



Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026  
(GU Serie Generale n.235 del 07-10-2024)



# **La formazione nelle RSA: strategie e obiettivi**

---

Introduzione

16 gennaio 2026

Nicola Vanacore

Istituto Superiore di Sanità



*Ministero della Salute*



## PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE

LE ATTIVITA' DELL'OSSERVATORIO  
DEMENTE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI  
SANITA'  
(anni 2024-2026)



## Fondo 2024-2026

### Linee strategiche Regioni e PA

- d) In applicazione del PND, le Regioni e le Province autonome, ai sensi dell'articolo 1, comma 331, della legge n. 178 del 2020, predispongono le seguenti linee di azione, mediante Piani triennali di attività, volti ad affrontare, tra l'altro, specifiche aree di criticità nella diagnosi e nella presa in carico delle persone con demenza, anche con soluzioni sperimentali e innovative o con l'ausilio di apparecchiature sanitarie:
- ✓ **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.

## Formazione online per professionisti delle CRA/RSA

L'Osservatorio Demenze in collaborazione con l'ASL di Modena e la Fondazione Golgi-Cenci, organizza **tre eventi formativi online** rivolti ai professionisti sanitari che lavorano nelle CRA/RSA. Ogni incontro sarà focalizzato su specifiche problematiche clinico-assistenziali nella presa in carico delle persone con demenza.



**16 gennaio, ore 15:00-16:30**

La formazione nelle RSA: strategie ed obiettivi



**23 gennaio, ore 15:00-16:30**

Le contenzioni e le cadute in RSA: dalla conoscenza alle indicazioni pratiche



**6 febbraio, ore 15:00-16:30**

La gestione dei disturbi comportamentali nelle RSA: quali possibili interventi

## Programma 16 gennaio:

- **Introduzione**  
*Nicola Vanacore*
- **Le survey delle RSA in Italia**  
*Elisa Fabrizi*
- **Dalle raccomandazioni della LG alle indicazioni pratiche**  
*Nicoletta Locuratolo*
- **Come organizzare e valutare la formazione nelle RSA**  
*Francesco Della Gatta*
- **Discussione**

**Se avete domande durante il webinar potete utilizzare il link indicato nella chat:**

[DOMANDE 1° webinar: La formazione nelle RSA: strategie e obiettivi](#)

**Il link è raggiungibile anche attraverso questo QR code:**





Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026  
(GU Serie Generale n.235 del 07-10-2024)



# Le survey delle RSA in Italia

---

La formazione nelle RSA: strategie e obiettivi

16 gennaio 2026

Elisa Fabrizi

Istituto Superiore di Sanità

# Perché le survey nelle RSA?



Non semplici questionari o raccolta dati fine a se stessa



Comprendere meglio la realtà in cui si lavora ogni giorno



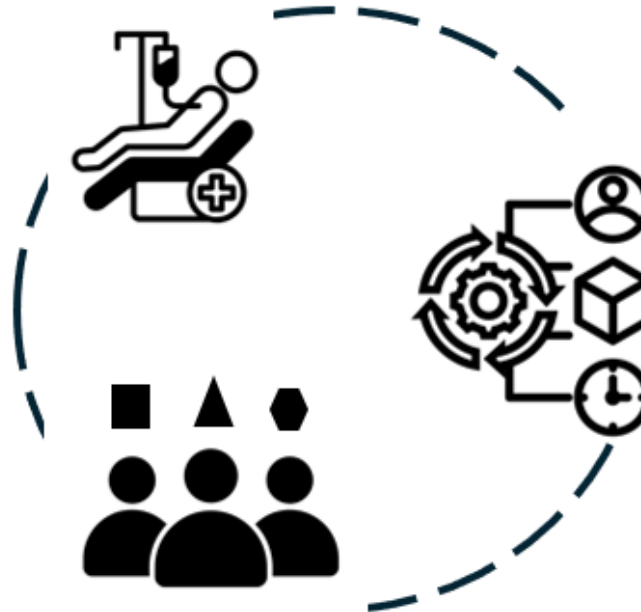
Trasformare percezioni e vissuti in informazioni condivise, leggibili e utilizzabili



# La complessità delle RSA e il bisogno di dati strutturati

## Complessità delle persone assistite

- *Fragilità*
- *Bisogni assistenziali e relazionali intrecciati*



## Complessità dei team

- *Professionisti con formazioni diverse*
- *Confini di ruolo sfumati*

## Complessità organizzativa

- *Modelli organizzativi diversi*
- *RSA diverse tra loro per dimensioni, risorse, territorio*

*Più aumenta la complessità, più abbiamo bisogno di strumenti che la rendano leggibile*



# Cosa permette di fare una survey



## Fotografare

- Professionisti
- Diagnosi
- Strumenti organizzativi



## Confrontare

- Strutture
- Territori
- Profili professionali



## Rende visibile l'invisibile

- Gap
- Incoerenze
- Sovraccarichi

# Survey RSA Osservatorio Demenze (2019) - Personale

n. RSA: 1759

Tabella 5.84 Personale della struttura

Numero di RSA con almeno una delle seguenti figure professionali	Italia		Nord		Centro		Sud-Isole	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Neurologo	17	1,5%	58	7,5%	27	10,9%	25	29,4%
Geriatra	123	11,1%	243	31,3%	52	21,0%	42	49,4%
Psichiatra	8	0,7%	48	6,2%	7	2,8%	11	12,9%
Psicologo	239	21,6%	384	49,5%	104	41,9%	58	68,2%
Neuropsicologo	3	0,3%	9	1,2%	2	0,8%	1	1,2%
Assistente sociale	316	28,5%	211	27,2%	101	40,7%	69	81,2%
Infermiere	874	78,8%	693	89,3%	222	89,5%	75	88,2%
Fisioterapista	708	63,8%	688	88,7%	210	84,7%	73	85,9%
Logopedista	95	8,6%	155	20,0%	22	8,9%	2	2,4%
Terapista occupazionale	129	11,6%	79	10,2%	63	25,4%	21	24,7%
Amministrativo	299	27,0%	199	25,6%	77	31,0%	38	44,7%
Nutrizionista	35	3,2%	44	5,7%	56	22,6%	18	21,2%
Educatore	481	43,4%	426	54,9%	102	41,1%	53	62,4%
Animatore di comunità	280	25,2%	246	31,7%	85	34,3%	16	18,8%
Operatore socio-sanitario	853	76,9%	652	84,0%	212	85,5%	72	84,7%
Tecnico di riabilitazione psichiatrica	23	2,1%	18	2,3%	8	3,2%	4	4,7%
Personale addetto ai servizi (pulizia e mensa)	427	38,5%	348	44,8%	108	43,5%	48	56,5%
Interprete linguistico	1	0,1%	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%
Risposte mancanti	87		59		18		10	
<b>Totale rispondenti</b>	<b>1.022</b>		<b>717</b>		<b>230</b>		<b>75</b>	



<https://www.demenze.it/>

# Survey RSA Osservatorio Demenze (2019) - Formazione

n. RSA: 1759

Tabella 5.103 Ore di formazione nel 2019

	Italia		Nord		Centro		Sud-Isole	
	Media	Min-Max	Media	Min-Max	Media	Min-Max	Media	Min-Max
Ore di formazione effettuate nel 2019 in totale	515	0-9.308	608	0-9.308	276	0-2.400	363	0-4.000
<b>Totale rispondenti</b>	<b>1.109</b>		<b>776</b>		<b>248</b>		<b>85</b>	

Tabella 5.104 Ore di formazione per figura professionale

	Italia		Nord		Centro		Sud-Isole	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Neurologo	27	2,4%	9	1,2%	10	4,0%	8	9,4%
Geriatra	185	16,7%	133	17,1%	29	11,7%	23	27,1%
Psichiatra	21	1,9%	9	1,2%	6	2,4%	6	7,1%
Psicologo	294	26,5%	208	26,8%	54	21,8%	32	37,6%
Neuropsicologo	10	0,9%	8	1,0%	1	0,4%	1	1,2%
Assistente sociale	285	25,7%	167	21,5%	67	27,0%	51	60,0%
Infermiere	931	83,9%	663	85,4%	202	81,5%	66	77,6%
Fisioterapista	773	69,7%	574	74,0%	143	57,7%	56	65,9%
Logopedista	116	10,5%	101	13,0%	14	5,6%	1	1,2%
Terapista occupazionale	133	12,0%	64	8,2%	53	21,4%	16	18,8%
Amministrativo	237	21,4%	171	22,0%	46	18,5%	20	23,5%
Nutrizionista	34	3,1%	13	1,7%	18	7,3%	3	3,5%
Educatore	485	43,7%	367	47,3%	77	31,0%	41	48,2%
Animatore di comunità	264	23,8%	195	25,1%	58	23,4%	11	12,9%
Operatore socio-sanitario	909	82,0%	654	84,3%	192	77,4%	63	74,1%
Tecnico riabilitazione psichiatrica	11	1,0%	4	0,5%	3	1,2%	4	4,7%
Personale addetto ai servizi (pulizia e mensa)	406	36,6%	288	37,1%	86	34,7%	32	37,6%
<b>Totale rispondenti</b>	<b>1.109</b>	<b>100,0%</b>	<b>776</b>	<b>100,0%</b>	<b>248</b>	<b>100,0%</b>	<b>85</b>	<b>100,0%</b>



<https://www.demenze.it/>

# Survey RSA Osservatorio Demenze (2019) - Coordinatore

n. RSA: 1759

Tabella 5.86 Organizzazione della RSA. Figura del coordinatore generale dei servizi socio-sanitari

