



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



Il percorso breve di implementazione della linea guida «Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment»

Introduzione

18 marzo 2026

Nicola Vanacore

Istituto Superiore di Sanità

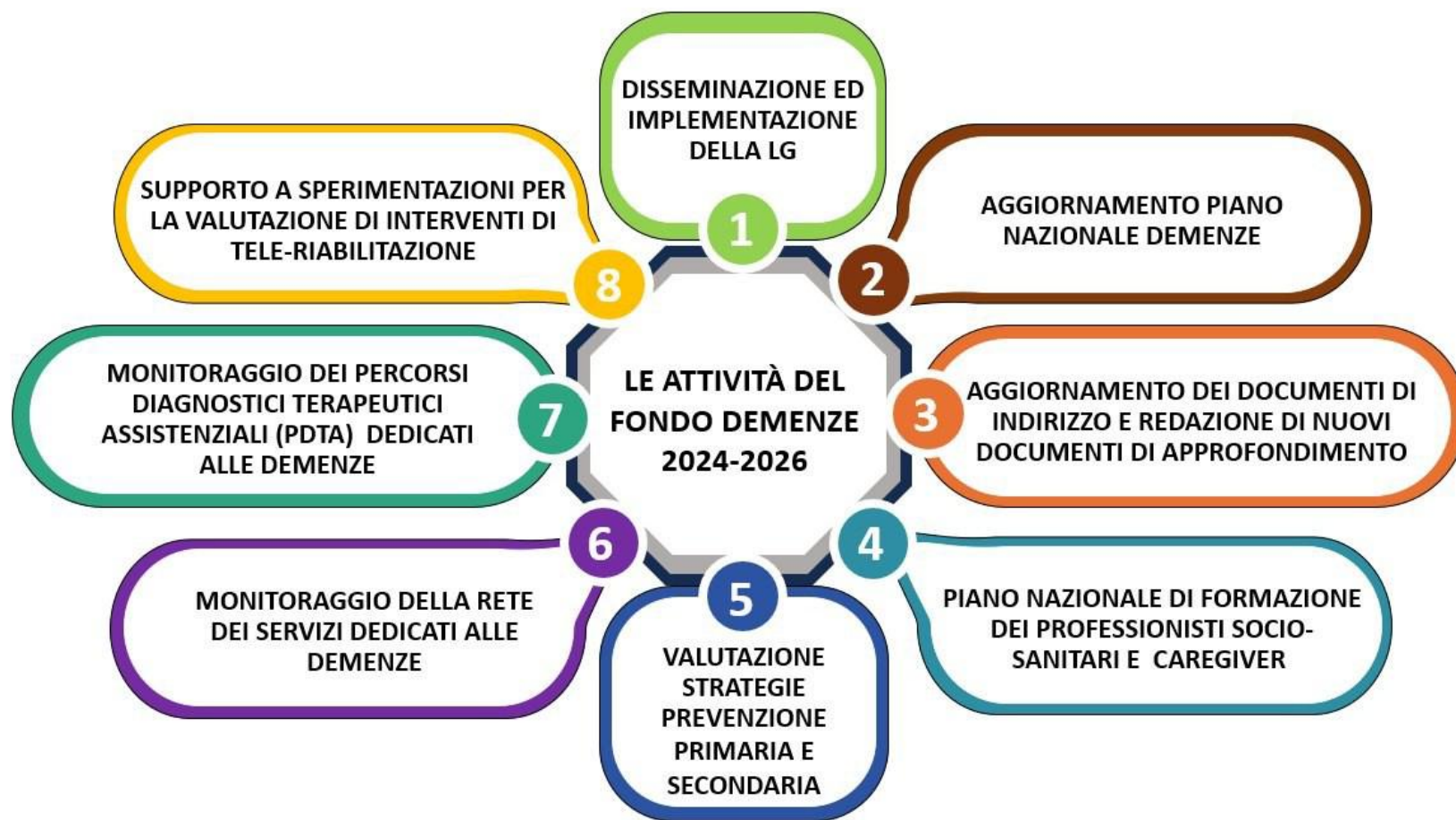


Ministero della Salute



PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE

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



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 utili ai fini dell'implementazione.

→ **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

Programma 18 marzo:

- **Introduzione**
Nicola Vanacore
- **Il Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026**
Nicola Vanacore
- **Sviluppo e implementazione di una Linea Guida**
Eleonora Lacorte
- **Linea guida «Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment»**
Antonio Ancidoni
- **Il percorso breve di implementazione**
Elisa Fabrizi
- **Discussione**

1013 ISCRITTI

Regione	n.
Abruzzo	8
Basilicata	25
Calabria	1
Campania	26
Emilia-Romagna	250
Friuli Venezia Giulia	26
Lazio	27
Liguria	25
Lombardia	103
Marche	37
PA Bolzano	6
PA Trento	44
Piemonte	53
Puglia	29
Sardegna	44
Sicilia	14
Toscana	226
Umbria	9
Valle d'Aosta	6
Veneto	180



< TORNA ALL'ARCHIVIO

CORSI, CONVEGNI E WEBINAR



Percorso breve di implementazione della linea guida "Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment"

È stato realizzato un percorso breve di implementazione della linea guida strutturato in due fasi principali. Una prima fase formativa, finalizzata a presentare l'iniziativa e fornire un inquadramento comune, e una seconda fase applicativa, che prevede un lavoro diretto di implementazione delle raccomandazioni supportato da strumenti di raccolta dati.

La **fase formativa** si articola in **tre incontri formativi online**, ciascuno rivolto ad una specifica tipologia di struttura: Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e Centri Diurni (CD). Si tratta di incontri aperti e a carattere informativo e formativo, finalizzati a presentare la linea guida e a illustrare in modo dettagliato il percorso breve di implementazione, mettendone in evidenza finalità, fasi e modalità di applicazione. Durante gli incontri verranno affrontati il contesto in cui si inserisce l'attività, i contenuti della linea guida, il significato e le implicazioni dell'implementazione di una linea guida nella pratica e, in particolare, le caratteristiche del percorso breve di implementazione.

La **fase applicativa** prevede che le strutture aderenti avviino un lavoro di implementazione della linea guida nella pratica quotidiana, utilizzando due strumenti specifici per la raccolta dei dati. Tali

**Le slide e le registrazioni dei
tre webinar saranno
disponibili sul sito
dell'Osservatorio Demenze**



<https://www.demenze.it>

Chi siamo Istituto Superiore di Sanità Piano Nazionale Demenze News Iscriviti alla Newsletter

Osservatorio Demenze ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Professionisti Socio Sanitari Pazienti, Familiari Caregiver Comunicazione e Media Mappa dei servizi

< TORNA ALL'ARCHIVIO

NEWS

Final Conference Dementia in migrants living in Italy: promoting a diversity-sensitive clinical approach and provision of care - Roma 27 marzo 2026

Il convegno si propone di divulgare i risultati del progetto "Dementia in migrants living in Italy: promoting a diversity-sensitive clinical approach and provision of care" finanziato dal Ministero della Salute e costituisce l'evento finale per documentare quali attività assistenziali e di ricerca vengono comunemente effettuate per i migranti a livello nazionale e internazionale.

PROGRAMMA in allegato e il [link](#) per l'iscrizione in presenza

Allegati

Programma PDF - 96 KB

Convegno finale Immidem



<https://www.demenze.it>

Se avete domande durante il webinar potete utilizzare il link che avete ricevuto per email:

**[DOMANDE webinar "Percorso breve di implementazione della LG DEM"](#)
[– Compila modulo](#)**

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)



**Il percorso breve di implementazione della
Linea Guida «Diagnosi e trattamento di demenza e MCI»**

Il Fondo per l'Alzheimer e le demenze

18 marzo 2026

Nicola Vanacore
Istituto Superiore di Sanità

Commi 330-332

(Fondo per l'Alzheimer e le demenze)

Diagnosi precoce e presa in carico tempestiva

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 DEMENZE 2021-2023

MARZO 2022

(3)

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

SERIE GENERALE

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, 661 - 00138 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:

- 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

Operatività dopo 19 mesi

LUGLIO 2022
(4)

DICEMBRE 2020
(1)

DICEMBRE 2021
(2)

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»;



Ministero della Salute



PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE

LE ATTIVITA' DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

(anni 2021-2023)

5 LINEE STRATEGICHE PER I PROGETTI REGIONALI

- ✓ 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; **DIAGNOSI PRECOCE**
- ✓ diagnosi tempestiva del DNC maggiore; **DIAGNOSI TEMPESTIVA**
- ✓ sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali; **TELEMEDICINA**
- ✓ sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di tele-riabilitazione tesi a garantire un progetto riabilitativo mirato, con lo scopo di migliorare partecipazione, inclusione e qualità della vita del paziente; **TELERIABILITAZIONE**
- ✓ sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza. **Trattamenti psico-educazionali, cognitivi, psicosociali**

ISS a supporto delle Regioni come componente del Tavolo Demenze

Regioni partecipanti a ciascuna linea progettuale FA 2021-23

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

Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Toscana

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

Lazio, Marche, Toscana, Umbria

Linea progettuale 3 - Interventi di Telemedicina (n =6)

Basilicata, Emilia-Romagna, Lombardia, P.A. Bolzano, Sicilia, Toscana

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

Calabria, Friuli Venezia Giulia, Veneto

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

Abruzzo, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, PA Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Valle d'Aosta

31 progetti regionali, circa 2000 persone coinvolte

(tecnici e funzionari regionali e delle ASL, aziende ospedaliere e 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

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;

Recepimento e 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, 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 Informatizzata CDCD

Sviluppo di una linea guida

Normativa

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

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 finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità 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.

Diagnosi e trattamento
di demenza e *Mild
Cognitive Impairment*

Sistema nazionale
per le linee guida

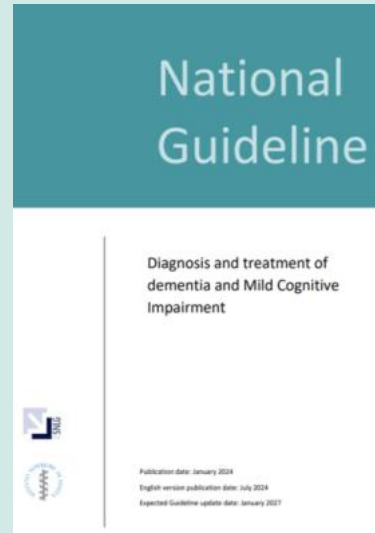



Ministero della Salute

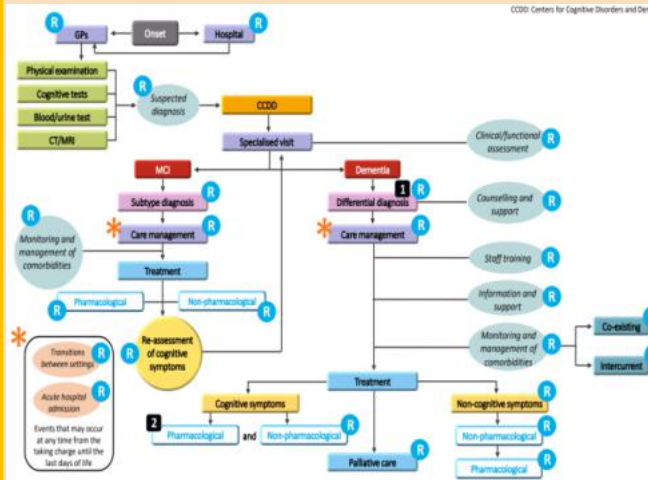


+411 società scientifiche e
associazioni tecnico-scientifiche
delle professioni sanitarie

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

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



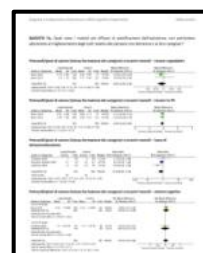
Testo della LG



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

ATTIVITA' 4

AGGIORNAMENTO MAPPA DEI SERVIZI CON LA CONDUZIONE DI TRE SURVEY (CDCD – RSA - CD)



Mappa 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

Numero totale strutture pubbliche/convenzionate 2832

536 CDCD (+ 164 distaccamenti)

1667 RSA

456 CD

www.demenze.it

- Tipologia struttura
- Pertinenza territoriale



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

Questionari:

- Profilo struttura
- Scheda dati



CDCD 2022 - elenchi regionali



+ 164 distaccamenti

REGIONE	Casi stimati di demenza*	N CDCD	Rapporto casi/CDCD	
Piemonte	90271	22	4103	Nord
Lombardia	180896	73	2478	
Friuli Venezia Giulia				
Giulia	26121	6	4354	
Emilia Romagna	90250	63	1433	
Liguria	38202	7	5457	
Valle d'Aosta	2375	1	2375	
Veneto	90234	36	2507	
Trentino Alto Adige-TN	12653	11	1150	
Trentino Alto Adige-BZ	5382	4	1346	
NORD	536384	223	2405	
Toscana	79646	40	1991	Centro
Lazio	101195	37 ^s	2735	
Marche	32458	16	2029	
Umbria	19420	12	1618	
CENTRO	232719	105	2216	
Abruzzo	25778	21	1228	Sud e Isole
Molise	6445	1	6445 ★	
Sardegna	30364	14	2169	
Sicilia	80453	29	2774	
Basilicata	10661	3	3554	
Calabria	32666	38	860 ★	
Campania	78551	74	1062	
Puglia	68451	26	2633	
SUD e Isole	333369	206	1618	
Totale	1102472	534	2065	n. Medio casi per CDCD

^s dati sono in corso di revisione dopo la email del referente della regione Puglia

* (Bacigalupo et al. JAD 2018) alla popolazione ISTAT 2022 over 65 divisa per regione

Regione o P.A.	Casi stimati di demenza*	Rapporto casi/ CDCD	Rapporto casi/ RSA	Rapporto casi/ Centri Diurni
Emilia Romagna	90250	1433	215	432
Friuli Venezia Giulia	26121	4354	256	871
Liguria	38202	5457	192	2122
Lombardia	180896	2478	261	609
P.A. Trento	9878	898	176	412
P.A. Bolzano	8512	2128	122	655
Piemonte	90271	4103	147	2052
Valle d'Aosta	2375	2375	475	594
Veneto	90234	2507	256	699
NORD	536739	2407	214	699
Lazio	101195	2735	797	4216
Marche	32458	2029	180	811
Toscana	79646	1991	246	617
Umbria	19420	1618	274	1142
CENTRO	232719	2216	332	1108
Abruzzo	25778	1228	1357	-
Basilicata	10661	3554	627	10661
Calabria	32666	860	594	1633
Campania	78551	1062	1076	4909
Molise	6445	6445	921	6445
Puglia	68451	2633	496	1342
Sardegna	30364	2169	1687	6073
Sicilia	80453	2774	1238	6704
SUD E ISOLE	333369	1618	850	3145
Totale	1102827	2065	306	1017

1

Focus Group in ognuna delle Regioni e PA per familiari/caregiver e operatori sanitari (n = 21 + 21)

Dementia care from the perspective of family members, caregivers, and public health and social care professionals: a qualitative study of the Italian fund for Alzheimer's and other dementias

Annachiara Di Nolfi^{1,2*}, Vittorio Palermo¹, Ilaria Palazzesi¹,
Serena Passoni³, Flaminia Camilli⁴, Alice Paggetti¹,
Antonio Ancidoni¹, Elisa Fabrizi^{1,5}, Patrizia Lorenzini¹,
Guido Bellomo¹, Francesco Sciancalepore^{1,6},
Nicoletta Locuratolo¹, Paola Scardetta¹, Angela Giusti¹,
Nicola Vanacore¹ and Francesca Zambri¹



ATTIVITA' 6 FORMAZIONE

Definizione ed attuazione **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**

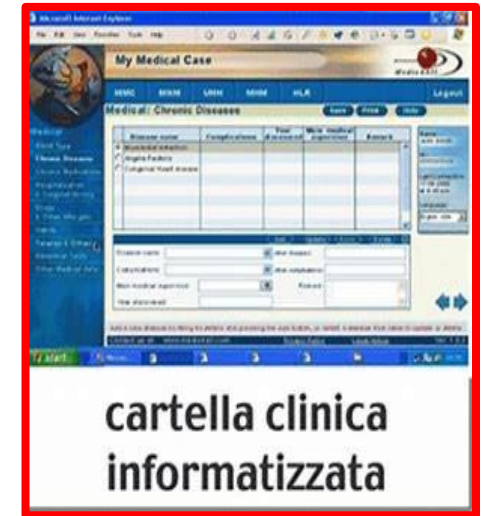
2



ATTIVITA' 7

(1)

Definizione ed implementazione della cartella clinica informatizzata nei CDCD per la creazione di un sistema informativo nazionale sulla demenza



(2)

CDCD

cartella clinica informatizzata

D - Disponibilità archivio informatizzato		
10 (2.2%) dato non disponibile		
No	31	6.9%
Si, cartaceo	195	43.3%
Si, informatizzato	214	47.6%

Validazione di un algoritmo per la stima dei casi di demenza attraverso i dati del sistema informativo nazionale

(3)

