

Workshop

La presa in carico globale della persona
con demenza in FVG



Dal Piano regionale demenze 2021 - 2023 al Piano 2024 -2026
e l'implementazione del PDTA regionale a livello locale:
un confronto a più voci.

Venerdì 31 gennaio 2025

Sala Imperatore Savoia Excelsior Palace - Riva Mandracchio 4, Trieste

Fondo Nazionale Demenze: cosa si è fatto nel triennio 2021-2023

NICOLA VANACORE



 Osservatorio
Demenze
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

EPIDEMIOLOGIA DELLA DEMENZA E DEL MCI IN ITALIA

Tabella 1.1 Italia. Casi prevalenti demenza ≥65 anni (*late onset*)

	Maschi			Femmine			Totale	
	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Casi
65-69	1.713.300	0,9	15.420	1.875.973	1,1	20.636	3.589.273	36.055
70-74	1.546.347	2,1	32.473	1.757.524	2,2	38.666	3.303.871	71.139
75-79	1.244.111	4,6	57.229	1.510.746	5,6	84.602	2.754.857	141.831
80-84	952.465	9	85.722	1.307.563	13,3	173.906	2.260.028	259.628
85-89	538.083	13,9	74.794	889.663	26,4	234.871	1.427.746	309.665
≥90	243.710	31,2	76.038	597.960	38,9	232.606	841.670	308.644
Totale	6.238.016	5,5	341.675	7.939.429	9,9	785.286	14.177.445	1.126.961

**1.100.00 casi con demenza
Late onset (> 65 anni)**

Tabella 1.2 Italia. Casi prevalenti demenza 35-64 anni (*early onset*)

	Maschi			Femmine			Totale	
	Popolazione	Tassi x 100.000	Casi	Popolazione	Tassi x 100.000	Casi	Popolazione	Casi
35-39	1.686.199	0,0	0	1.661.407	4,6	76	3.347.606	76
40-44	1.880.664	3,7	70	1.876.439	11,1	208	3.757.103	278
45-49	2.232.491	23,5	525	2.256.376	10,2	230	4.488.867	755
50-54	2.362.175	38,4	907	2.414.762	63,2	1.526	4.776.937	2.433
55-59	2.355.923	177,1	4.172	2.439.739	152,5	3.721	4.795.662	7.893
60-64	2.009.181	285,3	5.732	2.139.733	306,7	6.563	4.148.914	12.295
Totale	12.526.633	91,1	11.406	12.788.456	96,4	12.324	25.315.089	23.730

**24.000 casi con demenza
Early onset (< 65 anni)**

Tabella 1.3 Italia. Casi prevalenti Mild Cognitive Impairment ≥60 anni

	Maschi			Femmine			Totale	
	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Casi
60-69	3.722.481	4,0	148.899	4.015.706	4,8	192.754	7.738.187	341.653
70-79	2.790.458	5,7	159.056	3.268.270	5,8	189.560	6.058.728	348.616
80-89	1.490.548	7,1	105.829	2.197.226	7,1	156.003	3.687.774	261.832
Totale	8.003.487	5,2	413.784	9.481.202	5,7	538.317	17.484.689	952.101

**950.000 casi con Mild
Cognitive Impairment**

**2 milioni circa di casi e 4 milioni di italiani
che vivono con queste persone**

Tabella 1.1 Friuli Venezia Giulia. Casi prevalenti demenza ≥65 anni (*late onset*)

	Maschi			Femmine			Totale	
	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Casi
65-69	35.576	0,9	320	39.043	1,1	429	74.619	750
70-74	33.668	2,1	707	38.893	2,2	856	72.561	1.563
75-79	29.397	4,6	1.352	35.714	5,6	2.000	65.111	3.352
80-84	23.321	9,0	2.099	31.914	13,3	4.245	55.235	6.343
85-89	12.125	13,9	1.685	20.728	26,4	5.472	32.853	7.158
90+	5.354	31,2	1.670	15.137	38,9	5.888	20.491	7.559
Totale	139.441	5,6	7.834	181.429	10,4	18.890	320.870	26.724

REPORT REGIONALE

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

**26.720 casi con demenza
Late onset (> 65 anni)**

Tabella 1.2 Friuli Venezia Giulia. Casi prevalenti demenza 35-64 anni (*early onset*)

	Maschi			Femmine			Totale	
	Popolazione	Tassi x 100.000	Casi	Popolazione	Tassi x 100.000	Casi	Popolazione	Casi
35-39	31.523	0,0	0	30.460	4,6	1	61.983	1
40-44	36.699	3,7	1	34.987	11,1	4	71.686	5
45-49	44.939	23,5	11	44.674	10,2	5	89.613	15
50-54	49.715	38,4	19	49.893	63,2	32	99.608	51
55-59	50.050	177,1	89	51.022	152,5	78	101.072	166
60-64	42.677	285,3	122	44.170	306,7	135	86.847	257
Totale	255.603	94,4	241	255.206	99,8	255	510.809	496

**496 casi con demenza
Early onset (< 65 anni)**

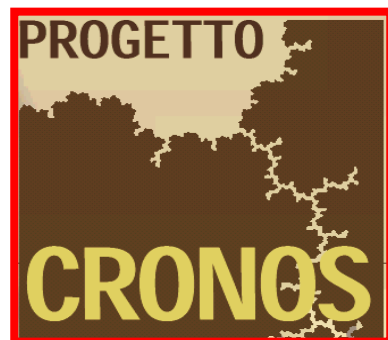
Tabella 1.3 Friuli Venezia Giulia. Casi prevalenti Mild Cognitive Impairment ≥60 anni

	Maschi			Femmine			Totale	
	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Casi
60-69	78.253	4,0	3.130	83.213	4,8	3.994	161.466	7.124
70-79	63.065	5,7	3.595	74.607	5,8	4.327	137.672	7.922
80-89	35.446	7,1	2.517	52.642	7,1	3.738	88.088	6.254
Totale	176.764	5,2	9.241	210.462	5,7	12.059	387.226	21.301

**21.300 casi con Mild
Cognitive Impairment**

**48.500 circa di casi e 97.000 familiari
che vivono con queste persone**

SETTEMBRE 2000



Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 204 del 1° settembre 2000 - Serie generale

Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Venerdì, 1° settembre 2000

SI PUBBLICA TUTTI
I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 06 85081

N. 141

MINISTERO DELLA SANITÀ
COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO

DECRETO MINISTERIALE 20 luglio 2000.

Protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la malattia di Alzheimer.

OTTOBRE 2014

Piano Nazionale Demenze

Accordo in Conferenza Unificata **del 2014 - GU n.9 del 13-1-2015**

Allegato A: **Piano Nazionale Demenze.**

Misure di sanità pubblica nel loro complesso finalizzati ad una corretta gestione integrata della demenza.

**PRESIDENZA
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
CONFERENZA UNIFICATA**

PROVVEDIMENTO 30 ottobre 2014.

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento recante: «**Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze**». (Rep. atti n. 135/CU).

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 30 ottobre 2014:

Si conviene

1. Sulla necessità di definire ed implementare il «**Piano nazionale demenze**», Allegato A), parte integrante del presente atto, inteso come strategia globale per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore, partendo dal presupposto che, come in tutte le patologie cronicodegenerative nelle quali l'approccio farmacologico non è risolutivo nel modificarne la storia naturale, occorre prevedere un insieme articolato ed organico di percorsi assistenziali, secondo una filosofia di gestione integrata della malattia.

Piano Nazionale Demenze: 4 Obiettivi, 17 Azioni

Obiettivo 1: Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria

7 Azioni

Obiettivo 2: Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata

3 Azioni

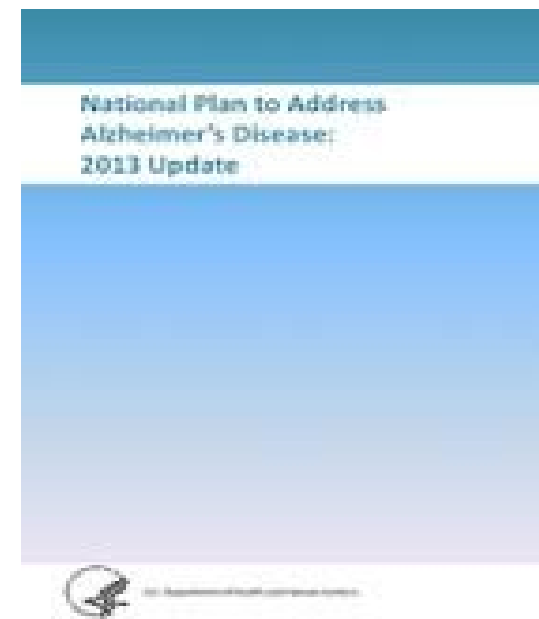
Misure di sanità pubblica che possano promuovere interventi appropriati ed adeguati, di contrasto allo stigma sociale, di garanzia dei diritti, di conoscenza aggiornata, di coordinamento delle attività, nel loro complesso finalizzati ad una **corretta gestione integrata della demenza**.

Obiettivo 3: Implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure

2 Azioni

Obiettivo 4: Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita

5 Azioni



Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia

— 2017 - 2025 —

2017-2025

Global action plan on the public health response to dementia

— 2017 - 2025 —

Vision

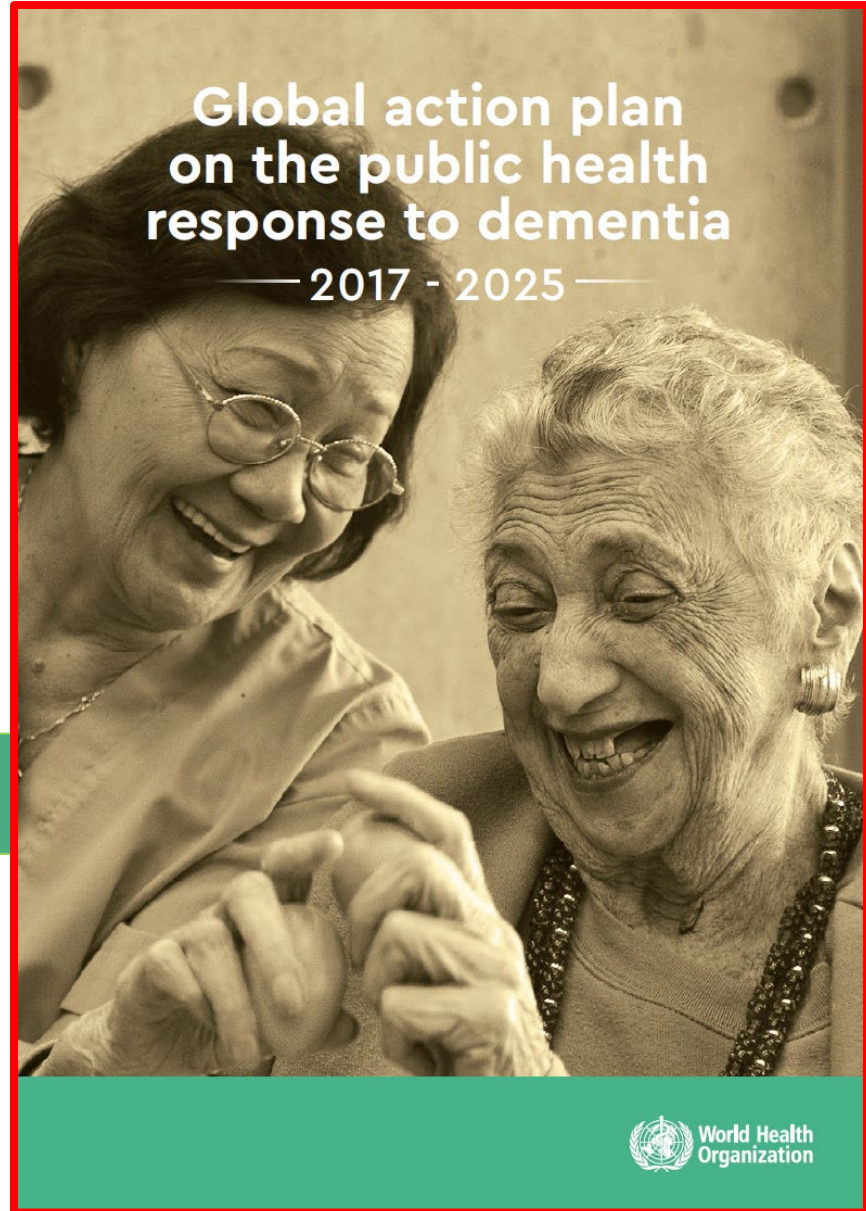
A world in which dementia is prevented and people with dementia and their carers live well and receive the care and support they need to fulfil their potential with dignity, respect, autonomy and equality.

Goal

To improve the lives of people with dementia, their carers and families, while decreasing the impact of dementia on them as well as on communities and countries.

The seven action areas and targets

1. Dementia as a public health priority
2. Dementia awareness and friendliness
3. Dementia risk reduction
4. Dementia diagnosis, treatment & care
5. Support for dementia carers
6. Information systems for dementia
7. Dementia research and innovation



dossier

28 dicembre 2020

LEGGE DI BILANCIO 2021

Schede di lettura

Edizione provvisoria

A.S. 2054

Volume I
Sezione I
Articolo 1, commi 1-402



X
V
I
I
I
L
E
G
G
I
S
L
A
T
U
R

DICEMBRE 2020

Commi 330-332

(Fondo per l'Alzheimer e le demenze)

I **commi 330-332**, introdotti durante l'esame alla Camera, istituiscono nello stato di previsione del Ministero della salute un "**Fondo per l'Alzheimer e le demenze**", con una dotazione pari a **5 milioni** di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023, destinato al **finanziamento delle linee di azione** previste dalle Regioni e delle Province autonome in applicazione del Piano nazionale demenze.

Il **comma 330**, allo scopo di migliorare la protezione sociale delle persone affette da demenza e di garantire in tal modo la **diagnosi precoce e la presa in carico tempestiva delle persone affette da malattia di Alzheimer**, istituisce nello stato di previsione del Ministero della salute un "**Fondo per l'Alzheimer e le demenze**", con una dotazione pari a **5 milioni di euro** per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023, a valere sul **Fondo per le esigenze indifferibili** di cui all'articolo 209 del presente disegno di legge.

Il **comma 331** precisa che tale fondo è destinato al **finanziamento delle linee di azione** previste dalle Regioni e delle Province autonome in applicazione del [Piano nazionale demenze](#) per le strategie di promozione e miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli **interventi assistenziali nel settore delle demenze**. Il Fondo è volto inoltre a finanziare gli investimenti effettuati delle Regioni e delle Province autonome anche mediante l'acquisto di apparecchiature sanitarie, finalizzati al potenziamento della diagnosi precoce del trattamento del monitoraggio dei pazienti con malattia di Alzheimer, anche al fine di migliorare il processo di presa in carico dei pazienti stessi.

FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE 2021-23

15 MILIONI DI EURO - OPERATIVITA' DOPO 19 MESI

dossier
28 dicembre 2020

LEGGI

LEGGE DI BILANCIO 2021

Schede di lettura

Edizione provvisoria

A.S. 2054

Volume I
Sezione I
Articolo 1, commi 1-402

Senato della Repubblica
Camera dei deputati

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 dicembre 2021.

Individuazione dei criteri e delle modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'art. 32 della Costituzione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante «Istituzione del servizio sanitario nazionale»;

SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 163° - Numero 75

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Mercoledì, 30 marzo 2022

SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00198 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00186 ROMA

La Gazzetta Ufficiale, Parte Prima, oltre alla Serie Generale, pubblica cinque Serie speciali, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:

- 1° Serie speciale: Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)
- 2° Serie speciale: Unione europea (pubblicata il lunedì e il giovedì)
- 3° Serie speciale: Regioni (pubblicata il sabato)
- 4° Serie speciale: Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)
- 5° Serie speciale: Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)

La Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda, "Foglio delle inserzioni", è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato

31 PROGETTI REGIONALI

Circa 2000 di OPERATORI DELLE 120 ASL O AZIENDE OSPEDALIERE-UNIVERSITARIE

2329 familiari di persone con demenza (Indagine nazionale dei caregiver)

187 professionisti/e sanitari/e che hanno partecipato ai 42 focus-group

142 familiari/caregiver che hanno partecipato ai 42 focus-group



LINEA STRATEGICA 1

Potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo neurocognitivo (DNC) minore/ (Mild cognitive impairment - MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica



LINEA STRATEGICA 2

Potenziamento della diagnosi tempestiva del DNC maggiore consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie



LINEA STRATEGICA 3

Potenziamento della sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali



LINEA STRATEGICA 4

Definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di tele-riabilitazione tesi con lo scopo di favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente



LINEA STRATEGICA 5

Consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza

Linea progettuale 1 - Diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/MCI e sviluppo di una carta del rischio cognitivo (n =9)

ABRUZZO

MOLISE

EMILIA ROMAGNA

TOSCANA

CAMPANIA

MARCHE

SARDEGNA

PUGLIA

BASILICATA

Linea progettuale 2 - Diagnosi tempestiva del DNC maggiore (n =4)

LAZIO

TOSCANA

MARCHE

UMBRIA

Linea progettuale 3
Interventi di Telemedicina (n =6)

LOMBARDIA
SICILIA
EMILIA ROMAGNA
TOSCANA
P.A. BOLZANO
BASILICATA

31 progetti regionali

Circa 2000 persone coinvolte

Tra tecnici e funzionari regionali
e delle ASL

Linea progettuale 4
*Interventi di Teleriabilitazione
(n=3)*

VENETO
FRIULI VENEZIA GIULIA
CALABRIA

Linea progettuale 5 – Trattamenti psico-
educazionali, cognitivi e psicosociali nella
demenza (n=9)

ABRUZZO
EMILIA ROMAGNA
FRIULI VENEZIA GIULIA
LIGURIA
P.A. TRENTO
PIEMONTE
SARDEGNA
VAL D'AOSTA - PUGLIA

Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE

Progetti regionali finanziati dal Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021-2023

Regione	Link di accesso progetto regionale
ABRUZZO	https://www.regione.abruzzo.it/system/files/dgr/2022/498.zip
BASILICATA	https://opservice.regione.basilicata.it/opendata/home.jsp?tile=ATTI.delibereDigitali.jsp&numAtto=559&oggetto=&year=2022
CALABRIA	https://retedemenzecalabria.it/portaleDemenze/scheda_progetto.php
CAMPANIA	https://www.regione.campania.it/regione/it/tematiche/assistenza-e-interventi-sociosanitari/demenze-e-disturbi-cognitivi
EMILIA-ROMAGNA	https://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/alzheimer-e-demenze-senili ; https://salute.regione.emilia-romagna.it/socio-sanitaria/alzheimer
FRIULI VENEZIA GIULIA	https://www.demenze.it/ (Sito Osservatorio Demenze ISS)
LAZIO	https://www.eleonoramattia.it/wp-content/uploads/2022/08/Piano-attivita%3%A0-Fondo-per-lAlzheimer-e-le-Demenze18775.pdf
LIGURIA	https://www.asl1.liguria.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=7792:d-g-r-813-del-2022.pdf
LOMBARDIA	https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/Enti-e-Operatori/sistema-welfare/reti-di-patologia-e-di-servizi/rete-neuroscienze/rete-neuroscienze
MARCHE	https://www.norme.marche.it/Norme.Web/InfoDoc.aspx?ID=160633_19664163
MOLISE	https://www.regione.molise.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/LIT/IDPagina/19230
PIEMONTE	http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2022/31/attach/dgr_05417_1050_22072022.pdf
PUGLIA	https://burp.regione.puglia.it/documents/20135/1971720/DEL_1284_2022.pdf/70600533-ffc6-31b0-125b-b586ebc6d8b0?version=1.0&t=1664790567633
SARDEGNA	https://delibere.regione.sardegna.it/protected/62023/0/def/ref/DBR62021/
SICILIA	https://www.demenze.it/ (Sito Osservatorio Demenze ISS)
TOSCANA	http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiID.xml?codprat=2022AD00000023871
PA BOLZANO TRENTINO-ALTO ADIGE	https://www.demenze.it/ (Sito Osservatorio Demenze ISS)
PA TRENTO TRENTINO-ALTO ADIGE	http://www.trentinosalute.net/Aree-tematiche/Anziani/Demenze/Progetto-di-revisione-del-modello-di-nucleo-per-persone-condemenze-gravi-in-RSA
UMBRIA	https://www.regione.umbria.it/salute/salute-mentale
VALLE D'AOSTA	https://www.regione.vda.it/sanita/servizi_territorio/demenze_disturbi_cognitivi/default_i.aspx
VENETO	https://demenze.regione.veneto.it/buone-pratiche/progetti-e-innovazione

Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT NAZIONALE

Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE CAMPANIA

Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE SICILIA

Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE TOSCANA

Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE VALLE D'AOSTA

Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE VENETO

Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE ABRUZZO



Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE LOMBARDIA



Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE MARCHE



Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE PUGLIA



Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE SARDEGNA



Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE CALABRIA



Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE EMILIA-ROMAGNA



Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA



Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE LAZIO



Progetto
Fondo per l'Alzheimer e le demenze
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE LIGURIA



REPORT REGIONALE
REGIONE BASILICATA



REPORT REGIONALE
REGIONE MOLISE



REPORT REGIONALE
REGIONE PIEMONTE



REPORT REGIONALE
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



REPORT REGIONALE
REGIONE UMBRIA



MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 dicembre 2021.