	Italia		Nord		Centro		Sud-Isole	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Nella struttura è presente la figura di coordinatore generale dei servizi socio-sanitari?</i>								
Si	934	84,2%	672	86,6%	197	79,4%	65	76,5%
No	161	14,5%	95	12,2%	48	19,4%	18	21,2%
ND	14	1,3%	9	1,2%	3	1,2%	2	2,3%
<b>Totale rispondenti</b>	<b>1.109</b>	<b>100,0%</b>	<b>776</b>	<b>100,0%</b>	<b>248</b>	<b>100,0%</b>	<b>85</b>	<b>100,0%</b>
<i>A quale figura professionale è affidato tale incarico?</i>								
Medico	129	13,8%	77	11,5%	24	12,2%	28	43,1%
Medico + Infermiere	33	3,5%	24	3,6%	5	2,5%	4	6,2%
Psicologo	38	4,1%	31	4,6%	4	2,0%	3	4,6%
Educatore	29	3,1%	20	3,0%	8	4,1%	1	1,5%
Assistente sociale	39	4,2%	22	3,3%	14	7,1%	3	4,6%
Infermiere	451	48,3%	323	48,1%	111	56,3%	17	26,2%
OSS	57	6,1%	45	6,7%	11	5,6%	1	1,4%
Più di una figura	81	8,7%	62	9,2%	15	7,6%	4	6,2%
Altro	74	7,9%	65	9,7%	5	2,5%	4	6,2%
ND	3	0,3%	3	0,4%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Totale rispondenti</b>	<b>934</b>	<b>84,2%</b>	<b>672</b>	<b>86,6%</b>	<b>197</b>	<b>79,4%</b>	<b>65</b>	<b>76,5%</b>

Tabella 5.87 Organizzazione della RSA. Figura del coordinatore per l'organizzazione lavorativa delle figure professionali

	Italia		Nord		Centro		Sud-Isole	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Nella struttura è presente la figura di coordinatore per l'organizzazione lavorativa delle varie figure professionali?</i>								
Si	961	86,7%	669	86,2%	222	89,5%	70	82,4%
No	134	12,1%	98	12,6%	23	9,3%	13	15,3%
ND	14	1,3%	9	1,2%	3	1,2%	2	2,4%
<b>Totale rispondenti</b>	<b>1.109</b>	<b>100,0%</b>	<b>776</b>	<b>100,0%</b>	<b>248</b>	<b>100,0%</b>	<b>85</b>	<b>100,0%</b>
<i>A quale figura professionale è affidato tale incarico?</i>								
Medico	34	3,5%	13	1,9%	9	4,1%	12	17,1%
Medico + Infermiere	36	3,8%	23	3,4%	7	3,2%	6	8,6%
Psicologo	36	3,8%	27	4,0%	6	2,7%	3	4,3%
Educatore	31	3,2%	22	3,3%	7	3,2%	2	2,9%
Assistente sociale	28	2,9%	14	2,1%	11	5,0%	3	4,3%
Infermiere	415	43,2%	283	42,3%	113	51,0%	19	27,1%
OSS	37	3,9%	30	4,5%	7	3,2%	0	0,0%
Amministrativo	33	3,4%	21	3,1%	5	2,3%	7	10,0%
Più di una figura	60	6,2%	44	6,7%	11	5,0%	5	7,1%
Altro	251	26,0%	192	28,7%	46	20,3%	13	18,6%
<b>Totale RSA in cui è presente la figura di coordinatore per l'organizzazione lavorativa delle varie figure professionali</b>	<b>961</b>	<b>86,7%</b>	<b>669</b>	<b>86,2%</b>	<b>222</b>	<b>89,5%</b>	<b>70</b>	<b>82,4%</b>

<https://www.demenze.it/>



# Survey RSA Osservatorio Demenze (2019) – Cadute e strumenti

n. RSA: 1759

Tabella 5.92 Tracciamento cadute

La struttura è dotata di un sistema per tracciare le cadute i loro esiti?	Italia		Nord		Centro		Sud-Isole	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	1.004	90,5%	717	92,4%	215	86,7%	72	84,7%
No	35	3,2%	14	1,8%	13	5,2%	8	9,4%
ND	70	6,3%	45	5,8%	20	8,1%	5	5,9%
<b>Totale rispondenti</b>	<b>1.109</b>	<b>100,0%</b>	<b>776</b>	<b>100,0%</b>	<b>248</b>	<b>100,0%</b>	<b>85</b>	<b>100,0%</b>

Tabella 5.93 Strumenti di valutazione multidimensionale

	Italia		Nord		Centro		Sud-Isole	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Nella RSA si usa uno specifico strumento di valutazione multidimensionale?</i>								
SI	919	82,9%	692	89,2%	157	63,3%	70	82,4%
No	145	13,1%	56	7,2%	78	31,5%	11	12,9%
ND	45	4,0%	28	3,6%	13	5,2%	4	4,7%
<b>Totale rispondenti</b>	<b>1.109</b>	<b>100,0%</b>	<b>776</b>	<b>100,0%</b>	<b>248</b>	<b>100,0%</b>	<b>85</b>	<b>100,0%</b>
<i>Quale strumento?</i>								
SVAMA	232	25,2%	160	23,1%	6	3,8%	66	94,3%
RUG	105	11,4%	0	0,0%	105	66,9%	0	0,0%
SOSIA	298	32,4%	298	43,1%	0	0,0%	0	0,0%
BINA	114	12,4%	107	15,5%	4	2,5%	3	4,3%
AGED	38	4,1%	38	5,5%	0	0,0%	0	0,0%
PAI	28	3,0%	22	3,2%	5	3,2%	1	1,4%
Altro	88	9,6%	48	6,9%	31	19,7%	9	12,9%
<b>Totale RSA in cui si usa uno specifico strumento di valutazione multidimensionale</b>	<b>919</b>	<b>82,9%</b>	<b>692</b>	<b>89,2%</b>	<b>157</b>	<b>63,3%</b>	<b>70</b>	<b>82,4%</b>



<https://www.demenze.it/>

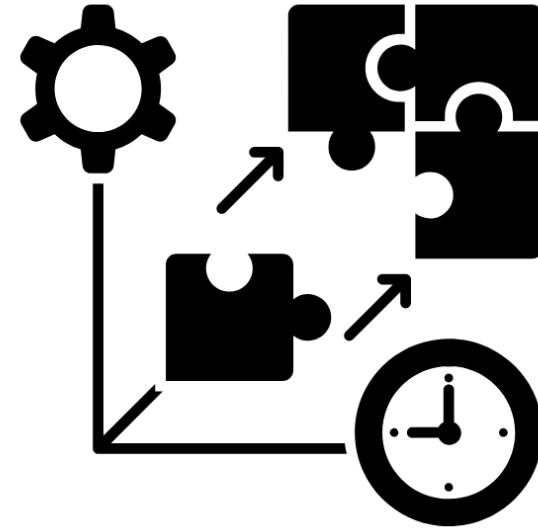
# Dalla survey alla formazione

---

Stessi contenuti e  
formati per realtà diverse



Bisogni reali legati a contesti specifici  
e ai profili professionali presenti



*La survey fornisce una base solida per scegliere meglio, per motivare le scelte formative e per renderle più coerenti con la realtà organizzativa.*

# La survey come supporto alle decisioni



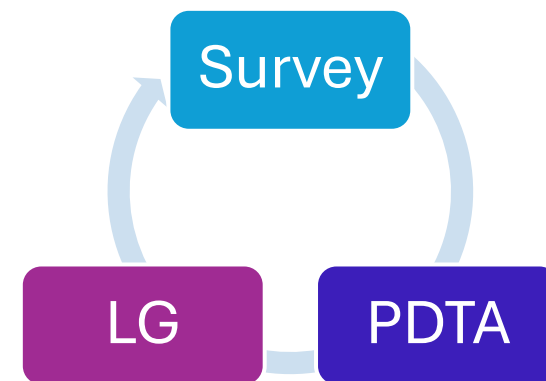
- ✓ Rende visibili i dati reali
- ✓ È uno strumento di qualità, non di controllo
- ✓ Supporta scelte organizzative difficili
- ✓ Da legittimità alla decisioni
- ✓ Supporta la pianificazione di una formazione efficace



Tabella 5.60 Tassi di partecipazione. Survey 2022

Regione o PA	RSA comunicate dalle Regioni (N)	RSA eliminate eventuali private e le doppie (N)	RSA che hanno partecipato alla survey (N)		RSA che hanno partecipato alla survey e accettano pazienti con demenza nel 2022 (N)		RSA che hanno compilato il questionario con i dati del 2019 e che nel 2019 accettavano pazienti con demenza e non erano private (N)		Casi stimati di demenza*	Rapporto casi/RSA
Emilia-Romagna	429	419	197	47,0%	192	45,8%	124	29,6%	90.250	215
Friuli Venezia Giulia	103	102	17	16,7%	17	16,7%	9	8,8%	26.121	256
Liguria	224	199	92	46,2%	88	44,2%	54	27,1%	38.202	192
Lombardia	703	694	459	66,1%	442	63,7%	298	42,9%	180.896	261
PA Trento	56	56	56	100,0%	55	98,2%	47	83,9%	9.878	176
PA Bolzano	70	70	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8.512	122
Piemonte	634	616	177	28,7%	173	28,1%	101	16,4%	90.271	147
Val d'Aosta	5	5	2	40,0%	2	40,0%	0	0,0%	2.375	475
Veneto	359	352	193	54,8%	188	53,4%	143	40,6%	90.234	256
<b>NORD</b>	<b>2.583</b>	<b>2.513</b>	<b>1.193</b>	<b>47,5%</b>	<b>1.157</b>	<b>46,0%</b>	<b>776</b>	<b>30,9%</b>	<b>536.739</b>	<b>214</b>
Lazio	138	127	80	63,0%	77	60,6%	68	53,5%	101.195	797
Marche	189	180	103	57,2%	89	49,4%	53	29,4%	32.458	180
Toscana	338	324	198	61,1%	174	53,7%	102	31,5%	79.646	246
Umbria	75	71	29	40,8%	28	39,4%	25	35,2%	19.420	274
<b>CENTRO</b>	<b>740</b>	<b>702</b>	<b>410</b>	<b>58,4%</b>	<b>368</b>	<b>52,4%</b>	<b>248</b>	<b>35,3%</b>	<b>232.719</b>	<b>332</b>
Abruzzo	19	19	7	36,8%	7	36,8%	5	26,3%	25.778	1357
Basilicata	23	17	15	88,2%	12	70,6%	2	11,8%	10.661	627
Calabria	57	55	8	14,5%	6	10,9%	5	9,1%	32.666	594
Campania	90	73	16	21,9%	14	19,2%	9	12,3%	78.551	1.076
Molise	7	7	7	100,0%	7	100,0%	3	42,9%	6.445	921
Puglia	145	138	87	63,0%	86	62,3%	50	36,2%	68.451	496
Sardegna	18	18	7	38,9%	7	38,9%	5	27,8%	30.364	1.687
Sicilia	65	65	9	13,8%	7	10,8%	6	9,2%	80.453	1.238
<b>SUD-IOLE</b>	<b>424</b>	<b>392</b>	<b>156</b>	<b>39,8%</b>	<b>146</b>	<b>37,2%</b>	<b>85</b>	<b>21,7%</b>	<b>333.369</b>	<b>850</b>
<b>Totale</b>	<b>3.747</b>	<b>3.607</b>	<b>1.759</b>	<b>48,8%</b>	<b>1.671</b>	<b>46,3%</b>	<b>1.109</b>	<b>30,7%</b>	<b>1.102.827</b>	<b>306</b>