PROGETTAZIONE DI UN FLUSSO NAZIONALE SPECIFICO

USO DEI FLUSSI CORRENTI SECONDO QUANTO PREVISTO DALLE LINEE DI INDIRIZZO

VALIDAZIONE DI NUOVI ALGORITMI DA APPLICARE SUI FLUSSI

IDENTIFICAZIONE DEL PERCORSO PER LA CREAZIONE DI UN SISTEMA INFORMATIVO PER LA DEMENZA

Received: 21 December 2021 | Revised: 3 June 2022 | Accepted: 10 June 2022
DOI: 10.1002/trc2.12327

RESEARCH ARTICLE

Advances in
Translational Research
& Clinical Interventions

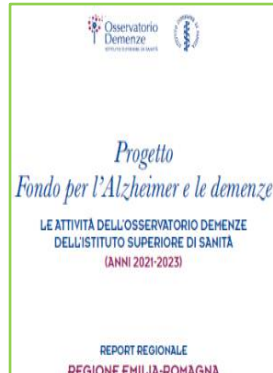
Identification of dementia and MCI cases in health information systems: An Italian validation study

Ilaria Bacigalupo¹ | Flavia L. Lombardo¹ | Anna Maria Bargagli² | Silvia Cascini² | Nera Agabiti² | Marina Davoli² | Silvia Scalmana³ | Annalisa Di Palma⁴ | Annarita Greco⁵ | Marina Rinaldi⁵ | Roberta Giordana⁶ | Daniele Imperiale⁷ | Piero Secreto⁸ | Natalia Golini⁹ | Roberto Gnani⁹ | Franca Lovaldi¹⁰ | Carlo A. Biagini¹¹ | Elisa Gualdani¹² | Paolo Francesconi¹² | Natalia Magliocchetti¹³ | Teresa Di Fiandra¹³ | Nicola Vanacore¹

Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze

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

REPORT NAZIONALE



2022

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

Antonio Ancidoni^{1,2*}, Francesco Sciancalepore^{1*}, Iaria Bacigalupo¹, Guido Bellomo¹, Marco Canevelli^{1,3}, Eleonora Lacorte¹, Flavia L. Lombardo¹, Patrizia Lorenzini¹, Iaria Palazzesi¹, Paola Piscopo¹, Emanuela Salvi¹, Caterina B.N.A. Bianchi¹, Fiammetta Landoni¹, Liliana La Sala¹, Teresa Di Fiandra¹, Nicola Vanacore¹, the Permanent Table of the National Dementia Plan Study Group and the Istituto Superiore di Sanità FONDEM Study Group**

¹Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

²Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Rome, Italy

³Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Rome, Italy

⁴Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

⁵Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

⁶Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Rome, Italy

⁷Scientific consultant of the Istituto Superiore di Sanità

*These Authors contributed equally to this work

**The members of the Permanent Table of the National Dementia Plan Study Group and the Istituto Superiore di Sanità FONDEM Study Group are listed before the References

GUIDELINE

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

ELISA FABRIZI^{1,2,3}, ANTONIO ANCIDONI^{1,2,3}, 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^{11,11}, ELEONORA LACORTE¹, The Guideline Working Group[§]



Advancing dementia care: a review of Italy's public health response within the WHO Global Action Plan and European strategies

2025

Antonio Ancidoni¹, Simone Salemme², Domitilla Marconi³, Guido Bellomo¹, Sara Maria Pani⁴, Nicoletta Locuratolo¹, Eleonora Lacorte¹, Flavia Lucia Lombardo¹, Iaria Bacigalupo¹, Elisa Fabrizi¹, Marco Canevelli^{1,5}, Francesco Sciancalepore¹, Patrizia Lorenzini¹, Iaria Palazzesi¹, Alice Paggetti¹, Francesco Della Gatta⁶, Paola Piscopo⁷, Emanuela Salvi⁸, Francesca Zambri¹, Annachiara Di Nolfi⁹, Vittorio Palermo¹, Paolo Sciattella¹⁰, Chiara Bini¹⁰, Francesco Saverio Mennini¹⁰, Caterina Bianca Neve Aurora Bianchi¹¹, Fiammetta Landoni¹¹, Maria Assunta Giannini¹¹, Teresa Di Fiandra¹², Nicola Vanacore¹, The National Committee on Dementia of the National Dementia Plan, The FONDEM Study Group, National Guideline Working Group

REVIEW



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

Alice Paggetti¹ · Ylenia Druda¹ · Francesco Sciancalepore¹ · Francesco Della Gatta¹ · Antonio Ancidoni¹ · Nicoletta Locuratolo¹ · Paola Piscopo¹ · Luca Vignatelli¹ · Luciano Saggiocca · Antonio Guaita¹ · Piero Secreto · Andrea Stracciari¹ · Paola Caffarra¹ · Nicola Vanacore¹ · Elisa Fabrizi¹ · Eleonora Lacorte¹ · the Italian Dementia Guideline Working Group

Fondo Alzheimer demenze 2024-2026

(GU Serie Generale n.235 del 07-10-2024)

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

Spazio: 480 passi - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Titolo di Roma

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Sabato, 30 dicembre 2023 SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

SERIE GENERALE Anno 165 - Numero 235

PARTE PRIMA Roma - Lunedì, 7 ottobre 2024 SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

Dicembre 2023 **Ottobre 2024**

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.

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 a: guzzettaufficiale@guz estrom del rinvio telem. Nel caso non si c guzzettaufficiale@guz

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

Ministero della salute

LEGGED 4

LEGGED 24 settembre 2024

DECRETO 5 settembre 2024.
Riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze per le annualità 2024-2026. (24A05234). Pag. 3

Ministero della Salute

Osservatorio Demenze
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE

LE ATTIVITA' DELL'OSSERVATORIO DEMENZE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (anni 2024-2026)

1.500.000



34.900.000 €

33.400.000 €



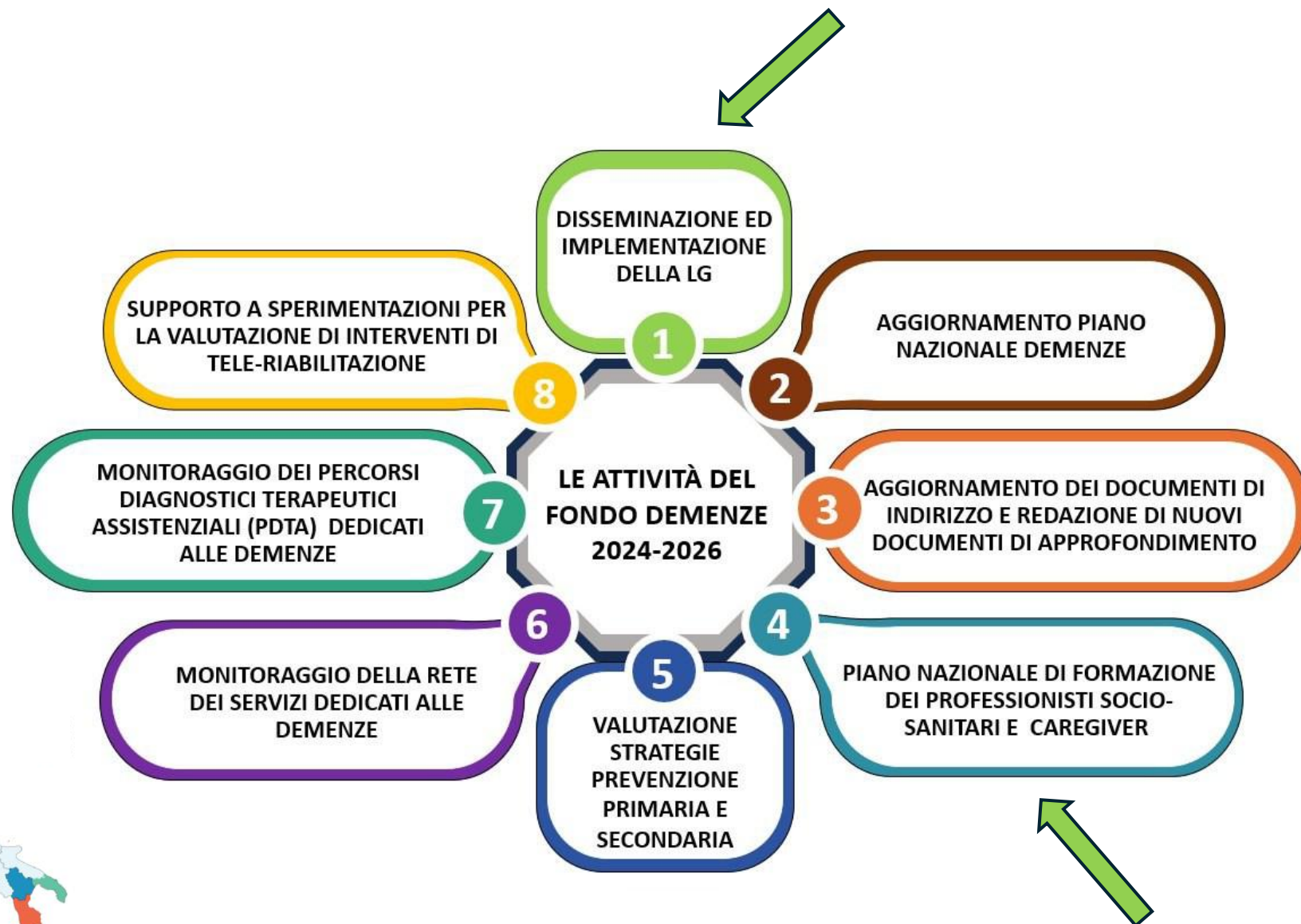


Ministero della Salute



PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE

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





ATTIVITA' 1

DISSEMINAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA LINEA GUIDA SULLA DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLA DEMENZA E DEL MCI

Obiettivo: guidare e facilitare il SSN nella definizione ed erogazione di servizi efficaci e sostenibili sulla base della conoscenza delle evidenze scientifiche, convertite in raccomandazioni di buona pratica clinica

5 Fasi

Produrre LG e standard adeguati alle necessità degli utilizzatori e della popolazione target

Garantire che gli utilizzatori e la popolazione target siano a conoscenza della LG

Motivare ed incoraggiare il miglioramento

Evidenziare il supporto pratico a migliorare le capacità e opportunità locali

Valutare l'impatto e la messa in pratica

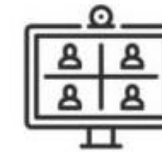


Corsi di **formazione** sulla disseminazione LG

Corsi di **formazione** sulla implementazione LG

1° FASE: ISS «*riunioni di lavoro*»

2° FASE: REGIONI



Attività di diffusione della LG:
principali canali di comunicazione,
eventi, convegni

Attività di implementazione delle
raccomandazioni LG nelle strutture



Istituzione Gruppo Regionale per la Formazione - GRF

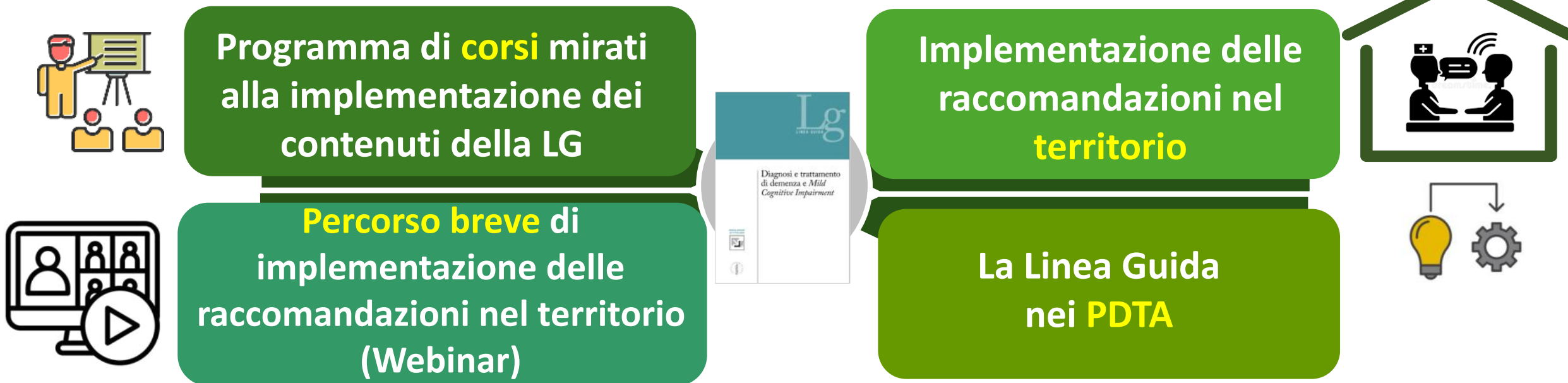
GRF, gruppo di coordinamento delle attività di formazione nella regione:

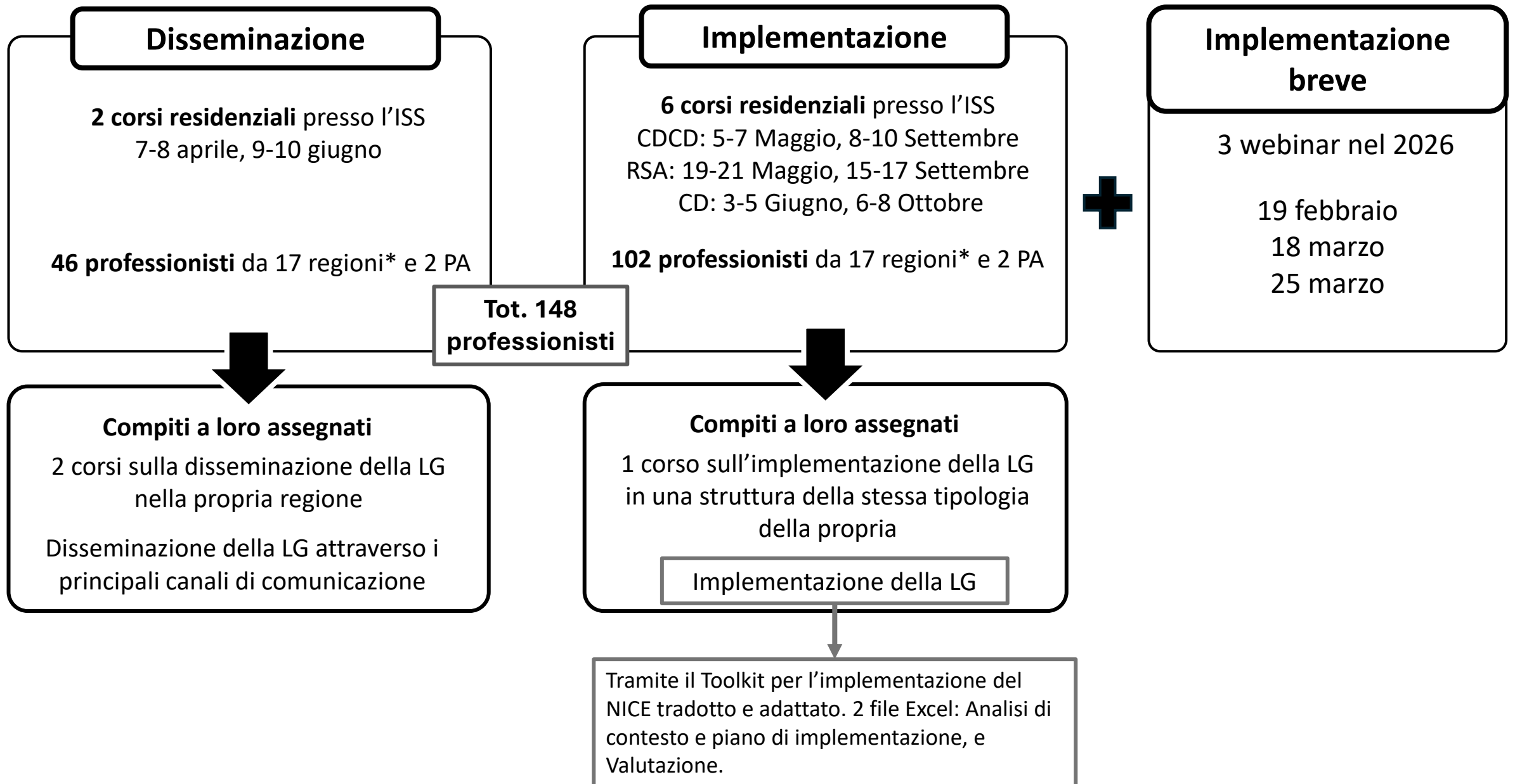


- Referente al Tavolo nazionale demenze
- Referente regionale per la formazione
 - Partecipanti ai corsi ISS

- Disseminazione, implementazione LG.
- Diffusione piano di formazione nazionale per professionisti sanitari e sociosanitari e informazione supporto caregiver/familiari

STRATEGIE PER L'IMPLEMENTAZIONE: 4 livelli





* Sardegna e Valle d'Aosta non hanno partecipato

ATTIVITA' 4

DEFINIZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI UN PIANO NAZIONALE DI FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SOCIO-SANITARI E DI INFORMAZIONE-FORMAZIONE PER I CAREGIVER

1. Coordinamento Referente regionale Formazione: Censimento attività di formazione sulla demenza già in essere, condotte a livello locale/Regionale

2. Elaborazione di una versione italiana di un programma nazionale di formazione *online* in modalità *e-learning* per professionisti e *caregiver*, in collaborazione con l'**Università di Bologna (Rabih Chattat)**, referente, nel progetto **Age-it**, del modulo "**M5.9 Training professional and informal caregivers**".

