENDIAMO PER "END OF LIFE" E "TERMINALLY ILL"? UNA SCOPING REVIEW DELLA LETTERATURA MEDICA RECENTE

Elena Pinardi[1], Alberto Finazzi[1], Elena Page[1], Giampiero Frasca[1], Maria Cristina Ferrara[1], Chukwuma Okoye[1], Daniele Marelli[2], Eleonora Pagan[1], Cosimo Chelazzi[2], Paolo Mazzola[1], Antonella Zambon[1], Gianlorenzo Scaccabarozzi[1], Giuseppe Bellelli[1]

[1] Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano - [2] Università degli Studi di Brescia

SCOPO DEL LAVORO

I termini "end of life" e "terminally ill" sono ampiamente utilizzati in letteratura, ma non dispongono di definizioni univoche e condivise. Essi vengono variamente intesi come fasi temporalmente delimitate che precedono la morte, momenti specifici di una traiettoria di malattia, condizioni associate a bisogni di cure palliative o hospice, oppure utilizzati senza un'esplicita definizione operativa. Le revisioni disponibili risultano datate o limitate a specifiche popolazioni cliniche [1-3]. Scopo della presente scoping review è identificare come i termini "end of life" e "terminally ill" siano attualmente definiti nell'ambito della letteratura medica, descrivendone le variazioni per area geografica, fascia d'età, diagnosi e setting assistenziale.

MATERIALI E METODI

Per il presente lavoro saranno sviluppate due strategie di ricerca distinte per i termini "end of life" e "terminally ill", limitate agli studi pubblicati negli ultimi cinque anni al fine di descrivere l'uso contemporaneo di tali termini e le definizioni maggiormente rilevanti per la pratica clinica odierna. La ricerca sarà condotta in PubMed, Embase e CINAHL. Saranno considerati eleggibili gli studi che forniscano, riportino o discutano una definizione dei termini in qualsiasi ambito sanitario. La selezione avverrà in due fasi, mediante screening di titolo/abstract e successiva valutazione dei full text da parte di coppie di revisori indipendenti; eventuali discrepanze saranno risolte mediante discussione o consultazione di un terzo revisore. I dati estratti includeranno caratteristiche dello studio, paese, popolazione, setting assistenziale, termine analizzato e definizione testuale riportata.

RISULTATI

La revisione, attualmente in fase di avvio, consentirà di mappare l'eterogeneità delle definizioni di "end of life" e "terminally ill" nella letteratura medica recente. Le definizioni saranno sintetizzate descrittivamente e organizzate in categorie temporali, cliniche, assistenziali/organizzative e concettuali, con possibile affinamento iterativo durante l'analisi. Saranno inoltre esplorate le differenze in relazione ad area geografica, fascia d'età, diagnosi e setting assistenziale. I risultati saranno presentati in sede congressuale.

CONCLUSIONI

L'assenza di chiarezza terminologica relativa ai concetti di "end of life" e "terminally ill" rappresenta un potenziale limite per la ricerca, la pratica clinica e l'organizzazione dei percorsi di cura. Questa scoping review mira a fornire una mappatura aggiornata delle definizioni disponibili ed a contribuire ad un glossario condiviso, favorendo una più coerente identificazione dei pazienti e una migliore comunicazione tra professionisti.

Bibliografia

1. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, et al. Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2014;47:77-89.
2. Browne B, Kupeli N, Moore KJ, et al. Defining end of life in dementia: a systematic review. Palliat Med. 2021;35:1733-1746.
3. Griebeler Cordeiro FR, Oliveira S, Zeppini Giudice J, et al. Definitions for "palliative care", "end-of-life" and "terminally ill" in oncology: a scoping review. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2020;9:205-228.

RUOLO DI FISIOTERAPIA E TERAPIA OCCUPAZIONALE NEL TEAM INTERPROFESSIONALE DI CURE PALLIATIVE: UNA REVISIONE NARRATIVA

Bianca Maria Ruggiero[1], Giulia Borgonovo[1], Elena Lucchi[2], Christian Pozzi[1]

[1] SUPSI, Manno, Svizzera - [2] Fondazione Elisabetta Germani, Cremona

SCOPO DEL LAVORO

Esaminare le evidenze disponibili sul riconoscimento del ruolo e dell'identità professionale del terapista occupazionale (TO) e del fisioterapista (FT) nelle cure palliative, analizzando il loro contributo specifico alla collaborazione interprofessionale e le condizioni organizzative che ne favoriscono la valorizzazione nel team.

MATERIALI E METODI

Revisione narrativa della letteratura internazionale (2020-2025) condotta su PubMed, CINAHL e Cochrane Library, utilizzando le parole chiave: palliative care, occupational therapy, physiotherapy, interprofessional collaboration, multidisciplinary team, geriatrics. Sono stati inclusi studi di diverso disegno metodologico relativi al ruolo di TO e FT nelle cure palliative e alla collaborazione interprofessionale.

RISULTATI

Gli studi disponibili su questo argomento sono pochi; di seguito si riportano i risultati principali. Moons et al. (2025) dimostrano che la collaborazione interprofessionale efficace dipende da chiarezza dei ruoli, delimitazione dei compiti, formazione condivisa e partnership strutturata: l'ambiguità di ruolo è il principale fattore di indebolimento del team. Johansen & Ervik (2022) evidenziano come la comunicazione strutturata, la co-localizzazione e la conoscenza reciproca delle competenze e dei ritmi professionali siano determinanti nei contesti a rischio di frammentazione. Manson et al. (2025) indicano che l'invio precoce, i modelli di servizio stratificati e la valutazione olistica integrata con cure primarie e specialistiche palliative sono le condizioni organizzative che migliorano gli esiti. Høgdal et al. (2020) documentano che i pazienti in cure palliative riferiscono bisogni scarsamente soddisfatti in attività fisiche, ADL, gestione della fatica, dolore e concentrazione. Yılmaz et al. (2025) identificano i domini del ruolo del TO: significato occupazionale, partecipazione, gestione dei sintomi, tecnologia assistiva, supporto al caregiver e pianificazione delle dimissioni. Il ruolo del FT si focalizza su mobilità, riduzione del dolore, gestione della dispnea, prevenzione delle complicanze da immobilità e supporto alla deambulazione sicura.

CONCLUSIONI

Il riconoscimento dell'identità professionale di TO e FT rappresenta una precondizione strutturale per l'efficacia del team di cure palliative. I bisogni dei pazienti trovano risposta nei domini specifici dei due professionisti solo quando sono garantite chiarezza di ruolo, comunicazione strutturata e referral precoce – condizioni che trasformano la presenza in efficacia clinica reale.

Bibliografia

Høgdal N et al. Occupational therapy and physiotherapy interventions in palliative care: a cross-sectional study. BMJ Support Palliat Care. 2020.

Johansen N, Ervik B. Talking together in rural palliative care: interprofessional collaboration in Norway. 2022.

Manson J et al. Identifying aspects of physiotherapy and occupational therapy provision in community palliative rehabilitation. Palliat Med. 2025;39(7):734-49.

Moons P et al. Interprofessional collaboration between hospital-based palliative care teams and ward staff: a realist review. 2025.

Yılmaz G et al. Actual roles of occupational therapists in palliative and hospice care: a scoping review. Am J Hosp Palliat Med. 2025.

OPINIONI, ESPERIENZE E ATTITUDINE DEGLI OPERATORI SANITARI RIGUARDO ALLA GESTIONE DEL FINE VITA NEI PAZIENTI RICOVERATI

Ferisa Crescentia Sleghel[1], Marika Damasco[2], Eleonora Evangelisti[3], Barbara Lenzi[4], Alessandro Tuzi[5], Silvia Frappa[6], Samanta Corradi[7]

[1] UO Geriatria, Ospedale di Merano, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Merano (BZ) - [2] Rete Cure Palliative, Azienda USL Bologna, Bologna - [3] Rete Cure Palliative, Azienda USL Bologna, Bologna - [4] UO Oncologia Medica, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna - [5] UO Medicina Interna, ASST Sette Laghi, Varese - [6] SOC Nefrologia e Dialisi, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, San Daniele del Friuli (UD) - [7] SSD Cure Palliative e Hospice, Ospedale di Rimin, AUSL Romagna, Rimini

SCOPO DEL LAVORO

Il paziente affetto da patologia cronica evolutiva che muore in ospedale è spesso sottoposto fino agli ultimi giorni di vita a procedure diagnostico/terapeutiche sproporzionate e inappropriate. Le raccomandazioni prodotte dalle società scientifiche per orientare i processi decisionali di fine vita verso una buona pratica clinica faticano ad affermarsi e non si sono tradotte in protocolli operativi.
Il principale obiettivo di questo studio è indagare competenze, opinioni ed esperienze dei professionisti sanitari (medici e infermieri operanti in reparti internistici, specialistici e geriatrici) rispetto alla gestione del paziente morente. Obiettivo secondario è identificare le barriere e i facilitatori percepiti per la rimodulazione delle terapie in contesti ospedalieri e raccogliere informazioni sulle esigenze formative relative alla gestione dei pazienti morenti.

MATERIALI E METODI

È stato predisposto ed utilizzato un questionario online anonimo composto da 25 domande prevalentemente a risposta multipla ed alcune domande aperte, della durata di circa 10 minuti, accessibile dai partecipanti su piattaforma Microsoft Form. Il questionario è stato somministrato tra marzo e giugno 2025 a professionisti sanitari (medici ed infermieri) che lavorano in diverse Unità Operative all'interno di alcune AUSL di Emilia-Romagna, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Lombardia.

RISULTATI

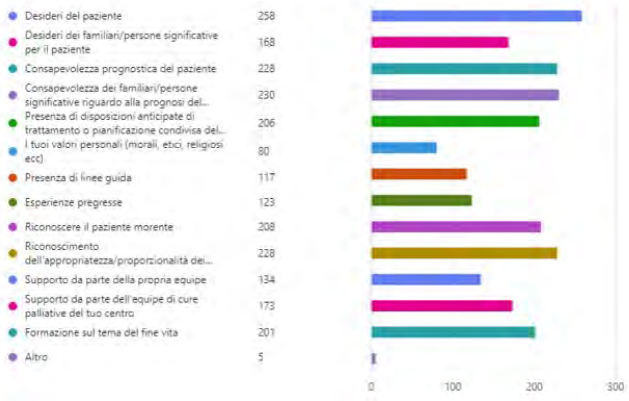
Il questionario ha raggiunto circa 1000 soggetti ed è stato completato da 384 operatori sanitari (52% infermieri, 36% dirigenti medici, 12% medici in formazione). Il 49% del campione identifica come paziente morente gli ultimi giorni di vita, il 32% le ultime settimane, il 12% le ultime ore di vita ed il 6% il paziente con respiro agonico. Il 96% del campione ritiene opportuna la rimodulazione terapeutica nel paziente morente (2). Il 46% ha assistito spesso a cure

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
Quanto sei a tuo agio nel discutere con il paziente della possibilità che stia morendo?	29 (8,1%)	164 (45,9%)	149 (41,7%)	15 (4,2%)
Quanto sei a tuo agio nel discutere con le persone significative del paziente della possibilità che stia morendo?	49 (13,7%)	188 (52,7%)	109 (30,5%)	11 (3,1%)
Quanto pensi sia preparata nella gestione del paziente morente la tua équipe di lavoro?	30 (8,4%)	182 (51,1%)	127 (35,7%)	17 (4,8%)

non più appropriate. Il 67,2% indica il rispetto delle volontà del paziente come principale facilitatore alla rimodulazione, seguito dalla consapevolezza prognostica dei familiari (59,9%) e del paziente (59,4%). Tra le barriere emergono le richieste dei familiari (55,2%), l'assenza di consapevolezza prognostica (familiari 55,2%, pazienti 32,6%) e il timore di conseguenze medico-legali (51,3%). Differenze significative tra categorie professionali sono state riscontrate nel suggerire modifiche terapeutiche ($p < 0,001$) e nella loro effettiva attuazione ($p < 0,001$), ma non nella percezione di inadeguatezza delle cure ($p = 0,2191$).

CONCLUSIONI

Lo studio mette in luce una forte consapevolezza clinica ed etica da parte degli operatori sanitari nei confronti della gestione del paziente morente, ma anche una distanza tra il riconoscimento delle buone pratiche e la loro applicazione concreta. Le differenze tra professioni e livelli di esperienza suggeriscono che l'esposizione quotidiana al fine vita, unita a una formazione mirata, possano migliorare sensibilmente la capacità di agire in modo proporzionato, etico e condiviso. I principali ostacoli identificati evidenziano la necessità di un approccio sistemico, che includa formazione continua, strumenti normativi chiari, un'efficace integrazione tra équipe generaliste e palliative, il riconoscimento precoce della terminalità e una comunicazione efficace.





Bibliografia

Malacarne P. et al. Le cure di fine vita e l'anestesista rianimatore: raccomandazioni SIAARTI per l'approccio alla persona morente. UPDATE 2018. https://www.siaarti.it/news/371329

DELIRIUM

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

CONTROLLO DELLA TEMPERATURA CENTRALE IN NEUROTRAMATOLOGIA E CHIRURGIA ORTOPEDICA MAGGIORE USANDO IN ANESTESIA SPINALE LA LEVOBUPIVACAINE NEI PAZIENTI GERIATRICI CON DELIRIUM IPERCINETICO

Barbara Amarisse, Carlo Renzini, Amedeo Zurlo, Giovanni Zuliani

Università degli Studi di Ferrara e San Marino, Ferrara e San Marino

SCOPO DEL LAVORO

Studio randomizzato di pazienti geriatrici con età compresa tra 75 ± 85 anni divisi in due gruppi con e senza riscaldamento intraoperatorio nella chirurgia ortopedica maggiore. Il 47% dei pazienti manifestano delirium nel periodo postoperatorio. Dallo studio il dolore nel postoperatorio è correlato con l'esordio del delirium nel postoperatorio.

MATERIALI E METODI

In chirurgia ortopedica maggiore nei paziente geriatrici (numero = 25) di età compresa tra i 75 ± 85 anni con riscaldamento intraoperatorio, l'incidenza del delirium in generale è del 15%; l'incidenza del delirium come singolo evento durante il periodo del ricovero è del 40%; l'incidenza del delirium ipercinetico è del 5%; l'incidenza del delirium nella fase postoperatoria è del 15%; l'incidenza del delirium alla dimissione è del 5%; l'incidenza del delirium nella fase di controllo alla dimissione è del 4%.

In chirurgia ortopedica maggiore nel pazienti geriatrici (numero = 25) di età compresa tra i 75 ± 85 anni senza riscaldamento intraoperatorio, l'incidenza del delirium generale è del 32%; l'incidenza del delirium come singolo evento nel controllo durante il ricovero è del 50%; l'incidenza del delirium ipercinetico è del 12%; l'incidenza del delirium nella fase postoperatoria è del 29%; l'incidenza del delirium alla dimissione è del 13%; l'incidenza del delirium nella fase di controllo alla dimissione è del 19%.

RISULTATI

Trattamento farmacologico del delirium: con riscaldamento intraoperatorio è quetiapina 25 ½ compressa 2 volte al giorno; aloperidolo 8 gocce; senza riscaldamento intraoperatorio è quetiapina 25 1 compressa 2 volte al giorno e aloperidolo 1 fl i.m.; senza riscaldamento intraoperatorio con mini nutritional assessment basso è olanzapina 1 compressa al giorno, quetiapina 25 2 compresse una volta al giorno, aloperidolo 1 fl i.m.

CONCLUSIONI

In 50 pazienti il mini nutritional assessment pre-intervento è 23 ± 24; alla dimissione nel gruppo A con riscaldamento intraoperatorio il mini nutritional assessment è 21 ± 20, nel gruppo B senza riscaldamento intraoperatorio il mini nutritional assessment è 19 ± 18.

Bibliografia

Amarisse B, et al. Control of core temperature in major orthopedic surgery and neurotraumatology using levobupivacaine for spinal anesthesia in old patients with delirium. IBRO Neuroscience Reports 15 (2023) S67-S466.

Sessler DI. Mild Perioperative Hypotermia. N Engl J Med. 1997 Jun 12;336(24):1730-7.

IMPLEMENTAZIONE DI UN PERCORSO DI GERIATRIC EMERGENCY MEDICINE IN PRONTO SOCCORSO: SVILUPPO DI UNA DELIRIUM ROOM PER LA GESTIONE DEL DELIRIUM NEL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE

Matteo Maria Carelli[1], Massimiliano Etteri[1], Simona Cattaneo[1], Silvia Cietto[1], Fabrizio Foieni[1], Nicola Brena[1], Manuela Posca[1], Francesco Baffa[1], Alessia Maria Albuzzi[1], Simone Spampinato[1], Enrico Vicere'[1], Beatrice Borroni[1], Lucia Valentina Vellego[1], Amanda La Rocca[1], Salvatore Giarrizzo[1], Michela Anna Maria Mauri[2], Alberto Cereda[3]

[1] UOC Medicina di Urgenza ed Emergenza, Pronto Soccorso, Ospedale San Carlo Borromeo, Milano - [2] UOC Neurologia, Ospedale San Carlo Borromeo, Milano - [3] UOC Cardiologia, Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

SCOPO DEL LAVORO

Il delirium è una delle più frequenti sindromi geriatriche acute nei pazienti anziani che accedono al Pronto Soccorso (PS). Nonostante l'elevata prevalenza, rimane fre-

quentemente sottodiagnosticato, con conseguente aumento di ricoveri, durata della degenza, complicanze, declino funzionale e mortalità. Presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale San Carlo Borromeo uno studio prospettico osservazionale ha documentato una prevalenza del delirium del 48% nei pazienti di età ≥ 80 anni sottoposti a screening sistematico mediante 3D-Confusion Assessment Method (3D-CAM), evidenziando la necessità di un percorso assistenziale dedicato. Obiettivo dello studio è descrivere il razionale, la progettazione e l'implementazione della Delirium Room, uno spazio terapeutico dedicato al paziente anziano con delirium o ad elevato rischio di svilupparlo.

MATERIALI E METODI

È stato progettato uno studio prospettico before-after presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale San Carlo Borromeo (ASST Santi Paolo e Carlo, Milano). Il modello, ispirato ai principi della Geriatric Emergency Medicine, prevede la riconversione di una sala già esistente senza incremento dell'organico. Saranno inclusi pazienti di età ≥80 anni con delirium diagnosticato mediante 3D-CAM o 4AT oppure ad alto rischio di svilupparlo. Il percorso comprende screening sistematico, modifiche ambientali orientate al mantenimento dell'orientamento e del ritmo circadiano, mobilizzazione precoce, controllo del dolore, correzione dei deficit sensoriali, promozione del sonno, idratazione, rivalutazione clinica periodica e coinvolgimento del caregiver. Il trattamento farmacologico sarà riservato ai casi di inefficacia delle misure non farmacologiche o di rischio immediato. Saranno valutati indicatori di processo (screening, appropriatezza dell'accesso e coinvolgimento del caregiver) e di esito (contenzione fisica, sedazione farmacologica, permanenza in PS e complicanze).

RISULTATI

Il progetto è attualmente nella fase operativa di implementazione. Sono stati definiti il protocollo assistenziale multidisciplinare, i criteri di eleggibilità, gli indicatori di monitoraggio e il programma formativo; è stata inoltre individuata una sala dedicata all'interno dell'area medica del PS. Il modello integra interventi multicomponente supportati dalla letteratura internazionale, privilegiando strategie non farmacologiche e il coinvolgimento del caregiver. La riconversione di spazi e risorse esistenti



rende il progetto sostenibile e potenzialmente trasferibile ad altri Dipartimenti di Emergenza. L'attivazione della Delirium Room è prevista entro settembre 2026.

CONCLUSIONI

La Delirium Room rappresenta un modello organizzativo innovativo per la presa in carico del paziente anziano fragile in Pronto Soccorso. L'integrazione di screening sistematico, interventi ambientali e gestione multiprofessionale potrebbe favorire il riconoscimento precoce del delirium, ridurre il ricorso a contenzione e sedazione e migliorare gli esiti clinici e organizzativi. La valutazione prospettica consentirà di definirne l'efficacia e la trasferibilità in altri Dipartimenti di Emergenza.

Bibliografia

Bellelli G, et al. Age Ageing. 2014;43:496-502.
Inouye SK, et al. Lancet. 2014;383:911-22.
Marcantonio ER. N Engl J Med. 2017;377:1456-66.
NICE. Delirium: prevention, diagnosis and management. CG103. 2023.

IL DELIRIUM COME FATTORE PREDITTIVO DI MORTALITÀ IN UNA POPOLAZIONE DI ULTRA90ENNI RICOVERATI IN UN REPARTO DI MEDICINA GERIATRICA

Lucilla Guarneri[1], Ibadete Feka[1], Giorgio Minelli[2], Floriana Pini[2], Alessandra Marengoni[1], Alberto Zucchelli[1], Fabio Guerini[2]

[1] Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Brescia - [2] Istituto Clinico Sant'Anna, Brescia

SCOPO DEL LAVORO

L'ospedalizzazione nella persona anziana si associa sovente a perdita di autonomia funzionale ed elevata mortalità; fragilità, disabilità e delirium sono noti fattori prognostici sfavorevoli. Tuttavia, le evidenze disponibili nella popolazione molto anziana sono limitate. Obiettivo del nostro studio è identificare i principali fattori predittivi di mortalità intraospedaliera in una popolazione di ultranovantenni ricoverati in un reparto di medicina geriatrica per acuti.

MATERIALI E METODI

Tra gli 839 pazienti ricoverati per la prima volta presso l'U.O. di Medicina Geriatrica dell'Istituto Clinico Sant'Anna di Brescia tra il 1° febbraio 2025 e il 1° febbraio 2026, sono stati inclusi nello studio 183 soggetti di età ≥ 90 anni (21,8%). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione clinica e multidimensionale geriatrica (VMD) inerente stato cognitivo (4AT e Mini-Mental State Examination), stato funzionale (Cumulated Ambulation Score, Barthel Index e Instrumental Activities of Daily Living), comorbidità (Cumulative Illness Rating Scale), fragilità (Clinical Frailty Scale) e rischio di sarcopenia (SARC-F). Durante la degenza sono stati registrati l'insorgenza di delirium, la diagnosi, la destinazione alla dimissione e la mortalità intraospedaliera.

RISULTATI

Tra i pazienti arruolati (età media 93,2 anni) le principali cause di ricovero erano polmonite (37,9%), scompenso cardiaco (18,7%) e infezione delle vie urinarie (7,7%); la degenza media è risultata di 8,7 giorni. La mortalità intraospedaliera è stata del 15,3% (28 pazienti). I restanti pazienti sono stati dimessi al domicilio (45,4%), con assistenza domiciliare (9,8%), trasferiti in RSA (14,8%), strutture post-acute (7,7%) o Hospice (7,1%). I pazienti deceduti e dimessi (tabella) erano sovrapponibili per età, sesso, grado di fragilità e rischio di sarcopenia, ma differivano per stato funzionale (CAS all'ingresso 0,36 vs 1,35; Barthel premorboso 30 vs 44,6) e indice di comorbidità (CIRS 2,2 vs 1,9). Il delirium è stato riscontrato nel 45,4% dell'intera coorte ed è risultato più frequente nei pazienti deceduti rispetto ai dimessi (57,1% vs 29,7%, figura) con punteggio medio al 4AT all'ingresso più elevato (7,7 vs 4,4). Pertanto, è stato creato un modello di regressione logistica multivariata, corretto per età, genere, comorbidità, delirium, stato funzionale e sarcopenia, che ha identificato il delirium (Odds Ratio: 3.41; I.C., 95% 1.1-10.7; p = .042), la CAS (Odds Ratio: 0.6; I.C., 95%: 0.3-1.0; p = .042) e la CIRS (Odds Ratio: 4.7; I.C., 95%: 1.3-17.2; p = .020) come predittori indipendenti di outcome sfavorevole.

CONCLUSIONI

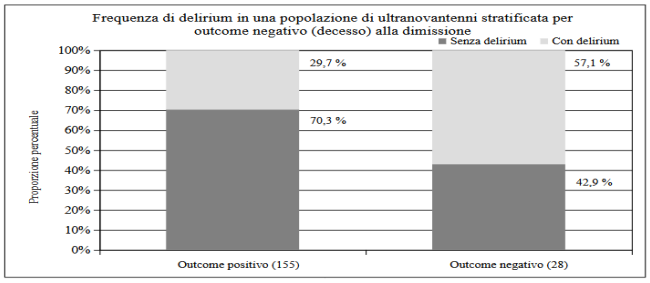
Delirium, stato funzionale all'ingresso e comorbidità sono i principali fattori predittivi indipendenti di mortalità intraospedaliera in una popolazione di ultranovantenni ricoverati. Il nostro studio suggerisce come l'identificazione precoce del delirium, in particolare della forma ipocinetica, mediante strumenti di screening formale (VMD) possa orientare le scelte assistenziali e favorire strategie preventive e terapeutiche dedicate in questa popolazione particolarmente vulnerabile.

Bibliografia

Cunha AIL, et al. Frailty as a predictor of adverse outcomes in hospitalized older adults: A systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2019 Dec:56:100960.
Morandi A, et al. Delirium, Dementia, and In-Hospital Mortality: The Results From the Italian Delirium Day 2016, A National Multicenter Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2019 May 16;74(6):910-916.
Perez-Ros P, et al. Mortality Risk Following Delirium in Older Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Worldviews Evid Based Nurs. 2025 Jun;22(3):e70027.

Caratteristiche cliniche, cognitive e funzionali di una popolazione di ultra90enni stratificati per outcome negativo (decesso) alla dimissione			
Variabili	Outcome positivo (n= 155; 84,7%) Media (± DS) o n (%)	Outcome negativo (n=28; 15,3%) Media (± DS) o n (%)	p-value*
Età (anni)	93,2 (± 2,7)	92,9 (± 2,6)	0,552
Sesso (F, %)	111 (71,6)	18 (64,3)	0,284
Emoglobina (g/dl)	11,1 (± 2,3)	11,3 (± 1,4)	0,598
Creatinina (mg/dl)	1,6 (± 1,1)	2,8 (± 2,2)	0,000
PCR (mg/dl)	87,3 (± 82,5)	103,6 (± 85,7)	0,341
Colesterolo (mg/dl)	132,2 (± 39,4)	116,1 (± 38,3)	0,055
Albumina (g/dl)	3,2 (± 0,4)	3,0 (± 0,5)	0,070
Farmaci ingresso (n)	6,3 (± 3,1)	6,6 (± 3,3)	0,559
Cumulative Illness Rating Scale (1-5)	1,9 (± 0,3)	2,2 (± 0,6)	0,002
Mini-Mental State Examination (0-30)	16,1 (± 9,1)	7,9 (± 10,4)	0,022
4AT ingresso (0-12)	4,4 (± 4,3)	7,7 (± 3,9)	0,000
Cumulated Ambulation Score ingresso (0-6)	1,55 (± 1,7)	0,36 (±0,8)	0,002
Barthel index premorboso (0-100)	44,6 (± 28,9)	30,0 (± 26,5)	0,014
Instrumental Activities of Daily Living (0-8)	6,1 (± 2,1)	6,6 (± 1,6)	0,321
SARC-F (0-10)	6,2 (± 2, 0)	6,5 (± 1,9)	0,458
Clinical Frailty Scale (1-9)	6,2 (± 1,4)	6,4 (± 1,5)	0,406
Durata della degenza (giorni)	9,0 (± 4,9)	7,3 (± 5,9)	0,099

*significatività all'ANOVA



DELIRIUM ED INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA NEL PAZIENTE ANZIANO OSPEDALIZZATO: CONFRONTO TRA HFNC, NIV E TRATTAMENTO COMBINATO IN UNO STUDIO PILOTA

Fabio Malacarne[1], Mariagrazia Natoli[2], Roberto Placanica[1], Adele Di Giovanni[1], Maria Carmela Furci[1], Federica Bellone[2], Paolo Ruggeri[3], Giorgio Basile[1]

[1] UO e Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Messina - [2] Università degli Studi di Messina - [3] UO Pneumologia, Università degli Studi Messina

SCOPO DEL LAVORO

Valutare l'associazione tra delirium, valutazione geriatrica multidimensionale e i dispositivi di supporto respiratorio nei pazienti anziani ospedalizzati.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale su 32 pazienti anziani ricoverati per insufficienza respiratoria acuta. È stata eseguita la valutazione geriatrica multidimensionale: "Frailty Index (FI) secondo Rockwood calcolato su 44 item, stato cognitivo globale mediante Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), tono dell'umore con questionari Geriatric Depression Scale (GDS) a 5 domande e Loneliness Scale (UCLA), stato nutrizionale mediante calcolo del Mini Nutritional Assessment (MNA) short form, indici antroprometrici (circonferenze polpaccio e braccio) e forza di presa". È stato calcolato il Charlson Comorbidity Index (CCI). Il delirium è stato diagnosticato mediante questionario 4AT e secondo i criteri del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. I pazienti sono stati stratificati sulla base del supporto respiratorio praticato. Le variabili continue sono state confrontate mediante test U di Mann-Whitney; le associazioni sono state esplorate con correlazioni di Spearman. Le variabili categoriche sono state analizzate mediante test esatto di Fisher ove appropriato. Valori di $p < 0.05$ sono stati considerati significativi.

RISULTATI

Il delirium è stato riscontrato in 17/32 pazienti (53,1%). I pazienti con delirium presentavano maggiore compromissione cognitiva (SPMSQ, p = 0,001), maggiore fragilità (FI, p = 0,004), peggiore stato nutrizionale (MNA, p = 0,013), maggiore comorbidità (CCI, p = 0,009) e più elevata sintomatologia depressiva (GDS, p = 0,029). Il delirium risultava associato a maggiore HFNC flow (p = 0,005), IPAP/PIP (p = 0,008), PEEP/EPAP (p = 0,016), pressure support (p = 0,028) e frequenza respiratoria impostata (p = 0,009). Le correlazioni di Spearman confermavano associazioni significative tra delirium e HFNC flow (ρ = 0,648; p = 0,002), SPMSQ (ρ = 0,573; p = 0,001), FI (ρ = 0,502; p = 0,003), CCI (ρ = 0,472; p = 0,006), e MNA (ρ = -0,443; p = 0,011). Tra i 25 pazienti sottoposti a supporto respiratorio avanzato, 5 erano trattati con HFNC, 5 con NIV e 15 con trattamento combinato HFNC+NIV. Non sono stati osservati casi di delirium nei pazienti trattati esclusivamente con HFNC (0/5; 0%), mentre era presente in 3/5 dei pazienti

trattati con NIV (60,0%) e in 10/15 dei pazienti sottoposti a terapia combinata con HFNC+NIV (66,7%). Il test esatto di Fisher ha evidenziato una differenza statisticamente significativa nella distribuzione del delirium tra i tre gruppi di supporto respiratorio avanzato (p = 0,044).

CONCLUSIONI

Nei pazienti anziani ricoverati il delirium appare associato a fragilità, deterioramento cognitivo, malnutrizione, disabilità funzionale e maggiore intensità del supporto respiratorio. I dati confermano la necessità di integrare la valutazione geriatrica multidimensionale ed il monitoraggio del delirium nei percorsi di gestione dell'insufficienza respiratoria acuta. Nel campione analizzato di pazienti anziani ricoverati per insufficienza respiratoria acuta e sottoposti a supporto respiratorio avanzato, il delirium è risultato assente nei pazienti trattati esclusivamente con HFNC e più frequente nei pazienti sottoposti a NIV o trattamento combinato. I risultati, da considerare esplorativi, suggeriscono che la terapia con HFNC, sempre più affermata in ambito respiratorio, possa anche contribuire a ridurre il rischio di delirium in questa categoria di paziente.

L'USO DELLA DEXMEDETOMIDINA NEL PAZIENTE ANZIANO NEL SETTING SUBINTENSIVO: UNO STUDIO DI REGISTRO

Alessandro Reano[1], Anna Arnelli[1], Paolo Balzaretti[1], Flavia Soardo[1], Domenico Vallino[1], Enrico Lupia[2]

[1] AO Mauriziano, Torino - [2] AO Città della Salute e della Scienza, Torino

SCOPO DEL LAVORO

La gestione della sedazione nel paziente anziano sottoposto a ventilazione non invasiva (NIV) in setting subintensivo rappresenta una sfida clinica rilevante. La dexmedetomidina, agonista selettivo dei recettori α2-adrenergici, garantisce sedazione cooperativa con minima depressione respiratoria, ma può indurre bradicardia e ipotensione, effetti potenzialmente amplificati nell'anziano fragile. Obiettivo dello studio è descrivere incidenza di eventi emodinamici e mortalità a breve termine, e valutare associazioni con età, sesso, comorbilità frequenti (scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, insufficienza renale cronica, patologia polmonare cronica) e terapie concomitanti (farmaci bradicardizzanti, antipsicotici tipici/atipici, trazodone), nel paziente ≥ 65 anni ricoverato in ambiente subintensivo.

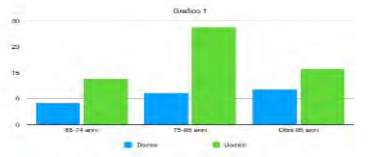
MATERIALI E METODI

Studio osservazionale retrospettivo monometrico su 82 pazienti ricoverati presso l'A.O. Ordine Mauriziano di Torino nel 2024. I pazienti sono stati stratificati in: 65-74 anni (young-old), 75-84 anni (middle-old), ≥ 85 anni (oldest-old). Gli endpoint principali sono bradicardia, ipotensione, sospensione del farmaco, mortalità a 7 e 30 giorni.

DISTRIBUZIONE DEGLI OUTCOME PER CLASSI DI ETÀ

AgeGroup	n	ipotensione	Ipotensione %	bradicardia	Bradicardia %	eventocv	Evento CV %	mort7	Mortalità 7 gg %	mort30	Mortalità 30 gg %
65-74	19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	1	5,3
75-84	37	7	19	5	14	7	18,9	6	16,2	6	16,2
>=85	26	4	15	3	12	6	23,1	6	23,1	7	26,9

	Donne	Uomini
65-74 anni	6	13
75-85 anni	9	28
Oltre 85 anni	10	16



RISULTATI

Non si osservano eventi emodinamici nel gruppo 65-74 anni. L'evento cardiovascolare composito entro 48 ore aumenta con l'età (0% nei 65-74; 18,9% nei 75- 84; 23,1% nei ≥ 85). Confrontando ≥ 75 vs 65-74, l'OR per evento composito è 10,03 (IC95% 0,57-176,91; p = 0,034). La stratificazione per sesso mostra OR più elevati nei maschi. I farmaci bradicardizzanti (beta-bloccanti, calcio-antagonisti non diidropiridinici, digitalici) sono associati a un aumento delle odds di bradicardia (OR 7,55; IC95% 0,86-66,04; p = 0,051) e gli antipsicotici tipici a un incremento significativo del rischio di bradicardia (OR 10,80; IC95% 1,88-62,15; p = 0,017). Le comorbilità analizzate non mostrano associazioni statisticamente significative con ipotensione o bradicardia.

CONCLUSIONI

L'età avanzata e il sesso maschile sembrano associarsi a maggiore vulnerabilità emodinamica. Alcune terapie concomitanti (farmaci bradicardizzanti, antipsicotici tipici) possono amplificare il rischio di bradicardia. Sono necessari campioni più ampi per stime più precise.

Bibliografia

Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation, Delirium in ICU. Crit Care Med. 2018;46(9):e825-e873.

Jakob SM, Ruokonen E, Grounds RM, et al. Dexmedetomidine vs Midazolam for Sedation of Critically Ill Patients. JAMA. 2012;307(11):1151-1160.

Lewis K, Piticaru J, Chaudhuri D, et al. Safety and Efficacy of Dexmedetomidine in Acutely Ill Adults Requiring Noninvasive Ventilation: A Systematic Review and Meta Analysis. Chest. 2021;159(6):2274-2288.

Pandharipande PP, Pun BT, Herr DL, et al. Effect of Sedation with Dexmedetomidine vs Lorazepam on Acute Brain Dysfunction in Mechanically Ventilated Patients. JAMA. 2007;298(22):2644-2653.

Riker RR, Shehabi Y, Bokesch PM, et al. Dexmedetomidine vs Midazolam for Sedation in ICU. JAMA. 2009;301(5):489-499.

DEMENZA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

MILD BEHAVIORAL IMPAIRMENT (MBI): UN'OPPORTUNITÀ PER L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI PAZIENTI A RISCHIO DI DEMENZA? ESPERIENZA DI UN CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE

Alberta Battaglia[1], Federico Alberto Paccagnella[1], Elisa Tedeschi[1], Marina De Rui[2], Maria De Vita[3], Adele Ravelli[1], Chiara Ceolin[1], Chiara Curreri[2], Giulia Gasparini[2], Giuseppe Sergi[1], Alessandra Coin[1]

[1] Dipartimento di Medicina - DIMED, Università di Padova - [2] UOC Clinica Geriatrica, Azienda Ospedale - Università Padova - [3] Dipartimento di Psicologia Generale (DPG), Università di Padova

SCOPO DEL LAVORO

Il Mild Behavioral Impairment (MBI) è una sindrome neurocomportamentale definita dai criteri ISTAART-AA e riconosciuta come marker clinico di aumentato rischio di declino cognitivo e demenza [1,2]. Tuttavia, la sua valutazione non è ancora sistematicamente integrata nella pratica dei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD). Obiettivo dello studio è stato identificare retrospettivamente i pazienti con MBI all'interno della popolazione afferente a un CDCD, descriverne le caratteristiche cliniche e l'evoluzione longitudinale e valutare il potenziale valore della rilevazione sistematica dell'MBI nel percorso diagnostico delle demenze.

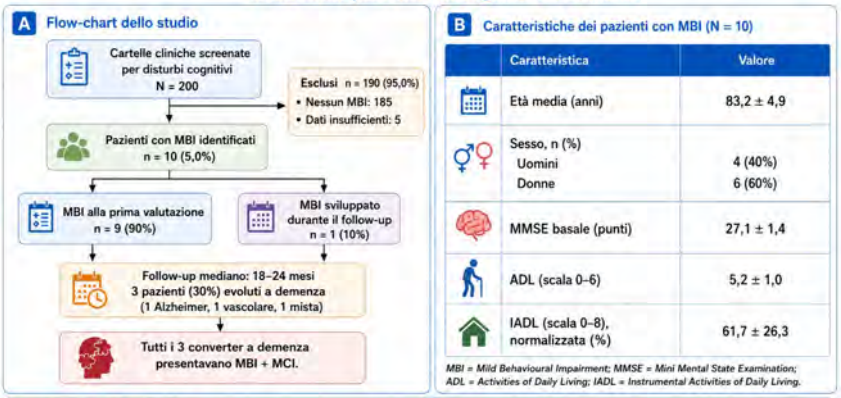
MATERIALI E METODI

È stato effettuato uno screening retrospettivo di 200 cartelle cliniche consecutive di pazienti afferiti per prima visita presso il CDCD della UOC Geriatria, Azienda Ospedale-Università di Padova. Le cartelle sono state rivalutate applicando retrospettivamente i criteri diagnostici ISTAART-AA per MBI. I pazienti che soddisfacevano tali criteri costituivano una case-series sottoposta ad analisi longitudinale descrittiva delle caratteristiche cognitive, funzionali e dell'evoluzione clinica.

RISULTATI

Su 200 cartelle cliniche revisionate, 10 pazienti (5%) soddisfacevano retrospettivamente i criteri per MBI e costituivano case-series oggetto dell'analisi longitudinale. L'età media era di 83,2 ± 4,9 anni; 4 pazienti (40%) erano uomini e 6 (60%) donne. Il MMSE basale era pari a 27,1 ± 1,4 punti. Le autonomie risultavano sostanzialmente conservate (ADL 5,2 ± 1,0; IADL normalizzata 61,7 ± 26,3%). I sintomi comportamentali erano già documentabili alla prima valutazione in 9 pazienti (90%). Durante il follow-up, 3 pazienti (30%) sono evoluti verso demenza (malattia di Alzheimer, demenza vascolare e demenza mista), dopo un intervallo di circa 18-24 mesi dalla prima osservazione. I "converter" avevano anche un decadimento cognitivo lieve associato a MBI (Fig. 1).

Figura 1. Identificazione e caratteristiche cliniche dei pazienti con Mild Behavioural Impairment (MBI) in un Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze



CONCLUSIONI
L'applicazione retrospettiva dei criteri MBI ha consentito di identificare un sottogruppo di pazienti successivamente evoluti verso demenza. Sebbene la natura descrittiva della presente case-series non consenta inferenze prognostiche, i risultati suggeriscono che la rilevazione sistematica dell'MBI possa integrare la valutazione cognitiva tradizionale nei CDCD, contribuendo all'identificazione di pazienti a maggior rischio di evoluzione cognitiva e orientando un follow-up clinico e diagnostico più mirato, in accordo con evidenze che riconoscono l'MBI come marker clinico precoce di aumentato rischio di demenza [1,3].

Bibliografia
1. Ismail Z, Smith EE, Geda Y, et al. Alzheimer's & Dementia. 2016;12(2):195-202.
2. Creese B, Brooker H, Ismail Z, et al. Lancet Healthy Longev. 2021.
3. Andrews SJ, Ismail Z, Anstey KJ, et al. Alzheimers Dement. 2024.

ASSOCIAZIONE TRA IL DOMINIO COGNITIVO DELL'ICOPE STEP1 E VALORI POSITIVI DI PLASMA P-TAU217 NELL'ANZIANO

Federico Bellelli[1], Elisa Petroni[2], Emmanuel Gonzalez[1], Julien Delrieu[1], Bruno Vellas[1], Maria Soto Martin[1], Davide Angioni[1]

[1] CHU Toulouse, Toulouse, Francia - [2] Università Campus Bio-Medico, Roma

SCOPO DEL LAVORO
La proteina tau fosforilata 217 (p-tau217) plasmatica rappresenta un promettente biomarker ematico per la malattia di Alzheimer (AD), ma il suo utilizzo come strumento di screening nella popolazione anziana senza deficit cognitivo rimane dibattuto. Il dominio cognitivo dell'Integrated Care for Older People (ICOPE) Step 1 è uno strumento rapido pensato per il monitoraggio ripetuto della funzione cognitiva nella popolazione anziana. Lo scopo di questo studio è valutare l'associazione tra alterazioni del dominio cognitivo dell'ICOPE Step 1 e positività della p-tau217 plasmatica, nonché analizzarne la performance diagnostica.

MATERIALI E METODI
Sono stati analizzati dati trasversali di 604 adulti (età ≥60 anni), residenti in comunità e senza deficit cognitivo, arruolati nella coorte INSPIRE-T (Toulouse, France). I valori plasmatici di p-tau217 sono stati classificati come negativi, intermedi o positivi. Le associazioni tra il dominio cognitivo dell'ICOPE Step 1 e lo stato di p-tau217 sono state valutate mediante modelli di regressione logistica aggiustati per età, sesso, livello di istruzione e malattia renale cronica. La performance diagnostica nell'identificare la positività della p-tau217 è stata valutata mediante valore predittivo positivo e valore predittivo negativo.

RISULTATI
Complessivamente, 437 partecipanti (72,3%) presentavano valori negativi di p-tau217, 97 (16,1%) valori intermedi e 70 (11,6%) valori positivi. Nei modelli aggiustati, la presenza di alterazioni cognitive all'ICOPE Step 1 era associata a una maggiore probabilità di positività della p-tau217 rispetto alla negatività, mentre non è stata osservata un'associazione significativa con lo stato intermedio. Tra i singoli item cognitivi, la presenza di un disturbo soggettivo di memoria e l'alterazione al three-words recall test erano associati alla positività di p-tau217. Quando la positività a p-tau217 è stata confrontata con le categorie negativa/intermedia combinate, le alterazioni cognitive all'ICOPE Step 1 risultavano associate a una maggiore probabilità di positività del biomarcatore. Il valore predittivo positivo era basso, mentre il valore predittivo negativo era elevato.

CONCLUSIONI
Le alterazioni del dominio cognitivo dell'ICOPE Step 1 sono risultate associate a una maggiore probabilità di positività della p-tau217 plasmatica in anziani senza deficit cognitivo. Tuttavia, il basso valore predittivo positivo suggerisce che l'ICOPE Step 1 non dovrebbe essere utilizzato da solo per selezionare i soggetti da sottoporre a valutazione biomarcatore. Al contrario, l'elevato valore predittivo negativo supporta un suo possibile ruolo come strumento di primo livello per escludere soggetti a bassa probabilità di positività biomarcatore in percorsi di screening graduale per la malattia di Alzheimer.

DALL'AFASIA PRIMARIA PROGRESSIVA ALLA SINDROME CORTICOBASALE: LE SFIDE DELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Arianna Bendoni, Ester Latini, Andrea Ungar, Enrico Mossello

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

INTRODUZIONE
La sindrome corticobasale (CBS) è una patologia neurodegenerativa rara, classicamente inquadrata tra i parkinsonismi atipici. Sebbene sia nota per i disturbi motori, presenta quattro fenotipi clinici: in circa il 40% dei casi esordisce nella variante afasica non fluente progressiva. La presentazione iniziale con isolato deficit del linguaggio pone una sfida di diagnosi differenziale con patologie più frequenti, quali la Malattia di Alzhei-

mer (AD) – che nella sua variante atipica si manifesta come Afasia Primaria Progressiva (APP) logopenica - e la Demenza Frontotemporale (FTD), caratterizzata dalla variante APP non fluente/agrammatica o semantica

CASO CLINICO

F.G. 70 anni, giunge alla nostra osservazione nell'agosto 2025. I familiari riferiscono un disturbo isolato e progressivo del linguaggio, caratterizzato da eloquio esitante, scarno e telegrafico, a fronte di una comprensione conservata. All'esame obiettivo viene rilevata aprassia ideo-motoria, in assenza di bradicinesia e problematiche di andatura. Sulla base del profilo linguistico, viene formulato il sospetto clinico di APP, variante non fluente o logopenica. Nel sospetto di una variante linguistica di AD o di FTD, il paziente viene sottoposto a valutazione neuropsicologica estesa e PET-FDG. All'esame PET non viene inizialmente rilevata la presenza di un pattern neurodegenerativo tipico. A distanza di cinque mesi una valutazione neuropsicologica estesa conferma il severo disturbo della produzione linguistica. Nella stessa occasione si rileva la comparsa di segni motori e corticali focali asimmetrici, quali bradicinesia e rigidità a carico dell'emisoma sinistro, aprassia ideomotoria della mano sinistra con fenomeno dell'arto alieno omolaterale e aprassia bucco-facciale. A conferma del sospetto diagnostico di CBS viene eseguita una SPECT con DATscan che documenta degenerazione del sistema nigrostriatale. Alla luce del nuovo sospetto clinico, viene effettuata una revisione collegiale della precedente PET con FDG insieme al medico nucleare che permette di rilevare un quadro compatibile, con il sospetto clinico di CBS, caratterizzato da ipometabolismo asimmetrico a livello parietale e del nucleo caudato destro.

CONCLUSIONI

Il caso clinico descritto dimostra come la CBS possa mimetizzarsi all'esordio con il fenotipo di un'APP. Quando un paziente si presenta con un eloquio non fluente, il clinico ipotizza patologie più frequenti. Anche l'esame PET FDG, pur utile nel confermare un sospetto diagnostico di neurodegenerazione, può necessitare di un sospetto clinico per rilevare la caratteristica asimmetria metabolica, se lieve, all'esordio. In assenza di biomarcatori di patologia più specifici, la SPECT con DATscan si conferma un eccellente strumento di supporto per svelare il coinvolgimento nigrostriatale. Tuttavia, la sovrapposizione patologica resta un problema aperto e le difficoltà diagnostiche derivano dall'assenza tuttora di biomarcatori capaci di identificare la neuropatologia alla base della CBS. Di fronte ad un caso di APP, l'esame attento dell'obiettività neurologica, il follow-up nel tempo e l'utilizzo mirato degli esami di neuroimaging sono, insieme alla valutazione neuropsicologica, i cardini per un corretto inquadramento diagnostico. Un approccio diagnostico accurato sarà sempre più cruciale nel prossimo futuro, alla luce della prevedibile introduzione di terapie mirate sulla neuropatologia

Bibliografia

Armstrong MJ, et al. Criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration. Neurology. 2013

LA SFIDA DELLE DEMENZE ATIPICHE: SEGNALI PRECOCI DI UNA CADASIL. CASE REPORT

Sossio Daniele Capasso[1], Andrea Capasso[2], Katia Schiano Di Cola[2], Giovanna Castaldo[2], Ivana Micillo[2], Fabrizia Falco[2], Giovanna Piro[2], Pasquale Di Girolamo Faraone[2], Monica Vanni[2]

[1] Università degli Studi di Napoli "Federico II" - [2] ASL Napoli 2 Nord, Frattamaggiore (NA)

INTRODUZIONE

La Cadasil è una arteriopatia ereditaria dei piccoli vasi cerebrali causata da mutazioni del gene NOTCH3, rappresenta la più comune forma di arteriopatia cerebrale ereditaria. Si presenta una degenerazione delle cellule muscolari lisce vascolari e un progressivo danno dei piccoli vasi cerebrali. Clinicamente, la malattia si manifesta con emicrania con aura, ictus ischemici ricorrenti, disturbi psichiatrici e deterioramento cognitivo progressivo. La diagnosi si fonda su dati clinici, neuropsicologici, di neuroimaging ed analisi genetica.

CASO CLINICO

Presentiamo il caso di una donna di 40 anni con emicrania con aura, eventi ischemici ricorrenti e declino cognitivo lieve. La paziente riferiva anche episodi ricorrenti di vertigine soggettiva non rotatoria e parestesie migranti agli arti, a carattere transitorio e fluttuante, non associati a deficit focali persistenti. I ripetuti approfondimenti otoneurologici risultavano non significativi. La paziente riferiva inoltre difficoltà cognitive progressive, principalmente a carico dell'attenzione e delle funzioni esecutive, nonché ricorrente deflessione del tono dell'umore. L'anamnesi familiare era positiva per ictus in età precoce in un genitore, il padre. Mentre la madre, come la nonna materna, affette da AD. La RM encefalo documentava una leucoencefalopatia diffusa con coinvolgimento dei poli temporali anteriori e della capsula esterna, altamente suggestiva per CADASIL. La valutazione neuropsicologica evidenziava un pattern disesecutivo subcorticale precoce con marcato rallentamento della

velocità di processamento, deficit di attenzione sostenuta e shifting cognitivo, compromissione delle funzioni esecutive fronto-sottocorticali in assenza di significativo deficit della memoria episodica, configurando un profilo dissociato altamente suggestivo. Il caso evidenzia l'importanza di una precoce identificazione nei pazienti giovani con segni di small vessel disease.
La risonanza magnetica encefalica ha evidenziato diffuse iperintensità della sostanza bianca nelle sequenze T2/FLAIR, coinvolgimento dei lobi temporali anteriori, alterazioni della capsula esterna e dei centri semiovali.
La valutazione neuropsicologica ha documentato un deficit cognitivo lieve a prevalente componente esecutiva.
Il caso evidenzia come sintomi neurologici sfumati e non specifici, quali vertigini e parestesie, possano rappresentare forme di esordio della CADASIL, verosimilmente correlate a disfunzione ischemica sottocorticale diffusa. Tali manifestazioni, frequentemente attribuite a cause periferiche o funzionali, costituiscono un'importante fonte di ritardo diagnostico. L'associazione con un profilo neuropsicologico subcorticale precoce rappresenta un elemento chiave di sospetto clinico, soprattutto in assenza di eventi ischemici conclamati. L'imaging tipico e l'anamnesi familiare completano un quadro altamente suggestivo.

CONCLUSIONI

La CADASIL rafforza la necessità di un approccio multidisciplinare e di un attento follow-up nel tempo. In particolare, la valutazione neuropsicologica riveste un ruolo cruciale nella diagnosi di CADASIL, permettendo di identificare un profilo cognitivo tipicamente subcorticale, caratterizzato da deficit esecutivi e rallentamento cognitivo. Il suo impiego consente una diagnosi più precoce, contribuisce alla diagnosi differenziale e rappresenta uno strumento essenziale per il monitoraggio della progressione di malattia.

SERIE DI LURIA E PERFORMANCE COGNITIVA IN UNA COORTE DI PLWH: ANALISI ESPLORATIVA DELL'EFFETTO DELL'ETÀ

Federica Casu Giglio[1], Davide Biggio[1], Giulia Marcialis[1], Anna Maria Lugas[1], Emanuele Concas[1], Francesco Salis[1,2], Maristella Belfiori[1,2], Antonella Mandas[1,2]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari, Cagliari - [2] ASL Cagliari, Cagliari

SCOPO DEL LAVORO

Nel contesto dell'invecchiamento progressivo delle persone con infezione da HIV (PLWH) e della persistente rilevanza dei disturbi neurocognitivi in era della terapia antiretrovirale combinata (cART). Il presente studio ha valutato l'associazione misurata mediante la serie di Luria (sottodominio dell'International HIV Dementia Scale, psIHDS) e le prestazioni cognitive globali, valutate mediante Montreal Cognitive Assesment (MoCA) nonché analizzare il ruolo dell'età come possibile modificatore.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale su 429 PLWH, afferenti all'ambulatorio di Immunodeficienza acquisite dell'AOU di Cagliari. Sono stati applicati modelli di regressione lineare e logistica binaria multivariata, aggiustati per età, sesso, scolarità, durata dell'infezione e parametri immuno-virologici, includendo un termine di interazione psIHDS×età. Le analisi condotte con RStudio (versione 4.2.3).

RISULTATI

I soggetti con deficit cognitivo (MoCA < 26), costituenti il 58% del campione, risultavano significativamente più anziani (p < 0,001) e con minore scolarità (p < 0,001) (Tab. 1). Il psIHDS è risultato associato al punteggio MoCA nel modello lineare multivariato, (β = 1,03; SE = 0,18; p < 0,001) e alle odds di deficit cognitivo nel

Tabella 1. Caratteristiche demografiche e cliniche dell'intero campione e stratificate in base alla performance al MoCA (<26 vs ≥26)

	Impero campione (n= 429)	MoCA <26 (n=249)	MoCA ≥26 (n=180)
Donne, n (%)	146 (34.03)	78 (31.3)	68 (37.8)
Età (anni), media (DS)	54.33 (9.58)	56.04 (9.13)	52.03 (9.71)
Scolarità (anni), media (DS)	11.54 (4.16)	10.82 (3.98)	12.53 (4.21)
Durata infezione HIV (anni), media (DS)	20.38 (10.98)	20.65 (11.20)	20.06 (10.70)
Donne, n (%)	146 (34.03)	78 (31.3)	68 (37.8)

Note: I dati sono riportati come media (DS) o numero assoluto (%), a seconda del tipo di variabile considerata. Abbreviazioni: HIV Human Immunodeficiency Virus.

Figura 1. Forest plot dell'associazione tra punteggio psIHDS e deficit cognitivo (MoCA <26): modello di regressione logistica multivariato

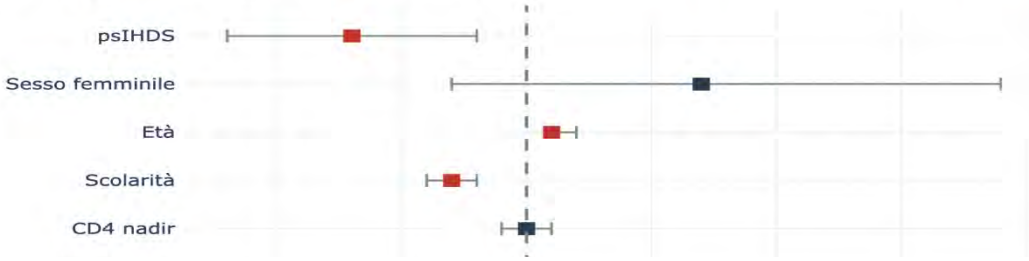
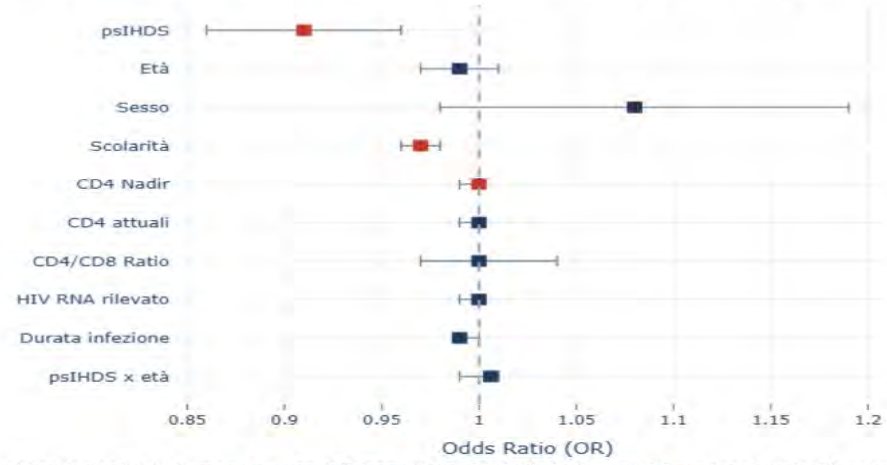
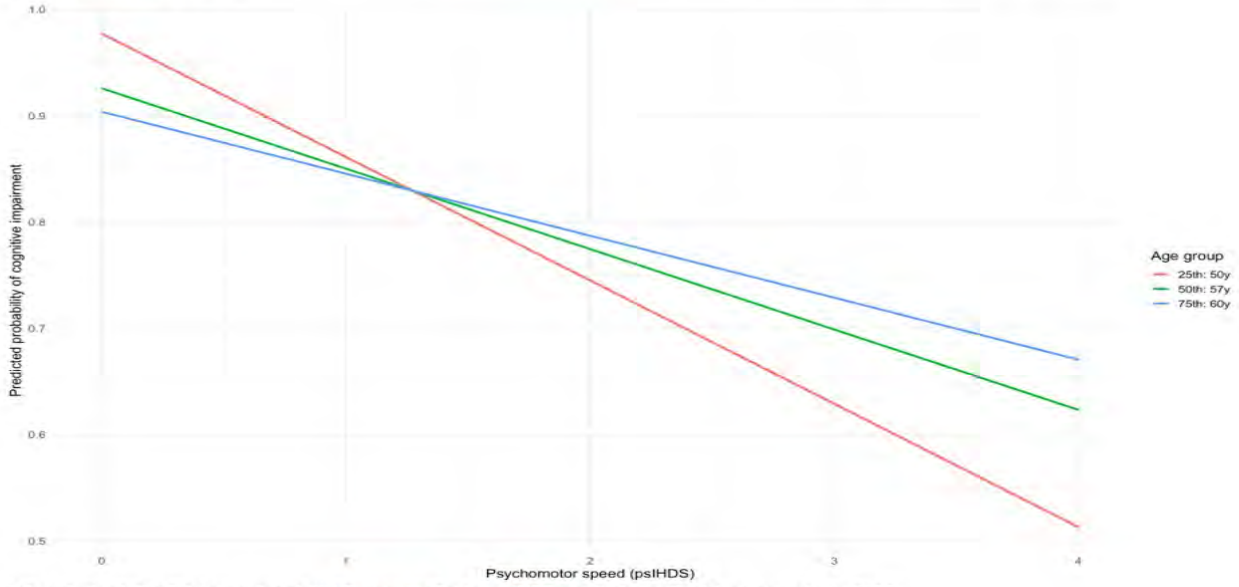


Figura 2. Forest plot dell'associazione tra velocità psicomotoria e deficit cognitivo (MoCA <26): modello di regressione logistica multivariato con termine di interazione psIHDS × età



Abbreviazioni: HIV Human Immunodeficiency Virus, OR Odds Ratio, psIHDS punteggio velocità psicomotoria IHDS.

Figura 3. Andamento della relazione tra psIHDS e probabilità predetta di deficit cognitivo nei diversi terzili di età



Abbreviazioni: IHDS International HIV Dementia Scale, psIHDS punteggio velocità psicomotoria IHDS

modello logistico multivariato (OR aggiustato = 0,93; IC95% 0,88-0,98 - Fig. 1). Il termine di interazione psIHDS×età ha evidenziato un OR pari a 1,006 (IC95% 0,99-1,01 - Fig. 2), con una riduzione della probabilità predetta di deficit cognitivo all'aumentare del psIHDS più contenuta nel terzo terzile di età (Fig. 3).

CONCLUSIONI

Il presente studio suggerisce che la velocità psicomotoria misurata mediante la serie di Luria rappresenti un dominio cognitivo strettamente correlato alla performance cognitiva globale, coerentemente con il suo coinvolgimento precoce nei disturbi neurocognitivi associati all'infezione da HIV, mentre il termine di interazione con l'età ha mostrato una tendenza alla significatività statistica, suggerendo una possibile modulazione dell'associazione con l'avanzare dell'età, confermata dall'analisi con le probabilità predette per terzili di età.

Bibliografia

Akusjärvi SS, Neogi U. Biological Aging in People Living with HIV on Successful Antiretroviral Therapy: Do They Age Faster? Current HIV/AIDS Reports. 2023;20(2):42-50.

Autenrieth CS, Beck EJ, Stelzle D, et al. Global and regional trends of people living with HIV aged 50 and over: Estimates and projections for 2000-2020. PLoS ONE. 2018;13(11):e0207005.

Stern Y. Factors associated with incident human immunodeficiency Virus-Dementia. Archives of Neurology. 2001;58(3):473.

Sullivan EV, Rosenbloom MJ, Rohlfing T, et al. Pontocerebellar contribution to postural instability and psychomotor slowing in HIV infection without dementia. Brain Imaging Behav. 2011;5(1):12-24.

DIMINISHED OVARIAN RESERVE (DOR) E MALATTIE NEURODEGENERATIVE: UNO STUDIO PRELIMINARE

Maria De Crescenzo[1], Matteo Giudice[2], Federica Argento[1], Fabrizia Gatta[1], Gianluca Scotto Di Tella[1], Laura Petraglia[1], Giuseppe Rengo[1], Ida Strina[3], Maurizio Guida[2], Grazia Daniela Femminella[1]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi di Napoli "Federico II" - [2] Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche, Università degli Studi di Napoli "Federico II" - [3] Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Napoli F"ederico II"

SCOPO DEL LAVORO

La ridotta riserva ovarica (DOR) è una condizione in cui una donna presenta meno ovociti rispetto alle donne della stessa età. Ciò determina ipogonadismo e riduzione della concentrazione estrogenica, elementi implicati nella vulnerabilità neurocognitiva. Studi recenti mettono in luce una correlazione tra ridotta riserva ovarica e alterazione della performance cognitiva, con incremento del rischio di demenza. Tale dato risulta valutabile tramite test neurocognitivi ma anche attraverso tecniche di neuroimaging, sostenendo l'ipotesi che la ridotta riserva ovarica possa avere un impatto a livello cerebrale in termini funzionali e strutturali [1]. Lo scopo dello studio è valutare la correlazione tra ridotta riserva ovarica e perfomance cognitiva.

MATERIALI E METODI

Sono stati raccolti dati preliminari su 19 pazienti DOR seguite presso il centro PMA della UOC di Ginecologia e Ostetricia della AOU Federico II di Napoli. Tutte le pazienti sono state sottoposte a valutazione neuropsicometrica presso la UOC di Geriatria e Fibrosi Cistica dell'Adulto della stessa AOU con somministrazione di MOCA, Hospital Anxiety and Depression Scale, RBDSQ, SCOPA-AUT, MDS-UPDRS, FAB e RBANS. Lo studio prevede, in una seconda fase, la valutazione della struttura cerebrale tramite tecniche di neuroimaging.

RISULTATI

L'età media delle pazienti arruolate è di 33,8 ± 3,5 anni, la scolarità media è di 13,5 ± 2,9 anni. Le pazienti arruolate hanno un BMI di 24,6 ± 3,8 e il 32% è fumatrice. Per quanto riguarda i parametri clinici, la conta follicolare antrale è di 5,5 ± 2,2, con i seguenti livelli ormonali: FSH 13,6 ± 8,7 mU/ml, AMH 0.5 ± 0.3 ng/mL, LH 7,4 ± 5,7 mU/mL, E2 63.4 ± 71.1 pg/mL. Alla valutazione neuropsicometrica le pazienti hanno un punteggio medio al MoCA test di 24,8 ± 3,8. La FAB media è di 16 ± 1,9. I punteggi all'HADS-A e HADS-D sono rispettivamente di 7,1 ± 4,9 e 4,7 ± 3,6. Alla batteria RBANS i punteggi ottenuti (e rispettivi percentili) sono i seguenti: Memoria immediata 75,8 ± 11 (10° perc), Abilità visuospaziali 85,8 ± 15,8 (27° perc), Linguaggio 85,8 ± 8,5 (24° perc), Attenzione 87 ± 15,1 (28° perc), Memoria differita 83,8 ± 14,4 (24° perc). Dall'analisi di correlazione non parametrica di Spearman emerge una correlazione inversa tra i livelli di FSH ed il punteggio di Memoria immediata dell'RBANS (ρ = -,511, p = 0,025), nonché rispettivamente una correlazione diretta tra il punteggio delle Abilità visuospaziali dell'RBANS con i livelli di E2 (ρ = ,599, p = 0,007) ed una correlazione inversa con i livelli di LH (ρ = -,525, p = 0,044).

CONCLUSIONI

I dati preliminari suggeriscono che, nelle pazienti con ridotta riserva ovarica, specifici parametri ormonali possano associarsi a differenze nelle performance cogniti-

ve, in particolare nei domini della memoria immediata e delle abilità visuospaziali. Questi risultati supportano la prosecuzione dello studio su una casistica più ampia e l'integrazione con dati di neuroimaging, al fine di chiarire i possibili meccanismi neurobiologici che collegano DOR, ipogonadismo e vulnerabilità neurocognitiva.

Bibliografia

1. Yuan S, et al. (2025). Brain structural alterations in young women with premature ovarian insufficiency: Implications for dementia risk. Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association, 21(3), e70111.

DELIRIUM SOVRAPPOSTO A DECADIMENTO COGNITIVO: IMPATTO SUL RISCHIO DI ISTITUZIONALIZZAZIONE E SULLA MORTALITÀ A BREVE TERMINE

Alessandra De Pasquale[1], Paolo Politi[1], Chiara Morichetti[1], Giuseppe La Porta[1], Davide Crapanzano[1], Maria Chiara Naim[1], Laura Luoni[2], Matilde Casasole[2], Andrea Maria Maresca[2]

[1] SC Geriatria, ASST Lariana, San Fermo della Battaglia (CO) - [2] Università degli Studi dell'Insubria, Varese

SCOPO DEL LAVORO

Delirium e decadimento cognitivo coesistono frequentemente nel grande anziano ricoverato in geriatria per acuti. Abbiamo valutato se il delirium sovrapposto a decadimento cognitivo sia un predittore indipendente di istituzionalizzazione e di mortalità a breve termine.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale monocentrico su 1.103 ricoveri consecutivi presso SC Geriatria dell'Ospedale Sant'Anna di San Fermo della Battaglia (Como), nel periodo gennaio-dicembre 2025 (età mediana 85 anni, IQR 80-89; 52,8% donne) con follow-up a 90 giorni. I pazienti sono stati classificati per decadimento cognitivo preesistente (demenza o deficit cognitivo in anamnesi) e delirium intraospedaliero (valutato con 4AT) in 4 gruppi: nessuna condizione, solo decadimento, solo delirium, delirium + decadimento cognitivo. Abbiamo valutato la necessità di istituzionalizzazione con regressione logistica multivariata (aggiustata per età, sesso, CFS, Barthel, GLIM, NECPAL) e mortalità cumulativa a 90 giorni valutata con modello di Cox aggiustato per età, sesso, CFS, GLIM, NECPAL.

RISULTATI

Dei 1.103 pazienti classificabili, 477 non presentavano alcuna condizione (43%), 154 solo decadimento (14%), 162 solo delirium (15%) e 310 delirium + decadimento cognitivo (28%). Il delirium era presente nel 42,8% della coorte. Sull'istituzionalizzazione (n = 830 escludendo i decessi in reparto e i pazienti candidati a cure palliative domiciliari o residenziali,187 eventi, 22.5%), il delirium + demenza era l'unico fenotipo predittore indipendente (OR 2,53; IC95% 1,64-3,89; p < 0,001; 38% istituzionalizzati vs 15% senza condizioni), mentre solo decadimento (OR 1,21; IC95% 0,69-2,11; p = 0,51) e solo delirium (OR 1,21; IC95% 0,69-2,15; p = 0,51) non erano significativi. La mortalità cumulativa a 90 giorni cresceva progressivamente dai pazienti senza condizioni (17,4%) al solo decadimento (32,5%), al solo delirium (38,9%) e al delirium su decadimento cognitivo (38,7%). Al modello di Cox multivariato, tuttavia, l'unico fenotipo predittore indipendente di mortalità era il solo delirium (HR 1,87; IC95% 1,35-2,61; p < 0,001), mentre né il solo decadimento (HR 1,15; IC95% 0,80-1,64; p = 0,45) né il delirium su decadimento cognitivo (HR 1,22; IC95% 0,90-1,64; p = 0,20) mantenevano un effetto significativo.