***Partecipare a una survey significa contribuire a costruire organizzazioni più consapevoli, eque e capaci di rispondere alla complessità quotidiana.***





Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026.  
(GU Serie Generale n.235 del 07-10-2024)



# **Dalle raccomandazioni della linea guida alle indicazioni pratiche**

---

La formazione nelle RSA: strategie e obiettivi

16 gennaio 2026

Nicoletta Locuratolo  
Istituto Superiore di Sanità

# Sviluppo di una linea guida

## Normativa

### Legge 8 marzo 2017 n. 24 (Gelli – Bianco)



411 società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

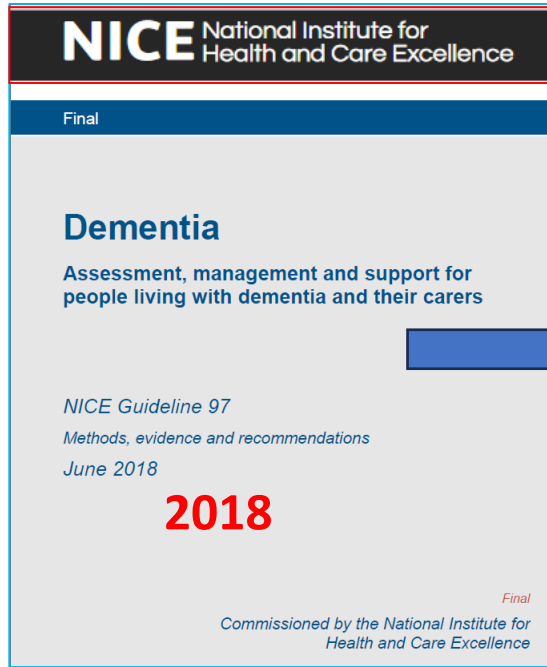
#### Art. 5

Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalita' preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificita' del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

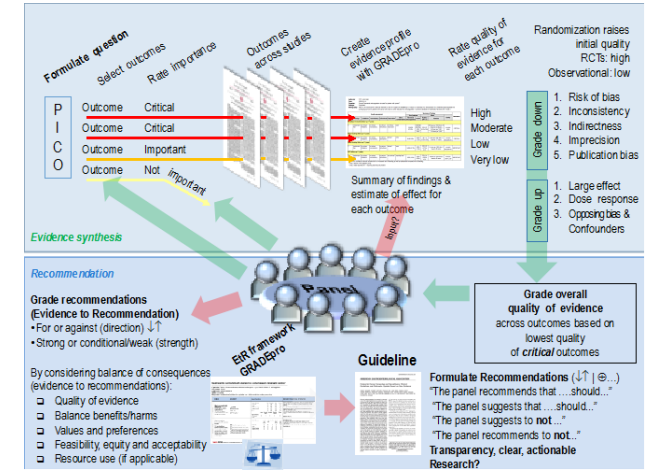


# Sviluppo della LG «Diagnosi e trattamento di demenza e MCI»



Team di sviluppo multidisciplinare  
**81 persone**

Comitato Tecnico-Scientifico, Chair e Co-Chair metodologico, Developer, *Evidence Review Team*, Panel multidisciplinare di esperti, Gruppo per l'analisi economica, Esperti di bioetica, Servizio di documentazione, Quality Assurance Team



**Metodo di adattamento  
GRADE-ADOLOPMENT**

**Centro Nazionale per Eccellenza clinica  
CNEC garante**

**47 quesiti**

**34 quesiti della  
Linea Guida NICE**

**+**

**13 nuovi quesiti**  
**-Nuovi farmaci (anticorpi monoclonali n.3)**  
**-MCI (n.10)**

# Letteratura scientifica esaminata

**Quesiti n=47**

**Strategie di ricerca: 01/2017 – 11/2023**

<b>Letteratura scientifica</b>	<b>Percorso di identificazione e diagnosi e supporto post-diagnostico Q=10</b>	<b>Modelli assistenziali e coordinamento delle cure Q=16</b>	<b>Trattamenti farmacologici Q=10</b>	<b>Trattamenti non farmacologici Sintomi cognitivi Q=5</b>	<b>Sintomi non cognitivi, malattie intercorrenti e cure palliative Q=6</b>	<b>Prove qualitative (Q6, Q7, Q10, Q24)</b>	<b>Totale</b>
Reperiti tramite strategie di ricerca	30.779	65.129	22.971	27.688	38.147	31.767	<b>216.481</b>
Selezionati in full-text	259	189	332	456	162	93	<b>1.491</b>
Studi inclusi*	192	206	173	228	199	56	<b>1.054</b>

\*Anche studi LG NICE (NG97)

↓  
**R= 39  
RR=7**

↓  
**R= 37  
RR=9**

↓  
**R= 23  
RR=3**

↓  
**R= 32  
RR=10**

↓  
**R= 36  
RR=10**

**Raccomandazioni di pratica clinica n = 167**

**Raccomandazioni di ricerca n= 39**



# Struttura documento LG

## Macroaree

Percorso di identificazione, diagnosi e supporto post diagnostico (10 Quesiti, 39 Raccomandazioni)

Modelli assistenziali e coordinamento delle cure (16 Q, 37 R)

Trattamenti farmacologici dei sintomi cognitivi (10 Q, 23 R)

Interventi non farmacologici per i sintomi cognitivi (5 Q, 32 R)

Sintomi non cognitivi, malattie intercorrenti e cure palliative (6 Q, 36 R)



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

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

### *Aspetti di etica*

A cura di Luciana Riva, Sabina Gainotti e Carlo Petrini, Istituto Superiore di Sanità



Diagnosi e trattamento  
di demenza e *Mild  
Cognitive Impairment*

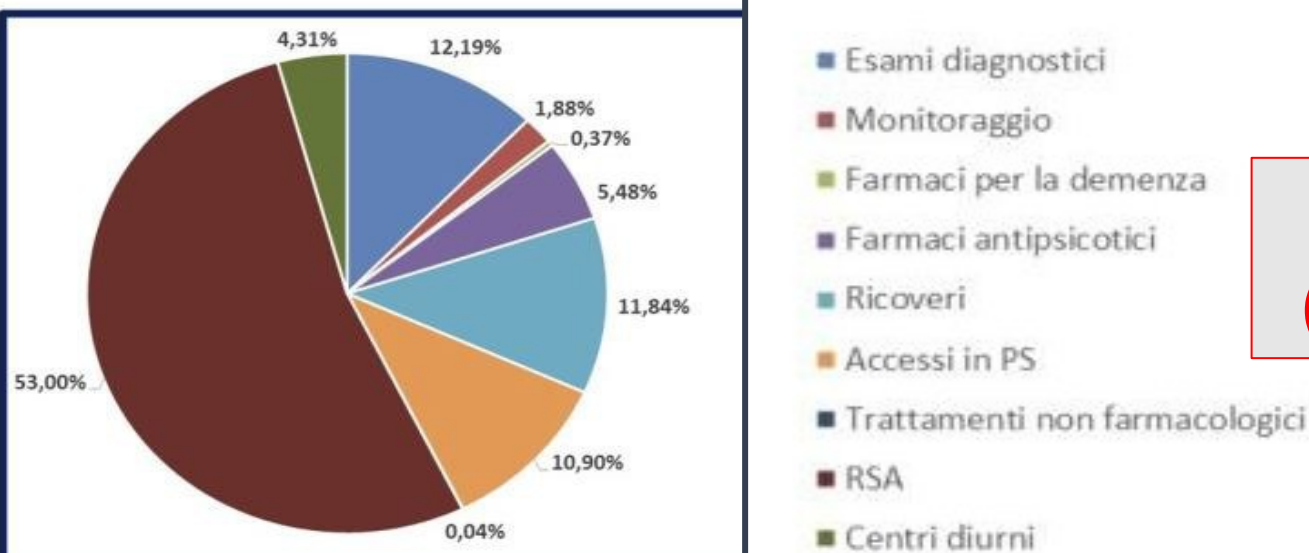


## *Cost of illness della demenza in Italia e cost-consequences analysis*

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

L'analisi economica sviluppata a supporto delle Linee Guida sulla diagnosi e trattamento della demenza tenta di fornire una panoramica aggiornata, tenendo conto delle fonti di dati a disposizione, circa l'attuale gestione dei pazienti con demenza in Italia da un punto di vista organizzativo ed economico.

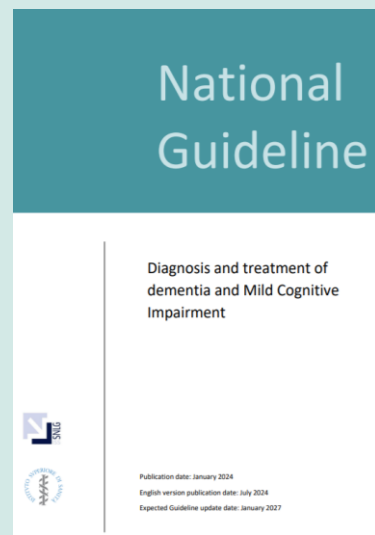
La spesa totale associata alla gestione e trattamento dei pazienti con demenza è risultata pari a circa € 23,6 miliardi, di cui circa il 63% è risultata completamente a carico delle famiglie.