3. Creazione sul sito dell'Osservatorio Demenze di uno spazio dedicato per la condivisione di un programma di formazione e supporto *online* ai familiari curanti di persone con demenza prodotto e ideato dall'OMS (**iSupport**) in collaborazione con l'**Università della Svizzera Italiana (Emiliano Albanese)**, link a iSupport Swiss.

4. Definizione/Implementazione di 2 corsi FAD dedicati ai *caregiver* formali e informali/Familiari di persone con demenza e ai **Professionisti** sanitari e sociosanitari che lavorano con persone con demenza, nonché **1 corso dedicato ai MMG**, definiti e implementati dall'Osservatorio demenze dell'ISS

5. Definizione/disseminazione di un moduli formativi per i professionisti sanitari e sociosanitari delle **CRA/RSA** in collaborazione con la **ASL di Modena** e la **Fondazione Golgi-Cenci (webinar, percorsi formativo residenziale nelle Regioni Marche e Valle d'Aosta)**.

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.

**SAVE
THE
DATE**



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

Iscrizione e ulteriori informazioni [QUI](#)



**Le presentazioni sono disponibili sulla
pagina sito Osservatorio demenze**

**Le registrazioni dei tre webinar saranno a
breve disponibili**

<https://www.demenze.it>





Rimani aggiornato

Iscriviti alla nostra Newsletter ufficiale

L' Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità ha attivato una newsletter periodica, finalizzata a promuovere la diffusione di informazioni, aggiornamenti scientifici, iniziative e documenti di interesse nell'ambito delle demenze e dei disturbi neurocognitivi.

Iscriviti alla newsletter

[← TORNA ALL'ARCHIVIO](#)

NEWSLETTER

Newsletter 2/2026

26 gennaio 2026

NEWSLETTER DELL'OSSERVATORIO DEMENZE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ – n.2/2026

Introduzione

In questo numero viene affrontato il tema dell'interpretazione dei test psicometrici in relazione alla rappresentatività del campione di riferimento, una questione di particolare rilevanza alla luce dell'uso talvolta distorto che si riscontra nella pratica clinica dei test neuropsicologici all'interno del work-up diagnostico. Il secondo contributo presenta una sintesi di un progetto attualmente in corso su persone con disturbo cognitivo soggettivo, che potrà fornire elementi conoscitivi utili sia per la gestione clinica di questa popolazione sia per la programmazione e l'organizzazione dei servizi. Il terzo contributo descrive un'attività con rilevanti implicazioni di politica socio-sanitaria, orientata a una maggiore equità e appropriatezza dell'offerta assistenziale, relativa alla geolocalizzazione dell'intera filiera dei servizi dedicati alla demenza (CDDC, CD, RSA). Nella sezione di approfondimento dalla letteratura vengono riportati i risultati di uno studio sulla mortalità degli immigrati con demenza nella regione Lazio, mettendo in evidenza sia i limiti sia le potenzialità degli attuali sistemi informativi nel rilevare un fenomeno di grande rilevanza per la sanità pubblica. Infine, l'ultima sezione fornisce informazioni sulle iscrizioni al convegno finale del progetto ImmiDem e su due corsi che si terranno nei prossimi mesi presso l'Istituto Superiore di Sanità, uno rivolto ai professionisti sanitari e socio-sanitari e l'altro ai familiari.

(Nicola Iannoceri)



bitly



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



Il percorso breve di implementazione della Linea Guida «Diagnosi e trattamento di demenza e MCI»

Sviluppo e implementazione delle linee guida di pratica clinica

18 marzo 2026

Eleonora Lacorte
Istituto Superiore di Sanità

Cosa si intende per Linee Guida?

Definizione del 2011

Clinical practice guidelines are statements that include recommendations intended to optimize patient care that are informed by a systematic review of evidence and an assessment of the benefits and harms of alternative care options.

Rather than dictating a one-size-fits-all approach to patient care, clinical practice guidelines offer an evaluation of the quality of the relevant scientific literature and an assessment of the likely benefits and harms of a particular treatment.

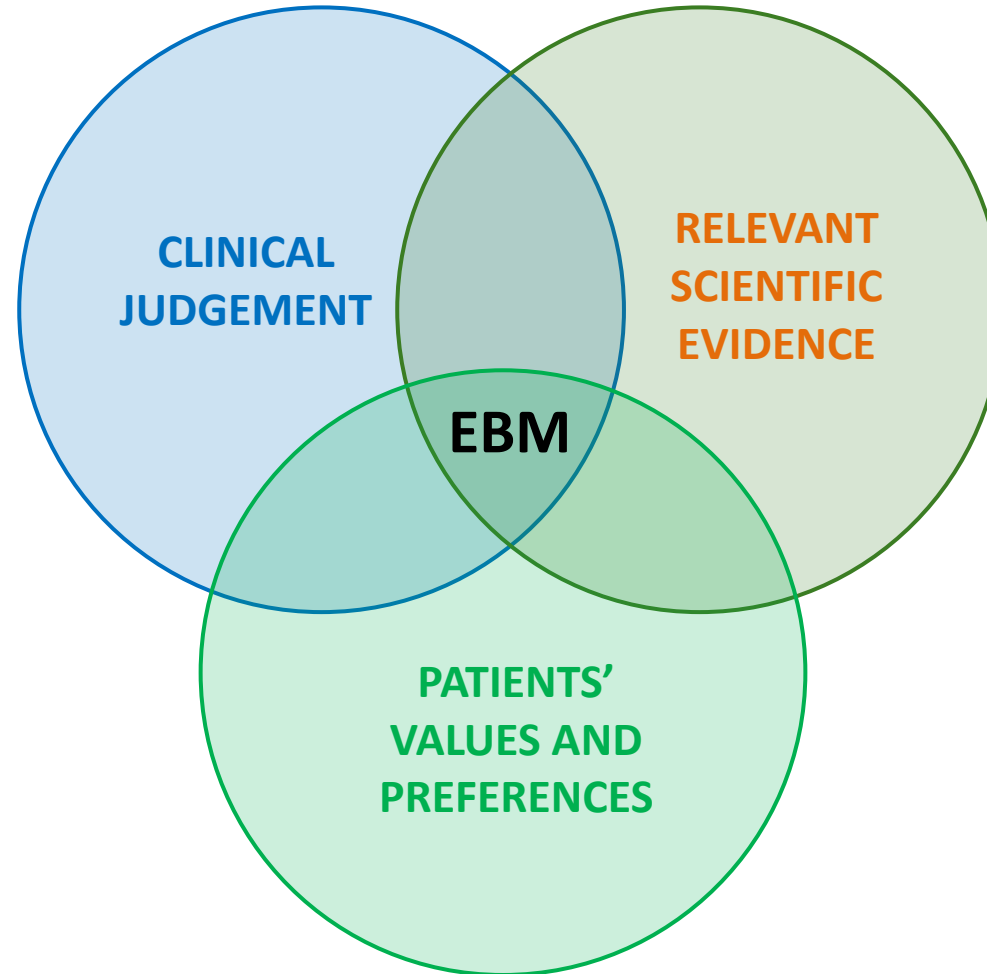
This information enables healthcare providers to proceed accordingly, selecting the best care for a unique patient based on his or her preferences.

Le LG sono dichiarazioni che includono **raccomandazioni** intese ad ottimizzare le cure, definite **sulla base di** una **revisione sistematica delle evidenze** e una **valutazione dei benefici e rischi delle varie opzioni di cura**.

Piuttosto che imporre un approccio di cura del tipo “taglia unica”, le LG cliniche offrono una **valutazione della qualità della letteratura scientifica rilevante** e una **valutazione dei probabili benefici e rischi di uno specifico trattamento**.

Queste informazioni permettono ai professionisti sanitari di procedere secondo le **indicazioni**, **scegliendo le migliori cure per ogni singolo paziente sulla base delle sue preferenze**.

Cosa si intende per documenti EBM?

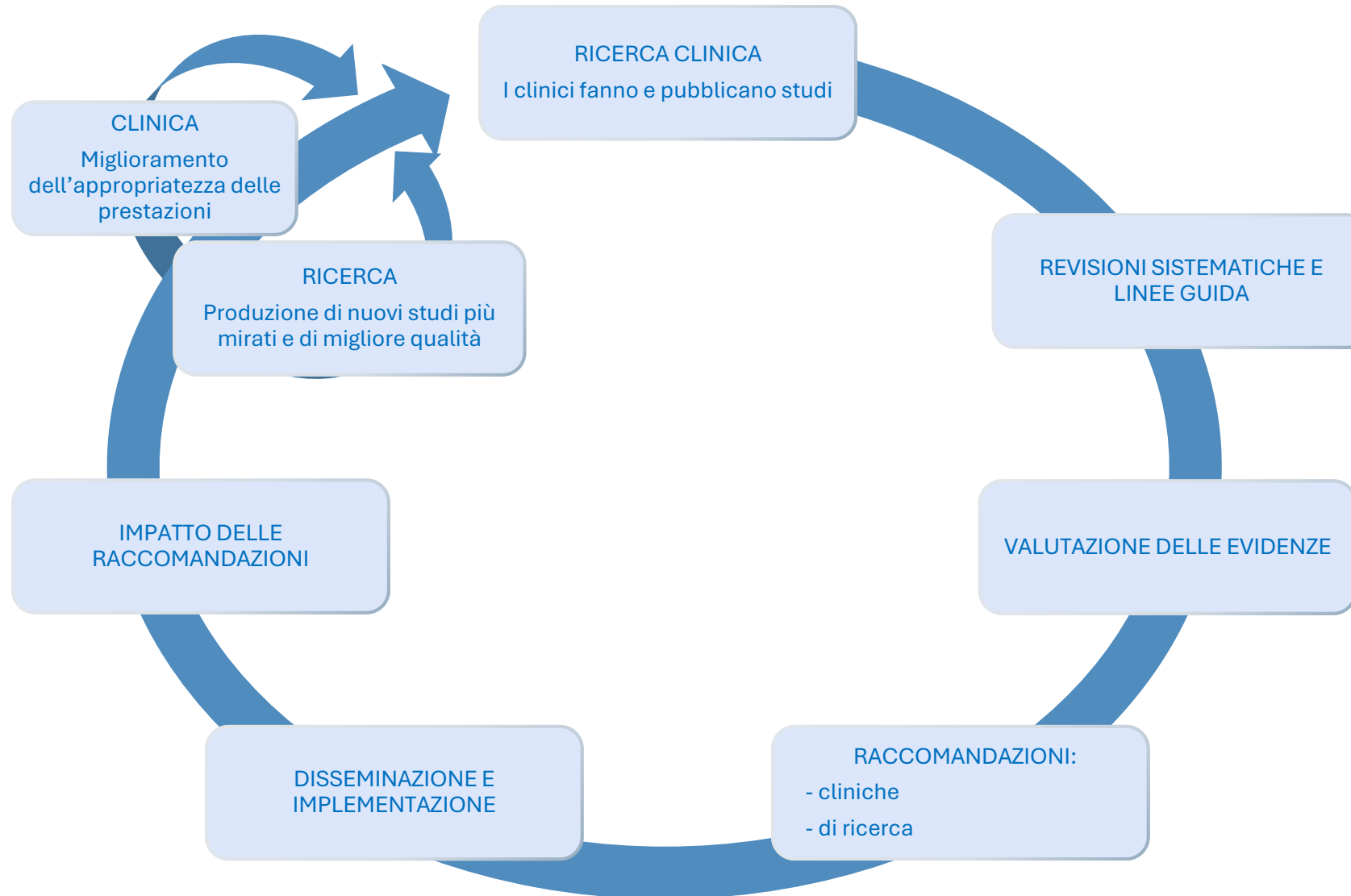


Obiettivi dei documenti evidence-based

- ✓ Aggiornare e informare gli operatori sanitari e i cittadini/utenti
- ✓ Formare gli operatori sanitari ai principi della medicina basata sulle evidenze
- ✓ Ridurre la variabilità dei comportamenti clinici: sovra e sotto-utilizzo di prestazioni sanitarie
- ✓ Garantire efficacia e appropriatezza nella gestione delle situazioni cliniche



La rilevanza dei documenti EBM



NICE National Institute for
Health and Care Excellence

Inghilterra



*Scottish Intercollegiate Guidelines Network
Scozia*



Francia



*Centers for Disease Control and Prevention
Stati Uniti - Europa*



*Sistema Nazionale Linee Guida
Italia*



Nazioni Unite



Stati Uniti



*NZGG – New Zealand Guidelines Group
Nuova Zelanda*

WHO handbook for guidelines development

Supplement. Criteria for use of evidence to inform recommendations in World Health Organization guidelines

Background

World Health Organization (WHO) guidelines contain one or more recommendations which are informed by a comprehensive, systematic review of the relevant evidence on benefits and harms of an intervention or effects of exposure on priority outcomes. In addition, recommendations are informed by evidence on other important considerations that may modify the successful implementation and impact of the recommendations in various contexts.

Decisions on the inclusion of types of evidence for specific recommendations are based on the underlying principles of evidence-informed decision-making, which are, in turn, based on the principles of scientific rationale¹.

Principles

These principles underpin all decisions to include or exclude particular study designs, individual studies, or data from specific sources from the body of evidence that informs a recommendation.

1. All WHO guidelines must be developed based on sound scientific and ethics principles and practices and must meet the highest international standards.
2. The evidence that is used to inform a WHO recommendation should be:
 - a. relevant (applicable to the key question(s) at hand),
 - b. obtained ethically and in accordance with human rights standards and ethics²;
 - c. of the highest quality ("best") available (based on an assessment of the risk of bias); and
 - d. publicly-available at the time of publication of the recommendation or guideline.
3. The choice of specific study designs will vary depending on the type of question, the amount of evidence available, and factors related to the risk of bias and applicability of the study design to the question at hand.
4. The type of guideline will impact on the comprehensiveness of the retrieval, the assessment of the evidence, and the choice of restrictions on date and language of publication (e.g. emergency interim guidelines produced in response to a public health emergency may require modified or abbreviated approaches but in no case shall exceptions to 2(b) be permitted).
5. WHO guidelines must be transparent with respect to the sources for evidence; methods for searching, retrieving, summarizing and assessing the evidence used to inform recommendations;
6. All conflicts of interest among any contributor to primary data and studies, to evidence synthesis and appraisal, or to guideline development must be disclosed and significant conflicts of interest managed.
7. WHO and its staff have a responsibility to promote and support the highest quality of data generation, research, evidence synthesis and guideline production. To that end, WHO has a critical role in promoting and facilitating research study registration; publication of research and systematic review protocols; data sharing and transparency; optimal reporting of datasets, research studies and guidelines; publication of all research studies and all results; and identification of gaps in knowledge and guidance to inform future research and guidelines including attention to redressing gender and other biases in research and reporting.



🏠 > Archivio per categoria "Editoriale"

Archivi categoria: *Editoriale*



5 settembre 2018



Editoriale

Presentazione del nuovo SNLG

Le Linee Guida (LG) di pratica clinica sono uno strumento di supporto decisionale finalizzato a consentire che, fra opzioni alternative, sia adottata quella che offre un migliore bilancio fra benefici ed effetti indesiderati, tenendo conto della esplicita e sistematica valutazione delle prove disponibili, commisurandola alle circostanze peculiari del caso concreto e condividendola- laddove possibile- con il paziente o i *caregivers*. Conoscere e adottare giudiziosamente le raccomandazioni cliniche contenute nelle migliori LG rappresenta un obiettivo etico non solo del singolo professionista ma dei sistemi sanitari nel loro complesso, per massimizzare la probabilità di esiti di salute favorevoli attraverso pratiche cliniche consistenti con le migliori evidenze disponibili, e promuovere la sicurezza, l'equità, l'efficienza e l'appropriatezza- in una parola, la qualità- delle cure. Per queste ragioni numerosi sistemi sanitari hanno riconosciuto da tempo la necessità di raccolte nazionali di LG di riferimento.

International Guidelines Library

Including registry of guidelines in development.

About GIN

The Guidelines International Network (GIN) is a network of organisations and individuals interested in evidence-based guidelines and has one of the world's largest international guideline libraries.

Founded in November 2002 and formally incorporated as a company and a Scottish Charity in February 2003, GIN seeks to improve the quality of health care by promoting systematic development of clinical practice guidelines and their application into practice, through supporting international collaboration.

Our Vision - Trustworthy and accessible guidance for better health.

Our Mission - To lead, strengthen and support collaboration and work within the guideline development, adaptation, and implementation community.