CONCLUSIONI

Il delirium sovrapposto a decadimento cognitivo si conferma il principale determinante del destino assistenziale: quasi triplica il rischio di istituzionalizzazione (OR 2,53) mentre il solo delirium e il solo decadimento cognitivo non raggiungono la significatività. Sulla mortalità a breve termine, invece, la sovrapposizione del delirium al decadimento non comporta un rischio aggiuntivo: i pazienti con delirium e decadimento e quelli con solo delirium presentano una mortalità cumulativa a 90 giorni pressoché identica (38,7% vs 38,9%).

Bibliografia

Avelino-Silva TJ, et al. Delirium superimposed on dementia and mortality. PLoS Med 2017;14:e1002264.

Fong TG, et al. The interface between delirium and dementia in elderly adults. Lancet Neurol 2015;14:823-32.

Inouye SK, et al. Delirium in elderly people. Lancet 2014;383:911-22.

Rockwood K, et al. A global clinical measure of fitness and frailty. CMAJ 2005;173:489-95.

DISCRIMINAZIONE DIAGNOSTICA NEL CONTINUUM NEUROCOGNITIVO: EVIDENZE DA UN APPROCCIO BIOLOGICO MULTIDOMINIO

Giuseppe Di Gioia[1], Moris Sangineto[1], Martina Ciarnelli[2], Grazia Gabriella Bufano[1], Giulia Savino[2], Rossella Bianco[1], Giuseppe De Girolamo[1], Gaetano Serviddio[1]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi

di Foggia - [2] Center for REsearch and innovATion in medicinE (CREATE), Università degli Studi di Foggia

SCOPO DEL LAVORO

La classificazione diagnostica lungo il continuum neurocognitivo e la discriminazione dalla sindrome depressiva rappresentano una sfida clinica complessa. L'integrazione di indicatori neuropsicologici, di composizione corporea e forza muscolare, metabolici e infiammatori potrebbe permettere una discriminazione più accurata tra gli stadi del declino cognitivo, caratterizzando inoltre, con approccio non supervisionato, l'eterogeneità biologica sottesa a tali categorie.

MATERIALI E METODI

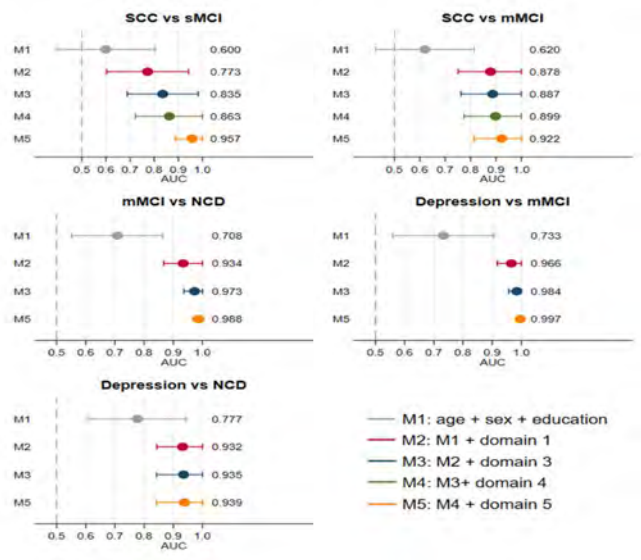
97 pazienti geriatrici (età media 76,6±7,0 anni) sono stati valutati presso l'Ambulatorio dei disturbi cognitivi e del tono dell'umore della Clinica Medica, Policlinico Riuniti di Foggia, e suddivisi mediante valutazione clinica in disturbo cognitivo soggettivo (SCC), MCI a singolo dominio (sMCI), MCI multidominio (mMCI), disturbo neurocognitivo maggiore (NCD) e sindrome depressiva. Ciascun paziente è stato sottoposto a valutazione neuropsicologica, bioimpedenziometria, dinamometria, profilo metabolico-ematologico e dosaggio di 45 citochine sieriche (Luminex), sottoposte a PCA per ricavare assi infiammatori sintetici. Cinque confronti diagnostici clinicamente significativi sono stati esaminati con regressione logistica Firth-penalizzata, con modelli costruiti in modo progressivo tramite aggiunta sequenziale dei domini valutati. Sull'eterogeneità biologica del campione sono state condotte una cluster analysis gerarchica e una multidimensional scaling (MDS), applicate alle stesse dieci variabili multidominio standardizzate dei modelli predittivi, per verificare se i raggruppamenti biologici, emersi indipendentemente dai criteri clinici, rispecchiassero la struttura diagnostica osservata.

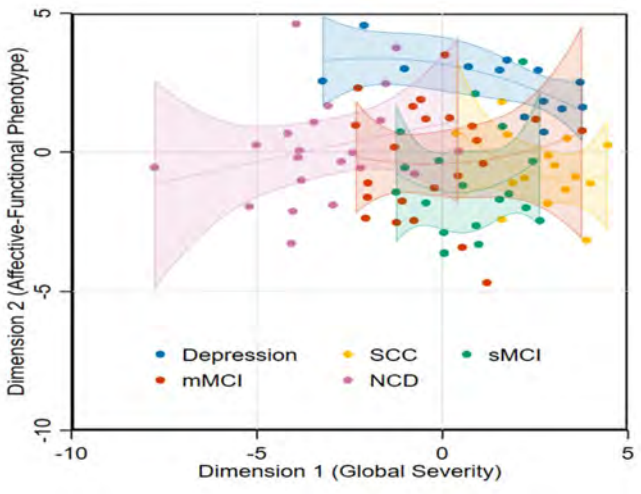
RISULTATI

L'inclusione progressiva dei domini ha determinato un incremento marcato della capacità discriminativa in tutti i confronti considerati. L'asse chemochinico è risultato particolarmente informativo nelle transizioni più precoci tra SCC e MCI, mentre l'asse pro-infiammatorio ha assunto un peso predominante negli stadi più avanzati. La cluster analysis ha individuato una soluzione a due gruppi, la più stabile tra quelle esaminate: un Cluster 1, a fenotipo preservato, comprendente la totalità dei pazienti SCC e il 77% dei pazienti con sindrome depressiva, e un Cluster 2, a fenotipo compromesso, comprendente il 90% dei pazienti NCD, con gli mMCI in posizione intermedia. La rappresentazione MDS ha confermato tale organizzazione: la Dimensione 1, indice di gravità globale, correlava positivamente con le prestazioni cognitive e negativamente con l'infiammazione sistemica; la Dimensione 2, affettivo-funzionale, rifletteva il carico depressivo e la funzione muscolare, isolando la sindrome depressiva dalle restanti categorie. Tale corrispondenza tra struttura non supervisionata e classificazione clinica suggerisce un substrato biologico riconoscibile, in parte indipendente dai criteri diagnostici categoriali.

CONCLUSIONI

La convergenza tra modello predittivo multidominio, cluster analysis e MDS delinea un quadro coerente, in cui la profilazione biologica integrata migliora la discriminazione diagnostica tra gli stadi del declino cognitivo rispetto alla sola valutazione clinica, individuando fenotipi biologici trasversali alle categorie diagnostiche.





RISERVA COGNITIVA E PROGRESSIONE DI MALATTIA NEL PAZIENTE ANZIANO CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE SU BASE NEURODEGENERATIVA

Michela Dovadola, Elena Ferrighi, Benedetta Berardi, Giulia Pampolini, Elena Barbieri, Caterina Trevisan, Stefano Volpato, Francesca Remelli

Università degli Studi di Ferrara

SCOPO DEL LAVORO

Valutare l'associazione tra riserva cognitiva e progressione della malattia neurodegenerativa in pazienti ambulatoriali con diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore su base degenerativa primaria.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale prospettico monocentrico, condotto su pazienti con età > 65 anni, afferenti al CDCD della U.O. di Geriatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna di Ferrara (Italia) tra il 1° aprile 2024 e il 30 giugno 2025, con un MMSE non corretto > 20. Per ogni paziente sono state raccolte informazioni sociodemografiche e cliniche, relative alle performance cognitive globali (mediante MMSE) ed alla riserva cognitiva tramite un questionario che indagava su aspetti quali scolarità, rapporti sociali, attività ricreative e tempo alla TV. A sei mesi è stato svolto il follow-up con nuova somministrazione di MMSE. È stato definito "progressione del declino cognitivo" una riduzione al MMSE nei 6 mesi di osservazione superiore alla variazione mediana del campione.

RISULTATI

Sono stati inclusi nello studio 62 pazienti (61,3% di sesso femminile, età media di 81,6 anni). Il campione è stato analizzato in base ai livelli di riserva cognitiva (bassa, intermedia e alta), definiti attraverso i terzili di distribuzione del punteggio ottenuto dal questionario somministrato. Un'alta riserva cognitiva è risultata associata ad una probabilità significativamente minore di peggioramento della performance cognitiva durante i 6 mesi di follow-up. In particolare, coloro che mostravano una riserva cognitiva elevata avevano una probabilità di progressione del declino ridotta di circa il 95% (OR = 0,05; IC95%:0,00-0,68; p = 0,046). Tale associazione veniva confermata anche dopo l'aggiustamento per ADL e patologie cardiovascolari (OR = 0,08; IC 95%:0,00-0,64; p = 0,045).

CONCLUSIONI

I nostri dati supportano il ruolo della riserva cognitiva nella progressione del declino cognitivo in pazienti con disturbo neurocognitivo su base degenerativa primaria. Pertanto, la promozione di interventi volti a potenziare la stimolazione intellettuale, sociale e lavorativa durante l'arco di vita potrebbe rappresentare una strategia per rallentare l'insorgenza di un disturbo neurocognitivo maggiore, o la sua progressione quando instaurato.

Bibliografia

Grotz C, Seron X, Van Wissen M, et al. How should proxies of cognitive reserve be evaluated in a population of healthy older adults? Int Psychogeriatr. 2017;29(1):123-136.

Lin L, Ni L, Wang X, et al. Longitudinal cognitive change and duration of Alzheimer's disease stages in relation to cognitive reserve. Neuroscience. 2022;504:47-55.

Stern Y. Cognitive reserve. Neuropsychologia. 2009 Aug;47(10):2015-28.

IL CONTROLLO PRESSORIO NEI GRANDI ANZIANI NON IPERTESI È ASSOCIATO A PEGGIORAMENTO DEI SINTOMI COMPORTAMENTALI E PSICOLOGICI DELLA DEMENZA E DELLA PERFORMANCE COGNITIVA

Benedetta Giacomelli, Noemi Pardini, Sara Rogani, Valeria Calsolaro, Alessia Maria Calabrese, Alessandro Mengozzi, Agostino Virdis, Sara Tognini

UO Geriatria, Università di Pisa

SCOPO DEL LAVORO

Nei grandi anziani (> 75 anni), il ruolo dell'ipertensione arteriosa nella progressione del decadimento cognitivo e dei sintomi comportamentali e psicologici della demenza (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD) rimane controverso. Il presente studio si è proposto di valutare la relazione tra il controllo della pressione arteriosa e lo stato cognitivo.

MATERIALI E METODI

Sono stati arruolati 428 pazienti afferenti agli ambulatori dei disturbi cognitivi dell'Unità Operativa di Geriatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP), seguiti per 12 mesi. Nell'analisi finale sono stati selezionati esclusivamente pazienti con misurazione della pressione arteriosa in ambulatorio, valutazione cognitiva mediante il Mini Mental State Examination (MMSE) e valutazione dei BPSD (n = 206). L'associazione tra profilo pressorio e declino cognitivo è stata valutata mediante modelli di regressione univariata e multivariata.

RISULTATI
La coorte finale presentava un'età mediana di 83 [7] anni e comprendeva 66 uomini (32,0%), con un punteggio mediano al Clinical Frailty Scale (CFS) pari a 5 [2]. I valori mediani della pressione arteriosa sistolica (PAS) e diastolica (PAD) erano rispettivamente di 140 [25] mmHg e 80 [15] mmHg. Cinquantotto pazienti (28%) erano affetti da ipertensione arteriosa e tutti erano in trattamento antipertensivo. Il punteggio mediano al MMSE era pari a 21 [8], mentre il numero mediano di BPSD era pari a 1 [3]. Dopo un anno di follow-up, il punteggio al MMSE si era ridotto di 1 [5] punto, mentre il numero di BPSD era aumentato di 1 [3]. Nell'intera coorte non è stata osservata alcuna associazione significativa tra ipertensione arteriosa, PAS o PAD e il punteggio MMSE al basale, peggioramento del MMSE nel tempo ed evoluzione clinica dei BPSD. Tuttavia, nei pazienti non ipertesi, valori più elevati di PAS sono risultati associati a un maggiore carico dei BPSD al follow-up (p = 0,0204) e hanno mostrato una tendenza verso una riduzione del punteggio al MMSE (p = 0,0890).

CONCLUSIONI
Nei grandi anziani con decadimento cognitivo, il profilo pressorio, rilevato mediante misurazione della pressione arteriosa in ambulatorio, è risultato associato alle performance cognitive esclusivamente nei soggetti non ipertesi, suggerendo un potenziale effetto protettivo del trattamento antipertensivo. Sono necessari ulteriori studi che valutino il profilo pressorio complessivo, andando oltre la sola misurazione della pressione arteriosa ambulatoriale.

FATTORI PREDITTIVI DI DECLINO COGNITIVO NEL PAZIENTE ANZIANO CON DIABETE MELLITO DI TIPO 2: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO MULTICENTRICO

Matilde La Rosa[1], Martina Lombardi[1], Giuseppe Bellelli[2], Francesca Remelli[1], Gianluca Perseghin[2], Angelo Scuteri[3], Giacomo De Cao[1], Michela Dovadola[1], Michela Semprini[1], Ludovica Serra[1], Angela Bregolin[1], Edoardo Locatelli[1], Silvia Conti[1], Marcello Monesi[1], Alice Margherita Ornago[2], Alberto Finazzi[2], Alessandro Sestu[3], Stefano Volpato[1]

[1] Università degli Studi di Ferrara, Ferrara - [2] Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano - [3] Università degli Studi di Cagliari

SCOPO DEL LAVORO
Il diabete di tipo 2 (DMT2) nell'anziano agisce come catalizzatore del declino funzionale e cognitivo. La Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD) si è dimostrata efficace nel ridurre l'incidenza di eventi avversi come disabilità, declino cognitivo, ospedalizzazione, istituzionalizzazione, morte. Lo studio multicentrico CARED (Comprehensive Approach to Reduce Elderly decline in Diabetes), valuta l'efficacia di un intervento multimodale basato sulla VMD nella prevenzione del declino funzionale. In particolare, indaga i fattori socio-demografici e clinici associati al declino cognitivo a 6 mesi in 124 pazienti anziani con DMT2.

MATERIALI E METODI
Il progetto CARED è un trial clinico multicentrico randomizzato a gruppi paralleli in singolo cieco, condotto su 180 pazienti anziani con DMT2, reclutati secondo precisi criteri d'inclusione ed esclusione, presso i centri universitari di Ferrara, Cagliari e Monza. Per ogni paziente, al baseline è stata effettuata una VMD e sono state raccolte informazioni socio-demografiche e cliniche. Le valutazioni successive si sono svolte a distanza di 6 e 12 mesi. Questa analisi riguarda i dati relativi a 124 pazienti al follow-up di 6 mesi. Le performance cognitive sono state valutate all'ingresso dello studio e a 6 mesi mediante somministrazione del Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Il declino cognitivo (outcome) è stato definito in caso di calo di almeno 1 punto al MoCA a 6 mesi rispetto al baseline.

RISULTATI
I partecipanti avevano un'età media di 79,7 (SD: ± 3,5) e il 39,44% era di sesso femminile. Il 31,5% del campione ha mostrato un declino al test MoCA a 6 mesi. In particolare, stratificando la popolazione per classi d'età, il calo è risultato più marcato nei soggetti con età maggiore di 81 anni, dove la percentuale di declino ha raggiunto il 37,5%. L'analisi di regressione multivariata ha confermato tale trend, evidenziando che per ogni anno di età in più, il rischio di sviluppare declino cognitivo aumenta del 24% (OR:1,24; IC 95%: 1,04-1,53). L'istruzione si è confermata un fattore protettivo, in grado di ridurre il rischio di declino del 13% per ogni anno di scuola conseguito (OR: 0,87; IC 95%: 0,74-0,99). Inoltre, coloro con punteggi più alti al MoCA al baseline hanno mostrato un rischio di peggioramento maggiore (OR:1,33; IC 95%: 1,09 -1,73). Infine, maggiori livelli di emoglobina glicata sono stati associati ad un aumento di incidenza di declino cognitivo a 6 mesi (OR: 1,04; IC 95%: 1,00-1,09), anche se tale risultato era ai limiti di significatività statistica (p value: 0,078).

CONCLUSIONI
I risultati preliminari dello studio evidenziano come l'età avanzata sia associata ad un'aumentata incidenza di declino cognitivo negli anziani con DM2. In aggiunta, alti livelli di emoglobina glicata, sebbene ai limiti della significatività statistica, tendono ad incrementare il ri-

schio di deterioramento; l'istruzione si conferma invece un fattore protettivo indipendente delle funzioni superiori anche in questa specifica popolazione. Tali evidenze sottolineano l'importanza di affiancare al monitoraggio metabolico una valutazione multidimensionale regolare nel paziente anziano con DM2, al fine di impostare un iter di cura personalizzato.

SINTOMI NEUROPSICHIATRICI NELLE FASI PRODROMICHE DEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO: CORRELATI COGNITIVO-FUNZIONALI E ASSOCIAZIONE CON LA PROGRESSIONE A DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE

Gaia Margiotta, Francesca Femorali, Enrico Brunetti, Roberto Presta, Chiara Luppi, Massimiliano Massaia, Mario Bo

Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, SC Geriatria U, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino; Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Torino, Torino

SCOPO DEL LAVORO

I sintomi neuropsichiatrici (NPS) nelle fasi prodromiche del disturbo neurocognitivo (DNC), quali disturbo cognitivo soggettivo (DCS) e DNC lieve, possono precedere il DNC maggiore e associarsi a un aumentato rischio di conversione. La loro valutazione sistematica può quindi contribuire alla caratterizzazione clinica precoce. Lo studio si propone di descrivere prevalenza e profilo dei NPS nelle fasi prodromiche del DNC e di analizzarne l'associazione con stato cognitivo-funzionale e rischio di conversione a DNC maggiore.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale prospettico monocentrico di coorte su pazienti con diagnosi di DCS o DNC lieve (DSM-5) afferenti al Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze della SC Geriatria dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino tra gennaio 2022 e aprile 2024. Oltre ai dati sociodemografici, funzionali e cognitivi (MMSE e ACE-R), è stata registrata la presenza di NPS mediante NPI-Q e raggruppati secondo un modello a 2 cluster (positivi/negativi). L'incidenza cumulativa di conversione è stata valutata con curve di Kaplan-Meier e predittori indipendenti di progressione con regressione di Cox multivariabile.

RISULTATI

Tra i 232 pazienti analizzati (età mediana 75.8 anni, 55.2% donne), la prevalenza di NPS al basale è risultata del 63,8%. I sintomi più frequenti erano depressione (40,9%), irritabilità (26,3%), apatia (25,9%) e ansia (22,4%). Al clustering prevalevano i sintomi negativi (53,9%) rispetto ai positivi (38,8%). Il burden globale era contenuto (NPI-Q severity score mediana 2); il gruppo NPS+ includeva più donne (62,8% vs 41,7%; $p = 0,003$) e più anamnesi psichiatrica (39,2% vs 11,9%; $p < 0,001$). I pazienti con NPS presentavano performance cognitive lievemente inferiori al MMSE (25.30 vs 26.30, $p = 0,027$) e maggiore compromissione funzionale alla DAD (87.5 vs 90.0, $p < 0,001$). Il tasso cumulativo di conversione a DNC maggiore è stato del 30% a 18 mesi. I pazienti con NPS mostravano una maggior frequenza di conversione a 18 mesi senza significatività statistica (32% vs 26%; p = ns). Né i singoli NPS né i cluster sono risultati predittori indipendenti di conversione. All'analisi multivariabile di Cox, solo il MMSE corretto è risultato predittore indipendente di conversione (HR 0,875; IC95% 0,833-0,919; $p < 0,001$).

CONCLUSIONI

I NPS sono molto comuni nelle fasi prodromiche del DNC, e si associano a maggiore compromissione cognitiva e funzionale già alla valutazione basale. Pur evidenziando una tendenza a più frequente conversione, non si sono dimostrati predittori indipendenti di progressione a 18 mesi, verosimilmente anche per la limitata durata del follow-up e per la bassa severità media dei sintomi. Più che per la predizione della conversione, la loro rilevazione sembra avere un significato clinico come indicatore di maggiore vulnerabilità e possibile target di intervento precoce.

Bibliografia

Apostolova LG, Cummings JL. Dement Geriatr Cogn Disord. 2008;25:115-126.
Forrester SN et al. Am J Geriatr Psychiatry. 2016;24:117-125.
Ismail Z et al. J Alzheimers Dis. 2017;56:929-938.
Tsunoda K et al. Psychogeriatrics. 2021;21:1005-1015.

CAFFÈ ALZHEIMER: CHI SONO I CAREGIVER DELLE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA E QUALI SONO I LORO NEEDS TO KNOW TRA TUTELA LEGALE, DIMISSIONI PROTETTE, OSPEDALI E COMUNITÀ INCLUSIVE

Marianna Marinelli[1], Chiara Morichetti[1], Paolo Politi[1], Francesca Di Giambattista[1], Cassandra Tutino[1], Andrea Maria Maresca[2]

[1] SC Geriatria, Ospedale Sant'Anna, ASST Lariana, Como - [2] Università degli Studi dell'Insubria, Varese

SCOPO DEL LAVORO
La malattia di Alzheimer proietta i caregiver in un labirinto di complessità cliniche, assistenziali, emotive e burocratiche. Essi spesso manifestano un urgente bisogno informativo per orientarsi in snodi critici della cura. Lo scopo del lavoro è caratterizzare questa popolazione ed indagare la necessità di alfabetizzazione sanitaria rispetto ad interventi divulgativi nel Caffè Alzheimer.

MATERIALI E METODI
Lo studio è stato condotto su 76 caregiver di persone con demenza afferenti al Caffè Alzheimer di Cadorago (Como), somministrando un questionario strutturato sulle loro competenze, sui bisogni di sapere e su specifici temi trattati da Geriatri in 5 incontri: sintomi nelle diverse fasi di malattia, stress del caregiver, aspetti legali, dimissioni protette, Ospedale e Comunità Dementia Friendly.

RISULTATI
Il campione è composto prevalentemente da caregiver familiari: coniuge/partner e figli rappresentano ciascuno il 39,5% del totale. La maggioranza (71,1%) è caregiver da oltre 5 anni e nel 69,7% dei casi convive con la persona assistita. Il livello di partecipazione al Caffè Alzheimer è consolidato: il 60,5% ha preso parte a più di 10 incontri. Il canale di accesso al servizio risulta equamente distribuito tra amici/conoscenti e materiale informativo o locandine, entrambi indicati dal 50%. Gli argomenti su cui c'è richiesta informativa sono l'accesso ai servizi territoriali e la gestione del sonno, indicati dal 100% dei partecipanti, seguiti dalla gestione dei disturbi comportamentali della demenza, pari al 94,7%, e da nutrizione/disfagia e sostegno psicologico al caregiver, entrambi pari al 90,8%. Tra i temi da approfondire emerge soprattutto l'accesso all'ospedalizzazione, indicato dal 100% dei caregiver, seguito da cure palliative e fine vita, attività di stimolazione cognitiva, supporto emotivo e rischio burnout, nutrizione e gestione del peso, tutti indicati dal 90,8%. Rispetto ai temi trattati negli incontri sanitari gestiti da Geriatri Il gradimento complessivo è elevato: il 90% dei caregiver li valuta come molto soddisfacenti e la stessa percentuale considera molto utili le informazioni ricevute. Se sui temi sintomi nelle diverse fasi di malattia e stress del caregiver l'80% è già abbastanza o molto informato, sui temi aspetti legali, dimissioni protette e Ospedale e Comunità Dementia Friendly il 95% giudica di sapere poco o nulla.

CONCLUSIONI
Lo studio descrive una popolazione di caregiver spesso conviventi con la persona assistita, fortemente fidelizzati al Caffè Alzheimer e con elevato gradimento del servizio. I dati suggeriscono un bisogno prioritario di contenuti pratici e orientati alla gestione quotidiana della demenza, con particolare attenzione ai servizi territoriali, ai disturbi comportamentali, al supporto psicologico del caregiver e ai percorsi assistenziali complessi, inclusa l'ospedalizzazione. Ancora pochissimo diffuse le informazioni nell'ambito della tutela legale, le dimissioni protette, gli Ospedali e le Comunità Dementia Friendly. Rispondere al need to know del caregiver non è solo un atto di supporto psicologico ma un intervento strutturale di sanità pubblica in grado di ottimizzare i percorsi di cura.

Bibliografia
Gareri P. et al. Assessment of caregiver's stress in people affected by dementia. Alzheimer Dement, 2025 Dec.
Maggio MG, et al. Alzheimer Cafè: toward bridging the gap between cure ad care in patients with dementia. Int J Neurosci, 2023 Dec.

PRESENTAZIONE CLINICA DEL MILD BEHAVIOURAL IMPAIRMENT (MBI): OSSERVAZIONI LONGITUDINALI IN UNA CASE SERIES DI PAZIENTI AFFERITI A UN CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE

Federico Alberto Paccagnella[1] - Alberta Battaglia[1] - Nicolò Gentili[1] - Marina De Rui[2] - Maria Devita[1] - Adele Ravelli[1] - Chiara Ceolin[1] - Bruno Micael Zanforlini[2] - Anna Bertocco[2] - Giuseppe Sergi[1] - Alessandra Coin[1]

[1] Dipartimento di Medicina (DIMED), Università di Padova - [2] UOC Clinica Geriatrica, Azienda Ospedale - Università Padova

SCOPO DEL LAVORO
Descrivere la presentazione clinica del Mild Behavioural Impairment (MBI) secondo i criteri ISTAART-AA [1] e l'evoluzione longitudinale dei domini comportamentali in una serie di casi di MBI. Infatti, sebbene i cinque domini dell'MBI siano ben definiti, sono ancora limitate le informazioni sulla loro modalità di presentazione e sulla loro evoluzione nella pratica clinica dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD).

MATERIALI E METODI
Da un'analisi retrospettiva di 200 cartelle consecutive di pazienti afferiti al CDCD - UOC Geriatria, Azienda Ospedale-Università di Padova, sono stati identificati 10 pazienti che soddisfacevano i criteri ISTAART-AA per MBI, valutati longitudinalmente. Per ogni paziente sono stati valutati i domini MBI presenti all'esordio, il numero e la combinazione dei domini, le eventuali variazioni del profilo comportamentale durante il follow-up e l'evoluzione clinica.

RISULTATI

La casistica comprendeva 10 pazienti con MBI. Alla prima valutazione, 9 pazienti (90%) presentavano almeno un dominio MBI, mentre 1 paziente (10%) sviluppava i criteri diagnostici nel follow-up. Tra questi, 7 presentavano MBI e 3 MBI+MCI. Tre pazienti (30%) presentavano un singolo dominio comportamentale all'esordio e sei (60%) due o più domini. La distribuzione dei domini MBI evidenziava depressione/ansia/disforia nel 50% dei casi (5/10), disinibizione nel 40% (4/10), apatia nel 30% (3/10), isolamento sociale nel 30% (3/10) e deliri/allucinazioni nel 20% (2/10). Nel follow-up, 3 pazienti (30%) sono evoluti in demenza in 18-24 mesi. In particolare, il Paziente 9 presentava alla prima visita un quadro di MCI e poi sviluppava disinibizione seguita da depressione, evolvendo in demenza vascolare. Il Paziente 17 si presentava dall'inizio con MBI+MCI, con persistenza di disinibizione e deliri ai controlli con evoluzione in demenza di Alzheimer. Il Paziente 18 arrivava alla prima visita con MBI+MCI e depressione predominante, evolvendo in demenza mista.

CONCLUSIONI

Considerando la casistica analizzata, l'MBI (anche in comorbidità con MCI) si associa a una presentazione psico-comportamentale variabile ma spesso centrata su disregolazione affettiva e disinibizione; a volte precede l'evoluzione a demenza entro 18-24 mesi. Pur nei limiti della numerosità ridotta e del disegno retrospettivo, la caratterizzazione sistematica del profilo comportamentale, della combinazione dei domini e della loro evoluzione nel tempo potrebbe rappresentare un ulteriore livello descrittivo utile nella valutazione clinica dei pazienti afferenti ai CDCD. Studi recenti supportano l'MBI come costrutto clinico utile per rilevare sintomi neuropsichiatrici tardivi e persistenti potenzialmente espressione di neurodegenerazione: in particolare, uno studio clinicopatologico su coorte autoptica mostra un'associazione tra MBI e patologia di Alzheimer negli anni precedenti il decesso [2], mentre una revisione sistematica e meta-analisi riporta correlati neurobiologici (amiloide/tau e biomarcatori) che corroborano l'ipotesi dell'MBI come marker precoce lungo il continuum di malattia [3].

Profili comportamentali dei 10 pazienti con Mild Behavioral Impairment (MBI): domini all'esordio ed evoluzione nel follow-up

Stato cognitivo iniziale	Paziente	Domini MBI all'esordio					N° domini	Evoluzione del profilo comportamentale durante il follow-up	Evoluzione clinica
		Dep	Apa	Dis	Iso	Psy			
SCI (n = 4)	P1	■					1	→ Stabile	Stabile
	P14	■		■			2	→ Stabile	Stabile
	P16		■		■	■	3	→ Stabile	Stabile
	P22	■	■		■		3	→ Stabile	Stabile
MCI (n = 6)	P15	■		■			2	→ Stabile	Stabile
	P20					■	1	→ Stabile	Stabile
	P21	■	■			■	3	→ Stabile	Stabile
	P9			■	○		2	+ Nuovi domini	VaD
	P17			■		■	2	+ Nuovi domini	AD
	P18	■					1	↻ Persistenza del quadro	Mixed dementia

Legenda domini MBI
Dep = Depressione / Ansia / Disforia
Apa = Apatia / Avolizione
Dis = Disinibizione
Iso = Isolamento sociale
Psy = Deliri / Allucinazioni

■ Presente alla prima valutazione
○ Comparso durante il follow-up

Lettura della figura
→ **Profilo stabile:** nessuna modifica dei domini rispetto all'esordio
\+ **Nuovi domini:** comparsa di ulteriori domini MBI rispetto all'esordio
↻ **Persistenza del quadro:** presenza degli stessi domini alle valutazioni successive

Evoluzione clinica
○ Stabile (nessun MCI né demenza)
○ MCI non evolutivo
AD Alzheimer's disease
VaD Vascular dementia
Mixed Mixed dementia

MBI = Mild Behavioral Impairment; SCI = Suggestive Cognitive Impairment; MCI = Mild Cognitive Impairment; AD = Alzheimer's disease; VaD = Vascular dementia; Mixed = Mixed dementia

Bibliografia

1. Ismail Z, Smith EE, Geda Y, et al. Alzheimer's & Dementia. 2016;12(2):195-202.
2. Sharif SF, Guan DX, Bodnar TS, et al. Brain. 2025.
3. Remelli F. Alzheimer's Research & Therapy. 2025.

L'INCREMENTO DEL CARICO DI BPSD È ASSOCIATO AL PEGGIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI COGNITIVE NEI SOGGETTI ANZIANI FRAGILI CON DEMENZA MODERATA-SEVERA

Noemi Pardini[1], Sara Rogani[1], Valeria Calsolaro[1], Rosanna Pullia[2], Alessandro Mengozzi[1], Agostino Virdis[1]

[1] Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa, Pisa - [2] Fondazione ANASTE Humanitas, Roma

SCOPO DEL LAVORO

I sintomi comportamentali e psichiatrici associati alla demenza (BPSD) sono estremamente diffusi e presentano un decorso fluttuante nel tempo. Lo scopo di questo studio è caratterizzare la relazione tra tali sintomi e il declino cognitivo.

MATERIALI E METODI

Abbiamo condotto uno studio retrospettivo in cui abbiamo valutato pazienti fragili affetti da demenza al basale e dopo 10-18 mesi. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale, cognitiva e neuropsichiatrica. La fragilità è stata misurata tramite Clinical Frailty Scale (CFS) e i BPSD sono stati raggruppati in tre clusters: umore-apatia, psicosi e iperattività. Abbiamo suddiviso la popolazione a seconda del grado di fragilità (CFS 5,6 e 7; fragilità lieve, moderata e severa) ed abbiamo utilizzato il test Chi-quadro per studiare l'associazione tra CFS e appartenenza ai diversi clusters. Inoltre, per valutare l'associazione tra la variazione del punteggio ottenuto al MMSE e del burden di BPSD al basale e al follow-up abbiamo utilizzato i test t-student e Mann-Whitney-U. Abbiamo utilizzato un modello di regressione lineare per studiare l'associazione con le diverse variabili.

RISULTATI

Sono stati arruolati 220 pazienti afferenti all'ambulatorio geriatrico dedicato ai disturbi cognitivi selezionando i sog-

getti con MMSE ≤ 24 e CFS ≥ 5. Il 62% erano di sesso femminile, l'età media era di 83,8 ± 5 anni, presentavano una parziale compromissione delle autonomie (BADL 3,7 ± 2 e IADL 1,8 ± 1,9), fragilità moderata (CFS 6 ± 0,7) e decadimento cognitivo moderato (MMSE 17,7 ± 4,4). L'88% di questi pazienti presentava BPSD: di questi, presentavano sintomi appartenenti al cluster umore-apatia il 65%, al cluster psicosi il 44% e al cluster iperattività il 42%. Mentre la prevalenza dei sintomi appartenenti al cluster psicosi non variava a seconda del CFS del paziente, abbiamo trovato una prevalenza significativamente più alta dei sintomi appartenenti ai clusters umore-apatia e iperattività tra i soggetti più fragili (entrambi $p < 0,01$).
117 pazienti sono stati sottoposti a follow-up dopo 10-18 mesi. Nel tempo, il punteggio ottenuto al MMSE diminuiva e i BPSD incrementavano con una correlazione di proporzionalità inversa significativa ($p < 0,01$), anche in seguito alla correzione per età e CFS. L'incremento dei BPSD non risultava significativo considerando singolarmente ogni cluster. Inoltre, la variazione significativa di BPSD appariva guidata dalla presenza di sintomi appartenenti al cluster umore-apatia e iperattività (entrambi $p < 0,01$).

CONCLUSIONI
Nei pazienti anziani fragili con demenza, il carico di BPSD aumenta nel tempo; questo incremento è influenzato dalla presenza di sintomi appartenenti ai clusters umore-apatia e iperattività ed è associato al peggioramento della performance cognitiva. Pertanto, per una migliore gestione del paziente con demenza, potrebbe risultare cruciale prevenire l'insorgenza di nuovi sintomi appartenenti ai clusters umore-apatia o iperattività.

DIFFERENZE DI GENERE NELLA PRESENTAZIONE CLINICA E NELLA PROGRESSIONE DEL MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Claudia Per, Francesca Lucchese, Chiara Luppi, Enrico Brunetti, Roberto Presta, Massimiliano Massaia, Mario Bo

Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, SC Geriatria U, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino; Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Torino

SCOPO DEL LAVORO
Il Mild Cognitive Impairment (MCI) rappresenta una condizione eterogenea, con rischio variabile di progressione a disturbo neurocognitivo (DNC) maggiore. Il genere può influenzare profilo neuropsicologico, sintomi psico-comportamentali e riserva cognitiva, ma il suo ruolo prognostico nella pratica clinica resta non completamente definito. Obiettivo dello studio è stato valutare l'influenza del genere su presentazione clinica, riserva cognitiva e rischio di progressione a DNC maggiore in pazienti con MCI, identificando i principali predittori prognostici a 18 mesi.

MATERIALI E METODI
Studio osservazionale prospettico monocentrico su pazienti con MCI, consecutivamente valutati presso il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze della SC Geriatria U dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino tra gennaio 2022 e aprile 2024. Sono stati raccolti dati sociodemografici, clinici, funzionali e neuropsicologici (mediante MMSE, ACE-R e MoCA). L'outcome primario era la progressione a DNC maggiore entro 18 mesi. L'incidenza cumulativa di conversione è stata valutata con curve di Kaplan-Meier e i predittori indipendenti di progressione con regressione di Cox multivariabile.

RISULTATI
Dei 181 pazienti inclusi (età mediana 74,4 anni), 99 erano donne (54,7%). Rispetto agli uomini, le donne mostravano un profilo di maggiore vulnerabilità socio-clinica, con minore scolarità (licenza elementare/media 61,6% vs 41,5%; $p = 0,011$), più frequente vedovanza (24,2% vs 2,4%; $p < 0,001$), e maggiore probabilità di vivere sole (35,3% vs 8,6%; $p < 0,001$). Erano inoltre più frequenti anamnesi psichiatrica (42,4% vs 24,4%; $p = 0,017$), sintomi depressivi (44,4% vs 25,6%; $p = 0,031$) e ansiosi (30,3% vs 12,2%; $p = 0,014$). Il profilo cognitivo globale risultava simile per MMSE e ACE-R, mentre le donne mostravano punteggi MoCA inferiori (18,96 vs 20,67; $p = 0,018$). Non sono emerse differenze significative tra i generi nella progressione a DNC maggiore, osservata nel 24% dei pazienti a 18 mesi. Dopo analisi multivariabile, l'età più avanzata (HR = 1,07; $p = 0,026$) e un punteggio MMSE basale più basso (HR = 0,88; $p < 0,001$) sono risultati predittori indipendenti di conversione, mentre il genere non raggiungeva la significatività.

CONCLUSIONI
Nella nostra coorte, il genere contribuisce a delineare un fenotipo clinico e psicosociale di pazienti con MCI, ma non predice in modo indipendente la progressione a DNC maggiore a 18 mesi, più associata all'età e alla compromissione cognitiva iniziale. Una valutazione multidimensionale sensibile al genere può migliorare non tanto la predizione della conversione, quanto l'identificazione precoce dei bisogni clinici, psicosociali e riabilitativi.

Bibliografia
Jessen F, et al. Alzheimers Dement. 2014;10:844-852.
Liu KY, et al. Ageing Res Rev. 2022.
Livingston G, et al. Lancet. 2024.
Stern Y. Lancet Neurol. 2012;11:1006-1012.

PRESSO IL CENTRO DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE (CDCD) DI PRATO, L'OSPEDALE INCONTRA IL TERRITORIO: DALLA DIAGNOSI PRECOCE ALLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON MALATTIA E DEL SUO CAREGIVER, IN TUTTI GLI STADI DELLA SINDROME DEMENTIGENA

Emanuele Santamaria, Ylenia Bolognini, Claudia Di Domenico, Sara Lentini, Sara Marchetti, Mary Chiti, Donatella Calvani

SOC Geriatria, Ospedale Santo Stefano, Azienda Usl Toscana Centro, Prato

SCOPO DEL LAVORO

In un periodo storico in cui l'attenzione dei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) è fortemente focalizzata sulla diagnosi precoce in vista delle nuove terapie farmacologiche con anticorpi monoclonali, è fondamentale ricordare che la demenza rimane ad oggi una patologia non guaribile ma curabile, che richiede una presa in carico globale. Le cure non farmacologiche non si prefiggono di curare la demenza, ma le persone che ne soffrono; ruolo fondamentale in questo processo è quello del caregiver, che diventa parte integrante del percorso di care e che, non di rado, può aver egli stesso bisogno di cura e supporto.

MATERIALI E METODI

Al fine di valutare questa complessità, sono stati analizzati i dati dei pazienti afferiti al CDCD della Geriatria di Prato nel trimestre marzo-maggio 2026. Il campione (n = 293) presenta un'età media di 82,4 anni, con una prevalenza femminile del 60% e una scolarità media di 5.8 anni. Il punteggio medio corretto al Mini Mental State Examination (MMSE) è di 18,7. Il 61% dei pazienti si colloca negli stadi moderato-severi di malattia. In queste fasi si assiste all'emergere dei Sintomi Psicologici e Comportamentali della Demenza (BPSD), che rappresentano la maggiore criticità per la gestione domiciliare e la causa più frequente di richiesta di istituzionalizzazione.

RISULTATI

Nel nostro campione, i BPSD sono presenti nel 40% dei casi. La gestione farmacologica, spesso off-label, non è sempre indicata ed efficace per rispondere alle esigenze della persona con demenza e della sua famiglia. Nei quadri clinici più complessi (23 pazienti con punteggio medio al Neuropsychiatric Inventory - NPI di 46,75), l'équipe ha risposto alle crescenti esigenze dei caregiver (nel 59% dei casi, i figli con elevato stress assistenziale) attraverso un'attività di counseling multidisciplinare strutturato. Tale intervento è stato finalizzato all'attivazione di progetti e servizi territoriali mirati (Atelier Alzheimer, Centri Diurni, Progetto IGEA), operando in stretta sinergia con il Day-Service Geriatrico, la Società della Salute (SDS), il 3° settore e le associazioni di riferimento, come l'AIMA (Associazione Italiana Malati Alzheimer).

CONCLUSIONI

I trattamenti e le cure non farmacologiche richiedono impegno, continuità ed una partecipazione multidisciplinare (medico, infermiere, psicologo, educatore, OSS) per pianificare, programmare ed applicare, i vari interventi nel modo migliore possibile. Il CDCD si conferma essere non solo un luogo di diagnosi grazie a professionisti geriatri, neurologi e neuropsicologi, che possono avvalersi anche dei più moderni strumenti diagnostici, ma uno snodo fondamentale capace di far incontrare i complessi bisogni del trinomio paziente-malattia-famiglia con la rete dei servizi territoriali.

PREVALENZA DI MILD BEHAVIORAL IMPAIRMENT E TASSO DI PROGRESSIONE A 1 ANNO VERSO DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE

Ludovica Serra, Maria Giorgia Barbieri, Cristiana Galuppi, Giulia Pampolini, Annarita D'Auria, Maria Lucia Bursi, Caterina Trevisan, Stefano Volpato, Francesca Remelli

Università degli Studi di Ferrara

SCOPO DEL LAVORO

L'obiettivo di questo studio è stato valutare la prevalenza di Mild Behavioral Impairment (MBI) e la sua associazione con l'insorgenza di Disturbo Neurocognitivo Maggiore a un anno, in pazienti anziani ambulatoriali.

MATERIALI E METODI

Lo studio, osservazionale retrospettivo monocentrico, ha incluso pazienti di età superiore ai 65 anni che accedevano all'ambulatorio geriatrico di primo livello del dipartimento di Geriatria dell'Università di Ferrara per una prima visita per deficit cognitivi riferiti o alterazioni comportamentali, tra ottobre 2019 e 2022. La diagnosi di MBI è stata stabilita retrospettivamente secondo i criteri diagnostici ISTAART, mentre le diagnosi di Mild Cognitive Impairment (MCI), disturbo soggettivo di memoria (SCD) e Disturbo Neurocognitivo Maggiore sono state formulate dal medico durante la visita secondo i criteri del DSM-5. È stata effettuata un'analisi trasversale per valutare la presenza di sintomi neuropsichiatrici al basale. È stata inoltre condotta un'analisi longitudinale per valutare l'associazione tra la presenza di MBI al basale e l'incidenza di Disturbo Neurocognitivo Maggiore dopo un anno.

RISULTATI

Sono stati inclusi nello studio 294 pazienti (età media

80,6 anni; 54,8% donne), di cui 47,3% presentavano MBI alla prima visita. La presenza di MBI al basale è risultata significativamente associata ad una maggiore incidenza di Disturbo Neurocognitivo Maggiore ad un anno (Modello 1: OR = 3,39; IC 95%: 1,26-9,08), anche dopo aggiustamento del modello per caratteristiche come età, sesso e punteggio MMSE corretto al basale (Modello 2: OR = 2,65; IC 95%: 1,01-7,48).

CONCLUSIONI

Il nostro studio evidenzia come l'MBI rappresenti una sindrome neurocomportamentale frequente nella popolazione anziana. Questi risultati sottolineano inoltre il potenziale ruolo dell'MBI come manifestazione clinica precoce di malattia neurodegenerativa e ribadiscono l'importanza di valutare la presenza di sintomi neuropsichiatrici già alla prima visita mediante strumenti specifici e validati per pazienti senza demenza, come la MBI Checklist.

Bibliografia

Elefante C, et al. Mild Behavioral Impairment: presentation of the diagnostic criteria and the Italian version of the MBI-CHecklist. Riv Psichiatr. 2019 Mar-Apr;54(2):59-66.

Ismail Z, et al. Prevalence of Depression in Patients With Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2017 Jan 1;74(1):58-67.

Pan Y, et al. Prevalence of mild behavioural impairment: a systematic review and meta-analysis. Psychogeriatrics. 2021 Jan;21(1):100-111

ANALISI DEL PROFILO CLINICO-RIABILITATIVO E DEGLI ESITI DI CURA NEI PAZIENTI AFFERENTI A UN SERVIZIO DI CURE INTERMEDIE: UNO STUDIO DESCRITTIVO SUI PAZIENTI CON DECADIMENTO COGNITIVO

Camilla Tagliasacchi, Christian Pozzi, Karen Ferrari, Elena Lucchi, Mario Cucumo, Emanuela Catenacci, Isabella Salimbeni

Fondazione Elisabetta Germani, Cingia de' Botti (CR)

SCOPO DEL LAVORO

La cura della popolazione geriatrica nei setting di cure intermedie richiede un'attenta valutazione multidimensionale per ottimizzare i percorsi riabilitativi e pianificare dimissioni protette. La presenza di diagnosi già definita di demenza con disturbi attivi del comportamento (classificazione nel profilo 5) rappresenta un criterio di esclusione all'ammissione nelle cure intermedie; tuttavia, tale condizione talvolta non è nota o correttamente documentata al momento dell'ingresso e risulta riscontrabile solo a seguito della valutazione interna post-ammissione. L'obiettivo è di analizzare il profilo dei pazienti ammessi al servizio di Cure Intermedie della Fondazione Germani in un arco temporale di 6 mesi, valutando la prevalenza "sommersa" del decadimento cognitivo intercettato solo dopo l'ingresso, il suo impatto effettivo sul percorso riabilitativo, la durata della degenza e gli esiti del ricovero in termini di istituzionalizzazione versus rientro al domicilio.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio descrittivo basato su una raccolta dati semestrale. Per ciascun paziente inserito nello studio sono state rilevate: la diagnosi principale e il motivo di ingresso, la provenienza (es. ospedale per acuti, domicilio), la durata della degenza (in giorni) e la destinazione alla dimissione (es. domicilio, RSA, altra riabilitazione) nonché la presenza di Delirium sia durante la precedente ospedalizzazione, sia all'atto del ricovero presso l'Unità di Cure Intermedie. La valutazione multidimensionale in ingresso e in dimissione è stata effettuata tramite le seguenti scale standardizzate: Mini-Mental State Examination (MMSE) per il profilo cognitivo, Scala di Tinetti per l'equilibrio e l'andatura, Indice di Barthel per le attività della vita quotidiana e Mini Nutritional Assessment (MNA) per lo stato nutrizionale.

RISULTATI

L'analisi quantitativa permetterà di mappare la reale prevalenza di deficit cognitivi (MMSE < 24/30) non segnalati nella fase di pre-ammissione. Si ipotizza di valutare l'effettivo impatto di questo mis-conosciuto decadimento sul guadagno funzionale (Barthel/Tinetti) e sulla durata della degenza. L'obiettivo è verificare se la presenza di deficit cognitivi correli in modo significativo con un tasso più elevato di istituzionalizzazione in RSA a seguito dell'evento indice. Oppure se, al contrario, sia possibile dimostrare l'efficacia del percorso riabilitativo anche in questa coorte, superando lo stigma culturale secondo cui la presenza di decadimento cognitivo possa inficiare sul potenziale di recupero. Consentirà inoltre di stimare in che misura la presenza di Delirium, antecedente all'ammissione in cure intermedie o rilevata nelle prime fasi della degenza, comprometta l'outcome riabilitativo, con specifico riferimento sia alla variabilità dei parametri cognitivi misurabili, sia alle ricadute sugli aspetti funzionali.

CONCLUSIONI

I risultati di questa raccolta dati forniranno indicatori epidemiologici e clinici cruciali per l'UdO di Cure Intermedie della Fondazione Germani. Intercettare la presenza di un decadimento cognitivo non noto all'ingresso e documentarne le traiettorie di recupero è fondamentale per scardinare il preconcetto della "non riabilitabilità", dimostrando la necessità di una valutazione multidimensionale precoce e promuovendo criteri di accesso ai servizi riabilitativi più flessibili e orientati al reale potenziale del paziente.

DEPRESSIONE

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

CONCORDANZA TRA SCREENING DELLA DEPRESSIONE MEDIANTE GERIATRIC DEPRESSION SCALE E PRESCRIZIONE DI ANTIDEPRESSIVI NEI PAZIENTI ANZIANI OSPEDALIZZATI: UN'ANALISI DELLO STUDIO EASE-DEP

Chiara Chinigò[1], Luca Soraci[1], Maria Princiotto[1], Antonio De Vincentis[2], Fatima Maurizi[3], Giulia Imperatori[4], Diana Lelli[5], Filomena Addante[6], Aurora Del Mar Perez Ys[7], Marilina Ciociola[6], Angela Pia Lauriola[6], Andrea Corsonello[1], Raffaele Antonelli Incalzi[8]

[1] UO Geriatria, Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani (IRCCS INRCA), Cosenza - [2] UO Medicina Interna, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma - [3] UO Medicina Interna, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma - [4] Unità di Ricerca di Medicina Interna, Policlinico Campus Bio-medico, Roma - [5] UO Geriatria, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma - [6] UOC Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, Fondazione IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo, Foggia - [7] UO Nefrologia e Dialisi, Dipartimento di Scienze Mediche, Fondazione IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo, Foggia - [8] Unità di Ricerca di Geriatria, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma

SCOPO DEL LAVORO

La depressione dell'età avanzata rappresenta una delle condizioni psichiatriche più frequenti nella popolazione anziana ed è associata a peggioramento dello stato funzionale, della qualità di vita e degli esiti clinici. Sebbene strumenti standardizzati quali la Geriatric Depression Scale (GDS) facilitino il riconoscimento precoce dei sintomi depressivi, non è noto in quale misura tali risultati si traducano nella prescrizione di una terapia antidepressiva nella pratica clinica. Obiettivo dello studio è valutare la concordanza tra screening positivo per depressione mediante GDS e prescrizione di antidepressivi al ricovero e alla dimissione in pazienti anziani ospedalizzati.

MATERIALI E METODI

È stata condotta un'analisi osservazionale sui dati dello studio multicentrico EASE-DEP (PNRR-MCNT2-2023-12378390). Sono stati inclusi pazienti di età ≥65 anni ricoverati in reparti di Medicina Interna e in terapia cronica con almeno cinque farmaci. Per ciascun partecipante sono stati raccolti dati demografici e clinici, comorbidità, terapia farmacologica all'ingresso e alla dimissione e valutazione geriatrica multidimensionale comprendente stato funzionale, stato cognitivo, stato nutrizionale e screening della depressione mediante GDS-5. Sono state confrontate le caratteristiche cliniche dei pazienti con e senza sintomi depressivi ed è stata valutata la concordanza tra positività allo screening e prescrizione di antidepressivi.

RISULTATI

Sono stati analizzati 232 pazienti, dei quali 83 (35,8%) presentavano uno screening positivo per depressione mediante GDS-5. I pazienti con sintomi depressivi mostravano una maggiore compromissione funzionale e nutrizionale (IADL e MNA, entrambi $p < 0,001$), un più elevato carico di multimorbidità (8,5 vs 6,9 patologie croniche; $p = 0,001$) e una maggiore prevalenza di scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, demenza e malattia cerebrovascolare. Nonostante ciò, solo il 10,3% dell'intera coorte presentava una diagnosi documentata di depressione e la prescrizione di antidepressivi al ricovero non differiva significativamente tra pazienti con e senza sintomi depressivi (15,7% vs 12,1%; $p = 0,546$). Analogamente, non sono state osservate differenze significative nella prescrizione delle principali classi di psicofarmaci né variazioni sostanziali della terapia antidepressiva tra ricovero e dimissione. All'analisi multivariata, il diabete è risultato l'unico fattore indipendentemente associato a una minore probabilità di sottoprescrizione degli antidepressivi (OR 0,32; IC95% 0,11-0,89).

CONCLUSIONI

In questa coorte di pazienti geriatrici ospedalizzati è emersa una marcata discrepanza tra sintomi depressivi identificati mediante screening e prescrizione di antidepressivi. Nonostante i pazienti con depressione presentassero una maggiore complessità clinica e geriatrica, la probabilità di ricevere un trattamento antidepressivo non risultava superiore rispetto ai pazienti senza sintomi depressivi. Questi risultati suggeriscono che l'identificazione della depressione mediante strumenti standardizzati non sempre si traduce in un corrispondente intervento terapeutico e sottolineano la necessità di ottimizzare l'integrazione dello screening depressivo nel processo decisionale clinico.

Bibliografia

Cavdar VC, et al. BMC Geriatr. 2024.

Giovannini S, et al. BMC Geriatr. 2020.
Gokcekuyu BM, et al. Psychogeriatrics. 2022.
Kok RM, Reynolds CF III. JAMA. 2017.
Snellman S, et al. BMC Geriatr. 2024.

DISEGNO DI UNO STRUMENTO SEMPLICE PER L'IDENTIFICAZIONE DI SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA PATOLOGICA IN PAZIENTI CON FIBRILLAZIONE ATRIALE PERSISTENTE INDIRIZZATI AD UNA STRATEGIA PER IL CONTROLLO DEL RITMO CARDIACO

Djullye Miduri Da Silva Nakano

Università degli Studi di Firenze

SCOPO DEL LAVORO

La fibrillazione atriale persistente rappresenta l'aritmia più frequente in età avanzata e si associa a un significativo burden clinico, con particolare interazione con fragilità e disturbi dell'umore. Evidenze recenti suggeriscono una stretta relazione bidirezionale tra sintomatologia depressiva e FA, con un possibile incremento del rischio di deterioramento cognitivo. In questo contesto, lo scopo dello studio è stato sviluppare e validare il CAFFE ADS tool, uno score clinico rapido basato su variabili di routine, per l'identificazione della sintomatologia depressiva nei pazienti anziani con fibrillazione atriale persistente.

MATERIALI E METODI

Il CAFFE ADS tool è stato sviluppato in una coorte di derivazione di 258 pazienti anziani con fibrillazione atriale persistente (età media 78 ± 8 anni), arruolati in uno studio osservazionale. Lo score integra variabili cliniche di routine (sesso, peso corporeo, CHA_2DS_2-VA e SPPB), con pesi assegnati in base alla loro associazione con fragilità e rischio clinico. La sintomatologia depressiva è stata definita mediante Geriatric Depression Scale a 15 item (GDS-15; cut-off > 5). Il modello è stato validato nei primi 43 pazienti consecutivi dello studio CAFFE (Cardioversion of Atrial Fibrillation and Frailty in the Elderly; PRIN 2022), utilizzati come coorte indipendente. L'accuratezza diagnostica è stata valutata mediante analisi ROC (AUC, sensibilità, specificità e cut-off ottimale), e l'associazione tra punteggio e depressione mediante analisi di trend.

RISULTATI

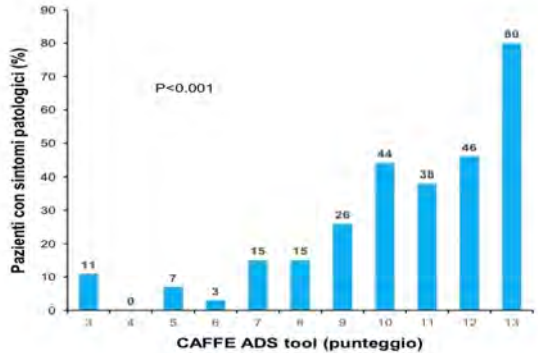
Nella coorte di derivazione, il punteggio medio della GDS era 3,3 ± 2,9 e il 21,4% dei pazienti presentava sintomatologia depressiva. Il CAFFE ADS tool ha mostrato una significativa associazione tra incremento del punteggio e prevalenza di depressione ($p < 0,001$), con una buona capacità discriminativa (AUC = 0,766 ± 0,035). Il cut-off ottimale è risultato compreso tra 8 e 9 punti, con sensibilità pari a 0,736.
Nella coorte di validazione, le caratteristiche cliniche erano sovrapponibili (età 78 ± 7 anni; 25.6% donne; CHA_2DS_2-VA 4,1 ± 1,.2; SPPB 8,9 ± 2,8), con una prevalenza di depressione del 20,9%. Anche in questa popolazione lo score ha mantenuto una significativa associazione con la sintomatologia depressiva ($p = 0,001$), confermando una buona accuratezza diagnostica (AUC = 0,764 ± 0,089). Il cut-off ottimale è risultato compreso tra 9 e 10 punti.

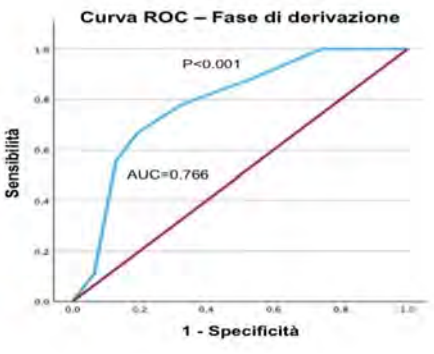
CONCLUSIONI

Il CAFFE ADS tool si è dimostrato uno strumento semplice, rapido e accurato per l'identificazione della sintomatologia depressiva nei pazienti anziani con fibrillazione atriale persistente. L'utilizzo di variabili cliniche routinarie consente un approccio integrato alla valutazione del paziente complesso, favorendo l'identificazione precoce della depressione in un contesto caratterizzato da elevata interazione tra fragilità, rischio cardiovascolare e declino funzionale.

Bibliografia

Bueno H, et al. 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee. Eur Heart J. 2025 Nov 3;46(41):4156-4225.
Fumagalli S, et al. Depressive symptoms in older patients undergoing electrical cardioversion of persistent atrial fibrillation. A possible association with clinical complexity, physical performance and inflammation. Eur J Intern Med. 2026 Jun 1 9:107023.





DIABETE E DISTURBI METABOLICI

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

ICODEC: DATI PRELIMINARI DELL'ESPERIENZA DI UN AMBULATORIO DI DIABETOLOGIA GERIATRICA

Thaeer Abd Alhady

Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università di Padova, Padova

SCOPO DEL LAVORO

Valutazione dell'andamento glicemico nel paziente anziano con insulina settimanale.

MATERIALI E METODI

Lo studio Osservazionale includeva 18 pazienti affetti da diabete mellito tipo 2 in terapia con insulina settimanale (Awiqli), afferenti all'ambulatorio di Diabetologia dell'Anziano presso l'Azienda Ospedaliera-Università di Padova. Le valutazioni ambulatoriali includevano: età, BMI, anni di diabete, emoglobina glicata (HbA1c), MMSE, circonferenza vita e circonferenza del polpaccio. L'analisi statistica è stata condotta mediante SPSS Statistics.

RISULTATI

Lo studio ha coinvolto 18 pazienti con diabete mellito tipo 2. La maggior parte dei soggetti era di sesso maschile 55,6% (n = 10), mentre la restante parte 44,4% (n = 8) era di sesso femminile. L'età media era di 79,7 ± 8,7 anni e la durata media del diabete era pari a 19,8 ± 10,7 anni. Il peso corporeo medio era di 69,9 ± 12,2 Kg, con un indice di massa corporea (BMI) medio di 25,1 ± 3,9 kg/m^2. La circonferenza vita media era di 100,4 ± 10,3 cm, mentre la circonferenza del polpaccio era di 30,9 ± 3,7 cm. Il punteggio medio al Mini-Mental State Examination (MMSE) era di 24,3 ± 4,6 punti. Tra le complicanze del diabete, la neuropatia diabetica era presente nel 27,8% dei soggetti (n = 5), mentre la retinopatia diabetica interessava il 44,4% (n = 8) del campione. Per quanto riguarda le comorbilità, lo scompenso cardiaco era presente nel 5,6% dei pazienti (n = 1), la cardiopatia ischemica nel 16,7% (n = 3), l'insufficienza renale cronica nel 16,7% (n = 3) e il pregresso ictus nell'11,1% (n = 2). Per quanto riguarda il trattamento insulinico, il dosaggio medio settimanale era di 142,2 ± 66,9 unità. I valori metabolici mostravano una glicemia a digiuno media di 199,8 ± 65,9 mg/dL e un valore medio di emoglobina glicata (HbA1c) pari a 8,9 ± 1,1%. Nei 13 soggetti analizzati al follow-up si riscontrava una glicemia a digiuno media di 142,1 ± 60,2 mg/dL e una emoglobina glicata (HbA1c) media pari a 8,4 ± 1,2%. L'analisi mediante t-test per campioni appaiati, effettuata su 13 pazienti con dati disponibili sia al baseline sia al follow-up, non ha evidenziato una differenza statisticamente significativa nei valori di emoglobina glicata. L'HbA1c si è ridotta mediamente di 0,52 punti percentuali nel corso del follow-up, ma tale variazione non ha raggiunto la significatività statistica (p = 0,155). La glicemia a digiuno ha dimostrato una riduzione statisticamente significativa tra il baseline e il follow-up a 6 mesi (p = 0,007).

CONCLUSIONI

I dati preliminari, pur essendo il campione analizzato limitato nella numerosità campionaria, suggeriscono che l'insulina settimanale è efficace e sicura. Infatti, ha dimostrato un'efficacia nel controllo glicemico, evidenziato da una lieve riduzione dell'emoglobina glicata e della glicemia a digiuno, senza ipoglicemie.
L'utilizzo di tale terapia rappresenta una promettente strategia per ottimizzare l'aderenza terapeutica e la qualità di vita del paziente diabetico anziano, mantenendo un adeguato controllo glicemico e metabolico. Saranno necessari ulteriori studi su casistiche più ampie per confermare tali evidenze su scala statistica.

Bibliografia

Frias J, Chien J, Zhang Q, et al. Safety and efficacy of once-weekly basal insulin Fc in people with type 2 diabetes previously treated with basal insulin: a multicentre, open-label, randomised, phase 2 study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2023 Mar;11(3):158-168. Gelsey FT, Schapiro D, Kosa K, et al. Perspectives and preferences of people with type 2 diabetes for the attributes of weekly insulin. Diabetes Ther. 2024 Nov;15(11):2367-2379.

IL DECLINO FUNZIONALE FISICO NEL PAZIENTE ANZIANO CON DIABETE MELLITO DI TIPO 2: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO MULTICENTRICO

Martina Lombardi[1], Matilde La Rosa[1], Edoardo Locatelli[1], Giacomo De Cao[1], Michela Dovadola[1], Silvia Conti[1], Ludovica

Serra[1], Angela Bregolin[1], Michela Semprini[1], Marcello Monesi[1], Alice Margherita Ornago[2], Alberto Finazzi[2], Alessandro Sestu[3], Gianluca Perseghin[2], Giuseppe Bellelli[2], Angelo Scuteri[3], Francesca Remelli[1], Stefano Volpato[1]

[1] Università degli Studi di Ferrara, Ferrara - [2] Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano - [3] Università degli Studi di Cagliari

SCOPO DEL LAVORO

Il diabete mellito di tipo 2 favorisce il declino funzionale nel paziente anziano, rendendo necessario un approccio basato sulla Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD), strumento che permette di ridurre e prevenire complicanze quali cadute, sarcopenia, declino funzionale e disabilità, ospedalizzazione e morte. L'obiettivo principale è analizzare i risultati preliminari di uno studio multicentrico volto a valutare l'efficacia di un intervento multimodale, basato sui risultati della VMD, nella prevenzione del declino funzionale fisico, misurato mediante Short Physical Performance Battery (SPPB), e identificare i fattori predittivi di declino funzionale a 6 mesi, definito come una riduzione di almeno un punto della SPPB.

MATERIALI E METODI

Il protocollo CARED (a Comprehensive Approach to Reduce Elderly functional decline in Diabetes) si propone di integrare al tradizionale approccio, basato su uno stretto controllo della glicemia e dei fattori di rischio cardiovascolare, un piano assistenziale basato sulla VMD. Si tratta di uno studio di intervento randomizzato multicentrico a gruppi paralleli in singolo cieco, condotto su 180 pazienti anziani con diabete mellito di tipo 2. È stata effettuata una VMD per ogni paziente, raccogliendo dati anamnestici e sociali. Ognuno di questi è stato valutato al baseline, a 6 mesi e a 12 mesi, valutando le possibili variazioni nel tempo dei dati raccolti. L 'analisi preliminare include 124 soggetti con follow-up a 6 mesi. È stata valutata inoltre l'autonomia nelle BADL e nelle IADL, e sono stati utilizzati la GDS 15-items e la GAS 10-items.

RISULTATI

L'età media del campione è di circa 80 anni, con una prevalenza del sesso maschile. Al baseline, i pazienti erano mediamente autonomi nelle BADL e nelle IADL; le donne registrano i livelli di ansia maggiori. Il punteggio SPPB risultava inferiore nelle donne sia al baseline sia al follow-up. Sebbene il campione abbia mostrato un lieve miglioramento complessivo, circa il 20% dei pazienti ha presentato un peggioramento di almeno un punto della SPPB. L'analisi multivariata ha identificato età (OR 1,30; IC95% 1,03-1,71) e GAS (OR 1,62; IC95% 1,14-2,41) come fattori di rischio indipendenti, mentre la terapia insulinica è risultata protettiva (OR 0,12; IC95% 0,01-0,78). Sesso, BMI e MoCA non sono risultati significativamente associati all'outcome.

CONCLUSIONI

Nonostante il lieve miglioramento medio della performance fisica, un paziente su cinque ha sviluppato un declino funzionale. L'analisi multivariata ha identificato l'età avanzata e la presenza di sintomi ansiosi come fattori associati a un maggior rischio di declino funzionale, mentre la terapia insulinica è risultata associata a un effetto protettivo. Questi risultati sottolineano il valore della VMD nell'identificazione precoce dei pazienti a rischio e nella pianificazione di interventi preventivi mirati.

ADERENZA TERAPEUTICA NEL PAZIENTE ANZIANO DIABETICO: L'ESPERIENZA DELL'AMBULATORIO DI DIABETOLOGIA DELL'ANZIANO DI PADOVA

Ilaria Piccolo[1], Rossella Pennacchio[1], Thaeer Abd Alhady[1], Sofia Nichetti[1], Andrea Ambrosio[1], Benedetta Di Marzio[2], Giulia Gasparini[1], Giuseppe Sergi[3]

[1] UOC Geriatria, Ospedale Sant'Antonio, Padova - [2] Dottorato di ricerca in Medicina traslazionale specialistica "G.B. Morgagni", Curriculum "Scienze endocrine e metaboliche", Università di Padova, Padova - [3] Dipartimento di Medicina (DIMED), Università di Padova, Padova

SCOPO DEL LAVORO

Valutare l'aderenza alla terapia antidiabetica nei pazienti afferenti all'ambulatorio di diabetologia dell'anziano presso l'UOC di Geriatria di Padova e attraverso gli strumenti della valutazione multidimensionale geriatrica individuare fattori che possano influenzarla.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale retrospettivo su 133 pazienti diabetici over-65. Dalla cartella clinica sono state ricavate per ciascuno di essi le informazioni anagrafiche e anamnestiche, il peso, il BMI, il valore di HbA1c e la terapia assunta. Durante la visita ambulatoriale è stata effettuata una valutazione multidimensionale di ogni paziente, comprendente MNA, MMSE, ADL, IADL e presenza di caregiver. Infine, sono stati svolti dei colloqui strutturati per valutare l'aderenza terapeutica tramite questionario di Morisky e la percezione personale della malattia mediante domande ricavate dall'Health Belief Model (HBM). I medesimi dati sono stati poi raccolti nuovamente a distanza di 6 mesi, ed analizzati mediante il software SPSS statistics.

RISULTATI

L'aderenza terapeutica al tempo 0 era buona o ottima nel 69,9% dei pazienti, mentre a distanza di 6 mesi la percentuale saliva all'86,5%. L'emoglobina glicata media è passata dal 7,67% ± 1,3 al 7,25% ± 1,1. I pazienti con aderenza buona o ottima avevano valori di HbA1c significativamente più bassi rispetto al gruppo con scarsa aderenza. Per valutare le variazioni nel tempo dell'aderenza terapeutica, dell'Hb1Ac e dell'HBM è stato utilizzato il test di Wilcoxon. L'analisi ha evidenziato una differenza statisticamente significativa tra le due valutazioni sia per il Morisky score ($Z = -4,304$; $p < 0,001$) sia per l'Hb1Ac ($Z = -3,832$; $p < 0,001$). È stata poi condotta un'analisi della varianza mista per valutare l'aderenza terapeutica, misurata mediante Morisky score, in relazione al sesso, alla presenza di Caregiver, numero e tipo di farmaci assunti e ai punteggi MMSE, ADL e IADL. Non si è verificato effetto interazione fra aderenza e sesso ($p = 0.78$) presenza di Caregiver ($p = 0.80$), MMSE ($p = 0.41$), ADL ($p = 0.48$), IADL ($p = 0.41$). L'aderenza è migliorata maggiormente nelle donne (Morisky T0 6.70 ± 7.05-Morisky T1 7.33 ± 7.71) seppur in modo indipendente dal sesso di appartenenza. L'aderenza è migliorata maggiormente nei pazienti senza caregiver (Morisky T0 6.43 ± 1.52-Morisky T1 7.09 ± 1.40) seppur in modo indipendente dalla presenza o assenza del caregiver.