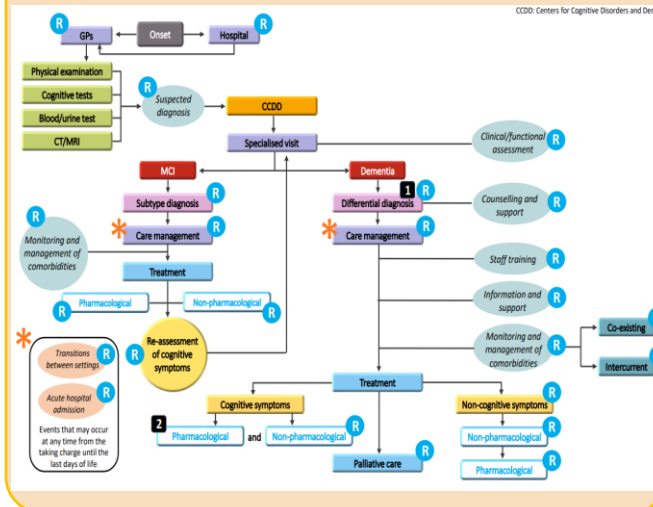
**23,6 miliardi di euro/anno  
(63% a carico delle famiglie)**



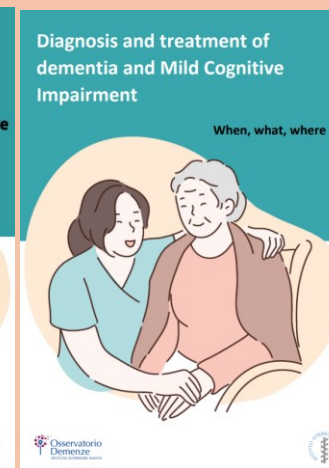
## Documento LG



## Care pathway navigabile per professionisti sanitari



## Opuscolo per Familiari e Caregiver



**LG pubblicata a gennaio 2024 sito SNLG e sito Osservatorio demenze [www.demenze.it](http://www.demenze.it)**

**<https://www.iss.it/en/-/snlg-diagnosi-e-trattamento-delle-demenze>**



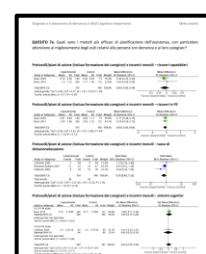
Testo della LG



Strategie di ricerca



GRADE e CERQual



Meta-analisi



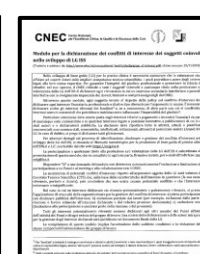
Analisi OsMed (anticolinergici)



Scope LG



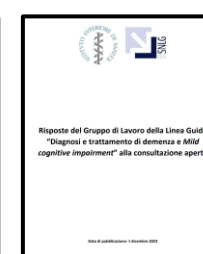
Consultazione pubblica draft Scope LG



Col del GdL LG DEM



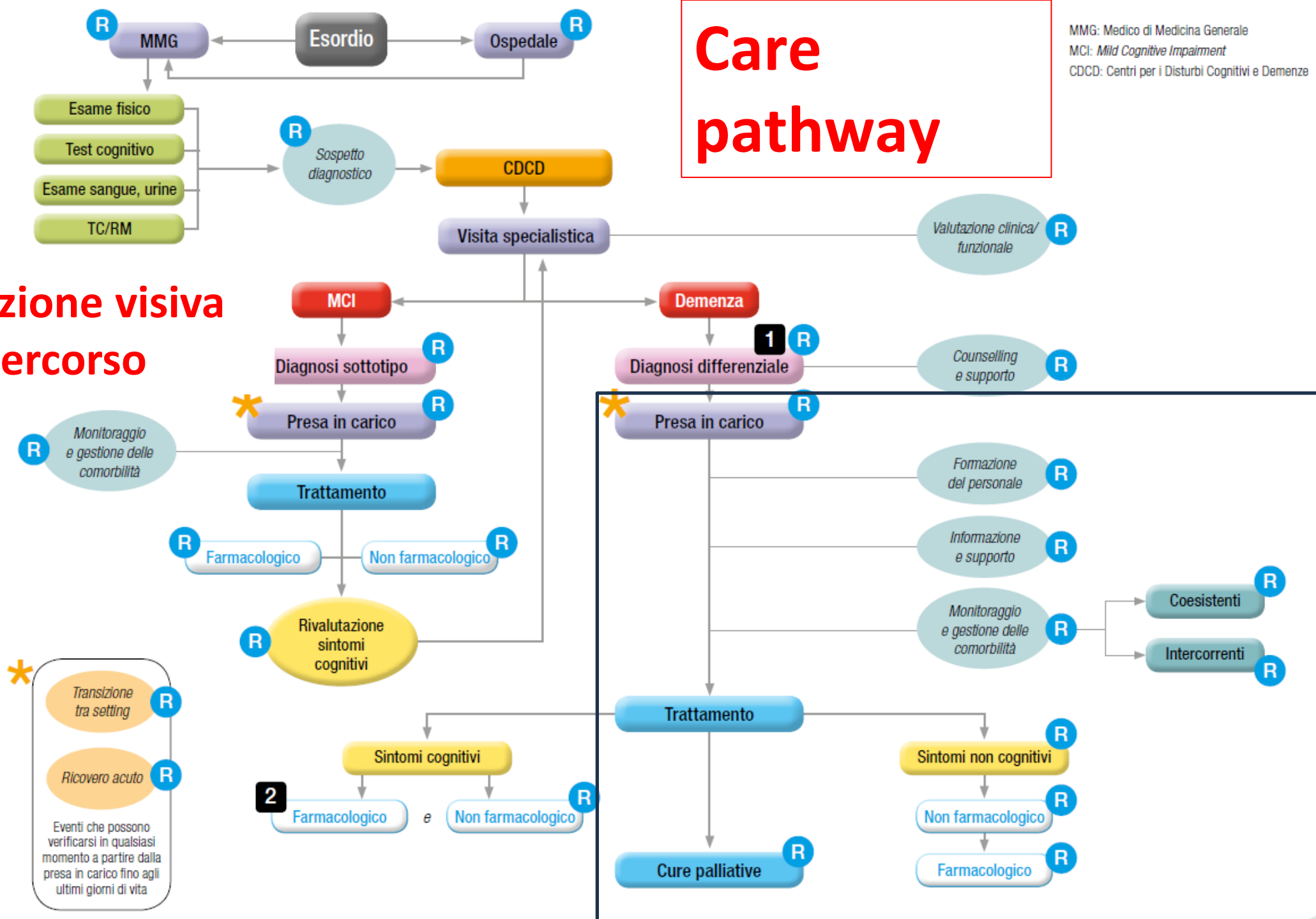
Tavole Evidence to Decision f



Risposte alla consultazione pubblica

## Rappresentazione visiva in forma di percorso

Facilita la lettura  
del documento e  
l'utilizzo delle  
raccomandazioni  
nella presa in  
carico



## Valutazione delle malattie intercorrenti

150

## DOLORE

Considerare l'uso di uno strumento strutturato di valutazione osservazionale del dolore:

- in aggiunta a una valutazione autoriferita e a una valutazione clinica standard per le persone con demenza da moderata a grave;
- in aggiunta a una valutazione clinica standard per le persone con demenza che non sono in grado di autoriferire il proprio dolore.

DEBOLE POSITIVA

151

Nelle persone con demenza che presentano dolore, considerare l'uso di un protocollo di trattamento progressivo che tenga in considerazione il bilancio tra gestione del dolore e potenziali eventi avversi.

DEBOLE POSITIVA

152

Ripetere la valutazione del dolore nelle persone con demenza:

- che continuano a mostrare segni di dolore;
- che mostrano variazioni comportamentali potenzialmente causate da dolore;
- dopo la somministrazione di un qualsiasi intervento per il dolore.

FORTE POSITIVA

## CADUTE

## Trattamento delle malattie intercorrenti

153

In persone con demenza a rischio di cadute si fa riferimento al trattamento *standard* per la prevenzione delle cadute (vedere la Tabella 6), tenendo in considerazione che:

- le persone con demenza possono avere necessità di supporto aggiuntivo per partecipare a qualsiasi intervento in modo efficace;
- gli interventi multifattoriali potrebbero non essere adatti a persone con demenza grave.

FORTE POSITIVA

Tabella 6. Documenti di riferimento per la gestione di specifiche condizioni

Condizione	Documenti di riferimento	Fonte
Multimorbidità	Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbidità e polifarmacoterapia	<a href="#">SNLG 2021</a>
	<i>Multimorbidity: clinical assessment and management</i>	<a href="#">NICE-NG56</a>
	<i>Older people with social care needs and multiple long-term conditions</i>	<a href="#">NICE-NG22</a>
Delirium	<i>Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care</i>	<a href="#">NICE-CG103</a>
Diabete	La terapia del diabete mellito di tipo 2	<a href="#">SNLG 2022</a>
	<i>Type 2 diabetes in adults: management</i>	<a href="#">NICE-NG28</a>
	<i>Type 2 diabetes in adults</i>	<a href="#">NICE-QS209</a>
Iipertensione	<i>Hypertension in adults: diagnosis and management</i>	<a href="#">NICE-NG136</a>
Problemi cardiovascolari/obesità	<i>Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification</i>	<a href="#">NICE-CG181</a>
	Terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbidità metaboliche	<a href="#">SNLG 2022</a>
Incontinenza	<i>Faecal incontinence in adults: management</i>	<a href="#">NICE-CG49</a>
	<i>Urinary incontinence in neurological disease: assessment and management</i>	<a href="#">NICE-CG148</a>
Disabilità sensoriali	<i>Hearing loss in adults: assessment and management</i>	<a href="#">NICE-NG98</a>
Cadute/fratture	Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle fratture da fragilità	<a href="#">SNLG 2021</a>
	Fratture del femore prossimale nell'anziano	<a href="#">SNLG 2021</a>
	<i>Falls in older people: assessing risk and prevention</i>	<a href="#">NICE-CG161</a>
	<i>Falls in older people</i>	<a href="#">NICE-QS86</a>
	<i>Hip fracture: management</i>	<a href="#">NICE-CG124</a>
Malattie oncologiche	Tumori dell'anziano (parte generale)	<a href="#">SNLG 2022</a>
Depressione	<i>Depression in adults: treatment and management</i>	<a href="#">NICE-NG222</a>
Malattia di Parkinson	<i>Parkinson's disease in adults</i>	<a href="#">NICE-NG71</a>
Disturbi specifici dell'apprendimento	<i>Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management</i>	<a href="#">NICE-NG54</a>

torna alla flow chart

ico di Medicina Generale  
Cognitive Impairment  
tri per i Disturbi Cognitivi e Demenze

Rappresen  
in forma d

Facilita la lettura  
del documento e  
l'utilizzo delle  
raccomandazioni  
nella presa in  
carico