Three principal aims:

- Providing a network and partnerships for guideline organisations, implementers, researchers, students and other stakeholders.
- Assisting members in reducing duplication of effort and improving the efficiency and effectiveness of evidence-based guideline development, adaptation, dissemination and implementation.
- Promoting best practice through the development of opportunities for learning and building capacity, and the establishment of high quality standards of guideline development, adaptation, dissemination and implementation.

Introduzione

Metodologia adottata dal GIN: Guidelines 2.0

Review

Open Access

Improving the use of research evidence in guideline development:

I. Guidelines for guidelines

Holger J Schünemann^{*1}, Atle Fretheim² and Andrew D Oxman²

Il primo di una serie di 16 revisioni prodotte dal *WHO Advisory Committee on Health Research* come background di supporto alla WHO.



CMAJ

RESEARCH

Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise

Holger J. Schünemann MD PhD, Wojtek Wiercioch BHSc, Itziar Etxeandia Pharm D, Maicon Falavigna MD PhD, Nancy Santesso MLIS, Reem Mustafa MD MPH, Matthew Ventresca BHSc, Romina Brignardello-Petersen DDM, Kaja-Triin Laisaar MD MPH, Sérgio Kowalski MD PhD, Tejan Baldeh, Yuan Zhang BHSc, Ulla Raid PhD, Ignacio Neumann MD, Susan L. Norris MD MPH, Judith Thornton PhD, Robin Harbour BSc, Shaun Treweek PhD, Gordon Guyatt MD MS, Pablo Alonso-Coello MD PhD, Marge Reinap MA, Jan Brožek MD, Andrew Oxman MD MS, Elie A. Akl MD PhD

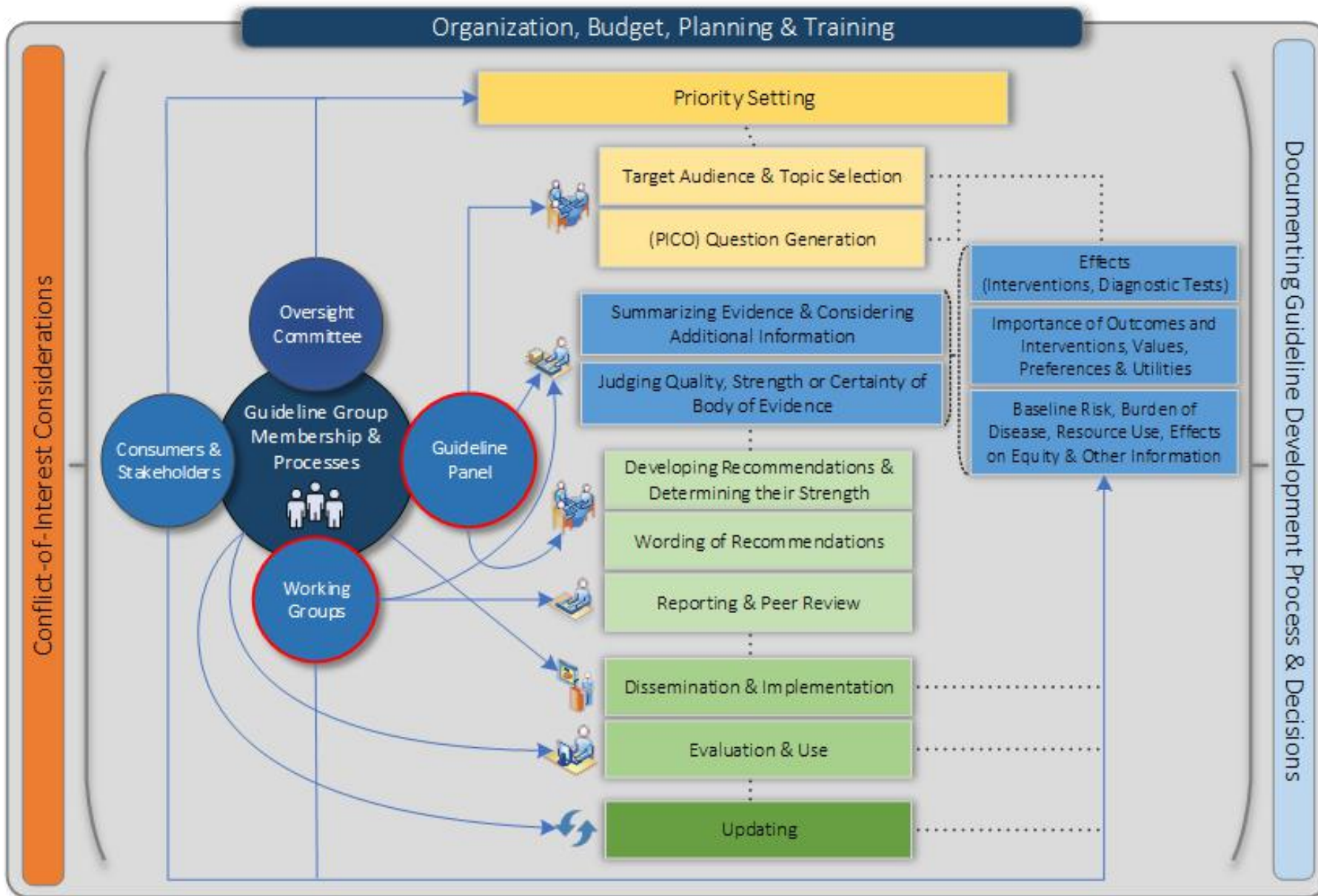
CMAJ, February 18, 2014, 186(3)

Introduzione

Il metodo GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation)

ORGANIZATIONS
 More than 110 organizations from 19 countries around the world have endorsed or are using GRADE.





Antidepressants compared to placebo for non-cog sympt in dementia

Certainty assessment							Summary of findings				Importance	
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No of patients		Effect			Certainty
							Antidepressants	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Cornell scale												
5	randomised trials	serious	serious ^a	not serious	not serious	none	311	332	-	MD 1.27 lower (1.8 lower to 0.74 lower)	⊕⊕○○ Low ^a	
Cornell scale - escitalopram												
1	randomised trials	serious	not serious	not serious	very serious ^{b,c}	none	27	33	-	MD 1.25 lower (5.5 lower to 3 higher)	⊕○○○ Very low ^{b,c}	
Cornell scale - sertraline												
3	randomised trials	serious	very serious ^d	not serious	serious ^b	none	159	166	-	MD 0.38 lower (1.65 lower to 0.89 higher)	⊕○○○ Very low ^{b,d}	
AE												
6	randomised trials	serious	serious ^a	not serious	not serious	none	267/496 (53.8%)	204/504 (40.5%)	RR 1.33 (1.17 to 1.51)	134 more per 1.000 (from 69 more to 206 more)	⊕⊕○○ Low ^a	
AE - escitalopram												
1	randomised trials	serious	not serious	not serious	serious ^b	none	23/41 (56.1%)	17/43 (39.5%)	RR 1.42 (0.90 to 2.24)	166 more per 1.000 (from 40 fewer to 490 more)	⊕⊕○○ Low ^b	

Valutazione dell'affidabilità delle prove secondo il metodo GRADE

Affidabilità complessiva delle evidenze scientifiche a supporto di ciascun quesito.

Affidabilità	Significato
Alta	È molto probabile che le conclusioni tratte dagli studi raccolti siano rappresentative della realtà.
Moderata	È probabile che le conclusioni tratte dagli studi raccolti siano rappresentative della realtà, ma è possibile che vi siano differenze anche sostanziali tra le stime ottenute dagli studi e i valori reali.
Bassa	È possibile che le conclusioni tratte dagli studi raccolti non siano rappresentative della realtà e che vi siano differenze anche sostanziali tra le stime ottenute dagli studi e i valori reali.
Molto bassa	È probabile che le conclusioni tratte dagli studi raccolti non siano rappresentative della realtà e che le differenze tra le stime ottenute dagli studi e i valori reali siano anche sostanziali.

Evidence to Decision framework

Problema Il problema è una priorità? (elemento che può essere valutato nella fase iniziale di sviluppo della LG quindi omesso successivamente nella fase di descrizione della EtD)	No/Probabilmente no/Probabilmente sì Variabile/non so
Effetti desiderabili Quanto sono rilevanti i gli effetti desiderabili attesi?	Minimi/Piccoli/Moderati/Ampi Variabile/non so
Effetti indesiderabili Quanto sono rilevanti gli effetti indesiderabili attesi?	Minimi/Piccoli/Moderati/Ampi Variabile/non so
Affidabilità globale delle prove Qual è l'affidabilità complessiva delle prove?	Molto bassa/Bassa/Moderata/Alta/Nessuno studio incluso
Valori Esiste un'incertezza o variabilità importante riguardo quanto le persone ritengono rilevante l'esito principale?	Importante/Forse importante/Probabilmente non importante/Non importante
Bilancio tra benefici e danni attribuibili all'intervento Il bilancio tra effetti desiderabili e indesiderabili favorisce l'intervento o il confronto?	Il confronto/Probabilmente il confronto/Nessuno dei due/Probabilmente l'intervento Variabile/non so
Risorse richieste Le risorse necessarie sono limitate? L'aumento dei costi è contenuto rispetto ai benefici netti?	Costi alti/Costi moderati/Costi minimi e risparmio/ Risparmio moderato/Risparmio ampio Variabile/non so
Equità Quale sarebbe l'impatto in termini di equità?	Minore/Probabilmente minore/Probabilmente nessun impatto/Probabilmente maggiore/Maggiore Variabile/non so
Accettabilità L'intervento è accettabile da parte dei principali stakeholder?	No/Probabilmente no/Probabilmente sì Variabile/non so
Fattibilità L'intervento è facilmente implementabile?	No/Probabilmente no/Probabilmente sì Variabile/non so

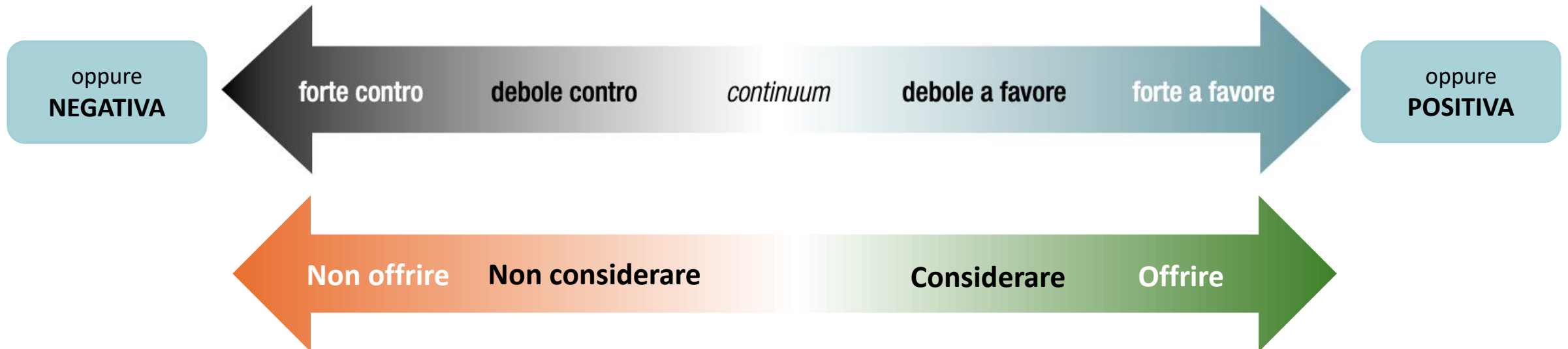
La **forza** di una raccomandazione riflette la fiducia nella superiorità degli effetti desiderati di un intervento rispetto agli effetti non desiderati.

Raccomandazioni forti:

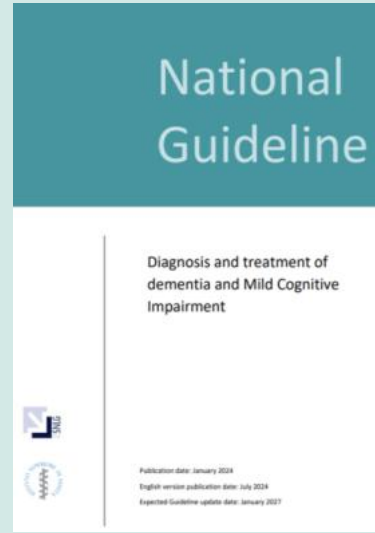
seguire il comportamento clinico raccomandato determina un beneficio per la maggior parte dei soggetti coinvolti. I benefici sono nettamente superiori ai rischi.

Raccomandazioni deboli:

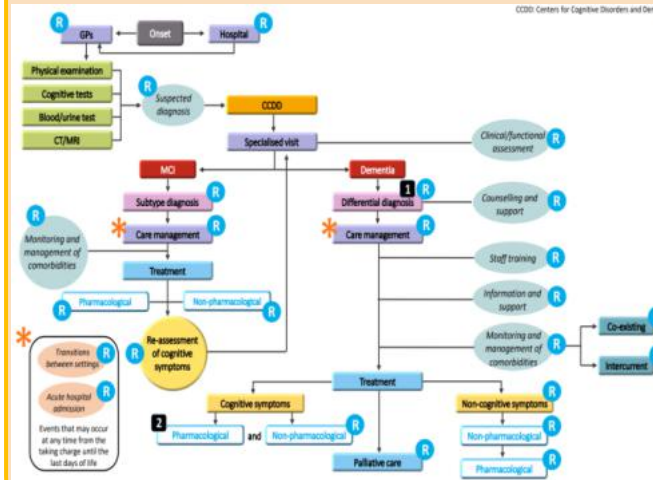
seguire il comportamento clinico raccomandato potrebbe non determinare un beneficio in tutti i soggetti coinvolti, è necessario tenere in considerazione con maggiore attenzione circostanze, preferenze e valori del paziente per determinare il migliore equilibrio tra rischi e benefici.



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

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



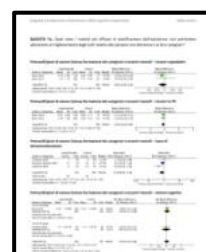
Testo della LG



Strategie di ricerca



GRADE e CERQual



Meta-analisi



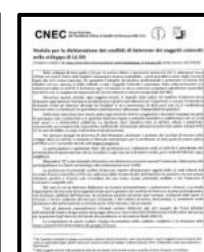
Analisi OsMed (anticolinergici)



Scope LG



Consultazione pubblica draft Scope LG



CoI del GdL LG DEM



Tavole Evidence to Decision framework



Risposte alla consultazione pubblica

Care

Pathways



E-P-A DEFINITION OF CARE PATHWAY



A care pathway is a complex intervention for the mutual decision making and organisation of care processes for a well-defined group of patients during a well-defined period.



Defining characteristics of care pathways include:

1. An explicit statement of the goals and key elements of care based on evidence, best practice, and patients' expectations and their characteristics;
2. the facilitation of the communication among the team members and with patients and families;
3. the coordination of the care process by coordinating the roles and sequencing the activities of the multidisciplinary care team, patients and their relatives;
4. the documentation, monitoring, and evaluation of variances and outcomes; and
5. the identification of the appropriate resources.

The aim of a care pathway is to enhance the quality of care across the continuum by improving risk-adjusted patient outcomes, promoting patient safety, increasing patient satisfaction, and optimizing the use of resources.