CONCLUSIONI

Sia l'aderenza terapeutica che il controllo glicemico sono migliorati in maniera significativa a distanza di 6 mesi. Tuttavia, nessuno degli item della valutazione multidimensionale geriatrica correla in maniera significativa con tale miglioramento, che potrebbe quindi essere attribuibile alla presa in carico globale del paziente in un ambulatorio dedicato specificamente all'anziano e alla sua presa in carico globale.

Bibliografia

CINECA e Società Italiana di Diabetologia - Osservatorio ARNO Diabete. Anziani: Il profilo assistenziale della popolazione anziana con diabete; Elaborazioni su dati anno 2015.

Huang YM, Shiyanbola OO, Chan HY, et al. Patient factors associated with diabetes medication adherence at different health literacy levels: a cross-sectional study at a family medicine clinic. Postgraduate Medicine. 2020 May 18;132(4):328-36.

Da Porto A, Candoni L, Pizzignacco F, et al. Aderenza terapeutica in pazienti ambulatoriali con DM tipo 2: l'esperienza dell'Alto Friuli. J AMD. 2018;21(1):21-6.

DISTURBI DEL SONNO

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

RUOLO PROGNOSTICO DELL'INSONNIA: ASSOCIAZIONE CON MULTIDIMENSIONAL PROGNOSTIC INDEX IN ANZIANI NON OSPEDALIZZATI

Antonio Di Maio, Federica Argento, Claudia Canitano, Laura Andrea Ceparano, Giovanni Curcio, Maria Grazia Landi, Francesco Manfredonia, Pasquale Pezzella, Annachiara Vassallo, Valeria Zanobbi, Dario Leosco, Giuseppe Rengo, Leonardo Bencivenga

Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

SCOPO DEL LAVORO

L'insonnia rappresenta uno dei disturbi del sonno più frequenti nella popolazione anziana ed è associata a numerosi esiti clinici sfavorevoli, tra cui declino funzionale, deterioramento cognitivo, fragilità e aumento del rischio di ospedalizzazione e mortalità. Nonostante tali evidenze, il rapporto tra insonnia e stato prognostico multidimensionale geriatrico risulta ancora poco caratterizzato. Il Multidimensional Prognostic Index (MPI), derivato dalla Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD), è uno strumento validato per la stratificazione prognostica dell'anziano, in quanto integra informazioni relative ai domini funzionali, cognitivi, nutrizionali, clinici e socio-familiari. Obiettivo del presente studio è valutare l'associazione tra insonnia e MPI, in una popolazione di anziani non ospedalizzati.

MATERIALI E METODI

Sono stati inclusi soggetti di età ≥ 65 anni sottoposti a VMD completa presso l'Ambulatorio di VMD e terapia geriatrica dell'UOC di Geriatria dell'AOU Federico II di Napoli. L'insonnia è stata valutata mediante il questionario di autovalutazione validato Insomnia Severity Index, mentre il rischio prognostico è stato stimato attraverso il MPI, ottenuto dalla VMD praticata durante la visita. Il supporto sociale è stato stimato mediante la UCLA Loneliness Scale. L'associazione tra insonnia e MPI è stata inizialmente esplorata mediante correlazione di Pearson e successivamente analizzata mediante regressione lineare multipla. Il modello è stato aggiustato per età, sesso e punteggio alla UCLA Loneliness Scale, considerati potenziali fattori confondenti.

RISULTATI

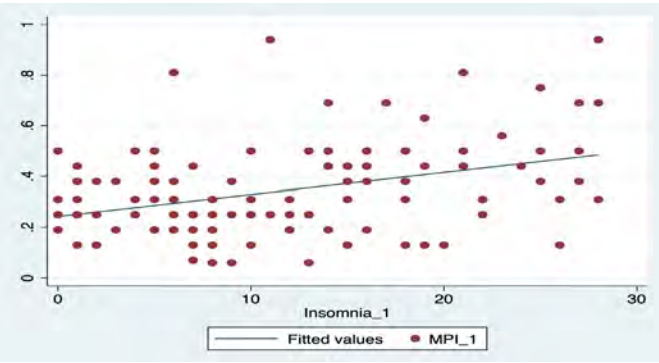
Scale è risultato significativamente associato alla variabile dipendente (β = 0,35; p = 0,001), mentre il sesso non ha mostrato un'associazione statisticamente significativa. Come atteso e noto, l'età è risultata un predittore indipendente di MPI (β = 0,29; p = 0,001). Il modello è risultato globalmente molto significativo, con un R2a pari al 34%.

CONCLUSIONI

In una popolazione di anziani ambulatoriali, una maggiore severità dell'insonnia risulta associata a un peggiore profilo prognostico multidimensionale indipendentemente da età, sesso e supporto sociale. L'associazione osservata suggerisce che i disturbi del sonno rappresentino un elemento rilevante della vulnerabilità geriatrica, indipendentemente da altri fattori demografici e psicosociali. Si conferma inoltre il possibile contributo della dimensione sociale allo stato di salute globale dell'anziano. Tali risultati supportano l'opportunità di integrare la valutazione dei disturbi del sonno nella pratica della VMD routinaria e pongono le basi per futuri studi prospettici finalizzati a chiarire il ruolo prognostico dell'insonnia e il potenziale beneficio di interventi mirati sulla qualità del sonno per migliorare gli esiti clinici della popolazione geriatrica.

Bibliografia

Brewster et al. Sleep Med Clin. 2018.
Pilotto et al. Ageing Res Rev. 2020.
Ratcliffe et al. BMC Public Health. 2024.



SINDROME DELLE GAMBE SENZA RIPOSO NELL'ANZIANO: LA CARENZA DI FERRO COME DETERMINANTE REVERSIBILE DI FRAGILITÀ

Olimpia Martini[1], Elisa Calistri[1], Andrea Ungar[2], Bernardo Salani[1], Monica Torrini[1]

[1] Ambulatorio Medicina del Dolore nell'Anziano, SOD Geriatria per la Complessità Assistenziale, AOU Careggi, Firenze - [2] SOD Geriatria e Terapia Intensiva Geriatrica, AOU Careggi; Università degli Studi di Firenze

INTRODUZIONE

La sindrome delle gambe senza riposo (RLS) è una condizione neurofunzionale frequente in età geriatrica, con rilevante impatto su sonno, autonomia e fragilità. Le principali linee guida internazionali collocano la valutazione dello stato marziale tra i passaggi iniziali dell'inquadramento diagnostico della RLS, riconoscendo nella carenza di ferro – anche in assenza di anemia conclamata – un determinante patogenetico modificabile e frequentemente associato alle forme più severe o refrattarie.

CASO CLINICO

Si descrive il caso di una donna di 75 anni, autonoma nelle BADL, affetta da diabete mellito tipo 2, ipertensione arteriosa, leucoencefalopatia cronica con storia di episodi ischemici cerebrali transitori multipli. La paziente era affetta da RLS dal 2008 ed attualmente in terapia cronica con pramipexolo e gabapentin. Negli ultimi dodici mesi si osservava un progressivo peggioramento clinico, con marcata irrequietezza agli arti inferiori, parestesie notturne ingravescenti ed estensione dei sintomi agli arti superiori e alle ore diurne. Indirizzata quindi all'Ambulatorio di Medicina del Dolore nell'Anziano, dove veniva prescritto l'assetto vitaminico e marziale con rilievo di anemia sideropenica con severa deplezione dei depositi marziali: emoglobina 10,4 g/dL, ferritina 8 ng/mL, sideremia 25 µg/dL, transferrina 366 mg/dL e saturazione della transferrina < 5%, per cui sottoposta ad infusione di ferro carbossimaltosio per via endovenosa (1000 mg totali), al fine di consentire una rapida ricostituzione dei depositi marziali.

Al controllo a un mese si documentava una regressione pressoché totale della sintomatologia con miglioramento del sonno e della qualità di vita, associato a recupero funzionale e miglioramento delle performance quotidiane. Inoltre la risposta clinica consentiva una revisione terapeutica con progressiva riduzione del carico dopaminergico e deprescribing del pramipexolo, mantenuto a basso dosaggio serale e solo al bisogno al mattino, riducendo l'esposizione a potenziali effetti avversi.

CONCLUSIONI

Nel paziente geriatrico la RLS rappresenta una sindrome ad alto impatto funzionale, strettamente correlata alla fragilità e al declino dell'autonomia. Le forme persistenti richiedono una rivalutazione eziologica strutturata prima di qualsiasi intensificazione farmacologica, con particolare attenzione allo stato marziale, la cui correzione mediante ferro endovenoso, anche in assenza di anemia severa, può determinare un miglioramento clinicamente significativo, con impatto non solo sintomatologico ma anche sulla traiettoria di fragilità, riducendo il burden farmacologico e contribuendo al mantenimento dell'autonomia e della qualità di vita nell'anziano complesso.

Bibliografia

Allen RP, et al. RLS/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group consensus criteria. Sleep Med. 2014 Aug;15(8):860-73.

Allen RP, et al. Evidence-based and consensus clinical practice guidelines for the iron treatment of restless legs syndrome. Sleep Med. 2018;41:27-44.

Bae H, et al. Randomized, placebo-controlled trial of ferric carboxymaltose in RLS patients with iron deficiency anemia. Sleep Med. 2021;84:179-186.

Silber MH, et al. The Management of RLS: An Updated Algorithm. Mayo Clin Proc. 2021;96:1921-1937.

Winkelman JW, et al. Treatment of RLS and periodic limb movement disorder: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. J Clin Sleep Med. 2025;21(1):137-152.

CONFRONTO TRA SONNO PERCEPITO E SONNO MISURATO NELLA POPOLAZIONE ANZIANA: ANALISI TRASVERSALE DEL FENOMENO DELLA MISPERCEZIONE NELLO STUDIO SOMNUS-DARE

Irene Zucchini[1], Marco Salvi[1], Carlotta Mutti[2], Monica De Carne[3], Crescenzo Testa[4], Elisa Galli[1], Valeria Ribattezzato[1], Giulia Taroni[1], Andrea Melpignano[2], Irene Pollara[2], Margherita Soglia[2], Liborio Parrino[2], Marcello Maggio[1]

[1] UOC Clinica Geriatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, - [2] Centro Interdipartimentale di Medicina del Sonno, Università di Parma - [3] Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma - [4] ASL Napoli 2 Nord, Napoli

SCOPO DEL LAVORO

Il presente studio mira ad esaminare l'entità e le caratteristiche della mispercezione del sonno in anziani cognitivamente integri che vivono in comunità, confrontando i dati riportati in un diario del sonno compilato autono-

mamente nell'arco di una settimana, con le misurazioni actigrafiche effettuate nello stesso arco di tempo.

MATERIALI E METODI

Un campione di soggetti anziani cognitivamente integri e residenti in comunità, sottoposti a valutazione multidimensionale geriatrica e valutazione neuropsicologica di II livello, sono chiamati a compilare un diario del sonno della durata di sette giorni consecutivi e ad indossare contemporaneamente un dispositivo actigrafico. Le differenze tra le misurazioni soggettive e quelle oggettive relative all'inizio del sonno, alla fine del sonno, alla durata totale del sonno, all'efficienza del sonno e al risveglio dopo l'inizio del sonno saranno valutate utilizzando Misperception Index e Mean of Squared Successive Differences per misurare, rispettivamente, la gravità della mispercezione e la variabilità intra-individuale tra le notti. Infine, saranno condotte analisi di correlazione per ciascun parametro al fine di valutare se la mispercezione del sonno possa essere influenzata da variabili clinico-demografiche.

RISULTATI

Ci si aspetta che vi siano significative discrepanze tra dati soggettivi e oggettivi nei parametri misurati, nonché una notevole variazione nell'entità di tali discrepanze tra i singoli individui, legata a fattori influenti quali le abitudini del sonno, la presenza e la gravità dell'insonnia, il cronotipo o le caratteristiche neuropsicologiche.

CONCLUSIONI

I nostri risultati potrebbero dimostrare che i soli rilievi soggettivi relativi al sonno potrebbero non essere sufficienti per una valutazione accurata del sonno negli anziani cognitivamente integri. Al contrario, le misurazioni oggettive potrebbero essere d'aiuto nella valutazione dei disturbi del sonno, al fine di ottimizzare la diagnostica avanzata, le misure di igiene del sonno e i trattamenti degli stessi.

Bibliografia

Calderon R, Liu S, Huang J, et al. Cognitive Function and Insomnia Symptoms are Associated With Subjective-Objective Sleep Discrepancies in Older Adults Without Dementia. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2026;39(4):453-470.

Salvi M, Zucchini I, Lauretani F, et al. The role of sleep disorders in the motoric and cognitive trajectories of older physically frail sarcopenic and healthy active subjects: SOMNUS-DARE, a prospective cohort study. BMC Geriatr. 2026; 26:588.

DOLORE CRONICO E TERAPIA DEL DOLORE

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

TERAPIA DEL DOLORE INDIVIDUALIZZATA NEL PAZIENTE GERIATRICO COMPLESSO: INTEGRAZIONE FARMACOLOGICA PROGRESSIVA NELLA NEVRALGIA POST-ERPETICA

Elisa Calistri[1], Camilla Secciani[2], Andrea Ungar[1], Monica Torrini[3]

[1] Università degli Studi di Firenze - [2] SOC Geriatria, Ospedale San Giuseppe, USL Toscana Centro, Empoli (FI) - [3] SOD Geriatria, AOU Careggi; Università degli Studi di Firenze

INTRODUZIONE

Nel paziente anziano fragile, la gestione del dolore neuropatico è frequentemente limitata dall'intolleranza ai trattamenti raccomandati dalle linee guida. Presentiamo un caso di nevralgia post-erpetica (PHN) in cui il controllo del dolore è stato ottenuto attraverso una strategia terapeutica multimodale costruita progressivamente sulla vulnerabilità biologica e funzionale della paziente.

CASO CLINICO

Donna di 80 anni affetta da scompenso cardiaco a ridotta frazione di eiezione e fibrillazione atriale permanente in terapia anticoagulante. La valutazione geriatrica evidenziava funzioni cognitive conservate, BADL 4/6, dipendenza nelle IADL, deambulazione con ausilio, incontinenza urinaria da urgenza, ipoacusia e basso peso corporeo. Dopo un episodio di Herpes Zoster toracico sinistro (T8-T9), trattato tempestivamente con valaciclovir e analgesici convenzionali, sviluppava una severa PHN caratterizzata da dolore urente continuo, allodinia, iperalgesia e scariche elettriche (NRS 8/10), con grave compromissione del sonno e della qualità di vita. Venivano introdotti lidocaina cerotto 5% e pregabalin 25 mg/die, sospeso già a 50 mg/die per comparsa di nausea, vertigini e marcata sonnolenza, in assenza di beneficio clinico. Un successivo tentativo con gabapentin risultava ugualmente non tollerato già al dosaggio di 100 mg/die. La doppia intolleranza ai farmaci di prima linea imponeva quindi una completa rivalutazione della strategia terapeutica. Venivano mantenuti i cerotti di lidocaina, associando buprenorfina transdermica (5-10 mcg/h) e duloxetina titolata fino a 30 mg/die. Per la persistenza di episodi dolorosi parossistici veniva infine aggiunta carbamazepina in formulazione liquida, iniziando da 20 mg/die con incrementi di 10 mg, guidati esclusivamente dalla tollerabilità individuale e dalla risposta clinica. La terapia multimodale determinava una riduzione del dolore (NRS 8→6), una netta attenuazione dell'allodinia e degli episodi parossistici, con miglioramento della continuità del sonno, recupero dell'autonomia nelle attività quotidiane di base e riduzione della componente ansiosa correlata al dolore. Il beneficio clinico veniva ottenuto senza eventi avversi clinicamente rilevanti né peggioramento dello stato cognitivo o funzionale. L'impiego della formulazione liquida della carbamazepina ha consentito una micro-titolazione estremamente fine, permettendo di identificare la minima dose efficace e di completare il controllo della sintomatologia residua nel pieno rispetto della tollerabilità della paziente.

CONCLUSIONI

Questo caso dimostra come, nell'anziano fragile, la vulnerabilità biologica possa rendere impraticabile un'applicazione standardizzata delle linee guida. L'intolleranza ai farmaci di prima linea ha richiesto un cambio di paradigma: dall'obiettivo della dose target alla costruzione di una terapia realmente sostenibile e personalizzata. Il beneficio clinico non è derivato dalla massimizzazione di un singolo principio attivo, ma dall'integrazione progressiva di trattamenti a basse dosi e dalla micro-titolazione, che hanno consentito di raggiungere il miglior equilibrio possibile tra analgesia, tollerabilità, autonomia e qualità di vita. In geriatria, la dose corretta è quella giusta per quello specifico paziente.

Bibliografia

Finnerup NB, Kuner R, Jensen TS. Neuropathic Pain: From Mechanisms to Treatment. Physiol Rev. 2021.

Johnson RW, Rice ASC. Clinical practice. Postherpetic neuralgia. N Engl J Med. 2014.

DOLORE NEL PAZIENTE GERIATRICO POST-CHIRURGIA TORACICA: ASSOCIAZIONE CON FRAGILITÀ E DECLINO COGNITIVO

Raffaella Frongillo[1], Elisabettamaria Frongillo[2], Laura Emmi[1], Sabrina Gramegna[1], Raffaele Formisano[1], Laura Andrea

Tabella. Analisi del dolore post-operatorio in relazione alla fragilità e al sospetto declino cognitivo (media±DS)

	TUTTI	Fragili	Non fragili	p-value	Declino cognitivo	No Declino Cognitivo	p-value
Giorno 1	5,7±2,0	5,4±2,0	6,3±2,0	0,178	5,1±2,0	6,9±1,0	0,001
Giorno 3	5,3±2,2	5,4±2,2	5,0±2,3	0,607	5,2±2,3	5,7±2,0	0,403
Giorno 5	5,4±2,4	5,4±2,4	5,4±2,5	0,981	5,2±2,5	6,0±2,1	0,311

Ceparano[1], Chiara Di Lorenzo[1], Gianluca Guggino[2], Grazia Daniela Femminella[1], Giuseppe Rengo[1], Graziamaria Corbi[1]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi di Napoli "Federico II" - [2] UOC Chirurgia Toracica, AORN Cardarelli, Napoli

SCOPO DEL LAVORO

Valutare la relazione tra fragilità, declino cognitivo e severità del dolore postoperatorio riferita in pazienti geriatrici sottoposti a chirurgia toracica.

MATERIALI E METODI

Lo studio, osservazionale, è stato condotto su pazienti di età ≥ 65 anni sottoposti a chirurgia toracica presso l'UOC di Chirurgia Toracica dell'AORN Antonio Cardarelli di Napoli. Nel periodo post-operatorio tutti i soggetti sono stati valutati per presenza di fragilità mediante il Geriatric8 (fragile ≤ 14) e declino cognitivo con il SAGE (declino cognitivo ≤ 17). Il dolore è stato misurato con la scala NRS, a 1, 3 e 5 giorni dall'intervento. Le possibili associazioni tra le variabili e l'intensità del dolore sono state analizzate mediante correlazione di Pearson e modelli di regressione multivariata.

RISULTATI

Sono stati reclutati 58 pazienti sottoposti a interventi di chirurgia toracica (biopsie/toracoscopie/drenaggi = 15; resezioni atipiche/segmentectomie = 13; lobectomie = 30). Il dolore postoperatorio è risultato moderato nella prima giornata postoperatoria, con una progressiva riduzione nei giorni successivi. La terapia analgesica è stata somministrata prevalentemente per via endovenosa estemporanea (51%). I punteggi G8 e SAGE hanno mostrato una correlazione positiva con i valori di NRS nella prima giornata postoperatoria, indicando che i pazienti meno fragili e con migliore performance cognitiva riferivano livelli più elevati di dolore. Tale associazione non si ritrovava nei giorni successivi. I risultati sono stati confermati dai modelli di regressione lineare aggiustati per tipologia di intervento, via di somministrazione e dose della terapia analgesica. Similmente, i pazienti con sospetto declino cognitivo hanno riportato punteggi NRS significativamente inferiori rispetto ai pazienti cognitivamente integri, mentre nei pazienti fragili è stata osservata un'analoga tendenza (vedi Tabella).

CONCLUSIONI

Il presente studio ha evidenziato che in pazienti geriatrici sottoposti a chirurgia toracica la presenza di fragilità e, soprattutto, di deficit cognitivo è associata a punteggi NRS inferiori nella prima giornata postoperatoria. Questi risultati suggeriscono che la scala NRS, utilizzata come unico strumento di valutazione, possa sottostimare l'intensità del dolore nei pazienti più vulnerabili dal punto di vista cognitivo e funzionale. L'integrazione con altri strumenti di valutazione del dolore potrebbe consentire una più accurata identificazione dei bisogni analgesici in questa popolazione. Studi prospettici su campioni più ampi sono necessari per confermare tali osservazioni.

Bibliografia

Bellera CA, et. al. Ann Oncol. 2012;23(8):2166-2172.
Hanna MN, et al. Thorac Surg Clin. 2009;19(3):353-61.
Scharre DW, et al. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2010;24(1):64-71.

GESTIONE DEL DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO E APPROCCIO PALLIATIVO IN AMBITO GERIATRICO: SURVEY NAZIONALE SULLE BARRIERE PRESCRITTIVE NELLA PRATICA REAL-WORLD

Eleonora Rondanina, Silvia Ottaviani, Stefania Peruzzo, Alessio Nencioni, Fiammetta Monacelli

Clinica Geriatrica, Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche (DIMI), Università di Genova

SCOPO DEL LAVORO

Il dolore cronico non oncologico rappresenta una sindrome geriatrica che colpisce circa il 35% della popolazione anziana. Questa condizione incide negativamente sulle autonomie funzionali, accelera lo sviluppo di fragilità e favorisce la progressione verso la disabilità e la dipendenza. Nonostante la sua rilevanza clinica e il profondo impatto negativo sulla qualità di vita fisica, psicologica e sociale del paziente, il dolore rimane spesso non riferito, sottovalutato e fortemente sottotrattato. Tale criticità si amplifica nei soggetti con decadi-

mento cognitivo o barriere comunicative. La gestione diagnostico-terapeutica nel paziente anziano è ostacolata dalla carenza di parametri obiettivi, dall'aspecificità dei marker bio-umorali e dalla frequente inaffidabilità descrittiva del quadro clinico e anamnestico. Inoltre, la scelta terapeutica è condizionata dall'elevato rischio di effetti collaterali tipico di pazienti multimorbidi e in polifarmacoterapia. Tramite questa survey abbiamo analizzato la pratica clinica italiana nella gestione del dolore cronico non oncologico e nell'integrazione delle cure palliative nel paziente anziano, valutando l'impatto della formazione e dei fattori psicologici sulla prescrizione di oppioidi.

MATERIALI E METODI

Survey trasversale nazionale (aprile-giugno 2026) su 381 professionisti sanitari (esperienza media: 22,7±14,8 anni) con un elevato volume (> 60%) di pazienti geriatrici. La coorte comprende MMG (27,6%), specialisti clinici (17,3%), chirurghi (15,2%) e geriatri (13,9%). Le associazioni statistiche sono state valutate tramite test χ^2.

RISULTATI

I 54,7% del campione riferisce una formazione sul dolore, ma meno della metà (47,8%) conosce le linee guida per la gestione del dolore cronico nel paziente geriatrico. La conoscenza e l'utilizzo di strumenti per l'identificazione dei bisogni di cure palliative (NECPAL, SPICT) risultano significativamente associati alla formazione specifica sul dolore (χ^2 = 48,9; p < 0,001); la loro adozione quadruplica tra i medici con familiarità sulle linee guida (32,4% vs 8,5%; p < 0,001). Nella gestione del fine vita (n = 297), il 51,2% prescrive morfina. L'uso varia significativamente per specializzazione (geriatri 78,0% vs chirurghi 28,6%; p < 0,001) e setting (ospedale 68,9% vs territorio 40,0%; p < 0,001). La determinante principale dell'appropriatezza prescrittiva è la dimestichezza clinica: il 71,4% dei medici che si percepiscono sicuri prescrive morfina, contro il 12,5% degli insicuri (p < 0,001). Il timore della depressione respiratoria o dell'anticipazione del decesso riduce drasticamente l'uso del farmaco (χ^2 = 70,6; p < 0,001). Nella BPCO avanzata, prevale un approccio restrittivo o prudente rispetto all'uso di oppioidi. Geriatri, internisti e anestesisti si confermano i più favorevoli alla somministrazione degli oppioidi (fino al 40,0%), mentre i chirurghi mantengono un profilo restrittivo (61,5%; p < 0,001). La formazione specifica dimezza l'attitudine restrittiva (23,0% vs 49,1%; p < 0,001).

CONCLUSIONI

Le conoscenze nozionistiche non garantiscono da sole l'adeguatezza terapeutica nel paziente geriatrico. L'orientamento prescrittivo è fortemente condizionato da barriere culturali ed emotive (oppiofobia). È urgente implementare programmi formativi finalizzati alla gestione pratica dei farmaci e al decondizionamento psicologico dei clinici rispetto ai rischi della terapia oppioide.

ENDOCRINOLOGIA GERIATRICA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

IPONATREMIA IATROGENA DA FARMACI: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO DI RARA IPONATREMIA ASINTOMATICA DA PANTOPRAZOLO IN PAZIENTE GERIATRICA FRAGILE SOTTOPOSTA AD INTERVENTO ORTOPEDICO PER FRATTURA DI FEMORE

Margherita Lordi, Virginia Gori, Anna Giannolo, Gaia Rubbieri, Alice Ceccofiglio, Gianluca Polidori, Alessandro Cartei, Andrea Ungar

Geriatria UTIG, AOU Careggi, Firenze

INTRODUZIONE

In letteratura scientifica esistono diversi studi [1-4] che collocano gli inibitori di pompa protonica, in particolare il pantoprazolo, tra le cause iatrogene rare di iponatremia e SIAD (sindrome da inappropriata antidiuresi) nel paziente anziano fragile.

CASO CLINICO

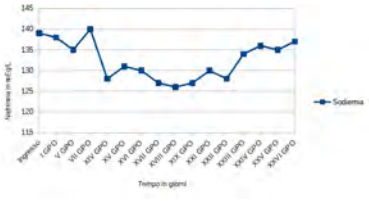
Donna di 76 anni ricoverata in Ortogeriatria per frattura di femore sinistro da caduta accidentale. All'ingresso esami ematici, elettrocardiogramma, parametri vitali e obiettività generale nei limiti. In anamnesi: poliomelite con esiti motori agli arti inferiori, diabete mellito, ipercolesterolemia, maculopatia. In terapia farmacologica con brinzolamide, mertformina, simvastatina, clopidogrel e furosemide al bisogno in caso di alterazioni pressorie. Sostituita metformina nel perioperatorio con schema insulinico con buon controllo. Sottoposta ad intervento di protesi totale di anca senza complicanze. Decorso post-operatorio complicato da riscontro di iponatremia asintomatica (natremia minima 126 mEq/l) in assenza di altre alterazioni elettrolitiche e della funzionalità renale. Assetto tiroideo e cortisolemia nella norma, RX torace negativo per masse toracomediastiniche. Non segni clinici e biochimici di infezione. Sempre asintomatica dal punto di vista neurologico. Tra i farmaci potenzialmente interferenti, sospeso trazodone introdotto al bisogno per insonnia post insorgenza di iponatremia e sostituita furosemide al bisogno con sartano. Clinicamente euvolemica; valori di osmolalità plasmatica e di natriuria compatibili con SIAD, ma poco coerenti con il basso peso specifico urinario al chimico-fisico delle urine cosa che orientava per un eccessivo introito di liquidi per os. Pertanto veniva impostata restrizione idrica a 1.5-1L giornalieri, stimolando assunzione di cibi con aggiunta di sale da cucina, con minimo beneficio laboratoristico. Richiesta consulenza endocrinologica che confermava le scelte terapeutiche intraprese e suggeriva di sospendere, se possibile, il pantoprazolo non presente nella terapia domiciliare ma iniziato in reparto, perchè potenziale causa di SIAD. Da valutare, in base all'andamento della natremia, esecuzione di indagini radiologiche per escludere una componente paraneoplastica (anche se l'esordio della disionia nel post-intervento la rendeva poco probabile).

CONCLUSIONI

Dopo attenta valutazione, per la presenza di diversi fattori di rischio per sanguinamento gastrointestinale (stress chirurgico, terapia antidolorifica, terapia antiaggregante e anticoagulante profilattica), è sembrato poco prudente sospendere il gastroprotettore. Pertanto, compatibilmente con la disponibilità della farmacia ospedaliera, abbiamo optato in prima battuta a sostituzione con esomeprazolo non essendo disponibile il lansoprazolo, che risulta tra gli inibitori di pompa quello meno associato a SIAD. Alla sospensione del pantoprazolo si è avuta progressiva normalizzazione della natremia con stabilità nel tempo.

Bibliografia

1. Van der Zalm IJB, et al. Omeprazole-induced and pantoprazole-induced asymptomatic hyponatremia: a case report. J Med Case Rep. 2020 Jun 29.
2. Nair HP, et al. Pantoprazole associated dyspepsia hypocalcemia and hyponatremia: A disproportionality analysis in FDA adverse event reporting system (FAERS) database. Arab J Gastroenterol. 2023 Feb.
3. Ferreira F, et al. Pantoprazole-related Symptomatic Hyponatremia. Eur J Case Rep Intern Med. 2016 Jan 5.
4. Naharcý MI, et al. Pantoprazole sodium-induced hyponatremia in a frail elderly adult. J Am Geriatr Soc. 2014 Apr.





EPIDEMIOLOGIA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

RAPPORTO TRA ACQUA EXTRACELLULARE E ACQUA CORPOREA TOTALE E VULNERABILITÀ RENALE NELL'ANZIANO: EVIDENZE LONGITUDINALI DELLO STUDIO SCOPE

Lucia Muglia[1], Annalisa Cozza[1], Francesc Formiga[2], Rafael Moreno-González[3], Francesco Mattace-Raso[4], Lisanne Tap[4], Axel C. Carlsson[5], Johan Ärnlöv[5], Regina Roller-Wirnsberger[6], Gerhard Wirnsberger[6], Tomasz Kostka[7], Agnieszka Guligowska[7], Zuzanna Chrzastek[7], Christian Weingart[8], Ilan Yehoshua[9], Itshak Melzer[9], Andrea Corsonello[10], Luca Soraci[10], Fabrizia Lattanzio[11]

[1] Unit of Geriatric Medicine and Clinical Epidemiology, Italian National Research Center on Aging (IRCCS INRCA), Cosenza - [2] Geriatric Unit, Internal Medicine Department, Bellvitge University Hospital - IDIBELL, Barcellona - [3] Geriatric Unit, Internal Medicine Department, Bellvitge University Hospital - IDIBELL, Barcellona - [4] Section of Geriatric Medicine, Department of Internal Medicine, Erasmus MC University Medical Center, Rotterdam - [5] Division of Family Medicine and Primary Care, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet, Huddinge - [6] Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, - [7] Department of Geriatrics, Healthy Ageing Research Centre (HARC), Medical University of Lodz - [8] Department of General Internal Medicine and Geriatrics, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg and Institute for Biomedicine of Aging, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Regensburg - [9] The Recanati School for Community Health Professions, Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University of the Negev, Be'er Sheva - [10] Unit of Geriatric Medicine and Clinical Epidemiology, Italian National Research Center on Aging (IRCCS INRCA), Cosenza - [11] Scientific Direction, Italian National Research Center on Aging (IRCCS INRCA), Ancona

SCOPO DEL LAVORO

Le alterazioni nella distribuzione dei liquidi corporei possono contribuire ad identificare anziani a maggior rischio di declino della funzione renale, al di là dei tradizionali marcatori renali. In questo studio, abbiamo valutato se il rapporto tra acqua extracellulare e acqua corporea totale (ECW/TBW), misurato mediante analisi di bioimpedenziometria (BIA), potesse rappresentare un predittore indipendente della variazione della velocità di filtrazione glomerulare stimata (eGFR) a 24 mesi in un'ampia coorte geriatrica europea.

MATERIALI E METODI

Sono stati analizzati longitudinalmente 1.106 soggetti community-dwelling di età ≥75 anni arruolati nello studio multicentrico prospettico Screening for Chronic Kidney Disease among Older People across Europe (SCOPE), con dati basali di BIA disponibili e follow-up dell'eGFR a 24 mesi. L'outcome primario era la variazione dell'eGFR a 24 mesi, definita come eGFR al follow-up meno eGFR basale (ΔeGFR). I modelli di regressione lineare multivariata sono stati progressivamente aggiustati per età, sesso, eGFR basale, rapporto albumina/creatinina, covariate cliniche, stato nutrizionale, comorbilità, sarcopenia e farmaci cardiovascolari. Ulteriori analisi hanno incluso modelli stratificati per sesso ed eGFR, nonché analisi di sensibilità che escludevano comorbilità selezionate, i soggetti in terapia con diuretici o che tenevano conto della variazione longitudinale dell'ECW/TBW.

RISULTATI

I partecipanti appartenenti al terzile più alto di ECW/TBW erano più anziani, più spesso di sesso femminile e presentavano valori di eGFR più bassi e un rapporto albumina/creatinina più elevato al basale. Ogni aumento dell'1% dell'ECW/TBW era associato a un declino dell'eGFR maggiore di 0.09 mL/min/1.73 m^2 (IC al 95% da -0.16 a -0.02; p = 0.006). Questa associazione è rimasta valida anche dopo l'aggiustamento per la variazione longitudinale dell'ECW/TBW. I partecipanti nel terzile più alto di ECW/TBW hanno mostrato un declino dell'eGFR maggiore rispetto a quelli nel terzile più basso (B = -1.40; IC al 95% da -2.44 a -0.37; p = 0.008), con segnali più evidenti tra le donne e i partecipanti con funzionalità renale preservata o leggermente ridotta.

CONCLUSIONI

I nostri risultati suggeriscono che un rapporto ECW/TBW più elevato identifica un fenotipo di vulnerabilità renale nell'anziano, indipendente da eGFR, albuminuria e principali fattori clinici. La valutazione BIA della distribuzione dei fluidi corporei potrebbe rappresentare uno strumento semplice e non invasivo per migliorare la stratificazione del rischio renale e orientare strategie preventive personalizzate in ambito geriatrico.

Bibliografia
Corsonello A et al. BMC Nephrol. 2018;19:260.
Faucon AL et al. Kidney Int. 2019;96:1020-1029.
Low S et al. J Diabetes Complications. 2021;35.
Schaeffner ES et al. Ann Intern Med. 2012;157:471-481.

SODDISFAZIONE DI VITA DEGLI ANZIANI IN CONTESTI FAMILIARI CHE CAMBIANO

Elena Pirani[1], Rita Manuela Bruno[2], Andrea Ungar[3], Mauro Di Bari[3], Raffaele Guetto[1]

[1] Dipartimento di Statistica, Informatica, Applicazioni "Giuseppe Parenti", Firenze - [2] Università degli Studi di Firenze - [3] Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Firenze

SCOPO DEL LAVORO

Descrivere i cambiamenti dei contesti familiari degli anziani italiani negli ultimi decenni e analizzarne l'associazione con la soddisfazione di vita.

MATERIALI E METODI

L'analisi si basa sui dati delle indagini ISTAT Aspetti della Vita Quotidiana dal 2010 al 2023, focalizzandosi sugli individui di 65 anni e oltre (n = 147.003, circa 11.000 per ogni anno di indagine). Sulla base della composizione del nucleo e del ruolo dei conviventi nella famiglia sono stati ricostruiti 9 contesti familiari, distinguendo persone che vivono: da sole (suddivise in vedove, divorziate, mai sposate); in coppia senza figli; in coppia con figli; con figli senza partner; con la famiglia del figlio; con la famiglia di altri parenti; in altre forme familiari.
La soddisfazione di vita (0-10) è stata analizzata mediante modelli di regressione lineare aggiustati per caratteristiche socio-demografiche, condizioni economiche e limitazioni funzionali.

RISULTATI

Nel periodo considerato emergono due principali trasformazioni dei contesti familiari degli italiani over 65 (Fig. 1). Da un lato si osserva una maggiore presenza di persone che vivono in coppia anche in età avanzata (50% tra 65 e 74 anni, 40% oltre i 75), e la situazione è particolarmente evidente tra le donne. Grazie ai guadagni di longevità, soprattutto maschile, tra il 2010 e il 2023 la quota di donne vedove che vivono da sole scende dal 45% al 40% tra le ultra75enni. Dall'altro, i cambiamenti nei comportamenti familiari degli ultimi decenni si traducono in un aumento della presenza di persone, sia uomini che donne, che vivono soli perché divorziati o mai sposati (circa

Fig. 1 Variazioni triennali delle distribuzioni dei tipi di famiglia per sesso e fascia di età, in Italia dal 2010 al 2023.

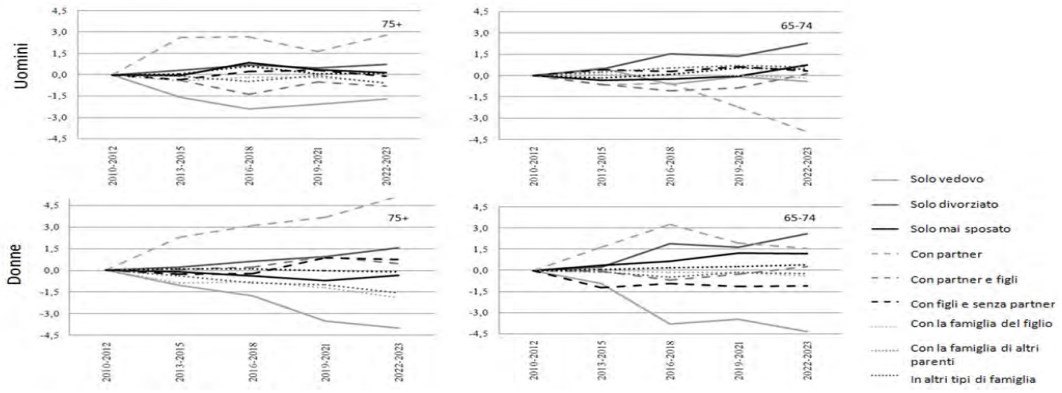
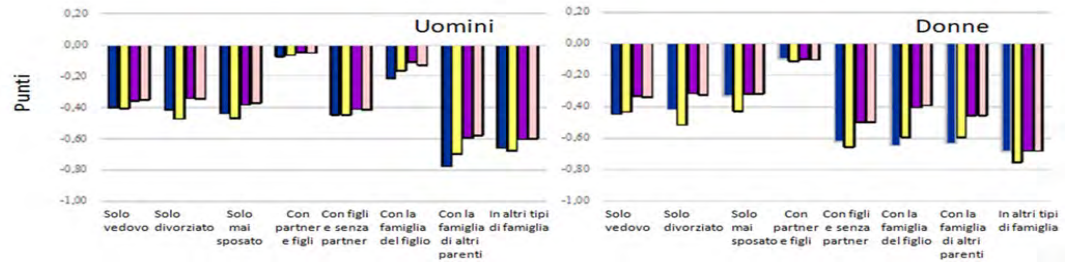


Fig. 2 Effetti marginali del tipo di famiglia sulla soddisfazione di vita degli anziani, in termini di differenze rispetto al punteggio della categoria di riferimento (in coppia senza figli conviventi).



8,5%), ma anche di coloro che vivono con figli ma senza partner (poco meno del 9% per le donne), sempre più spesso a seguito di una separazione.
L'analisi della soddisfazione di vita conferma che mediamente gli uomini mostrano livelli di soddisfazione di vita maggiori rispetto alle donne (media uomini:7 ± 1,7; media donne: 6,7 ± 1,9), e la soddisfazione diminuisce leggermente per i più anziani. Differenze sono presenti sulla base della configurazione familiare: la soddisfazione di vita è massima tra gli anziani che vivono solo con il partner (7,1), mentre livelli leggermente inferiori si registrano se sono presenti anche figli. Valori intermedi si osservano tra coloro che vivono da soli, soprattutto se vedovi (6.8), ma lo svantaggio maggiore riguarda gli anziani che vivono con il nucleo del figlio, di altri parenti o in altre forme familiari (tra 6,3 e 6,6). In questo caso il differenziale si riduce, soprattutto per le donne, tenendo conto delle risorse economiche e della presenza di limitazioni funzionali, suggerendo che queste configurazioni familiari riflettano almeno in parte condizioni di maggiore fragilità (Fig. 2).

CONCLUSIONI

I cambiamenti demografici e familiari stanno modificando profondamente i contesti di vita degli anziani. Sebbene vivere da soli si associ a livelli di benessere inferiori rispetto alla vita di coppia, la maggiore vulnerabilità si osserva tra gli anziani che vivono con il nucleo del figlio o di altri parenti, configurazioni che sembrano riflettere condizioni di fragilità socio-economica e di salute. Il contesto familiare rappresenta quindi un importante indicatore di vulnerabilità.

ANALISI EPIDEMIOLOGICA DEI RICOVERI IN SUB-INTENSIVA CON FOCUS SUL GRANDE ANZIANO

Roberta Schipani[1], Riccardo Derna[2], Caterina Savinelli[2], Rosanna Greco[2], Giovanna Errico[2], Luciana Finizia[2], Nunzio Zotti[3], Francesca Iannaccone[4], Emilio Morgevi[5], Maria Gabriella Coppola[6]

[1] Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli - [2] UOC Medicina d'Urgenza-PS, PO Rummo, A.O.R.N. "San Pio", Benevento - [3] UOC Direzione Medica di Presidio, AORN "San Pio", Benevento - [4] UOC Direzione Medica di Presidio Servizio Medicina Legale, AORN "San Pio", Benevento - [5] UOC Controllo Di Gestione, AORN "San Pio", Benevento - [6] UOC Medicina interna, UOC Medicina d'Urgenza-PS, PO Rummo, A.O.R.N. "San Pio", Benevento

SCOPO DEL LAVORO

L'invecchiamento della popolazione mondiale determina una sempre crescente pressione sul sistema sanitario con un aumento degli accessi in ospedale e delle necessità terapeutiche a causa della multimorbidità, fragilità e polifarmacoterapia del paziente geriatrico. Dati Istat evidenziano che nel 2025 la popolazione over65 rappresenta il 25,1% con il 4,3% over 85. L'aumento dell'aspettativa di vita impone la necessità di approfondire con analisi dettagliata setting di cura diversi per i pazienti geriatrici, compresi setting ad alta intensità di cura. Il nostro lavoro si pone l'obiettivo di analizzare la prevalenza dei ricoveri dei pazienti geriatrici presso il reparto di Terapia Subintensiva dell'AORN San Pio di Benevento con focus sul grande anziano.

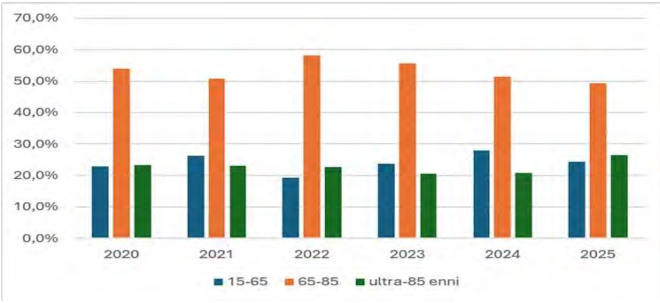
MATERIALI E METODI

Sono stati analizzati i ricoveri in terapia sub-intensiva

Tab.1: Distribuzione per fascia di età e anno.

Fascia di Età	2020		2021		2022		2023		2024		2025		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-44	34	5,1%	28	5,1%	14	3,1%	32	5,8%	40	5,7%	55	7,6%	203	5,6%
45-54	40	6,0%	45	8,3%	22	4,8%	39	7,1%	45	6,5%	32	4,4%	223	6,1%
55-64	78	11,7%	70	12,9%	52	11,4%	60	10,9%	109	15,7%	89	12,3%	458	12,6%
65-74	140	21,1%	125	23,0%	104	22,7%	125	22,8%	133	19,1%	155	21,5%	782	21,5%
75-84	217	32,7%	151	27,8%	162	35,4%	180	32,8%	224	32,2%	200	27,7%	1.134	31,2%
ultra-85 enni	155	23,3%	125	23,0%	104	22,7%	112	20,4%	145	20,8%	190	26,4%	831	22,9%
Totale	***664***	***100%***	***544***	***100%***	***458***	***100%***	***548***	***100%***	***696***	***100%***	***721***	***100%***	***3.631***	***100%***

Fascia di	2020	2021	2022	2023	2024	2025
15-65	22,8%	26,2%	19,2%	23,8%	27,9%	24,3%
65-85	53,9%	50,8%	58,1%	55,6%	51,3%	49,3%
ultra-85 enni	23,3%	23,0%	22,7%	20,6%	20,8%	26,4%



presso AORN San Pio di Benevento dal 2020 al 2025 divisi per fascia d'età.

RISULTATI

Su un totale di 3621 ricoveri registrati nel reparto di sub-intensiva dal 2020 al 2025, registriamo una elevata prevalenza (> 50%) dei ricoveri dei pazienti geriatrici con età compresa tra 65 e 84 anni. Si evidenzia inoltre una elevata prevalenza di ricoveri nel reparto di Terapia Subintensiva dei pazienti over 85 (> 20%) sia negli anni 2020-2022 (durante il periodo della pandemia COVID-19) si negli anni successivi con un trend in aumento (26%) nel 2025.

CONCLUSIONI

L'analisi mostra una elevata prevalenza dei ricoveri nel reparto di Terapia Subintensiva dei pazienti geriatrici nella fascia d'età compresa tra 65 e 84 anni così come nel gruppo over 85 anni. Il dato riflette perfettamente la condizione di invecchiamento generale della popolazione e la tendenza a superare il concetto di ageismo. Scarsi sono i dati in letteratura che analizzano il setting assistenziale in Terapia Subintensiva per il paziente geriatrico. Recenti studi hanno analizzato i ricoveri in terapia intensiva dei pazienti > 65 anni evidenziando un trend in aumento nel tempo (10,3% nel 2009, 11,1% nel 2019), con mortalità a 7 giorni del 5% e trasferimenti dal reparto di sub intensiva in terapia intensiva limitati all'1,2%. I risultati del nostro studio e la letteratura presente evidenziano la necessità di integrare la gestione geriatrica nel setting ad alta intensità di cura dei reparti di Terapia sub intensiva.

Bibliografia

ISTAT Indicatori demografici - Anno 2025, https://www.istat.it/comunicato-stampa/indicatori-demografici-anno-2025/

Ranhoff AH, Rozzini R, Sabatini T, et al. Subintensive care unit for the elderly: a new model of care for critically ill frail elderly medical patients. Intern Emerg Med. 2006;1(3):197-203.

van Delden L, von Düring S, Rouyer F, et al. Trends, Predictors, and Outcomes of Monitored Acute Care Unit Admissions in Older Adults: 10-Year Retrospective Analysis. Interact J Med Res. 2026 Feb 2;15:e80629.

Wissanji T, Forget MF, Muscedere J, et al. Models of Care in Geriatric Intensive Care-A Scoping Review on the Optimal Structure of Care for Critically Ill Older Adults Admitted in an ICU. Crit Care Explor. 2022 Mar 31;4(4):e0661.

ESERCIZIO FISICO

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

HOSPITAL-ASSOCIATED DISABILITY IN GERIATRIA PER ACUTI: PREDITTORI E L'IMPATTO SULLA MORTALITÀ

Mattia Rispo[1], Paolo Politi[1], Chiara Morichetti[1], Martina Mercuri[1], Salvatore Anfuso[1], Cassandra Tutino[1], Giovanna Marini[1], Matteo Residori[1], Giacomo Genesi[2], Roberta Ravidà[2], Federica Granziero[2], Andrea Maria Maresca[2]

[1] SC Geriatria, ASST Lariana, San Fermo della Battaglia (CO) - [2] Università degli Studi dell'Insubria, Varese

SCOPO DEL LAVORO

Il declino funzionale acquisito durante il ricovero (Hospital-Associated Disability, HAD) è un esito iatrogeno legato a immobilità e malnutrizione, spesso non quantificato per la mancata misurazione sistematica della funzione all'ingresso e alla dimissione. Abbiamo stimato la prevalenza dell'HAD, identificato i suoi determinanti indipendenti, con particolare attenzione alla sarcopenia, e valutato il suo impatto sulla mortalità.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale su 1.104 ricoveri consecutivi presso SC Geriatria dell'Ospedale Sant'Anna di San Fermo della Battaglia, Como, e follow-up ad un anno, con indice di Barthel rilevato all'ingresso e alla dimissione (n = 1.008 con valutazione completa). HAD definito come perdita di almeno 10 punti Barthel; rischio di sarcopenia definito come SARC-F ≥ 4. I determinanti sono stati identificati mediante regressione logistica multivariata. L'associazione tra HAD e mortalità è stata analizzata con modello di Cox tra i pazienti dimessi vivi.

RISULTATI

L'HAD interessava il 52,2% dei pazienti (526/1.008), con un declino funzionale medio di -16,8 punti Barthel, l'8,9% dei pazienti (90/1008) mostrava un declino lieve (5-9 punti), solo il 38,9% (392/1008) manteneva o migliorava la funzione. Al modello multivariato (n = 1.001), aggiustato per il Barthel d'ingresso, il rischio di sarcopenia emergeva come il principale determinante indipendente di HAD (OR 4,23; IC 2,79-6,40), seguito da positività al NECPAL (OR 2,34; IC95% 1,66-3,30), delirium (OR 2,22; IC95% 1,61-3,06), durata di degenza (OR 1,05 per giorno; IC95% 1,03-1,08) ed età (OR 1,04 per anno). L'HAD si associava inoltre a maggiore mortalità cumulativa post-dimissione (HR 1,35; IC95% 1,08-1,69; p = 0,010), a parità di funzione basale, età, sesso, NECPAL e fragilità.

CONCLUSIONI

Oltre la metà dei grandi anziani ricoverati in acuto sviluppa un declino funzionale significativo durante la degenza. Il rischio di sarcopenia ne è il principale determinante indipendente, insieme a delirium e durata di ricovero, di fatto fattori in parte modificabili. HAD si associa a un eccesso di mortalità dopo la dimissione a parità altri predittori di mortalità. La valutazione del SARC-F all'ingresso può identificare precocemente i pazienti più vulnerabili al declino, programmando interventi multidimensionali di mobilizzazione precoce, nutrizione e riabilitazione.

Bibliografia

Covinsky KE, et al. Hospitalization-associated disability. JAMA 2011;306:1782-93.

Cruz-Jentoft AJ, et al. Sarcopenia: revised European consensus (EWGSOP2). Age Ageing 2019;48:16-31.

Loyd C, et al. Prevalence of hospital-associated disability in older adults: a meta-analysis. J Am Med Dir Assoc 2020;21:455-61.

Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965;14:61-5.

Zisberg A, et al. Low mobility during hospitalization and functional decline. J Am Geriatr Soc 2011;59:266-73.

FARMACOLOGIA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

ASSOCIAZIONE TRA PATTERN DI MULTIMORBILITÀ E PRESCRIZIONE DI FARMACI IPOGLICEMIZZANTI NEI PAZIENTI ANZIANI OSPEDALIZZATI CON DIABETE MELLITO TIPO 2: ANALISI DAL REGISTRO RE.PO.SI.

Claudia Capelli[1], Gianluca Bianco[1], Nicola Becchetti[2], Emanuele Zumerle[3], Arianna Pagani[1], Alessandro Morandi[1], Alessandra Marengoni[1], Alberto Zucchelli[1]

[1] Dipartimento Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia - [2] SC Geriatria, Presidio Ospedaliero di Montichiari, ASST Spedali Civili, Brescia - [3] Università degli Studi di Brescia

SCOPO DEL LAVORO

Il diabete mellito di tipo 2 (DM2) rappresenta una condizione clinica insidiosa, la cui gestione terapeutica risulta complessa soprattutto nel paziente anziano. Seppur l'introduzione degli inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2-i) e degli agonisti del recettore del GLP-1 (GLP-1 RA) ha ampliato e migliorato le possibilità di trattamento, l'influenza dei differenti profili di multimorbilità sulle scelte prescrittive rimane ancora poco approfondita. Il presente studio si propone di analizzare l'associazione tra specifici pattern di multimorbilità e le prescrizioni delle principali classi di farmaci ipoglicemizzanti in pazienti anziani affetti da DM2 e da almeno una condizione cronica alla dimissione ospedaliera.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale includendo i pazienti con DM2 e multimorbilità arruolati tra il 2018 e il 2024 nel registro RE.PO.SI (Registro Politerapie SImi), archivio che raccoglie informazioni cliniche relative a pazienti anziani ricoverati in 87 reparti italiani di Medicina Interna e Geriatria. I pattern sono stati definiti in base alla presenza di patologie cardiovascolari e/o neuropsichiatriche. Le prescrizioni alla dimissione di metformina, insulina, DPP-4-i, SGLT2-i e GLP-1 RA sono state analizzate mediante modelli lineari generalizzati misti bayesiani, aggiustati per età e sesso, con centro di reclutamento e anno di arruolamento come effetti casuali.

RISULTATI

Sono stati inclusi 873 pazienti, con età mediana di 79 anni (IQR 73-85), più della metà di sesso maschile (55%, n = 481) e numero mediano di patologie croniche di 7 (IQR 5-9). Il pattern più rappresentato era quello cardiovascolare complesso, seguito dai pattern misti cardio-neuropsichiatrici e cardiovascolari isolati. Alla dimissione, le classi più prescritte sono state insulina (39,4%), metformina (31,2%) e DPP-4-i (15,8%). SGLT2-i e GLP-1 RA sono risultate le meno frequenti (4,7% e 2,1%), sebbene tra il 2018 e il 2024 abbiano mostrato un progressivo incremento prescrittivo, con un aumento rispettivamente del +18% e del +7%, in parallelo a una riduzione dell'impiego delle sulfaniluree. I pazienti con pattern cardiovascolari complessi mostravano una maggiore probabilità di ricevere farmaci con benefici cardiorenali documentati (SGLT2-i e GLP-1 RA). Nei pattern neuropsichiatrici e nei soggetti con multimorbilità complessa si osservava invece una minore diffusione delle terapie innovative e una maggiore persistenza di schemi tradizionali, inclusa l'insulina. I DPP-4-i presentavano una distribuzione relativamente omogenea.

CONCLUSIONI

La crescente diffusione di SGLT2-i e GLP-1 RA osservata nel registro RE.PO.SI suggerisce una progressiva implementazione delle più recenti raccomandazioni terapeutiche, anche nel paziente anziano. Tuttavia, nei soggetti più fragili e con coinvolgimento neuropsichiatrico permane un maggiore ricorso a terapie tradizionali, verosimilmente legato a cautela prescrittiva e carenza di evidenze specifiche. I risultati sottolineano la necessità di strategie terapeutiche personalizzate nella popolazione geriatrica, considerando non solo il controllo glicemico, ma anche fragilità, multimorbilità, rischio ipoglicemico, autonomia funzionale e aspettativa di vita.

SGLT2 INIBITORI E SCOMPENSO CARDIACO NEL GRANDE ANZIANO

Alessandra De Pasquale[1], Giuseppe La Porta[1], Paolo Politi[1], Chiara Morichetti[1], Mauro Alzani[1], Giovanni Rossi[1], Giusi Rosaria Mozzillo[1], Matteo Biasin[1], Nicolò Tandurella[1], Federica Maino[2], Dario Maggioni[2], Andrea Maria Maresca[2]

[1] SC Geriatria, ASST Lariana, San Fermo della Battaglia (CO) - [2] Università degli Studi dell'Insubria, Varese

SCOPO DEL LAVORO

Gli inibitori SGLT2 (SGLT2i) sono l'unica classe terapeutica raccomandata nello scompenso cardiaco trasversalmente a tutte le frazioni di eiezione, inclusa quella preservata (HFpEF), in cui rappresentano la sola opzione con evidenza prognostica. Abbiamo valutato l'utilizzo degli SGLT2i in una coorte di grandi anziani con scompenso cardiaco.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale su 1.104 ricoveri consecutivi presso SC di Geriatria dell'Ospedale Sant'Anna di San Fermo della Battaglia (Como), nel periodo gennaio 2025-dicembre 2025. Sono stati identificati i pazienti con scompenso cardiaco classificato per frazione di eiezione (HFrEF, HFmrEF, HFpEF). È stato registrato l'uso di SGLT2i alla terapia domiciliare e alla dimissione. I determinanti del non-utilizzo alla dimissione sono stati analizzati con regressione logistica multivariabile, includendo classe di scompenso, diabete mellito, funzione renale stimata (eGFR), età e fragilità (CFS).

RISULTATI

Sono stati identificati 380 pazienti con scompenso classificato (età mediana 85 anni, IQR 80-89): 233 HFpEF (61%), 88 HFrEF (23%), 59 HFmrEF (16%). L'SGLT2i era complessivamente prescritto nell'11% a domicilio e nel 14% alla dimissione. L'utilizzo in dimissione variava nettamente per classe: 25% in HFrEF, 22% in HFmrEF e solo 7% in HFpEF ($p < 0,001$). All'analisi multivariata, il non-utilizzo era predetto in modo indipendente dallo HFpEF (OR 4,12; IC95% 2,15-7,89; $p < 0,001$) e dall'assenza di diabete (OR 0,29 per la presenza di diabete; IC95% 0,15-0,55; $p < 0,001$), mentre funzione renale, età e fragilità non risultavano associate. I pazienti diabetici ricevevano l'SGLT2i circa tre volte più spesso dei non diabetici, in ogni classe di scompenso.

CONCLUSIONI

Nel grande anziano con scompenso cardiaco l'SGLT2i è ampiamente sottoutilizzato, soprattutto nell'HFpEF, ossia proprio dove costituisce l'unica terapia con evidenza. Il mancato impiego non è giustificato da fragilità o funzione renale, ma è guidato dalla presenza di diabete e dalla classe di scompenso. L'indicazione trasversale nell'HFpEF non è ancora entrata nella pratica per il grande anziano. Colmare questo divario rappresenta un obiettivo concreto e a basso rischio di ottimizzazione terapeutica.

Bibliografia

Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction (EMPEROR-Preserved). N Engl J Med 2021;385:1451-1461.

Hacil A, Antakly-Hanon Y, Lacour A, et al. Real-World Outcomes of SGLT2 Inhibitors in Very Elderly Patients With Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. JACC Heart Fail. 2025 Dec;13(12):102428.

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2023;44:3627-3639.

Solomon SD, McMurray JJV, Claggett B, et al. Dapagliflozin in heart failure with mildly reduced or preserved ejection fraction (DELIVER). N Engl J Med 2022;387:1089-1098.

FRAGILITÀ

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

IL FLIGS-FQ-16 (FUNCTIONAL LIMITATIONS AND GERIATRIC SYNDROMES FRAILTY QUESTIONNAIRE) PREDICE ACCURATAMENTE LE COMPLICANZE NEI PAZIENTI OSPEDALIZZATI PER MALATTIE MEDICHE ACUTE

Paola Arosio, Bruno Bernardini, Rosa Pedale, Sara Ghirmai, Giovanna Cerina

Humanitas Research Hospital, Rozzano (MI)

SCOPO DEL LAVORO

Validare l'abilità discriminativa e l'utilità clinica del punteggio di FLIGS-FQ-16 rispetto alle complicanze insorte durante la degenza ospedaliera.

MATERIALI E METODI

Questo studio prospettico monocentrico osservazionale di coorte ha preso in esame 332 pazienti (età mediana: 81,7 anni; 50,6% maschi) ricoverati in un reparto di medicina interna per patologie mediche acute. Per "complicanza" s'intendeva un evento clinico avverso che ha richiesto interventi diagnostici e terapeutici aggiuntivi rispetto a quelli previsti per il monitoraggio del decorso del paziente. Le complicanze sono state identificate prospetticamente da un medico e confermate in cieco, in modo retrospettivo, da un secondo medico valutatore, che ha esaminato le cartelle cliniche elettroniche dei pazienti al momento della dimissione. Nessuno dei due valutatori era a conoscenza del punteggio FLIGS-FQ-16. Le complicanze sono state prima classificate con i codici ICD-10-CM e poi raggruppate in sei categorie in base alla frequenza: infezioni del tratto urinario, polmoniti, sepsi, delirio, cadute e "altre complicanze". In via conservativa, abbiamo contato un solo evento per categoria per ciascun paziente. Per la validazione statistica, abbiamo suddiviso il nostro campione in modo casuale in due gruppi (70% di apprendimento e 30% di validazione) e calcolato le probabilità nel gruppo di apprendimento con il metodo bootstrap (1000 iterazioni).

RISULTATI

La degenza mediana (IQR) è stata di 14 giorni (8-24). Durante la degenza, 121 pazienti (36,4%) hanno sperimentato un totale di 177 complicanze, con una frequenza compresa tra una e tre complicanze diverse per paziente. Le complicanze più frequenti sono state: infezioni del tratto urinario (36,7%), delirio (21,5%), sepsi (16,9%), polmonite (9,6%) e cadute (4,0%). Nessun paziente è stato trasferito in altre unità specialistiche per la gestione delle complicanze. 29 pazienti (8,7%) sono morti. Nel gruppo di validazione, il punteggio totale del FLIGS-FQ-16 ha dimostrato una buona abilità discriminativa rispetto all'esito di "qualsiasi complicanza": AUROC 0,771 (95% IC 0,676-0,866). L'analisi della curva decisionale ha dimostrato un beneficio netto largamente a favore di una strategia guidata da FLIGS-FQ-16 rispetto alle strategie usuali "non trattare nessuno" o "trattare tutti".

CONCLUSIONI

Questo studio ha dimostrato che il FLIGS-FQ-16, un nuovo strumento di misurazione della fragilità psicometricamente validato, è valido anche per la previsione delle complicanze nei pazienti ricoverati in ospedale per patologie mediche acute. L'identificazione precoce dei pazienti a maggior rischio di instabilità medica, resa possibile dal nostro strumento, promette di essere una strategia efficace per progettare percorsi clinici personalizzati.

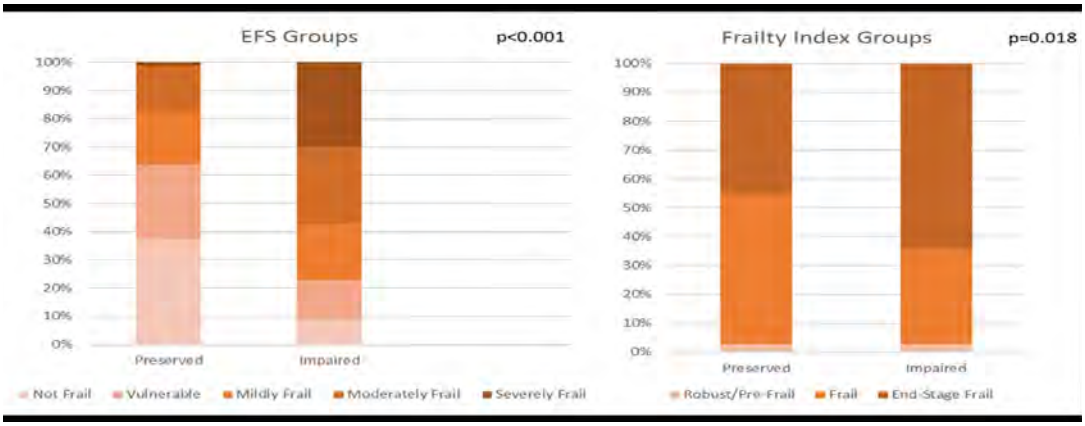
Bibliografia

Bernardini B, Pedale R, Arosio P, et al. Scaling up frailty: psychometric validation of the functional limitations and geriatric syndromes frailty questionnaire- a new tool for uniformly classifying vulnerable hospital patients. Front Med (Lausanne). 2025 Oct 3:12:1642562

DETERMINANTI DELLA QUALITÀ DELLA VITA NEI PAZIENTI ANZIANI FRAGILI: EVIDENZE DA UNA SOTTO-ANALISI OSSERVAZIONALE

Valeria Benaglia[1], Anna Ronca[2], Stefania Martella[3], Edoardo Antonio Giovanni Deriu[3], Monica Fiorella[3], Viviana Morgese[3], Nabeeha Salman[3], Andrea Toselli[3], Christian Lunetta[4], Maurizio Bussotti[5], Francesca Perego[6], Laura Adelaide Dalla Vecchia[5], Laura Bagnara[2], Marco Proietti[1]

[1] Unità di Cure Subacute CardioGeriatriche, IRCCS Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Milano - [2] Unità di Cure Subacute Care, IRCCS Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Milano - [3] Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Milano, Milano [4] Dipartimento di Neuroriabiliazione, IRCCS Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Milano -



[5] *Dipartimento di Cardiologia, IRCCS Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Milano* - [6] *Dipartimento di Medicina Interna, IRCCS Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Milano*

SCOPO DEL LAVORO

Identificare i domini clinici e geriatrici associati alla qualità della vita (QoL) nei pazienti anziani afferenti all'IRCCS Istituti Clinici Scientifici Maugeri di Milano nel corso di un'unica settimana indice, per orientare interventi mirati in condizioni di complessità e fragilità, promuovendo un approccio di 'healthy ageing' in un contesto di progressivo invecchiamento della popolazione [2;4].

MATERIALI E METODI

È stata condotta una sotto-analisi a partire da un progetto che mirava a evidenziare le differenze di sesso rispetto ai livelli di fragilità. I pazienti sono stati reclutati nei reparti di riabilitazione specialistica, medicina interna ad indirizzo geriatrico, cure subacute e percorsi MAC. La QoL è stata classificata come "Preserved" o "Impaired" in base all'autovalutazione dello stato di salute contenuta nell'Edmonton Frail Scale (EFS). La fragilità è stata misurata tramite EFS [3] e tramite un Frailty Index (FI) a 30 item. Sono stati integrati dati clinici e funzionali, quali i punteggi di CIRS, Barthel Index, Morse, MUST e Braden. L'analisi statistica ha previsto analisi descrittive e regressioni logistiche univariate e multivariate.

RISULTATI

Sono stati inclusi 253 soggetti (età media 72,8 anni), con caratteristiche riepilogate nella Tabella 1. Il 70,4% ha descritto la propria QoL come "Impaired". I pazienti con tale QoL presentavano un numero maggiore di comorbidità, minore autonomia nelle ADL, un rischio di caduta più elevato e livelli più elevati di fragilità (Fig. 1), con domini EFS maggiormente compromessi e valori di FI più elevati. Nella regressione multivariata, la compromissione cognitiva (OR = 2.02, CI = 0.99-4.12, p = 0.05) e la ridotta performance funzionale (OR = 2.72, CI = 1.31-5.67, p = 0.007) sono risultate determinanti indipendenti di Impaired QoL. Il numero di comorbidità mostrava un trend positivo (p = 0.08) di associazione indipendente.

CONCLUSIONI

In ambito clinico-riabilitativo, i domini geriatrici, come la cognizione e la performance funzionale, sono emersi come determinanti della QoL [1], un importante indicatore dello stato di salute autopercepito. Ciò esplicita la necessità di implementare screening della fragilità e progettare team multidisciplinari e interventi mirati per gestire la multimorbilità, supportare la riabilitazione fisica e monitorare lo stato cognitivo. Studi futuri su popolazioni e setting omogenei, basati su strumenti completi e validati, dovranno indagare tali domini per ridurre la disomogeneità dei risultati attualmente riportati in letteratura.

Bibliografia

1. Bornet MA, Rubli Truchard E, Rochat E, et al. Factors associated with quality of life in elderly hospitalised patients undergoing post-acute rehabilitation: a cross-sectional analytical study in Switzerland. BMJ Open. 2017 Oct 22;7(10):e018600.
2. Marzo RR, Khanal P, Shrestha S, et al. Determinants of active aging and quality of life among older adults: systematic review. Front Public Health. 2023 Jun 26;11:1193789.
3. Perna S, Francis MD, Bologna C, et al. Performance of Edmonton Frail Scale on frailty assessment: its association with multi-dimensional geriatric conditions assessed with specific screening tools. BMC Geriatr. 2017 Jan 3;17(1):2.
4. Xi JY, Liang BH, Zhang WJ, et al. Effects of population aging on quality of life and disease burden: a population-based study. Glob Health Res Policy. 2025 Jan 15;10(1):2.

SUPPLEMENTAZIONE ORALE DI VIT. D3 E VIT. K2 E RUOLO SULLA RIDUZIONE DELLA FRAGILITÀ IN PAZIENTI ANZIANI DIABETICI

Eugenio Boccalone[1], Ernesto Rossi[2], Tiziana Spinosa[3]

[1] ASL Benevento - Distretto Sanitario di Montesarchio, Benevento - [2] ASL Benevento - Responsabile Centro Antidiabete - Distretto Sanitario di Montesarchio, Benevento - [3] ASL Benevento - Direttore Generale, Benevento

SCOPO DEL LAVORO

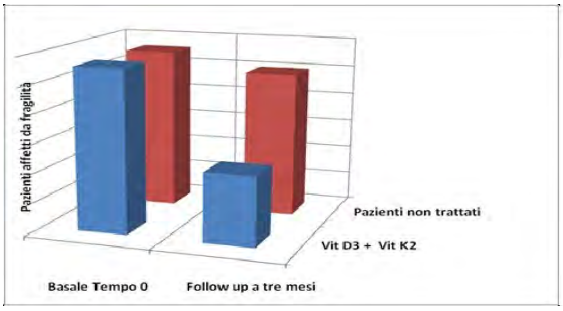
Il Diabete Mellito tipo 2 (T2DM) è una delle principali comorbidità che potrebbe giocare un ruolo nella transizione verso la fragilità, specialmente negli anziani. È noto in letteratura che sia la Vitamina D3 e Vitamina K2 possano supportare il controllo glicemico, ridurre l'insulino-resistenza e prevenire le calcificazioni vascolari tipiche della vasculopatia diabetica. Per tale ragione, ci si è prefissi di valutare in pazienti diabetici anziani la possibilità di migliorare la fragilità dopo trattamento con una supplementazione orale trimestrale di Vitamina D3 e Vitamina K2.