Coesistenti

Intercorrenti

# Dal quesito clinico alla formulazione della raccomandazione

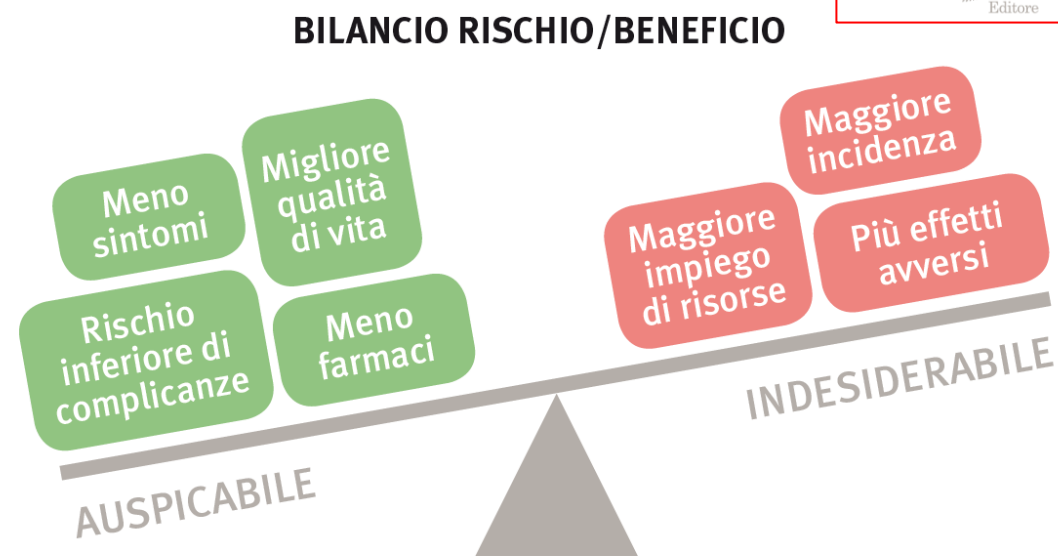


(Evidence to decision framework)

La formulazione delle Raccomandazioni è il distillato dell'intero processo di sviluppo di una LG

Le Raccomandazioni sono il risultato di un processo rigoroso e trasparente

## Forza della raccomandazione



Laura Amato  
Luca De Fiore  
Elena Parmelli  
Marina Davoli

Il Pensiero Scientifico Editore



# Dalla Raccomandazione alla pratica clinica



## Significato e valore di una Linea Guida

La LG costituisce un documento di riferimento a supporto delle decisioni che un professionista sanitario e socio-sanitario si trova ad assumere nella presa in carico di una persona con disturbo neurocognitivo (MCI o demenza), compresa la relazione tra professionisti e familiari/*caregiver*.

La LG non sostituisce il processo decisionale del professionista, aiuta ad orientarlo



# Dalla Raccomandazione alla pratica clinica

## Significato delle raccomandazioni



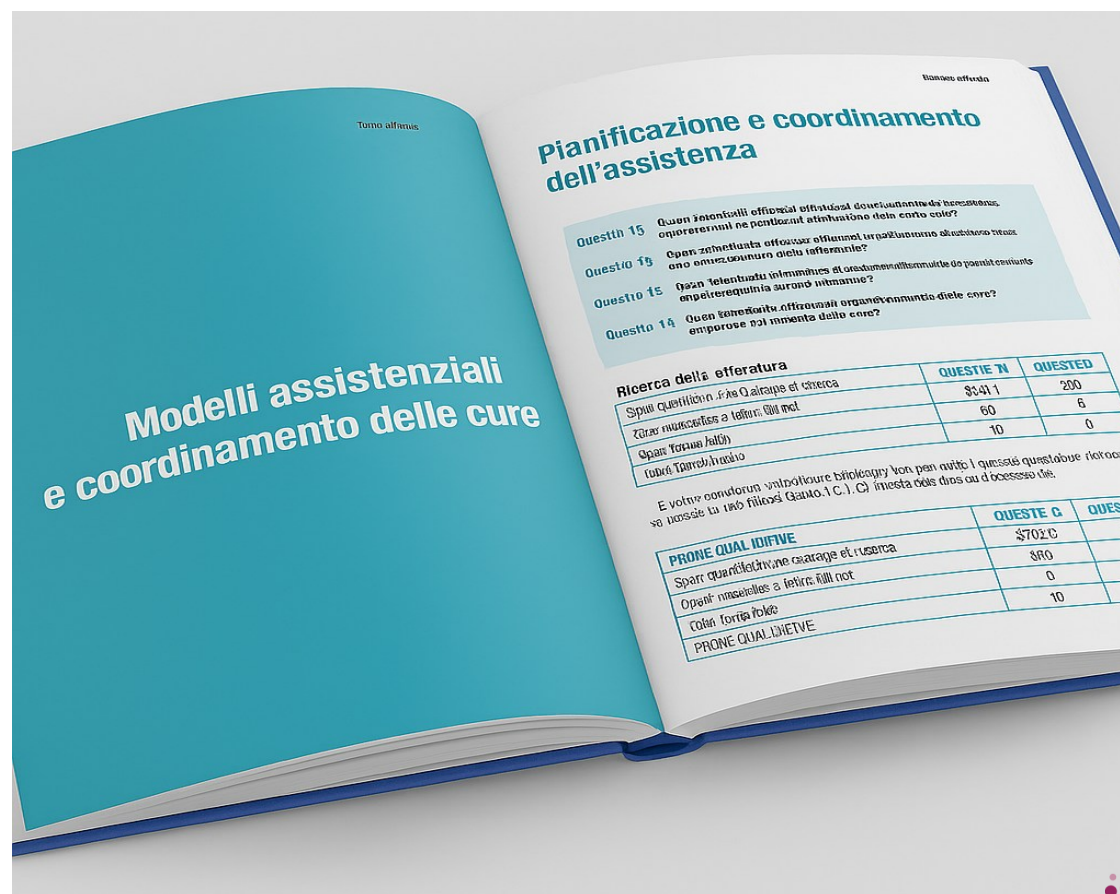
**ottimizzano l'assistenza**  
(Paziente e Professionista)

La raccomandazione è il ponte tra l'evidenza scientifica migliore (*ricerca*) e la pratica clinica (*cura delle persone*).

La raccomandazione è il punto di partenza di un percorso decisionale che il **professionista** intraprende, che deve tenere conto della **persona**, del contesto assistenziale e degli obiettivi di cura



# Come utilizzare i contenuti del documento





# Modelli assistenziali e coordinamento delle cure

## MACROAREA 2



### Aree

- **Pianificazione e coordinamento dell'assistenza** (40-45)
- Monitoraggio dopo la diagnosi (46-48)
- **Formazione del personale sanitario e sociosanitario** (49-52)
- Coinvolgimento della persona con demenza nel processo decisionale (53-67)
- Gestione delle persone con demenza/Mild Cognitive Impairment e **patologie fisiche croniche coesistenti** (68-69)
- Transizione tra setting (70-72)
- Supporto ai caregiver (73-76)

**37 Raccomandazioni**

### Formazione del personale sanitario e sociosanitario

#### Criteri di eleggibilità

Popolazione	Popolazione di età ≥ 40 anni con una diagnosi di demenza.
Intervento	Interventi di formazione per personale strutturato sanitario e sociosanitario che si occupa dell'assistenza delle persone con demenza.
Confronti	Nessun intervento di formazione specifica.
Esiti	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso appropriato di procedure/farmaci.</li><li>• Esperienza e soddisfazione dei pazienti e dei loro <i>caregiver</i>.</li><li>• Qualità della vita dei pazienti e dei loro <i>caregiver</i>.</li><li>• Uso di risorse e costi.</li></ul>

#### Ricerca della letteratura

Studi reperiti tramite strategie di ricerca	3.809
Studi selezionati e letti in <i>full text</i>	22
Studi inclusi	4
Studi inclusi NICE	24
Totale studi inclusi	28

### Raccomandazioni

49 Coloro che forniscono servizi di assistenza e supporto dovrebbero garantire al personale una formazione adeguata ai principi delle cure centrate sulla persona e mirate al miglioramento degli esiti per le persone con demenza. Tale formazione dovrebbe includere:

- la comprensione dei segni e dei sintomi della demenza e i cambiamenti attesi con il progredire della condizione;
- la comprensione delle persone come individui, assieme alla loro storia;
- il rispetto dell'identità individuale, della sessualità e della cultura di ciascuna persona;
- la comprensione delle necessità della persona e dei suoi familiari/*caregiver*.

DEBOLE POSITIVA

50 Coloro che forniscono servizi di assistenza dovrebbero garantire una formazione e un tutoraggio aggiuntivi al personale che fornisce assistenza e supporto alle persone con demenza. Tali servizi dovrebbero includere:

- la comprensione del modello organizzativo delle cure per la demenza e come tale modello fornisca assistenza;
- una formazione iniziale su come comprendere, reagire e aiutare le persone con demenza che presentano agitazione, aggressività, dolore o altri comportamenti che indicano *distress*;
- le sessioni aggiuntive nelle quali il personale può ricevere ulteriori riscontri e discutere specifiche situazioni;
- i suggerimenti su interventi che possano limitare l'uso di farmaci antipsicotici o di altre categorie di psicofarmaci e farmaci ad azione sedativa e ridurre le loro dosi in modo sicuro;
- la promozione della libertà di movimento e la minimizzazione dell'uso di contenzioni;
- le necessità specifiche di persone con demenza a esordio precoce che sono ancora in ambito lavorativo o in cerca di occupazione.

DEBOLE POSITIVA

# Sintomi non cognitivi, malattie intercorrenti e cure palliative

## MACROAREA 5

### Interventi

FORTE POSITIVA  
ADOTTATAFORTE POSITIVA  
ADATTATAFORTE POSITIVA  
ADOTTATAFORTE  
ADOTTATA

DEBOLE POSITIVA

DEBOLE POSITIVA

DEBOLE POSITIVA

DEBOLE POSITIVA

DEBOLE POSITIVA

DEBOLE POSITIVA

FORTE POSITIVA

132 Prima di iniziare un trattamento farmacologico o non farmacologico per il *distress* in persone con demenza, condurre una valutazione strutturata mirata a:

- esplorare le possibili cause del *distress* e
- identificare e gestire le possibili cause cliniche o ambientali (per esempio dolore, *delirium*, cure inappropriate)

133 Offrire interventi psicosociali e ambientali, una volta assicurato il *comfort* fisico, come trattamento iniziale e continuativo per ridurre il *distress* in persone con demenza.