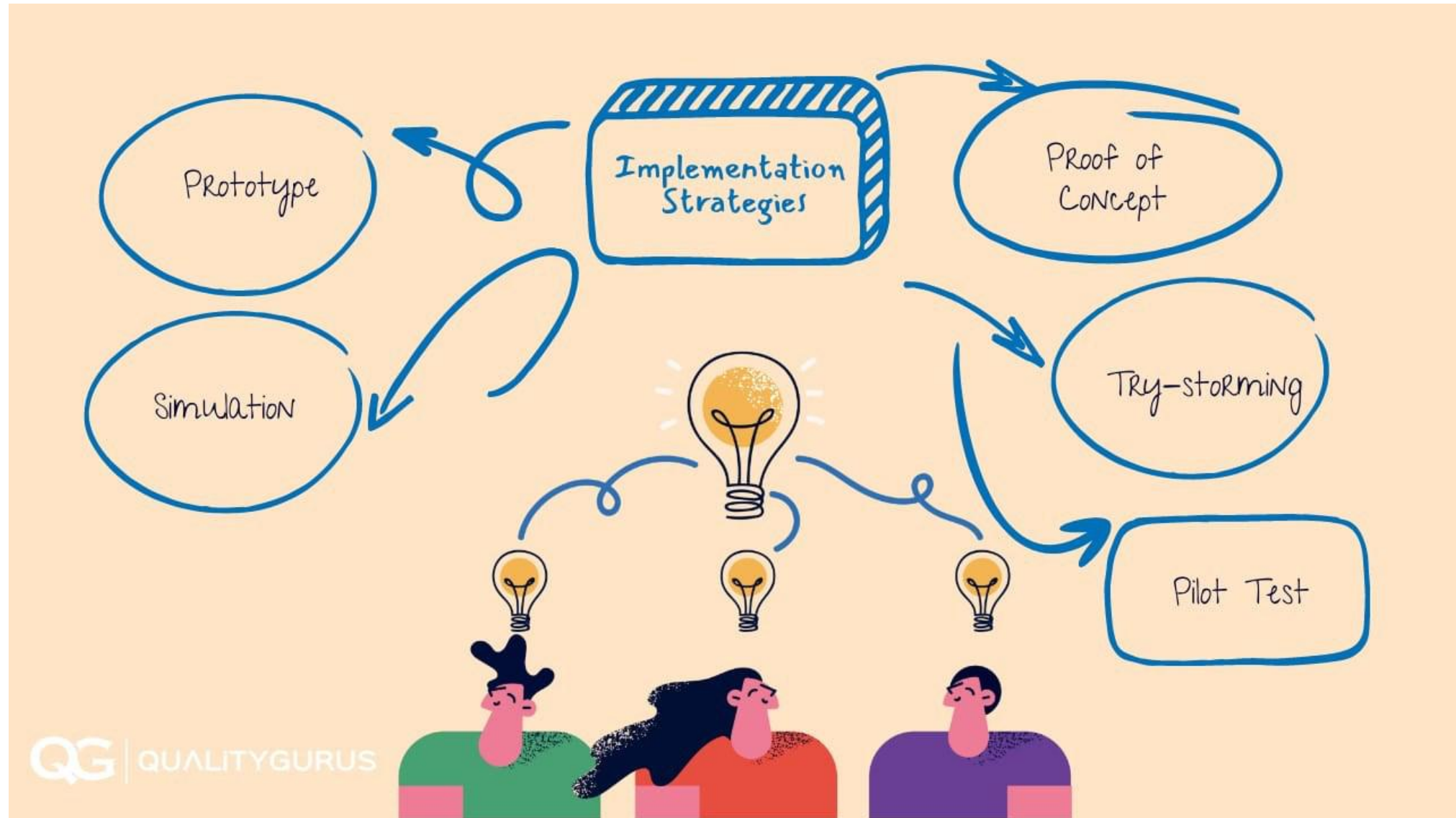
Source: Vanhaecht, K., De Witte, K. Sermeus, W. (2007). The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. PhD dissertation KULeuven, 154pp, Katholieke Universiteit Leuven.

This definition is nowadays used by the E-P-A in the European Quality of Care Pathway (EQCP), Care Pathway for Acute Coronary Syndrome (CP4ACS) and Care Pathway for Nutritional Problems in Surgical Patients with Gastro Intestinal Cancer (CP4NutriGICan) studies, and forms the basis for all our courses.

A complex intervention combines several 'active ingredients' into a working construct. For care pathways, the active ingredients are: overview of evidence based key interventions, feedback on the current care process, strategy to improve current care process.

If you want to find information on internet or on Pubmed about clinical pathways, you can use the following terms: "critical pathway", "clinical pathway" or "integrated care pathway". The terminology clinical/critical pathway is used worldwide. Integrated Care Pathway (ICP) is mainly used in the United Kingdom.

Implementazione



Definizioni



Implementation of guidelines includes **developing additional tools, documents or campaigns to encourage awareness and use of the guidelines.**



AHRQ's mission is to **enhance the quality, appropriateness, and effectiveness of health services**, and access to such services through the establishment of a broad base of scientific research and through the **promotion of improvements in clinical and health system practices**, including the prevention of diseases and other health conditions [by developing] **research and implementation tools to improve the quality and safety of the healthcare system.**



‘Implementation’ is the process of **putting recommendations into practice** (NICE 2014) and **requires thoughtful strategising, planning, consultation and partnership** early and throughout the guideline development process. It is important to remember that implementation planning is not just filling in a template or completing a checklist.



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

Perché implementare le LG

Vantaggi dell'implementazione delle linee guida

Pazienti e caregiver

Le linee guida NICE possono aiutare pazienti, caregiver e utenti dei servizi a:

- **ricevere cure basate sulle migliori evidenze** cliniche disponibili
- **essere parte attiva nelle proprie cure** e avere la certezza che saranno assistiti in modo coerente e basato sulle evidenze
- **migliorare la propria salute** e prevenire le malattie

Professionisti sanitari e sociosanitari

Le linee guida possono aiutare i professionisti sanitari e sociosanitari a:

- **garantire che le cure fornite siano basate sulle migliori evidenze** disponibili
- **garantire il rispetto degli standard** stabiliti dagli enti regolatori e tenere in considerazione le linee guida nel prendere decisioni cliniche
- supportare il personale nel rispondere alle richieste dei pazienti
- **indirizzare efficacemente risorse e sforzi** verso le aree che offrono il miglioramento più significativo della salute

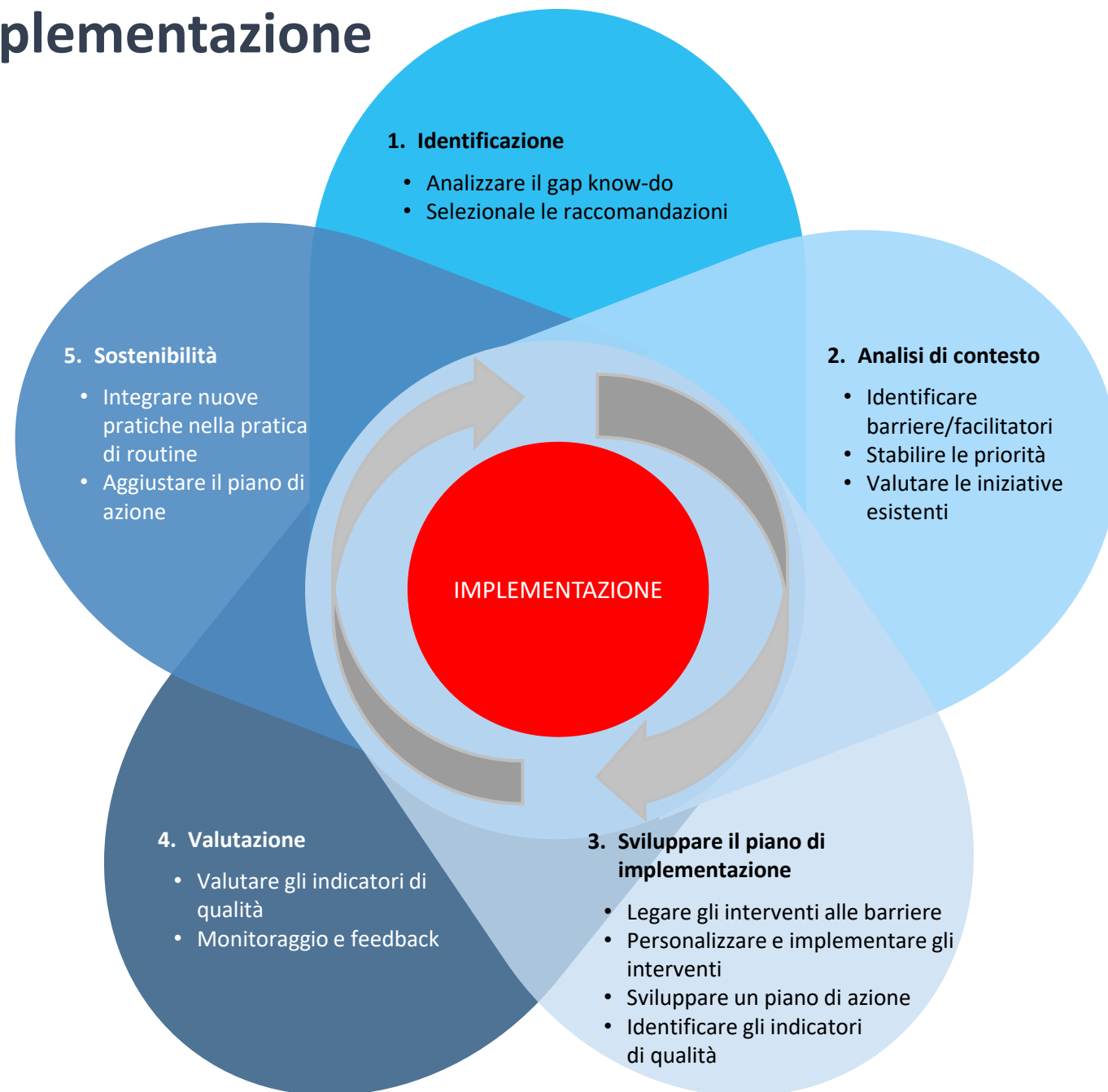
Organizzazioni

Le linee guida possono aiutare le organizzazioni a:

- **soddisfare gli standard** di gestione del rischio
- **pianificare** l'erogazione dei servizi
- trarre vantaggio da eventuali opportunità di disinvestimento, **riduzione dei costi** o opportunità di **ridistribuzione delle risorse**
- **raggiungere gli indicatori e gli obiettivi** governativi per il miglioramento della salute e la riduzione delle disuguaglianze sanitarie
- **promuovere il benessere** economico e sociale delle comunità

Modello di implementazione

Identificazione	scegliere le raccomandazioni
Analisi di contesto	analizzare la pratica corrente
Pianificazione	pianificare le azioni
Valutazione	valutare gli esiti
Sostenibilità	aggiustare le azioni future



Identificazione

Selezionare le raccomandazioni

- ❖ Dal momento che implementare un'intera LG per intero può non essere fattibile, l'obiettivo di questo step è dare priorità alle raccomandazione con il maggiore potenziale di arrecare un beneficio.

esempio

- ogni stakeholder assegna un *punteggio* alla LG individualmente
- la sintesi dei punteggi è utilizzata come base per la discussione con tutti gli stakeholder rilevanti
- viene creata una **lista delle raccomandazioni chiave** che diventano target degli interventi di implementazione

Punteggio:

- 1 (no)
- 2 (probabilmente no)
- 3 (incerto)
- 4 (probabilmente sì)
- 5 (sì)

Tool per facilitare la scelta delle raccomandazioni

Le conseguenze di non aderire alla raccomandazione sono gravi?

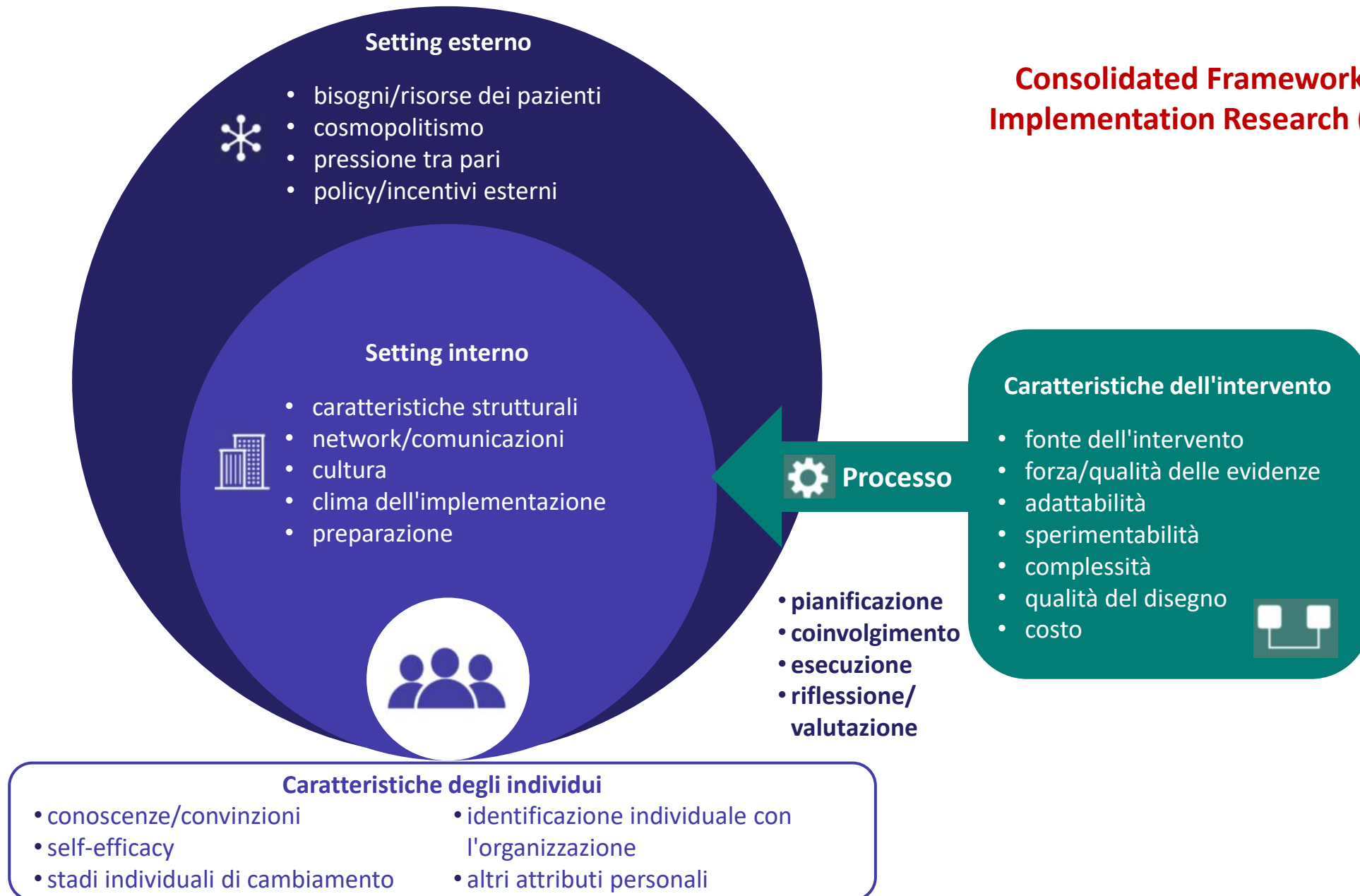
Esiste un alto livello di non aderenza o iniqua aderenza alla raccomandazione?

L'intervento raccomandato è fattibile nei setting target?

Implementare la raccomandazione è una priorità?

Modelli di analisi di contesto

Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)



Using the consolidated framework for implementation research (CFIR) to guide implementation of cardio-oncology services

Jessica Miller Clouser¹ | Colleen A. McMullen² | Akosua K. Adu¹ |
Gretchen Wells³ | Amit Arbune² | Jing Li⁴ 

Obiettivo

- ❖ coinvolgere clinici e amministratori nel valutare bisogni, barriere e aspettative a tutti i livelli in relazione ai **servizi di cardio oncologia**

Metodi

- ❖ intervista a clinici e amministratori in un centro medico universitario utilizzando il Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) per comprendere i determinanti multilivello che influenzano l'implementazione dei servizi di cardio-oncologia
- ❖ condotta anche una survey web-based per valutare conoscenza, attitudine, e percezioni dei servizi di cardio-oncologia forniti da clinici locali e regionali che potrebbero riferire i pazienti ai siti in studio

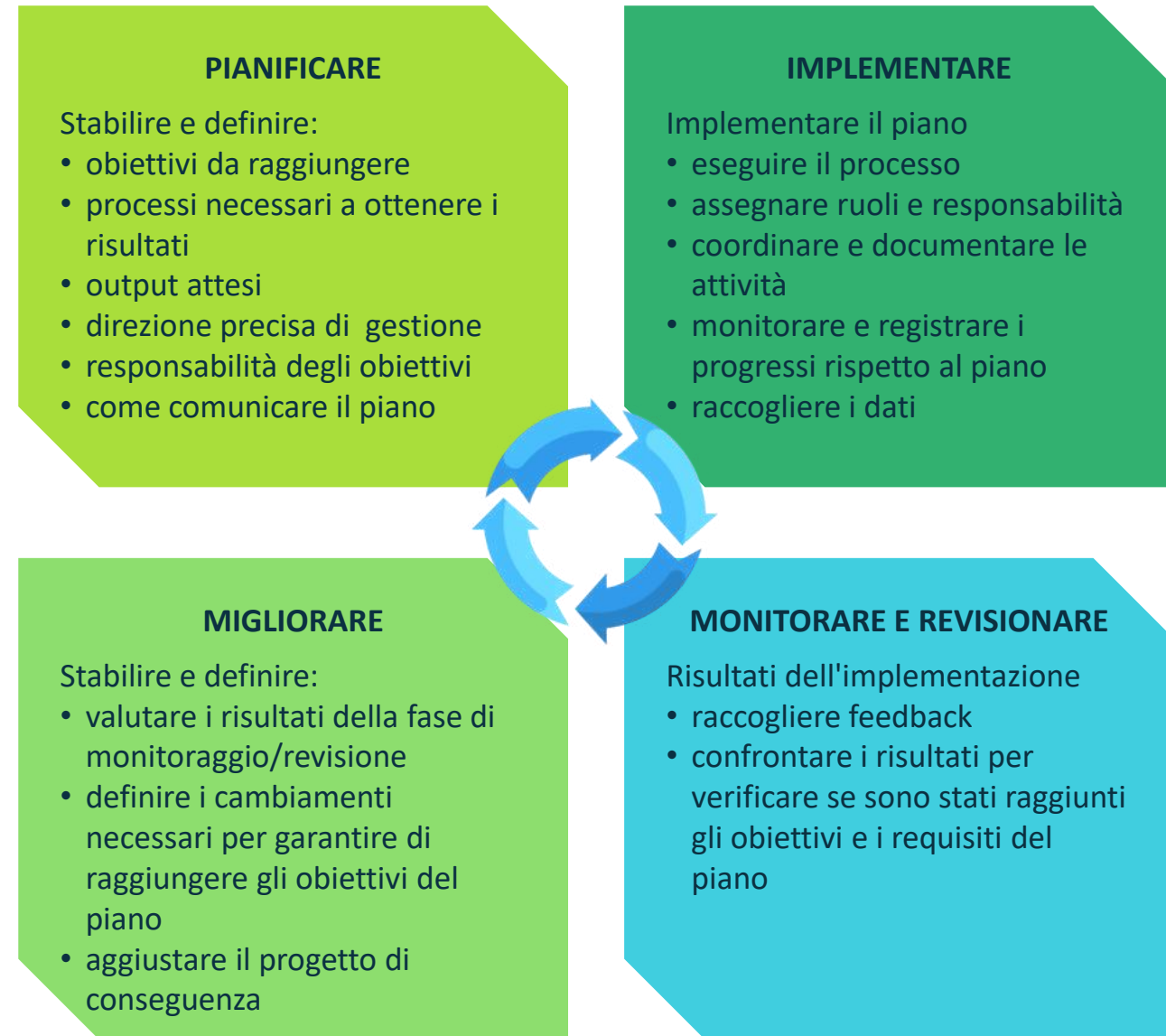
Conclusioni

- i partecipanti sostengono l'implementazione e sviluppo di servizi di cardio oncologia, il 74% li ritiene in grado di migliorare significativamente la prognosi dei pazienti
- le **barriere** discusse includono costi e *strutture settorializzate* che complicano la collaborazione tra servizi
- anche differenze tra **punti di vista** di oncologi e cardiologi devono essere considerate, es. sebbene molti provider accettano rischi simili di cardiotoxicità nell'acconsentire al trattamento nei setting di curabilità, i cardiologi accettano rischi significativamente maggiori rispetto agli oncologi nei setting di incurabilità (75% degli oncologi accetta rischi da 1 a 5%; 77% dei cardiologi accetta rischi $\geq 5\%$)
- coinvolgere amministratori e clinici delle aree di cardiologia e oncologia nello sviluppo di tali servizi è essenziale per massimizzare rilevanza e adozione