MATERIALI E METODI

56 pazienti affetti da T2DM > 6 mesi, fragili, di età media 75 ± 3 anni hanno completato il trattamento con una supplementazione quotidiana orale di Vitamina D3 (2.000 UI) e Vitamina K2 MK-7 (menachinone-7) (90 mcg) e sono stati confrontati i risultati con un gruppo di controllo (pazienti affetti da T2DM > 6 mesi, fragili, di età media 74±4 anni, non trattati) a 3 mesi di follow-up. Abbiamo valutato la fragilità applicando i criteri di Fried e diagnosticato la pre-fragilità se uno o due dei cinque criteri erano soddisfatti e la fragilità con tre o più criteri.

RISULTATI

I due gruppi non hanno differenze significative all'esame basale. Al termine del follow-up di 3 mesi, abbiamo osservato un significativo effetto benefico di Vitamina D3 e Vitamina K2 sui livelli di fragilità ($p < 0,001$).



CONCLUSIONI

L'integrazione orale di Vitamina D3 e Vitamina K2 ha ridotto la prevalenza di fragilità nel gruppo di pazienti anziani affetti da T2DM trattati. Sono necessarie ulteriori indagini con una popolazione più ampia e un follow-up più lungo per convalidare i nostri risultati.

Bibliografia

Aguayo-Ruiz JI, García-Cobián TA, Pascoe-González S, et al. Effect of supplementation with vitamins D3 and K2 on undercarboxylated osteocalcin and insulin serum levels in patients with type 2 diabetes mellitus: a randomized, double-blind, clinical trial. Diabetol Metab Syndr. 2020 Aug 18:12:73.

Salinas-Varela Y, Barajas-González MA, Martínez-López E, et al. Association between the VKORC1 rs8050894 CC genotype and ucOC levels following vitamin K and D supplementation in Mexican Citizens with T2DM: a randomized clinical trial. J Investig Med. 2026 Jun 8:10815589261460882.

ASSOCIAZIONE TRA TRAIETTORIE OCCUPAZIONALI IN ETÀ ADULTA E AUTONOMIA FUNZIONALE IN ETÀ AVANZATA

Rita Manuela Bruno[1], Elena Pirani[2], Andrea Ungar[3], Mauro Di Bari[3]

[1] Università degli Studi di Firenze - [2] Dipartimento di Statistica, Informatica, Applicazioni "Giuseppe Parenti", Firenze - [3] Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Firenze

SCOPO DEL LAVORO

L'OMS pone lo stato occupazionale fra i determinanti di salute [1]. L'attività lavorativa, infatti, scandisce le giornate, fornisce un senso di utilità, favorisce la formazione di reti sociali e garantisce stabilità finanziaria [2]. Purtroppo, alcuni individui sperimentano carriere instabili, caratterizzate da lunghi periodi di inattività e da un termine precoce. Lo studio valuta l'associazione tra traiettorie non standard dello stato occupazionale in età adulta e declino funzionale nelle fasi precoci dell'età avanzata.

MATERIALI E METODI

I dati utilizzati provengono dal Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) e riguardano persone tra i 65 e i 75 anni di 15 nazioni europee. Per identificare le traiettorie occupazionali e raggrupparle in cluster con elevata coerenza interna (Average Silhouette Width, ASW), è stata applicata un'analisi delle sequenze, tramite Optimal Matching, basato sui tassi di transizione, e algoritmo di Ward. Ogni sequenza riflette lo stato occupazionale di un individuo per 36 anni della sua vita, dai 15 ai 50 anni. In ogni anno considerato, l'individuo può trovarsi in uno dei 4 possibili stati occu-

pazionali: in formazione, occupato, disoccupato, altro. Alla luce dell'età relativamente giovane dei partecipanti è stato considerato il declino funzionale nella sfera delle IADL. A tale scopo sono stati realizzati due modelli di regressione logistica, con outcome "perdita di almeno 1 IADL" e "perdita di 2 o 3 IADL", aggiustati per età, sesso, anni di educazione, area di provenienza e percezione dello stato di salute in età infantile.

RISULTATI

Il campione comprendeva 13711 persone. In base alle traiettorie occupazionali, i partecipanti sono stati raggruppati in 2 cluster (Fig. 1). Il cluster 1 (ASW 0.67) include persone con traiettorie "standard": carriera stabile dopo un breve periodo di formazione o disoccupazione. Il cluster 2 (ASW 0.66) include persone con traiettorie "non standard", cioè che hanno vissuto a lungo nello stato "altro" (inattività o lavoro non regolarizzato), spesso dopo un breve periodo in uno degli altri 3 stati. Le caratteristiche degli individui divisi per cluster sono riportate in Tabella 1. I partecipanti dichiaravano un numero di IADL perse tra 0 e 3. Rispetto alle persone con traiettorie standard, quelle con traiettorie non standard avevano un rischio doppio (OR di 2.22; IC 95% 1.66-2.95) di perdere almeno 1 IADL e triplo (OR 3.15; IC 95% 1.95-5.07) di perdere 2 o 3 IADL, a parità di età, sesso, scolarità, area di provenienza e percezione della salute infantile (Tab. 2).

CONCLUSIONI

Traiettorie occupazionali non standard in età adulta sono associate a un più elevato rischio di limitazioni funzionali in età avanzata. L'associazione riscontrata con un declino funzionale lieve, ma precoce e con alta probabilità di evolversi in disabilità negli anni, è rilevante per la salute pubblica (prevenzione, welfare) e la promozione del benessere del singolo. Si ritiene poco plausibile che tale associazione sia dovuta a causalità inversa, in quanto si è tenuto conto della percezione della qualità della salute infantile e, inoltre, la compromissione funzionale riferita è lieve, quindi di verosimile recente insorgenza e, comunque, non tale da minare totalmente la capacità lavorativa.

Tabella 1: caratteristiche degli individui inclusi nei cluster.

	Cluster 1 (n. 11630)		Cluster 2 (n. 2081)	
	Media (DS)	Frequenza percentuale	Media (DS)	Frequenza percentuale
Età	69.6 (2.88)		69.9 (2.98)	
Donne		47,88		93.99
Area di provenienza				
Nord Europa		28,20		5.72
Europa centrale		38,11		51,99
Europa dell'Est		11,93		1,68
Sud Europa		21,76		40,61
Salute infantile riferita				
Eccellente/buona		60,40		50,07
Mediocre		2,29		1,87
Non dichiarata		37,31		48,05
Anni di scolarità	11.5 (4.19)		8.93 (3.86)	

Fgura 1: cluster delle traiettorie occupazionali.

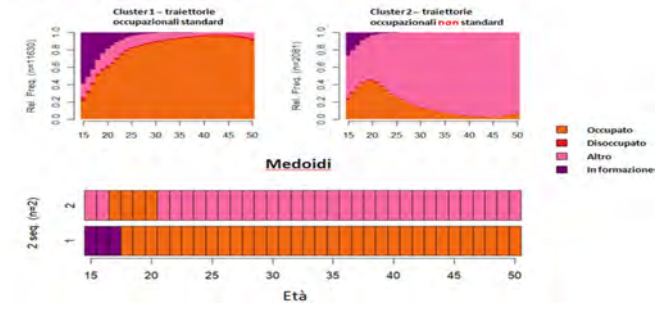


Tabella 2:modelli di regressione logistica, outcome: "perdita almeno 1 IADL" e "perdita 2 o 3 IADL".

	Perdita almeno 1 IADL			Perdita 2 o 3 IADL		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Cluster 2 (traiettoria non standard)	**2.22**	1.66 – 2.95	**<0.001**	**3.15**	1.95 – 5.07	**<0.001**
Età	1.08	1.04 – 1.12	**<0.001**	1.10	1.04 – 1.17	**0.001**
Area di provenienza						
Europa centrale	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Europa dell'Est	0.97	0.61-1.49	0.906	0.95	0.39 – 2.03	**0.907**
Nord Europa	1.76	1.34 – 2.30	**<0.001**	1.62	0.99-2.63	**0.050**
Sud Europa	1.12	0.86 – 1.47	0.390	1.62	1.05 – 2.49	**0.028**
Sesso femminile	0.73	0.57 – 0.92	**0.007**	0.49	0.32 – 0.74	**0.001**
Salute infantile						
Eccellente/buona	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Mediocre	2.65	1.59 – 4.18	**<0.001**	2.23	0.77 – 5.13	0.090
Non dichiarata	1.25	1.01 – 1.55	**0.041**	1.66	1.16 – 2.37	**0.005**
Anni di scolarità	0.93	0.90 – 0.95	**<0.001**	0.93	0.89 – 0.98	**0.003**

Bibliografia

1. Dey AB. (2017). World report on ageing and health. The Indian Journal of Medical Research, 145(1), 150-151.
2. Jahoda M. (1982). Employment and unemployment a social-psychological analysis (Vol. 1).

LA DINAMICA DELLA FRAGILITÀ: VARIAZIONI A BREVE TERMINE DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA COME PREDITTORE DI OUTCOMES AVVERSI NEL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE

Gianluca Bufi, Maria Napoleone, Silvia Turini, Noemi Pardini, Elena Carlino, Benedetta Giacomelli, Sandra Bacciardi, Rachele Antognoli, Sara Rogani, Filippo Niccolai, Tessa Mazzarone, Valeria Calsolaro, Alessandro Mengozzi, Agostino Virdis

UO Geriatria, Università degli Studi di Pisa

SCOPO DEL LAVORO
La Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMDG) fornisce una valutazione complessiva dei diversi domini della fragilità che caratterizzano l'anziano. Sebbene i suoi parametri abbiano un valore prognostico a lungo termine, è meno noto il potere predittivo delle loro variazioni nel breve periodo. Lo scopo di questo studio è stato valutare se le variazioni a breve termine delle diverse componenti della VMDG siano in grado di predire un outcome composito costituito da ospedalizzazione e mortalità per tutte le cause in una coorte di pazienti afferenti agli ambulatori geriatrici di un centro di terzo livello.

MATERIALI E METODI
Tra i pazienti afferiti agli Ambulatori di Geriatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana e inclusi nel nostro studio osservazionale longitudinale (novembre 2023 - in corso) abbiamo selezionato pazienti che avevano effettuato almeno una visita di controllo entro 3-6 mesi dall'arruolamento e un successivo periodo di follow-up. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a una VMDG completa, comprendente: Clinical Frailty Scale (CFS), Basic Activities of Daily Living (BADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL), Mini Nutritional Assessment - Short Form (sfMNA), Mini-Mental State Examination (MMSE), valutazione dei disturbi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD), hand-grip test, Short Physical Performance Battery (SPPB), Cumulative Illness Rating Scale - Comorbidity Index (CIRS-C), Exton-Smith Scale (ESS) e una caratterizzazione biochimica completa. L'outcome primario era rappresentato da un composito di prima ospedalizzazione e mortalità per tutte le cause; i due eventi sono stati inoltre analizzati separatamente come outcomes secondari.

RISULTATI
Sono stati inclusi nell'analisi 88 pazienti. L'età mediana era di 86 [7] anni; il 41% era di sesso maschile. I valori mediani al basale erano: CFS 6 [2], BADL 5 [3], IADL 4 [5], sfMNA 11 [4], MMSE 23 [8]; il 36% presentava decadimento cognitivo lieve (MCI), il 12% BPSD, il 68% un hand-grip test patologico; il punteggio SPPB era 4 [6], CIRS-C 4 [2] ed ESS 18 [3]. La durata mediana del follow-up è stata di 311 [347] giorni. Alla prima visita di controllo, le variazioni medie rispetto al basale sono risultate: CFS +0,1 (0,5), BADL +0,3 (0,8), IADL −0,2 (1,3), sfMNA +0,7 (2,4), MMSE −0,1 (3,4), hand-grip test +1,8 (6,3), SPPB −0,13 (2), CIRS-C +0,3 (0,7), ESS −1,6 (0,8). Gli eventi osservati sono stati 20 per l'outcome primario, 9 per la mortalità per tutte le cause e 18 per l'ospedalizzazione. Le variazioni di IADL e SPPB sono risultate predittive dell'outcome primario: IADL HR 0,72 (IC 95%: 0,52-0,98; p = 0,040), SPPB HR 0,69 (IC 95%: 0,54-0,90; p = 0,005). Analogamente, entrambe predicevano anche la prima ospedalizzazione: IADL HR 0,66 (IC 95%: 0,48-0,92; p = 0,013), SPPB HR 0,67 (IC 95%: 0,51-0,88; p = 0,004). Non è stato identificato alcun predittore significativo della sola mortalità per tutte le cause.

CONCLUSIONI
Lievi variazioni della Valutazione Multidimensionale, in particolare dei punteggi di SPPB e IADL, mostrano un valore predittivo a breve termine per outcomes clinicamente rilevanti quali l'ospedalizzazione e la mortalità per tutte le cause. Sono necessari tuttavia studi di maggiori dimensioni per caratterizzare il fenotipo dei pazienti maggiormente predisposti a presentare tali variazioni.

RIGIDITÀ ARTERIOSA E FRAGILITÀ IN ANZIANI CON LIEVE DECADIMENTO COGNITIVO: ANALISI PRELIMINARE TRASVERSALE

Tommaso De Nardo, Leonardo Sassi, Giada Tomasone, Mattia Silini, Vittoria Boscaro, Teresa Paba, Giulia Rivasi, Ester Latini, Andrea Ungar, Enrico Mossello

Geriatria per l'Alta Intensità e Cardiologia Geriatrica, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

SCOPO DEL LAVORO
La rigidità arteriosa è stata associata ad un aumento del rischio di decadimento cognitivo e di deposizione di amiloide cerebrale [1,2], è stata inoltre correlata alla fragilità negli individui anziani [3]. Scopo del presente studio è stato valutare l'associazione tra rigidità arteriosa, performance cognitiva, stato funzionale, fragilità e burden cerebrovascolare in soggetti anziani con lieve decadimento cognitivo.

MATERIALI E METODI
Presentiamo un'analisi preliminare trasversale derivante da uno studio osservazionale prospettico in corso presso il CDCD dell'AOU Careggi. Sono stati arruolati 26 pazienti (età 70-85 anni) con diagnosi di Mild Cognitive Impairment (MCI), malattia di Alzheimer lieve o demenza vascolare lieve e sottoposti a valutazione multidimensionale comprendente assessment cognitivo (MMSE, MoCA), valutazione funzionale (ADL, IADL), motoria (SPPB) e della fragilità mediante Primary Care-Frailty Index (PC-FI). La rigidità arteriosa è stata valutata con la misurazione della carotid-femoral Pulse Wave Velocity (cf-PWV) tramite tonometria ad applanazione.

RISULTATI
Al baseline la cf-PWV ha mostrato un'associazione inversa con la performance cognitiva al MMSE (rho = -0,44; p = 0,024) e con quella funzionale alla scala IADL (rho = -0,48; p = 0,012), senza essere correlata alla fragilità o al burden cerebrovascolare. Il PC-FI invece è risultato maggiore nei pazienti con maggiore carico vascolare alla RMN encefalo secondo Fazekas (p = 0,002).

CONCLUSIONI
Questi dati preliminari suggeriscono che una maggiore rigidità arteriosa, espressa come cf-PWV, possa essere associata a una peggiore performance cognitiva e funzionale indipendentemente dalla fragilità e dal burden cerebrovascolare al neuroimaging. La rigidità arteriosa potrebbe quindi contribuire al deterioramento cognitivo attraverso meccanismi patogenetici ulteriori rispetto al danno microvascolare. La relazione tra fragilità e carico vascolare sembrerebbe invece confermare che la malattia dei piccoli vasi cerebrali non rappresenti esclusivamente una patologia del SNC, ma rifletta un processo vascolare sistemico associato a multimorbidità, perdita di resilienza biologica e progressiva compromissione funzionale.

Bibliografia
Lee HY, Oh BH. Aging and arterial stiffness. Circ J. 2010 Nov;74(11):2257-62.
Moore EE, Liu D, Li J, et al. Association of Aortic Stiffness With Biomarkers of Neuroinflammation, Synaptic Dysfunction, and Neurodegeneration. Neurology. 2021 Jul 27;97(4):e329-e340.
Piotrowicz K, Gryglewska B, Grodzicki T, et al. Arterial stiffness and frailty - A systematic review and metaanalysis. Exp Gerontol. 2021 Oct 1;153:111480.

MINI-MIDLINE NEI PAZIENTI ANZIANI: STUDIO PROSPETTICO SU SICUREZZA ED EFFICACIA

Paolo Gonzato[1], Nicolò Tandurella[1], Federica Granziero[2], Giorgia Martello[1], Giovanna Marini[1], Matilde Tovaglieri[1], Matteo Residori[1], Paolo Politi[1], Chiara Morichetti[1], Andrea Maria Maresca[2]

[1] SC Geriatria, Ospedale Sant'Anna - ASST Lariana, Como - [2] Università degli Studi dell'Insubria, Varese

SCOPO DEL LAVORO
I cateteri venosi periferici (CVP) rappresentano la prima scelta per l'accesso vascolare in ambito ospedaliero, ma nei soggetti anziani la loro gestione presenta sfide significative, prevalentemente correlate al deficit costitutivo del patrimonio venoso associato alla fragilità dermo-epidermica che ne rendono difficile il posizionamento e la stabilità. I dispositivi mini-midline, cateteri di lunghezza intermedia (8-15 cm) posizionati nelle vene del braccio, si propongono come soluzione innovativa per questa popolazione fragile.

MATERIALI E METODI
Lo studio prospettico condotto presso la Struttura Complessa di Geriatria dell'Ospedale Sant'Anna (Como) ha coinvolto 143 pazienti anziani ospedalizzati tra giugno 2023 e aprile 2024. L'obiettivo era valutare sicurezza, efficacia e rapporto costo-beneficio dei mini-midline rispetto ai CVP tradizionali.

RISULTATI
Il tasso di successo al posizionamento è risultato pari al 94,4%, non vi è stata nessuna infezione correlata al catetere, e la durata mediana di permanenza del dispositivo è stata di 6 giorni. Le complicanze si sono verificate solo nel 9,8% dei casi, principalmente dislocazioni (5,6%) e ostruzioni (4,2%). Il delirium è emerso come principale fattore di rischio per complicanze, aumentando di 6 volte la probabilità di eventi avversi, in particolare l'auto-rimozione, lo stravaso, l'infiltrazione, la flebite e le infezioni correlate al catetere. L'analisi economica ha evidenziato vantaggi significativi: ogni mini-midline ha permesso un risparmio medio di 31,57 € rispetto ai CVP tradizionali, grazie alla riduzione del numero di incannulamenti necessari (1 vs 2,7) e alla maggiore durata del dispositivo. I mini-midline si sono dimostrati particolarmente vantaggiosi nei pazienti con scarso patrimonio venoso, politrattati, in terapia anticoagulante o a rischio di cadute. La tecnica ecoguidata ha garantito elevati tassi di successo anche in condizioni difficili.

CONCLUSIONI
Questo studio conferma che i mini-midline rappresentano una valida alternativa ai CVP nei soggetti geriatrici ospedalizzati, offrendo maggiore sicurezza, minor disagio per il paziente e vantaggi economici per il Sistema Sanitario. L'identificazione del delirium come fattore di rischio suggerisce la necessità di monitoraggio intensivo in questi pazienti per ottimizzare gli outcome clinici.

Bibliografia
Brescia F, et al. A GAVeCeLT-IVAS bundle for the Safe Insertion of Midline Catheters: The SIMiC protocol. J Vasc Access. 2026 Sep;27(5):2010-2017.
Tripathi S, et al. The Practice and Complications of Midline Catheters: a Systematic Review. Crit Care Med. 2021 Feb 1;49(2):E140-E150.

GLI INIBITORI SGLT2 MIGLIORANO LO STATO DI FRAGILITÀ NEI PAZIENTI ANZIANI CON SCOMPENSO CARDIACO NELL'INTERO SPETTRO DELLA FRAZIONE DI EIEZIONE: RISULTATI DEL REGISTRO MAGIC-HF

Francesco Maruca[1], Raffaella Cordaro[1], Antonio Pp Greco[2], Teresa Cristofaro[1], Gianluca Cortese[1], Pasquale Loiacono[1], Alessia Grandinetti[1], Velia Cassano[1], Maria Rosangela Scarcelli[1], Giandomenico Severini[3], Valentino Condoleo[3], Sofia Miceli[3], Raffaele Maio[3], Giuseppe Armentaro[3], Angela Sciacqua[1]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università "Magna Græcia", Catanzaro - [2] Azienda Ospedaliera San Fermo della Battaglia - ASST Lariana, Como - [3] UOC Geriatria, Azienda Ospedaliera Universitaria "Renato Dulbecco", Catanzaro

SCOPO DEL LAVORO

Valutare gli effetti della terapia con SGLT2-i sullo stato di fragilità e sui domini della valutazione multidimensionale geriatrica in pazienti anziani affetti da scompenso cardiaco cronico in tutto lo spettro della frazione di eiezione.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale su 242 pazienti anziani affetti da SCC. La fragilità è stata valutata mediante uno strumento di punteggio multidimensionale specifico, l'Heart Failure Frailty Score (HFFS) al basale e dopo 6 mesi di terapia con SGLT2-i. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale geriatrica comprendente MoCA, GDS, ADL e IADL e valutazione ecocardiografica in entrambi i momenti.

RISULTATI

I pazienti arruolati avevano un'età media di 73,8 ± 4,2 anni e il 56,6% era di sesso maschile. Al basale, il 43,4% dei pazienti risultava non fragile, il 30,2% pre-fragile, il 20,2% moderatamente fragile e il 6,2% gravemente fragile. Dopo sei mesi di trattamento è stato osservato un aumento significativo dei pazienti non fragili (dal 43,3% al 58,7%; $p < 0,001$) e una riduzione della fragilità moderata-severa (dal 26,4% al 17,3%; $p = 0,015$) in tutte le categorie di frazione di eiezione. Parallelamente, si sono registrati miglioramenti della performance cognitiva (MoCA 27,2 ± 1,3 vs 27,8 ± 1,2 $p < 0.0001$), dei sintomi depressivi (GDS 2,8±1,2 vs 2,4±1,1 $p = 0,038$) e dell'autonomia funzionale nelle attività di base (ADL 4,9 ± 0,9 vs 5,2 ± 0,8 $p = 0,049$) e strumentali (IADL 5,6 ± 1,3 vs 6,1±1,1; $p = 0,022$). Tali cambiamenti sono stati associati ad una riduzione significativa dei livelli di NT-proBNP, dei marcatori infiammatori e metabolici con contestuale miglioramento clinico ed ecocardiografico.

CONCLUSIONI

Nei pazienti anziani con scompenso cardiaco, il trattamento con SGLT2i per sei mesi si associa ad un miglioramento significativo della fragilità, dello stato cognitivo, del tono dell'umore e dell'autonomia funzionale indipendentemente dalla frazione di eiezione. Questi risultati supportano l'ipotesi che gli effetti benefici degli SGLT2i si estendono oltre la consolidata protezione cardiovascolare, con un potenziale impatto favorevole sullo stato di fragilità e sulla qualità di vita del paziente anziano vulnerabile.

Bibliografia

Armentaro G, Cassano V, Condoleo V, et al. Association of sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors with changes in comprehensive geriatric assessment in older diabetic patients with heart failure: data from the MAGIC-HF study. Eur J Heart Fail. 2024;26:1095-1097.

Horiuchi Y, Asami M, Yahagi K, et al. Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitors in Heart Failure with Malnutrition, Frailty, Sarcopenia, or Cachexia. J Clin Med. 2024;13:1670.

Kochanowska A, Mamcarz A, Wetnicki M. Evidence on SGLT2 Inhibitors' Efficacy in Older and Frail Patients. J Clin Med. 2026;15:2219.

Vitale C, Berthelot E, Coats AJS, et al. Assessment of frailty in patients with heart failure: a novel Heart Failure Frailty Score developed through Delphi consensus. ESC Heart Fail. 2025.

DALLE SINDROMI GERIATRICHE ALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE: UN MODELLO INFERMIERISTICO PER RENDERE OPERATIVA LA CGA

Christian Musso

CPS Infermieristico - Scuola Specializzata Superiore in Cure Infermieristiche, Manno

SCOPO DEL LAVORO

Sviluppare un modello concettuale infermieristico a due livelli che colleghi il riconoscimento delle principali sindromi geriatriche con il processo diagnostico assistenziale e con i domini della Valutazione Multidimensionale Geriatrica (CGA), per favorirne l'applicazione operativa nei contesti residenziali e domiciliari

MATERIALI E METODI

È stata condotta una scoping review secondo il framework di Arksey e O'Malley, consultando PubMed/MEDLINE, CINAHL e Scopus. Sono stati inclusi studi pubblicati tra il 2000 e il 2024, in inglese o italiano, su popolazioni anziane (≥ 65 anni) in contesti residenziali o territoriali, con focus su sindromi geriatriche, diagnosi infermieristiche standardiz-

zate (NANDA-I, NOC, NIC) e strumenti di valutazione multidimensionale. I dati degli studi inclusi sono stati estratti tramite matrice dedicata e sintetizzati con analisi tematica per individuare pattern tra sindromi geriatriche, diagnosi infermieristiche e domini CGA

RISULTATI

Le evidenze mostrano una marcata convergenza tra le sindromi geriatriche più frequenti (delirium, instabilità posturale, immobilità, malnutrizione, disidratazione, incontinenza) e un nucleo ricorrente di diagnosi infermieristiche, confermando il ruolo dell'infermiere nell'intercettare precocemente fragilità e bisogni complessi. Le sindromi geriatriche emergono come "punto di ingresso" clinicamente significativo alla valutazione globale, in quanto esprimono la fragilità come vulnerabilità multidimensionale e perdita di riserva funzionale. L'uso di linguaggi infermieristici standardizzati appare essenziale per strutturare il ragionamento clinico e la documentazione, ma risulta ancora poco integrato con i modelli formali di CGA. Dalla sintesi è stato elaborato un modello a due livelli: uno screening sindromico infermieristico basato sull'osservazione sistematica delle sindromi geriatriche e, successivamente, una valutazione multidimensionale interpretativa ancorata ai domini della CGA per definire gravità, fattori eziologici e interventi personalizzati

CONCLUSIONI

Il modello proposto offre un framework operativo che rende più accessibile la CGA alla pratica infermieristica quotidiana, in particolare nei contesti residenziali e domiciliari ad alta complessità. Collegando sistematicamente l'osservazione delle sindromi geriatriche alle diagnosi infermieristiche e ai domini della valutazione multidimensionale, il framework può supportare l'identificazione precoce dei bisogni complessi e la pianificazione personalizzata delle cure. Sono necessari studi empirici per valutarne fattibilità e impatto sugli esiti clinici e assistenziali

Bibliografia

Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005.

Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006.

Clegg A, Young J, Iliffe S et al. Frailty in elderly people. Lancet. 2013.

Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2017.

Pilotto A, Cella A, Pilotto A et al. Comprehensive geriatric assessment in primary care and nursing home settings. J Am Med Dir Assoc. 2013.

CONFRONTO DEI PARAMETRI DI BASE DELLA VALUTAZIONE GERIATRICA COMPLETA NELLA PREVISIONE A BREVE TERMINE DI OSPEDALIZZAZIONE E MORTALITÀ PER TUTTE LE CAUSE IN PAZIENTI FRAGILI AFFERENTI AGLI AMBULATORI GERIATRICI

Maria Napoleone, Silvia Turini, Gianluca Bufi, Noemi Pardini, Elena Carlino, Benedetta Giacomelli, Sandra Bacciardi, Rachele Antognoli, Sara Rogani, Filippo Niccolai, Tessa Mazzarone, Valeria Calsolaro, Alessandro Mengozzi, Agostino Virdis

Geriatria, Università degli Studi di Pisa

SCOPO DEL LAVORO

Il ruolo prognostico a breve termine dei diversi parametri della valutazione geriatrica completa (VGC) negli anziani è ancora oggetto di dibattito. Il nostro obiettivo è quello di indagare quale componente della VGC, e in che misura, sia il più forte predittore di un esito composito di ospedalizzazione e mortalità per tutte le cause in una coorte di pazienti afferenti agli ambulatori geriatrici di un centro di terzo livello.

MATERIALI E METODI

Abbiamo incluso tutti i pazienti afferenti agli ambulatori geriatrici presso l'Ospedale Universitario di Pisa che hanno partecipato al nostro studio osservazionale longitudinale (novembre 2023-in corso). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a una CGA completa, comprendente CFS, BADL, IADL, MNA in forma breve (sfMNA), MMSE, BPSD, Hand Grip, SPPB, CIRS-C, ESS, nonché una caratterizzazione biochimica completa. L'outcome primario era un composito di primo ricovero ospedaliero e mortalità per tutte le cause; entrambi sono stati analizzati anche indipendentemente come outcome secondari.

RISULTATI

Un totale di n = 137 pazienti sono stati inclusi nell'analisi. L'età mediana era 86 [7], il 41% erano maschi, di CFS 6 [2], BADL 5 [3], IADL 4 [5], sfMNA 11 [4], MMSE 23 [8], MCI 36%, BPSD 12%, Hand Grip patologico 68%, SPPB era 4 [6], CIRS-C 4 [2], ESS 18 [3]. Il follow-up mediano individuale è stato di 311 [347] giorni. L'esito primario ha avuto 31 eventi mentre gli esiti secondari hanno avuto 27 (primo ricovero ospedaliero) e 14 eventi (mortalità per tutte le cause). ADL (HR 0,81, 95% CI 0,68-0,97, p = 0,024), CFS (HR 1,26, 95% CI 1,00-1,59, p = 0,050), CIRS-C (HR 1,48, 95% CI 1,23-1,79, p < 0,001), ESS (HR 0,77, 95% CI 0,66-0,89, p = 0,001), Hand Grip patologico (HR 4,79, 95% CI 1,10-20,78, p = 0,036) sono stati associati all'esito primario. In un modello multivariato, CIRS-C seguito da ADL e Hand Grip hanno mantenuto le associazioni più for-

ti. CIRS-C ed ESS sono risultati associati anche al solo primo ricovero ospedaliero (HR 1,47, IC 95% 1,20-1,80, p < 0,001; HR 0,81, IC 95% 0,69-0,95, p = 0,008), con CIRS-C che è risultato il predittore più forte nel modello multivariato. ADL (HR 0,60, 95% CI 0,45-0,81, p = 0,001), IADL (HR 0,70, 95% CI 0,54-0,91, p = 0,007), CFS (HR 1,89, 95% CI 1,16-3,07, p = 0,010), CIRS-C (HR 1,36, 95% CI 1,02-1,81, p < 0,001), ESS (HR 0,63, 95% CI 0,50-0,81, p < 0,001), SPPB (HR 0,71, 95% CI 0,56-0,93, p = 0,012) sono stati i parametri associati alla mortalità per tutte le cause; ESS e CIRS-C sono risultati i predittori più forti.

CONCLUSIONI

Questi risultati dimostrano che, in una popolazione fragile, la perdita di autonomia funzionale, il carico di comorbilità e la fragilità fisica presentano il più forte potere predittivo a breve termine in termini di esiti clinici rilevanti. Tuttavia, mostrano anche quanto tardi, in termini di insorgenza individuale della fragilità, avvenga l'invio ad un ambulatorio geriatrico, ostacolando le strategie di assistenza preventiva per gli anziani molto anziani.

LA CAPACITÀ INTRINSECA COME INDICATORE MULTIDIMENSIONALE DI VULNERABILITÀ GERIATRICA NELLE DONNE IN POST-MENOPAUSA

Cecilia Oliveri[1], Francesca Surace[1], Nunziata Morabito[1], Giorgio Basile[2], Matteo Cesari[3], Antonino Catalano[1]

[1] Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Messina, Messina - [2] Dipartimento di Scienze Biomediche, Odontoiatriche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali, Università degli Studi di Messina, Messina - [3] Unità di Geriatria, Fondazione Ca' Granda, IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

SCOPO DEL LAVORO

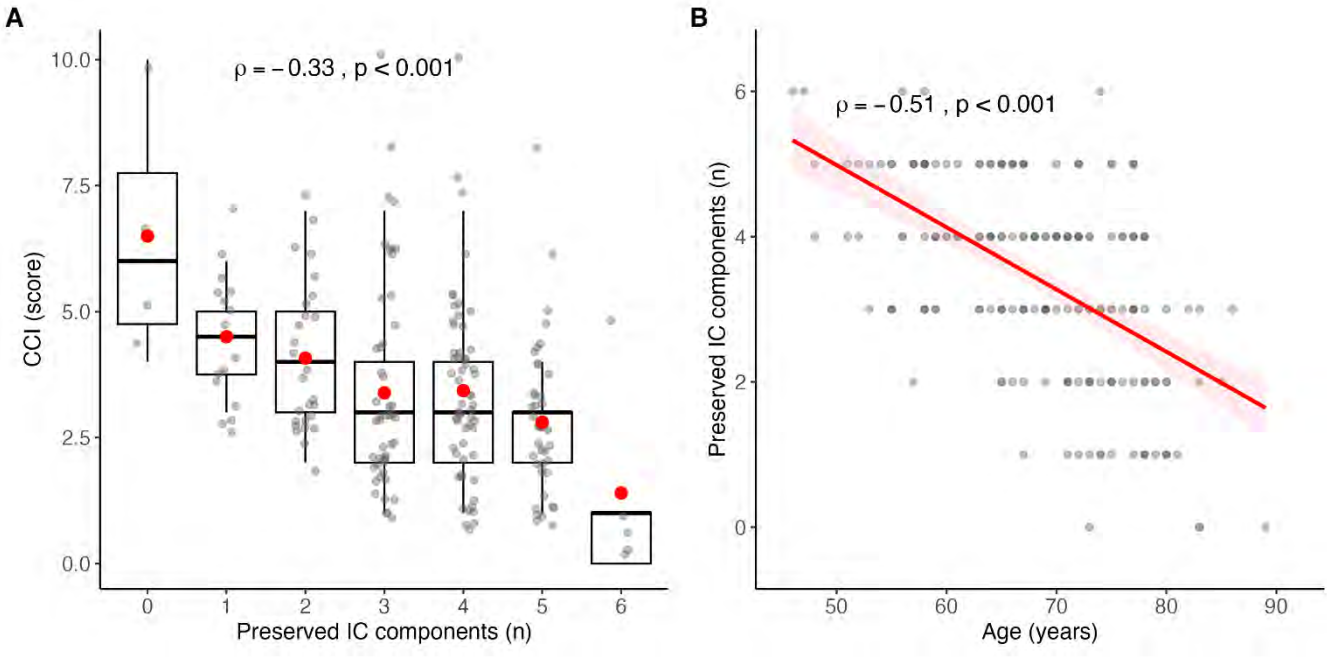
Valutare il ruolo della Capacità Intrinseca (Intrinsic Capacity, IC) come indicatore multidimensionale di vulnerabilità geriatrica nelle donne in post-menopausa, analizzandone la relazione con il rischio di frattura e con il burden di comorbidità.

MATERIALI E METODI

Sono state arruolate consecutivamente 200 donne in post-menopausa (età media 68,2 ± 8,5 anni) afferenti all'Ambulatorio delle Malattie Osteometaboliche. La Capacità Intrinseca (IC) è stata valutata secondo il modello WHO-ICOPE nei domini cognitivo, locomotorio, nutrizionale, psicologico e sensoriale, quest'ultimo distinto in funzione visiva e uditiva. Per ciascuna partecipante sono stati raccolti la densità minerale ossea (DXA), il rischio di frattura a 10 anni mediante FRAX e il Charlson Comorbidity Index (CCI). Le associazioni tra IC, rischio di frattura e burden di comorbidità sono state analizzate mediante analisi di correlazione e modelli di regressione multivariata.

RISULTATI

Il 97,5% delle partecipanti presentava almeno un dominio della IC compromesso (numero medio di componenti preservate 3,4 ± 1,3). Un minor numero di componenti



preservate si associava a un maggior rischio di frattura a 10 anni stimato mediante FRAX (r = 0,392; p < 0,001), con ipoacusia, malnutrizione e limitazione della mobilità tra i domini più frequentemente compromessi nelle donne a rischio più elevato. Le componenti IC preservate correlavano inversamente sia con l'età (ρ = -0,51; p < 0,001) sia con il burden di comorbidità (ρ = -0,33; p < 0,001); quest'ultima associazione, tuttavia, si annullava all'analisi multivariata (r parziale = 0,003; p = 0,962), mentre l'età rimaneva l'unico predittore indipendente della IC (ρ = -0,078; p < 0,001). La IC descriveva dunque una dimensione di vulnerabilità non riconducibile al solo carico di malattia.

CONCLUSIONI

La Capacità Intrinseca rappresenta un indicatore multidimensionale di vulnerabilità geriatrica, associato al rischio di frattura e distinto dalla multimorbidità. La sua integrazione nella Valutazione Multidimensionale Geriatrica può migliorare l'identificazione delle donne anziane a maggior rischio clinico, fornendo informazioni funzionali che i modelli centrati sulla malattia o sulla densità ossea non colgono.

Bibliografia

Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. Lancet. 2016;387:2145-2154.

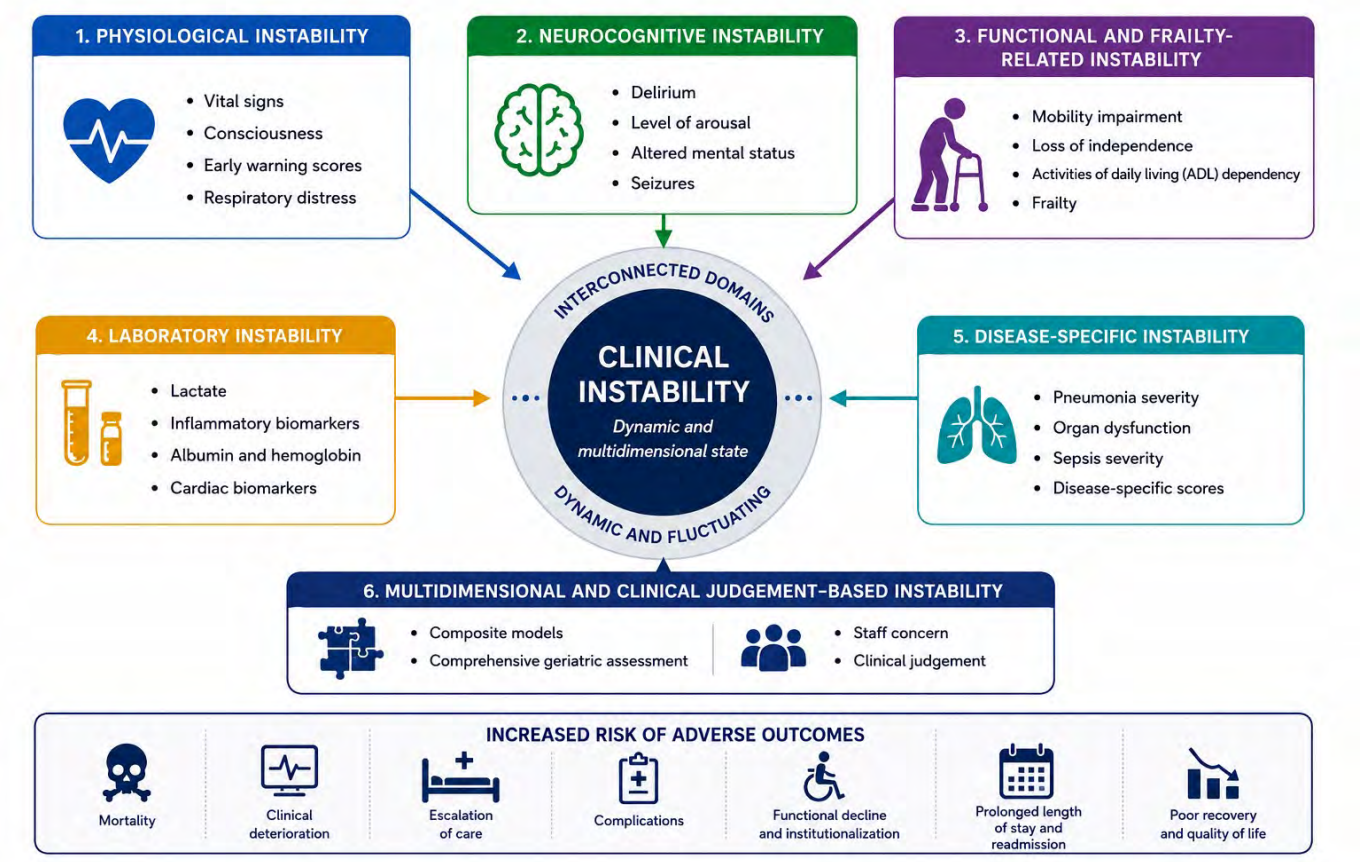
Cesari M, Araujo de Carvalho I, Thiyagarajan JA, et al. Evidence for the domains supporting the construct of intrinsic capacity. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2018;73:1653-1660.

Chen M, Hanewald K, Si Y, et al. Intrinsic capacity across 15 countries in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. JAMA Netw Open. 2025;8:E259792.

Sánchez-Sánchez JL, Lu WH, Gallardo-Gómez D, et al. Association of intrinsic capacity with functional decline and mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Lancet Healthy Longev. 2024;5:E480-E492.

INSTABILITÀ CLINICA NEL PAZIENTE ANZIANO RICOVERATO: DEFINIZIONI, MARCATORI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE. UNA SCOPING REVIEW

Alice Margherita Ornago[1], Giulia Rivasi[2], Laura Petraglia[3], Wenxiang Guo[4], Mario Virgilio Papa[5], Maria Cristina Ferrara[4], Caterina Trevisan[6], Giuseppe Bellelli[4], Davide Liborio Vetrano[1], Giuseppe Sergi[5], Chiara Ceolin[5]



[1] Karolinska Institutet, Stoccolma - [2] Università degli Studi di Firenze - [3] Università di Napoli "Federico II" - [4] Università di Milano-Bicocca, Monza - [5] Università degli Studi di Padova - [6] Università degli Studi di Ferrara

SCOPO DEL LAVORO

L'instabilità clinica rappresenta un concetto centrale nella gestione del paziente anziano ospedalizzato e orienta numerose decisioni relative al monitoraggio, all'intensificazione delle cure, alla dimissione e alla pianificazione del percorso assistenziale. Tuttavia, la sua definizione e operazionalizzazione rimangono poco standardizzate. Obiettivo di questa scoping review è stato mappare definizioni, marcatori, score e strumenti utilizzati per caratterizzare l'instabilità clinica negli anziani ricoverati.

MATERIALI E METODI

La revisione è stata condotta secondo le raccomandazioni PRISMA-ScR. Una ricerca sistematica su PubMed, Scopus e Web of Science è stata inizialmente effettuata dall'inizio dell'indicizzazione fino ad aprile 2024 ed è attualmente in fase di aggiornamento fino a giugno 2026 mediante la strategia di ricerca originale. Sono stati inclusi gli studi che valutavano marcatori, score, strumenti o indicatori clinici finalizzati all'identificazione o alla caratterizzazione dell'instabilità clinica nel paziente anziano ospedalizzato. I dati sono stati sintetizzati in forma descrittiva e organizzati in base ai domini di instabilità, agli outcome utilizzati per definirla e al momento della valutazione lungo il percorso ospedaliero.

RISULTATI

I risultati preliminari hanno identificato 44 studi pubblicati tra il 1998 e il 2023. Sono emersi quattro principali domini di instabilità clinica: instabilità fisiologica (25 studi), instabilità multidimensionale (17 studi), instabilità neurocognitiva (6 studi) e instabilità laboratoristica (4 studi). L'instabilità è stata operazionalizzata attraverso un ampio spettro di outcome, comprendenti mortalità, deterioramento clinico, necessità di escalation delle cure, complicanze, prolungamento della degenza, declino funzionale e istituzionalizzazione. Le modalità di valutazione variavano lungo il decorso ospedaliero: le alterazioni fisiologiche e laboratoristiche risultavano predominanti all'ammissione, mentre gli aspetti multidimensionali e di vulnerabilità acquisivano progressivamente maggiore rilevanza durante il ricovero e nel periodo successivo alla dimissione. Nel corso degli ultimi due decenni, il concetto di instabilità clinica si è progressivamente evoluto da una visione prevalentemente fisiologica a un modello più ampio, comprendente vulnerabilità e complessità geriatrica multidimensionale.

CONCLUSIONI

L'instabilità clinica nell'anziano sembra configurarsi non come una condizione definita da singoli parametri fisiologici, ma come l'espressione dinamica dell'interazione tra malattia acuta e vulnerabilità età-correlata. La progressiva integrazione di aspetti cognitivi, funzionali e legati alla fragilità evidenzia pertanto la necessità di un quadro concettuale più ampio e specificamente adattato alla complessità del paziente anziano.

RUOLO DELLA FRAGILITÀ E DEI SUOI DOMINI SPECIFICI NELLA PROGRESSIONE DEL DELIRIUM NEL PAZIENTE ANZIANO RICOVERATO IN UN REPARTO DI MEDICINA INTERNA PER ACUTI: STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO (DELIRIUM IN ACUTE SETTING - DE LIRA)

Alberto Parise[1], Tiziana Meschi[1], Carmine Siniscalchi[1], Beatrice Prati[1], Nicoletta Cerundolo[1], Eleonora Sutti[2], Claudio Tana[3]

[1] UO Medicina Interna di Continuità, AOU Parma - [2] UOC Geriatria e Lungodegenza, AUSL Piacenza, Piacenza - [3] UO Medicina Interna, PO Giannuzzi, ASL Taranto, Manduria (TA)

SCOPO DEL LAVORO

Questo studio osservazionale prospettico multicentrico si propone di identificare quali domini specifici della fragilità (fisico, cognitivo, funzionale, nutrizionale, psico-sociale) siano associati a un poor outcome a 6 mesi in pazienti anziani (> 75 anni) ricoverati in Medicina Interna per acuti con diagnosi di delirium. Gli esiti primari considerati includono mortalità, riospedalizzazione, istituzionalizzazione e declino funzionale.

MATERIALI E METODI

Lo studio DE LIRA è un'indagine osservazionale prospettica multicentrica, non sponsorizzata e no-profit, che arruolerà circa 350 pazienti anziani (> 75 anni) ricoverati in reparti di Medicina Interna per acuti, con diagnosi di delirium accertata tramite Confusion Assessment Method (CAM). I dati saranno raccolti presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e altri centri satelliti (Piacenza, Chieti). La fragilità sarà valutata in modo multidimensionale, considerando i domini fisico, cognitivo, funzionale, nutrizionale e psico-sociale, operazionalizzati tramite scale validate (es. MMSE, ADL, IADL, SPPB, MNA-SF, NPI). I dati clinici e anamnestici saranno raccolti tramite piattaforma REDCap. L'outcome primario composito (mortalità, riospedalizzazione, istituzionaliz-

zazione, declino funzionale) sarà valutato a 6 mesi dalla dimissione tramite follow-up telefonico. L'analisi statistica primaria utilizzerà la regressione logistica multivariabile per esplorare l'associazione tra i domini della fragilità e il poor outcome, aggiustando per variabili confondenti come età, sesso, comorbidità e tipo di delirium.

RISULTATI

Si ipotizza che la presenza di fragilità, e in particolare la compromissione di specifici domini (es. fisico, cognitivo), sia significativamente associata a un aumento del rischio di poor outcome a 6 mesi nei pazienti anziani con delirium. I risultati attesi contribuiranno a chiarire il ruolo predittivo della fragilità multidimensionale sulla progressione del delirium e sugli esiti a lungo termine, fornendo evidenze per strategie di intervento mirate a migliorare la prognosi di questa popolazione vulnerabile.

CONCLUSIONI

Questo studio fornirà importanti evidenze sul legame tra fragilità e delirium nell'anziano ospedalizzato, supportando l'implementazione di percorsi assistenziali personalizzati e interventi precoci volti a mitigare gli esiti negativi. La comprensione dei domini specifici della fragilità più influenti potrà guidare lo sviluppo di strumenti di screening e strategie preventive più efficaci nel contesto della geriatria per acuti.

FRAGILITÀ E RIABILITAZIONE POST-ICTUS: UN'ANALISI ESPLORATIVA DOMINIO-SPECIFICA DEL RECUPERO COGNITIVO E MOTORI

Ilaria Parrotta[1], Giorgio Arcara[1], Elena Piazzalunga[1], Francesca Burgio[1], Lorenza Maistrello[1], Pawel Kiper[1], Martina Regazzetti[1], Silvia Salvalaggio[2], Nicola Filippini[1], Dante Mantini[3]

[1] IRCCS San Camillo, Venezia - [2] Centre for Restorative Neurotechnology, Champalimaud Foundation, Lisbon, Portugal - [3] Neuroscience of Movement and Performance Research Group, Leuven, Belgium

SCOPO DEL LAVORO

Valutare se la fragilità sia associata al recupero motorio e cognitivo dominio-specifico in seguito a un percorso di riabilitazione dopo ictus.

MATERIALI E METODI

Cinquantadue pazienti con ictus (età media 68,7 ± 10,5 anni), classificati come fragili (n = 17), pre-fragili (n = 20) e robusti (n = 15). Le prestazioni motorie, funzionali e cognitive sono state valutate all'ammissione e alla dimissione. Le variazioni longitudinali dei punteggi sono state analizzate mediante modelli di regressione lineare aggiustati. Sono inoltre stati impiegati confronti bayesiani tra modelli per quantificare l'evidenza a favore o contro un effetto della fragilità sulle variazioni osservate.

RISULTATI

Nei modelli aggiustati, la fragilità non è risultata associata al recupero cognitivo in nessun dominio valutato (tutti i $p > 0,60$). Le analisi bayesiane hanno fornito evidenze coerenti a sostegno dell'assenza di un'associazione tra fragilità e cambiamento cognitivo, suggerendo un reale effetto nullo piuttosto che una semplice mancanza di potenza statistica. Al contrario, gli outcome motori e funzionali hanno mostrato risultati eterogenei. I pazienti fragili hanno infatti evidenziato un recupero significativamente inferiore rispetto ai soggetti robusti nella destrezza manuale ($\beta = 10,73$; IC95%: 1,89-19,58), nella compromissione motoria dell'arto superiore ($\beta = 11,89$; IC95%: 3,45-20,34), nella capacità funzionale dell'arto superiore ($\beta = 8,47$; IC95%: 1,79-15,15) e nell'indipendenza funzionale globale ($\beta = 13,72$; IC95%: 1,73-25,71). Le analisi bayesiane hanno inoltre suggerito che la forza dell'evidenza relativa all'effetto della fragilità variava tra i diversi outcome motori e rimaneva inconclusiva per alcune misure.

CONCLUSIONI

La fragilità non sembra influenzare il recupero cognitivo a breve termine dopo ictus. I risultati ottenuti con differenti approcci analitici supportano in modo coerente l'assenza di un effetto della fragilità sugli esiti cognitivi, mentre indicano una possibile associazione con un minore recupero in specifici domini motori e funzionali.

IDENTIFICAZIONE DI PATTERN DI BIOMARCATORI IN PAZIENTI ANZIANI OSPEDALIZZATI CON INFEZIONE RESPIRATORIA: RISULTATI PRELIMINARI DALLO STUDIO MULTICENTRICO FRAILTY-ID

Silvia Ramorino[1], Gianluca Bianco[1], Anna Picca[2], Rosalba Ferraro[3], Riccardo Calvani[4], Emirena Michela Garrafa[5], Silvia Clara Giliani[3], Giorgia Ghilardotti[1], Raffaello Margani[1], Debora Novelli[1], Gianluca Edoardo Maria Boari[6], Davide Liborio Vetrano[7], Chiara Mussi[8], Emanuele Marzetti[9], Alessandro Morandi[1], Alessandra Marengoni[1], Alberto Zucchelli[1]

[1] Dipartimento di Scienze Ciniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia, - [2] Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università LUM, Casamassima (BA) - [3] Istituto di Medicina Molecolare Nocivelli, ASST Spedali Civili, Brescia - [4] Fondazione Policlinico Universitario "Agostino

Gemelli" IRCCS, Roma - [5] Dipartimento di Medicina Molecolare e Traslazionale, Università degli Studi di Brescia - [6] Divisione di Medicina, ASST Spedali Civili, Brescia - [7] Aging Research Center, Dept. of Neurobiology, Care Sciences, and Society, Karolinska Institutet, Stockholm - [8] Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena - [9] Dipartimento di Geriatria, Ortopedia e Reumatologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

SCOPO DEL LAVORO

Le infezioni respiratorie acute sono tra le principali cause di ospedalizzazione negli anziani e presentano quadri clinici eterogenei, da forme paucisintomatiche a insufficienza respiratoria grave. Età e multimorbilità non descrivono pienamente la riserva funzionale necessaria ad affrontare uno stress acuto. La fragilità, intesa come ridotta capacità di risposta agli stressor, potrebbe migliorare la stratificazione prognostica, ma non è ancora valutata routinariamente. Biomarcatori ematici facilmente accessibili possono offrire una misura oggettiva dei meccanismi biologici associati alla fragilità e contribuire a identificare sottogruppi a diverso rischio. In questo studio abbiamo esplorato se combinazioni ricorrenti di biomarcatori fossero in grado di caratterizzare pattern clinici distinti in anziani ospedalizzati per infezione respiratoria acuta.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale prospettico multicentrico su pazienti di età ≥ 65 anni ricoverati in tre centri italiani: Geriatria ASST Spedali Civili di Brescia, Ospedale Civile di Baggiovara-Modena e Ortogeriatria del Policlinico Gemelli di Roma. Sono stati inclusi pazienti ricoverati per infezione respiratoria acuta o che l'hanno sviluppata durante la degenza. Entro 24 ore dal reclutamento è stato eseguito un prelievo venoso per biomarcatori di infiammazione, metabolismo, senescenza cellulare, degenerazione tissutale e neurodegenerazione. Sono stati raccolti dati demografici, clinici e funzionali mediante valutazione multidimensionale geriatrica. Alla dimissione e a tre mesi sono stati rilevati severità dell'infezione, stato funzionale e sopravvivenza. La Non-negative Matrix Factorization (NMF) è stata utilizzata per identificare profili latenti di biomarcatori e classificare i pazienti in cluster biologicamente omogenei. I pazienti del centro con dati completi sono stati ulteriormente caratterizzati sul piano clinico-funzionale. Le associazioni tra cluster biomolecolari e mortalità a tre mesi sono state valutate mediante regressione logistica. Lo studio è stato finanziato dal programma EU-Next Generation EU, Missione 4, Componente 1, CUP D53D23014620006.

RISULTATI

Sono stati analizzati 15 biomarcatori in 102 pazienti. In base agli indici di stabilità è stata selezionata una fattorizzazione a due pattern. Il primo pattern era caratterizzato da carichi elevati per TIMP-1, MMP-9, GFAP, serpin E1, BDNF e GDF-15; il secondo prevalentemente da CCL-17, MCP-1, IL-8, MIP-1β e, in misura minore, TNF-α e IL-10. Tra i pazienti con caratterizzazione clinico-funzionale completa (N = 64; età mediana 85,0 anni; femmine 51,6%), una maggiore espressione del secondo pattern si associava a più malattie croniche (12,5 vs 9,5), NEWS2 inferiore (2,5 vs 4,0) e maggiore mortalità a tre mesi, complessivamente pari al 14% (OR 6,8; IC 95% 1,2-65,3).

CONCLUSIONI

Combinazioni ricorrenti di biomarcatori possono identificare sottogruppi clinicamente significativi di anziani con infezione respiratoria acuta. Per un utilizzo clinico efficace è tuttavia essenziale selezionare pattern solidi e altamente riproducibili.

LA FRAGILITÀ SUPERA LA GRAVITÀ DEL COVID-19 NELLA PROGNOSI A CINQUE ANNI DEGLI ULTRAOTTANTENNI

Antonella Risoli[1], Andrea Russo[1], Sara Salini[1], Riccardo Calvani[1], Francesca Ciciarello[1], Marcello Covino[2], Francesco Pio Fontanella[1], Carla Recupero[1], Emiliano Venditti[1], Francesco Landi[1]

[1] Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Dipartimento di Scienze Geriatriche, Ortopediche e Reumatologiche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma - [2] Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Dipartimento di Scienze dell'Emergenza, Anestesiologiche e della Rianimazione, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

SCOPO DEL LAVORO

Gli ultraottantenni hanno registrato i più elevati tassi di mortalità durante le prime ondate della pandemia di COVID-19, ma i determinanti degli esiti a lungo termine nei sopravvissuti rimangono poco definiti. L'obiettivo dello studio è stato valutare il ruolo della fragilità preesistente e della gravità dell'episodio acuto di COVID-19 nella prognosi a cinque anni.

MATERIALI E METODI

Studio prospettico monocentrico che ha incluso pazienti di età ≥80 anni ricoverati per COVID-19 tra aprile 2020 e marzo 2021. La valutazione basale comprendeva la Clinical Frailty Scale (CFS), le comorbidità, lo stato funzionale e la qualità di vita (EQ-5D-5L). I sopravvissuti sono stati rivalutati a cinque anni. Gli esiti comprendevano mortalità, variazione della fragilità e qualità di vita.

Le associazioni tra caratteristiche basali, gravità della malattia acuta ed esiti sono state analizzate mediante analisi univariata.

RISULTATI

Sono stati inclusi 401 pazienti (età mediana 85 anni); il 66,1% risultava vivo a cinque anni e la maggior parte dei decessi si è verificata entro i primi tre anni dal ricovero. La fragilità basale è risultata il principale fattore associato alla mortalità a cinque anni ($p < 0,001$), mentre gli indicatori di gravità della fase acuta (compromissione respiratoria, rapporto PaO_2/FiO_2, necessità di ventilazione) non hanno mostrato associazioni significative con la mortalità, né con il peggioramento della fragilità o della qualità di vita. Solo il 12,5% dei sopravvissuti ha presentato un peggioramento della CFS, osservato prevalentemente nei soggetti inizialmente meno fragili, compatibile verosimilmente con un effetto ceiling. Il peggioramento della qualità di vita è risultato associato alla traiettoria funzionale e non alla severità dell'episodio acuto. Non sono emerse differenze significative tra uomini e donne.

CONCLUSIONI

Negli ultraottantenni sopravvissuti al ricovero per COVID-19, la fragilità preesistente rappresenta il principale determinante della prognosi a cinque anni, mentre gli indicatori di gravità dell'episodio acuto non risultano associati agli esiti a lungo termine. I risultati suggeriscono che, nei sopravvissuti, la prognosi sia prevalentemente influenzata dalla riserva funzionale preesistente e dai processi di invecchiamento, piuttosto che dalla severità dell'infezione acuta. Ciò avvalora il fatto che la valutazione della fragilità dovrebbe rappresentare un elemento centrale nella stratificazione prognostica e nella pianificazione del follow-up geriatrico.

Bibliografia

Blomaard LC, van der Linden CMJ, van der Bol JM, et al. Frailty is associated with in-hospital mortality in older hospitalised COVID-19 patients. Age Ageing. 2021;50:631-640.

Covino M, Russo A, Salini S, et al. Long-term effects of hospitalization for COVID-19 on frailty and quality of life in older adults ≥80 years. Geriatric Care. 2021;7:9924.

Greenhalgh T, Knight M, Iner CA, et al. Long COVID: a clinical update. Lancet. 2024;404:707-724.

Hewitt J, Carter B, Vilches-Moraga A, et al. The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE). Lancet Public Health. 2020;5:e444-e451.

Pranata R, Henrina J, Lim MA, et al. Clinical Frailty Scale and mortality in COVID-19: systematic review and dose-response meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr. 2021;93:104324.

QUANDO LO SCREENING NON BASTA. L'ANEMIA SIDEROPENICA NELL'ANZIANO COMPLESSO: IL RUOLO CONFONDENTE DELL'INSUFFICIENZA RENALE E L'INSIDIOSA DIAGNOSI DI SINDROME DI HEYDE

Pasqualina Sapone, Filomena Padulo, Laura Schiara, Antonino Maria Cotroneo

ASL Città di Torino, Torino

INTRODUZIONE

La sindrome di Heyde, definita dalla triade anemia da sanguinamento gastrointestinale, stenosi valvolare aortica e sindrome acquisita di von Willebrand, si manifesta nel 20% dei pazienti con SA [1], è più frequente tra gli ultrasessantacinquenni [2] e costituisce una causa spesso misconosciuta di anemia sideropenica nell'anziano. La presenza di insufficienza renale cronica rappresenta spesso un fattore confondente, contribuendo all'anemia e rendendo più complesso l'inquadramento diagnostico.

CASO CLINICO

Un paziente di 85 anni accedeva al PS dell'Ospedale Maria Vittoria, Torino per astenia e stato confusionale; seguiva ricovero nel Reparto di Geriatria per anemia e peggioramento della nota insufficienza renale cronica. In anamnesi cardiopatia ischemica, stenosi aortica severa, diabete mellito tipo 2 e broncopneumopatia cronica ostruttiva. Agli ematici conta piastrinica, quadro coagulativo ed elettroforetico nella norma, assenza di deficit vitaminici e funzione tiroidea conservata. Si rilevava una riduzione della saturazione della transferrina (6%) e un incremento dei valori di LDH (313 U/L); allo striscio di sangue periferico si evidenziavano degli schistociti. Negativa la ricerca di sangue occulto fecale su tre campioni. I segni di emolisi e l'anemia sideropenica in paziente con nota stenosi aortica hanno orientato verso il sospetto di sindrome di Heyde, confermata dalla ridotta concentrazione di multimeri ad alto peso molecolare del VWF su elettroforesi con gel di agarosio. L'insufficienza renale cronica è stata considerata potenziale concausa dell'anemia, non sufficiente a giustificare la carenza marziale; si è ritenuto piuttosto che tale condizione, in associazione al diabete mellito tipo 2, potesse favorire l'insorgenza e la progressione di eventuali angiodisplasie2. Effettuata, pertanto, colonscopia con riscontro di angiodisplasie intestinali confermando il sospetto clinico. Il paziente è stato trasfuso con emazie concentrate e supplementato con carbossimaltosio ferrico; le angiodisplasie sono state trattate mediante APC e, dopo

consulenza cardiologica, è stata programmata la TAVI.

CONCLUSIONI

Nel paziente anziano complesso, la coesistenza di insufficienza renale può mascherare o confondere l'origine dell'anemia. In presenza di stenosi aortica e sideropenia, la negatività del sangue occulto fecale non esclude sanguinamenti gastrointestinali. Il sospetto clinico rimane il determinante chiave per un corretto percorso diagnostico.

Bibliografia

1. Imawaka M, et al. Heyde Syndrome Complicated by Essential Thrombocythemia: A Case Report. Cureus. 2023 Feb 12;15(2):E34905.
2. Gupta Y, et al. Heyde Syndrome: A Literature Review. Health Sci Rep. 2026 Jan 28;9(2):E71778.

FRAILTY INDEX E OUTCOMES COGNITIVI A BREVE TERMINE NELLE DEMENZE NEURODEGENERATIVE

Leonardo Sassi, Tommaso De Nardo, Chiara Lorenzi, Giulia Rivasi, Ester Latini, Andrea Ungar, Enrico Mossello

Geriatria per l'Alta Intensità e Cardiologia Geriatrica, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

SCOPO DEL LAVORO

La fragilità è una sindrome caratterizzata da ridotta riserva fisiologica, che può influenzare presentazione clinica delle malattie e prognosi a lungo termine [1]. È stata dimostrata predire l'insorgenza di demenza in anziani cognitivamente normali [2] e outcomes peggiori (mortalità, ospedalizzazione) in pazienti con Malattia di Alzheimer (AD) [3]. Rimane tuttavia incerto il ruolo nel delineare le traiettorie cognitive nelle demenze neurodegenerative. L'obiettivo di questo studio è quello di valutare l'impatto della fragilità sugli outcomes cognitivi a 12 mesi in una coorte di pazienti con demenza neurodegenerativa.

MATERIALI E METODI

Studio retrospettivo, monocentrico, su coorte di pazienti seguiti dal CDCD della Geriatria dell'ospedale universitario di Careggi. Abbiamo incluso individui con diagnosi delle tre principali demenze neurodegenerative (AD, DLB, bvFTD) in stadio lieve ed MCI, confermate da biomarcatori e con almeno 12 mesi di follow-up dalla diagnosi. I pazienti sono stati sottoposti a valutazione standardizzata con Mini Mental State Examination (MMSE), Geriatric Depression Scale (GDS), valutazione funzionale (ADL e IADL) e Short Physical Performance Battery (SPPB). La fragilità al baseline è stata valutata utilizzando il Frailty Index (FI) a 35 item.

RISULTATI

Sono stati inclusi 97 soggetti (46 AD, 33 DLB, 18 bvFTD), con età media 73 ± 4 anni, media di MMSE basale 25,5 ± 2,4, media FI 0,17 ± 0,09. Il 23% (n = 22) era "Fragile" (FI ≥ 0,25) con una prevalenza più alta nel gruppo DLB ($p < 0,001$, comparata agli altri gruppi). Il FI mostrava correlazione positiva significativa con l'età ($r = 0,34$, $p < 0,001$) e correlazione inversa con la scolarità ($r = -0,22$, $p = 0,030$); fragilità maggiore era associata a punteggi basali peggiori di ADL ($r = -0,55$, $p < 0,001$), IADL ($r = -0,25$, $p = 0,012$) e SPPB ($r = -0,35$; $p = 0,001$). Non sono emerse associazioni significative tra il FI e il MMSE basale o a 12 mesi. Modelli lineari aggiustati per età, sesso e scolarità hanno confermato assenza di effetto diretto della fragilità sugli outcomes cognitivi. Abbiamo osservato risultati simili per il declino funzionale.

CONCLUSIONI

In questi pazienti con demenza degenerativa di grado lieve o MCI, la fragilità al basale non influenza gli outcomes cognitivi a 12 mesi, suggerendo che il processo neurodegenerativo sia il principale determinante nel breve termine.

Bibliografia

1. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar;56(3):M146-56.
2. Borges MK, Canevelli M, Cesari M, et al. Frailty as a Predictor of Cognitive Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Med (Lausanne). 2019 Feb 19;6:26.
3. Xia X, Eriksdotter M, Zetterberg H, et al. Frailty and prognosis of biomarker-confirmed Alzheimer's disease: a Swedish, register-based, retrospective cohort study. Lancet Healthy Longev. 2025 Dec;6(12):100797.

AREA DELLA SEZIONE TRASVERSALE ECOGRAFICA DEL NERVO VAGO E PERFORMANCE FISICA NELLA MALATTIA DI PARKINSON: EVIDENZE PRELIMINARI DI UN'ASSOCIAZIONE CON LA SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY

Gabriele Sergi, Edoardo Bianchini, Gaia Anzini, Niccolò Casasoli, Giorgio Vivacqua, Stefano Toro, Diana Lelli, Claudio Pedone, Massimo Marano

Policlinico Campus Bio-Medico di Roma

SCOPO DEL LAVORO

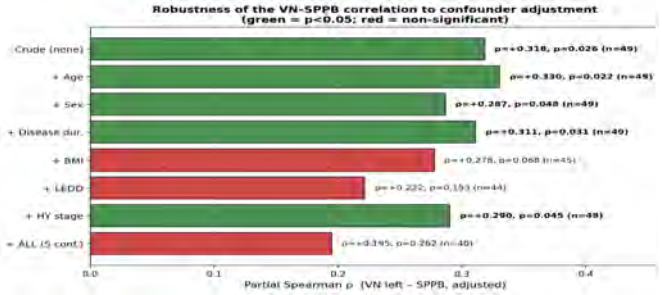
L'ecografia (US) è uno strumento affidabile ed economico per studiare le caratteristiche del tessuto cerebrale e nervoso. L'ecografia della Sostanza Nera (SN) è stata ampiamente valutata nella malattia di Parkinson (PD) [1]; studi recenti hanno inoltre esaminato le caratteristiche ecografiche del nervo vago (VN), con risultati contrastanti [2]. La ricerca MULTIVERSE PD mira a implementare biomarcatori ecografici nella PD; in questo lavoro ci siamo concentrati sull'associazione tra ecografia di SN e VN e performance fisica, misurata mediante lo Short Physical Performance Battery (SPPB).