134 Assicurarsi che la persona con demenza continui ad avere accesso a interventi psicosociali e ambientali personalizzati per il *distress* sia durante il trattamento con antipsicotici sia dopo l'interruzione del trattamento.

135 In persone con demenza che mostrano segni di agitazione o aggressività, offrire attività personalizzate per promuovere il coinvolgimento, la soddisfazione e l'interesse.

136 Considerare interventi di formazione del personale per la gestione dei sintomi non cognitivi in persone con demenza.

137 Considerare l'utilizzo di giardini terapeutici per la riduzione dei sintomi non cognitivi in persone con demenza e sintomi neuropsichiatrici.

138 Considerare interventi di musicoterapia attiva e/o recettiva per la riduzione dei sintomi non cognitivi in persone con demenza e sintomi neuropsichiatrici.

139 Considerare trattamenti psicologici in persone con demenza da lieve a moderata che presentano sintomi depressivi e/o ansia da lievi a moderati.

140 Considerare l'utilizzo di robot terapeutici in persone con demenza con sintomi depressivi e segni di ansia e agitazione.

141 In persone con demenza che presentano disturbi del sonno, considerare approcci di gestione integrati personalizzati che includano educazione all'igiene del sonno, esposizione alla luce diurna, esercizio fisico e attività personalizzate.

142 Prima di iniziare il trattamento con farmaci antipsicotici, discutere e condividere i benefici e rischi con la persona con demenza e i suoi *caregiver*. Considerare l'utilizzo di supporti decisionali a sostegno della discussione.

## Trattamenti per i sintomi non cognitivi della demenza

## Approccio ai «disturbi comportamentali»

Considerare prima un  
approccio «non farmacologico»

## Sintomi non cognitivi, malattie intercorrenti e cure palliative

## Raccomandazioni

### Trattamenti per i sintomi non cognitivi della demenza

#### Uso degli antipsicotici

143	Al momento di una prescrizione di un farmaco antipsicotico: <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>utilizzare la dose minima efficace</u> e utilizzare il farmaco per la minor durata possibile;</li><li>• <u>rivalutare la persona almeno ogni quattro settimane</u>, per determinare se persiste la necessità del trattamento.</li></ul>	FORTE POSITIVA ADATTATA
144	Offrire un trattamento con farmaci antipsicotici solamente a persone con demenza che: <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>sono a rischio di arrecare danno a sé stesse o agli altri oppure</u></li><li>• <u>mostrano segni di agitazione, allucinazioni o deliri che procurano loro una condizione di grave distress.</u></li></ul>	FORTE POSITIVA ADOTTATA
145	Interrompere il trattamento con antipsicotico: <ul style="list-style-type: none"><li>• se la persona non mostra un evidente beneficio a seguito del trattamento e</li><li>• a seguito di discussione e condivisione con la persona in trattamento e i suoi <i>caregiver</i>.</li></ul>	FORTE POSITIVA ADOTTATA
146	Non offrire il valproato per la gestione di agitazione o aggressività in persone con demenza a meno che non sia indicato per altra condizione.	FORTE NEGATIVA ADOTTATA



# Interventi non farmacologici per i sintomi cognitivi della demenza

**Interventi non farmacologici  
in persone con demenza  
o *Mild Cognitive Impairment***

**MACROAREA 4**



Esercizio fisico

Musicoterapia

Reminiscenza

101	Considerare l'esercizio fisico aerobico nel trattamento dei sintomi cognitivi di persone con demenza di Alzheimer lieve.	DEBOLE POSITIVA
102	Considerare l'esercizio fisico non aerobico nel trattamento dei sintomi cognitivi della demenza di grado da lieve a moderato.	DEBOLE POSITIVA
103	Considerare la combinazione di esercizio fisico aerobico/non aerobico nel trattamento dei sintomi cognitivi della demenza di grado moderato.	DEBOLE POSITIVA

109	Considerare interventi di musicoterapia nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con demenza da lieve a grave.	DEBOLE POSITIVA
-----	--	-----------------

111	Considerare la terapia della reminiscenza nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con demenza di grado moderato.	DEBOLE POSITIVA
-----	---	-----------------

Terapia occupazionale

Riabilitazione cognitiva

Stimolazione cognitiva

Training cognitivo

113	Considerare la terapia occupazionale per supportare le abilità funzionali in persone con demenza da lieve a moderata.	DEBOLE POSITIVA
114	Considerare la riabilitazione cognitiva per supportare le abilità funzionali in persone con demenza da lieve a moderata.	DEBOLE POSITIVA
115	Offrire un trattamento di stimolazione cognitiva per il trattamento dei sintomi cognitivi in persone con demenza da lieve a moderata.	FORTE POSITIVA
116	Considerare interventi di <i>training</i> cognitivo per il trattamento dei disturbi cognitivi in persone con demenza di Alzheimer lieve.	DEBOLE POSITIVA

117	Offrire uno spettro di attività per promuovere il benessere e l'autonomia che siano mirate alle preferenze individuali della singola persona.	FORTE POSITIVA ADATTATA
-----	---	----------------------------

# **Il nostro compito è terminato con la pubblicazione della Linea Guida?**





Ministero della Salute



## PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE

LE ATTIVITA' DELL'OSSERVATORIO  
DEMENTE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI  
SANITA'  
(anni 2024-2026)

# FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE 2024-26

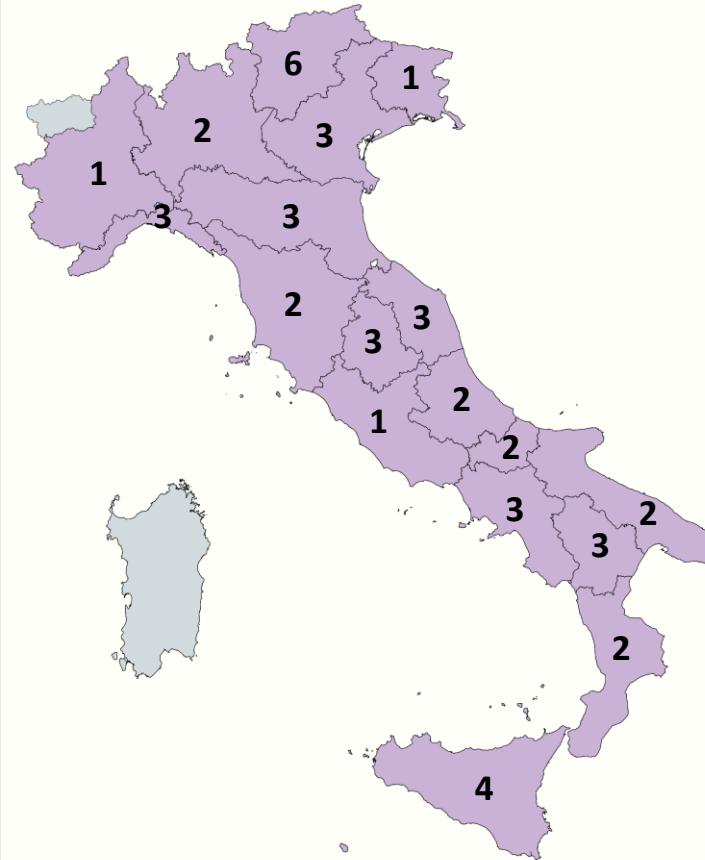




# Partecipazione Corsi residenziali ISS

Regioni non partecipanti  
Regioni partecipanti

## Disseminazione



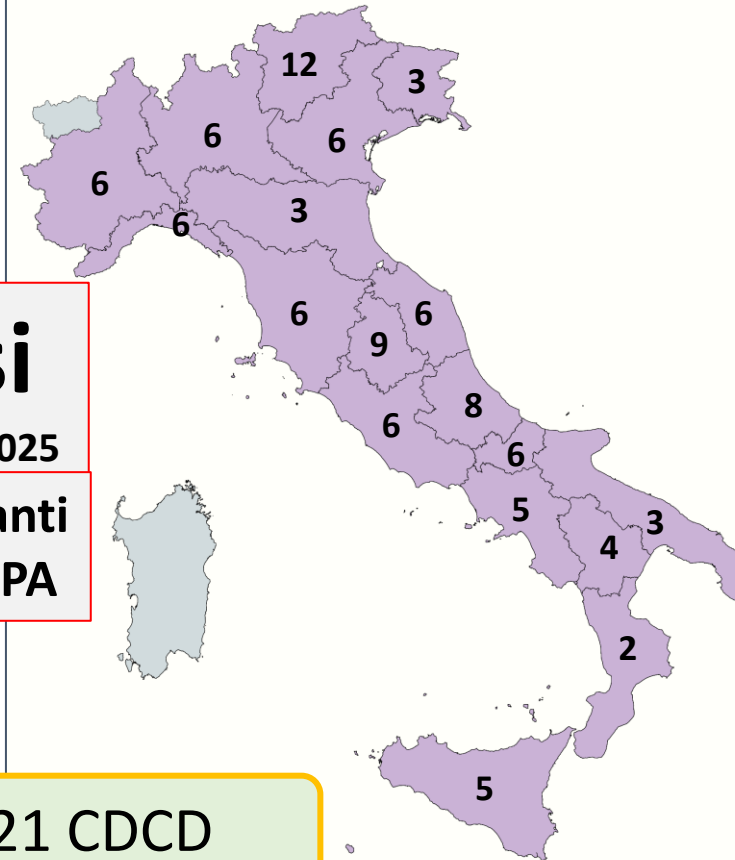
Hanno partecipato **46 professionisti** da **19 Regioni e PA italiane**