Individuazione dei criteri e delle modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

Visto l'art. 32 della Costituzione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante «Istituzione del servizio sanitario nazionale»;

ISS

ATTIVITA' 1

ATTIVITA' 2

ATTIVITA' 3

ATTIVITA' 4

ATTIVITA' 5

ATTIVITA' 6

ATTIVITA' 7

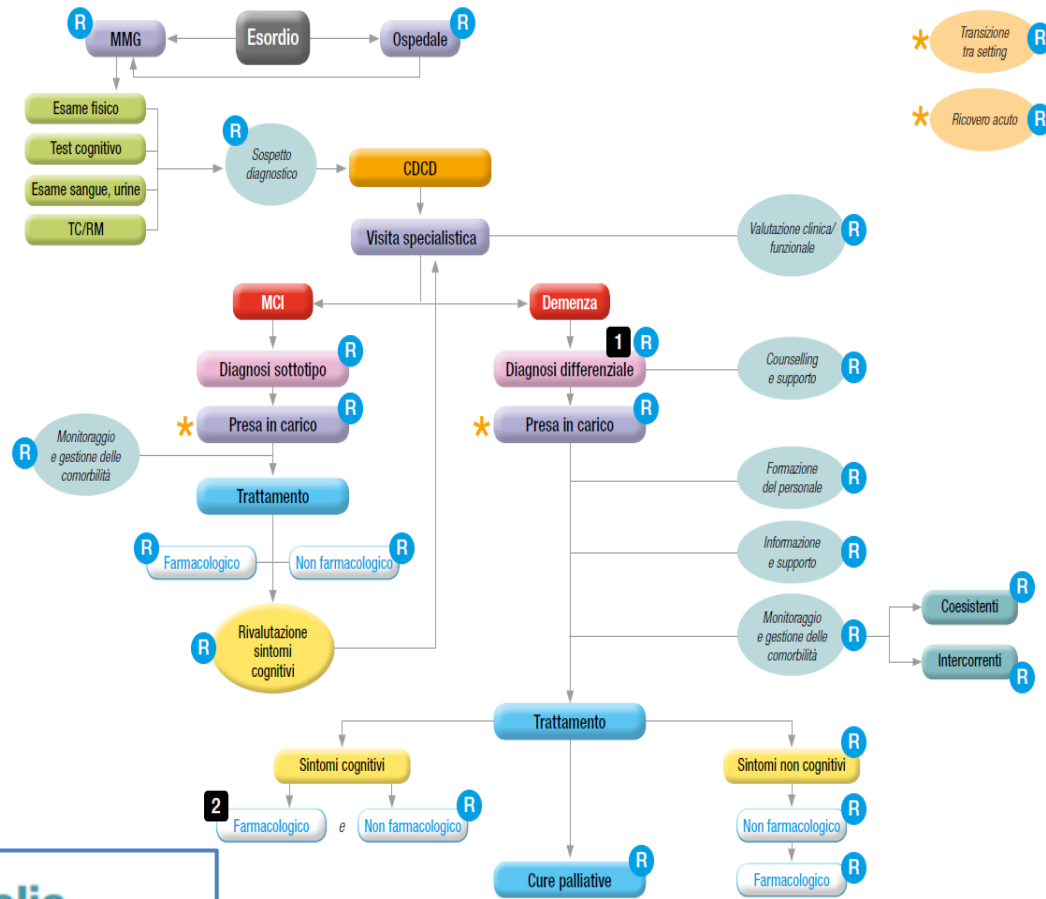
1. Il Ministero della salute, avvalendosi dell'Istituto Superiore di Sanità, provvede alla redazione di Linee Guida sulla diagnosi e sul trattamento della demenza, nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali, con il coinvolgimento di tutti gli attori istituzionali nonché con la collaborazione delle maggiori Associazioni di pazienti e familiari e delle principali Società scientifiche. **LINEA GUIDA**
2. Il Ministero della salute, avvalendosi dell'Istituto Superiore di Sanità, provvede all'aggiornamento del Piano Nazionale delle Demenze (PND). **AGGIORNAMENTO PND**
3. Il Ministero della salute, attraverso il Tavolo permanente sulle demenze e con il supporto tecnico dell'Istituto Superiore di Sanità, svolge le seguenti attività, che recepiscono alcuni degli obiettivi già previsti dal vigente PND e concorrono alla loro realizzazione:
 - ✓ Monitoraggio del recepimento del PND nonché dei documenti successivamente elaborati dal Tavolo permanente sulle demenze e verifica del loro stato di implementazione; **IMPLEMENTAZIONE 4 DOC**
 - ✓ Aggiornamento della mappa dei servizi dedicati alla diagnosi e alla presa in carico delle persone con demenza anche mediante la conduzione di *survey* sui servizi esistenti e capacità di presa in carico; **SURVEY CDCD, RSA E CD**
 - ✓ Promozione di strategie e programmi per la prevenzione primaria e secondaria, così come previsto dall'azione 1.1 del PND; **PREVENZIONE**
 - ✓ Definizione e attuazione di iniziative di formazione per rafforzare, preferibilmente con modalità integrate, conoscenze e competenze specifiche di tutte le figure coinvolte, in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale, nonché dei familiari, nella diagnosi e presa in carico delle persone con demenza. **FORMAZIONE**
 - ✓ Definizione e implementazione di una cartella clinica informatizzata dei CDCD per la raccolta di dati clinici dei pazienti con demenza, propedeutica all'istituzione di un Sistema Informativo per la Demenza di livello nazionale, così come previsto dall'azione 1.7 del Piano Nazionale vigente. **CARTELLA INFORM. CDCD**

Lg
LINEA GUIDA

Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment

Sistema nazionale per le linee guida

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



Cost of illness della demenza in Italia e cost-consequences analysis

A cura di Francesco Saverio Mennini, Chiara Bini e Paolo Sciatella, Economic Evaluation and HTA (EEHTA) CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata"

23 miliardi di euro l'anno (63% a carico delle famiglie)

Elaborazione e *grading* delle raccomandazioni utilizzando GRADE

Quesiti n= 47

Raccomandazioni di comportamento clinico n = 167

Raccomandazioni di ricerca n= 39

Percorso di identificazione e diagnosi supporto post diagnostico (Q=10; Rac=39;RacR= 7)

Modelli assistenziali e coordinamento delle cure (Q=16; Rac=37;RacR= 9)

Trattamenti farmacologici per i sintomi cognitivi (Q=10; Rac=23;RacR= 3)

Trattamenti non farmacologici per i sintomi cognitivi (Q=5 Rac=32;RacR= 10)

Sintomi non cognitivi, malattie intercorrenti e cure palliative (Q=6; Rac=36;RacR= 10)

Strategie di ricerca: 01/2017 – 11/2023

Letteratura scientifica	Percorso di identificazione e diagnosi	Modelli assistenziali e coordinamento delle cure	Trattamenti farmacologici	Trattamenti non farmacologici	Sintomi non cognitivi, malattie intercorrenti e cure palliative	Prove qualitative (Q6, Q7, Q10, Q24)	Totale
Reperiti tramite strategie di ricerca	30.779	65.129	22.971	27.688	38.147	31.767	216.481
Selezionati in full-text	259	189	332	456	162	93	1.491
Studi inclusi*	192	206	173	228	199	56	1.054

Diagnosi e trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment*

Quando, cosa, dove



1. Diagnosi

Affrontare la demenza è una sfida complessa a partire dalla diagnosi. Per poter accedere alle cure e al sostegno, le persone con demenza devono innanzi tutto ricevere una diagnosi. La formulazione di una diagnosi tempestiva, accurata e specifica consente di pianificare interventi mirati e opportuni percorsi di assistenza e supporto, che coinvolgono la persona e i suoi familiari, in tutte le fasi di malattia.



Un quadro di demenza può essere sostenuto da diverse condizioni cliniche che, sulla base di specifici criteri diagnostici, vengono inquadrati in entità nosologiche differenti. Caratteristica comune delle diverse forme di demenza è il declino progressivo delle funzioni cognitive che può coinvolgere, in varia combinazione, diversi domini (quali memoria, attenzione, funzioni visuo-spaziali, funzioni esecutive, linguaggio) e associarsi a una varietà di disturbi psicocomportamentali.

La demenza interferisce progressivamente con la capacità critica e di giudizio della persona, rendendola incapace di gestire le più comuni attività della propria vita, con graduale perdita di autonomia in tutte le funzioni, anche le più semplici. La demenza coinvolge non solo la persona stessa ma, precocemente, i suoi familiari, influenzando affetti e relazioni sociali. Il maggior carico in tutte le fasi di malattia coinvolge primariamente chi si prende direttamente cura della persona con demenza, come i *caregiver* informali, ma anche i professionisti sanitari.

La diagnosi di *Mild Cognitive Impairment*

Con il termine di *Mild Cognitive Impairment* (MCI) si intende una condizione caratterizzata da un coinvolgimento di lieve entità di uno o più domini cognitivi, con preservazione dell'indipendenza della persona nelle abilità funzionali.

Un concetto importante che va ribadito è che la **condizione di MCI non necessariamente progredisce a demenza**. Le persone in cui viene diagnosticato un MCI possono rimanere stabili, mostrare regressione del quadro e ritornare cognitivamente intatte o mostrare una progressione verso la demenza.

La diagnosi di MCI è attualmente supportata, nel contesto specialistico clinico assistenziale, da criteri esclusivamente clinici. Non sono disponibili biomarcatori validati per la diagnosi di MCI in questo contesto di cure. Lo studio dei biomarcatori in esami di neuroimmagine e del liquor è attualmente riservato, nel caso della diagnosi di MCI, esclusivamente al contesto di ricerca (incluse le sperimentazioni cliniche).

Il MCI è dunque, attualmente, una condizione definita da criteri clinici, cognitivi e funzionali che richiede, per il suo inquadramento, il giudizio di un medico specialista.

Diagnosis and treatment of dementia and Mild Cognitive Impairment

When, what, where



English version

Survey nazionali sui nodi assistenziali per la demenza

WHO GAP
Area di
Azione 4.
Diagnosi,
trattamento e
supporto per
le persone
con demenza

A National Survey of Centers for Cognitive Disorders and Dementias in Italy

Canevelli et al., JAD, 2021

UPDATE

A new national survey of centers for cognitive disorders and dementias in Italy

Bacigalupo et al., Neurol Sci. 2024



Survey basate sui dati del 2019

Strutture raggiunte anche con il supporto dei referenti regionali



Strutture raggiunte per email o per telefono

Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze



Strutture rispondenti = 450 (84%)

- Composizione del personale
- Disponibilità di un PDTA e di un archivio computerizzato
- Strumenti di valutazione clinica e cognitiva utilizzati
- Attività clinica
- Numero di persone valutate annualmente
- Tipo di diagnosi
- Servizi psicosociali, educativi e riabilitativi forniti direttamente o in convenzione

Centri Diurni



Strutture rispondenti = 494 (45,6%)

- Tipo di Centro Diurno
- Accoglienza di persone con demenza
- Composizione del personale
- Numero di giorni di apertura settimanali
- Costi
- Procedure di accesso per le persone con demenza
- Attività e interventi offerti

Residenze Sanitarie Assistenziali

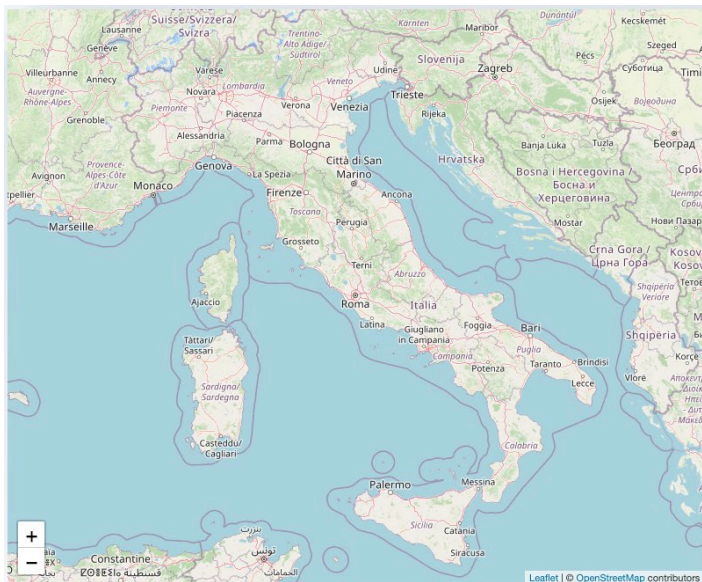


Strutture rispondenti = 1759 (48,8%)

- Tipo di struttura (privata, pubblica, convenzione)
- Posti letto disponibili per persone con demenza
- Caratteristiche delle strutture
- Composizione del personale
- Costi
- Procedure di accesso e tempi di attesa
- Rete assistenziale
- Attività e interventi offerti

Sito dell'Osservatorio Demenze – La mappa dei servizi

WHO GAP
Area di
Azione 4.
Diagnosi,
trattamento e
supporto per
le persone
con demenza



Ricerca un servizio

SCEGLI UNA TIPOLOGIA

Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) Centri Diurni/ Centri Diurni Integrati Strutture Residenziali

Scrivi nome o località

Seleziona una regione

Seleziona una provincia

Cerca

È possibile filtrare per tipo di struttura

È possibile cercare un luogo specifico di interesse

Nome della struttura (CDCD, CD, RSA)

Indirizzo (link a Google maps)

È possibile filtrare per regione e/o provincia di interesse

Responsabile di struttura (nome, contatti, email)

Giorni e orari di apertura settimanali



Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)
Cdcd Modena
ausl Modena

VIA DEL POZZO 71/B
Modena (MO)

059436043
Telefono

cdcdmodena@pec.ausl.mo.it

RESPONSABILE CLINICO
FABBO ANDREA
(Responsabile Clinico)

ORARI DI APERTURA

LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB
08:00 - 14:00	08:00 - 14:00	08:00 - 14:00	08:00 - 14:00	08:00 - 14:00	-
14:00 - 17:30	14:00 - 17:30	14:00 - 17:30	14:00 - 17:30	14:00 - 17:30	-

MODALITÀ DI ACCESSO PRIMA VISITA
Impegnativa MMG e contatto CDCD per appuntamento
[DICITURA IMPEGNATIVA](#)

MODALITÀ DI ACCESSO PER CONTROLLO
prenotazione interna tramite richiesta dello specialista
[DICITURA IMPEGNATIVA](#)

44°38'11.1"N 10°56'32.1"E
Via del Pozzo, 71, 41125 Modena MO

Visualizza mappa più grande



2811 strutture

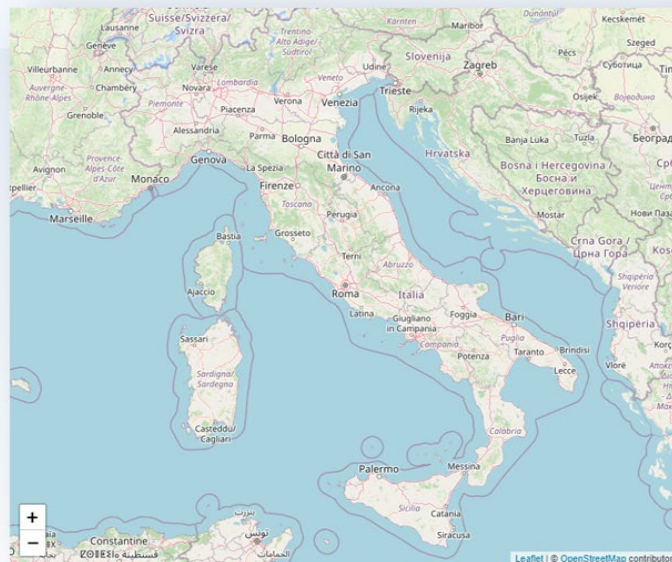
Mapa dei servizi

Nella Mappa è possibile ricercare i Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze, i Centri Diurni e le Strutture Residenziali presenti in tutta Italia.

Attenzione per i CDCD il numero visualizzato è dovuto alla somma dei CDCD principali e dei distaccamenti.