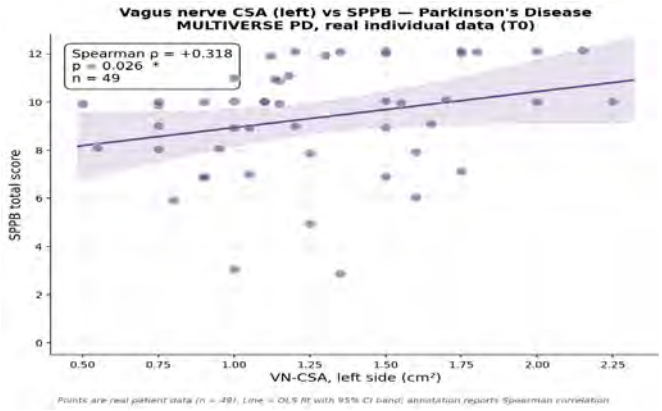
MATERIALI E METODI

L'area della sezione trasversale del nervo vago (VN-CSA) e l'area di iperecogenicità della Sostanza Nera (SN-HA) sono state raccolte consecutivamente in pazienti con PD lieve-moderata, che hanno completato lo SPPB e una batteria di valutazioni cliniche (MDS-UPDRS, SCOPA-AUT, PDSS-2, ESS, PDQ-8 e altre); sono state inoltre ottenute misure della mobilità nella vita reale (IMU) e biomarcatori plasmatici. Le associazioni sono state valutate mediante correlazione di Spearman, le differenze tra i lati con il test dei ranghi con segno di Wilcoxon e le differenze tra gli stadi Hoehn & Yahr con il test di Kruskal-Wallis; l'associazione VN-SPPB è stata ulteriormente corretta per età, sesso, durata di malattia, BMI e dose giornaliera equivalente di levodopa (LEDD) mediante correlazione parziale e regressione multivariata.

RISULTATI

Sono stati arruolati 69 pazienti con PD lieve-moderata (41 uomini, 59,4%; età mediana 68,0 anni [60,0-73,0]; durata mediana di malattia 7,0 anni [4,0-10,0]; stadio H&Y 2,0 [2,0-3,0]). La SN-HA mediana era 0,41 cm^2 (IQR 0,31-0,49), la VN-CSA mediana 1,40 cm^2 (IQR 1,06-1,61) e il punteggio SPPB mediano 10,0 (IQR 8,0-11,0); non sono emerse differenze tra i lati né per SN né per VN e non sono state osservate differenze di imaging tra gli stadi H&Y. La VN-CSA sinistra correlava positivamente con lo SPPB (ρ = +0,318; p = 0,026); tale associazione rimaneva invariata dopo correzione per età (ρ = +0,330), sesso, durata di malattia o stadio H&Y, ma risultava attenuata considerando il LEDD e non raggiungeva la significatività nel modello completamente aggiustato (ρ = +0,195; n = 40). Al contrario, la SN-HA sinistra correlava negativamente con lo SPPB (ρ = −0,307; p = 0,048), ma tale associazione non persisteva dopo l'aggiustamento. Coerentemente, la VN-CSA tendeva a correlare inversamente con la gravità clinica (ad es. PDQ-8, MDS-UPDRS Parte I, NMSS), mentre la SN-HA correlava direttamente (MDS-UPDRS Totale, PDQ-8, NMSS, BDI-II).





CONCLUSIONI

Nei pazienti con PD, una maggiore VN-CSA sinistra era associata a una migliore performance fisica allo SPPB, in direzione opposta rispetto all'iperecogenicità della SN, che rifletteva il carico motorio e non motorio. In particolare, l'associazione tra VN e SPPB era indipendente da età, sesso, durata di malattia e stadio della patologia, sebbene risultasse attenuata dal carico dopaminergico (LEDD) e non significativa nel modello completamente aggiustato, probabilmente a causa della varianza condivisa con la gravità della malattia e della limitata numerosità campionaria. Questi risultati preliminari identificano il nervo vago come potenziale marcatore della riserva funzionale, una dimensione rilevante per la fragilità geriatrica nella PD, che richiede una validazione prospettica su campioni più ampi. Nel complesso, l'ecografia della SN e del VN si conferma come insieme di biomarcatori complementari per la caratterizzazione fenotipica della PD nell'ambito di un protocollo multicentrico standardizzato e realizzabile.

Bibliografia

Li DH, et al. Diagnostic Accuracy of Transcranial Sonography of the Substantia Nigra in Parkinson's disease: A Systematic Review and Meta-analysis. Sci Rep. 2016 Feb 16:6:20863.

Höppner R, et al. Vagus nerve cross-sectional area decreases in Parkinson's disease. Parkinsonism Relat Disord. 2023 Sep:114:105769.

ASSOCIAZIONE TRA FRAGILITÀ E SINTOMI COMPORTAMENTALI NEI PAZIENTI ANZIANI CON DECLINO COGNITIVO: STUDIO OSSERVAZIONALE TRASVERSALE

Ivana Serino, Raffaella Merenda, Fabrizia Gatta, Gianluca Scotto Di Tella, Giuseppe Rengo, Grazia Daniela Femminella

Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

SCOPO DEL LAVORO

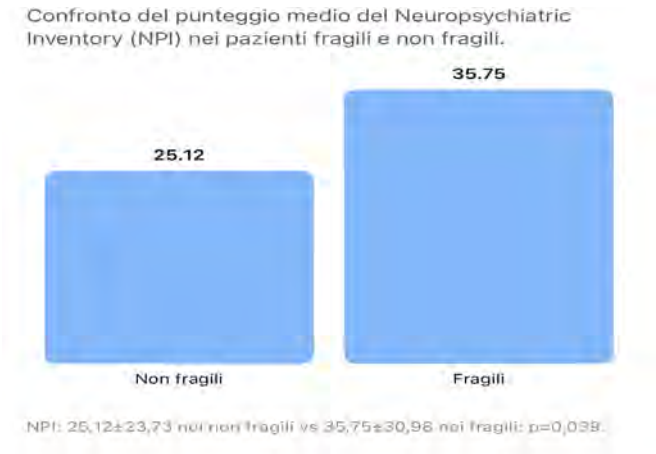
La fragilità e il declino cognitivo condividono numerosi meccanismi fisiopatologici e presentano una relazione bidirezionale [1,2]. Sebbene tale associazione sia ben documentata, il rapporto tra fragilità e sintomi comportamentali e psicologici della demenza (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD) risulta ancora poco esplorato [3,5]. Obiettivo dello studio è valutare l'associazione tra fragilità, misurata mediante Primary Care Frailty Index (PC-FI) [5], e presenza e gravità dei BPSD in pazienti con deficit cognitivo.

MATERIALI E METODI

Sono stati arruolati presso il CDCD della UOC di Geriatria dell'AOU Federico II di Napoli 147 pazienti con declino cognitivo. I BPSD sono stati valutati mediante Neuropsychiatric Inventory (NPI) [4]. La fragilità è stata definita tramite PC-FI, distinguendo pazienti fragili (PC-FI > 0,15) e non fragili (PC-FI < 0,14). Sono stati inoltre raccolti dati demografici, clinici, cognitivi (MMSE, ACE-R), funzionali (ADL, IADL) e terapeutici. Le analisi statistiche hanno incluso test di correlazione di Spearman, Mann -Whitney, χ^2 e regressione lineare multipla corretta per sesso e per età.

RISULTATI

L'età media del campione era di 74,2 ± 7,3 anni; il 58,5% erano donne. Il 49,7% dei soggetti è risultato fragile. Il PC-FI ha mostrato una correlazione significativa con il punteggio totale NPI (ρ = 0,272; p < 0,001), con ADL (ρ = 0,281; p = 0,002) e IADL (ρ = 0,195; p = 0,032), ma non con MMSE e ACE-R. Sono emerse associazioni significative tra fragilità e specifici domini dell'NPI, in particolare deliri, allucinazioni, agitazione, depressione, apatia, disinibizione, disturbi del sonno e dell'alimentazione. I pazienti fragili presentavano punteggi NPI significativamente più elevati rispetto ai non fragili (35,75 ± 30,98 vs 25,12 ± 23,73; p = 0,039), maggiore perdita funzionale e livelli più elevati di ansia. Nel modello di regressione lineare multipla, corretto per età e sesso, il PC-FI (B = 139.88 p < 0.001) aveva un valore predittivo indipendente sul punteggio di NPI totale.



CONCLUSIONI

La fragilità, valutata mediante PC-FI, risulta significativamente associata al carico dei BPSD, indipendentemente dalle prestazioni ai test cognitivi. Il PC-FI potrebbe rappresentare uno strumento semplice e facilmente applicabile nella pratica clinica per identificare pazienti con maggiore vulnerabilità clinica e comportamentale, favorendo interventi multidimensionali precoci finalizzati a limitare la progressione della fragilità, ridurre il burden assistenziale e migliorare la qualità di vita di pazienti e caregiver.

Bibliografia

1. Fried LP, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001.
2. Rockwood K, Mitnitski A. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007.
3. Canevelli M, et al. Age Ageing. 2023.
4. Cummings JL, et al. Neurology. 1994.
5. Vetrano DL, et al. Scientific Reports. 2023.

DATI PRELIMINARI SULL'IMPATTO DELLA FRAGILITÀ SULLA SALUTE CEREBRALE NELLE MALATTIE CARDIOMETABOLICHE

Luca Stella[1], Alberto Zucchelli[1], Silvia Clara Serena Giliani[2], Andrea Pilotto[1], Cristiano Capurso[3], Emanuele D'Amico[3], Vincenzo Solfrizzi[4], Gaetano Serviddio[3], Alessandro Padovani[1], Alessandra Marengoni[1], Gianluca Bianco[1]

[1] Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia - [2] Dipartimento di Medicina Molecolare e Traslazionale, Università degli Studi di Brescia - [3] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi di Foggia - [4] Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari

SCOPO DEL LAVORO

Le malattie cardiometaboliche sono frequenti nell'an-

ziano e associate a meccanismi metabolici, vascolari e infiammatori potenzialmente implicati nel declino cognitivo. Tuttavia, il loro impatto sulla traiettoria cognitiva è eterogeneo, suggerendo il ruolo di fattori modificatori legati alla vulnerabilità biologica. La fragilità, sindrome caratterizzata da aumentata vulnerabilità agli stressor, potrebbe identificare i soggetti più suscettibili agli effetti cognitivi delle patologie cardiometaboliche. Il progetto intende valutare se la fragilità modifichi l'associazione tra malattie cardiometaboliche e decadimento cognitivo e verificare il valore prognostico di specifiche misure di fragilità nel predire l'evoluzione delle funzioni cognitive nel tempo.

MATERIALI E METODI

Lo studio, multicentrico interventistico non farmacologico, prevede l'arruolamento di 400 soggetti di età ≥ 65 anni, affetti da almeno una tra diabete mellito tipo 2, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco o cardiopatia ischemica. I partecipanti sono reclutati presso ambulatori di medicina generale e ospedalieri nei centri di Brescia, Bari e Foggia. La valutazione basale comprende fragilità mediante PCFI [1] e criteri di Fried, funzioni cognitive, neuropsichiatriche, tono dell'umore e performance fisica mediante MoCA, NPI, CES-D e SPPB. La mobilità sarà monitorata con accelerometri domiciliari. Saranno dosati biomarcatori di disfunzione neuronale, infiammazione e fragilità, inclusi NfL, p-tau, amyloid-42, I-40, GFAP, SNAP-25, IGF-1, IL-6, TNFRII, GDF-15, CRP, insulina, HbA1c e NT-proBNP. Le valutazioni cliniche, funzionali e laboratoristiche saranno ripetute a 6 e 12 mesi. Il progetto è finanziato dal bando PNRR M6/C2_CALL 2023 Full Proposal, codice PNRR-MCNT1-2023-12377032.

RISULTATI

Ad oggi sono stati selezionati 348 potenziali soggetti. L'età mediana era di 75 anni (IQR 70-80); 189 partecipanti erano donne (54,3%). Il 31% dei partecipanti presentava almeno una delle patologie cardiometaboliche di interesse. La prevalenza delle singole condizioni è risultata pari all'11,9% per lo scompenso cardiaco, 28,7% per la fibrillazione atriale, 38,1% per la cardiopatia ischemica e 49,0% per il diabete mellito di tipo 2. Il 40% dei soggetti è risultato non fragile (PC-FI < 0.07), il 38% affetto da fragilità lieve (0.07-0.13), il 17% da fragilità moderata (0.14-0.20) e il 5% da fragilità severa (≥ 0,21). Le analisi sui biomarcatori e sugli accelerometri risultano in corso.

CONCLUSIONI

I dati preliminari evidenziano un'elevata prevalenza di condizioni cardiometaboliche e di fragilità nella popolazione anziana valutata, confermando la rilevanza clinica dell'interazione tra vulnerabilità biologica, comorbidità cardiovascolari/metaboliche e rischio di declino cognitivo. L'integrazione dei dati clinici, funzionali, accelerometrici e biomolecolari, consentirà di chiarire il ruolo prognostico della fragilità e dei biomarcatori nel predire l'evoluzione delle funzioni cognitive negli anziani con malattie cardiometaboliche.

Bibliografia

1. Vetrano DI, et al. Frailty detection among primary care older patients through the Primary Care Frailty Index (PC-FI). Sci Rep. 2023 Mar 2;13(1):3543.

SOTTOUTILIZZO DELLA NALDEMEDINA NEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON OPPIOIDI: EVIDENZE REAL-WORLD DALLA PRATICA CLINICA ITALIANA

Monica Torrini[1], Arturo Cuomo[2], Franco Radaelli[3], Silvia Calabria[4], Melania Leogrande[4], Marco Capacci[5], Luca Degli Esposti[4], Andrea Ungar[6]

[1] Unità di Geriatria ad Alta Complessità Assistenziale, Università di Firenze - [2] IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione, Napoli - [3] UOC di Gastroenterologia, Ospedale Valduce, Como - [4] CliCon S.r.l. Società Benefit, Bologna - [5] SOD Geriatria per l'Alta Intensità e Cardiologia Geriatrica, AOU Careggi e Università degli Studi di Firenze - [6] Divisione di Geriatria e Unità di Terapia Intensiva, Università di Firenze

SCOPO DEL LAVORO

Il dolore cronico può essere trattato con oppioidi. Circa il 70% e 50% dei pazienti trattati con oppioidi, rispettivamente affetti da cancro e non, sviluppa stipsi indotta da oppioidi (OIC), e risulta più frequente negli anziani e nelle donne [1]. In Italia, la naldemedina è rimborsata specificatamente per la OIC refrattaria [2]. Questa analisi real-world ha descritto lo stato di salute dei pazienti in terapia cronica con oppioidi e dei nuovi utilizzatori di naldemedina.

MATERIALI E METODI

L'analisi osservazionale retrospettiva su database amministrativi italiani relativi a ~9 milioni di assistiti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha identificato adulti con ≥ 2 prescrizioni di oppioidi (codice ATC N02A) nel periodo di inclusione (01/01/2022-31/12/2024) e adulti con ≥ 1 prescrizione di naldemedina (codice ATC A06AH05) dalla sua rimborsabilità (01/05/2020) fino al 31/12/2025. La data indice è la prima dispensazione di oppioidi/naldemedina. I pazienti sono descritti al basale (età, sesso, comorbilità tramite Charlson Comorbidity Index [CCI] e comorbilità di interesse). Per gli utilizzatori di naldemedina, le analisi sono condotte separatamente nei pazienti con e senza neoplasia attiva, definita da ≥1

dei seguenti criteri nei 5 anni precedenti la data indice: diagnosi primaria/secondaria ospedaliera (codici ICD-9-CM 140-209, 235-239); ≥ 1 dispensazione di farmaco con ATC L01; codice esenzione 048.

RISULTATI

Di 7,8 milioni di adulti, il 4,3% (n = 335.671) era utilizzatore cronico di oppioidi (età media 71 ± 14,2 anni; 64,3% donne). Il CCI medio è risultato 0,8 ± 1,3; il 23,0% presentava disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, 22,6% diabete, 21.4% tumore. Tra gli utilizzatori cronici di oppioidi, solo il 2.6% (n = 8826) aveva ricevuto lassativi a carico SSN e si poteva assumere affetto da OIC. Di questi, la maggior parte era individuato dalla dispensazione di naldemedina - pari al 2,2% (n = 7.451) dei trattati con oppioidi. In generale, sul totale degli adulti, lo 0,1% (N = 10.090) ha ricevuto naldemedina. Di coloro affetti da neoplasia attiva (n = 5.741; 56,8%) l'età media era 68,7±12,6 anni (vs 71,1 ± 15,5 anni medi dei 4.349 senza neoplasia attiva); il 47,6% erano donne (vs 59,5%). Il CCI medio era elevato (3,2 ± 2,8 vs 0,7 ± 0,9) e le principali comorbidità di interesse meno frequenti rispetto a coloro senza neoplasia attiva: disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (27,6% vs 29%), diabete (21,7% vs 21,9%) e depressione/disturbi dell'umore (17,2% vs 28,9%).

CONCLUSIONI

Sebbene i pazienti che ricevono oppioidi a carico SSN risultino sottostimati rispetto al totale atteso, il loro profilo clinico è in linea con quanto atteso. Al contempo, naldemedina risulta fortemente sottoutilizzata rispetto alla prevalenza di OIC attesa. In particolare, il suo impiego è risultato rilevante nei pazienti oncologici e anziani, suggerendo una maggiore prescrizione in condizioni di maggiore fragilità. Ciò evidenzia la necessità di aumentare consapevolezza sulla gestione precoce sia del dolore oncologico sia della OIC così come fiducia nell'uso di naldemedina, da sostenere tramite una call-to-action rivolta ai medici specialisti tramite specifiche attività formative.

Bibliografia

1. Farmer AD et al. Pathophysiology and management of opioid-induced constipation. 2019 Feb;7(1):7-20.
2. Determina AIFA 16-04-2020; GU n.111 del 30-04-2020.

PREDITTORI DI MORTALITÀ A BREVE TERMINE IN PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI IN AMBIENTE SUBINTENSIVO: SOTTOANALISI DAL REGISTRO PROSAFE

Cristina Villosio[1], Elisa Bottero[2], Nicoletta Artana[3], Salvatore D'Agnano[3], Jacopo Giamello[3], Giuseppe Lauria[3], Silvio Raspo[1], Marco Marabotto[1], Vittoria Tibaldi[1], Roberto Presta[2], Mario Bo[2]

[1] SC Geriatria, ASO S. Croce e Carle Cuneo, Cuneo - [2] AOU Città della Salute e della Scienza, Torino - [3] SC Medicina d'Urgenza, ASO S. Croce e Carle, Cuneo

SCOPO DEL LAVORO

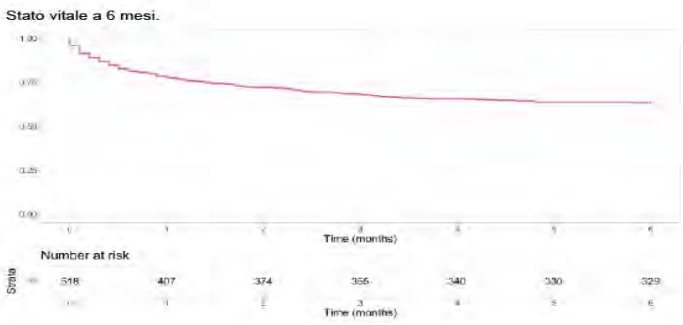
Con l'aumentare dell'aspettativa di vita, è aumentata anche l'età media delle persone ricoverate nei reparti per acuti: questi sono spesso per lo più pazienti con elevato cumulo di comorbidità, iniziale limitazione funzionale, polifarmacoterapia e frequenti riacutizzazioni di patologie croniche. Questo lavoro si propone di descrivere il profilo socio-anagrafico, clinico-anamnestico, di autonomia funzionale, accanto alla condizione di acuzie per cui sono ricoverati, indagata tramite lo score SOFA, di pazienti >/= 75 anni, che accedono in un reparto di Terapia Semintensiva e di indagare l'impatto di questi fattori sulla mortalità a 6 mesi. Inoltre, all'ingresso in reparto, è stata indagata la presenza di Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e di Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) redatte dal paziente.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale prospettico, monocentrico di coorte condotto tra ottobre 2023 e dicembre 2024 presso la struttura complessa di Medicina d'Urgenza dell'ASO S. Croce e Carle di Cuneo. I dati sono stati raccolti attraverso il registro PROSAFE, ideato dal gruppo Fenice (Gruppo Italiano Per la Ricerca Clinica In Medicina d'Urgenza - fenice.marionegri.it).

RISULTATI

È stato ottenuto un campione di 518 pazienti, età mediana 82 anni; il 36% è deceduto entro 6 mesi dal ricovero e di questi quasi il 90% è morto nei primi 3 mesi. La quasi totalità dei ricoverati (il 97%) non presenta DAT o PCC. Le patologie croniche più ricorrenti sono cardiache di cui il 25% in fase avanzata secondo la scala New York Heart Association (NYHA), respiratorie (il 40% con sintomatologia valutata come impattante sulle attività quotidiane per la scala Medical Research Council Dyspnoea Scale MRC-DS) e neurologiche di cui circa metà con grado di compromissione moderato-grave secondo la Rakin Scale. Il gruppo dei pazienti deceduti ha un profilo di fragilità e performance complessiva più compromessa, maggior carico di dipendenza funzionale, deterioramento cognitivo, cumulo e avanzamento di patologie croniche, un più alto tasso di ospedalizzazione nei mesi precedenti e maggiore istituzionalizzazione, a questi dati di cronicità si somma un punteggio allo score SOFA più alto.



Analisi Multivaribile.

	HR	lower	upper	p
Età	1,029	0,999	1,059	ns
Sesso maschile	0,844	0,623	1,143	ns
ADL	1,595	1,081	2,352	0,019
Assistenza domicilio 24h/paziente istituzionalizzato	1,146	0,781	1,682	ns
Almeno un ricovero nei 3 mesi precedenti	1,333	0,961	1,850	ns
SOFA	1,141	1,087	1,197	<0,001
Politerapia	1,067	0,761	1,495	ns
Almeno una patologia cronica in fase avanzata	1,193	0,845	1,685	ns
Delirium	1,336	0,839	2,126	ns

ADL = Activities of Daily Living; SOFA = Sequential Organ Failure Assessment score; Politerapia ≥ 5 farmaci in cronico

Un elevato SOFA e uno stato funzionale compromesso (valutato come almeno una funzione persa alle ADL), si sono dimostrate indipendentemente associate alla mortalità a 6 mesi, anche all'analisi multivariata.

CONCLUSIONI

Il burden di cronicità ha un ruolo importante nei pazienti anziani ospedalizzati e questo lavoro ha permesso di diffondere, anche in un reparto di Urgenza, una visione più eterogenea dei questi pazienti, dove il singolo dato di acuzie e l'età forniscono una visione solo parziale della complessità del paziente geriatrico. Un approccio che tenga conto di tutti questi fattori è fondamentale per inquadrare al meglio questo tipo di pazienti ed evitare il rischio di overtreatment o, al contrario, un atteggiamento ageista.

La scarsa cultura tra la popolazione di strumenti come DAT o PCC, ci spinge a una riflessione profonda in un contesto epidemiologico con pazienti sempre più anziani affetti da patologie croniche con frequenti riacutizzazioni soprattutto nell'ultimo anno di vita. Il Geriatra può avere un ruolo fondamentale nell'accompagnare molti pazienti in una scelta consapevole, condivisa e valutata nel tempo, che permetta al paziente di esprimere quelli che sono i suoi desideri di cura nel periodo avanzato di malattia, evitando interventi terapeutici intensivi futili per concentrarsi su cura dei sintomi e qualità di vita.

ACCURATEZZA PROGNOSTICA DI DIVERSI STRUMENTI DI VALUTAZIONE DI FRAGILITÀ NELLA POPOLAZIONE GENERALE: REVISIONE SISTEMATICA E META-ANALISI

Maria Beatrice Zazzara[1], Francesco Salis[2], Elena Page[3], Irene Zucchini[4], Claudio De Lucia[5], Marco Salvi[6], Marco Manfrini[7], Caterina Trevisan[8], Myriam Macaluso[1], Elena Levati[1], Alessandra Ruspi[9], Graziano Onder[1]

[1] Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma - [2] Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari - [3] Centro Studi Dipartimentale Sulla Medicina Della Complessità E Cure Palliative "Virgilio Floriani", Università di Milano-Bicocca, Monza - [4] Unità di Geriatria, Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma; Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma - [5] Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, Napoli - [6] Unità di Geriatria, Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma; Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma - [7] Università di Ferrara - [8] Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Ferrara; Dipartimento di Medicina, Università di Padova; Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society (NVS), Karolinska Institutet-Stockholm University, Solna, Sweden - [9] IRCCS Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI)

SCOPO DEL LAVORO

La fragilità è una sindrome geriatrica che si associa ad esiti di salute negativi. Non esiste ancora consenso sull'utilizzo routinario della valutazione della fragilità a

scopo prognostico nella popolazione generale. Scopo di questo studio è pertanto quello di valutare l'accuratezza prognostica di differenti strumenti di valutazione della fragilità in relazione a diversi outcomes.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione sistematica con ricerca nelle banche dati PubMed, Embase, Scopus, Cochrane Library ed EBSCO. Sono stati inclusi tutti gli studi riportanti misure di accuratezza prognostica (AUC/C-statistic) o misure di associazione (HR/OR) per almeno uno dei sei esiti considerati: mortalità, ospedalizzazione, disabilità nelle attività del viver quotidiano (ADL), disabilità nelle attività del viver quotidiano strumentali (IADL), cadute ed istituzionalizzazione. Il rischio di bias è stato valutato tramite l'utilizzo del è stata valutata tramite l'utilizzo dello strumento QUADAS-2. L'accuratezza prognostica è stata sintetizzata mediante meta-regressione, con stima della pooled AUC per ciascun strumento e ciascun esito.

Al fine di valutare l'accuratezza prognostica, è stata condotta un meta-regressione multilivello a effetti random a tre livelli (con AUC/C-statistic trasformati in log) per confrontare la capacità discriminativa degli strumenti di fragilità, con moderatori categoriali per strumento (QM) e test di eterogeneità residua (QE). È stata inoltre condotta un'analisi di sensibilità limitata agli strumenti valutati in almeno due coorti per evitare l'overfitting. Per gli studi che non è stato possibile includere nella meta-analisi, è stata condotta una sintesi semi-quantitativa, sia per quanto riguarda l'accuratezza prognostica sia per quanto riguarda modelli associativi.

RISULTATI

Dei record identificati dalla strategia di ricerca (n = 21.117), sono stati inclusi nella revisione 61 studi osservazionali, pubblicati tra il 2008 e il 2025. Le popolazioni dei 61 erano eterogenee includendo 2.9 milioni di partecipanti (età mediana 74.5 anni; follow-up mediano 5 anni) in oltre 25 paesi. La variazione tra strumenti è significativa per tutti e sei gli esiti (QM $p < 0,001$). La pooled AUC è risultata più elevata per l'outcome mortalità (range 0,62-0,87; Frailty Index: 0,73 [IC 95% 0.70-0,75]) e istituzionalizzazione (range 0,56-0,75; Frailty Index: 0,70 [0,63-0,76]), moderata per disabilità nelle ADL (range 0,61-0,73) e ospedalizzazione (range 0.45-0.69), e più bassa per cadute (range 0,53-0,65) e disabilità IADL (range 0,56-0,67). L'eterogeneità residua era significativa per tutti gli esiti (QE $p < 0,001$). Il Frailty Index ha mostrato performance consistentemente buone attraverso tutti gli esiti. Le valutazioni semi-quantitative degli studi non inclusi in meta-analisi hanno mostrato risultati coerenti con la meta-analysis.

CONCLUSIONI

Gli strumenti di valutazione della fragilità mostrano un'accuratezza prognostica da moderata a buona per mortalità e istituzionalizzazione, ma limitata per cadute e ospedalizzazione. Il Frailty Index rappresenta lo strumento con il migliore profilo di accuratezza complessiva. L'elevata eterogeneità residua suggerisce che fattori contestuali influenzano significativamente le prestazioni predittive. Questi risultati supportano l'utilizzo della valutazione della fragilità nella stratificazione del rischio in ambito di medicina generale, con preferenza per strumenti validati in popolazioni comunitarie.

GASTROENTEROLOGIA ED EPATOLOGIA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

PREVALENZA DI LESIONI GASTROINTESTINALI CLINICAMENTE SIGNIFICATIVE IN PAZIENTI ANZIANI SOTTOPOSTI A TERAPIA MARZIALE ENDOVENOSA

Raffaella Cordaro[1], Giulia Passafari[1], Natalizia Mammone[1], Federica Fazio[1], Elisabetta Buttiglieri[1], Alessia Grandinetti[1], Maria Rosa[1], Giandomenico Severini[2], Valentino Condoleo[2], Sofia Miceli[2], Raffaele Maio[2], Giuseppe Armentaro[2], Angela Sciacqua[1]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi "Magna Graecia", Catanzaro - [2] UOC Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco", Catanzaro

SCOPO DEL LAVORO

Le linee guida internazionali raccomandano l'endoscopia bidirezionale in presenza di anemia sideropenica per escludere la presenza di lesioni clinicamente significative; tuttavia nei pazienti anziani l'appropriatezza di un approccio sistematico rimane controversa. Obiettivo dello studio è valutare la prevalenza di lesioni gastrointestinali clinicamente significative in pazienti anziani con anemia sideropenica e identificare eventuali predittori indipendenti di reperti endoscopici diagnostici.

MATERIALI E METODI

Studio di coorte osservazionale retrospettivo monocentrico condotto su pazienti anziani con anemia sideropenica, trattati con carbossimaltosio ferrico endovenoso tra il 2021 e il 2025. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a Esofagogastroduodenoscopia, Colonscopia o endoscopia bidirezionale. L'endpoint primario era determinare la prevalenza di lesioni gastrointestinali clinicamente significative associate a sanguinamento cronico occulto. Sono state eseguite analisi di regressione logistica univariata e multivariata per identificare predittori clinici e laboratoristici indipendenti di reperti endoscopici diagnostici e analisi ROC per identificare un valore soglia di emoglobina con la migliore capacità discriminante.

RISULTATI

Sono stati inclusi 170 pazienti, età media 76 ± 6,6 anni, stratificati in base alla presenza di lesioni endoscopiche clinicamente significative. L'82,4% dei pazienti è stato sottoposto ad endoscopia bidirezionale, il 10,6% alla sola Esofagogastroduodenoscopia mentre il 7,1% alla sola colonscopia. Reperti diagnostici sono stati riscontrati in 16 pazienti (9,4%), mentre 154 pazienti (90,6%) presentavano reperti non diagnostici. I pazienti con endoscopia diagnostica erano significativamente più anziani (p = 0,001) e presentavano valori inferiori di emoglobina (p = 0,004), Dalla regressione logistica multivariata è emerso che l'incremento di 1 anno di età (OR 1,10 IC95% 1.05-1.25; p = 0,40) riduce la probabilità di avere lesioni clinicamente significative del 11%, mentre l'aumento di 1 grammo del valore di emoglobina (OR 0,73 IC95% 0,57-0,99; p = 0,032) riduce la probabilità del 26%. L'analisi ROC ha identificato valori di emoglobina ≤ 10,35 g/dL come cut-off ottimale per riscontro diagnostico secondo indice di Youden, con sensibilità del 68,8% e specificità del 74,3%.

CONCLUSIONI

Nei pazienti anziani con anemia sideropenica, il riscontro di lesioni gastrointestinali clinicamente significative è risultato poco frequente. L'età avanzata e la maggiore severità dell'anemia sono predittori indipendenti di reperti endoscopici diagnostici. Definire un cut-off specifico di emoglobina potrebbe contribuire ad una migliore stratificazione dei pazienti da sottoporre ad esami endoscopici. Questi dati suggeriscono che, nel paziente geriatrico, l'indicazione all'endoscopia dovrebbe essere personalizzata sulla base del profilo clinico e del rischio individuale, per migliorare l'appropriatezza diagnostica ed evitare procedure invasive potenzialmente non necessarie.

Bibliografia

Ko CW, Siddique SM, Patel A, et al. AGA Clinical Practice Guideline on the Gastrointestinal Evaluation of Iron Deficiency Anemia. Gastroenterology. 2020.

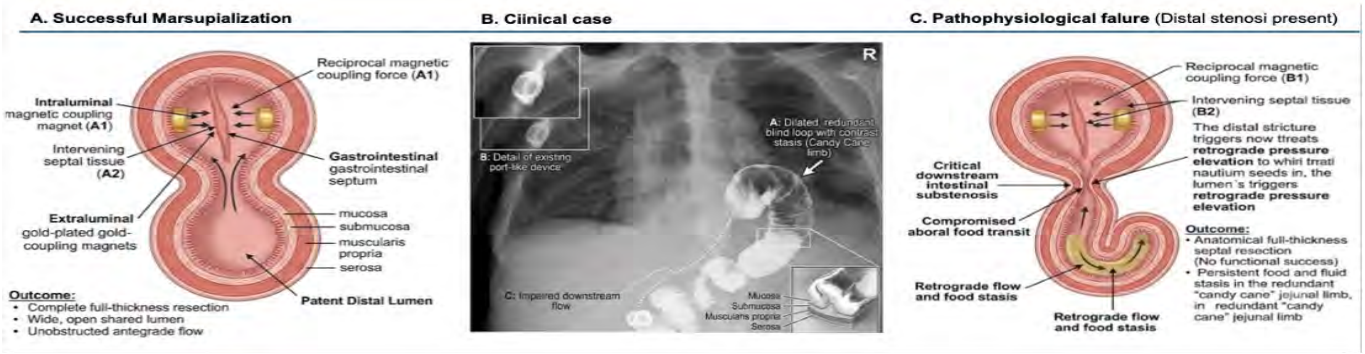
Snook J, Bhala N, Beales ILP, et al. BSG Guidelines for the Management of Iron Deficiency Anaemia in Adults. Gut. 2021.

Sobani ZA, Hung KW. Gastrointestinal Bleeding in the Older Adult. Curr Treat Options Gastroenterol. 2025.

SUBSTENOSI INTESTINALE: UNA POTENZIALE CONTROINDICAZIONE AL TRATTAMENTO CON MAGUS NELLA SINDROME DI CANDY CANE

Nastassia Carmelina Garo, Martino Secchi, Vincenzo Brandi, Francesca Ciciarello, Antonella Risoli, Francesco Landi

Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma



INTRODUZIONE

La sindrome di Candy Cane (CCS) [1] è una complicanza rara che insorge in seguito a bypass gastrico Roux-en-Y o gastrectomia totale, causata dalla dilatazione sintomatica di un ramo digiunale cieco ridondante, situato prossimale all'anastomosi. L'aumento della pressione in questa sacca provoca dolore addominale, reflusso, nausea, vomito e grave perdita di peso. Il MAGnetic Gastrointestinal Universal Septotome (MAGUS) [2] rappresenta una nuova alternativa endoscopica minimamente invasiva alla revisione chirurgica. Questo caso evidenzia un limite fisiopatologico, finora non riconosciuto, del sistema MAGUS in concomitanza di stenosi intestinale distale.

CASO CLINICO

Uomo di 60 anni, multimorbido e fragile, ricoverato per vomito persistente, stitichezza e perdita di peso di 15 kg in otto mesi. In anamnesi adenocarcinoma gastrico subcardiaco di grado 3, trattato nel 2020 con gastrectomia totale laparoscopica e ricostruzione esofago-digiunale Roux-en-Y.

Nel 2025, due ostruzioni intestinali parziali e una substenosi del colon discendente, inizialmente trattata come morbo di Crohn. Nonostante la dilatazione pneumatica dell'anastomosi esofago-digiunale, la cachessia è peggiorata, portando a un ricovero d'urgenza per ipotensione, febbre e nausea grave. Una TC addominale ha evidenziato un'eccessiva distensione da liquido delle vie biliari e delle anse digiunali, dovuta a una fascia adesiva. La successiva endoscopia e una radiografia con bario hanno confermato una stenosi stretta a livello dell'anastomosi esofago-digiunale associata a un ramo digiunale cieco e ridondante, diagnostico della sindrome di Candy Cane.

Dopo tentativo infruttuoso con stent metallico autoespandibile, il paziente è stato sottoposto a settotomia endoscopica MAGUS in Belgio. Post-procedura persistevano nausea refrattaria ed emesi ricorrenti, con necessità di nutrizione parenterale. La radiografia addominale confermava il corretto posizionamento del dispositivo, mentre esami con mezzo di contrasto idrosolubile evidenziavano un ristagno persistente del mezzo di contrasto all'interno del ramo cieco ridondante, confermando il fallimento funzionale.

CONCLUSIONI

Questo caso suggerisce come la substenosi intestinale distale possa rappresentare una potenziale controindicazione al trattamento con MAGUS (Fig. 1). La stenosi a valle compromette il transito aborale e aumenta la pressione intraluminale, rendendo funzionalmente inefficace l'orifizio settale appena creato. Inoltre, le stenosi distali alterano l'anatomia e la motilità locali, ostacolando la cinetica fisiologica dei magneti di accoppiamento e aumentando il rischio di intrappolamento del dispositivo o di lesione ischemica dei tessuti. Uno screening preprocedurale completo, volto a confermare la pervietà funzionale e strutturale dell'intero tratto gastrointestinale distale, è un prerequisito imprescindibile per garantire l'efficacia terapeutica.

Bibliografia

1. Dallal RM, Cottam D. (2007). "Candy cane" Roux syndrome – a possible complication after gastric bypass surgery. Surgery for Obesity and Related Diseases, 3(3), 408-410.
2. Zhang G, Liang Z, Zhao G, et al. (2024) Endoscopic application of magnetic compression anastomosis: a review. Journal of Gastroenterology and Hepatology, 39: 1256-1266.

QUANDO UNA FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA NASCONDE UN MORBO DI CROHN: CLINICAL REASONING TRA TUBERCOLOSI INTESTINALE E MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA INTESTINALE

Daniele Pellerani, Antonella Risoli, Elisabetta Serafini, Giorgio Ozino Caligaris, Caterina Corcione, Irene Sebastianelli,

Martino Secchi, Vincenzo Brandi, Francesca Ciciarello, Giuseppe Zuccalà, Francesco Landi

Dipartimento di Scienze Geriatriche, Ortopediche e Reumatologiche, Università Cattolica del Sacro Cuore - Fondazione Policlinico Universitario IRCCS "Agostino Gemelli", Roma

INTRODUZIONE

La febbre di origine sconosciuta (FUO) nel paziente geriatrico rappresenta una sfida diagnostica complessa che richiede un approccio sistematico e multidisciplinare. Il morbo di Crohn a esordio tardivo è raro e può presentarsi con fenotipi clinicamente silenti, in cui l'attività infiammatoria intestinale non si associa a sintomi gastrointestinali evidenti.

CASO CLINICO

Uomo di 75 anni, ricoverato per FUO, aftosi orale ricorrente e osteo-artromialgie assiali, in assenza di sintomi gastrointestinali, associate a marcata sindrome infiammatoria (PCR 300 mg/L, VES 120 mm/h, leucocitosi e anemia microcitica), per cui veniva intrapreso iter diagnostico sistematico al fine di escludere cause infettive, autoimmuni e neoplastiche. In prima istanza veniva esclusa endocardite infettiva mediante ecocardiografia transtoracica e transesofagea. La positività del Quantiferon e l'anamnesi di viaggi in area endemica orientavano il sospetto verso tubercolosi, mentre la sintomatologia assiale imponeva l'esclusione di spondilodiscite. Gli approfondimenti microbiologici e radiologici risultavano negativi. La TC torace evidenziava incidentalmente un ispessimento del colon ascendente, che indirizzava verso un approfondimento gastroenterologico. L'ileocolonscopia documentava una severa colite segmentaria ulcerativa con risparmio dell'ileo terminale, confermata dall'entero-TC. L'esame istologico mostrava flogosi cronico-attiva erosivo-necrotizzante con rara cellula gigante tipo Langhans, rendendo necessaria una diagnosi differenziale con tubercolosi intestinale. Tuttavia, le indagini microbiologiche e molecolari per Mycobacterium tuberculosis risultavano negative. L'integrazione multidisciplinare dei dati clinici, radiologici, endoscopici e microbiologici consentiva di porre diagnosi di malattia di Crohn a localizzazione colica a esordio tardivo. Intrapresa, quindi, terapia corticosteroidea con progressivo miglioramento clinico e riduzione della risposta infiammatoria (PCR da 300 a 75 mg/L; leucociti da 20.000 a 10.800/mm^3) ed a seguire terapia biologica con risankizumab.

CONCLUSIONI

Il caso evidenzia come il morbo di Crohn possa presentarsi nel paziente geriatrico come FUO in assenza di sintomi gastrointestinali, configurando un fenotipo clinicamente silente e ipoalgesico con elevata attività infiammatoria. La dissociazione tra severità biologica e manifestazione clinica, insieme a fattori confondenti come la positività del Quantiferon e reperti istologici suggestivi, rende la tubercolosi intestinale una diagnosi differenziale imprescindibile. Il caso sottolinea il ruolo centrale del clinical reasoning e dell'approccio multidisciplinare nella gestione della complessità diagnostica in Geriatria.

Bibliografia

Click B, Vargas EJ, et al. Silent Crohn's disease: asymptomatic patients with elevated C-reactive protein are at risk for subsequent hospitalization. Inflamm Bowel Dis. 2015;21(10):2254-2261.

Coates MD, Soriano C, et al. Gastrointestinal hypoalgesia in inflammatory bowel disease. Ann Gastroenterol. 2020;33(1):45-52.

Kedia S, Ahuja V. Management of inflammatory bowel disease in older persons. Intest Res. 2018;16(2):194-203.

Segal JP, Andrews JM, et al. How to manage inflammatory bowel disease in the elderly. Frontline Gastroenterol. 2021;12:65-73.

INFEZIONI

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

L'IMMOBILIZZAZIONE E LE SUE COMPLICANZE NEL PAZIENTE GERIATRICO: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

Chiara Antolini, Maria Francesca Bartolucci, Cristiano Menichini, Vincenzo Galluzzo, Marta Finelli, Caterina Casciani, Elena Levati, Anna Maria Martone, Francesco Landi

Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Agostino Gemelli, Roma

INTRODUZIONE

Le lesioni da pressione rappresentano una complicanza frequente nei pazienti anziani fragili e allettati e possono evolvere verso infezioni profonde, osteomielite e sepsi, con elevata mortalità. La gestione richiede un approccio multidisciplinare, tenendo conto delle comorbilità e degli obiettivi di cura.

CASO CLINICO

Presentiamo il caso didattico di un uomo di 82 anni, multimorbido e fragile affetto da embolia polmonare, ateromasia carotidea bilaterale, sindrome di Guillain-Barré e pregressi interventi per stenosi cervicale e lombare, già caratterizzato da severa limitazione funzionale. Tre mesi prima del ricovero aveva riportato fratture bilaterali di tibia e perone trattate conservativamente con doccia gessata e tutore, determinando allettamento completo e rapido peggioramento di pregresse lesioni da pressione, con comparsa di nuove ulcerazioni agli arti inferiori. Il paziente è giunto in Pronto Soccorso per sanguinamento da una lesione dell'arto inferiore. All'esame obiettivo erano presenti multiple lesioni da pressione di differente stadio e numerose skin tears agli arti superiori, tra cui un'ampia lesione sacrale non stadiabile e vaste lesioni degli arti inferiori con estesa perdita di sostanza. Gli accertamenti radiologici (radiografia, ecocolordoppler e angio-TC) documentavano severa arteriopatia obliterante periferica bilaterale e reperti altamente suggestivi per osteomielite dell'arto inferiore sinistro. Il paziente è stato trattato con terapia antibiotica ad ampio spettro, supporto nutrizionale con supplementazione proteica e albumina endovenosa, oltre a medicazioni avanzate delle lesioni. In considerazione dell'estrema fragilità clinica, delle plurime comorbilità e del percorso di cure palliative già intrapreso, non è stata posta indicazione a trattamento chirurgico né a procedure diagnostiche invasive. L'evoluzione clinica è stata rapidamente sfavorevole, con decesso del paziente in un quadro di sovrainfezione delle estese lesioni da pressione.

CONCLUSIONI

Questo caso emblematico evidenzia come l'immobilizzazione prolungata conseguente a fratture in un paziente anziano e gravemente fragile possa determinare una rapida progressione delle lesioni da pressione fino a complicanze infettive profonde, aggravate dalla concomitante arteriopatia periferica. La gestione di tali pazienti richiede un approccio multidisciplinare precoce, volto alla prevenzione delle lesioni, al riconoscimento tempestivo delle complicanze e alla definizione condivisa degli obiettivi terapeutici, bilanciando appropriatezza degli interventi e proporzionalità delle cure.

Bibliografia

Ahmad B, Rubio-Sefati M, Yacob MM. Incidence and risk factors for pressure injuries in patients who have undergone vascular operations: a scoping review. Eur J Med Res 28, 77 (2023).

Gould LJ, Alderden J, Aslam R, et al. WHS guidelines for the treatment of pressure ulcers-2023 update. Wound Repair Regen. 2024 Jan-Feb;32(1):6-33.

Visconti AJ, Sola OI, Raghavan PV. Pressure Injuries: Prevention, Evaluation, and Management. Am Fam Physician. 2023 Aug;108(2):166-174.

VASCULITE CRIOBLOBULINEMICA NON HCV-CORRELATA E INFEZIONE DA PARVOVIRUS-B19

Gerti Brahimi[1], Clara Macheda[1], Decoroso Verrengia[1], Riccardo Accioli[1], Viola Salvini[2], Anna Cantore[1], Simone Radi[2], Pier Leopoldo Capecchi[1], Pietro Enea Lazzerini[1]

[1] Università degli Studi di Siena - [2] Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena

INTRODUZIONE

Il Parvovirus-B19 (Pv-B19) può causare un'ampia gamma di manifestazioni cliniche, tra cui eritema infettivo, poliatrite, crisi aplastiche ed idrope fetale. Sebbene crescenti evidenze indichino un'associazione tra infe-

zione da Pv-B19 e malattie autoimmuni, in particolare vasculiti, il ruolo potenziale di questo virus come agente causale nello sviluppo di crioglobulinemia non è stato ancora definito. In questo studio descriviamo il caso di un paziente affetto da vasculite crioglobulinemica associata ad infezione acuta da Pv-B19.

CASO CLINICO

Un uomo di 68 anni veniva ricoverato presso il nostro Reparto per febbre, astenia e artralgie presenti da un mese, seguite da edema agli arti inferiori con porpora palpabile. In particolare, una nipote aveva sofferto di eritema infettivo ("quinta malattia") una settimana prima. Gli esami di laboratorio mostravano aumento dei livelli di proteina C-reattiva (6,4 mg/dl; v.r. < 0,5) e creatinina (1,8 mg/dl; v.r. 0,7-1,2), proteinuria (1,1 g/24h; v.r. < 0,15) e anemia normocitica (9,1 g/dl). Gli studi immunologici documentavano una crioglobulinemia mista (tipo II con immunoglobulina [Ig]M/K monoclonale; criocrito: 6%), con ipocomplementemia marcata (C3: 3 mg/dl, v.r. 10-40; C4: 72 mg/dl, v.r. 80-180) ed aumento del fattore reumatoide IgM (FR: 610 UI/ml; v.r. < 20), in assenza di autoanticorpi antinucleo, anti-citoplasma dei neutrofili o anti-fosfolipidi. I test sierologici per i virus dell'epatite A-B-C, citomegalovirus, virus di Epstein-Barr, Herpes simplex 1-2, Borrelia burgdorferi e Leishmania risultavano negativi. Al contrario, erano presenti IgM e IgG anti-Pv-B19 e veniva rilevato il DNA virale tramite reazione a catena della polimerasi (PCR) nel sangue, coerentemente con un'infezione acuta, oltre che nel crioprecipitato. Il paziente veniva trattato con prednisone (0,5 mg/kg/die) con rapido miglioramento delle condizioni cliniche. A distanza di 20 giorni dalla dimissione, le IgM anti-Pv-B19 erano ancora presenti, ma la PCR semiquantitativa mostrava diminuzione del genoma virale nel crioprecipitato, parallelamente al miglioramento dello stato di salute. Nei successivi 6 mesi, le manifestazioni andavano incontro ad una progressiva regressione fino a completa guarigione, le anomalie di laboratorio si normalizzavano ed il trattamento steroideo veniva gradualmente ridotto fino alla completa sospensione.

CONCLUSIONI

Il nostro caso supporta l'ipotesi che il Pv-B19 sia un potenziale agente causale di crioglobulinemia. Infatti, la rilevazione di IgM specifiche anti-Pv-B19 insieme al DNA virale nel sangue e, più nello specifico, nel crioprecipitato, suggeriscono fortemente che l'infezione primaria da Pv-B19 abbia svolto un ruolo patogenetico chiave nello sviluppo della crioglobulinemia nel nostro paziente. Ciò è ulteriormente supportato dalla relazione tra la diminuzione della carica virale di Pv-B19 nel crioprecipitato e il miglioramento clinico durante il follow-up. In conclusione, l'infezione da Pv-B19 può rappresentare una causa attualmente sottostimata di vasculite crioglobulinemica non correlata a virus dell'epatite C. Questo aspetto dovrebbe essere tenuto attentamente presente nell'inquadramento eziologico di una vasculite. Questo caso si aggiunge a quelli già descritti in letteratura riguardanti la vasculite crioglobulinemica associata a Pv-B19.

SPONDILODISCITE E PANCREATITE NEL PAZIENTE GERIATRICO: IL VALORE DELL'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE NELLA DIAGNOSI E NELLA GESTIONE DI UNA RARA ASSOCIAZIONE

Marta Finelli, Caterina Casciani, Antonella Risoli, Martino Secchi, Miriam Garaffa, Elena Levati, Vincenzo Galluzzo, Clara Agostino, Francesco Fontanella, Maria Modestina Bulla, Anna Maria Martone, Vincenzo Brandi, Elisabetta Serafini, Giuseppe Zuccalà, Francesco Landi

Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma

INTRODUZIONE

La spondilodiscite è un'infezione relativamente rara ma gravata da elevata morbilità, in particolare nella popolazione geriatrica, nella quale la presentazione clinica è spesso aspecifica e la diagnosi ritardata. L'incidenza della pancreatite è in aumento in età geriatrica, la cui diagnosi può essere complicata dall'assenza di segni, sintomi e reperti laboratoristici tipici. L'associazione tra pancreatite e spondilodiscite è poco descritta in letteratura scientifica.

CASO CLINICO

Presentiamo il caso di un paziente di 70 anni, autonomo nelle ADL ed IADL con anamnesi patologica remota negativa con l'eccezione di protrusioni discali multiple. Ricoverato inizialmente presso altro nosocomio per febbre, lombalgia e disturbi gastrointestinali, il caso veniva inquadrato come infezione delle vie urinarie e trattato con terapia antibiotica empirica senza beneficio. La TC addome risultava negativa per pielonefrite.

Il paziente si dimetteva volontariamente, giungendo quindi alla nostra osservazione. Presso il nostro reparto persistevano febbre, lombalgia e disturbi gastrointestinali. Gli esami ematici documentavano leucocitosi neutrofila, aumento di PCR e procalcitonina, amilasi nei limiti; urinocoltura ed emocolture risultavano negative. Si eseguiva tentativo di sospensione temporanea della terapia antibiotica, in seguito al quale si verificava nuovo picco febbrile, rendendo necessaria la reintroduzione del trattamento antibiotico.

La RM della colonna documentava spondilodiscite multifocale lombare complicata da flemmone epidurale; l'ecocardiogramma transesofageo escludeva endocardite. Per persistenza di dolore addominale, si eseguivano TC e successiva RM addominale, con riscontro di raccolta pluriconcamerata della coda pancreatica compatibile con walled-off necrosis. Gli approfondimenti microbiologici (emocolture, beta-D-glucano, galattomannano, HIV e Quantiferon) risultavano negativi; le sierologie per Bartonella henselae e Coxiella burnetii risultavano positive, dubbie quelle per Borrelia burgdorferi. L'ecoendoscopia confermava la raccolta pancreatica. Veniva infine eseguita biopsia vertebrale, i cui risultati istologici e microbiologici sono al momento in corso.

CONCLUSIONI

Il caso clinico presentato evidenzia come l'approccio multidisciplinare geriatrico, focalizzato sui sintomi aspecifici, sia fondamentale per il corretto inquadramento diagnostico in casi rari come quello descritto. Nello specifico, il caso documenta la concomitante presenza di due condizioni cliniche relativamente rare nell'anziano (spondilodiscite e pancreatite), la cui associazione è scarsamente descritta nella letteratura scientifica. Il caso è ulteriormente caratterizzato dal riscontro di pancreatite tipo "walled-off necrosis", una complicanza tardiva rara della pancreatite acuta. Nel complesso, il caso conferma l'importanza della valutazione geriatrica nel riconoscere i quadri clinici atipici per un corretto inquadramento diagnostico.

Bibliografia

Mavrogenis AF, et al. Spondylodiscitis revisited. EFORT Open Rev. 2017 Nov 15;2(11):447-461.

Muthukumarasamy G, et al. An unreported complication of acute pancreatitis. World J Gastroenterol. 2007 Jul 21;13(27):3756-375.

Stamatakos M, et al. Walled-off pancreatic necrosis. World J Gastroenterol. 2010 Apr 14;16(14):1707-12.

Zhang XY, et al. Clinical and CT/MRI imaging features of acute pancreatitis in older people. BMC Geriatr. 2025 Nov 28;25(1):1068.

RUOLO DELLA RISERVA COGNITIVA IN UNA COORTE DI PLWHA OVER 50

Martina Beatrice Orrù, Silvia Mandis, Chiara Senes, Benedetta Fois, Federico Tradori, Stefano Piras, Maristella Belfiori, Antonella Mandas

Università degli Studi di Cagliari, Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari

SCOPO DEL LAVORO

Nel contesto dell'invecchiamento progressivo delle persone con infezione da HIV (PLWHA) e della persistente rilevanza dei disturbi neurocognitivi HIV-associati in era di terapia antiretrovirale combinata (cART), il presente studio ha valutato l'associazione tra riserva cognitiva, misurata mediante lo short Cognitive Reserve Index questionnaire (s-CRIq), e la performance cognitiva globale, valutata mediante Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale su 79 PLWHA afferenti all'ambulatorio di Immunodeficienze acquisite dell'AOU di Cagliari. La riserva cognitiva (s-CRIq, categorizzata definito suin quattro livelli) e il deficit cognitivo (MoCA < 26, corretto per scolarità) sono stati analizzati mediante modelli di regressione logistica univariata e multivariata, aggiustati per età, sesso, durata dell'infezione e HIV-RNA, e mediante analisi del trend con il CRI come variabile ordinale. Le analisi sono state condotte con software RStudio (versione 4.2.3).

RISULTATI

I soggetti con MoCA < 26, costituenti il 67% del campione, risultavano significativamente più anziani (57,9 vs 48,9 anni; p = 0,001) e con minore scolarità (Tab. 1). La prevalenza di deficit cognitivo diminuiva progressivamente all'aumentare della riserva cognitiva (Fig. 1). Nel modello multivariato aggiustato, una alta riserva cognitiva (CRI4) si associava a una riduzione significativa delle odds di deficit cognitivo (OR = 0,05; IC95% 0,0003-0,601), mentre ogni anno di età incrementava le odds del 12% (Fig. 2). L'analisi del trend confermava un'associazione inversa: ogni incremento di categoria del CRI riduceva le odds del 70% (OR = 0,30; IC95% 0,12-0,64). Coerentemente, la probabilità predetta di deficit cognitivo diminuiva dall'89,4%nei soggetti con riserva medio-bassa al 28% in quelli con riserva alta (Fig. 3).

CONCLUSIONI

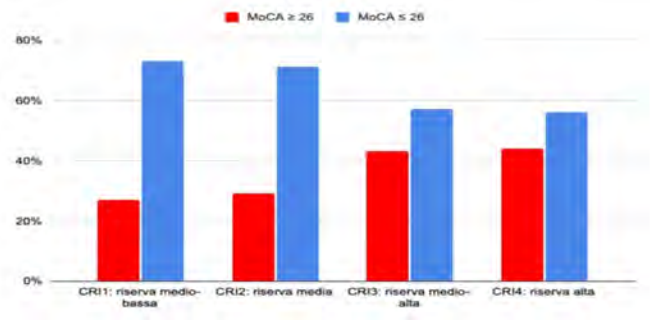
Il presente studio suggerisce che una maggiore riserva cognitiva è significativamente associata a minore odds di deficit cognitivo nei PLWHA, indipendentemente da variabili cliniche e demografiche. La valutazione della riserva cognitiva potrebbe contribuire a una più accurata stratificazione del rischio di deficit cognitivo e supportare la pianificazione di percorsi di monitoraggio personalizzati.

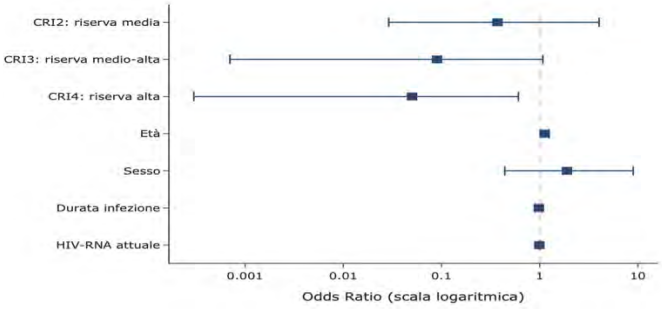
Bibliografia

Autenrieth CS, Beck EJ, Stelzle D, et al. Global and regional trends of people living with HIV aged 50 and over: es-

timates and projections for 2000-2020. PLoS One. 2018;13(11):e0207005.
Kaur N, Dendukuri N, Fellows LK, et al. Association between cognitive reserve and cognitive performance in people with HIV: a systematic review and meta-analysis. AIDS Care. 2020;32(1):1-11.Milanini B, Ciccarelli N, Fabbiani M, et al. Cognitive reserve and neuropsychological functioning in older HIV-infected people. J Neurovirol. 2016;22(5):575-583.
Morgan EE, Woods SP, Smith C, et al. Lower cognitive reserve among individuals with syndromic HIV-associated neurocognitive disorders (HAND). AIDS Behav. 2012;16(8):2279-2285.
Nucci M, Mapelli D, Mondini S. Cognitive Reserve Index questionnaire (CRIq): a new instrument for measuring cognitive reserve. Aging Clin Exp Res. 2012;24(3):218-226.

Variabile	Valore
Sesso femminile, n (%)	26 (32.9)
Età (anni), media (DS)	54.90 (11.78)
Anni di scolarizzazione (anni), media (DS)	12.29 (4.31)
Modalità di trasmissione dell'HIV, n (%)	
• Endovenosa	24 (31.2)
• Omosessuale	21 (27.3)
• Eterosessuale	21 (27.3)
• Trasfusionale	2 (2.6)
• Altra modalità	2 (2.6)
• Non specificata	13 (17.1)
HIV-RNA non rilevabile, n (%)	53 (75.7)
CD4 nadir (%), media (DS)	17.86 (12.26)
CD4 nadir (cellule/mm³), media (DS)	274.58 (214.65)
CD4 attuali (%), media (DS)	33.45 (11.22)
CD4 attuali (cellule/mm³), media (DS)	683.58 (340.19)
Rapporto CD4/CD8, media (DS)	1.87 (3.80)
HIV-RNA zenit (copie/mL), mediana [IQR]	72,380 [21,065–166,625]





LA SFIDA DIAGNOSTICA DELLA FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA IN UN PAZIENTE GERIATRICO: UN CASO DI FEBBRE Q

Barbara Russo, Simone Goracci, Francesca Ciciarello, Vincenzo Brandi, Caterina Boccedi, Francesco Landi

Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

INTRODUZIONE

La febbre Q è una zoonosi causata da Coxiella burnetii, caratterizzata da un ampio spettro di manifestazioni cliniche che vanno da forme asintomatiche fino a quadri sistemici severi. La presentazione clinica, spesso aspecifica e variabile, associata a un'incidenza stimata nella popolazione europea di circa 0.2 casi ogni 100.000 persone, rende complessa la diagnosi

CASO CLINICO

Giunge in reparto il signor E., 70 anni, agricoltore. In anamnesi DM II, RCU in remissione, stenosi aortica di grado severo. Riferisce febbre con acme a 38°C, prevalentemente serotina, da circa 20 giorni con cefalea nucale, artromialgie diffuse, inappetenza e calo ponderale. Già intraprese molteplici terapie antibiotiche empiriche nel corso di vari accessi in pronto soccorso senza beneficio. Agli esami, in ingresso, si evidenziava rialzo degli indici di epatonecrosi, PCR aumentata con formula leucocitaria nei limiti. Da subito l'approccio è stato multidisciplinare con coinvolgimento di infettivologi, reumatologi ed ematologi. Veniva eseguita tc total body che escludeva natura paraneoplastica, PET TC, EGDS e RSCS, inviato pannello per autoimmunità e ecocardiogramma transtoracico e transesofageo negativi per endocardite. Contestualmente venivano eseguiti ripetuti esami colturali su sangue e urine, sierologie per virus epatotropi, per EBV CMV, Toxoplasma HSV1/2, HIV, Quantiferon, per aspergillosi e Beta-D-glucano: indagini tuttavia non dirimenti. In considerazione del dato anamnestico raccolto circa la professione svolta dal pazien-

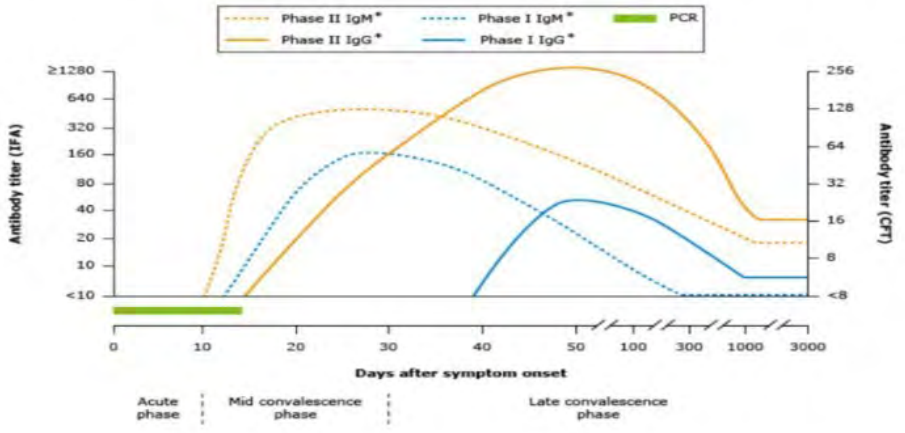
te, nel sospetto di zoonosi, si inviava pannello specifico. Da questo emergeva positività delle IgG di fase 2 per Coxiella burnetii, con IgG di fase I e IgM di fase II negative. Il quadro clinico appariva così compatibile con infezione acuta da C. burnetii. A completamento veniva eseguita ricerca molecolare di II livello con polymerase chain reaction (PCR), che risultava negativa, in accordo con la risposta anticorpale sierologica (Fig. 1) trovandoci a circa un mese e mezzo dalla comparsa della sintomatologia ed essendo già comparso il titolo anticorpale di fase II. Il paziente ha così iniziato terapia antibiotica mirata con doxiciclina 100 mg bid, per 15 giorni, con riduzione degli indici di flogosi e graduale scomparsa della febbre. La normalizzazione degli indici di epatonecrosi si è avuta a 60 giorni circa dalla diagnosi. Il paziente rimarrà in follow-up epatologico per il prossimo anno al fine di escludere quadri tardivi di epatite associata a febbre Q.

CONCLUSIONI

Il caso appena presentato incarna la sfida diagnostica nell'identificazione di un quadro infettivo da Coxiella burnetii in pazienti con febbre di origine sconosciuta con conseguenti ritardi diagnostici e terapeutici. Un'attenta anamnesi è il dato chiave per orientarsi sul possibile agente eziologico nelle febbri di origine sconosciuta. La gestione di questi pazienti in team multidisciplinare è fondamentale in considerazione della variabilità di manifestazioni cliniche associate a questa zoonosi

Bibliografia

Chaudhuri A, Robson J. Q fever queries and answers. Medicine Today 2013; 14(4):54-59.



LONG TERM CARE

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

OLTRE IL PASTO: IMPATTO DI UN PERCORSO FORMATIVO TRANSDISCIPLINARE SULLE CONOSCENZE E SULLE COMPETENZE PERCEPITE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E ASSISTENZIALE NELLA GESTIONE DELLA DISFAGIA IN RSA E CURE INTERMEDIE

Francesca Fornasari[1], Valentina Viani[1], Giulia Bonetti[1], Monica Cadei[1], Marta Cominetti[1], Simona Gentile[1], Alessandro Morandi[2]

[1] Azienda Speciale Comunale Cremona Solidale, Cremona - [2] Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università di Brescia,

SCOPO DEL LAVORO

La disfagia è una condizione frequente nella popolazione anziana, con una prevalenza stimata tra il 15% e il 50% nei soggetti oltre i 60 anni e fino al 40-60% nei pazienti istituzionalizzati. La letteratura evidenzia come un approccio multidisciplinare e transdisciplinare sia fondamentale per ridurre la sintomatologia, migliorare lo stato nutrizionale e diminuire il rischio di aspirazione. Lo studio si propone di valutare le conoscenze del personale infermieristico e assistenziale (OSS, ASA) di A.S.C. Cremona Solidale (RSA e Cure Intermedie) nella gestione del paziente disfagico, al fine di individuare eventuali bisogni formativi e strutturare un intervento educativo multidisciplinare.

MATERIALI E METODI

Nella fase preliminare sono stati coinvolti 225 operatori: 113 OSS, 66 ASA, 46 infermieri. Sono stati somministrati un questionario autovalutativo su scala Likert, relativo alla competenza percepita nella gestione del pasto, dell'igiene orale e posturale, e un test a risposta multipla per valutare le conoscenze teoriche iniziali. Un'equipe multiprofessionale composta da logopedista, infermiere e fisioterapista ha realizzato un percorso formativo basato su lezioni frontali, materiale didattico e affiancamento in reparto. I contenuti hanno riguardato: igiene orale (tematica infermieristica), consistenze alimentari e segni indiretti di disfagia (tematica logopedica), igiene posturale e corretta somministrazione del pasto (tematica fisioterapica).

A tre mesi dalla conclusione del corso, entrambi gli strumenti sono stati nuovamente somministrati per valutare efficacia e mantenimento delle competenze. Hanno partecipato al follow-up 198 operatori (104 OSS, 57 ASA, 39 infermieri; riduzione del 12%) a causa di cambi di mansione o trasferimenti in servizi non inclusi nello studio.

RISULTATI

Al baseline le conoscenze teoriche risultavano elevate nelle aree fisioterapiche (90,6%) e logopediche (82,3%), mentre erano inferiori nell'ambito infermieristico (60,9%). Al follow-up l'incremento maggiore è stato osservato proprio in quest'ultimo, con un aumento al 67,2%, mentre gli ambiti fisioterapico e logopedico hanno mostrato variazioni più contenute (91,8% e 83,1%). Tra i singoli quesiti, i miglioramenti più rilevanti hanno riguardato il riconoscimento delle consistenze alimentari (dal 56,1% al 77,2%) e le conseguenze di una scorretta igiene orale (dal 35,7% al 56%). Parallelamente, la percentuale di operatori che si percepivano adeguatamente preparati è quasi raddoppiata, passando dal 19,73% al 35,91%.

CONCLUSIONI

L'intervento formativo ha consolidato le competenze già presenti e migliorato le conoscenze relative all'igiene orale e alle consistenze alimentari, aumentando la sicurezza percepita dagli operatori. Inoltre, ha favorito l'adozione di un linguaggio comune sulle diete a consistenza modificata. Permangono tuttavia alcune aree suscettibili di approfondimento e criticità organizzative, tra cui l'elevato turnover del personale, che evidenziano la necessità di programmare interventi formativi periodici e standardizzati per garantire la continuità della qualità assistenziale.

Bibliografia

Chen S, Kent B, Cui Y. (2021). Interventions to prevent aspiration in older adults with dysphagia living in nursing homes: a scoping review. BMC geriatrics, 21(1), 429.

Farneti D, Genovese E. (2019). I disturbi di deglutizione e la gestione del paziente disfagico.

Hinkle JL, Cheever KH. (2020). Infermieristica medico-chirurgica - volume 2.

FATTIBILITÀ, ADERENZA E ACCETTABILITÀ DI UN INTERVENTO MULTIDIMENSIONALE IN RSA: RISULTATI DELLO STUDIO I-COUNT

Silvia Frosi

Cremona

SCOPO DEL LAVORO

Gli approcci multidimensionali rappresentano una strategia efficace per promuovere il benessere degli anziani e contrastare gli effetti dell'invecchiamento. Lo studio I-COUNT è stato progettato nell'ambito del progetto Age-It "Ageing Well in an Ageing Society" (PNRR, Next Generation EU, DM 1557 11.10.2022) per valutare la fattibilità e l'efficacia di un intervento multidimensionale in anziani residenti in RSA.

MATERIALI E METODI

Lo studio ha arruolato 90 soggetti, randomizzati in un gruppo d'intervento e un gruppo di controllo presso due RSA in Italia (A.S.C. Cremona Solidale, Cremona e Alta-Vita IRA, Padova). Il protocollo prevedeva un intervento multidimensionale della durata di sei mesi, con sessioni di training fisico supervisionato, stimolazione cognitiva tramite la piattaforma digitale RECODE ed esercizi carta-e-matita, e una componente nutrizionale basata sull'introduzione quotidiana di alimenti funzionali (pane fortificato con polifenoli e carciofini probiotici). L'aderenza all'intervento è stata calcolata come percentuale mediana di partecipazione alle sessioni d'intervento o di porzioni di cibi funzionali consumate, valutate a 3 e 6 mesi. Al termine dello studio, l'accettabilità e la valutazione delle attività sono state misurate nel gruppo d'intervento tramite una scala Likert con punteggi da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (assolutamente d'accordo).