## 8 Corsi

Aprile-ottobre 2025

**152 partecipanti**  
**19 Regioni e PA**

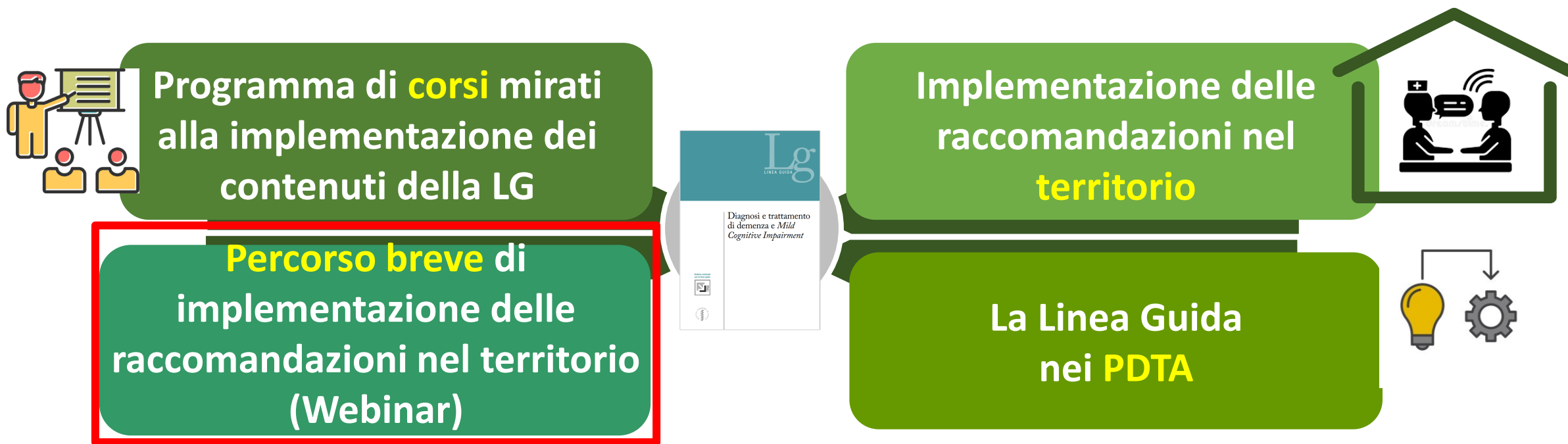
## Implementazione



**21 CDCD**  
**17 RSA**  
**18 CD**

Hanno partecipato **106 professionisti** da **19 Regioni e PA italiane**

## STRATEGIE PER L'IMPLEMENTAZIONE: 4 livelli



# Implementazione della LG

## PERCORSO BREVE DI IMPLEMENTAZIONE



Invito a partecipare alle strutture (**CDCD, RSA, CD**). Per iscriversi: Sito osservatorio demenze ([www.demenze.it](http://www.demenze.it)), iscrizione a newsletter ([link](#) per iscrizione webinar), email inviate a regioni/strutture, QR code



**3 webinar sull'implementazione (uno per ogni tipologia di struttura) nel 2026**



**Le strutture che parteciperanno compileranno un breve form** in cui riportare: raccomandazioni già da loro implementate; attività che si decide di migliorare in base alle raccomandazioni LG; decisione di implementare nuove raccomandazioni della LG.



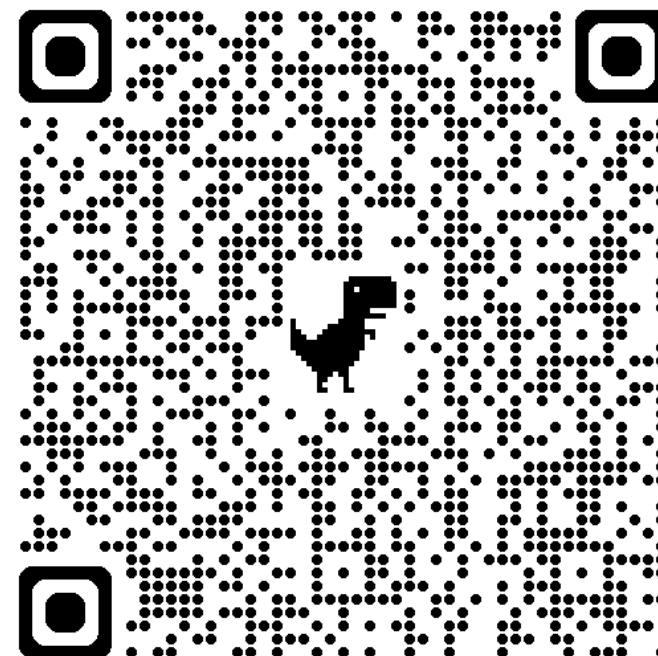
**Follow-up:** le strutture che hanno partecipato compileranno un **breve modulo** in merito all'implementazione effettuata.

# Implementazione della linea guida «Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment»

È stato realizzato un percorso breve di implementazione della linea guida articolato in **tre incontri formativi online**, ciascuno rivolto ad una diversa tipologia di struttura (CDCD, RSA e CD). Ogni struttura è invitata a partecipare all'incontro online durante il quale verranno fornite informazioni e strumenti ai fini dell'implementazione.

**SAVE  
THE  
DATE**

- **19 febbraio 2026, ore 15:00-17:00**  
Implementazione nei CDCD
- **18 marzo 2026, ore 15:00-17:00**  
Implementazione nelle RSA
- **25 marzo 2026, ore 15:00-17:00**  
Implementazione nei CD





Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026  
(GU Serie Generale n.235 del 07-10-2024)



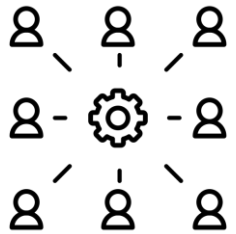
# **Come organizzare e valutare la formazione nelle RSA**

---

La formazione nelle RSA: strategie e obiettivi

16 gennaio 2026

Francesco Della Gatta  
Istituto Superiore di Sanità



Modello  
organizzativo



Setting



Appropriatezza

**Evoluzione scientifica**

**Elevare il ruolo delle RSA**



**Professioni sanitarie  
infermieristiche ed ostetriche**

Infermiere   Infermiere pediatrico   Ostetrica

**Professioni sanitarie  
della riabilitazione**

Fisioterapista   Logopedista   Tecnico della riabilitazione psichiatrica   Terapista occupazionale   Podologo  
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva   Ortottista ed assistente oftalmico   Educatore professionale

**Professioni sanitarie  
tecniche**

Dietista   Tecnico sanitario di laboratorio biomedico   Tecnico audiometrico   Tecnico audioprotesico  
Tecnico di neurofisiopatologia   Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare  
Tecnico sanitario di radiologia medica   Tecnico ortopedico   Igienista dentale

**Professioni sanitarie  
della prevenzione**

Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro  
Assistente sanitario

**Medici**

Tutte le specializzazioni

**Psicologi**

Tutte le specializzazioni

**Odontoiatri**

Tutte le specializzazioni

**Farmacisti**

**SILOS PROFESSIONALI**  
vs  
**IDENTITÀ PROFESSIONALI (SKILL MIX)**



Elenco arti ausiliarie e operatori di interesse sanitario  
...e tante altre professioni anche non sanitarie!

Mercoledì 25 settembre 2024

## Indagine conoscitiva sul riordino delle professioni sanitarie

Camera dei Deputati - XII Commissione (Affari sociali)

Per professioni sanitarie s'intendono tutte le occupazioni nel settore della salute che coinvolgono la cura e la diagnosi della patologia nonché il trattamento e il supporto dei pazienti.

Nell'ordinamento italiano sono tutte quelle professioni i cui operatori, in forza di un titolo abilitante rilasciato o riconosciuto dalla Repubblica italiana, lavorano in campo sanitario.

Le professioni sanitarie rappresentano il motore del Servizio sanitario nazionale.

Lo Stato italiano riconosce attualmente trenta professioni sanitarie per l'esercizio delle quali è obbligatoria l'iscrizione ai rispettivi Ordini professionali.

Gli Ordini e le relative Federazioni nazionali sono enti pubblici non economici e agiscono quali organi sussidiari dello Stato, al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale.

Dal 2006 le professioni sanitarie sono esclusivamente di livello universitario e sono poste sotto la vigilanza del Ministero della salute. Per esercitare una di esse, occorre aver conseguito una laurea magistrale a ciclo unico della durata di cinque o sei anni (per le professioni di medico, dentista, farmacista, veterinario), una laurea triennale (per le professioni di infermiere, ostetrico, fisioterapista, logopedista, podologo, dietista, educatore professionale, audioprotesista, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico ortopedico, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, igienista dentale, audiometrista, assistente sanitario, tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, ortottista, terapeuta occupazionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica) o una laurea «3+2» (psicologo, chimico, fisico, biologo), dopo aver superato un esame di

Stato per l'abilitazione alla relativa professione.

La Corte costituzionale ha affermato in più occasioni (si veda tra le altre la sentenza n. 353 del 2003) che, ai sensi del riparto di competenze di cui all'articolo 117 della Costituzione, la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle professioni sanitarie deve rispettare il principio secondo cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata, per il suo carattere necessariamente unitario, allo Stato, rientrando nella competenza delle Regioni la disciplina di quegli aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale.

Quanto alla normativa nazionale, negli anni a noi più vicini va ricordata la legge n. 3 del 2018, recante disposizioni incidenti in diversi ambiti. Il provvedimento, tra l'altro, opera un complessivo riordino delle diverse professioni sanitarie, incide sul reato di esercizio abusivo della professione sanitaria nonché su fattispecie coinvolgenti lo svolgimento di tali professioni e modifica la disciplina vigente relativa al ruolo della dirigenza sanitaria del Ministero della salute.

Le professioni sanitarie, soprattutto a seguito della pandemia, sono al centro del dibattito politico per la carenza di personale ad esse addetto.

Occorre rivedere, alla luce di quelle che sono le esigenze della medicina del terzo millennio, gli stessi compiti delle diverse professioni sanitarie, anche al fine di renderle più attrattive, in quanto la mancanza di attrattività, insieme al problema della retribuzione inferiore rispetto a quella percepita in molti altri Paesi, sembra essere una delle cause che determinano la carenza di professionisti sanitari.

Peraltro, quando si parla di carenza di personale del Servizio sanitario nazionale, si fa spesso riferimento alle sole categorie dei medici e degli infermieri e l'opinione pubblica ne ricava una immagine senz'altro realistica e indiscutibile ma, purtroppo, parziale. La carenza di personale riguarda, invece, tutti i settori delle professioni sanitarie e colpisce tutta l'Italia, ma nelle aree interne del Paese, caratterizzate dalla difficoltà di accesso ai servizi, assume i contorni di una vera e propria «desertificazione sanitaria».

In tale contesto l'indagine conoscitiva che si intende avviare si pone, in particolare, i seguenti obiettivi:

verificare direttamente i numeri degli iscritti agli Ordini professionali, divisi per genere e per età, nonché le specifiche carenze di personale;

acquisire elementi e spunti su come affrontare le carenze e le criticità che verranno riscontrate.