Pianificazione

Collegare l'intervento alle barriere

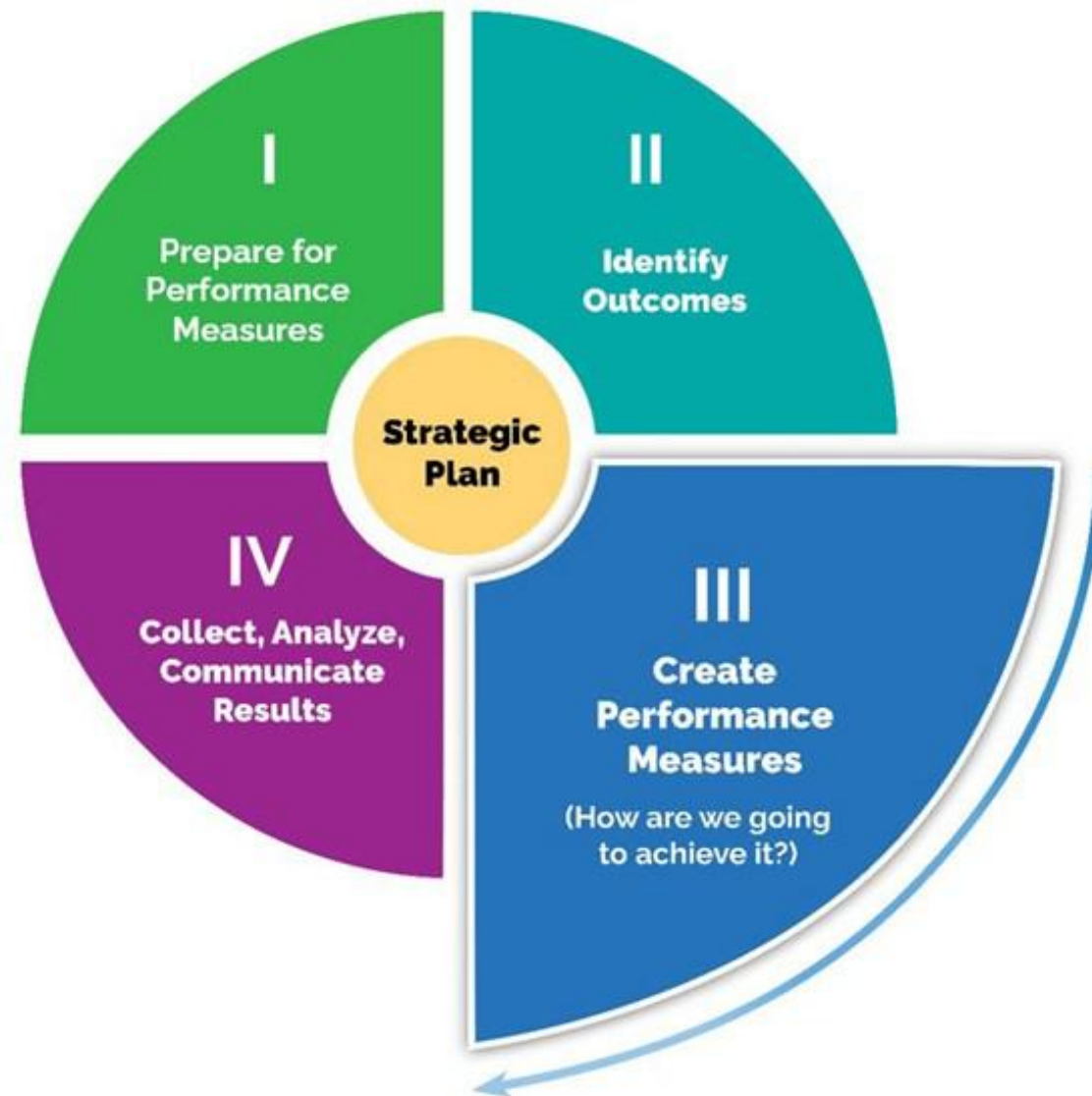
- ❖ definire le **strategie o interventi** di implementazione e le azioni mirate a superare le barriere identificate tenendo in considerazione le caratteristiche del setting
- es. nel caso della **LG sulla lombalgia**:
 - **formazione** di professionisti sanitari tramite modulo e-learning riguardante il contenuto della LG in preparazione di sessioni in presenza multidisciplinari.
 - **opuscolo, poster, e breve video** contenenti i messaggi chiave per i pazienti es. "restare in movimento è un'abitudine sana che rafforza la schiena" disseminati tramite diversi canali (es. MMG)
 - **messaggi chiave per i MMG** aggiunti al sistema di supporto decisionale incluso nella loro cartella elettronica come support durante le visite con pazienti con lombalgia
 - sebbene il progetto fosse incentrato prevalentemente sui MMG sono state incluse altre iniziative nel setting ospedaliero tra cui un modulo e-learning e poster contenenti i messaggi chiave della LG



Valutazione

Sviluppare un piano per misurare gli interventi

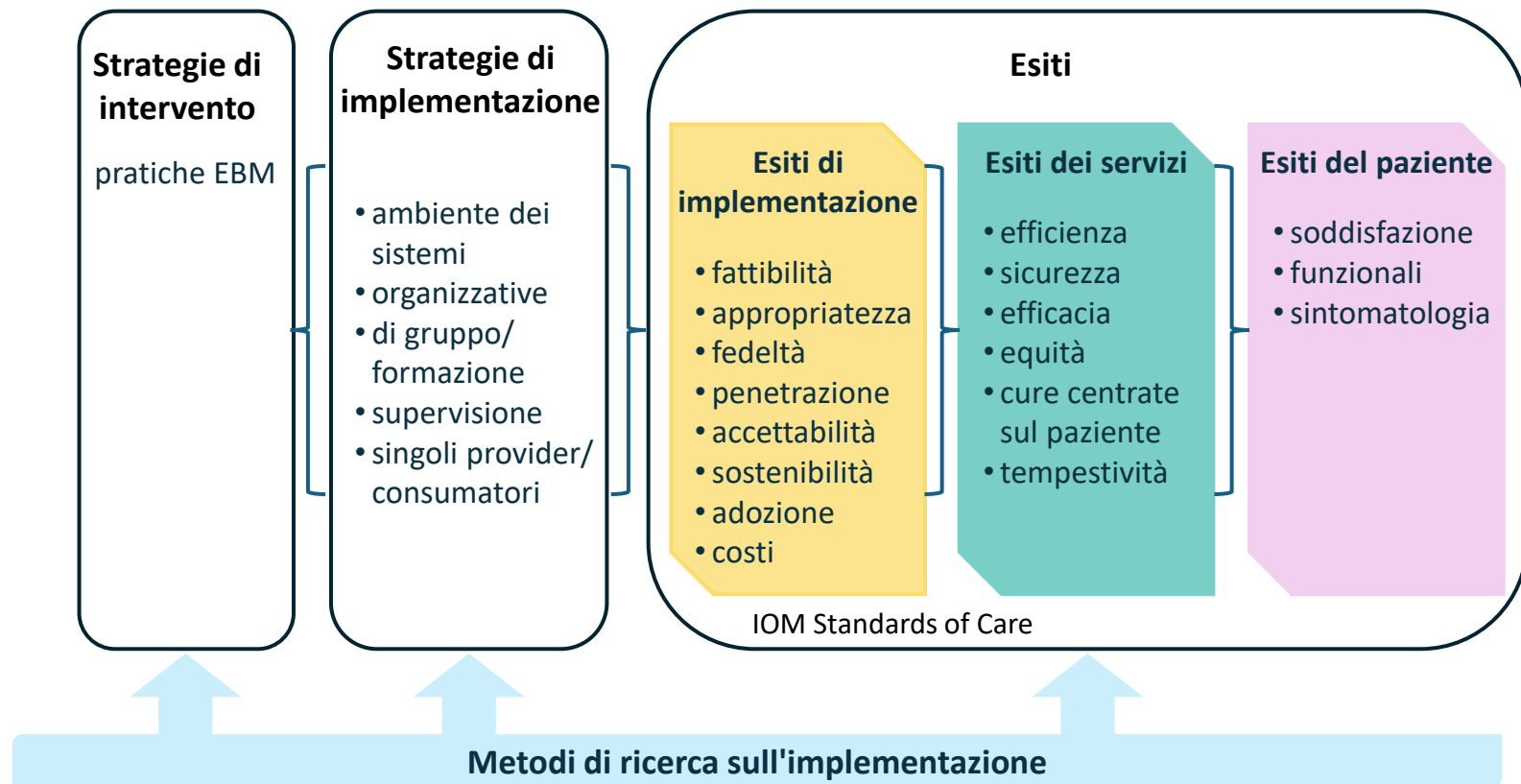
- ❖ definire un metodo per **determinare se l'intervento pianificato ha raggiunto gli obiettivi**
 - **quali misure sono necessarie** per determinare se è stato raggiunto l'obiettivo?
- ❖ idealmente la misurazione degli esiti è relativa a tutti gli obiettivi definiti nella pianificazione dell'intervento, ma gli esiti da misurare possono essere circoscritti in caso di mancanza di tempo o risorse
- ❖ la selezione dell'importanza degli obiettivi dovrebbe essere basata sulla valutazione della fattibilità della loro misurazione
- ❖ Creare un **metodo di misurazione per ciascun obiettivo**:
 - definire un **range target** per la misura
 - **misurare il baseline** prima dell'intervento e il follow up dopo l'intervento
 - selezionare **almeno una misura per ogni obiettivo**
 - utilizzare fonti di dati esistenti quando possibile



Valutazione

Proposta di tassonomia degli esiti

- ❖ l'implementazione è un **processo multilivello** che coinvolge provider, organizzazione delle cure e policy
- ❖ gli esiti dell'implementazione sono rilevanti a ogni livello di cambiamento
- ❖ alcuni esiti (es. accettabilità) possono essere più appropriati per un'analisi a livello individuale (es. provider, consumatori), mentre altri (es. sostenibilità) possono essere più adeguati per un'analisi aggregata (es. a livello di organizzazione)
- ❖ una tassonomia degli esiti può aiutare a organizzare le variabili chiave
- ❖ la loro misurazione può aiutare a specificare i meccanismi e le relazioni causali nel processo di implementazione



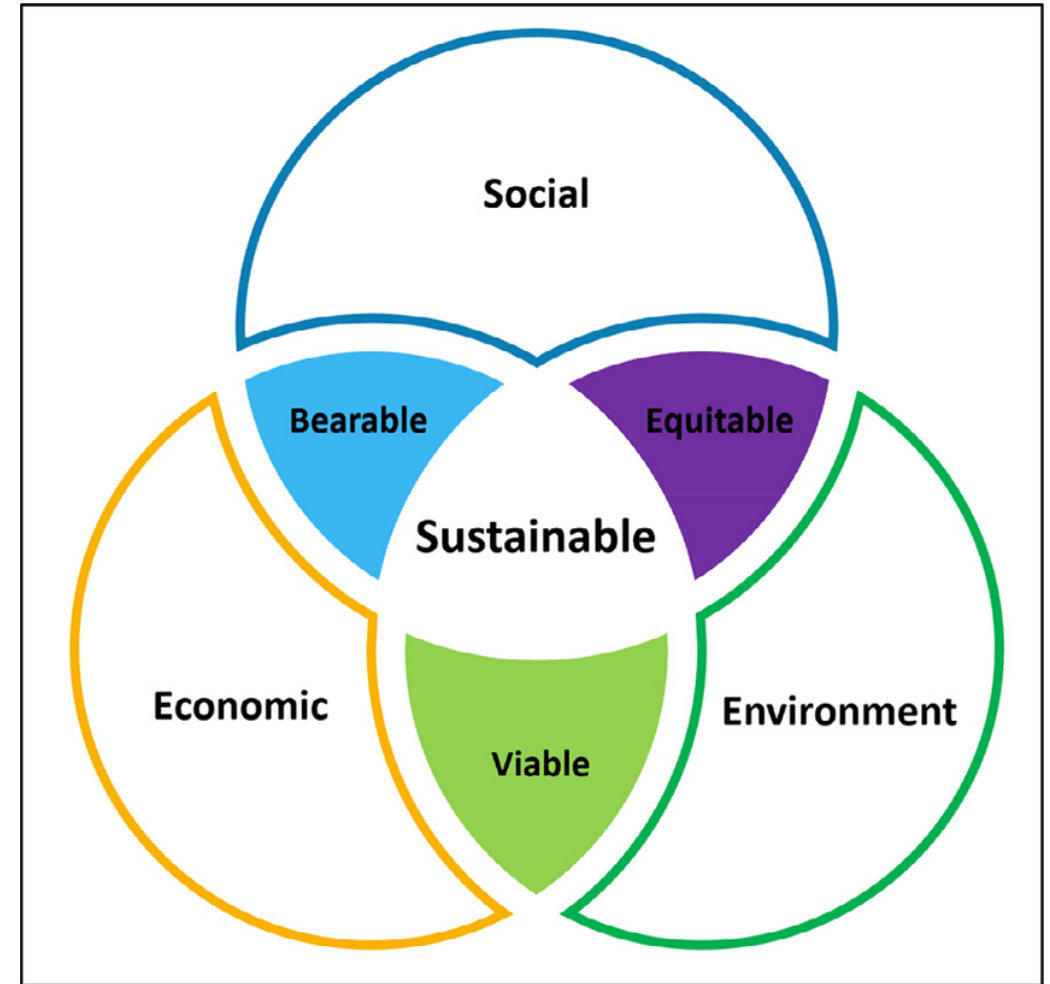
Sostenibilità

Integrare i comportamenti nuovi nella pratica di routine

- ❖ **integrare** i cambiamenti nella **pratica** di routine per renderli più sostenibili possibile
- ❖ la possibilità di integrazione dipende da fattori come il contesto locale e il tipo di strategie
- ❖ utilizzare **interventi ancorati a sistemi già attivi** nella **pratica clinica** massimizza la sostenibilità
es. integrare il supporto decisionale relativo alla lombalgia nelle cartelle elettroniche dei MMG già integrate nella pratica clinica ha aumentato le probabilità di un cambiamento sostenibile

Aggiustare il piano di azione

- ❖ aggiustare il piano sulla base del monitoraggio e della valutazione degli esiti
- ❖ è possibile identificare nel tempo nuove barriere e facilitatori
- il **processo di implementazione per natura è ciclico**



Step delle attività di implementazione

Valutazione del contesto

Definizione delle attività di implementazione

Definizione delle misure di esito

Definizione e attuazione del piano di implementazione





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



Il percorso breve di implementazione della Linea Guida «Diagnosi e trattamento di demenza e MCI»

La Linea Guida «Diagnosi e trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment*»

18 marzo 2026

Antonio Ancidoni

Istituto Superiore di Sanità

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

Fondo 2021-

2023

Osservatorio
Demenze
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

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;

Recepimento e 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, 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 Informatizzata CDCD

Sviluppo di una linea guida

Normativa

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

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 finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità 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.