📄 Come abbiamo realizzato la mappa

534 CDCD
1666 RSA
442 CD



Ricerca un servizio

SCEGLI UNA TIPOLOGIA



Centri per i
Disturbi
Cognitivi e
Demenze (CDCD)



Centri Diurni/
Centri Diurni
Integrati



Strutture
Residenziali

Scrivi nome o località

Seleziona una regione

Seleziona una provincia

Cerca

4. SURVEY SUI SERVIZI DEDICATI ALLE DEMENZE

Figura 5.1 Distribuzione dei CDCD per Regione e stime dei pazienti per CDCD



Regione o PA	Casi stimati di demenza*	N CDCD esistenti	Rapporto casi/CDCD
Emilia-Romagna	90.250	63	1.433
Friuli Venezia Giulia	26.121	6	4.354
Liguria	38.202	7	5.457
Lombardia	180.896	73	2.478
PA Trento	9.878	11	898
PA Bolzano	8.512	4	2.128
Piemonte	90.271	22	4.103
Valle d'Aosta	2375	1	2.375
Veneto	90.234	36	2.507
NORD	536.739	223	2.407
Lazio	101.195	37	2.735
Marche	32.458	16	2.029
Toscana	79.646	40	1.991
Umbria	19.420	12	1.618
CENTRO	232.719	105	2.216
Abruzzo	25.778	21	1.228
Basilicata	10.661	3	3554
Calabria	32.666	38	860
Campania	78.551	74	1.062
Molise	6.445	1	6.445
Puglia	68.451	26	2.633
Sardegna	30.364	14	2169
Sicilia	80.453	29	2.774
SUD-ISOLE	333.369	206	1.618
Totale	1.102.827	534	2.065

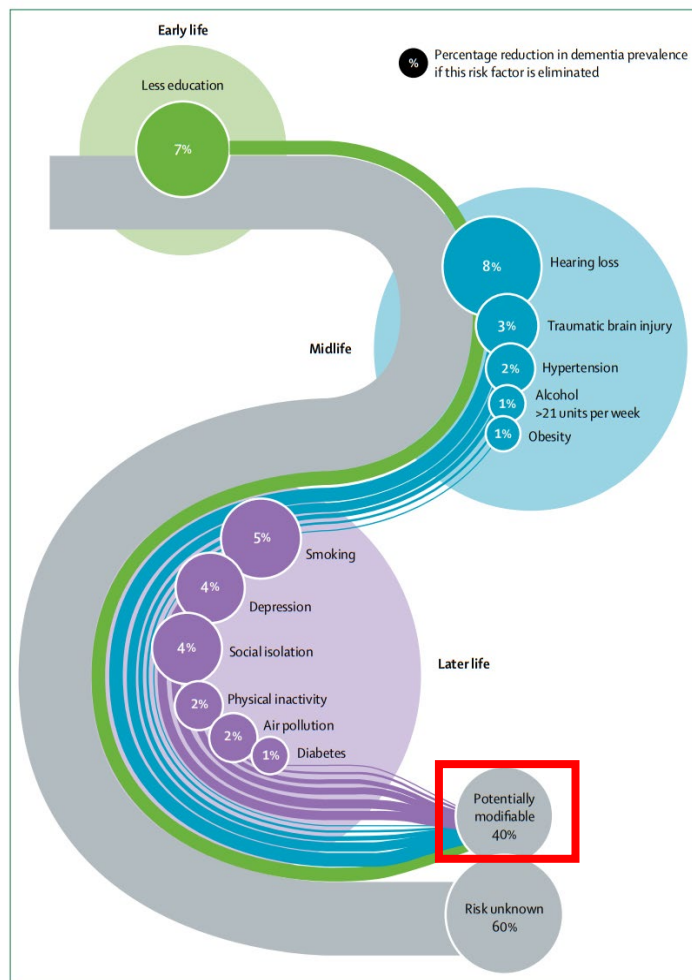
CDCD

Regione o PA	CD comunicati dalle Regioni (N)	Rapporto casi/CD
Emilia-Romagna	213	432
Friuli Venezia Giulia	38	871
Liguria	25	2.122
Lombardia	306	609
PA Trento	24	412
PA Bolzano	13	655
Piemonte	48	2.052
Val d'Aosta	5	594
Veneto	135	699
NORD	807	699
Lazio	29	4.216
Marche	45	811
Toscana	145	617
Umbria	17	1.142
CENTRO	236	1.108
Abruzzo	0	-
Basilicata	1	10.661
Calabria	75	1.633
Campania	16	4.909
Molise	1	6.445
Puglia	52	1.342
Sardegna	6	6.073
Sicilia	12	6.704
SUD-ISOLE	163	3.145
Totale	1.206	1.017

CENTRI DIURNI

Regione o PA	RSA comunicate dalle Regioni (N)	Rapporto casi/RSA
Emilia-Romagna	429	215
Friuli Venezia Giulia	103	256
Liguria	224	192
Lombardia	703	261
PA Trento	56	176
PA Bolzano	70	122
Piemonte	634	147
Val d'Aosta	5	475
Veneto	359	256
NORD	2.583	214
Lazio	138	797
Marche	189	180
Toscana	338	246
Umbria	75	274
CENTRO	740	332
Abruzzo	19	1357
Basilicata	23	627
Calabria	57	594
Campania	90	1.076
Molise	7	921
Puglia	145	496
Sardegna	18	1.687
Sicilia	65	1.238
SUD-ISOLE	424	850
Totale	3.747	306

RSA



	Relative risk for dementia (95% CI)	Risk factor prevalence	Communality	Unweighted PAF	Weighted PAF*
Early life (<45 years)					
Less education	1.6 (1.3-2.0)	40.0%	61.2%	19.4%	7.1%
Midlife (age 45-65 years)					
Hearing loss	1.9 (1.4-2.7)	31.7%	45.6%	22.2%	8.2%
TBI	1.8 (1.5-2.2)	12.1%	55.2%	9.2%	3.4%
Hypertension	1.6 (1.2-2.2)	8.9%	68.3%	5.1%	1.9%
Alcohol (>21 units/week)	1.2 (1.1-1.3)	11.8%	73.3%	2.1%	0.8%
Obesity (body-mass index ≥ 30)	1.6 (1.3-1.9)	3.4%	58.5%	2.0%	0.7%
Later life (age >65 years)					
Smoking	1.6 (1.2-2.2)	27.4%	62.3%	14.1%	5.2%
Depression	1.9 (1.6-2.3)	13.2%	69.8%	10.6%	3.9%
Social isolation	1.6 (1.3-1.9)	11.0%	28.1%	4.2%	3.5%
Physical inactivity	1.4 (1.2-1.7)	17.7%	55.2%	9.6%	1.6%
Diabetes	1.5 (1.3-1.8)	6.4%	71.4%	3.1%	1.1%
Air pollution	1.1 (1.1-1.1)	75.0%	13.3%	6.3%	2.3%

Data are relative risk (95% CI) or %. Overall weighted PAF=39.7%. PAF=population attributable fraction. TBI=traumatic brain injury. *Weighted PAF is the relative contribution of each risk factor to the overall PAF when adjusted for communality.



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease

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



Elsevier logo

Preventing dementia in Italy: Estimations of modifiable risk factors and public health implications

Federica Asta^a, Guido Bellomo^{a,*}, Benedetta Contoli^a, Flavia L Lombardo^a, Valentina Minardi^a, Simone Salemmè^{b,c}, Nicola Vanacore^a, Maria Masocco^a

^a National Center for Disease Prevention and Health Promotion, Italian National Institute of Health Rome, Italy

^b Department of Biomedical, Metabolic and Neural Sciences, University of Modena and Reggio Emilia – Via Università 4, 4112 Modena, Italy

^c International School of Advanced Studies, University of Camerino – Piazza Cavour 19/f, 62032, Camerino, Italy

Table 1

Population attributable fractions of dementia cases in Italy. Years 2017–2019.

	RR (95 % CI)	Prevalence	Communality	PAF Unweighted	PAF Weighted (CI 95 %)
Early life (age <45 years)					
Less education	1.59 (1.26–2.01)	21 %	50 %	11.7 %	5.0 % (2.5–7.1 %)
Midlife (age 46–65 years)					
Hearing loss [§]	1.94 (1.38–2.73)	6 %	18 %	5.1 %	2.3 % (1.0–3.7 %)
TBI	1.84 (1.54–2.20)	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Hypertension	1.61 (1.16–2.24)	29 %	26 %	14.8 %	6.5 % (2.1–10.4 %)
Alcohol	1.18 (1.06–1.31)	1 %	75 %	1.8 %	0.1 % (0.0–0.1 %)
Obesity	1.60 (1.34–1.92)	14 %	59 %	7.7 %	3.4 % (2.1–4.5 %)
Later life (age >65 years)					
Smoking	1.59 (1.15–2.20)	9 %	52 %	5.7 %	2.3 % (0.6–4.0 %)
Depression	1.90 (1.55–2.33)	13 %	68 %	10.5 %	4.5 % (3.1–5.8 %)
Social isolation	1.57 (1.32–1.85)	19 %	16 %	10.2 %	4.2 % (2.7–5.4 %)
Physical inactivity	1.39 (1.16–1.67)	40 %	69 %	13.8 %	5.8 % (2.8–8.3 %)
Diabetes	1.54 (1.33–1.79)	20 %	41 %	9.1 %	4.2 % (2.9–5.3 %)
Air pollution [§]	1.09 (1.07–1.11)	33 %	90 %	3.2 %	1.2 % (1.0–1.4 %)
Overall PAF				62.1 %	39.6 % (20.8–55.9 %)

[§] Estimated using PdA data regarding individuals aged between 65 and 69 (data from Piemonte is unavailable).

[§] Estimated using the urbanization level of the resident municipality as a proxy.

Tab. 3 Frazione di casi di demenza attribuibili ai fattori di rischio modificabili nelle regioni Italiane. Anni 2017-2019

PAF per fattore di rischio pesate												
Regione	Età <45 anni	Età 45-65 anni				Età > 65 anni						PAF totale pesata
	Bassa istruzione	Deficit uditivo (non curato)	Ipertensione	Consumo di alcol (>21 U.A./settimana)	Obesità (BMI ≥30))	Fumo	Depressione	Isolamento sociale	Inattività fisica	Diabete	Inquinamento dell'aria (proxy: grado di urbanizzazione medio.-alto)	
Piemonte	5,0%	-	6,6%	0,1%	3,0%	1,9%	1,7%	2,4%	6,5%	2,5%	0,9%	30,5%
Valle D'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PA Bolzano	6,6%	2,6%	4,1%	0,1%	2,1%	2,0%	3,2%	2,6%	4,5%	2,8%	1,2%	31,6%
PA Trento	4,8%	1,2%	6,3%	0,2%	2,3%	2,7%	4,0%	4,2%	4,1%	3,6%	1,0%	34,4%
Veneto	4,7%	1,6%	6,8%	0,2%	3,0%	1,9%	4,6%	3,8%	4,3%	3,4%	0,9%	35,3%
Friuli Venezia Giulia	6,8%	2,3%	5,7%	0,1%	2,9%	2,4%	2,8%	1,3%	5,6%	3,4%	1,1%	34,4%
Liguria	4,3%	1,3%	6,1%	0,1%	2,4%	2,4%	4,7%	3,8%	5,3%	2,9%	2,0%	35,4%
Emilia Romagna	4,8%	3,3%	5,9%	0,1%	3,4%	2,4%	3,7%	3,1%	5,8%	3,2%	1,5%	37,3%
Toscana	4,4%	1,0%	5,4%	0,1%	2,7%	2,0%	2,8%	3,4%	6,7%	3,3%	1,2%	33,0%
Umbria	4,0%	2,3%	6,9%	0,0%	3,6%	2,8%	6,1%	5,0%	5,3%	3,6%	1,3%	41,0%
Marche	3,8%	1,4%	7,1%	0,0%	3,2%	2,3%	5,3%	5,5%	4,3%	3,4%	0,4%	36,8%
Lazio	4,1%	2,2%	6,2%	0,1%	2,9%	2,8%	3,8%	5,0%	6,4%	3,8%	2,3%	39,7%
Abruzzo	4,7%	3,2%	6,8%	0,1%	3,7%	2,1%	4,4%	6,9%	6,3%	3,7%	0,4%	42,4%
Molise	2,9%	0,8%	6,4%	0,1%	4,0%	1,3%	2,3%	4,2%	4,6%	4,4%	2,7%	33,7%
Campania	5,1%	2,3%	6,7%	0,0%	3,9%	2,3%	6,3%	5,3%	7,4%	5,8%	2,2%	47,4%
Basilicata	3,8%	3,4%	8,6%	0,1%	3,7%	2,5%	3,8%	4,6%	8,2%	4,1%	0,7%	43,6%
Puglia	5,3%	2,1%	6,7%	0,1%	3,8%	3,0%	5,9%	5,0%	6,4%	5,3%	0,9%	44,6%
Calabria	5,0%	4,4%	7,2%	0,1%	4,5%	1,9%	4,9%	6,0%	6,7%	4,9%	0,5%	46,1%
Sicilia	5,3%	3,1%	6,6%	0,0%	3,7%	1,8%	5,8%	4,5%	6,5%	4,0%	1,2%	42,5%
Sardegna	6,2%	4,8%	6,5%	0,1%	3,2%	2,1%	5,6%	3,3%	5,4%	3,9%	1,0%	42,1%

Universal Prevention of Dementia in Italy: A Document Analysis of the 21 Italian Regional Prevention Plans

S. Salemmè^{1,2}, D. Marconi³, S.M. Pani⁴, G. Zamboni^{1,5}, C. Sardù⁴, G. Lazzeri^{3,6}, M. Corbo⁷, E. Lacorte⁸, N. Locuratolo⁸, A. Ancidoni⁸, N. Vanacore⁸, G. Bellomo⁸

1. Department of Biomedical, Metabolic and Neural Sciences, University of Modena and Reggio Emilia, Modena, Italy; 2. International School of Advanced Studies, University of Camerino, Camerino, Italy; 3. Post Graduate School of Public Health, University of Siena, Siena, Italy; 4. Department of Medical Sciences and Public Health, University of Cagliari – Cittadella Universitaria Monserrato, Monserrato (CA), Italy; 5. Neurology Unit, Baggiovara Hospital, Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, Modena, Italy; 6. Department of Molecular and Developmental Medicine, University of Siena, Siena, Italy; 7. Department of Neurorehabilitation Sciences, Casa di Cura Igea, Milan, Italy; 8. National Center For Disease Prevention and Health Promotion, National Institute of Health, Rome, Italy

Figure 2. Dementia-specific (M01OS10) preventive interventions targeting potentially modifiable risk factors for cognitive decline at the subnational level in Italy

	Low education	Hypertension	Hearing loss	Smoking	Alcohol	Obesity	Depression	Physical inactivity	Diabetes	Social isolation	TBI	Air pollution
Abruzzo							3					
Basilicata							4					
Calabria							4					
Campania			2	1	1		7		6			1
Emilia-Romagna			1		2		6					
Friuli Venezia Giulia	1		1	2	3		9	2				
Lazio	1		1	1	1		8					
Liguria							4					
Lombardia	1		1	1	1		16	2				
Marche			1	1			6	1				1
Molise			1				6					
PA Trento	2						2	2	1			
Piemonte							6		2			
Puglia			1				3					
Sardegna							4					
Sicilia	1		1	1	1		5	1				
Toscana			1	1			6		4	1		
Umbria							4					
Valle d'Aosta							7		1			
Veneto			3	2			7					
PA Bolzano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Total	0	6	0	14	10	9	0	117	8	14	1	2



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

Ogni anno sono destinate alla realizzazione del Piano **200 milioni di euro** dei fondi non vincolati e **240 milioni di euro** dei fondi vincolati

Guadagnare Salute: l'impatto sulla salute pubblica in Italia

A cura di Stefania Salmaso e Donato Greco

- I Editoriale
- iv Guadagnare Salute: il percorso del Ministero della Salute
- 1 Le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento: oltre 10 anni di raccolta dati sui fattori di rischio comportamentali a sostegno dei Piani Nazionali della Prevenzione
- 12 Progetto CUORE: *health examination survey* e studi longitudinali a supporto della prevenzione cardiovascolare
- 22 Controllo del tabacco in Italia a 15 anni dal Programma nazionale Guadagnare Salute: ombre sull'approccio intersettoriale al tabacco
- 29 Il Programma nazionale Guadagnare Salute e il contrasto all'abuso di alcol
- 39 Sovrappeso e obesità nei bambini: il contributo del Programma nazionale Guadagnare Salute
- 46 L'attività fisica in Italia: trend, programmi e politiche di indirizzo (2008-2020)

Le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento: oltre 10 anni di raccolta dati sui fattori di rischio comportamentali a sostegno dei Piani Nazionali della Prevenzione

Maria Masocco^a, Valentina Minardi^a, Benedetta Contoli^a, Valentina Possenti^a, Pirus Fateh-Moghadam^b,
per il Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento*

^aCentro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

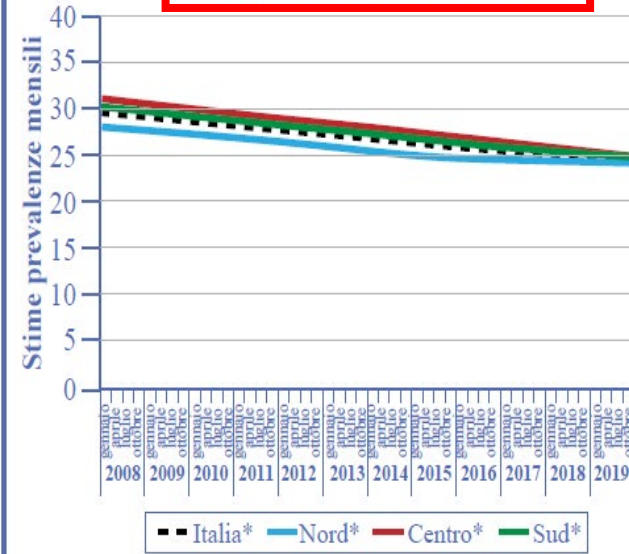
^bAzienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento

Progetto CUORE: *health examination survey* e studi longitudinali a supporto della prevenzione cardiovascolare

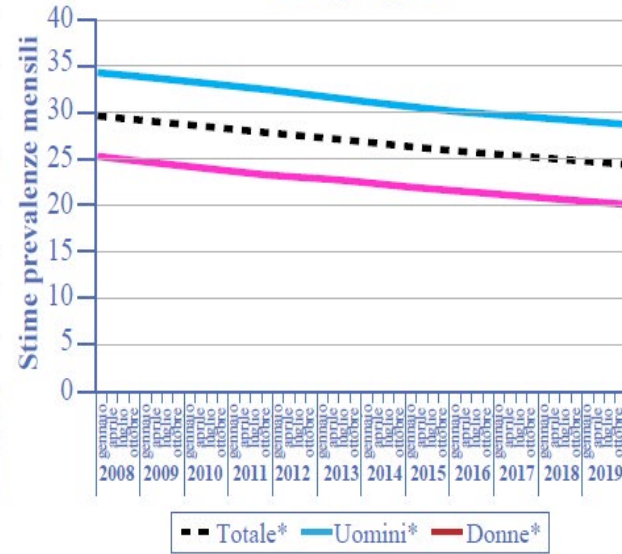
Chiara Donfrancesco, Cinzia Lo Noce, Anna Di Lonardo, Serena Vannucchi, Luigi Palmieri

Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche e Invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità, Roma

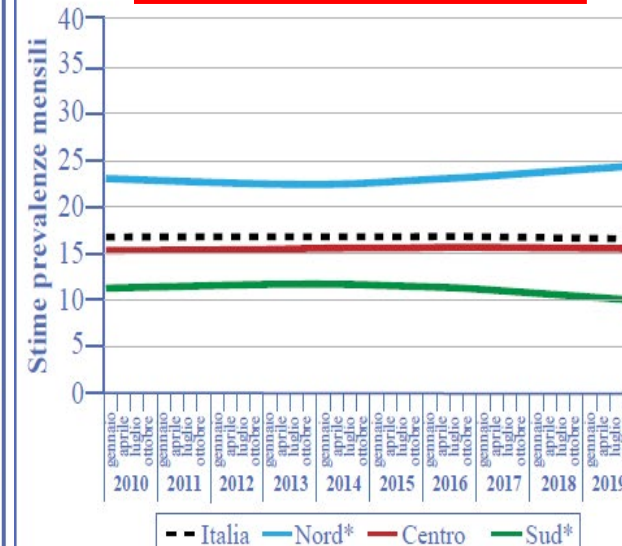
A
Fumo per macroarea di residenza



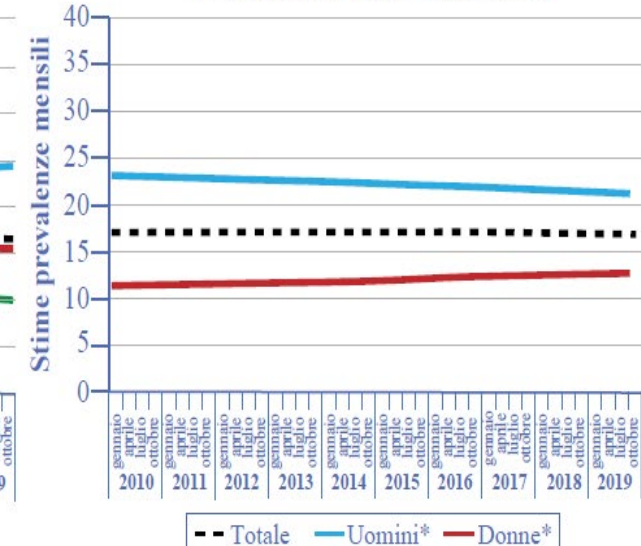
B
Fumo per genere



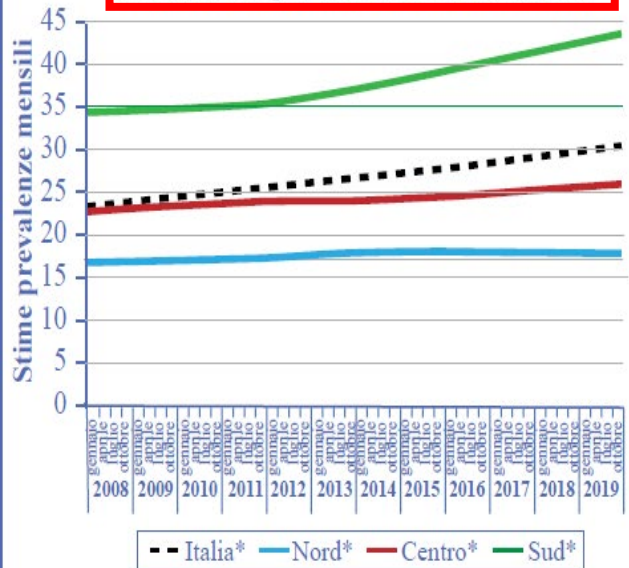
A
Consumo di alcol a "maggior rischio" per macroarea di residenza



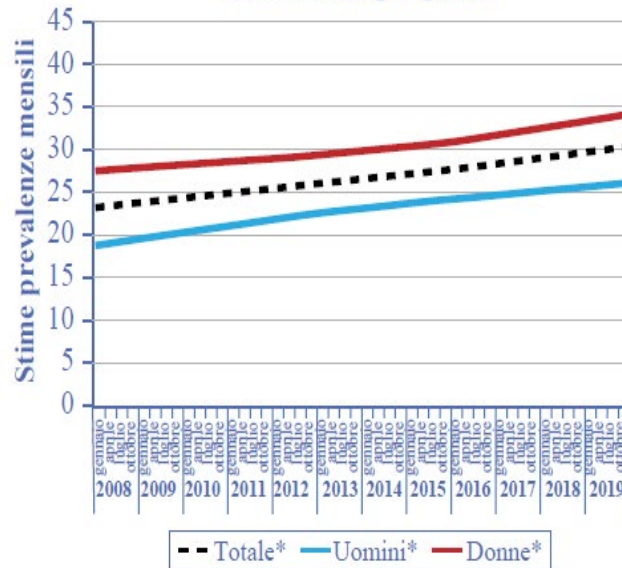
B
Consumo di alcol a "maggior rischio" per genere



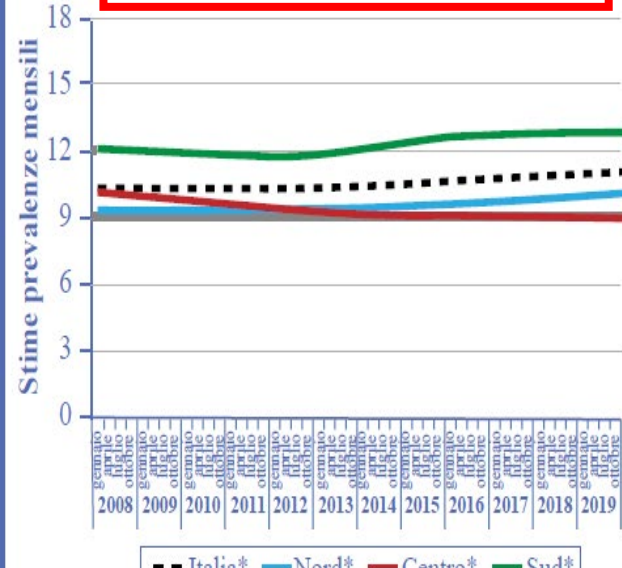
A
Sedentarietà per macroarea di residenza



B
Sedentarietà per genere



A
Obesità per macroarea di residenza



B
Obesità per genere

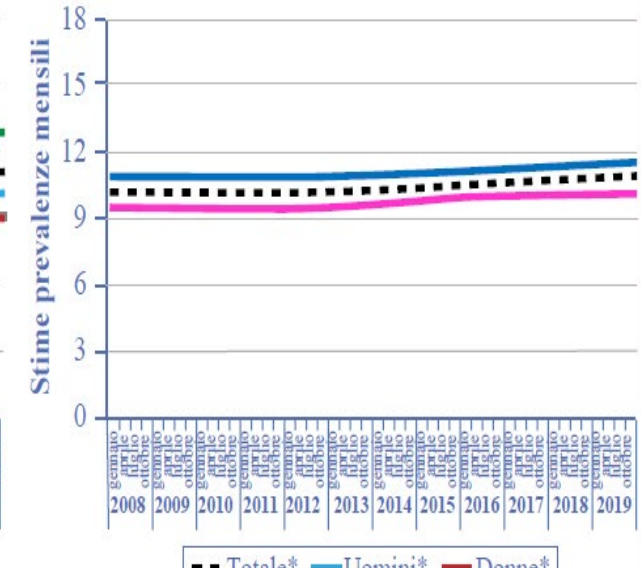


Tabella 2 - Fattori di rischio e condizioni a rischio. *Health examination survey* del Progetto CUORE. Donne, 35-74 anni^a

Fattori di rischio	1998-2002 ^b			2008-2012 ^b			2018-2019 ^c		
	n.	%	IC 95%	n.	%	IC 95%	n.	%	IC 95%
Obesità ^d	4.752	22	21-23	3.956	25	24-26	869	22	19-25
Iperensione ^e	4.774	44	43-46	3.961	37	36-39	968	31	28-34
Inattività fisica ^f	4.774	46	45-48	3.948	42	40-43	968	43	40-46
Abitudine al fumo ^g	4.774	23	21-24	3.954	20	19-21	966	17	15-20
Condizioni a rischio									
Indice di massa corporea (kg/m ²)	4.752	26	26-27	3.956	27	27-27	869	26	26-26
Pressione arteriosa sistolica (mmHg)	4.771	132	132-133	3.960	127	126-127	968	122	118-126
Pressione arteriosa diastolica (mmHg)	4.771	82	82-82	3.960	79	78-80	968	73	72-74
Escrezione urinaria giornaliera di sodio (g/die)	-	-	-	916	8,3	8,1-8,5	1.010 ^b	7,2 ^b	7,0-7,4 ^b
Escrezione urinaria giornaliera di potassio (mg/die)	-	-	-	916	2.784	2.727-2.841	1.010 ^b	2.561 ^b	2.508-2.614 ^b



Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission

Gill Livingston, Jonathan Huntley, Kathy Y Liu, Sergi G Costafreda, Geir Selbæk, Suvarna Alladi, David Ames, Sube Banerjee, Alistair Burns, Carol Brayne, Nick C Fox, Cleusa P Ferri, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Mika Kivimäki, Eric B Larson, Noeline Nakasujja, Kenneth Rockwood, Quincy Samus, Kokoro Shirai, Archana Singh-Manoux, Lon S Schneider, Sebastian Walsh, Yao Yao, Andrew Sommerlad*

	RR for dementia (95% CI)	Risk factor prevalence, %	Communality, %	Unweighted PAF, %	Weighted PAF, %	Weighted PAF rounded to nearest whole number, %
Early life						
Less education	1.6 (1.3–2.0) ³⁰²	23.2% ³⁰³	0.608	12.2%	4.5%	5%
Midlife						
Hearing loss	1.4 (1.0–1.9)*	59.0% ³⁰⁴	0.609	19.1%	7.0%	7%
High LDL cholesterol	1.3 (1.3–1.4) ³⁶	76.5%†	0.469	18.7%	6.9%	7%
Depression	2.2 (1.7–3.0)*	7.2% ³⁰⁵	0.452	8.3%	3.0%	3%
Traumatic brain injury	1.7 (1.4–1.9) ³²⁷	12.1% ³⁰⁶	0.423	7.8%	2.9%	3%
Physical inactivity	1.2 (1.2–1.3) ³⁷³	27.5% ³⁰⁷	0.567	6.4%	2.4%	2%
Smoking	1.3 (1.2–1.4) ³⁴⁸	22.3% ³⁰⁸	0.650	6.3%	2.3%	2%
Diabetes	1.7 (1.6–1.8) ³⁰⁹	9.3% ³¹⁰	0.493	6.4%	2.3%	2%
Hypertension	1.2 (1.1–1.4) ³²¹	31.1% ³¹²	0.595	5.9%	2.2%	2%
Obesity	1.3 (1.0–1.7) ³⁰⁶	13.0% ³¹³	0.622	3.8%	1.4%	1%
Excessive alcohol consumption	1.2 (1.0–1.5) ³¹³	13.3% ³¹³	0.772	2.6%	1.0%	1%
Late life						
Social isolation	1.6 (1.3–1.8) ²²¹	24.0% ³¹⁴	0.408	12.6%	4.6%	5%
Air pollution	1.1 (1.1–1.1) ³¹⁵	75.0% ³¹⁵	0.341	7.0%	2.6%	3%
Untreated vision loss	1.5 (1.4–1.6) ²⁶²	12.7% ²⁶⁰	0.553	6.0%	2.2%	2%
Overall PAF for all risk factors	45.3%	45%

RR=relative risk. PAF=population attributable fraction. * Calculated by the authors in this Commission. †Prevalence derived from 37 000 participants aged ≥45 years from the Norwegian HUNT study.³¹⁶

Table 1: RR, prevalence, and PAF for all 14 potentially modifiable dementia risk factors

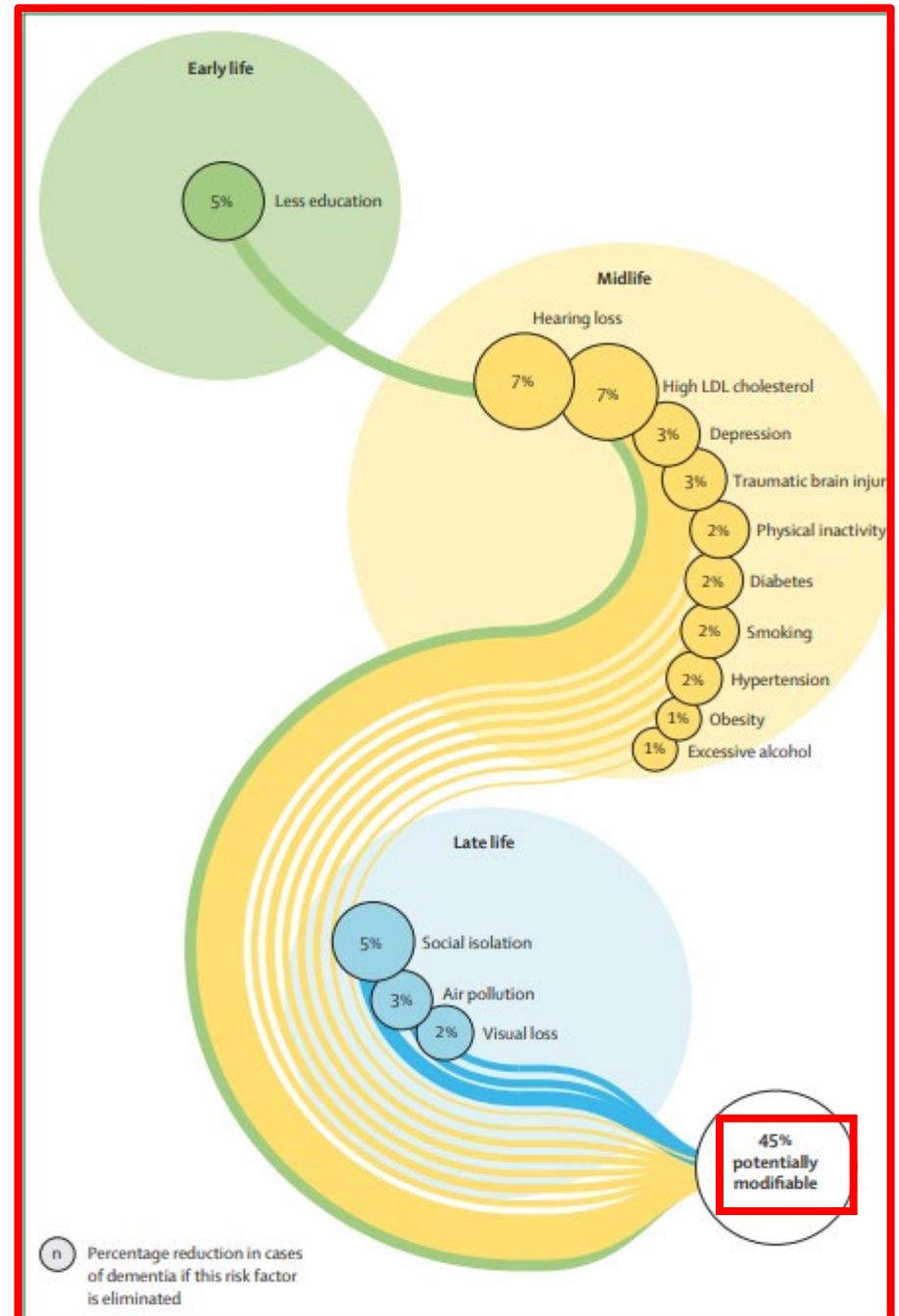
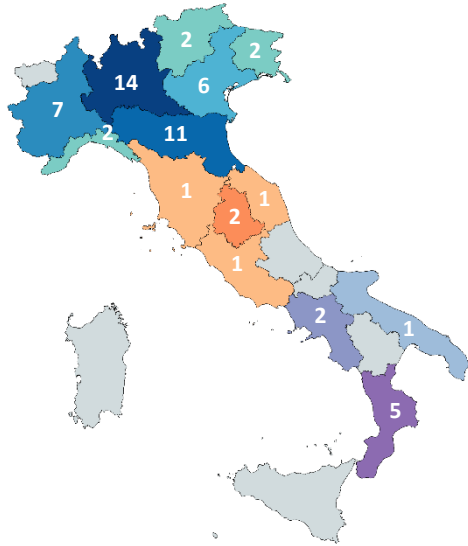


Figure 9: Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia

Le Comunità Amiche della Demenza in Italia

WHO GAP
Area di
Azione 2.
Sensibilizzare
sul tema della
demenza



57

Regioni Nord:

44 CAD (77.2%)

Regioni Centro:

5 CAD (8.8%)

Regioni Sud e Isole:

8 DFC (14%)

DIVENTARE AMICO DELLA DEMENZA SIGNIFICA:

PLASMARE LA COMUNITÀ
IN BASE ALLE ASPETTATIVE
DELLE PERSONE
CON DEMENZA

AIUTARE LE PERSONE
CON DEMENZA A IMPEGNARSI
NELLA VITA SOCIALE

MANTENERE
INDIPENDENZA
USANDO SOLUZIONI
IN BASE ALLA PROPRIA
COMUNITÀ

FACILITARE GLI SPOSTAMENTI
NELLA CITTÀ

TRASPORTI
APPROPRIATI

CREARE SENSIBILIZZAZIONE
E COMBATTERE LO STIGMA

VALORIZZARE
LE PERSONE
CON DEMENZA
E RICONOSCERE
IL LORO CONTRIBUTO

ASSICURARE DIAGNOSI
TEMPESTIVA E CURA
PERSONALIZZATA
E INTEGRATA

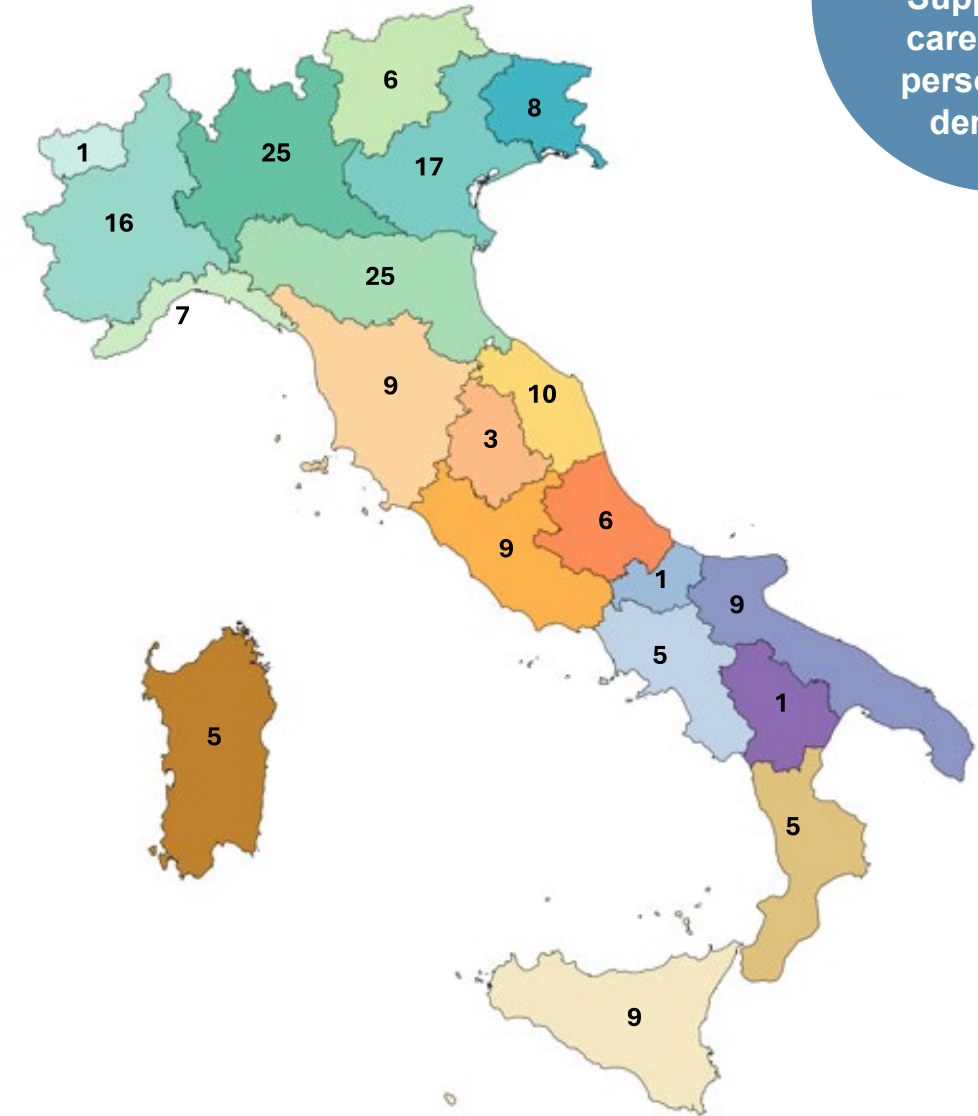
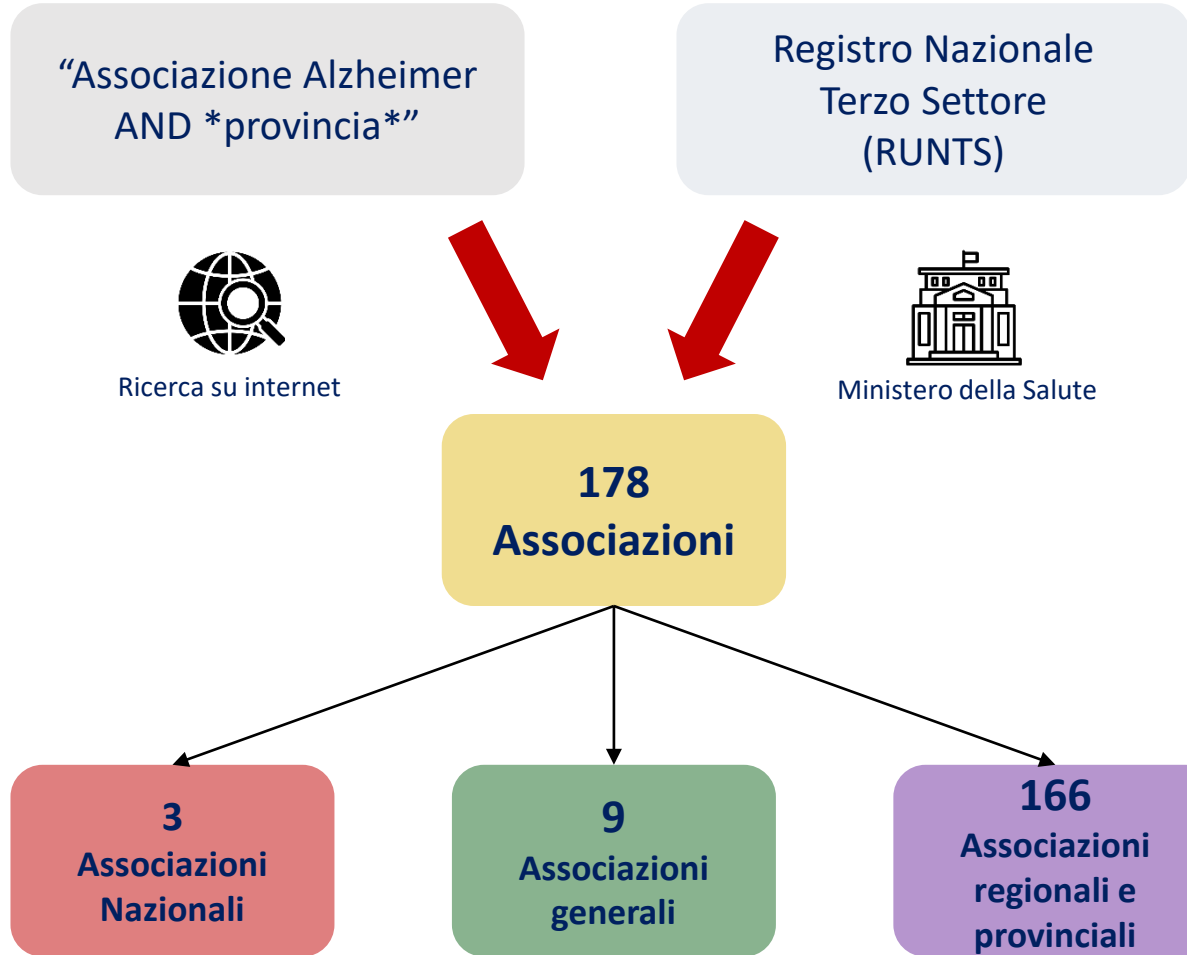
RENDERE LA FARMACIA UN SERVIZIO
ACCOGLIENTE E IL PIÙ POSSIBILE
A MISURA DELLE PERSONE
CON DEMENZA

ADATTARE NEGOZI E SERVIZI
AI BISOGNI DELLE PERSONE
CON DEMENZA

ASSICURARSI CHE
LE ATTIVITÀ SOCIALI
INCLUDANO LE PERSONE
CON DEMENZA

Censimento delle Associazioni di familiari e pazienti in Italia

WHO GAP
Area di
Azione 5.
Supporto ai
caregiver di
persone con
demenza



Focus group con professionisti e familiari/caregiver di persone con demenza

WHO GAP
Area di
Azione 5.
Supporto ai
caregiver di
persone con
demenza

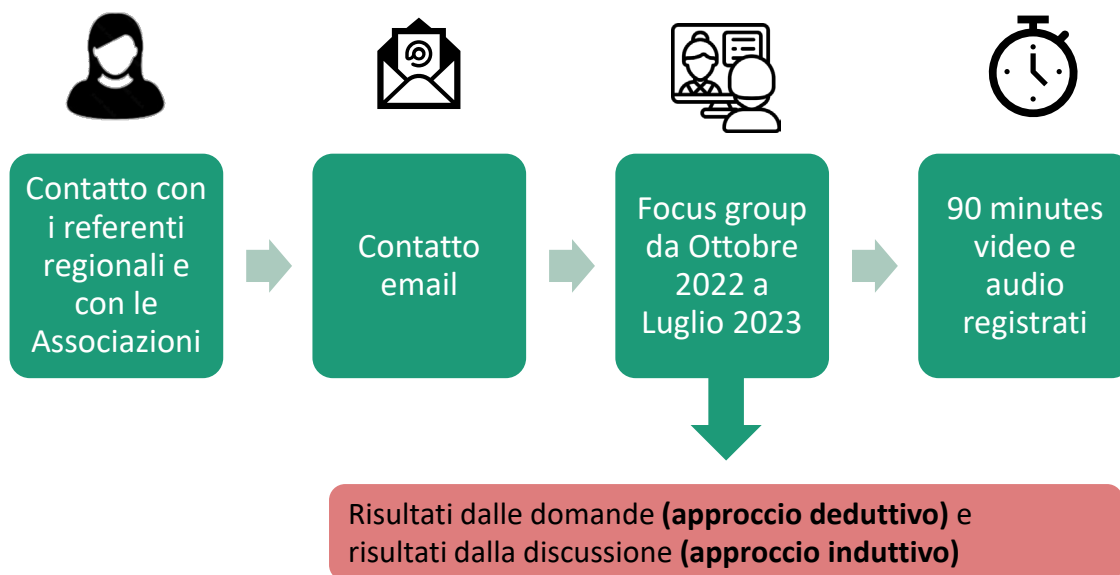


Focus group condotti: **42**

- **1** per ogni regione/PA per professionisti socio-sanitari
- **1** per ogni regione/PA con familiari/caregiver

Professionisti coinvolti: **187**

Familiari/caregiver coinvolti: **142**



Take home messages

- **Forte motivazione** ad affrontare le carenze percepite attraverso l'azione individuale;
- Promuovere la salute attraverso una **migliore integrazione con le associazioni e i servizi locali**;
- Fornire **attività di formazione, informazione e sensibilizzazione** sulla demenza a tutta la comunità;
- Offrire un **maggiore sostegno** ai familiari e ai caregiver che si occupano della malattia attraverso servizi specificamente pensati per loro.

Corsi di formazione per professionisti e familiari/caregiver

1° Corso residenziale per familiari/caregiver

Quando

6 Marzo 2023

Il passo successivo è lo sviluppo di una versione online del corso.

Dove

Istituto Superiore di Sanità

- principali aspetti clinici della demenza
- strategie di comunicazione
- gestione della malattia
- impatti sulla salute della famiglia
- quadri giuridici, servizi locali e altri strumenti

Scopo e obiettivi

Partecipazione attiva, lavoro in piccoli gruppi, esercizi pratici, materiale di lettura

Metodo

1° Corso residenziale per i professionisti

Quando

20 – 21 Marzo 2023

Il passo successivo è lo sviluppo di una versione online del corso.

Dove

Istituto Superiore di Sanità

- sviluppare piani di assistenza
- gestione dei BPSD
- strategie di comunicazione
- adattare l'assistenza quotidiana
- prevenire il burden del caregiver
- comprendere le reti di servizi per la demenza

Scopo e obiettivi

Insegnamento attivo attraverso il lavoro in gruppo esercizi pratici, lettura di materiali e diapositive, incoraggiare la discussione.

Metodo

WHO GAP
Area di
Azione 5.
Supporto ai
caregiver di
persone con
demenza



Corso

Il ruolo dei professionisti socio-sanitari nella gestione integrata e presa in carico della persona con demenza nella fase moderata-grave di malattia

20-21 marzo 2023



CORSO PER FAMILIARI DELLE PERSONE CON DEMENZA

6 marzo 2023

2024



VII Corso

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le Demenze

12-16 febbraio 2024



CORSO PER FAMILIARI DELLE PERSONE CON DEMENZA

6 marzo 2024



Corso

Il ruolo dei professionisti socio-sanitari nella gestione integrata e presa in carico della persona con demenza nella fase moderata-grave di malattia

25-27 marzo 2024



II Corso

DEMENTIA E MIGRANTI

16-17 aprile 2024



XVIII Corso

EPIDEMIOLOGIA CLINICA DELLE DEMENZE

21-25 ottobre 2024

Cartella clinica elettronica e sistemi informative per la demenza

WHO GAP
Area di
Azione 6.
Sistemi
informativi
sulla
demenza

Survey rivolta ai referenti regionali

14

Regioni che hanno incluso nei loro piani lo sviluppo e l'implementazione di un sistema di cartelle cliniche elettroniche all'interno dei loro CDCD

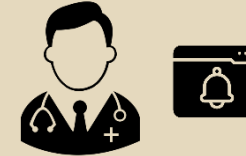
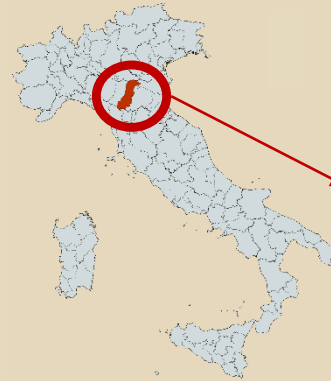


Survey con 9 domande poste ai referenti regionali



Lo stato attuale dell'implementazione del sistema di cartelle cliniche elettroniche all'interno dei CDCD è stato riportato nei progetti regionali e inviato al Ministero della Salute.

Definizione e validazione di un algoritmo per la stima dei casi di demenza nella provincia di Modena



Provincia di Modena: MMG che segnalano, consecutivamente dall'elenco dei propri assistiti, i casi con diagnosi di demenza confermata da un CDCD

Studio caso-controllo

200
casi

200
controlli

Se (95%CI)	Sp (95%CI)	PPV (95%CI)	NPV (95%CI)
96%	93%	93.2%	95.9%
(92.3- 98.3)	(88.5- 96.1)	(89.2- 95.8)	(92.2- 97.9)

Linee di indirizzo Nazionali
sull'uso dei Sistemi Informativi
per caratterizzare il fenomeno
delle demenze

Tavolo per il monitoraggio del recepimento e implementazione del Piano Nazionale
Demenze
5/07/2017

Tabella 4.3 Checklist per la valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze

Dominio 1. Contesto di riferimento (15 item)	Dominio 2. Elementi del percorso e gestione integrata (14 item)
a. Presenza di analisi demografica della popolazione target	a. Coinvolgimento attivo di pazienti e familiari
b. Letteratura scientifica o Linee guida a supporto dei PDTA	b. Coinvolgimento di tutti i servizi elencati
c. Normativa di riferimento (nazionale e/o regionale)	c. Coinvolgimento di tutte le professionalità elencate
d. Individuazione del committente	d. Referente del percorso (professionista, struttura o servizio) con contatto telefonico
e. Presenza del mandato per il soggetto promotore	e. Individuazione di un ruolo cardine del MMG
f. Presenza dell'atto formale della nomina del Gruppo di Coordinamento	f. Sistema di comunicazione esterna (professionista-pazienti/familiari)
g. Multidisciplinarietà del GdL	g. Sistema di comunicazione interna (professionista-professionista)
h. Multiprofessionalità del GdL	h. Messa a punto di un "Sistema Informativo Sanitario" (SIS)
i. Coinvolgimento della figura del MMG nel GdL	i. Professionisti impegnati in più servizi all'interno della rete (connettori)
j. Coinvolgimento dei rappresentanti dei pazienti e/o dei parenti nel GdL	j. Attività di "counseling" presso le strutture e i servizi coinvolti nella rete
k. Individuazione dei canali e dei documenti utili alla diffusione del percorso	k. Adozione di linee guida e/o protocolli operativi utili a formalizzare la rete
l. Esplicitazione delle modalità di diffusione interna (istituzioni)	l. Facilitatori del percorso (tavoli istituzionali o gruppi tecnici)
m. Esplicitazione delle modalità di diffusione esterna (popolazione)	m. Presenza del diagramma di flusso del percorso
n. Presenza della data di stesura	n. Presenza della rappresentazione a matrice del percorso
o. Presenza della data di revisione e/o aggiornamento	

Dominio 3. Costruzione del percorso locale (14 item)

- | |
|---|
| a. Esplicitazione della tipologia del PDTA |
| b. Rilevazione delle caratteristiche del problema e dei bisogni specifici del contesto locale |
| c. Ricognizione delle modalità esistenti di gestione e presa in carico dei disturbi cognitivi |
| d. Definizione del percorso di riferimento (cronoprogramma) |
| e. Identificazione di traguardi assistenziali e degli outcome attesi |
| f. Identificazione delle aree di cambiamento e ri-organizzazione |
| g. Sperimentazione del percorso di riferimento (studio pilota) |
| h. Definizione, attuazione e implementazione del PDTA locale |
| i. Monitoraggio e valutazione del PDTA locale |
| j. Presenza di indicatori qualitativi |
| k. Presenza di indicatori di struttura |
| l. Presenza di indicatori di processo |
| m. Presenza di indicatori di esito |
| n. Presenza di indicatori economico-amministrativi |

Figura 4.3 Distribuzione dei punteggi ottenuti dai PDTA regionali alla checklist nei 3 domini

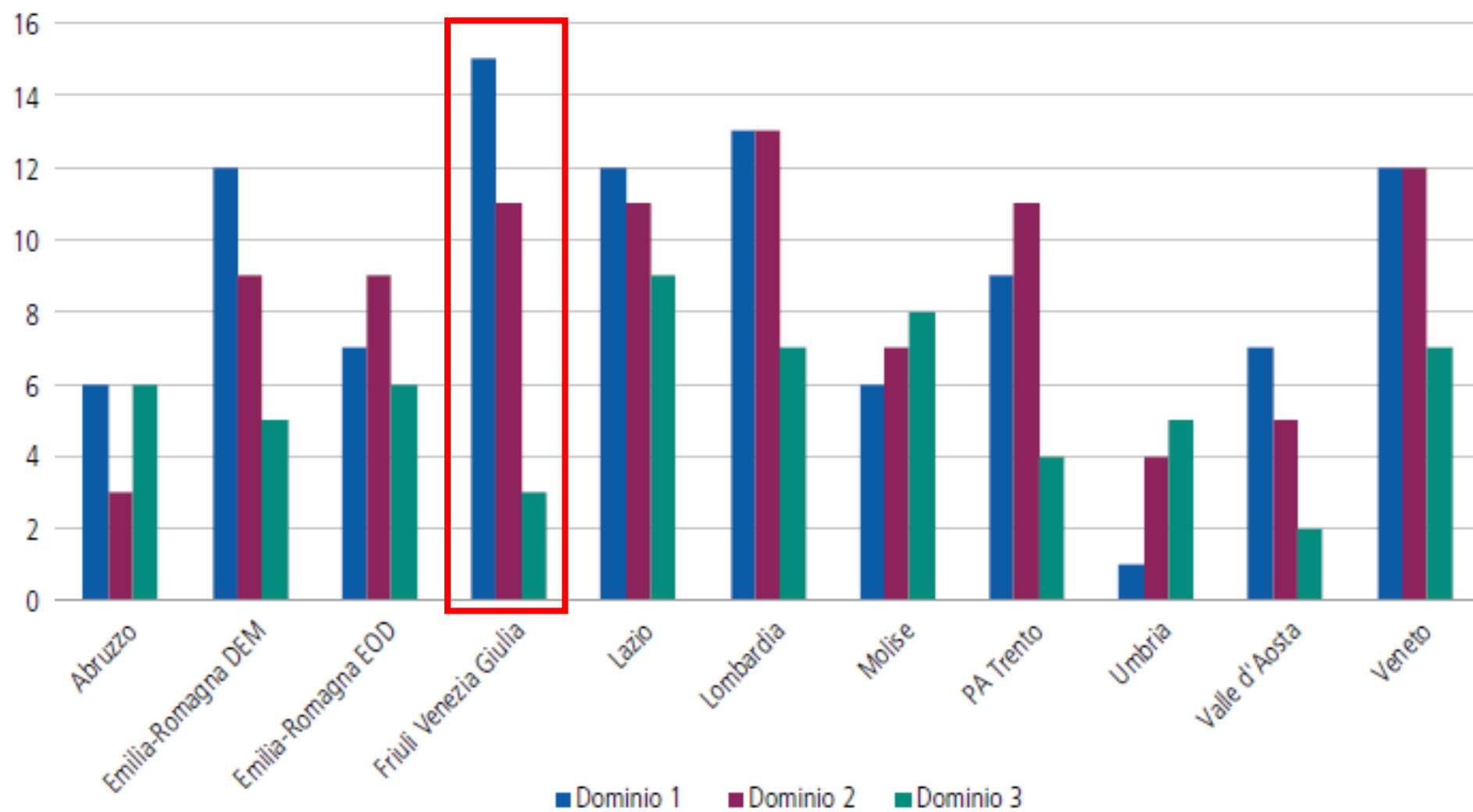


Tabella 4.6 Approfondimento sulla presenza di specifici item all'interno dei documenti regionali analizzati