RISULTATI

Il tasso di retention a 6 mesi è stato elevato, con un drop-out complessivo del 13,3% (12/90 partecipanti). L'effettiva partecipazione alle attività motorie ha mostrato un'ottima aderenza, con una mediana dell'88% di sessioni completate a 3 mesi e del 78% a 6 mesi. Il training cognitivo ha evidenziato un andamento simile e stabile, attestandosi all'85% a 3 mesi e all'80% a 6 mesi. Relativamente alla componente nutrizionale, il consumo degli alimenti funzionali ha mostrato una marcata variabilità: il consumo di carciofini è stato superiore (mediana del 75% a 3 mesi e 67% a 6 mesi) rispetto a quello di pane funzionale (mediana del 50% a 3 e 6 mesi).
Dall'analisi dei questionari di valutazione delle attività proposte, è emerso che il training fisico ha riscontrato il massimo gradimento, con punteggi mediani pari a 5 per la semplicità degli esercizi, il comfort provato e il desiderio di proseguire il programma. Anche le attività cognitive sono state giudicate positivamente (semplicità e comfort: mediana 4; desiderio di prosecuzione: mediana 5). L'utilizzo della piattaforma digitale RECODE per la stimolazione cognitiva ha mostrato una valutazione più eterogenea: a fronte di punteggi positivi sulla funzionalità dello strumento (mediana 4,5), i partecipanti hanno espresso valutazioni moderate sulla facilità d'uso (mediana 3) e hanno evidenziato una netta necessità di supporto tecnico (mediana 5).

CONCLUSIONI

L'intervento multidimensionale ha dimostrato un'eccellente fattibilità e alti tassi di partecipazione continuativa per le componenti di training fisico e cognitivo. Sebbene gli alimenti funzionali abbiano mostrato tassi di consumo e aderenza disomogenei (con una preferenza per i carciofini rispetto al pane), il programma nel suo complesso è stato apprezzato dai partecipanti. L'implementazione di tecnologie digitali nei protocolli per la terza età richiede tuttavia un'adeguata semplificazione delle interfacce e la strutturazione di un servizio di assistenza tecnica dedicato, al fine di mitigare le barriere d'uso riscontrate.

DETERMINANTI CLINICI, ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI DEGLI ESITI DI DIMISSIONE IN LUNGODEGENZA RIABILITATIVA (LDR): ANALISI DI UNA COORTE OSSERVAZIONALE DI 1.750 PAZIENTI

Alessia Medioli, Cecilia Cucchetti, Hala Janadri, Miguel Luna, Edoardo Reyes, Nawal Loubadi, Giuseppe Civardi

Casa di Cura Clinica Sant'Antonino, Piacenza

SCOPO DEL LAVORO

La dimissione del paziente geriatrico è influenzata dall'interazione di diversi fattori. Obiettivo dello studio è analizzare gli esiti di dimissione in LDR valutandone l'associazione con patologia di ingresso, fragilità clinico-assistenziale, tipologia di caregiver e distretto di provenienza, al fine di identificare i principali determinanti del percorso assistenziale.

MATERIALI E METODI

Studio retrospettivo su 2.283 pazienti ricoverati dal 1/1/2023 al 31/3/2026. Si sono inclusi 1.750 soggetti con dati completi alle scale di valutazione (742 maschi, 42,4%; 1.008 femmine, 57,6%; età media 80,2 ± 10,1 anni; mediana 83; range 24-101). Le diagnosi d'accetta-

zione divise in: neurologiche, ortopediche, internistiche, sindromi cognitive e oncologiche. La fragilità valutata con Braden Scale (alta < 14; media 15-18; bassa > 19). Valutate Barthel Index, durata della degenza, tipologia di caregiver (figlio vs altri caregiver), distretto di provenienza (Città, Levante e Ponente) outcome di dimissione: dimissione al domicilio, struttura protetta, accesso al Pronto Soccorso (PS), altre destinazioni ed hospice.

RISULTATI

La degenza media è risultata di 32,4 ± 14,8 giorni (mediana 31). Gli outcome complessivi: domicilio 52,17%, struttura protetta 26,69%, PS 7,09%, altre destinazioni 7,43% e hospice 6,63%. Per patologia d'ingresso, le dimissioni al domicilio sono il 25,1% nei neurologici, 48,4%, ortopedici, 39,7%, internistici, 20,9%,sindromi cognitive e 26,2% negli oncologici; le dimissioni in struttura protetta al 54,1%, 37,1%, 31,0%, 59,1% e 30,4%; gli accessi al PS al 5,4%, 8,1%, 15,5%, 6,7% e 8,7%; le altre destinazioni al 10,2%, 4,8%, 6,9%, 0% e 4,3%; l'hospice al 5,2%, 1,6%, 6,9%, 13,3% e 30,4%.

Per fragilità clinico-assistenziale, le dimissioni al domicilio aumentavano progressivamente dal 47,39% nei pazienti ad alta fragilità al 61,52% nei soggetti con fragilità intermedia e al 69,17% nei pazienti a bassa fragilità; parallelamente le dimissioni in struttura protetta diminuivano dal 33,25% al 23,79% fino al 17,23%. Gli accessi al PS risultavano pari al 9,25%, 7,06% e 6,29%; le altre destinazioni all'8,66%, 6,51% e 6,31%; l'hospice all'1,45%, 1,12% e 1,00%.

Per tipologia di caregiver, la presenza di un figlio era associata a dimissione al domicilio nel 61,15% dei casi rispetto al 39,45% degli altri caregiver; struttura protetta 26,25% vs 36,26%; PS 5,2% vs 12,2%; altre destinazioni 4,9% vs 7,9%; hospice 2,5% vs 4,2%.

Per distretto di provenienza, le dimissioni al domicilio sono risultate pari al 49,3% (Città), 46,7% (Levante) e 55,7% (Ponente); struttura protetta 18,1%, 30,0% e 29,5%; PS 16,8%, 3,3% e 7,8%; altre destinazioni 12,3%, 16,7% e 3,8%; hospice 3,5%, 3,3% e 3,2%.

CONCLUSIONI

Gli esiti di dimissione in LDR non risultano determinati solo dalla patologia di ingresso, ma dall'interazione tra condizioni cliniche, fragilità clinico-assistenziale, rete familiare e contesto territoriale. La pianificazione della dimissione del paziente geriatrico dovrebbe pertanto superare un modello esclusivamente centrato sulla diagnosi, integrando sistematicamente la valutazione multidimensionale del paziente, delle risorse familiari e del contesto assistenziale. Pur nei limiti di uno studio monocentrico, privo di variabili socio-economiche e con una caratterizzazione non completa del contesto assistenziale, i risultati evidenziano il potenziale valore di un approccio multidimensionale nella definizione del percorso di dimissione.

MALATTIE RESPIRATORIE

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

ESPERIENZE DI SELF-CARE NELLE PERSONE CON FIBROSI POLMONARE IDIOPATICA: UNA REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA QUALITATIVA

Elena Cesaretti[1], Maria Matarese[2]

[1] Università degli Studi Tor Vergata, Roma - [2] Università Campus Bio-Medico di Roma

SCOPO DEL LAVORO

La fibrosi polmonare idiopatica (IPF) è una malattia respiratoria cronica, progressiva e invalidante che richiede un coinvolgimento attivo della persona nella gestione quotidiana della malattia. Tuttavia, le strategie che le persone con IPF adottano quotidianamente per prendersi cura della propria salute e il modo in cui vivono tali esperienze sono ancora poco conosciuti. Lo scopo di questa revisione sistematica della letteratura qualitativa è sintetizzare le evidenze disponibili sulle esperienze di self-care delle persone con IPF.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione sistematica della letteratura qualitativa secondo la metodologia JBI, utilizzando un approccio di meta-aggregazione (Porritt et al., 2024). La ricerca bibliografica è stata effettuata nelle banche dati PubMed, CINAHL, EMBASE, PsycINFO, Web of Science, Scopus e Google Scholar. La qualità metodologica degli studi è stata valutata mediante la JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research, mentre il livello di confidenza delle evidenze sintetizzate è stato valutato mediante il metodo ConQual (Munn et al., 2014).

RISULTATI

Sono stati inclusi 14 studi qualitativi, per un totale di 416 persone con fibrosi polmonare idiopatica. Dall'analisi sono emersi 133 risultati, aggregati in 14 categorie e successivamente sintetizzati in tre temi principali: (1) self-care guidato dal trattamento e dalla gestione clinica della malattia, comprendente il monitoraggio dei sintomi, l'aderenza terapeutica, la gestione degli effetti collaterali, l'ossigenoterapia e il coordinamento delle cure; (2) self-care finalizzato al mantenimento delle attività di vita quotidiana, comprendente l'adattamento dell'attività fisica, la gestione della dispnea e della fatica, la riabilitazione respiratoria e l'adozione di stili di vita salutari; (3) self-care psicosociale e informativo, comprendente strategie di coping, ricerca di informazioni e coinvolgimento della famiglia nella gestione della malattia. Le esperienze delle persone con IPF evidenziano come il self-care rappresenti un processo dinamico e continuo, che richiede costanti adattamenti alle limitazioni imposte dalla progressione della malattia.

CONCLUSIONI

Prendersi cura della propria malattia nella fibrosi polmonare idiopatica rappresenta un processo multidimensionale che coinvolge aspetti clinici, funzionali, psicologici e relazionali. I professionisti sanitari svolgono un ruolo centrale nel sostenere le persone con IPF attraverso interventi educativi personalizzati, il monitoraggio dei sintomi e degli effetti collaterali della terapia, il coordinamento delle cure e il supporto psicosociale. Lo sviluppo di interventi centrati sulla persona può favorire una migliore gestione della malattia e contribuire a migliorare gli esiti assistenziali.

Bibliografia

Munn Z, Porritt K, Lockwood C, et al. (2014). Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: The ConQual approach. BMC Medical Research Methodology, 14, 108.

Porritt K, Evans C, Bennett C, et al. Systematic reviews of qualitative evidence (2024). Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2024.

DISTURBO NEUROCOGNITIVO NEODIAGNOSTICATO NELL'ANZIANO CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA: PREVALENZA, CORRELATI ECOGRAFICI E OUTCOME CLINICI NELLO STUDIO ECO-AGE

Alberto Finazzi[1], Andrea Ticinesi[2], Nicoletta Cerendulo[3], Emma Esposito[1], Francesco Palmese[4], Carmine Siniscalchi[3], Fulvio Lauretani[4], Marco Domenicali[5], Elisa Fabbri[6], Raffaele Antonelli Incalzi[7], Maria Rosaria Rizzo[8], Monica Torrini[9], Andrea Ungar[10], Marcello Maggio[11], Antonio Nouvenne[12], Giuseppe Bellelli[1], Simone Scarlata[7], Chukwuma Okoye[1]

[1] Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università Milano-Bicocca, Monza - [2] Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Ferrara - [3] UOC Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico e Coagulativo, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - [4] Dipartimento di Cure Primarie, UOC Medicina Interna ad indirizzo Invecchiamento e Fragilità, AUSL della Romagna, Ravenna - [5] Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Bologna, Campus di Ravenna - [6] UO Medicina Interna e Lungodegenza Forlì-Santa Sofia, AUSL della Romagna, Forlì - [7] UOC Medicina Interna, Policlinico Campus Biomedico di Roma - [8] UOC Geriatria e Medicina Interna, Dipartimento di Medicina Interna e Specialistica, Azienda Ospedaliera Universitaria Vanvitelli, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli - [9] Geriatria per la Complessità Assistenziale, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze - [10] UOC Geriatria-UTIG, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze - [11] UOC Clinica Geriatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Università di Parma - [12] UOC Medicina Interna di Continuità, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Università di Parma

SCOPO DEL LAVORO

Nei pazienti anziani ricoverati per insufficienza respiratoria acuta (acute respiratory failure, ARF), un disturbo neurocognitivo (cognitive disorder, CD) preesistente è frequentemente sottodiagnosticato in assenza di una diagnosi anamnestica di demenza. Questa vulnerabilità cognitiva misconosciuta può condizionare il decorso clinico ed influenzare la prognosi.

Lo studio multicentrico ECO-AGE, promosso dal gruppo GRETA della SIGG, è stato disegnato per caratterizzare i reperti ecografici polmonari nei pazienti anziani ricoverati per ARF e valutarne l'associazione con specifici outcome clinici. In questa analisi secondaria, abbiamo indagato prevalenza e impatto prognostico del CD neodiagnosticato in pazienti anziani ricoverati per ARF.

MATERIALI E METODI

ECO-AGE è uno studio nazionale, prospettico, osservazionale e multicentrico, registrato su ClinicalTrials.gov

Tabella 1. Caratteristiche basali e outcome clinici secondo profilo cognitivo

	Totale N = 268	Cognitivamente integri N = 45	CD neodiagnosticato N = 145	Demenza N = 78	p-value
Età, anni	84.0 [79.0, 89.0]	79.0 [75.0, 84.5]	84.0 [79.0, 88.0]	86.0 [81.0, 91.0]	**<0.001**
Sesso, F	138 (51.5%)	18 (40.0%)	74 (51.0%)	46 (59.0%)	0.13
Diagnosi principale					0.4
Scompenso cardiaco	96 (35.8%)	18 (40.0%)	55 (37.9%)	23 (29.5%)	
Riacutizzazione BPCO	34 (12.7%)	5 (11.1%)	21 (14.5%)	8 (10.3%)	
Polmonite	117 (43.7%)	18 (40.0%)	55 (37.9%)	44 (56.4%)	
Embolia polmonare	9 (3.4%)	3 (6.7%)	5 (3.4%)	1 (1.3%)	
Bronchite acuta	11 (4.1%)	1 (2.2%)	8 (5.5%)	2 (2.6%)	
Tumore polmonare	1 (0.4%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	
PC-FI totale	0.2 [0.2, 0.3]	0.2 [0.1, 0.2]	0.2 [0.2, 0.3]	0.3 [0.2, 0.4]	**<0.001**
Clinical Frailty Scale	5.0 [4.0, 6.0]	4.0 [3.0, 4.5]	5.0 [3.0, 6.0]	6.0 [6.0, 7.0]	**<0.001**
ADL	5.0 [2.0, 6.0]	6.0 [6.0, 6.0]	5.0 [4.0, 6.0]	2.0 [1.0, 4.0]	**<0.001**
IADL	4.0 [1.0, 6.0]	7.0 [5.0, 8.0]	4.0 [2.0, 7.0]	1.0 [0.0, 2.0]	**<0.001**
Giorni di ossigenoterapia	7.0 [4.0, 10.0]	6.0 [4.0, 9.0]	7.0 [4.0, 11.0]	7.0 [4.0, 10.0]	0.5
Linee B totali all'ingresso	34.0 [15.0, 56.0]	23.0 [4.0, 59.0]	33.0 [16.0, 56.0]	40.0 [20.0, 56.0]	0.2
PEFS totale	2.0 [0.0, 5.0]	2.0 [0.0, 5.0]	2.0 [0.0, 5.0]	1.5 [0.0, 5.0]	>0.9
Addensamenti subpleurici	158 (59.0%)	22 (48.9%)	79 (54.5%)	57 (73.1%)	**0.009**
Franchi consolidamenti	142 (53.0%)	25 (55.6%)	72 (49.7%)	45 (57.7%)	0.5
Ispessimento pleurico	126 (47.0%)	22 (48.9%)	63 (43.4%)	41 (52.6%)	0.4
Versamento pleurico	165 (61.6%)	26 (57.8%)	88 (60.7%)	51 (65.4%)	0.7
Versamento pericardico	22 (8.3%)	4 (8.9%)	11 (7.6%)	7 (9.2%)	>0.9
Escursione diaframmatica durante respiro corrente, mm	16.1 [11.4, 22.6]	20.0 [14.3, 25.0]	17.0 [12.1, 24.0]	13.0 [8.0, 18.0]	**<0.001**
Escursione diaframmatica all'inspirazione massimale, mm	32.5 [22.2, 49.9]	37.6 [29.5, 57.1]	39.6 [25.0, 54.3]	25.4 [15.0, 39.0]	**<0.001**
Spessore diaframmatico a fine espirazione, mm	3.2 [2.3, 4.7]	4.2 [2.7, 5.0]	3.2 [2.5, 4.4]	2.8 [2.0, 3.9]	**0.019**
Spessore diaframmatico all'inspirazione massimale, mm	5.6 [4.3, 7.8]	7.5 [4.8, 9.0]	6.4 [5.0, 7.7]	4.8 [3.5, 6.0]	**<0.001**
Frazione di ispessimento diaframmatico durante respiro corrente	0.8 [0.7, 0.9]	0.8 [0.7, 0.9]	0.7 [0.6, 0.9]	0.8 [0.7, 0.9]	0.4
Frazione di ispessimento diaframmatico all'inspirazione massimale	0.6 [0.5, 0.7]	0.6 [0.5, 0.6]	0.5 [0.5, 0.7]	0.6 [0.5, 0.8]	**0.010**
Delirium incidente	47 (17.5%)	1 (2.2%)	15 (10.3%)	31 (39.7%)	**<0.001**
Mortalità a 3 mesi	30 (11.8%)	2 (4.7%)	14 (10.3%)	14 (18.7%)	0.055

I valori sono espressi come mediana [Q1, Q3] o n (%). I valori di p sono stati calcolati mediante test di Kruskal–Wallis per le variabili continue e test del chi-quadrato di Pearson per le variabili categoriche.

(NCT06670118). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a ecografia polmonare entro 48 ore dal ricovero, secondo protocollo standardizzato su 12 regioni toraciche. Sono stati raccolti dati clinici, sociodemografici ed effettuata valutazione multidimensionale geriatrica (VMG). Il delirium è stato valutato quotidianamente con 4AT e diagnosticato secondo DSM-5-TR. La valutazione cognitiva comprendeva la presenza di una diagnosi anamnestica di demenza e l'identificazione di un CD mediante IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly). I pazienti sono stati classificati come cognitivamente integri, con CD neodiagnosticato (assenza di diagnosi di demenza e IQCODE < 48) o con disturbo neurocognitivo maggiore noto. Endpoint principali: delirium incidente e mortalità a 3 mesi.

RISULTATI

Sono stati analizzati 268 pazienti con età mediana 84 anni [IQR 79-89], 51,5% femmine. Di questi, 45 (17%) sono stati classificati cognitivamente integri, 145 (54%) con CD neodiagnosticato e 78 (29%) con disturbo neurocognitivo maggiore noto. I pazienti con disturbo neurocognitivo maggiore noto erano più anziani, fragili e disabili rispetto ai restanti gruppi (tutti $p < 0,001$). Non emergevano differenze statisticamente significative tra le diagnosi di ingresso tra i 3 gruppi. La valutazione ecografica descriveva pattern di consolidamenti subpleurici in progressivo incremento dalla popolazione cognitivamente integra ai dementi noti, rispettivamente 48,9%, 54,5% e 73,1% ($p = 0,009$). Analogamente, i pazienti con disturbo neurocognitivo maggiore noto presentavano più frequentemente reperti ecografici suggestivi di disfunzione diaframmatica. Anche gli outcome clinici mostravano un gradiente sfavorevole: il delirium incidente aumentava dal 2,2% nei sani al 10,3% nel CD neodiagnosticato e al 39,7% nel disturbo neurocognitivo maggiore noto ($p < 0,001$); la mortalità a 3 mesi aumentava rispettivamente dal 4,7% al 10,3% e al 18,7% ($p = 0,055$).

CONCLUSIONI

Nello studio ECO-AGE, oltre tre quarti dei pazienti senza diagnosi anamnestica di disturbo neurocognitivo maggiore presentava un CD neodiagnosticato. Questo fenotipo cognitivo si associava a elevata fragilità, peggiore autonomia funzionale, reperti ecografici sfavorevoli e a un aumento clinicamente rilevante di delirium incidente e mortalità a 3 mesi. L'integrazione di strumenti di screening cognitivo, come l'IQCODE, nella VMG dei pazienti con ARF potrebbe favorire l'identificazione precoce di disturbi neurocognitivi non noti, con rilevante impatto clinico-assistenziale.

MISCELLANEA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

"INTERVENTI ASSISTITI CON IL CANE RIVOLTI ALL'ANZIANO: MODELLI OPERATIVI E INDICAZIONI APPLICATIVE"

Ilaria Ambrosino[1], Laura Contalbrigo[2], Michela Cargioli[3], Maria Chiara Catalani[4], Liliana Colombo[5], Marta De Santis[2], Michele Marconi[6], Marco Melosi[7], Alessandro Morandi[8], Chiara Mussi[9], Anastasia Pelliccia[3], Christian Pozzi[10], Andrea Ungar[1]

[1] Università degli Studi di Firenze - [2] Centro di Referenza Nazionale per gli Interventi Assistiti con gli Animali, Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, Padova - [3] Coadiutore del Cane, Pescia (PT) - [4] Medico Veterinario Esperto in comportamento animale e IAA, Orvieto (TR) - [5] MSD Animal Health, Milano - [6] Psicologo; Educatore Professionale; Coadiutore del Cane, Padova - [7] Medico Veterinario, Cecina (LI) - [8] Università di Brescia - [9] Università di Modena, Modena - [10] Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno

SCOPO DEL LAVORO

In ambito geriatrico, gli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA) stanno acquisendo un ruolo sempre più centrale, nei percorsi di cura degli anziani, alla luce del loro impatto sulla qualità di vita e sul benessere psico-fisico. In Italia, gli IAA sono regolamentati dalle "Linee Guida Nazionali per gli IAA" (2015), che definiscono le modalità di erogazione di questi servizi, che richiedono il coinvolgimento di un'equipe multidisciplinare, composta da diverse figure professionali, sanitarie e non, e operatori che concorrono alla loro progettazione e realizzazione. "Interventi Assistiti con il cane rivolti all'anziano: modelli operativi e indicazioni applicative" nasce con l'obiettivo di individuare delle raccomandazioni specifiche per la progettazione e realizzazione di interventi assistiti con il cane destinati ad utenti/pazienti anziani.

MATERIALI E METODI

Tale documento, pubblicato sui canali ufficiali del Centro di Referenza Nazionale per gli IAA (l'istituzione di riferimento in Italia per questo tipo di servizio), è frutto del lavoro di un gruppo multidisciplinare composto da medici specialisti in geriatria, medici veterinari ed operatori in ambito di IAA esperti nel lavoro con gli anziani. Il documento si è incentrato sulla definizione degli obiettivi di intervento, dei criteri e degli strumenti di monitoraggio degli utenti/pazienti e dei cani, degli strumenti per la valutazione dei risultati e degli elementi fondamentali per la stesura dei protocolli sanitari e per la valutazione dei rischi, specifici per progetti di Educazione o Terapia Assistita con il cane destinati agli anziani.

RISULTATI

La versione finale del documento è divisa in due sezioni principali: una dedicata agli anziani non affetti da decadimento cognitivo e una dedicata agli anziani affetti da demenza. Per ognuna di queste sezioni, il gruppo di lavoro ha dettagliato, in particolare per quanto riguarda l'ambito di pertinenza dei medici geriatri:

- i criteri di monitoraggio da utilizzare in seduta, elaborando, sulla base degli obiettivi individuati, delle scale che constano di cinque items da valutare utilizzando scale Likert (valutazione quantitativa) e di uno spazio per ulteriori osservazioni (valutazione qualitativa);
- gli strumenti di valutazione dei risultati da utilizzare prima (T0) e dopo (T1) l'intero progetto, consigliando le scale di valutazione geriatriche standardizzate più idonee sulla base degli obiettivi individuati.

CONCLUSIONI

"Interventi Assistiti con il cane rivolti all'anziano: modelli operativi e indicazioni applicative", rappresentando uno strumento integrativo rispetto alle "Linee Guida Nazionali per gli IAA" specifico per utenti/pazienti anziani, propone, per la prima volta nel panorama nazionale ed internazionale, modelli operativi e indicazioni applicative che permettano la standardizzazione e la personalizzazione degli IAA per uno specifico target. La realizzazione di IAA sempre più rispondenti alle esigenze specifiche degli utenti/pazienti può contribuire ad incrementarne l'efficacia, nell'ottica di personalizzazione anche delle cure di tipo non farmacologico, nonché la standardizzazione di eventuali dati raccolti a scopo di ricerca.

Bibliografia

Interventi assistiti con gli animali (IAA). Linee guida. Ministero della Salute. Direzione Generale della sanità animale e dei farmaci veterinari. 2015.

DISFONIA DI NUOVA INSORGENZA COME MARCATORE PRECOCE DI PSEUDOANEURISMA DELL'ARCO AORTICO IN RAPIDA EVOLUZIONE: UNA PRESENTAZIONE ATIPICA DELLA SINDROME DI ORTNER

Milena Frasson[1], Elena Page[1], Alberto Finazzi[1], Maria Cristina Ferrara[1], Emma Esposito[1], Roberto Confalonieri[2], Paolo Mazzola[1], Giuseppe Bellelli[1]

[1] Università di Milano-Bicocca, Scuola di Medicina e Chirurgia, Monza - [2] Unità di Geriatria per Acuti, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza

INTRODUZIONE

La sindrome di Ortner, o sindrome cardiovocale, è una rara causa di paralisi monolaterale della corda vocale dovuta alla compressione del nervo laringeo ricorrente sinistro da parte di strutture cardiovascolari. In presenza di disfonia e disfagia di nuova insorgenza, senza lesioni primitive delle vie aerodigestive superiori, va considerata una causa cardiovascolare espansiva, inclusi aneurismi e pseudoaneurismi aortici.

CASO CLINICO

A gennaio 2026, una donna di 84 anni veniva condotta al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Gerardo di Monza per petecchie diffuse e sintomatologia gastrointestinale, quadro che durante la degenza conduceva alla diagnosi di vasculite da IgA e all'avvio di terapia corticosteroidea.

La TC torace eseguita in Pronto Soccorso evidenziava collateralmente uno pseudoaneurisma dell'arco aortico di 43 × 21 mm, inizialmente interpretato come reperto incidentale. Nel corso del ricovero, tuttavia, la comparsa di disfonia ingravescente e disfagia per i solidi, con riscontro fibrolaringoscopico di ipomobilità della corda vocale sinistra, portava a ripetere la TC torace, documentando un rapido incremento dello pseudoaneurisma fino a 51 × 32 mm in otto giorni. La sede della lesione, la relazione con il decorso atteso del nervo laringeo ricorrente sinistro e la paralisi cordale supportavano la diagnosi di sindrome di Ortner secondaria a pseudoaneurisma dell'arco aortico in rapida progressione. Il caso veniva discusso collegialmente per valutare una possibile riparazione endovascolare. L'età anagrafica non veniva considerata di per sé una controindicazione al trattamento; tuttavia, la fragilità lieve, la concomitante patologia infiammatoria sistemica e la rapida progressione dello pseudoaneurisma rendevano incerto il rapporto rischio-beneficio. Dopo rivalutazione multidisciplinare e condivisione decisionale, la paziente rifiutava l'intervento. Pochi giorni dopo la dimissione, accedeva nuovamente in Pronto Soccorso per emottisi e decedeva durante la successiva ospedalizzazione.

CONCLUSIONI

Il caso evidenzia come una disfonia di nuova insorgenza, specie se associata a disfagia, possa rappresentare il primo segno clinico di una patologia aortica rapidamente evolutiva, richiedendo sospetto diagnostico tempestivo, valutazione multidisciplinare e pianificazione condivisa delle cure.

Bibliografia

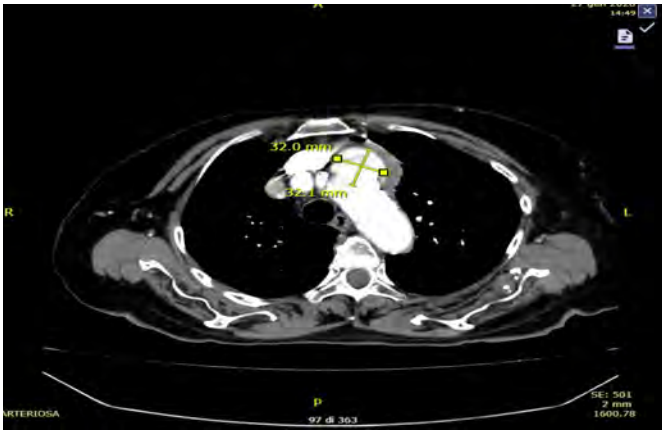
Hu Q, Kong L, Zhou Y, et al. Hoarseness as a presenting symptom of Ortner's syndrome: two rare cardiovascular cases with an otolaryngology-first presentation and literature review. Ear Nose Throat J. Published online October 1, 2025:1455613251382348.

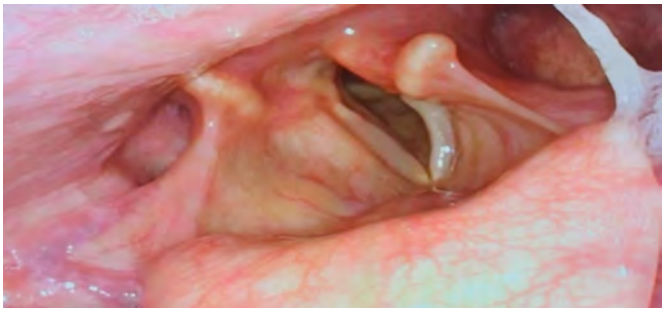
Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-186.

Mulpuru SK, Vasavada BC, Punukollu GK, et al. Cardiovocal syndrome: a systematic review. Heart Lung Circ. 2008;17(1):1-4.

Palanisamy V, Doshi KS, Tengku Nun Ahmad TE, et al. Ortner's syndrome: a cause of unilateral vocal cord paralysis. Global Journal of Medical and Clinical Case Reports. 2017;4(3):069-071.

Yuan SM. Hoarseness due to aortic arch aneurysms. Braz J Cardiovasc Surg. 2020;35(6):970-976.





ESORDIO DI GRANULOMATOSI EOSINOFILA CON POLIANGIOITE IN PAZIENTE ANZIANO MULTIMORBIDO: A CASE REPORT

Raffaello Margani[1], Nicola Becchetti[2], Gianluca Bianco[1], Ottavio Scarano[2], Claudia Amolini[2], Stefano Andreoli[2], Claudia Capelli[1], Francesca Manzoni[2], Silvia Ramorino[1], Alessandra Marengoni[1], Alberto Zucchelli[1]

[1] Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia - [2] SC Geriatria, Presidio Ospedaliero di Montichiari (BS), ASST Spedali Civili, Brescia

INTRODUZIONE

La granulomatosi eosinofila con poliangioite (EGPA) è una vasculite dei piccoli-medi vasi caratterizzata da asma, rinite, poliposi nasale ed eosinofilia. Si manifesta principalmente tra i 40-50 anni e presenta un'incidenza di 2.15 casi per milione di persone/anno. In questo case report presentiamo l'esordio di malattia in età tardiva in una paziente anziana multimorbida.

CASO CLINICO

Donna di 84 anni, autonoma al domicilio, affetta da asma grave esordito in età avanzata con frequenti riacutizzazioni in terapia monoclonale con Benralizumab e in triplice terapia inalatoria, cardiopatia ipertensiva a frazione d'eiezione conservata, infezione HBV-relata in terapia antivirale, gozzo multinodulare, osteoporosi e glaucoma. Giungeva alla nostra osservazione per lesioni purpuriche agli arti associate a deficit di forza e sensibilità, insorte dopo la somministrazione della vaccinazione anti-Streptococcus pneumoniae e anti-HZV, e associato peggioramento dello stato generale di salute nelle tre settimane successive alla immunizzazione. Durante la permanenza in Pronto Soccorso venivano eseguiti esami ematochimici, che evidenziavano un incremento dei valori di creatinchinasi, proteina C-reattiva, enzimi epatici e markers di miocardionecrosi. Venivano inoltre richieste consulenze dermatologica, nefrologica e neurologica, che orientavano concordemente per una neuropatia acuta su verosimile base vasculitica. Su indicazione reumatologica, previo nullaosta infettivologico, veniva somministrato metilprednisolone per via endovenosa e successivamente ricoverata presso il nostro reparto. In degenza si confermava il sospetto di EGPA con positività ad alto titolo agli anticorpi anca-MPO, con coinvolgimento cutaneo e neuromuscolare, confermato dall'elettromiografia, per cui su indicazione reumatologica si avviava prednisone per via orale ad alto dosaggio. A completamento, si richiedeva TC torace, con riscontro di aree consolidative del parenchima polmonare associate ad alterazioni "ground glass". Per tale motivo, la paziente veniva sottoposta a broncoscopia con lavaggio broncoalveolare. L'esame citologico risultava indicativo di alveolite neutrofila, mentre gli esami colturali mostravano isolamento di Staphylococcus aureus meticillino-sensibile. Alla luce del quadro di immunosoppressione, veniva pertanto avviata terapia antibiotica mirata con cefazolina. In considerazione del progressivo miglioramento clinico, si procedeva a graduale decalage della terapia steroidea, con beneficio. La paziente veniva infine dimessa presso un centro riabilitativo, con indicazione a successivo follow-up reumatologico.

CONCLUSIONI

La presenza di asma ad esordio tardivo associato ad insorgenza acuta di altre manifestazioni tipiche, cutanea e nervosa, devono condurci al sospetto clinico di EGPA, anche se malattia rara e poco frequente in età geriatrica. L'esordio a breve distanza dalla somministrazione di una vaccinazione, già segnalata da altri case report, potrebbe essere utile come spunto per l'esecuzione di ulteriori studi volti a individuare un eventuale nesso di causalità.

Bibliografia

Groh M, Pagnoux C et al. Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss) (EGPA) Consensus Task Force recommendations for evaluation and management. Eur J Intern Med. 2015 Sep;26(7):545-53.

FATIGUE, AFFATICABILITÀ MUSCOLARE E CAPACITÀ INTRINSECA: STUDIO OSSERVAZIONALE TRASVERSALE E LONGITUDINALE NELLA COORTE INSPIRE-T

Anna Ronca[1], Jérémy Raffin[2], Federico Bellelli[2], Davide Angioni[2], Daisuke Matsumoto[3], Marco Proietti[4], Yves Rolland[2], Bruno Vellas[2], Philipe De Souto Barreto[2]

[1] Unità di Cure Subacute, IRCCS Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Milano - [2] IHU Health Age, Toulouse, France - [3] Department of Physical Therapy, Faculty of Health Sciences, Kio University, Nara, Japan - [4] Unità di Cure Subacute Cardiogeriatriche, IRCCS Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Milano

SCOPO DEL LAVORO

La fatigue rappresenta un sintomo altamente prevalente nella popolazione generale, associato a esiti clinici sfavorevoli; tuttavia, la sua relazione con la capacità intrinseca (CI) rimane ancora poco caratterizzata. L'obiettivo primario del presente studio è valutare le associazioni, sia trasversali sia longitudinali, tra la fatigue e la CI, nonché i suoi domini. Gli obiettivi secondari sono

quelli di esaminare il ruolo moderatore dell'età, del sesso e dell'invecchiamento biologico. Un'analisi esplorativa esamina, inoltre, il ruolo della faticabilità muscolare (FM) come misura oggettiva del costrutto della fatigue.

MATERIALI E METODI

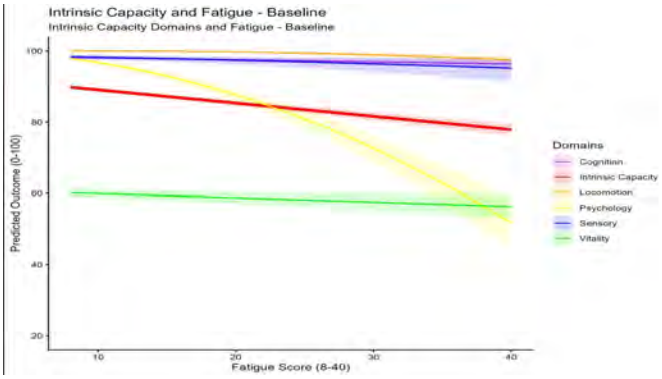
Sono stati inclusi 978 adulti residenti in comunità (età media 61 ± 18,7 anni; 61% donne) appartenenti alla coorte INSPIRE-T. I domini della CI sono stati valutati mediante gli strumenti raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): cognizione (Mini-Mental State Examination), locomozione (Short Physical Performance Battery), stato psicologico (Patient Health Questionnaire per la depressione), funzione sensoriale (tabella ottotipica semplificata dell'OMS e Whisper test) e vitalità (forza massima sviluppata all'handgrip). Ciascun dominio è stato riscalato su una scala da 0 a 100 (punteggi più elevati indicano una performance migliore) e il punteggio complessivo di CI è stato calcolato come media dei punteggi dei singoli domini. La fatigue è stata valutata mediante la scala PROMIS Short-Form Fatigue, mentre la FM è stata misurata in un sottocampione (n = 260) mediante il numero di ripetizioni di estensioni isometriche del ginocchio fino al raggiungimento di un declino al 50% della forza massima.

RISULTATI

Una maggiore fatigue basale è risultata associata trasversalmente a un punteggio inferiore della CI complessiva e dei relativi domini. Nelle analisi longitudinali, la fatigue è risultata associata a una riduzione della CI complessiva e del dominio psicologico. L'associazione con il dominio psicologico è risultata più marcata nelle donne al basale, mentre l'età cronologica e biologica hanno moderato rispettivamente le associazioni trasversali e longitudinali con la CI e con il dominio della locomozione. La FM non ha mostrato associazioni significative con la CI o con i suoi domini, ad eccezione di un'associazione negativa con il dominio psicologico nelle donne.

CONCLUSIONI

La fatigue rilevata al basale è risultata associata a una minore CI sia al momento della valutazione iniziale sia durante il periodo di follow-up. I fattori correlati all'invecchiamento sembrano influenzare tali associazioni, suggerendo che i processi di invecchiamento biologico possano contribuire al legame tra la fatigue e specifici domini della CI. L'identificazione e il trattamento della fatigue come potenziali strategie per prevenire il declino della CI meritano, quindi, ulteriori approfondimenti.



FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA COME PRESENTAZIONE DI LINFOADENITE GRANULOMATOSA NECROTIZZANTE ASSOCIATA A RIATTIVAZIONE DI EBV IN UN PAZIENTE MULTIMORBIDO E FRAGILE

Martino Secchi, Aurora Scavelli, Nastassia Carmelina Garo, Antonella Risoli, Vincenzo Brandi, Francesca Ciciarello, Francesco Landi

Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma

INTRODUZIONE

La febbre di origine sconosciuta (FUO) rappresenta una sfida diagnostica che richiede un approccio sistematico volto a escludere cause infettive, autoimmuni e neoplastiche. Le linfoadeniti granulomatose necrotizzanti costituiscono un gruppo eterogeneo di condizioni, frequentemente associate ad infezioni, malattie infiammatorie o disordini linfoproliferativi. L'associazione con riattivazione di Epstein-Barr virus (EBV) rappresenta una condizione rara e di difficile inquadramento diagnostico.

CASO CLINICO

Paziente adulto, 47 anni, multimorbido e fragile affetto da depressione maggiore, pregressa sifilide orale trattata e giardiasi intestinale. Dall'inizio del 2025 avviato iter per ipereosinofilia persistente; escluse cause secondarie (allergiche, infettive, autoimmuni, endocrine ed ematologiche), veniva diagnosticata la sindrome ipereosinofilica idiopatica ed iniziata terapia con Benralizumab con normalizzazione della conta eosinofilica.
Ad agosto 2025, per la complessità e fragilità, il paziente veniva ricoverato in un reparto geriatrico per febbre persistente, diarrea e malessere generale. All'obiettività si rilevavano prurito, addome disteso e linfoadenopatia ascellare destra, in assenza di epatosplenomegalia.

Le emocolture risultavano ripetutamente negative. Gli approfondimenti gastroenterologici (EGDS e colonscopia con biopsie) mostravano discreto infiltrato flogistico aspecifico. Le coprocolture risultavano negative.
La TC e successivamente la PET-TC evidenziavano diffuse linfoadenopatie sopra- e sottodiaframmatiche ipercaptanti, con inversione del rapporto di captazione epato-splenico. Nel sospetto di patologia linfoproliferativa venivano eseguiti esami osteomidollari che escludevano clonalità ematologica, documentando solo un infiltrato reattivo con singolo granuloma epitelioide associato ad infiltrato linfocitario interstiziale polimorfo.
L'agobiopsia del linfonodo ascellare mostrava multipli granulomi con micronecrosi centrale, presenza di immunoblasti (CD20+; CD79a+; bcl6+; MUM1+; Oct2+; CD30+; CD15-) focalmente EBER positivi e quadro compatibile con linfoadenite granulomatosa necrotizzante associata a infezione da EBV. La revisione istologica confermava granulomatosi cronica necrotizzante suppurativa con segni di riattivazione virale. Venivano escluse le principali eziologie mediante indagini microbiologiche, molecolari e istochimiche. La viremia EBV risultava persistentemente positiva.
Per persistenza dell'attività metabolica linfonodale veniva intrapreso trattamento con Rituximab settimanale per quattro settimane, ottenendo completa risposta metabolica alla PET e risoluzione della febbre.

CONCLUSIONI

Il caso evidenzia la complessità della FUO in pazienti immunomodulati fragili e il ruolo chiave dell'integrazione tra imaging, istologia e virologia. La linfoadenite granulomatosa necrotizzante EBV-correlata va considerata nelle linfoadenopatie febbrili persistenti in questi contesti.

Bibliografia

Cohen JI. Epstein-Barr virus infection. N Engl J Med. 2000.
Klion AD. Approach to the patient with suspected hypereosinophilic syndrome. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2022.

NEFROLOGIA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

QUANDO IL CALCIO SCOMPARE: GRAVE DISIONIA MULTIFATTORIALE IN UNA NEFROTRAPIANTATA IN TERAPIA CON DENOSUMAB

Patrizia Di Gregorio, Francesca Lubian, Maria Grazia Tabbì

Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Bolzano

INTRODUZIONE

I pazienti anziani nefrotrapiantati rappresentano una popolazione particolarmente fragile, nella quale infezioni acute, polifarmacoterapia e alterazioni del metabolismo minerale possono determinare gravi squilibri elettrolitici. Il denosumab, farmaco ampiamente utilizzato nel trattamento dell'osteoporosi, è associato a un aumentato rischio di ipocalcemia nei soggetti con insufficienza renale cronica e nei trapiantati. Presentiamo un caso di grave disionia multifattoriale in paziente nefrotrapiantata.

CASO CLINICO

Donna di 73 anni, nefrotrapiantata, in terapia immunosoppressiva e recentemente trattata con denosumab per osteoporosi, giungeva in Pronto Soccorso per decadimento generale, diarrea e episodio lipotimico.
All'ingresso si riscontravano disidratazione clinica e tremori fini. Gli esami ematochimici documentavano iponatremia severa, ipocalcemia, ipokaliemia, ipomagnesiemia, acidosi metabolica e peggioramento della funzione renale rispetto ai valori abituali. La radiografia del torace evidenziava una polmonite medio-basale destra. Veniva immediatamente avviata correzione delle alterazioni elettrolitiche mediante infusioni di soluzione salina, calcio gluconato, bicarbonato e supplementazioni mirate, unitamente a terapia antibiotica empirica. L'ecografia toracica mostrava versamento pleurico sinistro con edemi declivi, rendendo necessario trattamento diuretico.
Durante il ricovero si osservava un marcato incremento del paratormone, compatibile con una risposta secondaria all'ipocalcemia e verosimilmente correlato alla recente somministrazione di denosumab, confermando l'origine multifattoriale del quadro clinico. Contestualmente veniva diagnosticata anemia sideropenica, trattata con ferro endovena.
Il progressivo miglioramento clinico si accompagnava alla normalizzazione degli elettroliti e al ritorno della creatinina ai valori basali. La persistenza di ipomagnesiemia motivava ulteriori approfondimenti mediante raccolta urinaria delle 24 ore, orientando verso un insufficiente apporto piuttosto che perdite renali. La paziente veniva quindi dimessa in buone condizioni generali con supplementazione orale e follow-up nefrologico programmato.

CONCLUSIONI

Il caso evidenzia come nel paziente geriatrico nefrotrapiantato eventi apparentemente comuni, quali diarrea e infezione respiratoria, possano precipitare severe alterazioni elettrolitiche in presenza di fattori predisponenti farmacologici e metabolici. Il denosumab deve essere considerato tra le possibili cause di ipocalcemia clinicamente rilevante nei soggetti fragili. Un approccio integrato tra Medicina d'Urgenza, Nefrologia e Geriatria ha consentito il rapido riconoscimento dell'eziologia del quadro e il recupero completo della funzione renale ed elettrolitica, evitando complicanze potenzialmente gravi.

Bibliografia

Bone HG, Bolognese MA, Yuen CK, et al. Effects of denosumab on bone mineral density and bone turnover. J Clin Endocrinol Metab. 2008;93:2149-2157.

Evenepoel P, Cunningham J, Ferrari S, et al. European Consensus Statement on the diagnosis and management of osteoporosis in CKD G4-G5D. Nephrol Dial Transplant. 2021;36:42-59.

KDIGO Clinical Practice Guideline for CKD-MBD. Kidney Int Suppl. 2017;7:1-59.

NEUROLOGIA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

EPILESSIA A ESORDIO TARDIVO NELLA SINDROME DI STURGE-WEBER: UN'INSIDIA DIAGNOSTICA NELL'ANZIANO

Elisabetta Serafini[1], Antonella Risoli[1], Daniele Pellerani[2], Giorgio Ozino Caligaris[2], Giovanni Artuso[2], Letizia Alessandrini[2], Manuela Antocicco[1], Michele Ciaburri[1], Giuseppe Zuccalà[2], Francesco Landi[2]

[1] Dipartimento di Geriatria, Ortopedia e Reumatologia, Fondazione Policlinico Agostino Gemelli IRCCS, Roma - [2] Dipartimento di Geriatria, Ortopedia e Reumatologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

INTRODUZIONE

La sindrome di Sturge-Weber (SWS) è una rara malattia neurocutanea, tipicamente diagnosticata in età pediatrica e fortemente associata a epilessia a esordio precoce. Le presentazioni a esordio tardivo sono infrequenti e possono essere trascurate negli adulti anziani, soprattutto nel contesto della vulnerabilità cerebrale legata all'età, con conseguente ritardo diagnostico e possibile errata classificazione come patologia neurologica acquisita.

CASO CLINICO

Uomo di 75 anni, autonomo nelle attività della vita quotidiana e cognitivamente integro, con malformazione capillare congenita in sede zigomatica sinistra (port-wine stain) che ha presentato crisi epilettiche ricorrenti e deficit neurologici transitori a partire dall'età di 63 anni, inizialmente interpretati come eventi vascolari o epilettici di origine non definita. Nel dicembre 2025 è stato ricoverato per un episodio della durata di circa due ore di afasia ed emiparesi destra, associato a disorientamento, febbre e diarrea. È stata riscontrata una concomitante infezione da Campylobacter, identificata come possibile fattore scatenante. Il neuroimaging ha infine condotto alla diagnosi di sindrome di Sturge-Weber: la RM encefalo T1 con mezzo di contrasto ha mostrato infatti la presenza di malformazioni vascolari cerebrali (ectasia delle vene cortico piali e struttura venosa ipertrofica lungo la superficie ependimale, con drenaggio nella vena cerebrale interna sinistra ipertrofica). Tale condizione inizialmente non era stata riconosciuta nonostante la presenza di segni cutanei caratteristici di lunga data.

CONCLUSIONI

Nell'anziano è complesso distinguere eventi epilettici da attacchi ischemici transitori, alterazioni metaboliche o delirium e le infezioni sistemiche possono precipitare crisi epilettiche e deficit neurologici transitori. Le patologie neuro-cutanee congenite non dovrebbero essere escluse nella valutazione dell'epilessia a esordio tardivo nell'anziano. Anomalie vascolari congenite possono rimanere clinicamente silenti fino alla tarda età adulta, quando stressor sistemici e fragilità rendono evidente una ridotta riserva cerebrale e precipitano manifestazioni neurologiche. Questo caso sottolinea il rischio di ritardo diagnostico e l'importanza di integrare nella valutazione neurologica elementi clinici presenti per tutta la vita, come i marcatori cutanei, soprattutto nel cervello che invecchia, al fine di evitare diagnosi errate e gestione inappropriata.

Bibliografia

Beghi E, Giussani G. Aging and the epidemiology of epilepsy. Neuroepidemiology. 2018;51(3-4):216-23.

Idris M, Bhagchandani M, Kumar K, et al. New Onset of Seizures Leading to the Delayed Diagnosis of Sturge-Weber Syndrome in Adulthood: A Case Report. Cureus. 2025;17(7):e88825.

Sánchez-Espino LF, Ivars M, Antoñanzas J, et al. Sturge-Weber Syndrome: A Review of Pathophysiology, Genetics, Clinical Features, and Current Management Approaches. Appl Clin Genet. 2023;16:63-81.

Shirley MD, Tang H, Gallione CJ, et al. Sturge-Weber syndrome and port-wine stains caused by somatic mutation in GNAQ. N Engl J Med. 2013;368(21):1971-9.

NUOVE TECNOLOGIE E DOMOTICA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

PREDIZIONE DELLA MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA NEI PAZIENTI ANZIANI RICOVERATI IN REPARTI DI GERIATRIA PER ACUTI: UN APPROCCIO DI MACHINE LEARNING A SUPPORTO DELLA STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA

Camilla Cocchi[1], Chiara Dachena[1], Daniele Giuli[2], Angela Iurlaro[1], Maria Beatrice Zazzara[1], Federica Mammarella[1], Carlotta Masciocchi[1], Italo Penco[3], Graziano Onder[1]

[1] Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma - [2] École Polytechnique Fédérale de Lausanne, Losanna, Switzerland - [3] Fondazione Sanità e Ricerca, Roma

SCOPO DEL LAVORO

Nonostante la mortalità intraospedaliera dei pazienti anziani ricoverati in setting per acuti sia frequente, l'identificazione precoce dei soggetti a rischio rappresenta ancora una sfida. Lo studio ALGOPC ha lo scopo di sviluppare e validare internamente un algoritmo predittivo della mortalità intraospedaliera nei pazienti anziani ricoverati in regime di acuti. Infatti, una corretta stratificazione prognostica può favorire decisioni cliniche tempestive e una pianificazione assistenziale mirata.

MATERIALI E METODI

È stato sviluppato un modello predittivo mediante un'analisi secondaria dei dati della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS. Il dataset comprendeva 1.933 pazienti anziani ricoverati consecutivamente in un reparto di geriatria per acuti. L'endpoint primario era la mortalità intraospedaliera. Il dataset iniziale comprendeva 118 variabili, ridotte a 92 dopo l'esclusione delle variabili caratterizzate da un'elevata percentuale di dati mancanti o da una bassa variabilità. Il campione è stato suddiviso in un set di addestramento del modello (n = 1.506) e un set di test (n = 427). Considerato lo sbilanciamento delle classi (mortalità pari al 18,1%), sono state valutate diverse strategie di upsampling e differenti metodi di selezione delle variabili. Sono stati addestrati e confrontati molteplici algoritmi di machine learning. Complessivamente sono stati valutati 165 modelli mediante cross-validation, utilizzando come principale misura di performance l'area sotto la curva ROC (AUC). Il modello con le migliori prestazioni è stato successivamente riaddestrato sull'intero set di addestramento e valutato sul set di test indipendente.

RISULTATI

La coorte analizzata comprendeva 1.933 pazienti, con un tasso di mortalità intraospedaliera del 18,1% (n = 350). Tra i modelli testati, un albero decisionale ottimizzato mediante gradient boosting ha ottenuto le migliori prestazioni ed è stato selezionato come modello finale. Nel set di test indipendente, il modello ha raggiunto: AUC: 0,860; accuratezza complessiva: 0,810; accuratezza bilanciata: 0,700; precisione: 0,523. Le soglie di stratificazione del rischio sono state definite sulla base delle probabilità predette, identificando gruppi a basso, intermedio e alto rischio mediante valori soglia di probabilità pari a 0,152 e 0,30.

CONCLUSIONI

L'algoritmo proposto ha mostrato una buona capacità di predire la mortalità intraospedaliera nei pazienti anziani ricoverati nei reparti di geriatria per acuti. Uno strumento di questo tipo potrebbe supportare la stratificazione precoce del rischio e migliorare il processo decisionale clinico nei pazienti anziani ospedalizzati con elevata complessità assistenziale.

SVILUPPO DI MODELLI DI MACHINE LEARNING PER VALUTARE L'AFFIDABILITÀ NELLA STIMA DELLA MASSA SCHELETRICA MUSCOLARE APPENDICOLARE TRAMITE BIOIMPEDENZIOMETRIA

Bruno Micael Zanforlini[1], Alessandro Perencin[1], Paolo Rollo[1], Nicolò Biasetton[2], Giorgia Longo[3], Elena Barzizza[2], Chiara Curreri[1], Anna Bertocco[1], Chiara Ceolin[1], Giuseppe Sergi[1], Luigi Salmaso[2], Marina De Rui[1]

[1] Unità di Geriatria, Dipartimento di Medicina (DIMED), Università di Padova - [2] Dipartimento di Tecnica e Gestione dei Sistemi Industriali, Università di Padova - [3] Dipartimento di Medicina (DIMED), Università di Padova

Figure 1. Prestazioni predittive dei modelli relativi al Set 1

Model	Accuracy	Sensitivity	Specificity	AUC	F1-score
Random Forest	0.643	0.724	0.547	0.653	0.688
XGBoost	0.693	0.855	0.500	0.699	0.751
SVM-RBF	**0.671**	**0.763**	**0.563**	**0.720**	**0.716**
Neural Network	0.607	0.671	0.531	0.653	0.650

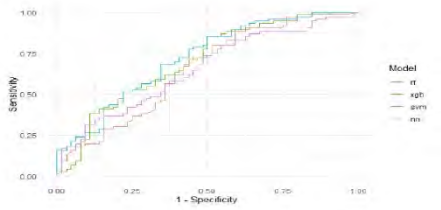


Figure 2. Prestazioni predittive dei modelli relativi al Set 2

Model	Accuracy	Sensitivity	Specificity	AUC	F1-score
Random Forest	0.630	0.667	0.587	0.689	0.662
XGBoost	0.674	0.760	0.571	0.730	0.717
SVM-RBF	0.717	0.800	0.619	0.735	0.755
Neural Network	**0.659**	**0.680**	**0.635**	**0.745**	**0.685**

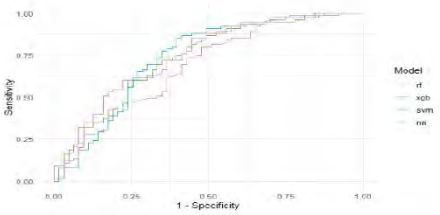
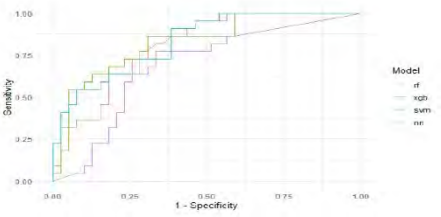


Figure 3. Prestazioni predittive dei modelli relativi al Set 3

Model	Accuracy	Sensitivity	Specificity	AUC	F1-score
Random Forest	0.705	0.636	0.744	0.809	0.609
XGBoost	0.754	0.727	0.769	0.828	0.681
SVM-RBF	**0.738**	**0.591**	**0.821**	**0.830**	**0.619**
Neural Network	0.672	0.682	0.667	0.686	0.600



SCOPO DEL LAVORO

La stima della massa muscolare scheletrica appendicolare (Appendicular Skeletal Muscle Mass, ASMM) mediante bioimpedenziometria (BIA) è tra i metodi raccomandati dalle linee guida per la sarcopenia. Tuttavia, l'accuratezza delle equazioni predittive risulta ridotta nei soggetti affetti da patologie croniche e comorbidità. Lo studio mira a sviluppare modelli di Machine Learning (ML) in grado di identificare i pazienti nei quali la stima dell'ASMM ottenuta mediante l'equazione validata risulta sufficientemente accurata rispetto al gold standard (DXA).

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale trasversale comprendente 701 soggetti caucasici di età ≥65 anni di cui 550 soggetti sani e 151 pazienti ambulatoriali affetti da fibrillazione atriale, malattia di Alzheimer o di Parkinson. L'ASMM misurata mediante DXA è stata usata come riferimento. Una differenza assoluta tra ASMM-BIA e ASMM-DXA ≤1,14 kg (errore standard dell'equazione originale) definiva una stima accurata. Sono stati sviluppati cinque algoritmi di ML (Random Forest, XGBoost, Support Vector Machine, regressione logistica e Neural Network) utilizzando tre set progressivi di predittori che includevano variabili antropometriche, parametri bioimpedenziometrici, forza di presa e circonferenze segmentali. I dati sono stati suddivisi in training set (80%) e test set (20%) con campionamento stratificato; l'ottimizzazione degli iperparametri è avvenuta mediante cross-validation 10-fold ripetuta. Le prestazioni sono state valutate sul test set indipendente mediante AUC, accuratezza, sensibilità e specificità.

RISULTATI

La differenza assoluta mediana tra ASMM-BIA e ASMM-DXA è risultata significativamente inferiore nei soggetti sani rispetto ai pazienti ambulatoriali (0,81 vs 2,37 kg; $p < 0,001$). La percentuale di stime accurate si è ridotta dal 62,4% nei soggetti sani al 25,2% nei pazienti con patologie croniche. Tutti gli algoritmi hanno mostrato una capacità discriminativa moderata-buona, con miglioramento progressivo all'aumentare delle variabili incluse. I migliori risultati sono stati ottenuti con Support Vector Machine nel modello completo (n = 308), con AUC nel test set pari a 0,87 e accuratezza del 70%. La forza di presa e le circonferenze segmentali hanno fornito un contributo significativo al miglioramento del modello predittivo.

CONCLUSIONI

L'integrazione di algoritmi di ML alle tradizionali equazioni BIA consente di stimare l'affidabilità del valore di ASMM ottenuto al letto del paziente, permettendo di accettare o rifiutare tale valore. Ciò rafforza la fiducia dell'operatore nelle decisioni cliniche basate su tale metodica.

Bibliografia

Campa F, et al. High-standard predictive equations for estimating body composition using bioelectrical impedance analysis: a systematic review. J Transl Med. 2024;22:515.

Cruz-Jentoft AJ, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48:16-31.

Olshvang D, et al. Predictive modeling of lean body mass and appendicular skeletal muscle mass using machine learning techniques. PLoS One. 2024;19:e0309830.

Prado CM, et al. Advances in muscle health and nutrition: a toolkit for healthcare professionals. Clin Nutr. 2022;41:2244-2263.

Sergi G, et al. Assessing appendicular skeletal muscle mass with bioelectrical impedance analysis in free-living Caucasian older adults. Clin Nutr. 2015;34:667-673.

NUTRIZIONE E MALNUTRIZIONE CLINICA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

APPORTO PROTEICO IN DIFFERENTI PATTERN NUTRIZIONALI E DECLINO DELLA FUNZIONALITÀ FISICA NEGLI ANZIANI: STUDIO LONGITUDINALE A 6 ANNI

Flavia Mauro[1], Luigi Ferrucci[2], Stefania Bandinelli[3], Raffaele Antonelli Incalzi[4], Claudio Pedone[5], Diana Lelli[5]

[1] Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università Campus Biomedico, Roma - [2] National Institute on Aging, Baltimore, MD - [3] Azienda USL Toscana Centro, Firenze - [4] UOR Medicina Interna, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma; UR Geriatria, Università Campus Bio-Medico, Roma - [5] UOR Geriatria, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma; UR Geriatria, Università Campus Bio-Medico, Roma

SCOPO DEL LAVORO

Le proteine svolgono un ruolo importante nel mantenimento della massa muscolare, tuttavia, l'effetto sulla funzionalità fisica nel complesso rimane incerto. Sebbene numerosi studi mostrino una associazione tra introito proteico e funzione muscolare, le evidenze sulla relazione con la funzione fisica rimangono contrastanti [1-2]. In base a questo è stata formulata l'ipotesi che la funzionalità fisica sia maggiormente influenzata dal modello alimentare complessivo piuttosto che dalla sola quota proteica [3-4]. Lo scopo dello studio è stato quindi quello di identificare pattern dietetici basati su macronutrienti e valutare l'andamento della funzione fisica nei vari pattern.

MATERIALI E METODI

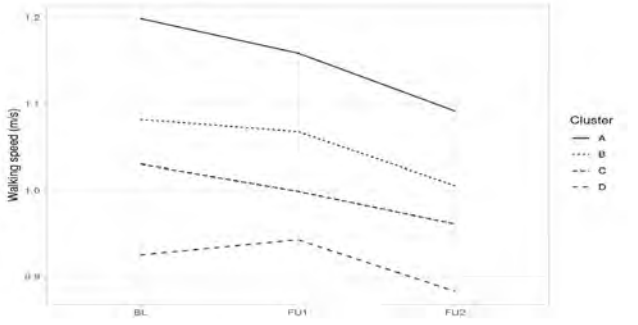
Sono stati analizzati i dati della coorte InCHIANTI. L'alimentazione al basale è stata valutata tramite questionario validato EPIC per frequenza di consumo alimentare e i pattern identificati mediante k-means clustering sui macronutrienti. La funzione fisica è stata misurata tramite walking speed (WS) a 0, 3 e 6 anni.

RISULTATI

Sono stati inclusi 1019 pazienti con età media di 74 anni. L'analisi dei cluster non hanno evidenziato differenze qualitative ma ha generato 4 gruppi che si differenziavano da un punto di vista quantitativo, con un range di apporto energetico da 40 kcal/kg/die (gruppo A) a 21 kcal/kg/die (gruppo D) e di proteine da 1,56 g/kg/d (gruppo A) a 0,84 g/kg/die (gruppo D). I livelli di performance al basale erano proporzionali all'introito nutrizionale, tuttavia le traiettorie di declino della WS sono risultate sovrapponibili, senza evidenza di differenze significative nella riduzione del WS tra i clusters nel corso del follow-up.

CONCLUSIONI

I profili dietetici identificati sono basati sulla quantità ma non sulla composizione generale della dieta in termini di macronutrienti e risultano associati a differenze della funzione fisica al basale ma non alla sua traiettoria nel tempo. In particolare, il cluster A caratterizzato da un più elevato introito energetico e proteico comprendeva anche soggetti più giovani (70 anni in media) di cui un 33% donne, mentre il cluster D caratterizzato da apporti più bassi era anche costituito da partecipanti più anziani con una medica 78 anni e per il 77% di sesso



Characteristic	A N = 92[1]	B N = 271[1]	C N = 394[1]	D N = 262[1]
Age	70 (5)	74 (6)	75 (7)	78 (8)
Gender	30 (33%)	105 (39%)	230 (58%)	203 (77%)
Body Mass Index (kg/m²)	27.8 (4.3)	27.5 (3.5)	27.4 (4.3)	27.2 (4.4)
Energy intake (KCal/kg)	40 (8)	33 (6)	27 (6)	21 (6)
Protein intake (g/kg)	1.56 (0.29)	1.27 (0.26)	1.08 (0.23)	0.84 (0.22)
Animal/vegetal protein ratio	2.05 (0.89)	1.61 (0.57)	1.88 (0.62)	1.96 (0.80)
Total Protein (g/day)	114 (13)	88 (10)	72 (9)	52 (9)
Animal Protein (g/day)	74 (13)	53 (11)	46 (9)	34 (8)
Vegetable Protein (g/day)	40 (12)	35 (7)	26 (5)	19 (5)
Total Lipids (g/day)	104 (15)	77 (10)	61 (9)	43 (9)
Animal Lipids (g/day)	57 (13)	37 (9)	32 (8)	23 (7)
Vegetable Lipids (g/day)	47 (13)	40 (11)	30 (8)	20 (6)
Available Carbohydrates (g/day)	369 (94)	303 (59)	233 (42)	174 (38)
Dietary Fibre (g/day)	26.3 (6.1)	23.7 (4.4)	18.5 (3.4)	14.4 (3.9)

[1] Mean (SD); n (%)

femminile. L'omogeneità dei pattern ha rappresentato un limite, poiché non ha consentito di valutare l'effetto di modelli dietetici qualitativamente differenti sulla performance fisica. Le differenze al basale suggeriscono che l'esposizione nutrizionale nel corso della vita influenzi il livello funzionale raggiunto in età avanzata più che la velocità del successivo declino. Nel complesso, i risultati sono coerenti con la letteratura e indicano che il modello alimentare potrebbe essere più rilevante del solo apporto proteico e che eventuali interventi nutrizionali potrebbero risultare più efficaci se avviati nelle fasi precedenti della vita [5].

Bibliografia

1. Coelho-Junior H, et al. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(14):8718.
2. Coelho-Júnior HJ, Marzetti E. npj Aging. 2026;12(1):68.
3. Bizzozero K, et al. Adv Nutr. 2022;13(6):2195-2206.
4. Bollwein J, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013;68(4):483-489.
5. Coelho-Júnior HJ, et al. Ageing Res Rev. 2022;81:101731.

GESTIONE ETICO-ASSISTENZIALE DELLA NUTRIZIONE ENTERALE NEL PAZIENTE GERIATRICO CON DISFAGIA ASSOLUTA: EQUILIBRIO TRA CONTINUITÀ DELLE CURE E QUALITÀ DI VITA

Silvia Mignani, Nathalie Picariello, Giuliana Lo Monaco, Anna Loporto, Giuseppe Civardi, Alessia Medioli, Xhesjan Stojku, Nawal Loubadi, Katia Barbarino

Casa di Cura Sant'Antonino, Piacenza

INTRODUZIONE

La gestione della nutrizione enterale nel paziente geriatrico fragile con disfagia severa rappresenta una problematica clinica, assistenziale ed etica complessa. In presenza di ripetute autorimozioni del sondino nasogastrico (SNG), risulta fondamentale bilanciare appropriatezza terapeutica, tutela della dignità della persona e continuità delle cure, attraverso un approccio multidisciplinare condiviso con i familiari.

CASO CLINICO

Caso clinico di paziente di 89 anni trasferito presso reparto di lungodegenza dopo ricovero per polmonite ab ingestis da pneumococco. In anamnesi: anemia sideropenica da ulcere duodenali e gastroduodenite acuta, epilessia in encefalopatia vascolare cronica e malnutrizione calorico-proteica. Durante il precedente ricovero veniva eseguita valutazione otorinolaringoiatrica con diagnosi di disfagia assoluta e indicazione a nutrizione enterale tramite SNG, successivamente confermata nel nostro reparto da consulenza logopedica. Durante la degenza il paziente manifestava persistenti autorimozioni del SNG, rendendo necessario il frequente riposizionamento da parte del personale infermieristico. L'équipe medico-infermieristica avviava pertanto un confronto con i familiari riguardo l'eventuale utilizzo di contenzioni fisiche agli arti superiori per garantire la prosecuzione terapeutica, proposta non condivisa dai caregiver. Il ripetuto riposizionamento del SNG, pur necessario alla continuità terapeutica, esponeva il paziente a disagio, stress procedurale e potenziali complicanze traumatiche. Attraverso un processo decisionale multidisciplinare e condiviso veniva quindi individuato il posizionamento di gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) quale scelta clinicamente ed eticamente più appropriata, finalizzata alla prosecuzione del trattamento nutrizionale, alla riduzione delle manovre invasive ripetute e a una migliore gestione domiciliare, pur nel contesto di progressivo scadimento delle condizioni generali.

CONCLUSIONI

Il caso evidenzia la complessità assistenziale ed etica nella gestione del paziente geriatrico fragile con disfagia severa. Anche in presenza di condizioni cliniche compromesse, il mantenimento di un adeguato supporto nutrizionale rappresenta un intervento terapeutico orientato non a finalità palliative, ma alla continuità delle cure e al mantenimento della migliore qualità di vita possibile. La collaborazione tra équipe sanitaria e familiari risulta fondamentale per individuare strategie proporzionate e condivise, orientate alla tutela della dignità del paziente e alla riduzione del rischio di complicanze correlate ai trattamenti invasivi ripetuti.

Bibliografia

ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019.

Finucane TE, et al. Tube feeding in patients with advanced dementia. JAMA. 1999.

SIGG. Linee guida sulla nutrizione nel paziente anziano fragile.

SINPE. Linee guida per la nutrizione artificiale nel paziente geriatrico.

Volkert D, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2022.

RISCHIO LEGATO ALL'OBESITÀ NELL'ANZIANO: VALORE PROGNOSTICO DEL BODY ROUNDNESS INDEX

Raffaella Selleri[1], Diana Lelli[1], Claudio Pedone[1], Luigi Ferrucci[2], Stefania Bandinelli[3], Raffaele Antonelli Incalzi[1]

[1] Università Campus Bio-Medico di Roma - [2] Intramural Research Program, National Institute on Aging, National Institutes of Health, Baltimore - [3] ASL Toscana Centro, Firenze

SCOPO DEL LAVORO

La relazione tra obesità, rischio cardiovascolare e mortalità è ben documentata nella popolazione adulta [2]. Nell'anziano, il "paradosso dell'obesità" descrive l'associazione tra BMI compatibili con sovrappeso o lieve obesità e una riduzione della mortalità [2]: ciò è attribuito alle modificazioni della composizione corporea e ai limiti del BMI, che né distingue tra massa grassa e magra né valuta la distribuzione dell'adiposità. Si raccomanda di integrarlo con misure antropometriche in grado di identificare l'adiposità centrale [3]: il Body Roundness Index (BRI), derivato da circonferenza vita e altezza, viene proposto come marcatore più accurato [1]. Sebbene associato a mortalità ed eventi cardiovascolari nella popolazione generale [4,5], il suo valore prognostico negli anziani rimane poco definito. Scopo dello studio è valutare l'associazione tra BRI e mortalità cardiovascolare e per tutte le cause in anziani residenti in comunità.