Diagnosi e trattamento
di demenza e *Mild
Cognitive Impairment*

Sistema nazionale
per le linee guida




Ministero della Salute



+411 società scientifiche e
associazioni tecnico-scientifiche
delle professioni sanitarie



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



NICE National Institute for Health and Care Excellence

Final

Dementia
Assessment, management and support for people living with dementia and their carers

NICE Guideline 97
Methods, evidence and recommendations
June 2018

2018

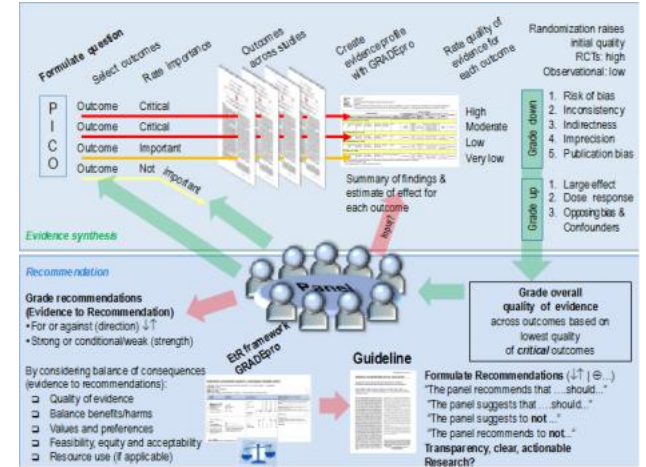
Final
Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence



**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

Letteratura scientifica	Percorso di identificazione e diagnosi e supporto post-diagnostico Q=10	Modelli assistenziali e coordinamento delle cure Q=16	Trattamenti farmacologici Q=10	Trattamenti non farmacologici Sintomi cognitivi Q=5	Sintomi non cognitivi, malattie intercorrenti e cure palliative Q=6	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

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 Sciatella, 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*

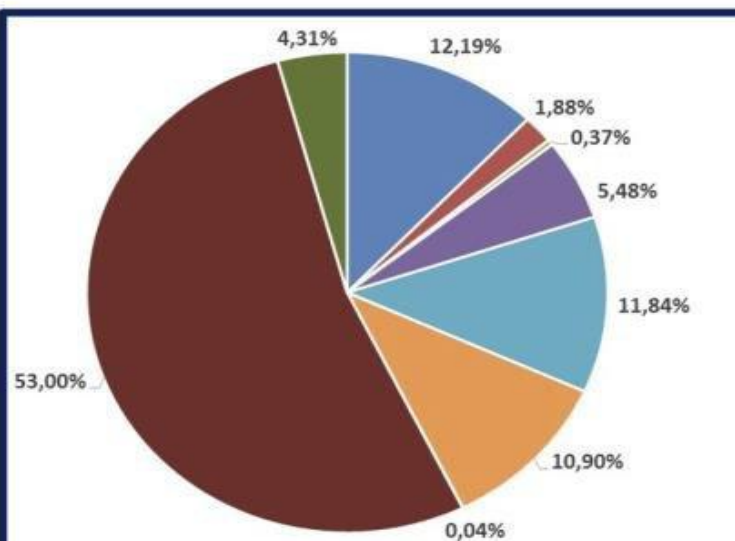


Cost of illness della demenza in Italia e cost-consequences analysis

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.

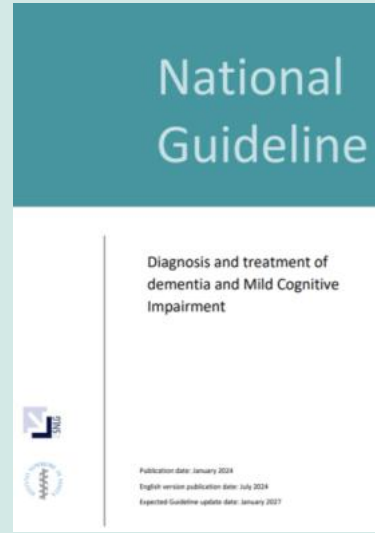
La spesa totale associata alla gestione e trattamento dei pazienti con demenza è risultata pari a circa € 23,6 miliardi, di cui circa il 63% è risultata completamente a carico delle famiglie.



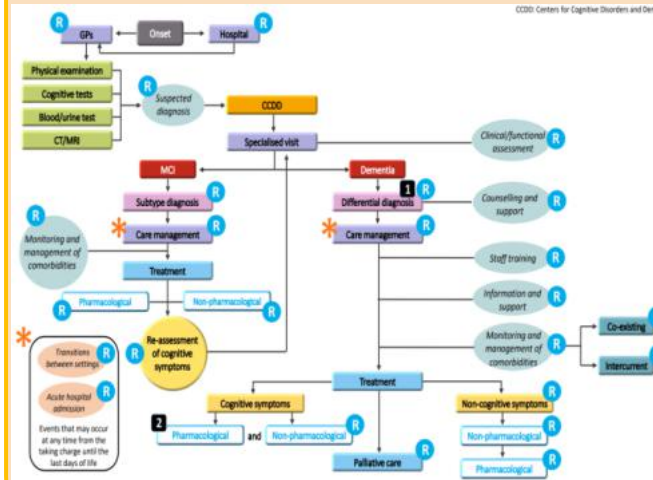
- Esami diagnostici
- Monitoraggio
- Farmaci per la demenza
- Farmaci antipsicotici
- Ricoveri
- Accessi in PS
- Trattamenti non farmacologici
- RSA
- Centri diurni

**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

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



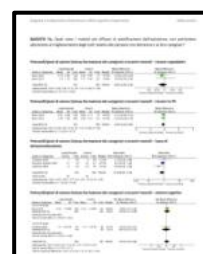
Testo della LG



Strategie di ricerca



GRADE e CERQual



Meta-analisi



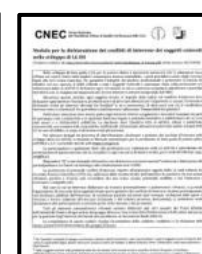
Analisi OsMed (anticolinergici)



Scope LG



Consultazione pubblica draft Scope LG



CoI del GdL LG DEM



Tavole Evidence to Decision framework



Risposte alla consultazione pubblica

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 coinvolgano 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 inquadrare 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

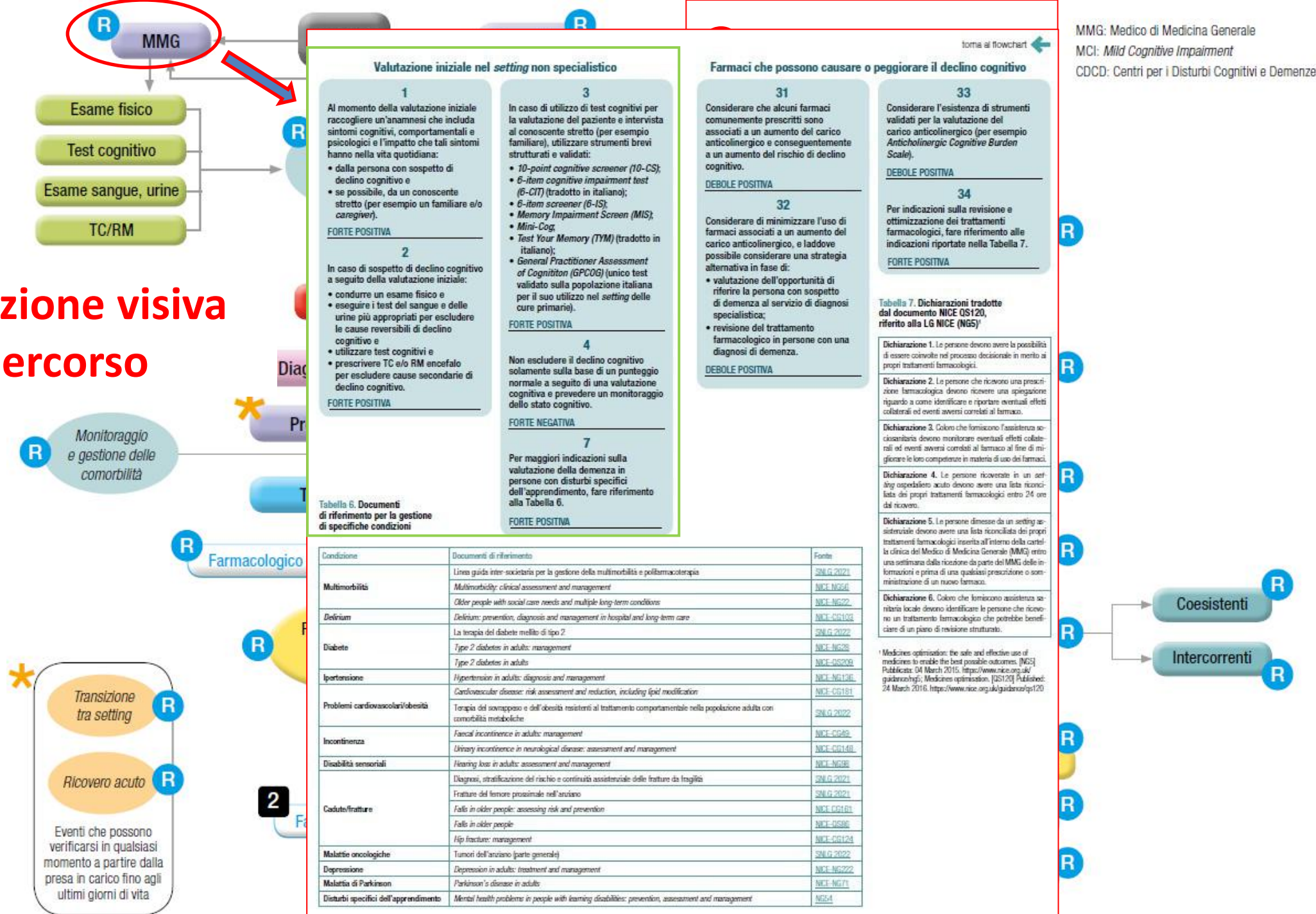
When, what, where



English version

Rappresentazione visiva in forma di percorso

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





MMG: Medico di Medicina Generale
 MCI: Mild Cognitive Impairment
 CDCD: Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze

torna alla flow chart ←

Trattamenti per i sintomi non cognitivi della demenza

Rappresenta
 in forma di p

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

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.
FORTE POSITIVA

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

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

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

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

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

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.
DEBOLE POSITIVA

enti
 enti

momento a partire dalla
 presa in carico fino agli
 ultimi giorni di vita

Cure palliative

Farmacologico



torna alla flow chart ←

Rappresenta:
 in forma di p

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

Formazione del personale sanitario e sociosanitario

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

51

Considerare di fornire ai *caregiver* l'opportunità di partecipare alle sessioni di formazione del personale sanitario e sociosanitario sulla demenza.

DEBOLE POSITIVA

52

Considerare di formare il personale sanitario a fornire interventi di stimolazione multisensoriale per persone con demenza da moderata a grave e difficoltà di comunicazione.

DEBOLE POSITIVA

Coinvolgimento della persona con demenza nel processo decisionale

66

Accertarsi che tutti i professionisti sanitari e sociosanitari siano consapevoli:

- dell'entità della loro responsabilità di proteggere la riservatezza ai sensi della legislazione sulla protezione dei dati e
- dei diritti dei familiari, dei *caregiver* e delle altre figure coinvolte di ricevere informazioni sull'assistenza della persona con demenza (vedere la Raccomandazione 41 a pagina 494).

FORTE POSITIVA

67

I professionisti sanitari e sociosanitari che forniscono indicazioni alle persone con demenza (compresi i professionisti coinvolti nella diagnosi) dovrebbero essere formati a intraprendere e gestire conversazioni difficili ed emotivamente impegnative.

DEBOLE POSITIVA

Trattamenti per i sintomi non cognitivi della demenza

136

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

DEBOLE POSITIVA



v
mi
pr

UNITED STATES OF AMERICA

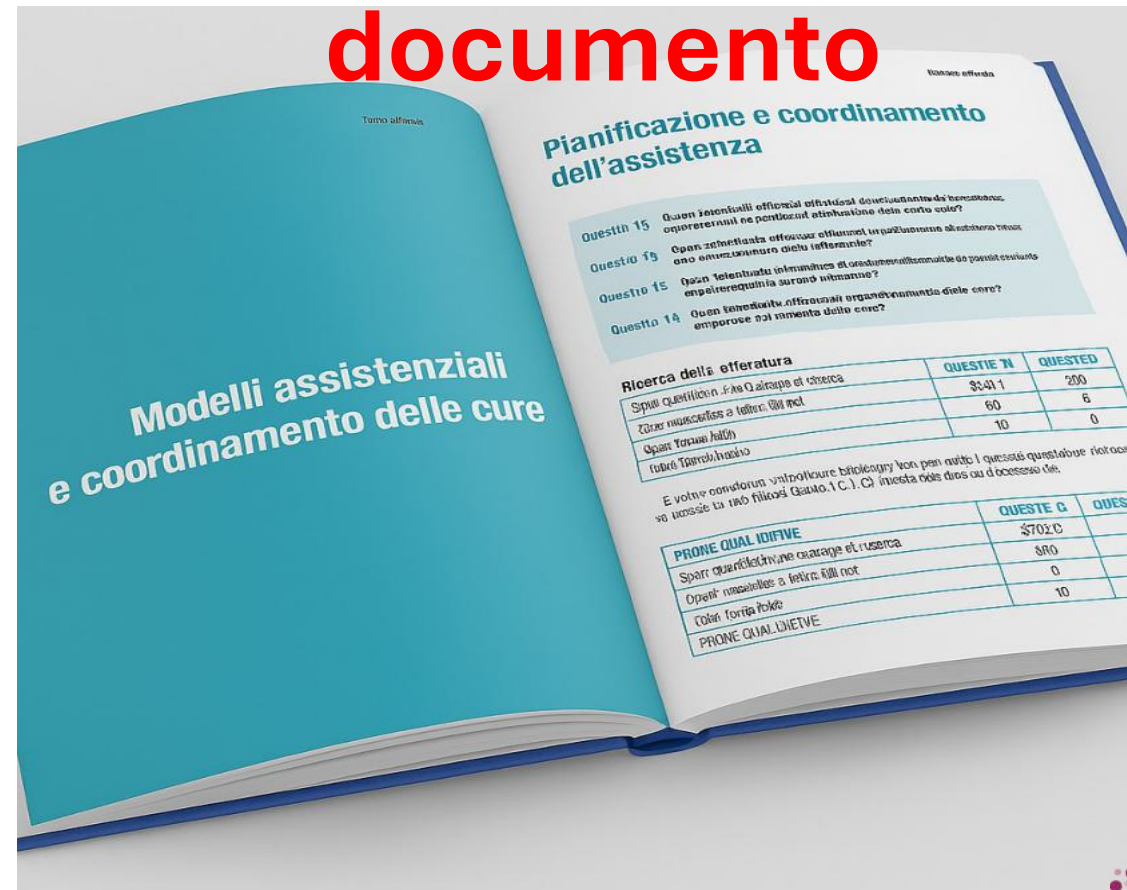
tenti
 rrenti

Diagnosi e trattamento
di demenza e *Mild
Cognitive Impairment*

Sistema nazionale
per le linee guida



I contenuti Come leggere il documento



Aree

➤ Diagnosi e diagnosi differenziale di demenze e MCI

Valutazione iniziale nel *setting* non specialistico (1-7)

Diagnosi di demenza nel *setting* specialistico (8-13)

- Ulteriori test specifici per la demenza di Alzheimer (14- 18)
- Ulteriori test per la demenza a corpi di Lewy (19-21)
- Ulteriori test per la demenza frontotemporale (22-24)
- Ulteriori test per la demenza vascolare (25-27)

➤ Diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* nel *setting* specialistico (28-30)

➤ Farmaci che possono causare o peggiorare il declino cognitivo (31-34)

➤ Discriminare la demenza o la demenza con *delirium* dal *delirium* isolato (35-37)

➤ Counselling pre, peri e post diagnostico (38-39)

➤ Bisogni specifici di persone di età da 40 a 65 anni con demenza a esordio precoce

39 Raccomandazioni



MACROAREA 2

Modelli assistenziali e coordinamento delle cure

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/MCI e patologie fisiche croniche coesistenti (68-69)
- Transizione tra setting (70-72)
- Supporto ai caregiver (73-76)

37 Raccomandazioni



Modelli assistenziali e coordinamento delle cure

Pianificazione e coordinamento dell'assistenza

Quesito 7a Quali sono i metodi più efficaci di pianificazione dell'assistenza, con particolare attenzione al miglioramento degli esiti relativi alle persone con demenza e ai loro *caregiver*?

Quesito 7b Quali sono i metodi più efficaci di pianificazione dell'assistenza, con particolare attenzione al miglioramento degli esiti relativi alle persone con *Mild Cognitive Impairment (MCI)* e ai loro *caregiver*?

Quesito 7c Come dovrebbe essere coordinata l'assistenza sanitaria e sociosanitaria per le persone con demenza?