Item	Abruzzo	Emilia-Romagna (DEM)	Emilia-Romagna (EOD)	Friuli Venezia Giulia	Lazio	Lombardia	Molise	PA Trento	Umbria	Valle D'Aosta	Veneto
2h	s	n	n	n	n	s	s	s	n	n	s
3b	s	n	s	n	s	s	s	n	s	n	n
3c	s	n	s	s	s	s	s	s	n	n	s
3i	n	s	s	s	s	s	n	s	n	s	s
3k	s	s	n	s	n	n	s	s	n	s	s
3l	n	s	n	n	s	n	s	n	n	n	n
3m	s	s	s	n	s	s	s	s	s	n	s
3n	s	s	s	s	s	s	s	n	s	n	s
3o	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n

2h: messa a punto di un "sistema informativo sanitario"; 3b: rilevazione delle caratteristiche del problema e dei bisogni specifici del contesto locale; 3c: ricognizione delle modalità esistenti di gestione e presa in carico dei disturbi cognitivi; 3i: monitoraggio e valutazione del PDTA locale; 3k: presenza di indicatori qualitativi; 3l: presenza di indicatori di struttura; 3m: presenza di indicatori di processo; 3n: presenza di indicatori di esito; 3o: presenza di indicatori economico-amministrativi

Report e pubblicazioni scientifiche



GUIDELINE

The Italian guideline on diagnosis and treatment of dementia and mild cognitive impairment

Fabrizi et al., 2024



The efficacy of cognitive stimulation, cognitive training, and cognitive rehabilitation for people living with dementia: a systematic review and meta-analysis

Paggetti et al., 2024



Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ANNI 2021-2023)

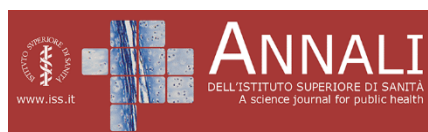
REPORT NAZIONALE



Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE



COMMENTARY

The Italian Dementia National Plan

Di Fiandra et al., 2014



Neuropsychological tests at the Italian Centers for Cognitive Disorders and Dementias: results from a survey on 450 specialized services

Vaccaro et al., 2024

THE LANCET
Neurology

Italy's actions on dementia

Ancidoni et al., 2023



The Italian fund for Alzheimer's and other dementias: strategies and objectives to face the dementia challenge

Ancidoni et al., 2021



The Profile of the Italian Centers for Cognitive Disorders and Dementia in the Context of New Drugs in Alzheimer's Disease

Giaquinto et al., 2024



Universal Prevention of Dementia in Italy: A Document Analysis of the 21 Italian Regional Prevention Plans

Salemme et al., 2024

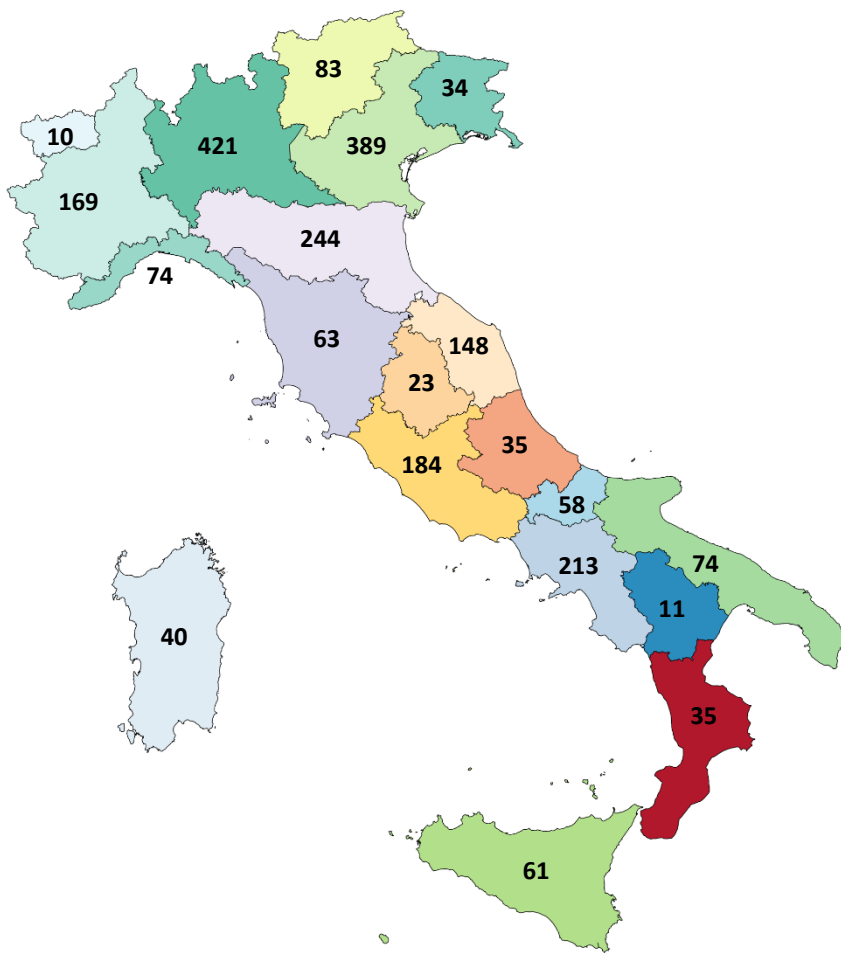


A new national survey of centers for cognitive disorders and dementias in Italy

Bacigalupo et al., 2024

Survey nazionale rivolta a familiari e caregiver

Familiari/caregiver raggiunti con la survey
n = 2,369



Scheda di raccolta dati

- Caratteristiche demografiche
- Informazioni sulla malattia (ad esempio, diagnosi)
- Servizi per la demenza forniti
- Contesto del territorio
- Costi legati alla demenza
- Livello di soddisfazione e proposte di miglioramento
- Informazioni sull'esperienza del COVID-19

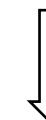
Principali risultati

- L'**80,9%** dichiara di non aver usufruito di strumenti e/o figure giuridiche adottate nell'assistenza al paziente principalmente a causa di
 - scarsità di informazioni (56,2%)
 - Mancanza di contatti con altri familiari (21,9%).
- Il **43%** dei caregiver ha espresso un'opinione negativa o molto negativa sui servizi per la demenza forniti
- Gli aspetti legali, i servizi domiciliari e il sostegno economico sono stati tra le principali proposte per migliorare l'assistenza alle persone con demenza.
- Durante la pandemia di COVID-19, le condizioni cliniche delle persone con demenza sono peggiorate nel **59,2%** dei soggetti non affetti da COVID-19 e nel **68,5%** di quelli infetti.
- Tra le maggiori criticità emerse durante la pandemia vi sono:
 - difficoltà a contattare i medici
 - difficoltà a raggiungere il paziente a casa
 - chiusura dei servizi

WHO GAP
Area di
Azione 5.
Supporto ai
caregiver di
persone con
demenza

Data di
inizio

Settembre 2022



Data di
fine

Ottobre 2023

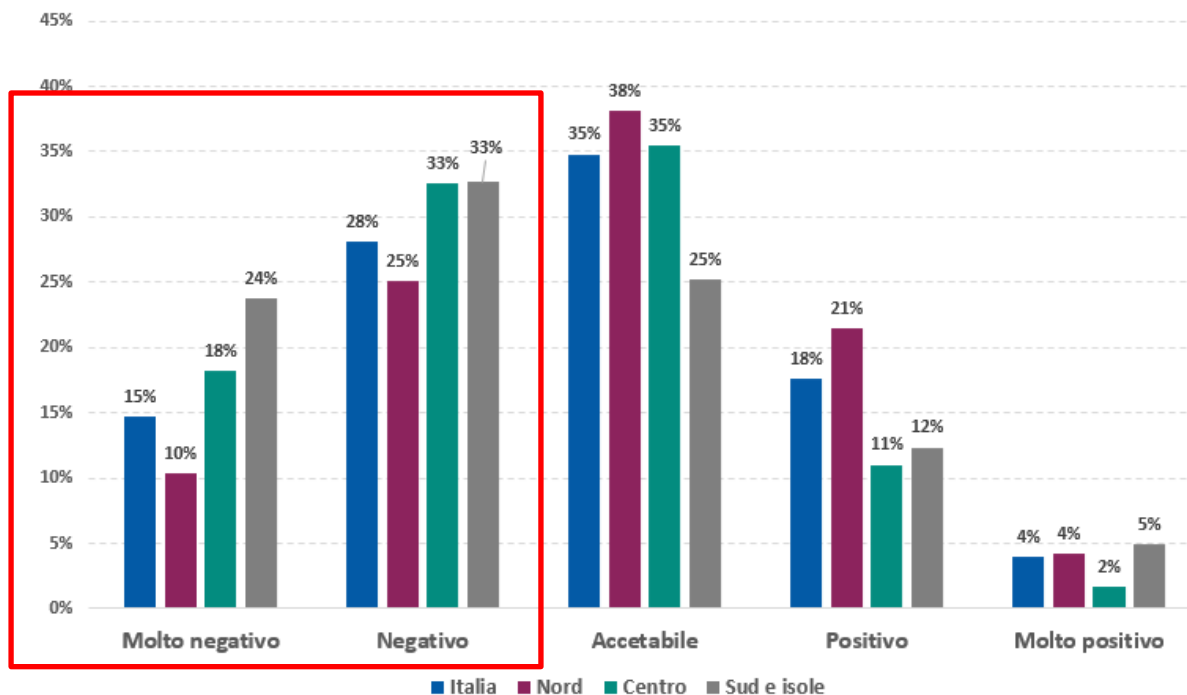




INDAGINE NAZIONALE SUI CAREGIVER DELLE PERSONE CON DEMENZA (n = 2369)

Giudizio sui servizi

Grado complessivo di soddisfazione dei servizi dedicati alle demenze presenti nel territorio.



A livello nazionale il **43%** dei caregivers ha espresso un **giudizio negativo o molto negativo** a fronte del **22%** che esprime giudizio positivo molto positivo.

Giudizio negativo/molto negativo
Nord (35%)
Centro (51%)
Sud e Isole (57%)

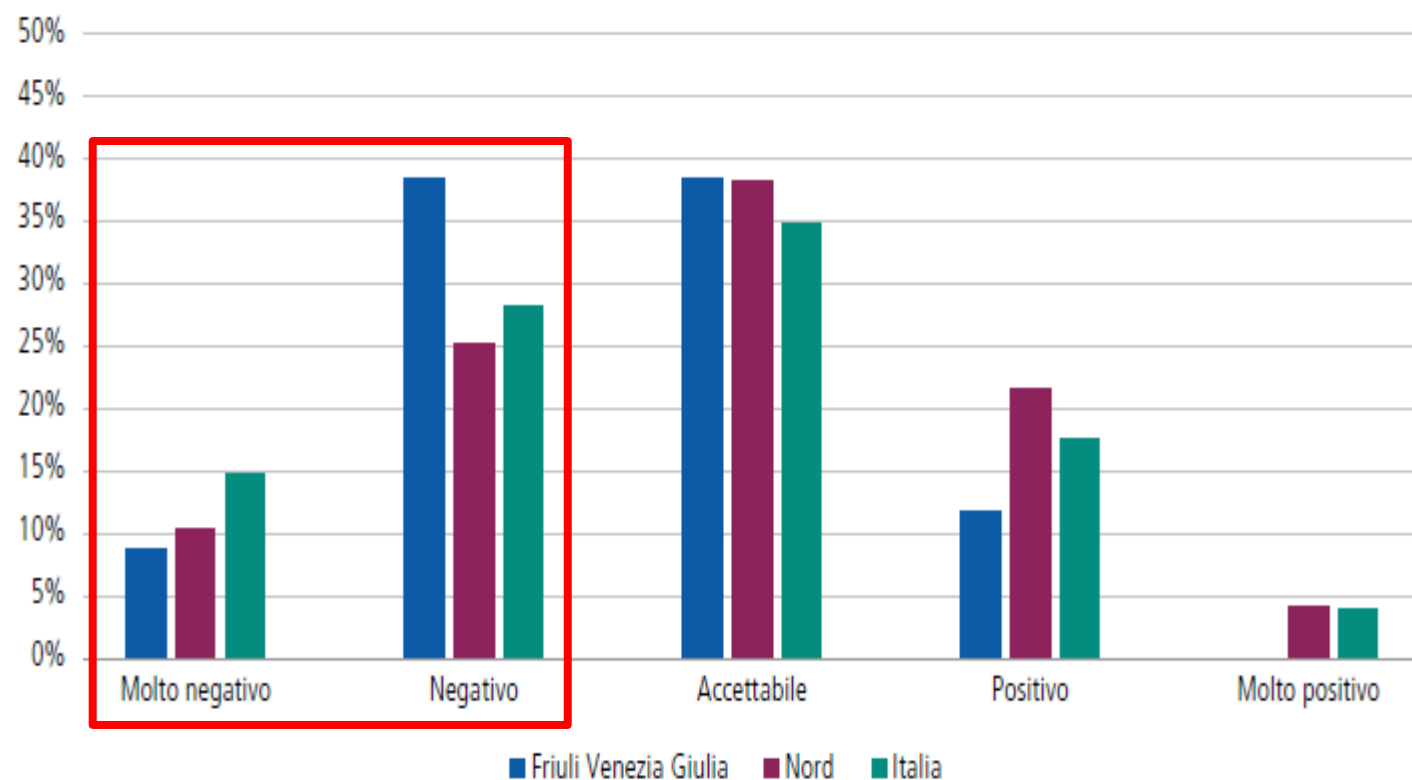
Area del grafico

Dato mancante N=21, 0.9%

REPORT REGIONALE REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA



Figura 5.3 Giudizio sui servizi dedicati alle demenze sul territorio



Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

IL FONDO ALZHEIMER E DEMENZA 2024-26

FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE 2024-26

34.9 MILIONI DI EURO

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 303 del 30 dicembre 2023 - Serie generale

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE



DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Sabato, 30 dicembre 2023

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

Dicembre 2023



N. 40/L

LEGGE 30 dicembre 2023, n. 213.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026.



Presidenza del Consiglio dei ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 332, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante i criteri di riparto e le modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze - 2024-2026, nonché il sistema di monitoraggio dell'impiego delle somme.

Rep. atti n. 143/CSR del 25 luglio 2024.

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E
LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

SANCISCE INTESA

ai sensi dell'articolo 1, comma 332, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante i criteri e le modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze - 2024-2026, nonché il sistema di monitoraggio dell'impiego delle somme.

Il Segretario
Cons. Paola D'Avena

Firmato digitalmente da
D'AVENA PAOLA
C=IT
O= PRESIDENZA CONSIGLIO DEI
MINISTRI

Il Presidente
Ministro Roberto Calderoli

Firmato digitalmente da
CALDEROLI ROBERTO
C=IT
O= PRESIDENZA CONSIGLIO DEI
MINISTRI

Luglio 2024

SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 165° - Numero 235

GAZZETTA UFFICIALE



DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Lunedì, 7 ottobre 2024

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

La Gazzetta Ufficiale, Parte Prima, oltre alla Serie Generale, pubblica cinque Serie speciali, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:

1ª Serie speciale: Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)

2ª Serie speciale: Unione europea (pubblicata il lunedì e il giovedì)

3ª Serie speciale: Regioni (pubblicata il sabato)

4ª Serie speciale: Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)

5ª Serie speciale: Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)

La Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda, "Foglio delle inserzioni", è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato

Ottobre 2024

AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI

Al fine di ottimizzare la procedura di pubblicazione degli atti in Gazzetta Ufficiale, le Amministrazioni sono pregate di inviare, contemporaneamente e parallelamente alla trasmissione su carta, come da norma, anche copia telematica dei medesimi (in formato word) al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: gazzettaufficiale@giustiziacert.it, curando che, nella nota cartacea di trasmissione, siano chiaramente riportati gli estremi dell'invio telematico (mittente, oggetto e data).

Nel caso non si disponga ancora di PEC, e fino all'adozione della stessa, sarà possibile trasmettere gli atti a: gazzettaufficiale@giustizia.it

SOMMARIO

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

LEGGE 24 settembre 2024, n. 142.

Disposizioni in favore dell'Associazione Arena Sferisterio - Teatro di tradizione, per l'organizzazione del Macerata Opera Festival. (24G00160) Pag. 1

Ministero della salute

DECRETO 5 settembre 2024.

Riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze per le annualità 2024-2026. (24A05234) Pag. 3

- ✓ **1** potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/Mild Cognitive Impairment (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie e proseguendo nell'osservazione dei soggetti con DNC/MCI arruolati fino all'eventuale conversione a demenza;
- ✓ **2** potenziamento della diagnosi tempestiva del DNC maggiore, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie;
- ✓ **3** potenziamento della sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure in tutti i contesti assistenziali;
- ✓ **4** definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di tele-riabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente Fondo;
- ✓ **5** consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (Centri per i disturbi cognitivi e demenze, Centri Diurni, RSA, cure domiciliari etc.) e comunque nei contesti di vita delle persone.



Ministero della Salute



PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO
DEMENTE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI
SANITÀ
(anni 2024-2026)





[Home](#) > [About](#) > [What we do](#) > [Into practice](#)

Implementing NICE guidance

Putting our guidance into practice benefits patients and carers, healthcare professionals and organisations.

Teams within NICE have a role in supporting the implementation of our guidance. The adoption and implementation team provides:

- practical support
- facilitators
- advice on adopting new technologies.