MATERIALI E METODI

I dati provengono dallo studio InCHIANTI, coorte osservazionale di anziani residenti in comunità nell'area del Chianti (Toscana). Sono stati inclusi soggetti di età ≥65 anni con misurazioni di circonferenza vita e altezza. Il BRI è stato calcolato secondo la formula di Thomas et al. [1] e i partecipanti suddivisi in quartili di BRI. Outcome primario: mortalità per tutte le cause; outcome secondario: mortalità cardiovascolare (ICD-9 390-459). L'associazione tra BRI e mortalità è stata valutata con curve di Kaplan-Meier, test del log-rank e modelli di Cox aggiustati per età, sesso, istruzione, fumo, ipertensione, diabete, funzione renale e attività fisica. Sono state effettuate analisi nei sottogruppi con BMI ≥ 25 e ≥ 27 kg/m^2, soglia proposta per identificare più accuratamente l'obesità negli anziani [3].

RISULTATI

Sono stati inclusi 954 partecipanti (età media 74,3 anni; 55,4% donne). I quartili più elevati di BRI presentavano una maggiore prevalenza di diabete, ipertensione, sindrome metabolica e ridotta attività fisica (Fig. 1). Nella popolazione totale, il BRI non è risultato associato alla mortalità per tutte le cause (Fig. 2, Tab. 1) né a quella cardiovascolare (Fig. 2, Tab. 2). Nei soggetti con BMI ≥ 27 kg/m^2, invece, il quartile più elevato di BRI era associato a un rischio di morte per tutte le cause oltre doppio rispetto al quartile più basso (Fig. 2, Tab. 1).

Fig 1. General characteristics of the population

	BRI Q1 [1.42,4.49] Mean (SD) or N (%) N: 238	BRI Q2 (4.49,5.34] Mean (SD) or N (%) N: 239	BRI Q3 (5.34,6.38] Mean (SD) or N (%) N: 235	BRI Q4 (6.38,11.2] Mean (SD) or N (%) N: 237
Age (years)	74.39 (7.04)	73.63 (6.85)	73.84 (6.28)	75.31 (7.01)
Sex (female)	132 (55.5)	114 (47.7)	111 (47.2)	170 (71.7)
COPD	20 (8.4)	29 (12.1)	28 (11.9)	26 (11.0)
Diabetes	20 (8.4)	24 (10.0)	31 (13.2)	41 (17.3)
Hypertension	147 (61.8)	145 (60.7)	166 (70.6)	169 (71.3)
Low physical activity	128 (54.0)	135 (57.0)	137 (58.3)	182 (76.8)
Metabolic syndrome	9 (3.8)	36 (15.1)	63 (26.8)	120 (50.6)
Education (years)	5.82 (3.59)	5.62 (3.04)	5.34 (3.18)	4.92 (3.04)
BMI (kg/m^2)	23.44 (2.27)	26.44 (2.27)	28.31 (2.46)	31.76 (3.72)
Number of drugs	1.93 (1.77)	2.18 (1.98)	2.09 (1.89)	2.64 (2.21)
Smoke (pack/year)	11.16 (19.18)	13.65 (21.23)	15.41 (21.03)	9.62 (20.34)
Type 2 diabetes	0.09 (0.3)	0.12 (0.39)	0.15 (0.4)	0.19 (0.43)

Tab. 1. Association between BRI and all-cause mortality

	Overall N: 954		BMI ≥25 kg/m² N: 675		BMI ≥27 kg/m² N: 502	
	Crude	Adjusted	Crude	Adjusted	Crude	Adjusted
Q1						
Q2	0.92 (0.65-1.31)	0.90 (0.64-1.28)	1.31 (0.83-2.06)	1.06 (0.67-1.67)	1.87 (1.04-3.34)	1.24 (0.69-2.24)
Q3	1.11 (0.79-1.56)	1.09 (0.77-1.54)	1.48 (0.95-2.31)	0.88 (0.56-1.38)	2.04 (1.15-3.62)	1.05 (0.57-1.91)
Q4	1.36 (0.98-1.88)	1.04 (0.74-1.45)	1.90 (1.25-2.90)	1.12 (0.72-1.75)	2.97 (1.72-5.12)	2.11 (1.17-3.81)

Tab. 2. Association between BRI and cardiovascular mortality

	Overall N: 954		BMI ≥25 kg/m² N: 675		BMI ≥27 kg/m² N: 502	
	Crude	Adjusted	Crude	Adjusted	Crude	Adjusted
Q1						
Q2	1.05 (0.61-1.80)	0.97 (0.56-1.68)	0.97 (0.46-2.05)	1.02 (0.48-2.17)	1.25 (0.53-2.93)	0.86 (0.35-2.07)
Q3	0.81 (0.45-1.47)	0.80 (0.44-1.48)	1.16 (0.56-2.36)	0.67 (0.32-1.40)	1.18 (0.49-2.84)	0.69 (0.28-1.68)
Q4	1.48 (0.88-2.47)	1.04 (0.60-1.79)	1.90 (0.99-3.62)	1.07 (0.55-2.10)	2.67 (1.26-5.67)	1.88 (0.80-4.39)

CONCLUSIONI

Nei soggetti con BMI ≥ 27 kg/m², un elevato BRI identifica individui a maggior rischio di mortalità per tutte le cause, confermando il valore prognostico dell'adiposità centrale nell'anziano. Il BRI potrebbe migliorare la stratificazione del rischio e identificare i soggetti candidabili a interventi sullo stile di vita.

Bibliografia

1. Thomas DM, Bredlau C, Bosy-Westphal A, et al. Relationships between body roundness with body fat and visceral adipose tissue emerging from a new geometrical model Obesity (Silver Spring). 2013;21(11):2264-71.
2. Winter JE, MacInnis RJ, Wattanapenpaiboon N, et al. BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis. Am J Clin Nutr. 2014;99(4):875-90.
3. Di Renzo L, Itani L, Gualtieri P, et al. New BMI cut-off points for obesity in middle-aged and older adults in clinical nutrition settings in Italy: a cross-sectional study. Nutrients. 2022;14(22):4848.
4. Li Y, Zhang Y, Wang J, et al. Body roundness index and cardiovascular mortality: a systematic review and dose-response meta-analysis. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2024;34(8):1782-91.
5. Zhang H, Liu X, Wang Y, et al. Prognostic effect of body roundness index on all-cause mortality among US older adults. Front Nutr. 2025;12:17843.

ONCOLOGIA GERIATRICA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

FRAGILITÀ FISICA PRE-TRAPIANTO E OUTCOME A 12 MESI IN PAZIENTI ANZIANI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO ALLOGENICO DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE: RISULTATI PRELIMINARI DELLO STUDIO AD-ASTRA

Elisa Bottero[1], Francesca Benedetto[1], Francesca Carbonara[1], Anastasia Allais[1], Maria Grazia Lalli[1], Clara Musarò[1], Valentina Trapletti[1], Benedetta Becchis[1], Giulia Boato[1], Michele Dicataldo[2], Davide Stella[2], Carolina Secreto[2], Irene Dogliotti[2], Aurora Martin[2], Roberto Presta[1], Enrico Brunetti[1], Benedetto Bruno[2], Roberto Freilone[2], Alessandro Busca[2], Luisa Giaccone[2], Chiara Maria Dellacasa[2], Renata Marinello[1], Mario Bo[1]

[1] Geriatria U, AOU Città della Salute e della Scienza, Università di Torino - [2] SC Ematologia, AOU Città della Salute e della Scienza, Università di Torino

SCOPO DEL LAVORO

Il trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche (allo-HSCT) rappresenta un'opzione potenzialmente curativa per molte patologie oncoematologiche. Nei pazienti anziani, tuttavia, l'eterogeneità clinica richiede una stratificazione del rischio oltre età, performance status e indici ematologici. Scopo dello studio AD-ASTRA è valutare prevalenza e impatto prognostico della fragilità in pazienti ≥ 60 anni candidati ad allo-HSCT.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale prospettico monocentrico su pazienti di età ≥60 anni candidati ad allo-HSCT secondo indicazione dello specialista ematologo arruolati tra gennaio 2022 e agosto 2025. I pazienti arruolati sono stati sottoposti a Valutazione Multidimensionale Geriatrica (CGA) pre-trapianto comprensiva di fragilità fisica sec. Fried. Il follow-up è stato condotto per 12 mesi. L'associazione con la mortalità è stata valutata mediante modello di Cox aggiustato per età, sesso e autonomia funzionale.

RISULTATI

Sono stati analizzati 70 pazienti (età mediana 64,8 anni [IQR 63.0-67.2], maschi 67,1%). Secondo il fenotipo fragile di Fried il 25,7% era fit, il 60% pre-fragile e il 14,3% fragile. Alla CGA, i pazienti fragili presentavano burden di comorbidità e rischio di malnutrizione maggiori, minore autonomia funzionale e strumentale, più frequenti sintomi depressivi e peggiore qualità di vita percepita, a fronte di ECOG performance status complessivamente conservato. La sopravvivenza globale a 12 mesi è risultata del 74,3%, significativamente inferiore nei fragili rispetto ai fit/pre-fragili (50% vs 78,3%; p = 0,026), con maggiore mortalità durante il ricovero post-trapianto (40% vs 6,7%, p = 0,024). La fragilità fisica è risultata indipendentemente associata alla mortalità (HR 3,15; IC95% 1,03-9,62; p = 0,043), insieme alla ridotta autonomia funzionale (HR 0,77; IC95% 0,65-0,93; p = 0,005). Tra gli outcome secondari, l'attecchimento midollare post-trapianto è risultato significativamente inferiore nei fragili (70% vs 95%; p = 0,045).

CONCLUSIONI

Nei pazienti ≥ 60 anni sottoposti ad allo-HSCT, la fragilità fisica pre-trapianto identifica un sottogruppo a maggiore vulnerabilità clinica e si associa indipendentemente a peggiori esiti clinici a 12 mesi. I risultati supportano l'integrazione della CGA nel work-up pre-trapianto per stratificare il rischio e individuare pazienti candidabili a preabilitazione e ottimizzazione multidisciplinare.

Bibliografia

Dale W, et al. J Clin Oncol 2023;41:4293-4312.
Deschler B, et al. Bone Marrow Transplant 2018;53(5):565-575.
Wildiers H, et al. J Clin Oncol 2014;32(24):2595-603.

NEUTROPENIA FEBBRILE IMMUNO-MEDIATA ASSOCIATA A PEMBROLIZUMAB IN PAZIENTE OVER 65 AFFETTA DA CARCINOMA SQUAMOCELLULARE DELL'OROFARINGE: DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

Miriam Garaffa, Antonella Risoli, Martino Secchi, Chiara Antolini, Elisabetta Serafini, Giuseppe Zuccalà, Maria Francesca Bartolucci, Francesco Landi

Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS; Dipartimento di Scienze Geriatriche Ortopediche e Reumatologiche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

INTRODUZIONE

Il pembrolizumab, anticorpo monoclonale anti-PD-1, ha rivoluzionato il trattamento di numerose neoplasie solide grazie all'efficacia e al favorevole profilo di sicurezza. Tuttavia, può determinare eventi avversi immuno-correlati (immune-related adverse events, irAEs), tra cui le tossicità ematologiche, rare ma potenzialmente severe. La neutropenia febbrile immuno-mediata rappresenta una complicanza eccezionale (incidenza < 1%), presumibilmente sostenuta da un meccanismo autoimmune diretto contro i precursori mieloidi o i neutrofili circolanti, ed è associata a un elevato rischio di infezioni gravi. La diagnosi è essenzialmente di esclusione e richiede l'eliminazione di cause infettive, infiltrative, farmacologiche o ematologiche concomitanti.

CASO CLINICO

Donna di 83 anni affetta da carcinoma squamocellulare dell'orofaringe in trattamento con pembrolizumab. Dopo circa due settimane dal terzo ciclo di terapia, la paziente giungeva in Pronto Soccorso per febbre e tosse. Gli esami ematochimici documentavano severa neutropenia febbrile con leucociti pari a $0{,}29\times10^9$/L. La radiografia del torace evidenziava un'area di ipodiafania compatibile con focolaio broncopneumonico. Veniva prontamente avviata terapia antibiotica empirica ad ampio spettro associata a fattore di crescita granulocitario (filgrastim), con progressivo recupero della conta leucocitaria e completa risoluzione del quadro clinico. Si eseguiva a completamento agospirato che confermava il sospetto diagnostico. Sebbene la neutropenia febbrile sia una complicanza frequente della chemioterapia citotossica, la sua insorgenza durante trattamento con inibitori dei checkpoint immunitari è rara e richiede un elevato indice di sospetto clinico. Le evidenze disponibili suggeriscono un'origine autoimmune; pertanto, oltre alla sospensione dell'immunoterapia e al trattamento antibiotico empirico con G-CSF, nei casi refrattari è raccomandato l'impiego di corticosteroidi sistemici e, se necessario, di ulteriori farmaci immunosoppressori. Il caso descritto evidenzia l'importanza dell'esclusione di cause alternative di neutropenia e del rapido trattamento per ridurre il rischio di complicanze infettive potenzialmente fatali.

CONCLUSIONI

La neutropenia febbrile immuno-mediata associata a pembrolizumab rappresenta una rara ma grave tossicità ematologica. Il riconoscimento precoce, il monitoraggio ematologico e un approccio terapeutico multidisciplinare consentono una gestione efficace e possono determinare un esito favorevole. La segnalazione di ulteriori casi è necessaria per migliorare la conoscenza dell'incidenza, dei meccanismi patogenetici e delle strategie diagnostico-terapeutiche di questa rara complicanza.

Bibliografia

Kroll MH, et al. Hematologic Complications of Immune Checkpoint Inhibitors. Blood. 2022 Jun 23;139(25):3594-3604.

Ohashi T, et al. Incidence and Risk of Hematological Adverse Events Associated With Immune Checkpoint Inhibitors: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. J Hematol. 2023 Apr;12(2):66-74.

Omar NE, et al. Diagnosis and Management of Hematological Adverse Events Induced by Immune Checkpoint Inhibitors: A Systematic Review. Front Immunol. 2020 Oct 21:11:1354.

Tan A-J, et al. Hematological toxicity of immune checkpoint inhibitors: a pharmacovigilance study. BMC Cancer. 2025 Nov 28;26(1):23.

IMPORTANZA DELLA VALUTAZIONE ONCOGERIATRICA DINAMICA. CASO CLINICO DI UNA PAZIENTE ANZIANA CON ADENOCARCINOMA PANCREATICO LOCALMENTE AVANZATO: IMPATTO SUL PERCORSO TERAPEUTICO E SULLO STATO DI FRAGILITÀ - IL PDTA ONCOGERIATRIA AOU CAREGGI

Claudia Pozzi[1], Sofia Cherici[2], Marah Dolfi[3], Giuseppina Caputo[3], Bernardo Salani[1]

[1] Dirigente Medico, SOD Geriatria per la complessità assistenziale, AOU Careggi, Firenze - [2] Dietista, AOU Careggi, Firenze - [3] Fisioterapista, AOU Careggi, Firenze

INTRODUZIONE

La Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM) è essenziale nella presa in carico dell'anziano oncologico, perché consente di rilevare vulnerabilità non evidenziabili dalla sola valutazione oncologica e di pianificare interventi personalizzati. Il caso mostra l'impatto della valutazione oncogeriatrica dinamica nel percorso terapeutico.

CASO CLINICO

S.I., 78 anni, diagnosi di adenocarcinoma del pancreas localmente avanzato della regione testa-corpo. TC totalbody: neoplasia non resecabile per infiltrazione della vena porta e dell'arteria epatica, assenza di metastasi a distanza.

Prima valutazione oncologica: ECOG 1, dolore addominale, steatorrea e calo ponderale. Comorbi-

dità: ipertensione arteriosa, diabete mellito tipo 2, BPCO, osteoporosi, dislipidemia; 9 farmaci assunti. VGM basale (T0): vedova, un figlio non convivente, autonoma (BADL 6/6; IADL 8/8), ridotta attività fisica, riduzione dell'appetito e calo ponderale involontario del 19% rispetto al peso abituale nei 5 mesi precedenti. Funzioni cognitive conservate (MMSE 29/30), distress psicologico con sintomi ansioso-depressivi (GDS 13/15). Alla valutazione nutrizionale: PG-SGA 14, classe C, e MNA 18,5, compatibili con la presenza di malnutrizione. Quadro di vulnerabilità con G8 = 9 e fragilità fisica secondo Fried (3/5), caratterizzata da ridotta attività fisica, velocità del cammino e forza di presa (handgrip: 15 kg) suggestiva di possibile sarcopenia.
La VGM complessivamente identificava una condizione di vulnerabilità sostenuta da fattori non modificabili (comorbidità e politerapia) e fattori potenzialmente modificabili correlati alla malattia oncologica (sarcopenia, ridotta attività fisica e forza muscolare, sintomatologia depressiva reattiva).
È stato impostato un intervento multimodale con fisioterapia, supporto nutrizionale, terapia antidepressiva e deprescribing con sospensione temporanea di statina e antipertensivo per bassi valori pressori. La paziente è stata inserita in un percorso oncogeriatrico con rivalutazioni programmate a 1, 3, 6 e 12 mesi.
Rivalutazione oncologica: avviata chemioterapia di prima linea con gemcitabina e nab-paclitaxel a dosaggio ridotto (80%).
Dopo un mese (T1): buona tolleranza al trattamento, riduzione dell'astenia, cammino quotidiano 45-60 minuti/die, aumento dell'handgrip (17,9 kg) e miglioramento del tono dell'umore; valori pressori stabili senza terapia. Quadro nutrizionale migliorato: PG-SGA 7, classe B, MNA 23 e calo ponderale residuo dell'1,7%. Si documentava il passaggio da una condizione di "vulnerabilità" a "fitness", con punteggio Fried ridotto a 1.
A tre mesi (T3) quadro clinico stabile; follow-up in corso.

CONCLUSIONI

Il caso clinico descritto evidenzia il ruolo determinante della VGM dinamica nell'identificazione precoce delle vulnerabilità, nella pianificazione di interventi multidisciplinari personalizzati e nel monitoraggio dell'evoluzione clinico-funzionale, configurandosi come strumento decisionale centrale nel percorso oncogeriatrico.

Bibliografia

Mohile SG, et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. J Clin Oncol. 2018;36:2326-2347.

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E MODELLI DI CURA (dall'ospedale al territorio)

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

PREDITTORI DI MORTALITÀ A SEI MESI IN UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI ULTRA-NOVANTENNI RICOVERATI IN MEDICINA GERIATRICA

Massimo Barbieri[1], Federico Ghidinelli[1], Antonella Ricci[2], Elisa Lenotti[2], Alesandra Marengoni[1], Alberto Zucchelli[1], Fabio Guerini[2]

[1] Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Brescia - [2] UO Medicina, Istituto Clinico "Sant'Anna", Brescia

SCOPO DEL LAVORO

Negli ultranovantenni residenti in comunità, i principali predittori di mortalità a medio termine sono il deterioramento cognitivo, lo stato funzionale, la sarcopenia, l'elevata comorbidità e la poli-farmacoterapia. Nonostante sia noto come il ricovero ospedaliero modifichi la traiettoria prognostica dell'ultranovantenne, i dati sui predittori di mortalità in tale popolazione dopo un ricovero in setting per acuti rimangono scarsi. L'obiettivo di questo studio è identificare i predittori indipendenti di mortalità a sei mesi dalla dimissione in una popolazione di pazienti molto anziani dimessi da un reparto di Medicina Geriatrica.

MATERIALI E METODI

Tra gli 839 pazienti ricoverati presso l'U.O. di Medicina Geriatrica dell'Istituto Clinico Sant'Anna di Brescia (febbraio 2025-febbraio 2026), sono stati inclusi nello studio 183 soggetti di età ≥90 anni (21,8%). Durante il ricovero tutti i pazienti sono stati sottoposti a VMD comprensiva di stato cognitivo (4AT, MMSE), funzionale (IADL, Barthel), fragilità (CFS), sarcopenia (SARC-F), delirium, e comorbidità (CIRS). Dei 148 pazienti dimessi è stato effettuato in follow-up telefonico a 6 mesi rilevando sopravvivenza, eventuale re-ricovero e stato funzionale (CAS) (esclusi 28 pazienti deceduti durante la degenza e 7 persi al follow-up).

RISULTATI

Tra i 148 pazienti analizzati (età media 93,2 ± 2,7 anni; 70,3% femmine) le principali cause di ricovero sono state la polmonite (38,8%), lo scompenso cardiaco (19%) e l'insufficienza renale/disionia (11,6%). Al follow-up 40 pazienti sono deceduti (40,5%). La popolazione stratificata per mortalità (tabella) non evidenzia differenze per età, genere, diagnosi e principali variabili biologiche. All'analisi univariata (ANOVA), il gruppo dei deceduti ha mostrato una degenza più lunga (+1,66 giorni, 95% CI [0,02 a 3,31]), maggiore comorbidità (CIRS severità: 3,4 ± 1,1 vs 2,8 ± 0,9; p = 0.002), peggiore stato funzionale alla dimissione (CAS: -1,00 punti, 95% CI [-1,60 a -0,39]), un maggior rischio di sarcopenia (SARC-F: +0,94 punti, 95% CI [0,27 a 1,60]) e persistenza di delirium alla dimissione (4AT: +2,09 punti, 95% CI [1,24 a 2,94]). Nel modello di regressione logistica multivariata (corretto per età, genere, delirium, stato funzionale, comorbidità, fragilità e sarcopenia), gli unici predittori di mortalità a 6 mesi sono risultati essere la fragilità (CFS: OR 2.05, 95% CI [1.29-3.27], p = 0.003) e la persistenza di delirium alla dimissione (4ATdim: OR 1.29, 95% CI [1.06-1.57], p = 0.013).

CONCLUSIONI

Il presente studio dimostra come la persistenza di delirium alla dimissione e la fragilità siano i principali predittori di mortalità a 6 mesi dalla dimissione di pazienti ultra90enni. La valutazione tramite VMD durante la degenza potrebbe migliorare la stima del rischio di mortalità a breve-medio termine orientando la pianificazione prognostica e assistenziale alla dimissione (attivazione dei servizi territoriali, post-acuti o di cure palliative).

Bibliografia

Morandi A, et al. Delirium, Dementia, and In-Hospital Mortality: The Results From the Italian Delirium Day 2016, A National Multicenter Study; The Journals of Gerontology: Series A, Volume 74, Issue 6, June 2019, Pages 910-916.

Wang H, et al. Skeletal muscle mass as a mortality predictor among nonagenarians and centenarians: a prospective cohort study. Sci Rep. 2019;9:2420.

Yavuz Veizi BG, Naharcı MI. Geriatric syndromes associated with long-term mortality in adults aged 90 years and older. Geriatr Nurs. 2025;64:103377.

Tabella 1. Caratteristiche cliniche, bio-umorali e della valutazione multidimensionale (VMD) di una popolazione di ultra 90enni stratificata per mortalità a sei mesi dalla dimissione.

Variabile	Sopravvissuti (n = 88; 59,5%)	Deceduti (n = 60; 40,5%)
	Media (± DS) o n (%)	*Media (± DS) o n (%)*
Età (anni)	93,24 (± 2,65)	93,02 (± 2,71)
Sesso (Femmine)	65 (73,9%)	39 (65,0%)
Giorni di degenza (LOS)	8,39 (± 4,42)	10,05 (± 5,69)
Emoglobina (g/dl)	11,15 (± 2,37)	11,02 (± 2,21)
PCR (mg/dl)	80,72 (± 78,23)	89,47 (± 78,28)
Glicemia (mg/dl)	129,16 (± 61,34)	126,37 (± 53,44)
Creatinina (mg/dl)	1,55 (± 1,00)	1,77 (± 1,33)
Colesterolo Totale (mg/dl)	138,92 (± 36,90)	122,89 (± 40,68)
Albumina (g/dl)	3,23 (± 0,42)	3,19 (± 0,39)
MMSE (stato cognitivo)	18,47 (± 7,70)	12,56 (± 9,99)
4AT ingresso (delirium screening)	3,15 (± 3,65)	6,22 (± 4,51)
4AT dimissione (delirium screening)	1,76 (± 1,75)	3,85 (± 3,42)
Delirium clinico in reparto	16 (18,2%)	27 (45,0%)
CAS ingresso	1,60 (± 1,68)	1,03 (± 1,53)
CAS dimissione	2,40 (± 1,80)	1,40 (± 1,85)
Barthel Index ingresso	26,19 (± 26,63)	15,75 (± 21,92)
Barthel Index dimissione	40,40 (± 27,27)	24,42 (± 24,82)
SARC-F (rischio sarcopenia)	5,83 (± 1,94)	6,77 (± 2,11)
CFS (Clinical Frailty Scale) (1-9)	5,74 (± 1,29)	6,85 (± 1,39)
CIRS (indice severità comorbidità)	1,90 (± 0,28)	2,05 (± 0,31)

HANDOVER INFERMIERISTICO STRUTTURATO NEL PAZIENTE GERIATRICO FRAGILE: SICUREZZA DELLE CURE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Roberto Buonincontro[1], Valentina Fedele[2], Serenella Baluganti[3], Simona Borrelli[4], Gionni Danilo[5], Michael Di Battista[6], Gennaro Giovanni Passaro[7]

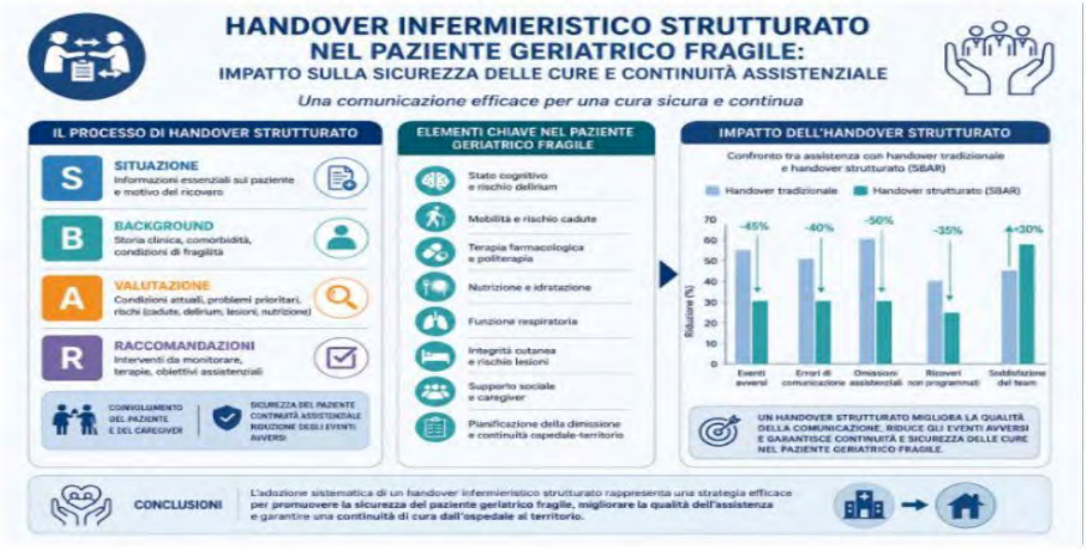
[1] Infermiere, AUSL Toscana Centro, Firenze - [2] Infermiera, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze - [3] Infermiera, Università degli Studi "La Sapienza", Roma - [4] Psicologa e Psicoterapeuta, Libera Professionista, Napoli - [5] Infermiere, Struttura Residenziale Psichiatrica "Don Rino Vallorani", Comunanza (AP) - [6] Infermiere, Casa di Cura Auxologico, Roma - [7] Infermiere, Azienda ULSS 8 Berica, Ospedale San Bortolo, Vicenza

SCOPO DEL LAVORO

Il passaggio di consegne infermieristico rappresenta uno dei momenti a maggior rischio comunicativo nei contesti assistenziali, soprattutto in geriatria, dove fragilità, multimorbilità, politerapia e decadimento cognitivo aumentano il rischio di eventi avversi e discontinuità della presa in carico. Una trasmissione incompleta delle informazioni assistenziali può favorire errori terapeutici, omissioni nella presa in carico e ritardi nell'identificazione del deterioramento clinico del paziente anziano fragile. In tale contesto, l'utilizzo di modelli strutturati di handover, quali SBAR e bedside handover, favorisce una comunicazione più efficace e una maggiore accuratezza nella trasmissione delle informazioni assistenziali. Il lavoro analizza il contributo dell'handover infermieristico strutturato nel miglioramento della sicurezza delle cure e della continuità assistenziale in ambito geriatrico.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura consultando PubMed, CINAHL e Scopus nel periodo 2010-2025. La ricerca è stata effettuata utilizzando le parole chiave "nursing handover", "patient safety", "frailty", "SBAR" e "bedside handover". Sono stati inclusi studi osservazionali, revisioni sistematiche e linee guida relativi all'utilizzo di strumenti strutturati di handover nei setting geriatrici ospedalieri e territoriali. Sono



stati analizzati outcome relativi a errori terapeutici, omissioni informative, rischio cadute, delirium e continuità assistenziale nel paziente geriatrico fragile.

RISULTATI

L'analisi della letteratura mostra come l'utilizzo di handover infermieristici strutturati possa migliorare la qualità della comunicazione tra professionisti e la trasmissione delle informazioni relative a terapia farmacologica, stato cognitivo, mobilità e rischio di delirium nel paziente geriatrico fragile. Diversi studi riportano una riduzione delle omissioni informative e degli errori comunicativi, con effetti positivi anche sulla prevenzione degli eventi avversi correlati a rischio cadute, errori terapeutici e deterioramento clinico precoce. Il bedside handover sembra inoltre favorire un maggiore coinvolgimento del paziente e del caregiver, migliorando sicurezza e continuità assistenziale. La Figura 1 sintetizza i principali benefici associati all'implementazione dell'handover infermieristico strutturato nei setting geriatrici.

CONCLUSIONI

Nei contesti geriatrici ad alta complessità assistenziale, l'handover infermieristico strutturato può rappresentare uno strumento utile per migliorare sicurezza delle cure, continuità assistenziale e qualità della comunicazione clinica. L'utilizzo di modelli condivisi, integrato con formazione specifica e collaborazione multiprofessionale, favorisce una presa in carico efficace del paziente anziano fragile e contribuisce alla prevenzione degli eventi avversi.

Bibliografia

Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care. J Am Geriatr Soc. 2003.

Müller M, Jürgens J, Redaèlli M, et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. BMJ Open. 2018.

Riesenberg LA, Leitzsch J, Cunningham JM. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. Am J Nurs. 2010.

Tobiano G, Chaboyer W, McMurray A. Family members' perceptions of the nursing bedside handover. J Clin Nurs. 2013.

World Health Organization. Communication during patient handovers. Patient Safety Solutions. WHO; 2007.

INTERVENTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE E DI GRUPPO A CONFRONTO

Mauro Colombo[1], Cristina Miramonti[2], Michele Rossi[1], Marco Cairati[2], Eleonora Marelli[2], Laura Milani[2], Lucia Bologna[2], Brunella Beretta[2], Antonio Guaita[1]

[1] Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI) - [2] Istituto Geriatrico Camillo Golgi, Abbiategrasso (MI)

SCOPO DEL LAVORO

Da almeno due decenni la letteratura si sta interessando alla attività riabilitativa di gruppo per anziani con problematiche muscoloscheletriche. Anche presso l'Istituto Geriatrico "Camillo Golgi" già nel 2001 erano state ottenute esperienze favorevoli, confrontando risultati tra interventi individuali ed in piccoli gruppi rispetto ad un indicatore di equilibrio statico e dinamico (test POMA). Il presente studio mira ad aggiornare il confronto indiretto tra la efficacia delle due forme di intervento, in campioni di anziani in contesto ambulatoriale, in termini di funzionalità nei gesti di base della vita quotidiana.

Come obiettivo secondario, nel campione indirizzato al trattamento di gruppo, è stato misurato il beneficio quanto ad equilibrio statico e dinamico, autovalutazione generale di salute e del dolore.

MATERIALI E METODI

In uno studio di non inferiorità, sono stati confrontati due gruppi di anziani afferenti in due periodi diversi ai nostri servizi: gruppo A (intervento individuale) e gruppo B (intervento di gruppo). Come misure di esito sono stati utilizzati l'Indice di Barthel, e, per il gruppo B, anche il test POMA e le scale di analogo visivo su salute e dolore. Prima dell'intervento i due gruppi differivano nel valore basale dell'Indice di Barthel [A: 94,3 ± 9,3 / B: 89,9 ± 11,4 (p = 0,002)]. Nel gruppo B (età media 81,3 ± 6,2; 80,2% donne), l'intervento consisteva in 10 sedute di fisioterapia individuale e 15 sedute in gruppi di 4 - 5 pazienti, che svolgevano esercizi mirati al cammino, al mantenimento delle abilità degli arti superiori ed inferiori ed al loro potenziamento muscolare, ed alla riduzione del dolore. Per l'analisi statistica inferenziale sono stati adoperati test parametrici e non-parametrici, e tabelle di contingenza.

RISULTATI

Anche alla dimissione i valori di Indice di Barthel totale differivano (p = 0,002): 95,3 ± 8,2 (gruppo A) e 91,2 ± 10,7 (gruppo B). Non differivano però, tra i due gruppi, i rispettivi guadagni in Indice di Barthel totale: sia in termini assoluti [1 ± 2,3 (A) vs 1,3 ± 3,2 (B)] che di recupero rispetto ai relativi potenziali riabilitativi. Questa ultima osservazione valeva anche rispetto a voci specifiche dell'indice d i Barthel quali deambulazione, scale e trasferimenti. Nel gruppo B, al test POMA in dimissione rispetto all'ingresso erano stati ottenuti miglioramenti in equilibrio statico [1,7 ± 1,8 (p < 0,0005) e dinamico [0,8 ± 1,4 (p < 0,0005), e nel punteggio totale [2.8 ± 2,7 (p < 0,0005)]. Tutte le singole voci che compongono POMA sono migliorate, tranne due (Romberg e stabilità dell'equilibrio in rotazione). Sono migliorate anche la autovalutazione di salute generale [1,4 ± 1,4 / 10 (p < 0,0005)] e del dolore [- 2,2 ± 1,9 (p < 0,0005)].

CONCLUSIONI

I nostri risultati suggeriscono possibilità di effettuare una attività riabilitativa in piccoli gruppi di anziani afferenti a contesti ambulatoriali. Al di là della piacevolezza nello stare insieme, e del risparmio in efficienza, è possibile ricavare risultati comparabili all'intervento individuale sia in termini funzionali (Indi di Barthel, POMA) che soggettivi. Sia rispetto alla salute che al dolore, i guadagni si collocano nell'ambito delle "minime differenze clinicamente significative".

Bibliografia

Ziebart C, Francis A. Implementation of Small Group Physiotherapy for People at Risk of Falls with Compromised Bone Mineral Density. Clin Interv Aging. 2026 Jan 29;21:560594.

CONSEGUENZE MEDICHE DELLE ONDATE DI CALORE E CONTROMISURE

Luca Corbia[1], Filippo Maria Verri[2], Lukas Steinacher[2], Michael Denkinger[2]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi di Napoli "Federico II" - [2] Institute for Geriatric Research, Ulm University Medical Center, Ulm, Germany

SCOPO DEL LAVORO

Le ondate di calore sono in aumento per frequenza, durata e intensità, rappresentando un rischio sanitario rilevante per gli anziani fragili [1]. Tali eventi possono causare disidratazione, instabilità circolatoria e ipertermia, degenerando in delirium, insufficienza renale o scompenso cardiaco. Le capacità di compenso sono ulteriormente ridotte da deficit cognitivi e polifarmacoterapia (in particolare diuretici, antipertensivi e farmaci anticolinergici) [2]. Lo scopo di questo lavoro è analizzare le ripercussioni cliniche e valutare l'implementazione pratica di strategie diagnostiche e preventive nei contesti delle strutture residenziali per anziani e dell'ospedale universitario.

MATERIALI E METODI

Il lavoro unisce nozioni clinico-geriatriche a due esperienze dirette sul campo. In ambito RSA, è stato condotto uno studio esplorativo di fattibilità (aprile-settembre 2025) su un campione di 42 residenti (≥ 65 anni) presso il Seniorenzentrum Donauufer Ulm e il Seniorenzentrum Wilhelmsdorf. Lo studio ha messo a confronto procedure diagnostiche Point-of-Care (POC) per la disidratazione, valutando l'osmolalità salivare (tramite sistema MX3) [3] e l'ecografia della vena cava inferiore [4]. In ambito ospedaliero, è stato sviluppato presso l'ospedale universitario di Ulm un piano interdisciplinare di protezione dal calore [5] focalizzato sui pazienti più vulnerabili (≥ 75 anni, multimorbilità o declino cognitivo). Sono state inoltre identificate e prioritizzate le aree critiche per l'esposizione clinico-strutturale, come i reparti di geriatria, oncologia, terapie intensive e le stanze con esposizione a sud-ovest.

RISULTATI

Nelle RSA, all'aumento di 1 °C della temperatura interna, l'osmolalità salivare è aumentata dell'1,5%, mentre il diametro espiratorio della vena cava si è ridotto di 0,053 cm. Il monitoraggio POC si è rivelato praticabile ma con limitazioni metodologiche: la misurazione salivare, pur essendo

rapida, dipende dalla quantità di saliva e dalla collaborazione del paziente, mentre l'ecografia richiede training specifico dell'operatore. È emerso inoltre che l'attivazione delle contromisure preventive è dipesa maggiormente dalle routine organizzative della singola struttura piuttosto che dall'esclusivo aumento termico. In ambito clinico-universitario, la stesura del piano ha confermato che l'efficacia della resilienza si ottiene solo superando i confini disciplinari, coinvolgendo parallelamente medicina, assistenza infermieristica, farmacia e ingegneria edile.

CONCLUSIONI

L'esposizione al caldo estremo può rapidamente degenerare in condizioni di potenziale pericolo di vita; pertanto, prevenzione e diagnostica precoce sono compiti centrali della geriatria. La resilienza istituzionale richiede l'interazione tra identificazione tempestiva del rischio, oggettivazione diagnostica e gestione farmacologica. Le sfide future dovranno puntare sempre più su approcci olistici che integrino salute fisica, ambiente e adattamento climatico.

Bibliografia

1. Van den Wyngaert, I., et al. (2021). https://doi.org/10.3390/ijerph182010697.
2. Layton, J. B., et al. (2020). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243665.
3. Winter, I., Burdin, J., & Wilson, P. B. (2024). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313320.
4. Orso, D., et al. (2016). https://doi.org/10.1007/s40477-016-0200-y.
5. Winklmayr, C., et al. (2023). https://doi.org/10.25646/11645.

OBI GERIATRICA: IMPATTO DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO SUGLI ESITI DEL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE

Giuseppina Giachetta[1], Nelson Anzoletti[2], Rosa Scurti[2], Gabriella Di Tizio[2], Simone Straccialini[2], Mariella Di Rico[2], Fabrizio Cedrone[3], Tiziana Ferrara[4], Francesca Coccina[1], Sante Donato Pierdomenico[1]

[1] Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina e Odontoiatria, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara, Chieti; Unità di Geriatria, Ospedale Santo Spirito, Pescara - [2] Unità di Geriatria, Ospedale Santo Spirito, Pescara - [3] UOC Direzione medica di presidio, ASL Pescara - [4] UOC di Medicina e Chirurgia d'Urgenza, ASL Pescara

SCOPO DEL LAVORO

Gli ultra75enni rappresentano il 29% degli accessi al Pronto Soccorso (PS) della ASL di Pescara, ma determinano il 48% dei ricoveri in area medica. Per migliorare l'appropriatezza della presa in carico è stato implementato un percorso di Osservazione Breve Intensiva Geriatrica (OBGer), integrato con il case management, in linea con i principi degli Age-Friendly Emergency Departments. Obiettivo dello studio è valutarne l'impatto sugli esiti assistenziali.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale retrospettivo su pazienti anziani fragili gestiti mediante OBGer. Il percorso prevedeva valutazione congiunta di geriatra e case manager, stratificazione del rischio di dimissione mediante Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) e pianificazione della transizione delle cure. Per il confronto è stato costruito un gruppo di controllo mediante Propensity Score Matching (1:3), ottenendo 44 casi e 132 controlli bilanciati per età, sesso, codice di triage e diagnosi ICD (Tab. 1). Outcome primario: destinazione del paziente al termine della permanenza in PS.

RISULTATI

Le coorti erano sovrapponibili per età (85,1±4,7 vs 84,9 ± 4,7 anni; p = 0,80), sesso (p < 0,90) e codice di triage (p = 0,70). L'OBGer ha modificato significativamente gli esiti (p = 0,003). La dimissione al domicilio è risultata più frequente rispetto ai controlli (70% vs 38%; OR 3,91; IC95% 1,87-8,17), mentre il ricovero ospedaliero si è ridotto (16% vs 45%), con riduzione assoluta del rischio del 28,8%, riduzione relativa del rischio del 64% e Number Needed to Treat pari a 4. Il BRASS medio era 20,7; il tempo medio di presa in carico 1,8 giorni; è stato registrato un solo reingresso entro 14 giorni (Fig. 1).

CONCLUSIONI

L'OBGer, attraverso l'integrazione tra geriatra, case manager e servizi territoriali, migliora la gestione del paziente anziano fragile, incrementando le dimissioni al domicilio e riducendo il ricorso al ricovero ospedaliero. Il modello rappresenta una strategia efficace per ottimizzare la transizione delle cure in Pronto Soccorso.

Bibliografia

Ferrara MC, Cucini E, Marelli M, et al. Caring for older adults in the Emergency Department: a Delphi-based national consensus by the Academy of Emergency Medicine and Care and the Italian Society of Gerontology and Geriatrics. Eur Geriatr Med 17, 1991-2001 (2026).

Lucke JA, et al. Providing care for older adults in the Emergency Department: expert clinical recommendations from the European Task Force on Geriatric Emergency Medicine. Eur Geriatr Med. 2022;13:309-17.

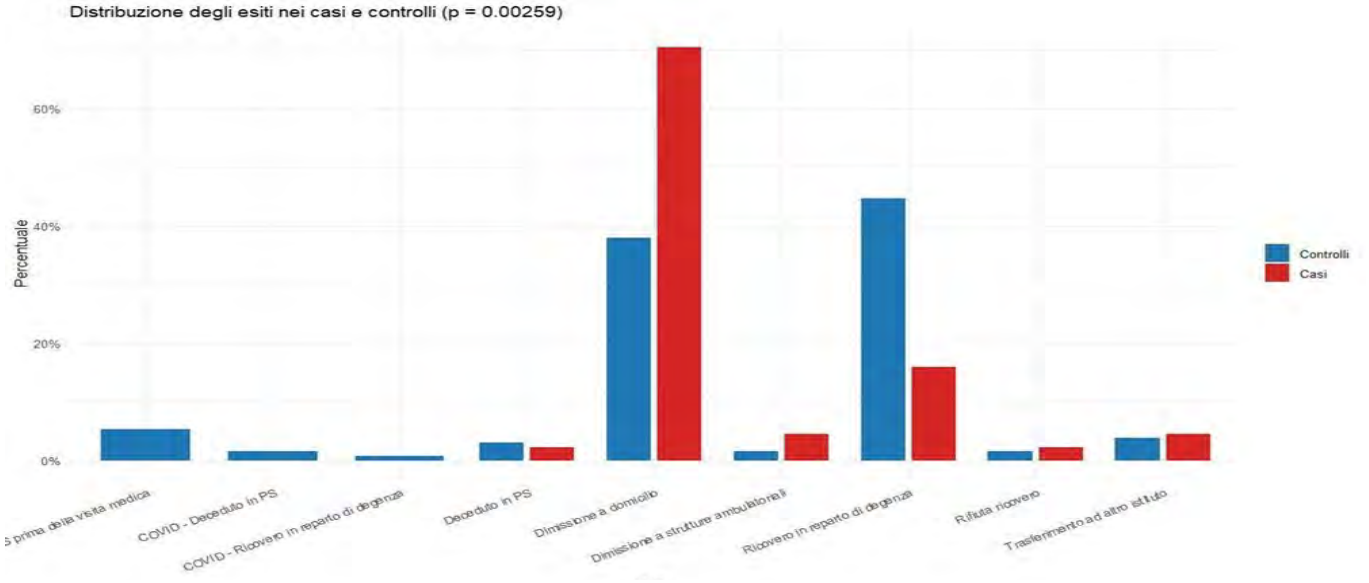
Testa L, et al. Strategies to improve care for older adults who present to the emergency department: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2024;24:178.

van den Broek S, et al. Effect of ED-based transitional care interventions by healthcare professionals providing transitional care in the emergency department on clinical, process and service use outcomes: a systematic review. BMJ Open. 2023;13:e066030.

Characteristic	Overall N = 176[1]	Controlli N = 132[1]	Casi N = 44[1]	p-value[2]
eta	85.0 (4.7)	84.9 (4.7)	85.1 (4.7)	0.8
sesso				>0.9
F	88 (50%)	66 (50%)	22 (50%)	
M	88 (50%)	66 (50%)	22 (50%)	
urgenza_triage				0.7
Azzurro	3 (1.7%)	3 (2.3%)	0 (0%)	
Giallo	111 (63%)	80 (61%)	31 (70%)	
Rosso	38 (22%)	30 (23%)	8 (18%)	
Verde	24 (14%)	19 (14%)	5 (11%)	

esito			0.003
Abbandona il PS prima della visita medica	7 (4.0%)	7 (5.3%)	0 (0%)
COVID - Deceduto in PS	2 (1.1%)	2 (1.5%)	0 (0%)
COVID - Ricovero in reparto di degenza	1 (0.6%)	1 (0.8%)	0 (0%)
Deceduto in PS	5 (2.8%)	4 (3.0%)	1 (2.3%)
Dimissione a domicilio	81 (46%)	50 (38%)	31 (70%)
Dimissione a strutture ambulatoriali	4 (2.3%)	2 (1.5%)	2 (4.5%)
Ricovero in reparto di degenza	66 (38%)	59 (45%)	7 (16%)
Rifiuta ricovero	3 (1.7%)	2 (1.5%)	1 (2.3%)
Trasferimento ad altro istituto	7 (4.0%)	5 (3.8%)	2 (4.5%)

[1] Mean (SD); n (%)
[2] Wilcoxon rank sum test; Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test



REVISIONE DEL PERCORSO DI SALUTE DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PSDTA) DELLO SCOMPENSO CARDIACO NELL'ANZIANO ALLA LUCE DELL'INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE, CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DI COMUNITÀ E CURE PALLIATIVE NELL'ASL TO3 DELLA REGIONE PIEMONTE

Paola Maina[1], Mara Simoncini[2], Alberto Amidei[3], Ferdinando Varbella[4], Paola Molino[5], Alessandra Chinaglia[6], Thomas Fraccalini[7], Adriana Boccuzzi[8], Michela Stivanello[9], Loredana Mainardi[10], Presutti Michele[11], Claudia Pitari[12], F ederico Stroppiana[13], Luisella Audisio[14], Luca Ramella Votta[15], Irina Cazzaniga[16], Chiara Aversa[17], Eva Anselmo[18], Salvatore Di Gioia[19], Davide Minniti[20], Giovanni La Valle[21]

[1] Direttore S.C. Distretto Area Metropolitana Nord, ASL TO3, Regione Piemonte, Venaria Reale (TO) - [2] Direttore S.C. Distretto Area Metropolitana Centro e Coordinamento Area Territoriale, ASL TO3, Regione Piemonte, Collegno (TO) - [3] Direttore S.C. Distretto Pinerolese, Pinerolo (TO) - [4] Direttore Dipartimento Medico, ASL TO3; Direttore S.C. Cardiologia, P.O. Rivoli, ASL TO3, Regione Piemonte, Rivoli (TO) - [5] Direttore S.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, P.O. Rivoli, ASL TO3, Regione Piemonte, Rivoli (TO) - [6] Direttore S.C.D.O. Cardiologia e Responsabile S.S. Scompenso cardiaco, AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO) - [7] Direttore S.C. Geriatria, AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO) - [8] Direttore S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO) - [9] Responsabile S.S. Cure Palliative, ASL TO3, Regione Piemonte, Pinerolo (TO) - [10] Medico Convenzionato, Specialista Ambulatoriale Interno in Cardiologia, Referente di Branca, ASL TO3, Regione Piemonte, Collegno (TO) - [11] Direttore S.C. Formazione Qualità e Gestione del rischio clinico delle attività sanitarie, ASL TO3, Regione Piemonte, Collegno (TO) - [12] MMG Rappresentante SNAMI Aziendale, ASL TO3, Regione Piemonte, Collegno (TO) - [13] MMG Rappresentante FIMG Aziendale, ASL TO3, Regione

Piemonte, Orbassano (TO) - [14] Direttore S.C. Di.P.Sa, ASL TO3, Regione Piemonte, Collegno (TO) - [15] FeC, Distretto Area Metropolitana Nord, ASL TO3, Regione Piemonte, Venaria (TO) - [16] Coordinamento Area Territoriale, S.C. Di.P.Sa, ASL TO3, Regione Piemonte, Orbassano (TO) - [17] Distretto Area Metropolitana Nord, ASL TO3, Regione Piemonte, Venaria Reale (TO) - [18] Direttore Sanitario ASL TO3, Collegno (TO) - [19] Direttore Sanitario AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO) - [20] Direttore Generale AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO) - [21] Direttore Generale, ASL TO3, Regione Piemonte, Collegno (TO)

SCOPO DEL LAVORO

Lo scompenso cardiaco (SC) rappresenta una delle principali cause di ospedalizzazione e mortalità nella popolazione anziana. Nonostante la disponibilità di un PSDTA aziendale, permane una limitata presa in carico territoriale, con difficoltà di arruolamento e ridotto coinvolgimento delle Cure Palliative. Scopo del lavoro è analizzare le criticità del percorso esistente e proporre un aggiornamento volto a incrementare l'arruolamento nei setting assistenziali, ridurre i volumi di ricovero evitabili e migliorare la presa in carico dei pazienti in fase end stage attraverso l'integrazione con le cure palliative.

MATERIALI E METODI

È stata condotta un'analisi del contesto aziendale utilizzando i dati PNE Agenas, i flussi SDO e il registro delle cure palliative. Gli strumenti del Lean Thinking, analisi SWOT e diagramma di Ishikawa, sono stati usati per individuare le cause della ridotta applicazione del PSDTA e del basso accesso alle cure palliative. È stato costituito un gruppo di lavoro multiprofessionale (MMG, IFeC, specialisti ospedalieri e territoriali, direzioni di distretto) che ha revisionato le flow-chart di accesso al percorso e di gestione dell'end stage, definendo matrice RACI, cronoprogramma (Gantt) e un set di indicatori di processo (arruolamento nel PSDTA) ed esito (ricoveri, riospedalizzazioni, mortalità a 30 giorni e presa in carico palliativa) per monitorare l'efficacia del percorso.

RISULTATI

La popolazione affetta da SC in ASL TO3 è stimata in 3.614 pazienti (2019), con 942 ricoveri nel 2023. La mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio si attesta al 15,9% (media nazionale 9,63%), con un trend in crescita (13,27% nel 2021). I pazienti effettivamente arruolati nel PSDTA tramite piattaforma ECWMED sono risultati 321 nel 2023 e 299 nel 2024, a fronte di una popolazione target molto più ampia. La presa in carico da parte delle cure palliative resta marginale (16/951 pazienti a domicilio nel 2023). Sono state completate la revisione della Flow-Chart di accesso al percorso e l'elaborazione di una nuova Flow-Chart dedicata alla gestione dell'end stage, basata su criteri clinici e prognostici a step successivi.

CONCLUSIONI

La revisione del PSDTA, integrata con un percorso strutturato di identificazione precoce dell'end stage e con lo sviluppo della telemedicina previsto dal DM 77/2022, appare in grado di migliorare la continuità assistenziale ospedale-territorio, ridurre le riospedalizzazioni e la mortalità evitabile, e ampliare l'accesso alle cure palliative per i pazienti con scompenso cardiaco avanzato.

Bibliografia

Agenas. Programma Nazionale Esiti -2025.

McDonagh. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-3726.

Ministero della Salute. DM 77/2022.

Ungar A, Malatesta G, Balzi D. [Guidelines, heart failure and the elderly]. G Ital Cardiol. 2024;25(11 Suppl 1):20S-26S.

Wang X, Zhang L, Liu Y. Palliative care in advanced heart failure: systematic review and meta-analysis. J Geriatr Cardiol. 2026;23(2):145-154.

DECIDE-APP: SVILUPPO DI UNA APPLICAZIONE MOBILE PER LA VALUTAZIONE DEGLI STILI DECISIONALI DI SELF-CARE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Maria Matarese, Luca Vollero

Università Campus Bio-Medico di Roma

SCOPO DEL LAVORO

La personalizzazione dell'educazione terapeutica rappresenta una priorità nell'assistenza geriatrica. Le persone anziane adottano differenti stili decisionali quando prendono decisioni riguardanti la propria salute; tali stili rappresentano le modalità abituali con cui raccolgono informazioni, valutano le alternative e assumono decisioni relative al self-care. Attualmente è disponibile uno strumento validato, il DECIDE Inventory (Matarese et al., 2026), che consente di identificare quattro stili decisionali di self-care (responsabile, guidato, indipendente e trascurato), orientando interventi educativi personalizzati. Tuttavia, la somministrazione del questionario e l'interpretazione dei risultati possono risultare poco agevoli nella pratica clinica. Lo scopo del progetto è sviluppare un'applicazione mobile che consenta ai professionisti sanitari di identificare rapidamente lo stile decisionale predominante della persona anziana assistita e di supportare la pianificazione di interventi educativi personalizzati.

MATERIALI E METODI

È stata progettata un'applicazione per smartphone destinata ai professionisti sanitari e basata sul DECIDE Inventory. L'app integra il questionario, automatizza il calcolo dei punteggi e classifica la persona assistita in uno dei quattro profili decisionali (indipendente, responsabile, guidato e trascurato). Per ciascun profilo sono stati sviluppati contenuti di supporto comprendenti strategie educative coerenti con le caratteristiche dello stile decisionale identificato. L'applicazione è progettata per essere utilizzata nei contesti ospedalieri, territoriali e domiciliari.

RISULTATI

È stato sviluppato un prototipo funzionale dell'applicazione che consente la compilazione digitale del DECIDE Inventory, la classificazione automatica dello stile decisionale e la restituzione immediata di suggerimenti educativi personalizzati. L'automazione del processo riduce i tempi di valutazione, standardizza la classificazione delle persone assistite e facilita l'integrazione della valutazione degli stili decisionali nella pratica clinica quotidiana.

CONCLUSIONI

L'applicazione rappresenta uno strumento innovativo di supporto alla pratica clinica infermieristica, favorendo l'identificazione precoce degli stili decisionali di self-care e la personalizzazione degli interventi educativi nella popolazione anziana. La sua integrazione nei diversi contesti assistenziali potrebbe migliorare l'appropriatezza dell'educazione terapeutica, promuovere il self-care e favorire un'assistenza maggiormente centrata sulla persona. Studi futuri valuteranno l'usabilità, l'accettabilità e l'impatto dell'applicazione sugli esiti assistenziali.

Bibliografia

Matarese M, Lommi M, De Maria M, et al. (2026). Development and Psychometric Testing of the Inventory of Self-Care Decision-Making Styles of Older Adults. Res Nurs Health. 2026 Feb;49(1):49-59.

DALL'OSPEDALE CHE CURA ALL'OSPEDALE CHE SI PRENDE CURA: IL MODELLO DEMENTIA FRIENDLY HOSPITAL E L'IMPLEMENTAZIONE A ELDERLY FRIENDLY HOSPITAL

Chiara Morichetti[1], Paolo Politi[1], Francesca Di Giambattista[1], Marianna Marinelli[1], Cassandra Tutino[1], Andrea Maria Maresca[2]

[1] SC Geriatria, Ospedale Sant'Anna, ASST Lariana, Como - [2] Università degli Studi dell'Insubria, Varese

SCOPO DEL LAVORO

Gli anziani ospedalizzati sono spesso fragili ed affetti da demenza: nella nostra unità operativa circa il 70% dei ricoverati ha una fragilità moderato-severa ed almeno il 40% ha diagnosi di demenza. L'ospedale risulta poco aderente ai bisogni dei fragili, che hanno frequentemente in corso di ricovero un decorso globale negativo. L'obiettivo del lavoro è definire un modello olistico che possa garantire un approccio di cura personalizzato e umanizzato che miri al benessere ed a minimizzare le complicanze.

MATERIALI E METODI

Progetto della Struttura Complessa di Geriatria dell'Ospedale Sant'Anna (Como), declinato su Medici, Infermieri, OSS), Volontari e Caregiver, iniziato a gennaio 2025, tutt'ora in corso e caratterizzato da:

- Incontri di formazione
- Valutazione Multidimensionale e Screening cognitivo
- Infermiera dedicata ai caregiver
- Musicoterapista
- Modifiche ambientali e strutturali mirate al confort
- Rete con le Associazioni e il territorio, inclusi eventi divulgativi

Quantificazione del numero di dimissioni protette al domicilio con ridotto tasso di riospedalizzazione a 30 giorni.

Valutazione del benessere dei pazienti, misurato attraverso la riduzione di: delirium, cadute, utilizzo delle contenzioni e di neurolettici, perdita di autonomia generale e motoria, infezioni nosocomiali, giorni medi di degenza, prescrizione farmacologica, incremento degli interventi nutrizionali sul rischio malnutrizione e cattivo stato nutrizionale

Viene infine tracciata la soddisfazione dei caregiver e degli operatori, nonché riduzione dello stress percepito, attraverso le scale: Zarit Burden Interview (ZBI), Caregiver Reaction Assessment (CRA), Caregiver Well-Being Scale (CWBS), Professional Quality of Life Scale (ProQOL), General Health Questionnaire (GHQ -12), The Dementia Attitudes Scale (DAS).

RISULTATI

La media nazionale dei dimessi al domicilio dai reparti di Geriatria si attesta intorno al 55%. Dato che si riduce al 49,2% negli anziani fragili e in Regione Lombardia scende al 46%. La percentuale media nazionale di riospedalizzazione a 30 giorni si attesta tra il 15 ed il 20%. Nella nostra Struttura Complessa, tra maggio e dicembre 2025, su 809 dimissioni, 346 sono avvenute al domicilio (43%), a 30 giorni la riospedalizzazione è stata dell'11%. Per il 50% dei dimessi al domicilio è stata attuata una Pianificazione anticipata della dimissione, avviata entro le prime 48 ore dal ricovero. Il coin-

volgimento del caregiver nel processo di dimissione è avvenuto nel 65% dei dimessi al domicilio. L'attivazione sistematica dei servizi territoriali prima della dimissione è avvenuta nel 65% dei casi.
Il dato parziale di un sistema ancora in corso di implementazione è che le dimissioni di pazienti fragili, gestiti in corso di ricovero con questo approccio e con questa cura, sono più durevoli. In parallelo sono in corso di raccolta i dati sulla quantificazione del benessere dei pazienti negli obiettivi secondari e sul benessere dei caregiver e degli operatori.

CONCLUSIONI
Una cura gentile, umanizzata, su misura per gli anziani fragili risulta possibile anche nel contesto per acuti. Promuove il benessere per i pazienti, i caregiver e gli operatori sanitari, implica meno esiti negativi correlati all'ospedalizzazione e sostiene la dimissione duratura al domicilio intercettando tutti i bisogni della persona.

Bibliografia
Fan B, et al. Age-friendly hospitals: a concept analysis. BMC Geriatr. 2025 Sep 26;25(1):726.
Farsetta DL, et al. Making Hospitals More Dementia Friendly: An Inclusive, User-Centered Approach. J Healthc Leadersh. 2025 Mar 1:17:85-96.

L'OSPEDALE DI COMUNITÀ COME NUOVO NODO DELLA RETE TERRITORIALE DEL PAZIENTE CON FERITE COMPLESSE CUTANEE

Franco Nicosia[1], Clara Maino[2]
[1] ODC Genesaret, Desenzano del Garda (BS) - [2] IRCCS San Gerardo, Monza

SCOPO DEL LAVORO
In Italia circa 2 milioni di persone soffrono di lesioni cutanee croniche, associate a invecchiamento e multicronicità. Il lavoro si propone di analizzare il ruolo epidemiologico e clinico degli Ospedali di Comunità (OdC) introdotto dal DM 77/2022 come degenza territoriale a bassa intensità – nella presa in carico, cura e stabilizzazione di pazienti fragili con lesioni cutanee complesse, valutando l'efficacia dei percorsi di cura intermedi tra il ricovero per acuti e il domicilio.

MATERIALI E METODI
Studio retrospettivo condotto su 214 pazienti (età media: 81 ± 9,2 anni; 74 M, 140 F) ricoverati presso l'OdC Genesaret (Cooperativa Raphael - Fondazione Laudato Sì, ATS Brescia) dotata di 20 posti letto, nel periodo dal 1° agosto 2024 al 1° giugno 2025. È stata valutata l'evoluzione di 194 lesioni cutanee trattate dividendo il campione in due gruppi (con Lesioni N = 106; senza Lesioni n = 108) tramite il confronto statistico di scale validate (MMSE, Tinetti, Braden, MNA, Barthel, MUST, Sarc-F, Hand-Grip, VAS). I dati clinici e fotografici seriati sono gestiti via cartella informatizzata Zucchetti Slipcar 2.0.

RISULTATI
La degenza media è stata di 20,25 ± 7,3 giorni. Il 49% dei ricoverati (n = 106) presentava lesioni (194 totali: 101 da pressione, 56 chirurgiche/stomie, 28 vascolari); 89 pazienti avevano lesioni già all'ingresso (84%) e 42 sviluppate ex novo. Il 50% delle lesioni (97) è giunto a guarigione in struttura (tempo medio 11 giorni) grazie ai protocolli di Wound Hygiene. L'analisi statistica rileva che: 1) Braden (13,4 ± 3,1 vs 18,7 ± 3,1; $p < 0,05$) e Tinetti (10,8 ± 7,2 vs 19,7 ± 4,8; $p < 0,05$) confermano l'alto potere predittivo e il legame tra deficit di mobilità e vulnerabilità cutanea; 2) le lesioni attive mostrano maggiore gravità ($p < 0,01$) e peggior stato nutrizionale (MNA 12,7 ± 3,3 vs 15,7 ± 3,4; $p < 0,05$). Esiti dimissioni: 88 domicilio ordinario, 36 con supporto ADI o cure palliative, 62 in RSA, 14 ospedalizzati, 4 in Hospice, 9 decessi.

CONCLUSIONI
I dati dimostrano l'efficacia dell'Ospedale di Comunità come snodo intermedio e di prossimità nella rete territoriale. La struttura permette di risolvere con successo la metà delle lesioni trattate in tempi di degenza inferiori ai 30 giorni limite, facilitando le dimissioni protette verso il domicilio. L'uso sistematico delle scale Braden e Tinetti si conferma essenziale per l'identificazione precoce e la prevenzione dei pazienti a maggior rischio di compromissione cutanea. Si propongono 5 indicatori qualitativi (ad oggi assenti in Regione Lombardia) per monitorare l'assistenza e ottimizzare la spesa farmaceutica.

Bibliografia
Atkin L, et al. Implementing TIMERS. J Wound Care. 2019;28:S1-S50.
Bergstrom N, et al. Braden Scale. Nurs Res. 1987;36:205-10.
EWMA. Wound care in the community setting. EWMA Doc, 2020-2022.
Kondrup J, et al. ESPEN guidelines. Clin Nutr. 2003;22:415-21.
Ministero della Salute. DM 23 maggio 2022, n. 77.

PROGETTO SPERIMENTALE "LA CURA È DI CASA" - LA PRESA IN CARICO DI SOGGETTI ANZIANI IN ATTESA DI INSERIMENTO PRESSO R.S.A. - DATI PRELIMINARI

Loris Pelucchi, Vanda Grassi, Francesca Campo, Chiara Cordori, Monica Elia, Francesca Formaggio, Davide Muscia, Salvatore Virtuoso, Sofia Svensson Di Giorgio, Anna Fontanella, Stefania Gallo

RSA Sandro Pertini, ASST Rhodense, Garbagnate Milanese (MI)

SCOPO DEL LAVORO

Il Rapporto CENSIS "Costi Sociali ed Economici nella cura del soggetto anziano al domicilio" (settembre 2024) ha evidenziato come una delle maggiori criticità emerse sia legata ai casi di malattie più avanzate (in presenza spesso di Demenze), quando la progressione delle malattie rende l'accesso ai servizi ambulatoriali più complesso e l'esigenza di periodici follow-up sempre più rilevante, in considerazione del fatto che in Italia la maggior parte dei soggetti anziani (circa 80%) vive al proprio domicilio assistita dal supporto informale della famiglia, spesso coadiuvata dalle badanti.

Il Progetto sperimentale "la Cura è di Casa" si inserisce all'interno della progettualità a sostegno della domiciliarità e della continuità delle cure rivolte alle persone fragili e con bisogni complessi previste dalla Regione Lombardia e si inserisce nel contesto organizzativo ed operativo delle attività già presente nei Distretti territoriali ospedalieri. Il Progetto prevede la presa in carico proattiva dei soggetti anziani in attesa di ingresso nella R.S.A. "S. Pertini" di Garbagnate Milanese (MI) - Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense (A.S.S.T.), attraverso una valutazione multidisciplinare in modo di favorire l'anticipazione della presa in carico dei bisogni socio-sanitari allo scopo di ridurre lo stress da parte del caregiver (familiare) e di migliorare la gestione dell'assistenza.

MATERIALI E METODI

Criteri di inclusione: persone anziane fragili, residenti al proprio domicilio, presenti nel territorio dell'ASST Rhodense, noti al Servizio Accoglienza della RSA S. Pertini. Criteri di esclusione: persone residenti al di fuori del territorio dell'ASST Rhodense, utenti che usufruiscono di altre forme di assistenza socio-sanitaria domiciliare.

Da gennaio 2026 sono stati presi in carico 51 persone, di età media 83.92 ± 8.07 compresa tra 64-97 anni, 19 uomini e 32 donne.

Caratteristiche della popolazione in carico: tipologia della demenza: M. Alzheimer (43,75%); Demenza Vascolare 8,33%; Altre Demenza 18,75%; Nessuna Diagnosi 14,58%; Nessuna Demenza 14,58%. Gravità: CDR medio 2,27; MMSE medio 14,8/30 ± 7,04; Indice Barthel medio 41,8 ± 9,30; T. Tinetti medio: 12,12 ± 9,32. A tutti i familiari sono stati somministrate Caregiver Burder Inventory (CBI) a cadenza trimestrale, e Customer Satisfaction (CS) al termine della presa in carico.

RISULTATI

Punteggio medio Caregiver Burder Inventory (massimo punteggio 96 alla presa in carico) 41,16, a tre mesi 33,30, a sei mesi 27,33; si evidenzia una riduzione progressiva dello stress per il caregiver statisticamente significativo, $p < 0,05$ alla prima rilevazione e $p < 0,05$ alla seconda rilevazione. Punteggio medio totale Customer Satisfaction 47.55\50 (10 molto insoddisfatto - 50 molto soddisfatto).

CONCLUSIONI

I dati preliminari di questo Progetto Sperimentale, pur necessitando di ulteriore reclutamento ed approfondimento, ci incoraggiano a proseguire l'arruolamento degli utenti, permettendo di migliorare, ove possibile, l'appropriatezza degli interventi la qualità di vita dei pazienti e dei caregivers.

Bibliografia

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. I fondi e le politiche per la non autosufficienza nelle regioni, novembre 2009.

Arcà S, Magni C, Ditta G, et al. La presa in carico delle condizioni di fragilità e di non autosufficienza, marzo 2009.

Brizioli E, Trabucchi M. (2014): Il sistema ospedaliero italiano e la presa in carico degli anziani non autosufficienti, Network nazionale per l'invecchiamento - IRCCS INRCA.

LA FRAILTY UNIT IN PRONTO SOCCORSO

Matteo Residori[1], Francesca Di Giambattista[1], Paolo Gonzato[1], Paolo Politi[1], Chiara Morichetti[1], Andrea Maria Maresca[2]

[1] SC Geriatria, Ospedale Sant'Anna, ASST Lariana, Como - [2] Università degli Studi dell'Insubria, Varese

SCOPO DEL LAVORO

L'invecchiamento progressivo della popolazione italiana determina un crescente afflusso di pazienti anziani fragili in Pronto Soccorso (PS). Il ricovero ospedaliero rappresenta un momento critico per questa popolazione, con rischio elevato di declino funzionale e complicanze iatrogene. Col fine di prevenire i ricoveri impropri e ridurre le complicanze ospedaliere dei pazienti anziani è stata istituita presso l'Ospedale Sant'Anna (Como) da marzo 2025 la Frailty Unit Geriatrica in Pronto Soccorso, formata da geriatria, bed-manager e assistente sociale.