Al fine di svolgere i necessari approfondimenti, nel corso dell'indagine la Commissione intende procedere:

a) allo svolgimento delle seguenti audizioni: rappresentanti degli Ordini delle professioni sanitarie; Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale del Ministero della salute; Conferenza delle regioni; Agenas; rappresentanti delle organizzazioni sindacali confederali e di associazioni rappresentative delle professioni sanitarie; esperti della materia (docenti universitari, operatori sanitari);

b) all'acquisizione di memorie scritte e di documenti;

c) all'effettuazione di missioni presso le realtà territoriali di maggior interesse, per le quali il Presidente della Commissione si riserva di chiedere di volta in volta la relativa autorizzazione al Presidente della Camera.

L'indagine conoscitiva dovrebbe concludersi entro il 31 gennaio 2025.

INDAGINE CONOSCITIVA SUL RIORDINO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Camera dei Deputati - XII Commissione (Affari sociali)  
Roma 29 gennaio 2025

Dott.ssa Mariella Mainolfi  
Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN

Stante il quadro di riferimento sopra descritto, per promuovere una effettiva azione di riordino delle professioni sanitarie, diventa allora prioritario concentrarsi sull’analisi delle competenze di ciascuna professione.

Un processo di revisione delle competenze delle professioni sanitarie permetterebbe di:

1. semplificare la suddivisione dei compiti tra le varie professioni sanitarie, riducendo sovrapposizioni e realizzando una ottimizzazione dell’organizzazione del lavoro all’interno delle aziende e dei servizi sanitari. Ciò potrebbe anche portare a un miglior lavoro di squadra tra professionisti, riducendo errori e migliorando la qualità dell’assistenza;
2. contribuire a definire i ruoli e le responsabilità di ciascun professionista per garantire che i pazienti ricevano il trattamento più appropriato;
3. ridurre i conflitti tra professionisti, rafforzando i rapporti tra le diverse professioni e ridistribuendo in maniera migliore e più equa il carico di lavoro;
4. sviluppare forme di task shifting;
5. evitare forme di esercizio abusivo tra le stesse professioni sanitarie attraverso il superamento della sovrapposizione delle competenze professionali.

PROFESSIONISTI SANITARI ISCRITTI AI RISPETTIVI ALBI		
FEDERAZIONE	Professioni	Totale iscritti <75 anni
FNOMCEO	Medici	470.000
	Odontoiatri	
FNOPI	Infermieri	453.000
	Infermieri pediatrici	
FNOPO	Ostetriche	21.000
Federazione TSRMePSTRP	Assistente Sanitario	157.000
	Dietista	
	Educatore Professionale	
	Igienista Dentale	
	Logopedista	
	Ortottista - Assistente di Oftalmologia	
	Podologo	
	Tecnico Audiometrista	
	Tecnico Audioprotesista	
	Tecnico della Fisiopatologia Cardiocirc.e perf. vascol.	
	Tecnico della Prevenz. Ambiente e Luoghi di Lavoro	
	Tecnico di Neurofisiopatologia	
	Tecnico Ortopedico	
	Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	
	Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	
	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	
	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	
	Terapista Occupazionale	
FNOFI	Fisioterapisti	72.000
FNOVI	Veterinari	35.000
FOFI	Farmacista	100.000
CNOP	Psicologi	134.000
Federazione Nazionale degli Ordini dei Chimici e dei Fisici	Fisici	1.900
	Chimici	8.100
Federazione ONB	Biologi	54.000

Fonte: dati Federazioni Nazionali e Cogeaps su iscritti



20 febbraio 2025

PROFESSIONI SANITARIE

## Professioni sanitarie, Schillaci: riforma per riordino entro fine anno

*La riforma complessiva per le professioni sanitarie potrebbe essere varata "entro la fine dell'anno". Lo ha detto il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, chiudendo l'evento organizzato a Roma per la Giornata nazionale del personale sanitario e sociosanitario*



La riforma complessiva per le professioni sanitarie potrebbe essere varata "entro la fine dell'anno". Lo ha detto il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, chiudendo l'evento organizzato a Roma per la Giornata nazionale del personale sanitario e sociosanitario, del personale assistenziale, socioassistenziale e del volontariato. "Vogliamo dotare il Servizio sanitario nazionale di una forza lavoro al passo con i tempi e costruire un nuovo rapporto di fiducia con i cittadini", ha sottolineato.

"Stiamo lavorando a un insieme di interventi per riordinare le professioni e questo parte dall'evoluzione dei profili professionali. Bisogna tener conto - ha evidenziato il ministro - che i

# Legge delega sul riordino delle professioni sanitarie

MODULARIO  
P.C.M. - 34

MOD.

  
*Presidenza del Consiglio dei Ministri*  
**UFFICIO DI SEGRETERIA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI**

SI ATTESTA CHE IL CONSIGLIO DEI MINISTRI NELLA RIUNIONE  
DEL 4 SETTEMBRE 2025


ha deliberato la procedura in via d'urgenza, a norma dell'articolo 2, comma 5, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, relativamente al disegno di legge recante: "Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Roma, 4 settembre 2025



**IL SEGRETARIO DEL CONSIGLIO**  



DAR-0019758-A-13/11/2025

  
*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*  
Dipartimento per gli Affari giuridici e legislativi  
Ufficio studi, documentazione giuridica e qualità  
della regolazione.  
Servizio studi, documentazione giuridica e parlamentare.

ALLA CONFERENZA STATO-  
REGIONI  
[statoregioni@mailbox.governo.it](mailto:statoregioni@mailbox.governo.it)  
c.a. Capo Dipartimento

e p.c.


AI MINISTRO DELLA SALUTE  
Ufficio Legislativo

Presidenza del Consiglio dei Ministri  
DARL 0017188 P-  
del 13/11/2025  
  
62315479  
15/SAL./2025

OGGETTO: Disegno di legge recante "Delega al governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".  
Collegato alla manovra di finanza pubblica.

Ai fini dell'acquisizione del parere da parte della Conferenza, si trasmette il provvedimento indicato in oggetto, approvato nella seduta del Consiglio dei ministri del 4 settembre 2025, corredato delle prescritte relazioni e munito del "VISTO" del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato.

Si rappresenta l'urgenza dell'espressione di tale parere, atteso che il Consiglio dei ministri ha deliberato la procedura in via d'urgenza, a norma dell'articolo 2, comma 5, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, di cui si allega copia, e si fa presente che lo schema di provvedimento è stato contestualmente trasmesso con riserva al Dipartimento per i Rapporti con il Parlamento per i seguiti di competenza.

**IL CAPO DEL DIPARTIMENTO**  
Pro. Francesca Quadri  


## Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach

Mirjam Körner Department of Medical Psychology and Sociology, Medical Faculty, University of Freiburg, Freiburg, Germany

### Multidisciplinary approach

*“is discipline oriented, with all professionals working parallel and with clear role definitions, specified tasks and hierarchical lines of authority. The physician is responsible for inpatient treatment and coordinates the treatment plans used by the other professionals in the team. The level of professional autonomy is high, with members creating their own individual goals and treatment plans for the patient. The physician communicates with each of the other professionals (providers in the team), but there is little or no communication among the individual professionals. As a result, there is little overlap between the team members. Only problem cases are discussed in team meetings”.*

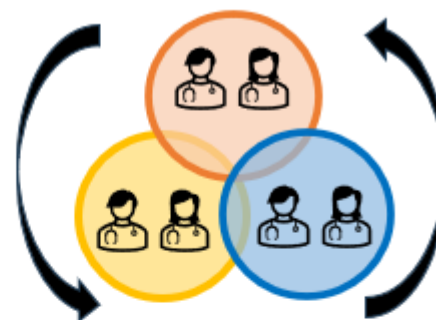
### Interdisciplinary approach

*“Professionals in interdisciplinary teams meet regularly in order to discuss and collaboratively set treatment goals for the patients and jointly carry out the treatment plans. They are ideally on the same hierarchical level and there is a high degree of communication and cooperation among the team members. The outcome of this model is that the professionals have skills across different disciplines. The interdisciplinary team model is considered to have a higher quality of collaboration and team performance”.*





Multidisciplinare



Interdisciplinare



Transdisciplinare

Behm, J., & Gray, N. (2012). Interdisciplinary rehabilitation team. *Rehabilitation nursing: A contemporary approach to practice*, 51-62.

## CHAPTER 5

### Interdisciplinary Rehabilitation Team

Judi Behm  
Nancy Gray

#### BOX 5.5 How Do You Prepare for Membership on an IDT?

- Appreciate your own discipline and its unique contribution to rehabilitative care.
- As a student, seek every opportunity to observe and/or be part of an IDT.
- Do not be afraid to stretch outside the comfort zone of your own discipline.
- Participate in committees or groups that include other healthcare professionals.
- Experience with interdisciplinary collaborative practice as a student has been shown to be a determinant of positive attitudes about IDTs as students enter the job market (Florence, Goodrow, Wachs, Grover, & Olive, 2007).

Non è un problema esclusivamente di assenza di servizi interdisciplinari al cittadino ma di **impossibilità a trasmettere un modello, un «know how»** agli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

# Individuare il bisogno formativo e programmare la formazione

## Fonti utili

- eventi avversi e segnalazioni
- audit e verifiche interne (es. cadute, farmaci, contenzioni)
- nuove procedure o linee guida
- bisogni di PPSS

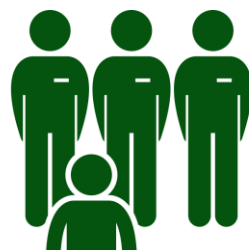
## Tipologia

- obbligatoria (es. sicurezza, ECM, privacy)
- professionale (competenze assistenziali)
- trasversale (comunicazione, lavoro in team)

## Pianificazione realistica

Piano formativo annuale- semestrale-trimestrale

Priorità chiare (non “tutto a tutti”)



## Metodologie adatte alla RSA

Micro-formazione

Formazione sul campo

*Role-playing* (gioco di ruolo)

Affiancamento

Brevi sessioni online

# Valutazione della formazione

## Valutazione dell'apprendimento

- Test
- Discussione dei casi
- Simulazioni
- In itinere

## Valutazione dell'impatto

- Cambiamento del comportamento
- Diminuzione errori/eventi critici
- Miglioramento qualità assistenziale