“ Busy health and social care professionals need to be able to answer the question 'What will be the impact if we implement this piece of guidance?' ”

[Help from our system implementation team](#)

Our team of implementation facilitators work with organisations to help put our guidance into practice. We work with NHS, local authority and other organisations in their area, ensuring regular interaction with our stakeholders.

[Adoption and implementation support](#)

[Audit and service improvement](#)

Our resources will help you plan ahead for NICE guidance, understand where you are now, and conduct improvement initiatives.

[Resource impact of NICE guidance](#)

Our reports and templates help you implement our guidance and identify key resource impact issues.

ATTIVITA' 1 – LINEA GUIDA

Priorità

Referenti regionali a Tavolo demenze

Auspicabile: Tavolo regionale demenze

Individuazione di un **Referente regionale per la Formazione**
a supporto attività di disseminazione e implementazione LG e Attività 4 Piano Formazione

Auspicabile: Creazione Gruppo regionale per disseminazione e implementazione

Individuazione di **Strutture di presa in carico**
partecipanti a attività disseminazione e implementazione:
1 CDCD, 1 CD, 1 RSA/CRA per ciascuna Regione

Indicazione di **1 Referente per ciascuna struttura CDCD, CD, RSA/CRA, per ciascuna Regione**

Referente per ciascuna struttura
(CDCD, CD, RSA)
individua:

- 1-2 partecipanti per struttura a corso **disseminazione**
(*Professionisti delle strutture di presa in carico*)
- 2 partecipanti per struttura a corso **implementazione**
(*Direttore sanitario/Responsabile, Professionista implementazione*)

ISS

Sviluppo di un *toolkit per implementazione* (NICE, LG)

**8 Corsi
residenziali**
(Fase Formazione 1)

Disseminazione: 1 corso residenziale duplicato in 2 edizioni (**tot. 2 corsi**)
Totale max partecipanti 60

Implementazione: 3 corsi residenziali (1 per ciascuna tipologia di struttura) **replicati in due edizioni:** 2 corsi per professionisti CDCD, 2 corsi per CD, 2 corsi per RSA (**tot. 6 corsi**): Totale max partecipanti 126

Help desk

Cronogramma: 6 mesi



Age and Ageing 2025; 54: afaf005
<https://doi.org/10.1093/ageing/afaf005>

© The Author(s) 2025. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. All rights reserved. For permissions, please email: journals.permissions@oup.com

Age and Ageing 2024; 53: afae250
<https://doi.org/10.1093/ageing/afae250>
© The Author(s) 2024. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. For commercial re-use, please contact journals.permissions@oup.com

GUIDELINE

The Italian guideline on diagnosis and treatment of dementia and mild cognitive impairment

ELISA FABRIZI^{1,‡}, ANTONIO ANCIDONI^{1,‡}, NICOLETTA LOCURATOLO¹, PAOLA PISCOPO², FRANCESCO DELLA GATTA³, SIMONE SALEMME^{4,5}, SARA MARIA PANI⁶, DOMITILLA MARCONI⁷, LUCA VIGNATELLI⁸, LUCIANO SAGLIOCCA⁹, PAOLO CAFFARRA^{10,11}, PIERO SECRETO^{11,12}, ANTONIO GUAITA^{11,13}, ANDREA STRACCIARI^{11,14}, NICOLA VANACORE^{1,11}, ELEONORA LACORTE¹, The Guideline Working Group[§]

¹National Center for Disease Prevention and Health Promotion, Italian National Institute of Health, Rome, Italy

²Department of Neuroscience, Italian National Institute of Health, Rome, Italy

³Department of Neuroscience, Mental Health and Sense Organs (NESMOS), Faculty of Medicine and Psychology, Sapienza University of Rome, Rome, Italy

⁴Department of Biomedical, Metabolic and Neural Sciences, University of Modena and Reggio Emilia, Modena, Italy

⁵International School of Advanced Studies, University of Camerino, Camerino, Italy

⁶Department of Medical Sciences and Public Health, University of Cagliari, Monserrato, Cagliari, Italy

⁷Post Graduate School of Public Health, University of Siena, Siena, Italy

⁸IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna, Bologna, Italy

⁹Local Health Unit Salerno, Salerno, Italy

¹⁰Dementia Unit A.O.U. (Parma), Parma, Italy

¹¹National Committee for Dementia of the Italian Ministry of Health, Rome, Italy

¹²Alzheimer Unit, Fatebenefratelli Hospital, San Maurizio Canavese, Italy

¹³Golgi Cenci Foundation, Abbiategrosso, Milan, Italy

¹⁴Cognitive Disorder Center, Neurology Unit, S.Orsola-Malpighi University Hospital, Bologna, Italy

EDITORIAL

Closing the evidence-practice gap in dementia: two new national guidelines

Keywords: older people; dementia; clinical guidelines; mild cognitive impairment

Key Points

- Editorial to accompany [The Italian guideline on diagnosis and treatment of dementia and mild cognitive impairment](#) and [Guideline summary: assessment, diagnosis, care and support for people with dementia and their carers](#).
- Developing national clinical guidelines for dementia.
- Grade methodology and sharing of resources.
- Living Evidence Guidelines.

large body of work could be delivered was likely contingent on the availability of synthesised evidence from the NICE guidelines relevant to recommendations that were to be adopted or adapted. While such a process creates time and resources for addressing de novo questions, it also capitalises on opportunities for consistency between different national dementia guidelines, while enabling contextualisation of recommendations for populations and health systems in different countries. This approach of ‘adoption’ [5] within the framework of the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (GRADE) has been operationalised in the last few years to streamline guideline development, reduce duplication and establish

TRIAL CLINICO RANDOMIZZATO SULL'USO DEL SOFTWARE "INFORMA" IN PAZIENTI CON MCI E DEMENZA LIEVE

Centro di Coordinamento: Regione Veneto

Responsabile Principale della Ricerca – PI : Dr. Carlo Gabelli, Centro Ricerca Invecchiamento Cerebrale, Azienda Ospedaliera- Universitaria di Padova

Co-PI : Dr. Nicola Vanacore – Osservatorio Demenze dell'ISS

21 CDCD di 15 regioni (450 pazienti)



brainer™

PROFESSIONAL BRAIN TRAINER

REGISTRATO PRESSO IL MINISTERO DELLA SALUTE

È un dispositivo medico.

A differenza di altri prodotti simili, Brainer ha intrapreso il percorso clinico, decidendo di attestare la reale efficacia dello strumento attraverso diverse sperimentazioni scientifiche condotte in centri di eccellenza. Dall'ottobre 2012 il software Brainer Professional è certificato Dispositivo Medico di classe I, con relativo marchio CE.

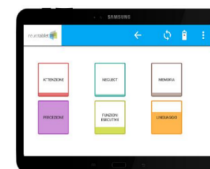


VALUTAZIONE



Attenzione
Funzioni esecutive
Percezione
Memoria
Linguaggio
Abilità visuospatiali

RIABILITAZIONE



ERICA:

Esercizi di Riabilitazione Cognitiva

Lo strumento di riabilitazione neuropsicologica su misura per te e per i tuoi pazienti

ERICA è una serie di **35 esercizi** sviluppati in **formato digitale per la riabilitazione neuropsicologica di 5 aree cognitive** specifiche: attenzione, cognizione spaziale, memoria, funzioni esecutive verbali e non verbali.

Grazie alla sua **versatilità e flessibilità**, ERICA permette il trattamento di diverse tipologie di **deficit neuropsicologico**. Potrai costruire **piani riabilitativi personalizzati**, monitorare con costanza i risultati ottenuti e avere un controllo centralizzato e sicuro di tutti i dati dei tuoi pazienti.

RehaCom – Cognitive Therapy

<https://hasomed.de/en/products/rehacom/>

Screening

There is a number of screening modules available for use, and these are improving and expanding on each release. Each screening module lasts around 15mins, so you may not want to test all of them in one go. We generally recommend beginning with Alertness screening as it points towards any attention deficits, which are the cornerstone of cognitive function. The screening module begins with an example and a practice session to make sure the client understands the task. Once this is complete the screening will begin. After screening the results page will show you where the client's performance sits against aged matched norms. This gives a helpful indication as to the severity of the deficit and advises on the particular training module to be used. You can link directly to the training module from the results screen.

Training

There are about 30 training modules available in English, and this number is steadily growing. Once the therapist knows which module to select they can double click on the icon and select a number of variables from the Parameters screen. Including:

- * Duration of session
- * Starting Level of the session
- * How sensitive the adaptivity should be

There are additional module specific variables available including:

- * time limit to solving tasks
- * audio feedback
- * stimuli choices and more

Once the therapist is satisfied the client can begin training (with or without setup instructions from the RehaCom system). As the training goes on, the task will become easier or harder depending on the client's performance. This means that it can remain challenging without becoming frustrating. Training can always be paused or instructions repeated if necessary.

Results

Once the training is complete the therapist can review the session from the Results screen. There is a wealth of data included that becomes more rich as the software is used more frequently. The data can be presented in a variety of ways including charts, graphs and comparisons. The most commonly read results are:

- * Level progression
- * No. of mistakes made
- * Time taken for each task

By analysing the data thoroughly the therapist is able to identify particular weaknesses e.g. noticing auditory stimuli, and address this further in the training.

Training in mother tongue The software has about 30 modules and is also available in 27 other native languages, so patients can work in their mother tongue. The software is auto-adaptive so the difficulty level will rise and fall depending on the performance of the patient. After a period of therapy inside a facility, the patient can also be supervised at home, over the internet, by using RehaCom's remote supervised training option.

Modules >

Screenings >

In addition to clinical therapy with RehaCom, patients can also be treated at home. The RehaCom home training is designed for this purpose and can be controlled and monitored by the therapist.

Home Training >

Software che si installa su PC. Anche possibile training da remoto controllato da terapeuta.

2023
OXFORD
UNIVERSITY PRESS

Archives of Clinical Neuropsychology 38 (2023) 224–235

Archives
of
CLINICAL
NEUROPSYCHOLOGY

Evaluation of the Efficacy and Feasibility of a Telerehabilitation Program Using Language and Cognitive Exercises in Multi-Domain Amnesic Mild Cognitive Impairment

Anastasia Nousia^{1,*}, Evangelia Pappa¹, Vasileios Siokas², Ioannis Liampas³, Zisis Tsouris², Lambros Messinis⁴, Panayiotis Patrikelis⁴, Christina Manouilidou⁵, Efthimios Dardiotis², Grigorios Nasios¹

Applied Neuropsychology, 2019

Beneficial effect of computer-based multidomain cognitive training in patients with mild cognitive impairment

Anastasia Nousia, Maria Martzoukou, Vasileios Siokas, Eleni Aretouli, Athina-Maria Aloizou, Vasiliki Folia, Eleni Peristeri, Lambros Messinis, Grigorios Nasios & Efthimios Dardiotis

Evaluation of the Efficacy and Feasibility of a Telerehabilitation Program Using Language and Cognitive Exercises in Multi-Domain Amnesic Mild Cognitive Impairment

Anastasia Nousia^{1,*}, Evangelia Pappa¹, Vasileios Siokas², Ioannis Liampas³, Zisis Tsouris², Lambros Messinis⁴, Panayiotis Patrikelis⁴, Christina Manouilidou⁵, Efthimios Dardiotis², Grigorios Nasios¹

¹Department of Speech and Language Therapy, University of Ioannina, Ioannina, Greece

²Department of Neurology, Laboratory of Neurogenetics, University of Thessaly, Larissa, Greece

³Department of Neurology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University Hospital of Larissa, Larissa, Greece

⁴Department of Psychology, Lab of Cognitive Neuroscience, School of Psychology, Aristotle University of Thessaloniki, Greece

⁵Department of Comparative and General Linguistics, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

*Corresponding author at: Department of Speech and Language Therapy, Athens Road University of Ioannina, P.C. GR455 00, Ioannina, Greece. Tel.: +30-6939073033. E-mail address: sialogo@gmail.com/vanousia@gmail.com (A. Nousia).

Accepted 2 September 2022

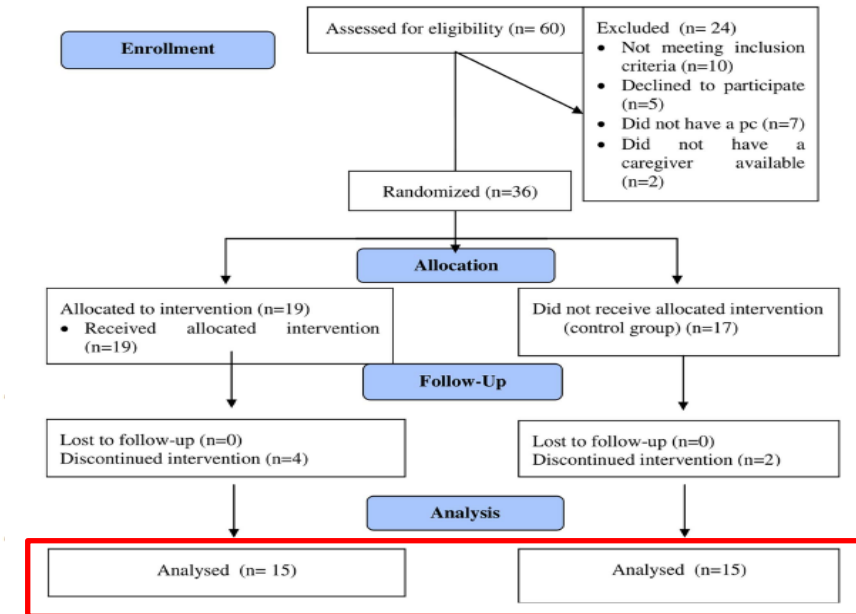


Fig. 1. Participants flow diagram.

Table 5. Adjusted treatment differences

	Treatment difference	p-Value
Recall, mean (95% CI)	0.06 (−1.43, 1.31)	.926
Word recognition, mean (95% CI)	0.17 (−0.52, 0.86)	.620
Delayed memory, mean (95% CI)	1.52 (0.99, 2.05)	<.001
DSF, mean (95% CI)	0.53 (−0.31, 1.38)	.206
DSB, mean (95% CI)	0.68 (0.33, 1.04)	.001
BNT, mean (95% CI)	1.30 (0.76, 1.83)	<.001
SF, mean (95% CI)	6.51 (2.29, 10.72)	.004
TMT-A, mean (95% CI)	−18.95 (40.87, 2.96)	.087
TMT-B, mean (95% CI)	5.99 (−9.18, 21.16)	.425
CDT, mean (95% CI)	0.60 (0.28, 0.92)	.001
MoCA (95% CI)	2.04 (1.14, 2.95)	<.001

Abbreviations: CI, confidence interval; DSF, Digit Span Forward; DSB, Digit Span Backward; BNT, Boston Naming Test; SF, Semantic Fluency; TMT-A, Trail Making Test A; TMT-B, Trail Making Test B; CDT, Clock Drawing Test; MoCA, Montreal Cognitive Assessment; treatment differences should be interpreted using the control group was used as the reference.

<https://ememorycare.it/la-piattaforma/>

PROTEGGIAMO I RICORDI E STIMOLIAMO EMOZIONI

e-MemoryCare è una nuova metodica **non farmacologica** che si pone l'obiettivo di contrastare in modo efficace il deterioramento delle facoltà cognitive e salvare così il benessere psico-fisico dell'anziano. È un'iniziativa innovativa (e unica nel suo genere) che si sviluppa interamente on line, sfruttando le nuove tecnologie informatiche.

L'obiettivo della terapia è quello di prevenire le ospedalizzazioni e i ricoveri in strutture protette, mantenere una buona qualità di vita del paziente e al tempo stesso assicurare risparmi all'intero sistema sanitario nazionale.

Attraverso un'**apposita piattaforma digitale**, e-MemoryCare permette di fare riabilitazione e stimolazione per preservare così l'indice di riserva cognitiva. Sono tutti interventi non farmacologici e i vari esercizi previsti dalla metodica attivano una stimolazione che interviene non solo sulla sfera conoscitiva, ma anche su quella affettiva, sociale, comportamentale e relazionale della persona. Il trattamento è indirizzato non solo ai malati ma offre anche un valido aiuto ai caregiver familiari.



DURATA DELLA SESSIONE DI STIMOLAZIONE

Ogni persona ha un proprio tempo limite di attenzione, ed è importante che le sessioni di stimolazione non superi quel limite. Una regola generale stabilisce in **25/30 minuti** sia il tempo massimo di attenzione effettiva giornaliera. Ad ogni modo il Sanitario sarà sempre pronto a capire quando l'utente inizia ad avere sintomi di stanchezza o perdita di attenzione.

Questa terapia non farmacologica prevede la somministrazione di **2 volte a settimana**. Al fine di ottenere maggiori risultati, è importante abituarsi ad eseguire le **attività regolarmente**.



INTERFACCIA PER IL CAREGIVER FAMILIARE

Un'interfaccia per il caregiver familiare che potrà accedere al fine di vedere come il proprio caro abbia risposto e reagito ad **ogni sessione** e per ogni singola prova effettuata, inoltre potrà vedere l'**andamento del grafico** che verrà costruito automaticamente dal software dopo ogni sessione di stimolazione.



INTERFACCIA PER IL SANITARIO

Un'interfaccia per il sanitario (medico, psicologo, neuropsicologo, neurologo) che potrà **fare l'anamnesi del paziente**, l'inquadramento diagnostico al fine di rilevare lo stato cognitivo del paziente, e somministrare la metodica.

Iniziata fase di sperimentazione a dicembre 2023

Declino cognitivo, al via "allenamenti" digitali per proteggere i ricordi

di Irma D'Aria

Il progetto e-MemoryCare coinvolge per ora 10.000 persone che riceveranno gratuitamente il trattamento. È patrocinato da Senior Italia FederAnziani, ASI e Vitattiva

03 OTTOBRE 2023 AGGIORNATO ALLE 15:59

3 MINUTI DI LETTURA



▲ Via Pixabay

Vieni a trovarci presso i Centri clinici e diagnostici della Rete **Artemisia Lab a Roma**.



Prenota uno screening gratuito chiamando il numero +39 320 2321585

Per maggiori informazioni consulta il sito www.ememorycare.it
Up Media & Health
Via Sant' Alessandro 5a/1, 24
20127 Milano

ARTEMISIA LAB
RETE DI CENTRI CLINICI DIAGNOSTICI

Proteggiamo i ricordi e stimoliamo emozioni

L'innovazione digitale che contrasta il declino cognitivo dei tuoi cari.

Patrocinato da **ASI**, **SENIOR ITALIA** FEDERANZIANI, **VITATTIVA**

Sostenuto e promosso da **Sin**, **UPJ**, **EMMG**, **Suma**, **INOP**

Promosso da **upj media & health**

e-MemoryCare

Dove sarà attivo il progetto

Il progetto parte a Milano nelle strutture sanitarie del Centro Medico Santagostino. Contemporaneamente prende via anche a Roma e provincia nei 23 Centri Diagnostici del gruppo Artemisia Lab. In totale saranno coinvolti 10.000 pazienti, divisi equamente nelle due principali città italiane, che potranno così accedere gratuitamente al nuovo trattamento. Presto la metodica sarà estesa ad altre città della Penisola mentre è già attivo il portale ememorycare.it. Sono distribuiti degli opuscoli informativi ed è prevista un'attività di promozione sui principali social media.