MATERIALI E METODI

La popolazione target del progetto sono gli anziani che accedono in PS, seguono il percorso di Triage con successiva valutazione clinica da parte del Medico di PS. Di tali pazienti, quelli destinati al ricovero per acuti vengono proposti al case manager che classifica la fragilità mediante Clinical Frailty Scale di Rockwood (CFS). I pazienti che presentano CFS > o uguale a 6 vengono poi presi in carico dai medici specialisti geriatri, che eseguono una valutazione multidimensionale comprendente la componente clinica, funzionale, cognitiva e socio-familiare per formulare un quadro clinico- assistenziale del paziente e definire un setting assistenziale il più idoneo possibile alle esigenze dello stesso.

RISULTATI

Dal 1° marzo 2025 fino al 31 maggio dl 2026 sono stati valutati 1583 pazienti con età media di 85,3 ± 9,24 e una CFS media di 6,9 ± 1,9. Di questi, 1103 (69,7%) sono stati destinati al ricovero: 844 (76,5%) ricoverati in Geriatria, 24 (2.2%) in Cure Subacute e 235 (21,3%) in altri reparti per acuti. I dimessi sono stati 429 (27,1%): 223 (52%) sono stati dimessi al proprio domicilio con attivazioni di dimissioni protette, 31 (7,2%) con attivazione di cure palliative domiciliari, 55 (12,8%) hanno fatto rientro nelle RSA di provenienza, 44 (10,2%) sono stati ricoverati in Hospice e 76 (17,8%) in Ospedale di Comunità. Ci sono stati infine 50 pazienti (3,2%) deceduti in PS.
L'analisi comparativa tra pazienti dimessi direttamente dal PS e quelli dimessi dopo ricovero nel reparto per acuti ha evidenziato tassi di mortalità a 30 giorni (2,6% vs 3%) e di riospedalizzazione a 30 giorni (14,1% vs 15,46%) non significativamente differenti, confermando la sicurezza della dimissione precoce quando guidata da valutazione specialistica.

CONCLUSIONI

La valutazione geriatrica precoce in PS si configura come modello assistenziale innovativo che ottimizza le decisioni di ricovero, riduce ospedalizzazioni inappropriate, preserva l'autonomia funzionale dei pazienti fragili selezionati e rafforza l'integrazione ospedale-territorio, migliorando la qualità dell'assistenza senza compromettere la sicurezza clinica. L'implementazione di un percorso strutturato specialistico consente di migliorare qualità delle cure, efficienza organizzativa e sostenibilità del sistema sanitario rafforzando la continuità tra ospedale e territorio.

Bibliografia

Henneman JJ, Van Oppen JD. Older people and frailty in the emergency department. Curr Opin Crit Care. 2026 Jun 1;32(3):224-229.

Ku NW, Hsu YC, Mudhur J, et al. The Prognostic Accuracy of Frailty and Vulnerability Screening for Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Emerg Med. 2025 Nov;86(5):496-510.

Nickel CH, Kellett J. Assessing Physiologic Reserve and Frailty in the Older Emergency Department Patient: Should the Paradigm Change? Clin Geriatr Med. 2023 Nov;39(4):475-489.

ORTOGERIATRIA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

DECLINO DEI LIVELLI SIERICI DI CREATININA NEI PAZIENTI ANZIANI CON FRATTURA DI FEMORE: È DA ATTRIBUIRE ALLA SARCOPENIA ACUTA?

Barbara Fioretti, Giulio Maria Mannarino, Alessandro Cartei, Alice Ceccofiglio, Anna Giannolo, Gianluca Polidori, Gaia Rubbieri, Margherita Lordi, Elisa Fabbri, Cristina Vilucchi, Giuseppe Dario Testa, Andrea Ungar, Giulia Rivasi

Unità di Terapia Intensiva e Cardiologia Geriatrica, Firenze

SCOPO DEL LAVORO

Nel corso della degenza ospedaliera nei pazienti anziani può verificarsi una perdita acuta di massa muscolare, che potrebbe influenzare i livelli di creatinina sierica e conseguentemente la stima della funzione renale [1]. Questo studio ha esaminato l'associazione tra le variazioni dei livelli di creatinina e dello spessore del muscolo vasto laterale (VL), misurato tramite ecografia point-of-care (POCUS) [2], in pazienti anziani ricoverati per frattura di femore.

MATERIALI E METODI

Questo studio prospettico e osservazionale ha incluso pazienti di età ≥ 65 anni ricoverati per frattura di femore prossimale presso l'Ospedale di Careggi tra gennaio 2024 e ottobre 2024. Sono stati esclusi i pazienti con fratture distali o metastatiche o con una limitata aspettativa di vita. Al momento del ricovero, tutti i partecipanti sono stati sottoposti a una valutazione geriatrica multidimensionale. Lo spessore del VL misurato tramite POCUS e i livelli di creatinina sono stati valutati all'ammissione e in quinta giornata post-operatoria per studiare le variazioni perioperatorie (Δcreatinina e ΔVL). Le correlazioni sono state valutate utilizzando il coefficiente di correlazione di Pearson.

RISULTATI

Tra i 335 partecipanti (età media 85 anni, 68% donne), la creatinina sierica media al ricovero era di 1,10 mg/dl (DS 0,9) e lo spessore del VL era di 1,16 cm (DS 0,25). Entro la quinta giornata post-operatoria, la creatinina (n = 235) è diminuita a 1,01 mg/dL (ΔCr = -0,16, DS 0,4, p < 0,001) e lo spessore del VL (n = 213) a 1,06 cm (ΔVL -0,11, DS 0,15; p < 0,001). Andando a valutare il coefficiente di Pearson, non sono emerse correlazioni significative tra creatinina e spessore del VL al ricovero (r = -0,085, p = 0,121), in quinta giornata (r = -0,014, p = 0,849) o nelle loro variazioni peri-operatorie (r = 0,093, p = 0,215).

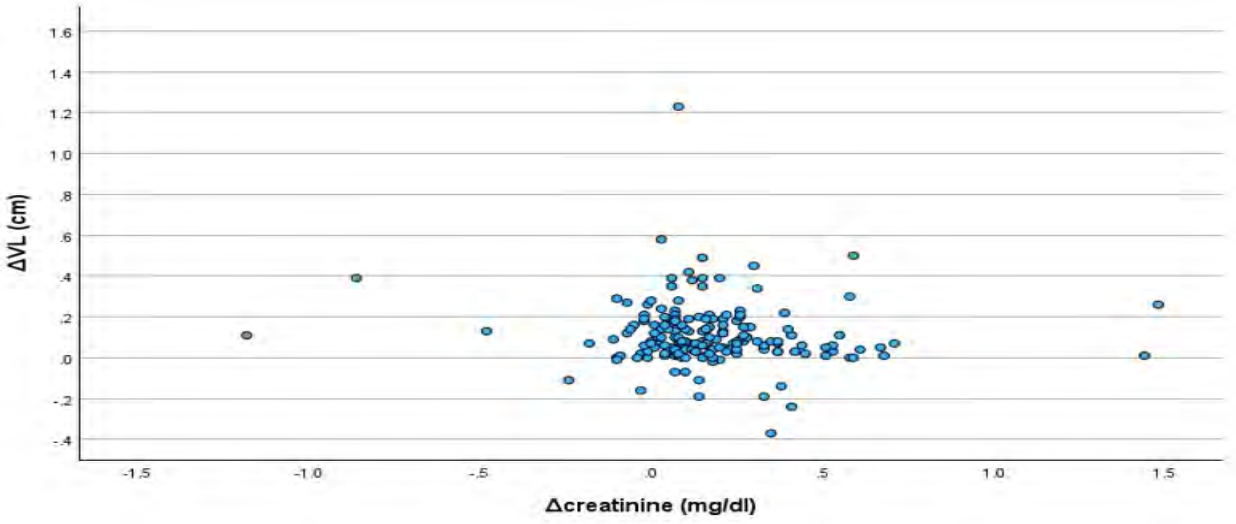
CONCLUSIONI

Nei pazienti anziani con frattura di femore, si è osservato un calo significativo dei valori di creatinina sierici e dello spessore del VL nel periodo peri-operatorio. Quest'ultimo dato, coerentemente con la letteratura, supporta l'ipotesi che i pazienti con frattura di femore siano a rischio di sarcopenia acuta. Nonostante queste modifiche significative e simmetriche delle due variabili, le variazioni della creatinina non sono risultate correlate significativamente alla perdita peri-operatoria di massa muscolare, suggerendo che altri fattori potrebbero influenzare i livelli di creatinina in questo contesto, come ad esempio gli altri suoi determinanti non renali. Allo stesso tempo rimane l'interrogativo sulla precisione clinica nell'utilizzo della creatinina come marker di funzionalità renale in questa tipologia di pazienti.

Table 2. Serum creatinine, eGFR and vastus lateralis thickness at admission and on postoperative day 5, with corresponding changes (ΔCr, ΔeGFR, ΔVL).

Mean (SD)	Admission (n=335)	Postoperative day 5 (n=253)	Δ	p
Creatinine (mg/dl)	1.10 (0.9)	1.01 (0.8)	-0.16 (0.4)	< 0.001
CKD-EPI eGFR (ml/min)	66.4 (23.4)	71.9 (24.2)	8.9 (12.3)	<0.001
CKD-BIS1 eGFR (ml/min)	53.5 (18.7)	58.6 (21)	7.8 (10.5)	<0.001
VL thickness (cm)	1.16 (0.25)	1.06 (0.22) (n=213)	-0.11 (0.15)	<0.001

SD, standard deviation; eGFR, estimated glomerular filtration rate; CKD-EPI, Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration; BIS1, Berlin Initiative Study; VL, vastus lateralis.



Bibliografia

1. Iacomelli I, Giordano A, Rivasi G, et al. Low Creatinine Potentially Overestimates Glomerular Filtration Rate in Older Fracture Patients: A Plea for an Extensive Use of Cystatin C? Eur J Intern Med. 2021 Feb;84:74-79.
2. Nagae M, Umegaki H, Yoshiko A, et al. Muscle ultrasound and its application to point-of-care ultrasonography: a narrative review. Ann Med. 2023 Dec;55(1):190-197.

IL RUOLO DELL'ORTOGERIATRIA NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE CON FRATTURA DI FEMORE: UN CASE REPORT

Anna Giannolo, Margherita Lordi, Gaia Rubbieri, Alice Ceccofiglio, Gianluca Polidori, Giulio Mannarino, Alessandro Cartei, Stefano Fumagalli, Andrea Ungar

Geriatria UTIG, AOU Careggi, Firenze

INTRODUZIONE

L'Ortogeriatria rappresenta un modello assistenziale consolidato nella gestione del paziente anziano con frattura di femore. La Valutazione Multidimensionale identifica precocemente condizioni cliniche concomitanti che possono influenzare la prognosi e permette di pianificare un percorso diagnostico-terapeutico personalizzato, evitando che l'età anagrafica rappresenti l'unico criterio decisionale.

CASO CLINICO

Donna di 87 anni, completamente autonoma prima dell'evento acuto nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana, deambulava senza ausili, non riferiva precedenti cadute e presentava un'anamnesi caratterizzata da ipertensione arteriosa, glaucoma e pregressa isteroannessiectomia per carcinoma dell'utero.
In seguito a una caduta accidentale giungeva in Pronto Soccorso, dove gli accertamenti radiologici documentavano una frattura pertrocanterica del femore sinistro. Veniva quindi sottoposta, nei tempi raccomandati, a riduzione e sintesi mediante chiodo endomidollare.



Durante il ricovero in Ortogeriatria, l'approccio multidisciplinare permetteva di approfondire un reperto incidentale (area di addensamento parenchimale indissociabile dal profilo mediastinico) rilevato alla radiografia del torace. La TC total body evidenziava una voluminosa lesione del lobo polmonare superiore sinistro (85 × 62 × 75 mm), associata a linfoadenopatie ilari e mediastiniche e versamento pleurico, quadro altamente suggestivo di neoplasia polmonare localmente avanzata, in assenza di metastasi encefaliche.
Nel corso degli approfondimenti emergevano inoltre significative comorbilità cardiovascolari. L'ecocardiogramma mostrava una funzione sistolica globale conservata (FE 55%) con alterazioni segmentarie della cinetica, mentre l'angio-TC coronarica documentava stenosi critiche a carico dell'arteria interventricolare anteriore e della circonflessa. La paziente veniva pertanto sottoposta a coronarografia con successiva angioplastica coronarica percutanea, con decorso clinico regolare.
Su indicazione pneumologica e oncologica eseguita ecobroncoscopia con agoaspirato transbronchiale per la definizione istologica della lesione polmonare. Nonostante l'età avanzata, il buon livello funzionale premorboso e l'assenza di significativa fragilità clinica rendevano la paziente candidabile a un trattamento oncologico attivo.
L'esame istologico confermava la diagnosi di neoplasia polmonare e veniva avviato un trattamento immunoterapico. Contestualmente, la paziente proseguiva il percorso riabilitativo ortogeriatrico, ottenendo un progressivo recupero della deambulazione e dell'autonomia funzionale fino al ritorno al livello precedente alla frattura.

CONCLUSIONI

Questo caso evidenzia il valore del modello ortogeriatrico nella gestione del paziente anziano fragile con frattura di femore. La Valutazione Geriatrica Multidimensionale orienta le scelte cliniche insieme allo stato funzionale e alla riserva fisiologica del paziente, piuttosto che alla sola età cronologica. In questo caso, tale approccio ha reso possibile l'accesso a procedure cardiologiche interventistiche, alla diagnosi tempestiva di una neoplasia polmonare e all'avvio di un trattamento oncologico, senza compromettere il recupero funzionale conseguente alla frattura di femore. Il percorso ortogeriatrico si conferma quindi uno strumento essenziale per garantire cure personalizzate e migliorare gli esiti clinici nei pazienti anziani complessi.

LA VALUTAZIONE DELLA SICUREZZA CARDIOVASCOLARE NEL TRATTAMENTO CON ROMOSOZUMAB PER L'OSTEOPOROSI

Antonio Martocchia[1], Eleonora Caioli[1], Carlotta De Nuntis[1], Massimiliano Piediscalzi[1], Eleonora Martocchia[2], Giorgio Sesti[1]

[1] UO Medicina Interna, Sapienza Università di Roma - [2] Università Campus Biomedico, Roma

SCOPO DEL LAVORO

L'osteoporosi e le malattie cardiovascolari (CVD) sono molto frequenti negli anziani, con fattori di rischio e meccanismi fisiopatologici condivisi. La terapia anti osteoporotica con romosozumab (monoclonale anti sclerostina) è efficace nel ridurre il rischio di fratture (FR) e nell'aumentare la densità minerale ossea (BMD). Tuttavia, l'inibizione della sclerostina potrebbe influire negativamente sulla calcificazione vascolare, con un potenziale incremento del rischio CV (MACE per ictus ed infarto miocardico e morte cardiovascolare con hazard ratio, HR, pari a 1.87 versus alendronato), soprattutto nelle popolazioni a più alto rischio (come nel diabete mellito o DM, insufficienza renale cronica o IRC, malattia CV preesistente). L'ente regolatore in Italia (AIFA) ha posto indicazione al romosozumab per il trattamento dell'osteoporosi severa in donne in post-menopausa ad alto FR: in prevenzione secondaria (≥ 1 frattura vertebrale o FV moderata o grave oppure ≥ 2 FV lievi oppure ≥2 fratture nonV da fragilità in anamnesi oppure una frattura femorale o FF nei 2 anni prima) e con FR a 10 anni ≥20%. Lo scopo del presente lavoro è la ricerca degli algoritmi utili alla valutazione del rapporto tra efficacia e sicurezza CV nella terapia con romosozumab.

MATERIALI E METODI

Sono stati analizzati i principali algoritmi sviluppati dalle Società scientifiche nazionali e internazionali.

RISULTATI

Per calcolare il rischio di frattura, sono disponibili il FRAX (Fracture Risk Assessment Tool, per età 40-90 anni) ed il FRAXplus (con variabili opzionali quali lo score dell'osso trabecolare o TBS, la durata del DM2, la lunghezza dell'asse dell'anca o HAL e l'iperparatiroididmo primario) dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ed in Italia il DeFRA (Derived Fracturd Risk Assessment dell'Università di Verona, per età 40-90 anni). Prerequisito per la terapia con rosomozumab è l'assenza di pregressi eventi cardio e cerebrovascolari e/o l'assenza di rischio CV elevato definito come rischio ≥20% secondo le carte del rischio del progetto

CUORE. Ma tali carte del rischio sono state validate per pazienti con età < 70 anni. L'AIFA raccomanda la valutazione del rischio CV per ietà ≥ 70 anni, secondo RCP (riassunto delle caratteristiche del prodotto). Nel decidere se utilizzare romosozumab, è opportuno valutare se per ciascun singolo paziente il rapporto rischio/beneficio sia favorevole al trattamento (rischio CV minore del rischio di frattura nel corso dell'anno successivo), considerando tutti i concomitanti fattori di rischio CV presenti nel caso (ad es. accertata patologia CV, ipertensione arteriosa, iperlipidemia, DM, tabagismo, IRC, età). A tal fine, sono utili gli algoritmi di ESC (European Society of Cardiology) e specifici nell'anziano, come lo SCORE2-OP (Systematic Coronary Risk Evaluation 2-Older Person per età 70-89 anni, rischio molto alto se ≥ 15%). Per popolazioni specifiche, sono validati SCORE2-Diabetes (per diabetici con età 40-69 anni, rischio molto alto se ≥20%) di ESC e PREVENT (Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTs per età 30-79 anni, con variabili opzionali come il rapporto albumina/creatinina urinaria e l'emoglobina glicata, rischio alto se ≥ 10%) di ACC/AHA (American College Cardiology/American Heart Association).

CONCLUSIONI

In conclusione, sono necessari studi che valutino l'impiego di algoritmi per la stima del rischio CV e per la azioni da intraprendere per la sua riduzione, favorendo così l'equilibrio tra efficacia e sicurezza nei trattamenti innovativi per l'osteoporosi.

ATTIVAZIONE DI UN SERVIZIO DI ORTOGERIATRIA PRESSO L'OSPEDALE SAN LEOPOLDO MANDIC DI MERATE: PRIMI RISULTATI

Paolo Dionigi Rossi[1], Andrea Bonini[1], Filippo Maria Anghilieri[2], Francesca Boisio[2], Lia Perego[1], Linda Sassi[1], Miriam Colombo[1], Miriana Martelengo[1], Lara Verdi[1], Pierluigi Colombo[2]

[1] S.C Medicina Generale, Presidio Ospedaliero San Leopoldo Mandic, Merate (LC) - [2] S.C. di Ortopedia/Traumatologia, Presidio Ospedaliero San Leopoldo Mandic, Merate (LC)

SCOPO DEL LAVORO

Sebbene i benefici clinici e organizzativi dei modelli di Ortogeriatria siano documentati in letteratura, la loro implementazione su scala nazionale rimane ancora oggi limitata. In data 15/09/2025, presso il reparto di Ortopedia dell'Ospedale San Leopoldo Mandic di Merate (ASST-Lecco), è stato attivato un servizio di Ortogeriatria basato su un modello di assistenza condivisa (co-management), caratterizzato dalla valutazione multidisciplinare e dalla presenza costante del geriatra durante il giro visite feriale. Il presente studio mira a valutare l'impatto di tale modello su outcomes clinici e organizzativi.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio di coorte retrospettivo con controllo storico. Sono stati inclusi tutti i pazienti di età > 70 anni con diagnosi di frattura da fragilità sottoposti a intervento chirurgico in due periodi distinti:

- Gruppo POST (intervento): 15/09/2025 - 15/05/2026 (8 mesi)
- Gruppo PRE (controllo storico): 01/01/2025 - 01/09/2025 (8 mesi)

Gli outcomes principali analizzati sono stati: mortalità a 30 giorni post-intervento (indicatore PNE - Programma Nazionale Esiti), durata della degenza media e tasso di trasferimento verso altri reparti specialistici per complicanze.

RISULTATI

Il gruppo POST ha incluso 130 pazienti (75% donne, età media 85.7 ± 6), mentre il gruppo PRE ha compreso 108 pazienti (75% donne, età media 87 ± 6).

- Mortalità a 30 giorni: si è ridotta nel gruppo POST rispetto al gruppo PRE (3,8% vs 5,6%) pur non raggiungendo la soglia della significatività statistica. I soggetti deceduti ad un mese nel gruppo POST avevano un'età media significativamente più elevata rispetto ai sopravvissuti (93,6 vs 85,4; $p < 0,05$), mentre nel gruppo PRE non si è osservata una differenza significativa (88,3 vs 86,9);
- Durata degenza: si è osservata una riduzione significativa della durata media della degenza nel gruppo POST (13,1 giorni ± 5,1) vs il gruppo PRE (16,86 giorni ± 9,2); $p < 0,0001$;
- Complicanze: il tasso di trasferimento verso altri reparti per complicanze è passato dal 5,6% del gruppo PRE allo 0% del gruppo POST ($p < 0,01$).

CONCLUSIONI

A pochi mesi dall'avvio del servizio di Ortogeriatria presso il P.O. San Leopoldo Mandic di Merate, sono già osservabili outcomes favorevoli, quali una riduzione di 2 punti in percentuale della mortalità a un mese passata dal 5,6% al 3,8% (NB: gli ultimi dati del PNE riportano un dato a livello nazionale del 4,7%). Si è osservata inoltre una riduzione significativa della durata della degenza, anche grazie all'azzeramento dei trasferimenti verso altri reparti. Questi dati, sebbene preliminari, suggeriscono come sia sempre vantaggioso

considerare l'avvio un co-management ortogeriatrico nella gestione delle fratture da fragilità.

Bibliografia

Dreinhöfer KE, Mitchell PJ, Bégué T, et al. A global call to action to improve the care of people with fragility fractures. Injury. 2018; 49:1393-97.

Grigoryan KV, Javedan H, Rudolph JL. Orthogeriatric Care Models and Outcomes in Hip Fracture Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Orthop Trauma. 2014; 28:e49-e55.

Nuti R, Brandi ML, Checchia G, et al. Guidelines for the management of osteoporosis and fragility fractures. Intern Emerg Med. 2019;14(1):85-102.

IL GERIATRA NEL REPARTO DI ORTOPEDIA: IMPATTO CLINICO E ORGANIZZATIVO IN UN OSPEDALE PRIVO DI UNITÀ OPERATIVA DI GERIATRIA

Lorenzo Tommasi

Ortogeriatra, Aosta

SCOPO DEL LAVORO

Valutare l'impatto dell'inserimento di un geriatra dedicato a tempo pieno (strutturato/contratto fisso) all'interno di un reparto di Ortopedia e Traumatologia nella gestione e presa in carico dei pazienti anziani con fratture complesse.

MATERIALI E METODI

Studio comparativo analizzando i tempi di evasione delle consulenze geriatriche e la tempestività della presa in carico prima e dopo l'inserimento del geriatra fisso nel reparto di Ortopedia dell'Ospedale Parini di Aosta. Il gruppo di controllo comprende le consulenze evase da geriatri afferenti da un'altra struttura.

RISULTATI

L'integrazione stabile del geriatra nel team ortopedico ha determinato una significativa riduzione dei tempi di attesa per la consulenza specialistica. Questo approccio ha favorito una precoce e sistematica presa in carico cogestita e interdisciplinare del paziente anziano fragile con frattura complessa, ottimizzando il percorso clinico-assistenziale pur in assenza di un reparto di Geriatria dedicato nell'orizzonte ospedaliero.

CONCLUSIONI

La presenza di un geriatra dedicato e integrato in ortopedia si conferma un modello organizzativo efficace e replicabile. Questo assetto permette di garantire standard elevati di cura e di migliorare la gestione del paziente anziano ortopedico anche all'interno di presidi ospedalieri privi di un'Unità Operativa di Geriatria.

Bibliografia

Giusti A, et al. (2011). The effect of an orthogeriatric co-management model on 1-year mortality in older patients with hip fracture.

González-Montalvo JI, et al. (2010). Clinical results and costs of an orthogeriatric shared-care unit: a medical specialty approach to hip fracture care.

Kates SL, Mendelson DA, Friedman SM. (2011). The Rochester orthogeriatric model. Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation.

Van Grootven B, et al. (2017). Assessment of the clinical effectiveness of shared care models for older patients with hip fracture: a systematic review.

PSICOGERIATRIA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

VARIAZIONE DELLE ESPRESSIONI FACCIALI DI UN GRUPPO DI ANZIANI AFFERENTI AD UN CENTRO DIURNO DURANTE UN PERCORSO DI TERAPIA ASSISTITA CON IL CANE

Giulia Pierucci, Ilaria Ambrosino, Anna Enrica Tosti, Giulia Converti, Michael Greco, Enrico Mossello, Andrea Ungar

Università degli Studi di Firenze

SCOPO DEL LAVORO

Vi sono ormai sempre più evidenze in letteratura sui benefici degli Interventi Assistiti con Animali (IAA) nell'anziano. La maggior parte degli studi sono stati condotti coinvolgendo anziani affetti da demenza e residenti in RSA. I dati suggeriscono potenziali benefici sui disturbi del comportamento e sul profilo psico-affettivo. In questo contesto, assume particolare rilevanza lo studio delle espressioni facciali. Nei soggetti anziani con demenza, infatti, la comunicazione verbale risulta spesso compromessa, rendendo più complessa la valutazione accurata del loro vissuto emotivo, del livello di benessere e della risposta agli interventi. L'integrazione della valutazione delle espressioni facciali, attraverso parametri oggettivi e/o strumenti tecnologici, potrebbe, pertanto, permettere la raccolta di preziose informazioni aggiuntive. Il presente studio pilota ha l'obiettivo di indagare le variazioni delle espressioni facciali durante un programma di IAA in soggetti anziani che frequentano un Centro Diurno (CD).

MATERIALI E METODI

Lo studio coinvolge soggetti di età ≥ 65 anni con diagnosi di demenza, che frequentano un CD e che partecipano individualmente a 7 sedute di Terapia Assistita con il cane. Durante gli incontri, i soggetti vengono fatti accomodare su una sedia, ed interagiscono con il cane frontalmente, in modo che il loro viso sia rivolto verso una telecamera che cattura le loro espressioni facciali, che verranno successivamente analizzate da un software sviluppato ad hoc. Contemporaneamente, un operatore effettua la stessa valutazione avvalendosi della "Facial Expressions of Emotion - Stimuli and Tests (FEEST)".

RISULTATI

I risultati di questo studio permetteranno di valutare se le interazioni con il cane determinano una variazione delle espressioni rispetto alla "condizione basale" e quali categorie di espressioni sono prevalenti durante questo tipo di intervento. Verrà inoltre effettuato un confronto dei dati ottenuti dalle rilevazioni effettuate dal software e di quelle effettuate dall'operatore, al fine di valutare l'accuratezza dello strumento.

CONCLUSIONI

L'analisi delle espressioni facciali può rappresentare un indicatore sensibile e immediato delle emozioni, consentendo di cogliere segnali di disagio, piacere, ansia o coinvolgimento che altrimenti potrebbero rimanere inespressi. In tale prospettiva, lo sviluppo e l'impiego di strumenti tecnologici in grado di rilevare e interpretare automaticamente le espressioni facciali potrebbero offrire un importante supporto, contribuendo a valutare in modo più preciso l'efficacia degli interventi e a personalizzare i percorsi terapeutici.

Bibliografia

Corneanu CA, Simón MO, Cohn JF, et al. (2016). Survey on RGB, 3D, thermal, and multimodal approaches for facial expression recognition: History, trends, and affect-related applications. IEEE Trans Pattern Anal Mach Intell. 2016 Aug;38(8):1548-68.

Ekman P, Friesen WV. (1978). Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.

Hu M, Zhang P, Leng M, et al. Animal-assisted intervention for individuals with cognitive impairment: A meta-analysis of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. Psychiatry Res. 2018 Feb;260:418-427.

RESILIENZA PSICOLOGICA: COME I TRATTI DI PERSONALITÀ INTERVENGONO SULL'ESPRESSIONE CLINICA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Giulia Serbelloni, Alessandro Bottoni, Emanuele Leandri, Claudio Capozzi, Mariaines Orzelleca, Monica Margiotta, Martina Pica, Massimo Marianetti, Mattia Rosari

Provincia Romana di San Pietro, Fatebenefratelli San Giovanni di Dio, Genzano di Roma (RO)

SCOPO DEL LAVORO

Il costrutto di Personality Resilience definisce la capacità di specifici tratti di personalità di agire come modulatori biologici e psicologici della malattia di Alzheimer (AD). In ambito neurologico, tale concetto integra il costrutto di Riserva Cognitiva con quello di Personalità spiegando la discrepanza tra danno cerebrale presunto ed espressione clinica in pazienti con AD.

MATERIALI E METODI

Il presente studio si prefigge di indagare e validare le correlazioni tra i domini personologici delineati dal modello "Big Five Questionnaire - 2" (BFQ-2) e l'assetto cognitivo globale, valutato mediante Mini-Mental State Examination (MMSE) e Clock Drawing Test (CDT). La ricerca è stata condotta su una coorte clinica di 106 pazienti afferente al Centro Sperimentale Fatebenefratelli di Genzano di Roma: età media: 67 ± 2.1, scolarità univoca: 13. intende verificare il ruolo della personalità intesa quale fattore di resilienza psicologica nell'ambito della Malattia di Alzheimer (AD).

RISULTATI

L'analisi descrittiva dell'intero campione ha rilevato score medi di 23,18 al MMSE e di 5.76 al CDT. La stratificazione psicometrica ha evidenziato che il 49,5% della coorte manifestava un'elevata espressione del dominio "Nevroticismo", associata a un quadro di deterioramento cognitivo significativamente più marcato (MMSE medio 21,33; CDT medio 4.69), con una correlazione inversa statisticamente rilevante ($p < 0.001$). Di contro, i soggetti caratterizzati da elevati livelli di "Apertura Mentale" e "Coscienziosità" hanno mostrato un sostanziale risparmio del funzionamento globale e delle funzioni esecutivo-visuospaziali (MMSE medio 25; CDT medio 6,81). Il differenziale prestazionale superiore a 2 punti medi corrobora la pregnanza clinica dei tratti personologici nel modulare l'evoluzione sintomatologica della Demenza di Alzheimer ($p < 0,05$).

CONCLUSIONI

I risultati della ricerca rivelano che i tratti esaminati tramite il (BFQ-2) correlano in modo clinicamente e statisticamente significativo costituiscano un'importante fattore di protezione associato ad una migliore Riserva Cognitiva. In conclusione i dati evidenziano come i tratti di personalità: Apertura Mentale, Stabilità Emotiva e Coscienziosità costituiscano un effetto protettivo rappresentando un profilo psicologico resiliente nei confronti di persone che presentano già una diagnosi di AD. Qualora i dati del presente studio siano confermati da ulteriori ricerche in ambito neuropsicologico potrebbero costituire un importante fattore preventivo nonché protettivo rispetto ad una diagnosi di demenza.

Bibliografia

Graham EK, et al. (2022). Personality Traits, Cognitive States, and Mortality in Older Adulthood. Journal of Personality and Social Psychology, 123(4), 815.

Sutin AR, et al. (2021). Is personality associated with dementia risk? A meta-analytic investigation. Biological Psychiatry, 89(1), 1-10.

Terracciano A, et al. (2013). Personality and resilience to Alzheimer's disease neuropathology: a prospective autopsy study. Biological Psychiatry, 74(2), 142-150.

LO STATO SOCIO-ECONOMICO: IL DOMINIO MANCANTE DELLA CAPACITÀ INTRINSECA

Annachiara Vassallo, Federica Argento, Claudia Canitano, Antonio Alessandro Caracciolo, Pierluigi Carelli, Laura Andrea Ceparano, Giovanni Curcio, Antonio Di Maio, Maria Grazia Landi, Alessandro Orrera, Pasquale Pezzella, Giovanni Saccon, Valeria Zanobbi, Grazia Daniela Femminella, Dario Leosco, Giuseppe Rengo, Leonardo Bencivenga

Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli

SCOPO DEL LAVORO

La popolazione anziana è caratterizzata da un'elevata eterogeneità e complessità clinica che rendono più difficile la gestione e richiedono una valutazione multidimensionale approfondita. La solitudine rappresenta uno dei problemi sociali più rilevanti in ambito geriatrico. Allo stesso modo, lo stress legato alla situazione finanziaria impatta sullo stato di salute e condiziona l'accesso alle cure. La Capacità Intrinseca (CI) è un modello utilizzato per studiare il processo di invecchiamento attivo, basato su domini che esplorano le capacità funzionali degli adulti anziani. La relazione tra CI e la condizione socioeconomica degli anziani non è stata adeguatamente indagata.

Obiettivi: valutare l'associazione tra stato socioeconomico (solitudine e stress finanziario) e CI in anziani non istituzionalizzati.

MATERIALI E METODI

Questo studio trasversale include partecipanti di età pari o superiore a 65 anni che afferiscono all'Ambulatorio di Valutazione Multidimensionale Geriatrica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli. La solitudine è misurata tramite la UCLA 3-item Loneliness Scale, mentre lo stress finanziario viene stimato attraverso il questionario proposto dal National Poll on Healthy Aging Team. Uno score ottenuto dalla somma delle due scale è stato impiegato quale misura di dominio socio-economico. Per valutare la CI viene utilizzato

un modello a quattro domini (locomozione, vitalità, stato cognitivo, stato psicologico) derivato dal programma ICOPE (OMS).

RISULTATI

Sono stati arruolati 143 pazienti, con un'età media di 76,9 ± 6,2 anni, di cui il 51,7% di sesso femminile. La UCLA della popolazione era 5,5 ± 2,1, mentre lo stress finanziario pari a 9,7 ± 6,1. La CI della popolazione presentava una associazione lineare inversa con lo stato socioeconomico (r: -0,5478, p < 0,01) (Fig. 1). All'analisi di regressione multivariabile per la variabile dipendente CI, si confermava una associazione indipendente con lo stato socioeconomico (beta -0,51, p < 0,01), indipendente da età e sesso, con un R2a del modello pari a 0,42.

CONCLUSIONI

I risultati di questa ricerca confermano l'ipotesi di un'associazione indipendente tra CI e stato socioeconomico negli anziani non istituzionalizzati, suggerendo la possibilità di integrare nella moderna valutazione geriatrica tale variabile quale dominio ulteriore dello stato di salute globale.

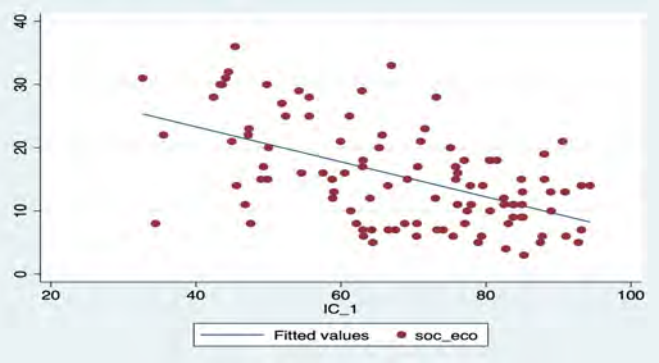


Figura 1. Correlazione di Pearson tra Capacità Intrinseca e Stato Socioeconomico.

Bibliografia

Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, 2nd ed. 2025.
Jason et al. JAMA Int Med. 2022.
Kullgren et al. Deep Blue Doc. 2025.
Salari et al. Hum Soc Sci Commun. 2025

SARCOPENIA

I lavori sono suddivisi per topic e pubblicati per ordine alfabetico del primo nome

PATTERN FARMACOLOGICI IN PAZIENTI ANZIANI CON E SENZA SARCOPENIA

Alessia Carta[1], Lorenzo Serri[1], Irene Buffoli[1], Ilaria Picci[1], Valeria Sanna[1], Maristella Belfiori[2], Francesco Salis[2], Antonella Mandas[2]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari - [2] Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari; ASL di Cagliari

SCOPO DEL LAVORO

L'obiettivo del presente studio è quello di valutare i pattern farmacologici di soggetti anziani sarcopenici e non sarcopenici, al fine di individuare eventuali differenze sia in termini di prevalenza di polifarmacoterapia che di associazioni prescrittive.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale su pazienti con almeno 65 anni di età. Per ogni paziente sono state raccolte le variabili demografiche e antropometriche, la terapia farmacologica in corso; i pazienti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale, comprendente la valutazione della sarcopenia [1] secondo i criteri dello European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2). Per l'analisi sono state considerate le classi farmacologiche assunte da almeno il 3% del campione. Si è proceduto a disegnare matrici di co-prescrizione differenziali nei gruppi di pazienti con e senza sarcopenia mediante correlazioni tetracoriche. La rete ottenuta è costituita da nodi (classi farmacologiche) e archi (correlazioni). Si è quindi proceduto a calcolare, per ciascuna matrice, la centralità di rete, valutando, per ciascuna classe farmacologica, il delta di forza di associazione.

RISULTATI

Le caratteristiche dei 177 pazienti arruolati sono descritte nella Tabella 1. L'analisi non ha mostrato significative differenze nella prevalenza di polifarmacoterapia tra i due gruppi. Dal confronto tra la prevalenza di ciascuna classe farmacologica è emerso che nei soggetti non sarcopenici sono presenti alcune classi prevalenti rispetto ai sarcopenici e viceversa, tuttavia, dalla correzione per confronti multipli non è emersa alcuna associazione statisticamente significativa. Da confronto delle matrici di co-prescrizione è emerso che SSRI, SNRI, PPI e statine rappresentano i nodi centrali e che sussistono definite associazioni terapeutiche nei sarcopenici e nei non sarcopenici (Fig. 1). Infine, il peso di ciascun farmaco nel network è stato espresso mediante delta: tra i sarcopenici emerge maggiore ruolo nelle co-prescrizioni di SNRI, antipertensivi, iSGLT2, oppioidi, statine; tra i non sarcopenici di antipsicotici, SSRI, benzodiazepine, vitamina D, antidiabetici orali (Fig. 2).

CONCLUSIONI

Il presente studio ha evidenziato la presenza di differenti pattern farmacologici nei pazienti sarcopenici rispetto ai non sarcopenici, suggerendo una maggiore complessità prescrittiva nel gruppo con sarcopenia. Tuttavia, dato il disegno dello studio, non è possibile inferire se tale aspetto contribuisca allo sviluppo o al mantenimento della sarcopenia, o se piuttosto rappresenti un indicatore indiretto della maggiore fragilità clinica e multimorbilità dei pazienti sarcopenici. Ulteriori studi prospettici saranno necessari per confermare e approfondire tali osservazioni.

Bibliografia

1. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16-31.

Tabella 1- caratteristiche della popolazione studiata

Variabili	Mediana	Q1	Q3	minimo	massimo
Età	81	77	85	65	100
MPI	0.4	0.3	0.6	0.1	0.9
Barthel index	74	50.2	92.5	0	100
IADL	3	1	5	0	8
MNA	22	19	24	8	28.5
MMSE	20	14.3	25.2	0	30
GDS	5	4	8	0	14
PPT	15	9	20.7	0	28
POMA	17	11	21	0	28
CIRS	6	4.7	8	0	11
SPPB	4	2	7	0	12
Handgrip test	15	10	20	0	45
SARCF	5	2	8	0	18
AUDITC	0	0	1	0	7
Numero farmaci	8	5	11.2	1	20

CIRS, cumulative illness rating scale; GDS, geriatric depression scale; IADL, Instrumental Activity of Daily Living; MMSE, Mini-Mental State Examination; MNA, Mini Nutritional Assessment; POMA, Performance Oriented Mobility Assessment; PPT, physical performance test.

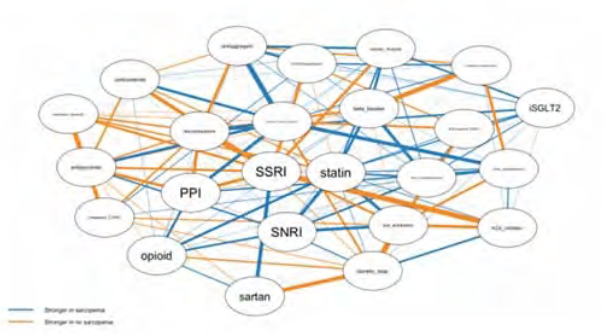


Figura 1 - network delle co-prescrizioni.

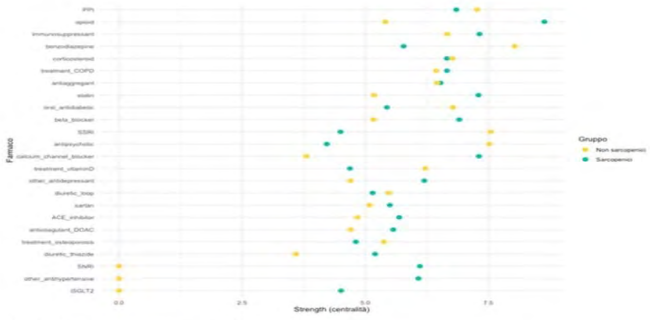


Figura 2 – Centralità di ciascun farmaco nel network.

LA PERCEZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE COME MARCATORE DI SARCOPENIA NEL PAZIENTE ANZIANO

Patrizia Contu[1], Anna Mamusa[1], Alessia Monni[1], Maria Dessy[1], Michela Melis[1], Maristella Belfiori[2], Francesco Salis[2], Antonella Mandas[2]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari - [2] Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Cagliari; ASL di Cagliari, Cagliari

SCOPO DEL LAVORO

La sarcopenia e la malnutrizione rappresentano condizioni altamente prevalenti nella popolazione geriatrica [1,2]. Il presente studio si pone l'obiettivo di valutare l'associazione fra la percezione soggettiva dello stato nutrizionale e la sarcopenia, e se tale percezione possa essere un predittore della sarcopenia.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale che ha incluso soggetti con età ≥65 anni afferenti al servizio ambulatoriale geriatrico della SC Geriatria e Lungodegenza, PO Isili (CA). La sarcopenia è stata studiata secondo i criteri dello European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP2). La percezione soggettiva dello stato nutrizionale è stata categorizzata in "soddisfacente" e "malnutrizione".

RISULTATI

Sono stati inclusi 177 soggetti (65,7% di sesso femminile; età mediana 81 anni). La Tabella 1 mostra ulteriori caratteristiche della popolazione arruolata. La presenza di sarcopenia non differiva significativamente in relazione allo stato nutrizionale auto-percepito (p = 0.938), come emerge in Figura 1, mentre risultava associata a malnutrizione (p = 0,034), misurata mediante mini nutritional assessment (MNA). È stato quindi valutato, mediante un modello di regressione logistica, se l'autopercezione dello stato nutrizionale potesse predire la sarcopenia. Il modello ha mostrato OR = 0.8 (95%CI = 0,27-2,60), p = 0,714. Al fine di studiare se questo effetto potesse essere mediato da variabili confondenti, è stato realizzato un grafico aciclico diretto, sulla base del quale sono stati identificati, quali possibili confounder, il MNA e il burden di comorbilità. Il modello corretto ha mostrato OR = 0.26 (95%CI = 0,06-1,14), p = 0,078. I risultati dei modelli descritti sono illustrati graficamente in Figura 2.

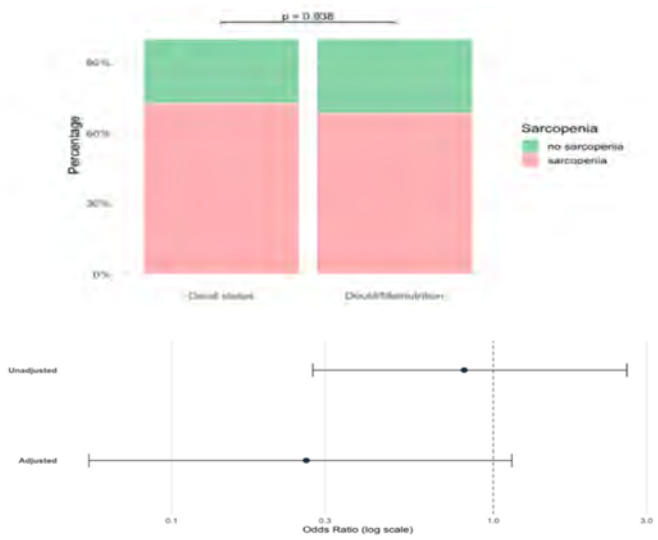
CONCLUSIONI

I risultati del presente studio mostrano che l'autopercezione dello stato nutrizionale non rappresenta un indicatore affidabile di sarcopenia negli anziani. Al contrario, la valutazione oggettiva mediante il test MNA si è dimostrata significativamente associata alla presenza di sarcopenia. Il presente studio dimostra l'importanza di non limitarsi alla valutazione della percezione soggettiva quale indicatore di salute muscolare, confermando la rilevanza del ricorso a strumenti standardizzati e validati per valutare lo stato nutrizionale e la funzione muscolare [3].

Bibliografia

1. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16-31.
2. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019;38(1):10-47.
3. Prokopidis K, Testa GD, Giannaki CD, et al. Prognostic and Associative Significance of Malnutrition in Sarcopenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Adv Nutr. 2025;16(5):100428.

VARIABILE		
Sesso	Femminile	65.7%
Titolo di studio	nessuno	14.4%
	elementare	51.8%
	medie	18.6%
	superiori	11%
	laurea	4.2%
Stato civile	single	8%
	sposati	49.1%
	conviventi	0.9%
	separati/divorziati	7.1%
	vedovi	34.9%



ATTIVITÀ FISICA ADATTATA PER LA PREVENZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO DI OSTEOPOROSI E DI SARCOPENIA NELLA PAZIENTE ANZIANA FRAGILE CON TUMORE DELLA MAMMELLA

Ferdinando D'Amico[1], Rossella D'Amico[2]

[1] Unità Valutazione Geriatrica Oncologica, Fondazione Istituto G. Giglio Cefalù (PA); Dipartimento di Medicina Clinica, Università degli Studi di Messina - [2] Unità Operativa Medicina Riabilitativa, IRCCS Oasi Maria SS Troina, Troina (EN)

SCOPO DEL LAVORO

Lo studio clinico ha valutato l'efficacia della attività fisica adattata nella prevenzione del rischio di Osteoporosi, Sarcopenia, Fragilità in queste pazienti anziane con Carcinoma mammario.

MATERIALI E METODI

Sono stati studiate nel periodo di 12 mesi n. 12 pazienti anziane con Carcinoma mammario in terapia con farmaco inibitore della aromatasi. Il disegno dello studio clinico in tutte le pazienti prevedeva verifica a T0-T12. In n. 6 pazienti anziane (campione A età media 72 + 3 anni) è stata valutata la efficacia del farmaco Denosumab combinata con progetto di attività fisica adattata. In n. 6 pazienti anziane (campione B età media 71 + 4 anni) è stata valutata la efficacia della terapia con farmaco Denosumab nella prevenzione del rischio di Osteoporosi. Le pazienti anziane sono state istruite a eseguire in autotrattamento esercizi per un periodo di 12 mesi. Il progetto di attività fisica adattata è stato basato su esercizio fisico aerobico moderato (> 150 minuti alla settimana) associata a esercizio fisico di resistenza con pesi (> 3 volte a settimana). Le pazienti anziane dei due gruppi sono state monitorate con periodicità mensile attraverso intervista telefonica.

RISULTATI

Nel campione A si evidenziava T0: SPPB punteggio medio 7 ($p < 0.05$). Nel campione B (età media 71 + 4 anni) si evidenziava a T0: SPPB punteggio medio 7 ($p < 0,05$). A T12 nel gruppo attività fisica è stato dimostrato: SPPB punteggio medio 10 ($p < 0,05$) con potenziamento più significativo degli indicatori equilibrio-cammino. A T12 nel gruppo controllo è stato rilevato: SPPB punteggio medio 9 ($p < 0,05$) con potenziamento più significativo dell'indicatore cammino. Il progetto di esercizio fisico a bassa intensità strutturato in serie e ripetizioni a intensità crescente ha migliorato la forza muscolare nelle pazienti anziane fragili. A T12 in tutte le pazienti anziane non si erano manifestate fratture vertebrali.

CONCLUSIONI

Con l'analisi statistica della efficacia della attività fisica adattata combinata con il farmaco Denosumab risulta più appropriato il controllo della gravità degli indicatori di fragilità, la sintomatologia clinica, la prevenzione del rischio di frattura ossea, il potenziamento della capacità fisica, la prevenzione del rischio di caduta nei soggetti anziani.

Bibliografia

Brightwell CR, Markofski MM, Moro T, et al. Moderate-intensity aerobic exercise improves skeletal muscle quality in older adults. Transl Sports Med. 2019 Apr;2(3):109-119.

Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. (2010) Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing 39:412-423.

Fielding RA, Vellas B, Evans WJ, et al. (2011) Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: prevalence, etiology, and consequences International Working Group on Sarcopenia. J Am Med Dir Assoc 12:249-256.

Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. Int J Behav Nutr Phys Act. 2010 May 11:7:38.

Vikberg S, Sörlén N, Brandén L, et al. Effects of Resistance Training on Functional Strength and Muscle Mass in 70-Year-Old Individuals With Pre-sarcopenia: A Randomized Controlled Trial. J Am Med Dir Assoc. 2019 Jan;20(1):28-34.

World Health Organization. Interventions on diet and physical activity: what works: summary report. Geneva, 2009.

SARCOPENIA NELL'ICTUS: RUOLO DELL'ECOGRAFIA MUSCOLARE E IMPLICAZIONI PROGNOSTICHE PER IL RECUPERO FUNZIONALE

Alessia Incao, Giulia Berto, Alessandra Strukel, Paolo Chioatto, Massimo Iannilli

Area Riabilitativa, Casa di Cura Città di Rovigo

SCOPO DEL LAVORO

La sarcopenia post-ictus è frequente ma spesso sottodiagnosticata, e compromette il recupero riabilitativo e aggrava la disabilità residua. Per la diagnosi l'ecografia muscolare (non invasiva, bedside a basso costo) sta diventando tecnica di riferimento per la valutazione quali-quantitativa del muscolo. Scopo del lavoro è valutare la presenza di sarcopenia in pazienti con ictus in fase subacuta e analizzarne l'impatto sul recupero funzionale, esplorando il possibile ruolo predittivo di outcome della metodica ecografica per avvalorare l'importanza del suo utilizzo nella diagnosi di sarcopenia.

MATERIALI E METODI

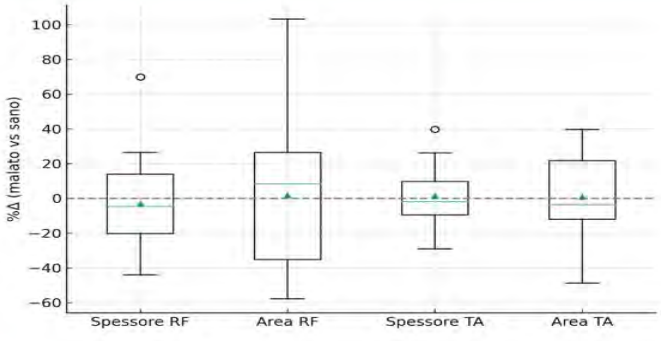
Studio prospettico osservazionale su 16 ricoverati (10 M 4 F, età media 75,5, 9 emorragie, 7 ischemie, completa autonomia pre-morbosa, SARC-F anamnestico < 4) in neuroriabilitazione per ictus cerebri in fase subacuta. Eseguite valutazioni a T0 (ingresso) e T1 (dimissione), raccolta dati anagrafici e anamnestici su stato nutrizionale, rischio di sarcopenia (MUST e SARC-F); somministrati test per misurazione della forza (Handgrip Strength), performance (TUG, Sit to stand), scale di valutazione (Barthel Index, FAC). Sono state eseguite valutazioni ecografiche su quadricipite femorale, tibiale anteriore, flessori ed estensori di polso, raccogliendo misure quali-quantitative su arto sano e plegico. È stato eseguito confronto con un gruppo di controllo di volontari sani accomunati da sesso ed età, ed analisi statistica descrittiva, comparativa (T0-T1, arto sano-plegico, gruppo di studio-controllo) e di correlazione (regressione lineare semplice e regressione multipla backward stepwise).

RISULTATI

All'ingresso i pazienti presentano significativa riduzione della forza muscolare e performance peggiori ai test motori rispetto ai controlli; la differenza si riduce, senza mai colmarsi, a fine ricovero. C'è anche un aumento dell'ecogenicità muscolare nei pazienti rispetto ai controlli per alterazione qualitativa precoce del tessuto muscolare. Nel confronto tra arto sano e malato c'è una tendenza complessiva all'atrofia muscolare sia nel lato plegico che nel controlaterale, da probabile componente sistemica di sarcopenia stroke-correlata e non esclusivamente secondaria al deficit focale. Con regressione lineare semplice vi è correlazione negativa statisticamente significativa tra MUST e SARC-F a T0 e FAC e Barthel Index a T1, che indica un recupero meno favorevole delle ADL e della deambulazione nei pazienti ad elevato rischio di malnutrizione e sarcopenia. Con regressione lineare multipla backward stepwise si è condotta analisi di correlazione per identificare possibili predittori di outcome tra le variabili ecografiche: la qualità del tessuto muscolare dell'arto malato all'ingresso (secondo l'ipotesi ecogenicità più elevata = muscolo

	Valid	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
BARTHEL INDEX INGR	16	12.500	7.071	0.000	25.00
BARTHEL INDEX DIM	16	52.500	25.430	10.00	100.0
GIORNI_RICOVERO	16	61.813	14.653	39.00	91.00
DELTA BARTHEL	16	39.375	21.670	10.00	80.00
GUADAGNO_GIORNALIERO	16	0.712	0.464	0.164	1.633

Da T0 a T1 il Barthel Index aumenta in media di **40 punti**, con un **incremento giornaliero di circa 0,7 punti.**



- L'asimmetria tra arto paretico e arto sano risulta modesta.
- Lo z-score dell'arto sano è già circa 1 deviazione standard inferiore alla media dei controlli.
- **Vi è una tendenza complessiva a riduzione della massa muscolare non solo nel lato plegico, ma anche nell'arto controlaterale.**

	N	Media	Mediana	SD	SE
HANDGRIP T0	16	11.5	12.1	5.65	1.41
HANDGRIP T1	16	12.2	11.4	4.31	1.08

	N	Media	Mediana	SD	SE
ISOMETRIA QUADRICIPITE T0	16	12.7	11.3	8.26	2.06
ISOMETRIA QUADRICIPITE T1	16	12.9	11.3	6.38	1.59

	N	Media	Mediana	SD	SE
STAR ARTO MALATO T0	16	0.742	0.695	0.255	0.0638
STAR ARTO MALATO T1	16	0.774	0.725	0.274	0.0686
STAR ARTO SANO T0	16	0.811	0.810	0.230	0.0575
STAR ARTO SANO T1	16	0.927	0.920	0.309	0.0771

Non si registra miglioramento della **FORZA** né variazioni significative nelle **MISURAZIONI ECOGRAFICHE.**
Tuttavia non sono nemmeno riscontrati riduzioni della forza o segni di atrofia muscolare.
Possibile ruolo protettivo della fisioterapia?

meno performante) costituisce un marcatore negativo dell'outcome funzionale, mentre una morfologia meglio conservata dell'arto controlaterale sano, cioè uno spessore muscolare ecografico maggiore, rappresenta un correlato positivo del recupero.

CONCLUSIONI

La precoce identificazione e trattamento della sarcopenia post-ictus, con accurato screening nutrizionale e valutazioni ecografiche mirate, sono strategie fondamentali per ottimizzare il recupero funzionale dei pazienti stroke-survivors. Data la ridotta numerosità del campione è necessaria conferma in studi prospettici più ampi per consolidarne il valore clinico e guidare interventi precoci e mirati.

LO SPESSORE MUSCOLARE ECOGRAFICO DEL RETTO FEMORALE E DEL VASTO INTERMEDIO È ASSOCIATO ALLA CAPACITÀ INTRINSECA NEGLI ANZIANI OSPEDALIZZATI

Francesco Manfredonia, Laura Andrea Ceparano, Annachiara Vassallo, Giovanni Curcio, Maria Grazia Landi, Pierluigi Carelli, Giovanni Saccon, Antonio Caracciolo, Claudia Canitano, Alessandro Orrera, Federica Argento, Valeria Zanobbi, Antonio Di Maio, Dario Leosco, Giuseppe Rengo, Leonardo Bencivenga

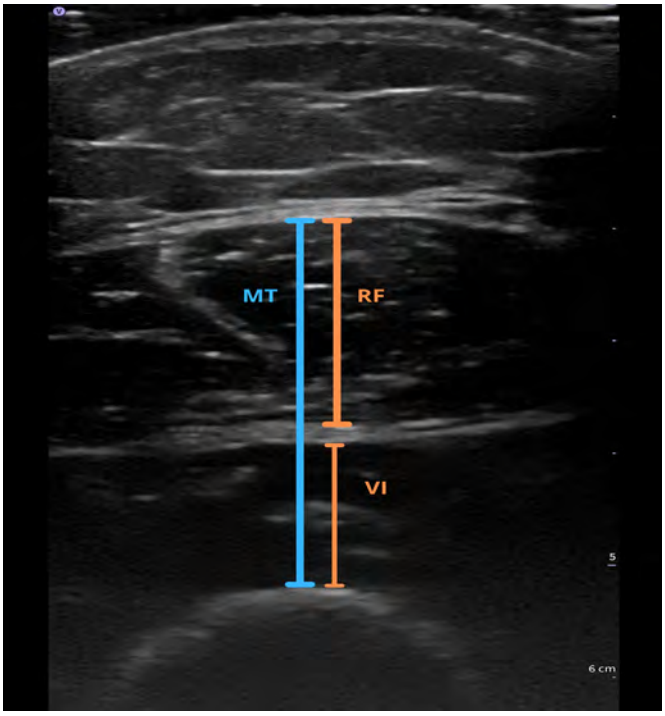
Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

SCOPO DEL LAVORO

Il presente lavoro mira a valutare l'associazione tra la Capacità Intrinseca (IC) basata sulla base della Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD) e le misure muscolari rilevate ecograficamente in una popolazione di anziani ospedalizzati. La VMG rappresenta la strategia migliore per valutare lo stato funzionale nei pazienti anziani. La IC è un modello proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il processo di invecchiamento, definito come l'insieme di tutte le capacità fisiche e mentali a cui un individuo può attingere nel corso della vita. L'ecografia muscolare (Muscle Ultrasound, MUS) è stata impiegata per valutare la massa muscolare nel contesto della sarcopenia e della fragilità.

MATERIALI E METODI

Pazienti di età ≥ 65 anni ricoverati presso il Reparto per Acuti dell'UOC di Geriatria e Gibrosi Cistica dell'Adulto dell'AOU Federico II sono stati sottoposti a VMG per la valutazione dei domini di stato globale funzionale, psico-cognitivo, nutrizionale e di performance fisiche.



Seguendo la procedura standard, è stato calcolato uno z-score dell'IC, tenendo conto di 4 domini principali: cognizione (attraverso il Mini Mental State Evaluation, MMSE), nutrizione (tramite il Mini Nutritional Assessment, MNA), vitalità (tramite la forza di presa Handgrip) e locomozione (tramite la Short Performance Physical Battery, SPPB). Lo spessore muscolare (muscle thicknesses, MT) del retto femorale (RF) e del vasto intermedio (VI) è stato misurato tramite sezione trasversale assiale attraverso ecografia muscolare (Fig. 1) [1]. È stata impiegata un'analisi di regressione multivariabile per determinare i fattori associati all'IC.

RISULTATI

La popolazione dello studio era composta da 129 pazienti anziani, di cui 92 maschi (71,3%), con un'età media di 74,51 ± 7,67 anni. MT del retto femorale e del vasto intermedio era pari a 30,91 ± 8,53 mm. Nell'analisi di regressione multivariabile, lo zIC è risultato significativamente e indipendentemente associato all'MT (coeff. 0.030, SE 0.007, p < 0.001). Il modello finale presentava una R2a pari a 26%.

CONCLUSIONI

La MT del retto femorale e del vasto intermedio, misurata tramite MUS, è risultata significativamente correlata all'IC in una popolazione di pazienti anziani ospedalizzati. Nella valutazione dell'IC basata sulla VMG, la MUS può costituire un ulteriore dominio di imaging.

Bibliografia

Bencivenga et al. Frontiers in Medicine 2023.
Stringer et al. The Journal of frailty & aging, 2018.
Ticinesi et al. JAMDA, 2017.

IL FENOTIPO DELL'OBESITÀ SARCOPENICA NELL'ANZIANO OSPEDALIZZATO: ASSOCIAZIONE TRA SARCOPENIC OBESITY PHENOTYPE INDEX (SOPI), DIMENSIONI DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA E MORTALITÀ

Michela Zanetti[1], Giuseppe Castiglia[1], Paolo De Colle[1], Alice Carrera[1], Gianluca Gortan Cappellari[2]

[1] Scuola di Specializzazione in Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute, Università degli Studi di Trieste; UCO Geriatria, Ospedale Maggiore, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, Trieste - [2] Scuola di Specializzazione in Geriatria, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute, Università degli Studi di Trieste

SCOPO DEL LAVORO

L'obesità sarcopenica, caratterizzata dalla presenza di un'elevata quantità di massa grassa e di una riduzione della massa e della funzione muscolare, è associata a un maggiore rischio di esiti negativi per la salute, tra cui un'aumentata mortalità. L'identificazione precoce è fondamentale per implementare strategie preventive e interventi terapeutici mirati. L'obiettivo di questo studio è stato valutare per la prima volta l'associazione tra l'indice SOPi (Sarcopenic Obesity Phenotye Index) che integra parametri diagnostici relativi alla funzionalità muscolare e alla composizione corporea e la sopravvivenza.

MATERIALI E METODI

Studio retrospettivo condotto in una coorte di pazienti anziani ospedalizzati presso una UCO Geriatria da 01/01/2023 a 30/6/2025 e sottoposti a Valutazione multidimensionale geriatrica. L'indice SOPi è stato costruito come indice continuo utilizzando gli z-score specifici per sesso della forza di presa della mano (dinamometria), della massa magra appendicolare rapportata al peso corporeo (bioimpedenziometria) e della percentuale di massa grassa. La mortalità è stata valutata con follow-up aggiornato al 30 giugno 2025. L'associazione tra SOPi e variabili in esame (demografiche, funzionali, cliniche e di laboratorio) è stata valutata mediante correlazione di Pearson o Spearman come appropriato in base alla distribuzione del dato, mentre quella tra SOPi e mortalità mediante modelli di regressione di Cox.

RISULTATI

Nella popolazione complessiva (n = 453; età media: 84,9 ± 7 anni, F: 52.1%, BMI 23,9 ± 4,7 kg/m^2) all'analisi di associazione sono stati identificati nove fattori correlati (p < 0.05) a SOPi: età, ADL all'ingresso e alla dimissione, delta ADL dimissione-ingresso, IADL, scala di Norton, numero di farmaci alla dimissione, Indice Prognostico Multidimensionale (MPI) e Clinical Frailty Scale. All'ana-

Tabella 1 Associazione di SOPi con sopravvivenza

	HR (CI)	p	
Modello 1	0,928 (0,862-0,999)	0,047	Indipendente da età e ADLpre
Modello 2	0,928 (0,861-0,999)	0,049	Indipendente da età e MPI
Modello 3	0,92 (0,858-0,986)	0,018	Indipendente da età e Clinical Frailty Scale

lisi multivariata l'indice SOPi è risultato associato ad una minor probabilità di sopravvivenza indipendentemente da ADL all'ingresso, MPI e Clinical Frailty Scale (Tab. 1).

CONCLUSIONI

L'indice SOPi si è dimostrato un importante predittore di mortalità nell'anziano ricoverato in reparto per acuti. Integrando informazioni prognostiche rilevanti, il SOPi potrebbe rappresentare un supporto utile per la stratificazione del rischio clinico nella pratica geriatrica.

Bibliografia

Benz E, Pinel A, Guillet C, et al. Sarcopenic Obesity Phenotype Index (SOPi): A Population-Based Study. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2025 Oct;16(5):e70099.

Kayhan Kocak FO, Altın Z. Bioelectrical impedance analysis-based Sarcopenic Obesity Phenotype Index versus sarcopenic obesity: associations with frailty, falls, and osteoporosis in community-dwelling older adults. Nutrition. 2026 Sep;149:113248.

Prado CM, Batsis JA, Donini LM, et al. Sarcopenic obesity in older adults: a clinical overview. Nat Rev Endocrinol. 2024 May;20(5):261-277.

LA MOTILITÀ DIAFRAMMATICA COME MISURA DI MOTILITÀ E VITALITÀ NELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA: PROTOCOLLO E RISULTATI PRELIMINARI

Valeria Zanobbi, Claudia Canitano, Pasquale Pezzella, Giovanni Saccon, Annachiara Vassallo, Federica Argento, Alessandro Antonio Caracciolo, Antonio Di Maio, Maria Grazia Landi, Francesco Manfredonia, Giovanni Curcio, Laura Andrea Ceparano, Dario Leosco, Giuseppe Rengo, Leonardo Bencivenga

Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Napoli

SCOPO DEL LAVORO

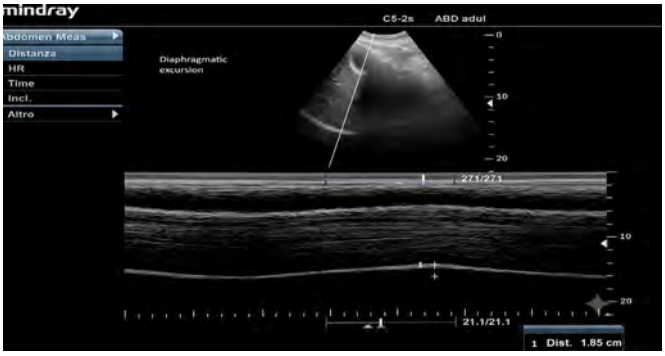
L'ecografia diaframmatica è emersa come uno strumento non invasivo e riproducibile per stimare la massa e la funzionalità muscolare respiratoria [1], ma il suo ruolo come marker della performance muscolare scheletrica globale e dello stato di salute generale rimane però da definire [2]. L'obiettivo dello studio è valutare l'associazione tra i parametri ecografici della motilità diaframmatica (escursione e spessore) e gli indici di performance muscolare, fisica e valutazione multidimensionale geriatrica, al fine di esplorare il potenziale ruolo dell'ecografia diaframmatica come misura di vitalità e motilità nell'anziano.

MATERIALI E METODI

Pazienti di età ≥ 65 anni afferenti alle strutture assistenziali della UOC di Geriatria e Fibrosi Cistica dell'Adulto dell'AOU Federico II di Napoli. Sono stati esclusi i soggetti con paralisi diaframmatica, versamento pleurico e/o ascitico, pazienti sottoposti a ventilazione meccanica e pazienti aventi una performance fisica allo Short Physical Performance Battery = 0. A ciascuno è stata praticata un'ecografia del diaframma destro mediante sonda lineare e convex, da parte di un unico operatore. Per ciascun parametro misurato (spessore diaframmatico di fine espirazione e di fine inspirazione, Thickness Fraction [3], escursione diaframmatica a riposo e durante inspirazione massimale) sono state effettuate tre misurazioni consecutive, registrando il valore medio. Ogni paziente è stato inoltre sottoposto a Valutazione Multidimensionale Geriatrica comprendente Multidimensional Prognostic Index, Handgrip Strength dell'arto dominante, SPPB, Clinical Frailty Scale, Activities of daily living (ADL), Instrumental ADL (IADL), MNA (Mini Nutritional Assessment), Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) e Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). Le variabili continue sono state descritte come mediana e range interquartile, quelle categoriche come osservazioni e valore percentuale, le associazioni tra variabili continue sono state analizzate mediante correlazione di Pearson.

RISULTATI

A giugno 2026, sono stati reclutati 27 pazienti (63% donne), con età mediana di 78 anni (72-79) e MPI mediano di 0.31 (0,25-0,44), mentre lo SPPB risultava pari a 9 (8-11). L'escursione diaframmatica mediana era di 15 mm (13-21) a riposo e di 45 mm (33-54) durante inspirazione massimale; la Thickness Fraction era pari al 75% (53-96). Lo spessore diaframmatico a fine espirazione correlava positivamente con l'Handgrip dominan-



te (r = 0,426; p = 0,027), mentre lo spessore a fine inspirazione correlava con l'Handgrip dominante (r = 0,328; p = 0,094) e con l'Handgrip non dominante (r = 0,506; p = 0,007). Al momento, non sono emerse correlazioni significative tra l'escursione diaframmatica, sia a riposo sia durante l'inspirazione massimale, e gli altri test di valutazione multidimensionale geriatrica o il MPI.

CONCLUSIONI

Dall'analisi preliminare su tale campione, i parametri strutturali della motilità diaframmatica risultano associati alla forza muscolare e allo stato prognostico multidimensionale, suggerendo un possibile ruolo dell'ecografia diaframmatica come biomarcatore della funzione muscolare nell'anziano. Il raggiungimento della numerosità campionaria adeguata e ulteriori studi prospettici su campioni più ampi saranno necessari per confermare tali risultati.

Bibliografia

1. Siniscalchi C, et al. Geriatrics (Basel). 2024 May 30;9(3):70.
2. Santana PV, et al. J Bras Pneumol. 2020 Nov 20;46(6):e20200064.
3. Scarlata S, et al. Intern Emerg Med. 2024 Apr;19(3):705-711.