MENU | CERCA | NOTIFICHE

la Repubblica

ABBONATI

GEDI SMILE

R

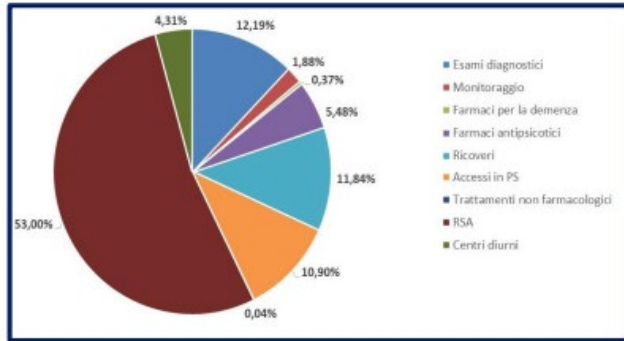
ACCEDI

Frontiere

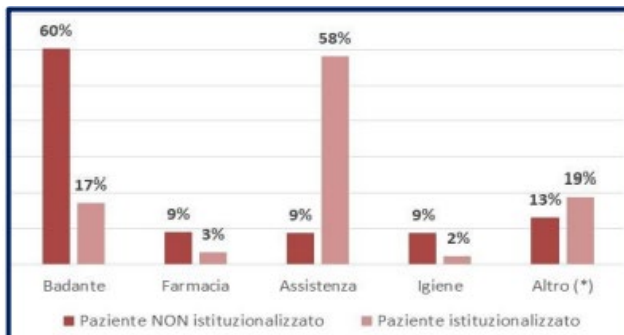
IL CANALE DELLA NUOVA MEDICINA

In collaborazione con
Intermedia

Il costo della demenza in Italia



Parametri	Pazienti che vivono a casa		Pazienti istituzionalizzati	
Caregiver occupati (%)	84%		16%	
	Con badante	Senza badante	Con badante	Senza badante
	48,80%	51,20%	21,40%	78,60%
Ore/die di assistenza (mediana)	4,0	7,0	2,9	2,0

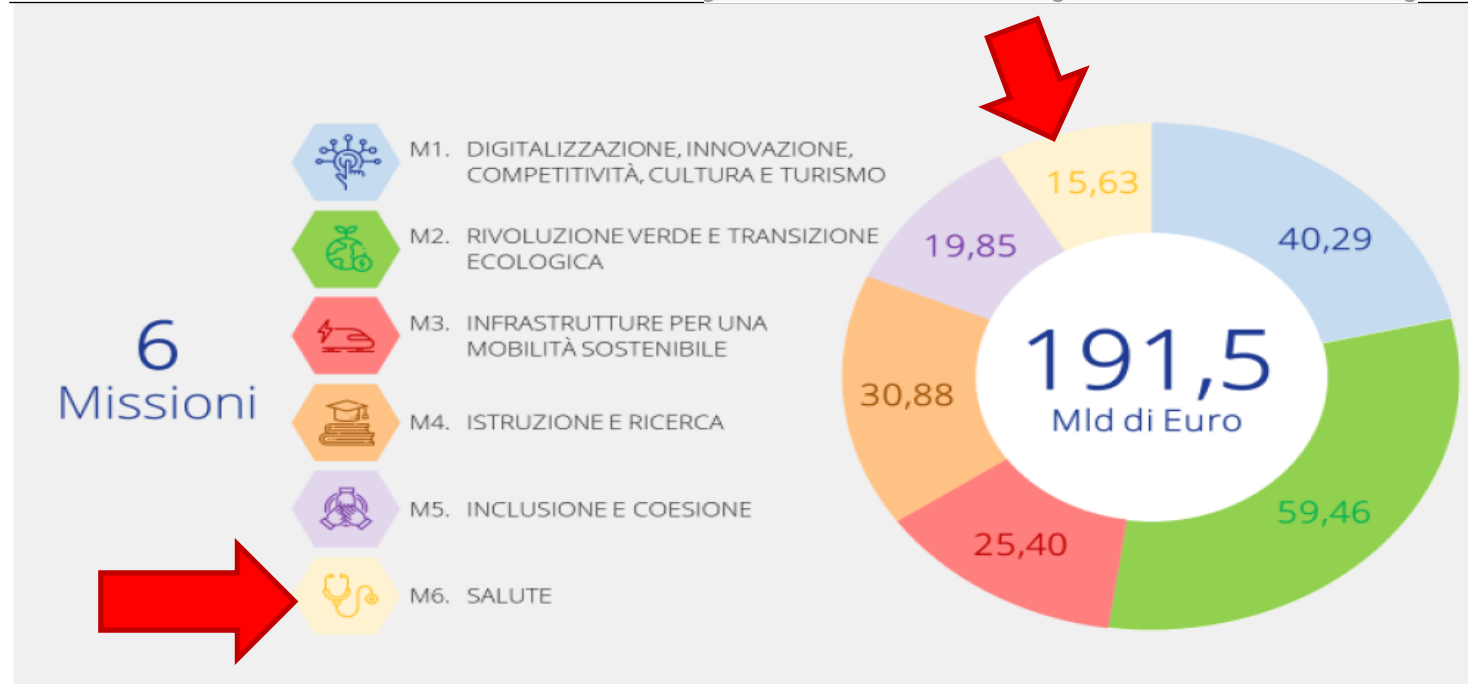


Voce di spesa	Spesa media annua
Spesa a carico del SSN	€ 3.762.156.734
Esami diagnostici	€ 458.478.234
Monitoraggio	€ 70.692.450
Farmaci per la demenza	€ 13.934.999
Farmaci antipsicotici	€ 206.204.348
Ricoveri	€ 445.387.511
Accessi in PS	€ 410.251.354
Trattamenti non farmacologici	€ 1.465.247
RSA	€ 1.993.772.812
Centri diurni	€ 161.969.779
Costi indiretti	€ 4.930.797.637
Perdita di produttività del caregiver - pazienti NON istituzionalizzati	€ 4.794.222.870
Perdita di produttività del caregiver - pazienti istituzionalizzati	€ 136.574.768
Spesa assistenziale	€ 54.475.200
Spesa out-of-pocket	€ 14.811.282.468
Badante	€ 7.847.145.228
Farmacia	€ 1.192.617.251
Assistenza	€ 2.560.747.878
Igiene	€ 1.119.707.054
Altro	€ 2.091.065.058
Spesa totale	€ 23.558.712.039





Figura 1.10: allocazione delle risorse RRF a Missioni



RIABILITAZIONE
TERRITORIALE

SERVIZI DI
ASSISTENZA
PRIMARIA

OSPEDALI DI
COMUNITA'

CONSULTORI
FAMILIARI

FASCICOLO
ELETTRONICO

PNRR
MISSIONE 6 - SALUTE

4 NUOVI FLUSSI PER NSIS


Ministero della Salute

Sub-investimento 1.3.2 – Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute, analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria: 292.550.000 euro da destinare al:

(i) rafforzamento infrastrutturale degli strumenti tecnologici e di Data Analysis del Ministero della Salute, al fine di migliorare i sistemi per la raccolta dei dati secondo l'approccio One Health, inclusi i flussi di dati Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), i dati del Fascicolo di sanità Elettronico nazionali e altri flussi di dati nazionali definiti secondo leggi e regolamenti specifici.

Codice Investimento	Denominazione Sintetica Investimento	2022		2024	
		Q1	Q2	Q1	Q2
M6C2 1.3.2.1	Rafforzamento infrastrutturale degli strumenti tecnologici e di Data Analysis del Ministero della Salute	MLS (ITA) - Pubblicazione procedura ad evidenza pubblica, ove possibile, o Accordi Quadro per rafforzamento infrastruttura tecnologica MdS e costruzione modello predittivo		T (ITA) - Dataset ad alto valore statistico e set up di OpenData	

Sub-investimento 1.3.1 – Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE): vengono riservati **1.379.989.999,93**, di cui **569.600.000** per progetti già in essere, allo scopo di estendere e uniformare a livello nazionale i contenuti dei documenti digitali sanitari, le funzioni e l'esperienza utente, l'alimentazione e consultazione da parte dei professionisti della Sanità. Si prevede il raggiungimento dei seguenti M&T, come da tabella sottostante:

Denominazione Sintetica Investimento	2022	2022	2024	2024	2025	2026
	Q1	Q2	Q2	Q4	Q4	Q2
Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – FSE	MLS (ITA) - Pubblicazione procedura a evidenza pubblica, ove possibile, o Accordi Quadro per la realizzazione del repository centrale - FSE	MLS (ITA) - Pubblicazione procedura ad evidenza pubblica, ove applicabile, o Accordi Quadro per il supporto organizzativo, manageriale, strategico e la formazione a livello regionale e locale	MLS (ITA) - Realizzazione e implementazione del Repository centrale interoperabile	MLS (ITA) - Cutoff per digitalizzazione nativa di tutti i documenti su FSE	T (EU) - Almeno l'85% dei Medici di medicina generale (MMG) alimentano il Fascicolo sanitario elettronico	MLS (EU) - Completamento del sistema di Tessera sanitaria elettronica e dell'infrastruttura per l'interoperabilità del FSE T (EU) - Tutte le Regioni hanno adottato e utilizzano FSE

SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 163° - Numero 144

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Mercoledì, 22 giugno 2022

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

La Gazzetta Ufficiale, Parte Prima, oltre alla Serie Generale, pubblica cinque Serie speciali, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:

1ª Serie speciale: Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)

2ª Serie speciale: Unione europea (pubblicata il lunedì e il giovedì)

3ª Serie speciale: Regioni (pubblicata il sabato)

4ª Serie speciale: Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)

5ª Serie speciale: Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)

La Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda, "Foglio delle inserzioni", è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77.

Regolamento recante la definizione di modelli e standard
per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sani-
tario nazionale.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

Allegato 1

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

SOMMARIO

1. PREMESSA.....
2. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN
3. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI
TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA
PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO.....
4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI
5. CASA DELLA COMUNITÀ.....
6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ.....
7. UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE.....
9. CENTRALE OPERATIVA 116117.....
10. ASSISTENZA DOMICILIARE.....
11. OSPEDALE DI COMUNITÀ.....
12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE
13. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE ..
14. PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO
15. TELEMEDICINA
16. SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITA'

FONDO ALZHEIMER E DEMENZE 2024-2026

34.9 milioni di euro

**NORMATIVE DEL 2020 E DEL 2022 (PNRR)
SU SERVIZI DI TELEMEDICINA**

1 miliardo di euro

**FONDO NAZIONALE PER LA NON
AUTOSUFFICIENZA
(2024)**

913,6 milioni di euro

LEGGE SUI CAREGIVER (2023)

25,8 milioni di euro

**DECRETO PER LE PERSONE ANZIANE NON
AUTOSUFFICIENTI
(2025)**

250 milioni di euro

**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
(entro il 2026)**

250 milioni di euro



GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Martedì, 14 maggio 2024

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

La Gazzetta Ufficiale, Parte Prima, oltre alla Serie Generale, pubblica cinque Serie speciali, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:

1ª Serie speciale: Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)

2ª Serie speciale: Unione europea (pubblicata il lunedì e il giovedì)

3ª Serie speciale: Regioni (pubblicata il sabato)

4ª Serie speciale: Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)

5ª Serie speciale: Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)

La Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda, "Foglio delle inserzioni", è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato

14-5-2024

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 111

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

DECRETO LEGISLATIVO 3 maggio 2024, n. 62.

Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

Vista la legge 15 ottobre 1990, n. 295, recante «Modifiche ed integrazioni all'articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti»;

Art. 2.

Definizioni

1. Ai fini del presente decreto, si applicano le seguenti definizioni:

a) «condizione di disabilità»: una duratura compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri;

b) «persona con disabilità»: persona definita dall'articolo 3, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, come modificato dal presente decreto;

c) «ICF»: Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - *International Classification of Functioning Disability and Health* (ICF), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità conformemente agli articoli 21, lettera b), e 22 del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, stipulato a New York il 22 luglio 1946, reso esecutivo con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068;

d) «ICD»: Classificazione internazionale delle malattie - *International Classification of Diseases* (ICD), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità conformemente agli articoli 21, lettera b), e 22 del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, stipulato a New York il 22 luglio 1946, reso esecutivo con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068;

e) «duratura compromissione»: compromissione derivante da qualsiasi perdita, limitazione o anomalia a carico di strutture o di funzioni corporee, come classificate dalla ICF, che persiste nel tempo o per la quale è possibile una regressione o attenuazione solo nel lungo periodo;

f) «profilo di funzionamento»: descrizione dello stato di salute di una persona attraverso la codificazione delle funzioni e strutture corporee, delle attività e della partecipazione secondo la ICF tenendo conto della ICD, quale variabile evolutiva correlata all'età, alla condizione di salute, ai fattori personali e ai determinanti di contesto, che può comprendere anche il profilo di funzionamento ai fini scolastici;

Proposal for revised clinical criteria for Alzheimer's disease diagnosis presented at AAIC

- AD is defined by its biology, and is first evident when people are asymptomatic, but have amyloid plaques and tau tangles in the brain, and
- Clinical symptoms, such as memory problems, are not necessary to diagnose AD, which can be diagnosed using disease-specific biomarkers.



Proposal for revised clinical criteria for Alzheimer's disease diagnosis presented at AAIC



28 Nov 2023



New Alzheimer's Diagnostic Criteria Remain 'Research Only'

The latest effort to rewrite the diagnostic criteria for Alzheimer's disease has stirred more than a little controversy. While the proposed revisions have garnered praise from researchers for more accurately reflecting the underlying biology of the disease, they also have sparked criticism for advancing toward clinical use what were previously research criteria. In particular, the American Geriatrics Society called the move to the clinic premature, noting that many uncertainties remain about how well biomarkers predict symptom onset. The AGS also questioned the extent of the National Institute on Aging's involvement in the working group. The NIA has now removed its name from the criteria, though its representatives continue to advise the group.

RESEARCH ARTICLE

Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup

Clifford R. Jack Jr.¹ | J. Scott Andrews² | Thomas G. Beach³ | Teresa Buracchio⁴ | Billy Dunn⁵ | Ana Graf⁶ | Oskar Hansson^{7,8} | Carole Ho⁹ | William Jagust¹⁰ | Eric McDade¹¹ | Jose Luis Molinuevo¹² | Ozioma C. Okonkwo¹³ | Luca Pani¹⁴ | Michael S. Rafii¹⁵ | Philip Scheltens¹⁶ | Eric Siemers¹⁷ | Heather M. Snyder¹⁸ | Reisa Sperling¹⁹ | Charlotte E. Teunissen²⁰ | Maria C. Carrillo¹⁸

The present document is consistent with this principle. Our intent is to present objective criteria for diagnosis and staging AD, incorporating recent advances in biomarkers, to serve as a bridge between research and clinical care. These criteria are not intended to provide step-by-step clinical practice guidelines for clinical workflow or specific treatment protocols, but rather serve as general principles to inform diagnosis and staging of AD that reflect current science.

Leqembi

lecanemab

On 14 November 2024, the Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), following a re-examination procedure, adopted a positive opinion, recommending the granting of a marketing authorisation for the medicinal product Leqembi, intended for the treatment of early Alzheimer's disease in apolipoprotein E ϵ 4 (ApoE ϵ 4) non-carriers or heterozygotes. The applicant for this medicinal product is Eisai GmbH.

Leqembi will be available as a 100 mg/ml concentrate for solution for infusion. The active substance of Leqembi is lecanemab, a monoclonal antibody (ATC code: N06DX04) that binds to aggregated soluble and insoluble forms of amyloid beta and, by doing so, reduces beta plaques.

The benefit of Leqembi is a reduced progression of the cognitive and functional deficits associated with Alzheimer's disease. The most common side effects are amyloid-related imaging abnormalities.

The full indication is:

Leqembi is indicated for the treatment of adult patients with a clinical diagnosis of mild cognitive impairment and mild dementia due to Alzheimer's disease (Early Alzheimer's disease) who are apolipoprotein E ϵ 4 (ApoE ϵ 4) non-carriers or heterozygotes with confirmed amyloid pathology (see section 4.4).

IRCCS San Raffaele



Gemelli
Fondazione Policlinica Universitaria Agostino Gemelli IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore



PROGETTO
INTERCEPTOR

17 Febbraio 2025

LO STUDIO INTERCEPTOR



Conversione dalla condizione di deterioramento cognitivo lieve a demenza: il contributo dei biomarcatori nell'identificare i pazienti candidati alla prescrizione di farmaci con possibile azione modificante la storia della malattia.

organizzato da

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute (CNaPPS) Reparto Promozione e Valutazione delle Politiche di Prevenzione delle Malattie Croniche

IRCCS SAN RAFFAELE

Dipartimento di Neuroscienze e di Neuroriabilitazione



Sede del Convegno

Aula Pocchiarri
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299 Roma

LUNEDÌ 17 Febbraio

8.15	Registrazione dei partecipanti
8.40	Saluto di benvenuto Rocco Bellantone, Presidente Istituto Superiore di Sanità
8.50	Intervento Ministro della Salute Ministro Orazio Schillaci
9.00	Intervento AIFA Presidente Robert Giovanni Nisticò
9.10	Il progetto INTERCEPTOR e le Associazioni dei Malati Patrizia Spadin
9.20	Saluti Società Scientifiche (SIN, SINDEM, SIMG, SIGG) Alessandro Padovani, Marco Bozzali, Alessandro Pirani, Dario Leosco
9.40	Presentazione Paolo Maria Rossini

11.10	Discussione
11.40	Coffee break

II Sessione

Contributo e problematiche dei singoli biomarcatori nel contesto dello studio INTERCEPTOR
Moderatori: Naïka Caraglia, Nicola Vanacore

12.10	FDG-PET Daniela Perani
12.30	RM volumetrica Alberto Redolfi
12.50	Discussione
13.20	Lunch
	Moderatori:

III Sessione

Prospettive future dopo lo studio INTERCEPTOR
Moderatori: Fabrizio Tagliavini, Stefano Cappa

15.50	Il processo di armonizzazione dei biomarcatori e le problematiche organizzative nella conduzione dello studio INTERCEPTOR Francesco Iodice, Naïka Caraglia, Maria Cotelli
16.20	Il gruppo Interparlamentare per le Neuroscienze Annarita Patriarca, Beatrice Lorenzin
16.40	Cosa ci ha insegnato il percorso di INTERCEPTOR e scenari futuri Paolo Maria Rossini, Camillo Marra
17.00	Discussione (interventi preordinati delle società)