Quesito 7d Come dovrebbe essere coordinata l'assistenza sanitaria e sociosanitaria per le persone con *Mild Cognitive Impairment (MCI)*?

Raccomandazioni

Pianificazione e coordinamento dell'assistenza

40 Individuare uno specifico professionista sanitario o sociosanitario in qualità di responsabile del piano assistenziale individualizzato (PAI) della persona con demenza all'interno di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA). Per ulteriori indicazioni sull'organizzazione del PAI, fare riferimento a:

- raccomandazione 6 del documento «Raccomandazioni per la *governance* e la clinica nel settore delle demenze»¹ prodotto dal Tavolo permanente sulle demenze;
- documento «Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze»² prodotto dal Tavolo permanente sulle demenze.

FORTE POSITIVA



41 Il professionista responsabile dovrebbe:

- organizzare una valutazione iniziale delle necessità della persona, possibilmente in presenza;
- fornire informazioni riguardo ai servizi disponibili e come accedervi;
- coinvolgere i familiari/caregiver (a seconda dei casi) nel supporto e processo decisionale;
- prestare particolare attenzione ai punti di vista delle persone che non hanno la capacità di prendere decisioni sulle proprie cure, in linea con il documento «Raccomandazioni per la *governance* e la clinica nel settore delle demenze» prodotto dal Tavolo permanente sulle demenze;
- garantire che le persone siano consapevoli dei propri diritti e della disponibilità di misure di tutela, anche legale, in linea con il documento «Raccomandazioni per la *governance* e la clinica nel settore delle demenze» prodotto dal Tavolo permanente sulle demenze;
- sviluppare un piano di cure e supporto, e:
 - concordarlo e revisionarlo con il coinvolgimento della persona con demenza, dei suoi familiari/caregiver (a seconda dei casi) e dei singoli professionisti coinvolti;
 - specificare nel piano quando e con quale frequenza sarà revisionato;
 - valutare e documentare i progressi compiuti verso il conseguimento degli obiettivi in occasione di ciascun riesame;
 - assicurarsi che il piano copra la gestione di tutte le eventuali comorbidità;
 - fornire una copia del piano alla persona e ai suoi familiari/caregiver (a

DEBOLE POSITIVA

adattata



RACCOMANDAZIONI PER LA GOVERNANCE E LA CLINICA NEL SETTORE DELLE DEMENZE.

RIFLESSIONI SU ALCUNE IMPLICAZIONI ETICHE.

1 - Delinea **modelli di riferimento e buone pratiche** per coloro che si occupano di comunicazione della diagnosi di demenza e di valutazione delle capacità

2 - Fornisce un **quadro delle norme** che influenzano le scelte etiche legate alla gestione della demenza.

3 - Formula **raccomandazioni** sulla base di un lavoro di raccolta e analisi della letteratura scientifica

LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI DI DEMENZA E LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ.

LE FIGURE GIURIDICHE E LE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO NELLE PERSONE CON DEMENZA.



Roma, 6 agosto 2020

Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT):

7 Raccomandazioni

Comunicazione della diagnosi:

3 Raccomandazioni

Valutazione delle capacità:

3 Raccomandazioni

5 Appendici:

- *3 basi documentali delle Raccomandazioni*
- *Appendice 4 : normativa della Regione Liguria su AdS e DAT*
- *Appendice 5: indicazioni del garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà e demenza*

* disponibile all'indirizzo web

<https://www.iss.it/documents/20126/5783571/Raccomandazioni+per+la+governance+e+la+clinica+nel+settore+delle+demenze.pdf/dbf0d6d5-6360-41d9-aa51-74b18f62dad8?t=1626171914860>

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

16-1-2018

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 12

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia fra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'*équipe* sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4,

qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporta l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'*équipe* sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirle.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

11. È fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.

Art. 2.

Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita

1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'adeguata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.

Legge 22 dicembre 2017, n. 219

GU 16-1-2018

• Comunicazione della diagnosi

Art. 1, c.3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati. **Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece**

- **Consenso informato**
- **Disposizioni anticipate di trattamento**

Modelli assistenziali e coordinamento delle cure

Coinvolgimento della persona con demenza nel processo decisionale

Quesito 10a Quali ostacoli ed elementi facilitatori hanno un impatto sul coinvolgimento delle persone con demenza nelle decisioni riguardo alla loro assistenza presente e futura?

Quesito 10b Quali ostacoli ed elementi facilitatori hanno un impatto sulla possibilità delle persone con demenza di utilizzare le disposizioni anticipate di trattamento e/o la pianificazione condivisa delle cure?

Diade paziente e familiare/caregiver

Raccomandazioni

Coinvolgimento della persona con demenza nel processo decisionale

- | | | |
|----|--|----------------|
| 53 | Fornire alle persone con demenza e ai loro familiari/ <i>caregiver</i> (a seconda dei casi) informazioni pertinenti alla loro situazione e allo stadio della loro malattia. | FORTE POSITIVA |
| 54 | È d'obbligo fornire informazioni che siano accessibili. Per ulteriori indicazioni su come fornire informazioni e discutere le preferenze di ciascun paziente, fare riferimento al documento «Raccomandazioni per la <i>governance</i> e la clinica nel settore delle demenze» ⁴ redatto dal Tavolo permanente sulle demenze. | FORTE POSITIVA |
| 55 | <p>Durante tutto il processo diagnostico, offrire alla persona con demenza e ai suoi familiari/<i>caregiver</i> (a seconda dei casi) informazioni a voce o in forma scritta che spieghino:</p> <ul style="list-style-type: none">• la diagnosi del sottotipo di demenza e i cambiamenti attesi con il progredire della malattia;• quali professionisti sanitari e sociosanitari saranno coinvolti nel percorso di cura e come contattarli;• se appropriato, che la demenza può influire sulla capacità di guidare e la conseguente necessità di informare il Medico di Medicina Generale e la commissione medica locale coinvolta nel rinnovo della patente;• i loro diritti e responsabilità legali, fare riferimento al documento «Raccomandazioni per la <i>governance</i> e la clinica nel settore delle demenze» redatto dal Tavolo permanente sulle demenze;• il loro diritto ad accomodamenti ragionevoli (legge 68/99⁵ modificata dal decreto legislativo 151/2015)⁶ in caso di persone occupate o in cerca di occupazione;• come i seguenti gruppi possano essere di aiuto e in che modo contattarli:<ul style="list-style-type: none">– gruppi di supporto locali, <i>forum</i> online e associazioni di volontariato nazionali;– servizi di consulenza finanziaria e legale;– servizi di patrocinio. | FORTE POSITIVA |

Modelli assistenziali e coordinamento delle cure

Supporto ai *caregiver*

Quesito 14a Qual è l'efficacia degli strumenti di valutazione esistenti nell'identificare i bisogni dei *caregiver*?

Quesito 14b Quali interventi/servizi sono più efficaci per supportare il benessere dei *caregiver* informali delle persone con demenza?

Informazione e supporto dei familiari/caregiver

Raccomandazioni

Supporto ai *caregiver*

- | | | |
|----|---|-----------------|
| 73 | Offrire ai <i>caregiver</i> delle persone con demenza <u>interventi psicoeducativi e di formazione</u> mirati all'acquisizione di nuove competenze e abilità che includano fornire: <ul style="list-style-type: none">- informazioni riguardo alla demenza, ai suoi sintomi e ai cambiamenti attesi con il progredire della malattia;- strategie personalizzate mirate a strutturare le loro competenze;- strumenti per supportarli nell'assistenza, incluso come comprendere e rispondere a cambiamenti nel comportamento;- strumenti per supportarli nell'adattare i propri stili di comunicazione al fine di migliorare l'interazione con la persona con demenza;- indicazioni su come prendersi cura della propria salute fisica e mentale, il proprio benessere emotivo e spirituale;- indicazioni su come organizzare attività piacevoli e significative con la persona con demenza;- informazioni riguardo ai servizi rilevanti (inclusi servizi riabilitativi, di supporto e psicoterapeutici) e come accedervi;- indicazioni su come pianificare il futuro. | FORTE POSITIVA |
| 74 | <u>Garantire che il supporto offerto ai <i>caregiver</i> sia:</u> <ul style="list-style-type: none">- personalizzato in base alle necessità, preferenze e aspettative del <i>caregiver</i> (per esempio, fornire indicazioni sui diritti dei lavoratori ai <i>caregiver</i> che hanno un impiego o vogliono averlo);- strutturato per supportarli nell'assistenza di persone con demenza;- disponibile in luoghi facilmente raggiungibili;- fornito in un formato adeguato (per esempio, sessioni individuali o di gruppo, oppure formazione e supporto online);- disponibile in base alle necessità a partire dalla diagnosi e per tutto il corso della malattia. | FORTE POSITIVA |
| 75 | <u>Fornire indicazioni ai <i>caregiver</i> riguardo ai seguenti servizi</u> cui hanno diritto e come accedervi: <ul style="list-style-type: none">- una valutazione formale delle loro necessità, inclusa la loro salute mentale e fisica;- una valutazione della necessità di brevi pause e altri servizi di sollievo. | FORTE POSITIVA |
| 76 | <u>Considerare che i <i>caregiver</i> delle persone con demenza</u> sono a maggior rischio di disturbi depressivi. Per indicazioni sull'identificazione e gestione dei disturbi depressivi, vedere la Tabella 6 a p. 105. | DEBOLE POSITIVA |



Transizione tra *setting*

Quesito 13 Quali sono i sistemi più efficaci per gestire la transizione tra diversi *setting* (casa, strutture residenziali e semi-residenziali, strutture riabilitative, ospedali, case di riposo) per le persone con demenza?

Ricerca della letteratura

Studi reperiti tramite strategie di ricerca	4.978
Studi selezionati e letti in <i>full text</i>	3
Studi inclusi	0
Studi inclusi NICE	4
Totale studi inclusi	4

Raccomandazioni

Transizione tra *setting*

70	In fase di gestione della transizione tra <i>setting</i> di cura, considerare che: <ul style="list-style-type: none">· in caso di ricovero ospedaliero, al momento del ricovero, dovrebbe essere effettuata una valutazione geriatrica multidimensionale della persona con demenza e condividere il piano di cura con il personale clinico che gestisce il ricovero, mentre, al momento della dimissione, deve essere garantita la continuità assistenziale;· la persona con demenza ricoverata in una struttura di salute mentale deve ricevere una tutela sociale e legale adeguata ed essere monitorata dai servizi territoriali nel corso della storia naturale di malattia.	FORTE POSITIVA
71	Per indicazioni sull'ottimizzazione e riconciliazione del trattamento farmacologico, fare riferimento alla Tabella 8. Seguire i principi identificati all'interno delle linee guida citate per gestire la transizione tra altri <i>setting</i> (per esempio dal domicilio alle case di cura o ai ricoveri di sollievo).	FORTE POSITIVA
72	Monitorare ciò di cui le persone con demenza e i loro <i>caregiver</i> hanno bisogno e desiderano (inclusi piani di cura e di supporto relativi all'assistenza presente e futura) a seguito di ciascuna transizione.	FORTE POSITIVA

Tabella 8. Raccomandazioni della LG NICE “Medicine optimisation” (NG5)

Le organizzazioni dovrebbero garantire la presenza di un processo robusto e trasparente al fine di assicurare alle persone trasferite da un *setting* di cura a un altro che:

- chi fornisce assistenza di partenza condivide informazioni complete e accurate riguardo al trattamento farmacologico della persona trasferita con il *setting* di cura di arrivo;
- chi fornisce l'assistenza di arrivo riceva, tenga traccia di tali informazioni e agisca sulla base di esse.

I ruoli e le responsabilità organizzative e individuali dovrebbero essere chiaramente definiti. Revisionare e monitorare regolarmente l'efficacia di tali processi. Vedere anche le dichiarazioni 4 e 5 della Tabella 7 a p. 119 sull'ottimizzazione dei trattamenti farmacologici.

Nella condivisione delle informazioni tenere in considerazione le norme del GDPR (Regolamento UE 2016/679, *General Data Protection Regulation*).

In tutti i *setting* di cura, i professionisti sanitari e sociosanitari dovrebbero condividere in modo proattivo informazioni complete e accurate riguardo ai trattamenti farmacologici:

- idealmente entro 24 ore dal trasferimento della persona per garantire la sicurezza del paziente e
- nel modo più efficace e protetto, per esempio tramite comunicazione elettronica sicura, tenendo conto che potrebbe essere necessario più di un approccio.

I professionisti sanitari e sociosanitari dovrebbero condividere informazioni rilevanti riguardo alla persona e ai suoi trattamenti farmacologici al momento del trasferimento del paziente da un *setting* di cura a un altro. Tali informazioni dovrebbero includere, ma non essere limitate a, tutti i seguenti punti:

- contatti della persona e del suo Medico di Medicina Generale (MMG);
- dettagli relativi ad altri contatti identificati dalla persona e dai suoi familiari/*caregiver* (a seconda dei casi) – per esempio la farmacia territoriale di riferimento;
- allergie o reazioni note a farmaci o a specifici eccipienti e tipo di reazione;
- dettagli sui farmaci in uso (incluse prescrizioni, farmaci da banco e complementari) – nome, potenza, forma, dose, tempi, frequenza e durata, via di somministrazione e motivo dell'assunzione;
- variazione nei trattamenti farmacologici incluso inizio o interruzione di un trattamento, variazione di un dosaggio e ragioni della variazione;
- data e tempo dell'ultima dose, per esempio in caso di farmaci settimanali o mensili, incluse iniezioni;
- quali informazioni sono state fornite alla persona o ai suoi familiari o *caregiver* (a seconda dei casi);
- qualsiasi altra informazione necessaria, per esempio, quando i trattamenti farmacologici devono essere revisionati, necessità di monitoraggio costante, ed eventuale necessità di supporto per l'assunzione del farmaco. Possono essere necessari ulteriori informazioni in specifici sottogruppi di persone, per esempio nella popolazione pediatrica*.

I professionisti sociosanitari dovrebbero discutere le informazioni rilevanti riguardo ai trattamenti farmacologici con la persona e i suoi familiari o *caregiver* (a seconda dei casi) al momento del trasferimento. Dovrebbero fornire alla persona e ai suoi familiari o *caregiver* (a seconda dei casi) una lista completa dei trattamenti farmacologici in un formato appropriato. Tale lista dovrebbe includere tutti i farmaci in uso ed eventuali variazioni effettuate durante il ricovero.

Considerare l'invio delle informazioni relative ai trattamenti farmacologici alla dimissione alla farmacia territoriale di riferimento, se possibile in accordo con la persona dimessa.

Le organizzazioni dovrebbero considerare di fornire ulteriore supporto a specifici gruppi di persone al momento della dimissione ospedaliera, per esempio *counselling* farmacologico, *follow-up* telefonico e visite domiciliari da parte del Medico di Medicina Generale (MMG). Tali gruppi* possono includere:

- adulti, bambini e giovani adulti in polifarmacoterapia;
- adulti, bambini e giovani adulti con condizioni croniche o a lungo termine;
- persone anziane.

- Inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nella demenza di Alzheimer (77-83)
- Inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nel MCI (84)
- Farmaci biologici nella demenza di Alzheimer e nel MCI (85)
- Riposizionamento di trattamenti farmacologici (86)
- Co-prescrizione di inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nella demenza di Alzheimer (87-88)
- Interruzione del trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nella demenza di Alzheimer (89)
- Inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nella demenza associata a malattia di Parkinson (90-92)
- Inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nella demenza a corpi di Lewy (93-96)
- Inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nelle altre demenze (97-99)

23 Raccomandazioni

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

MACROAREA 4

Interventi non farmacologici per i sintomi cognitivi del *Mild Cognitive Impairment*

MCI

Raccomandazioni

A favore

- Arteterapia
- Esercizio fisico
- Danza/ballo
- Giochi
- Riabilitazione cognitiva
- Musicoterapia
- **+Training cognitivo** ★

118 Non considerare interventi di agopuntura nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con *Mild Cognitive Impairment*. **DEBOLE NEGATIVA**

119 Non offrire interventi di aromaterapia per il trattamento dei sintomi cognitivi in persone con *Mild Cognitive Impairment*. **FORTE NEGATIVA**

120 Considerare interventi di arteterapia nel trattamento dei sintomi cognitivi e per il miglioramento dei sintomi depressivi e ansia in persone con *Mild Cognitive Impairment*. **DEBOLE POSITIVA**

121 Considerare interventi di esercizio fisico nel trattamento dei sintomi cognitivi e per il mantenimento dell'autonomia in persone con *Mild Cognitive Impairment*. **DEBOLE POSITIVA**

122 Considerare interventi che includano danza e ballo nel trattamento dei sintomi cognitivi e per il miglioramento dei sintomi depressivi in persone con *Mild Cognitive Impairment*. **DEBOLE POSITIVA**

123 Considerare interventi che includano la partecipazione a giochi (per esempio carte, giochi da tavola) nel trattamento dei sintomi cognitivi e per il miglioramento dei sintomi depressivi in persone con *Mild Cognitive Impairment*. **DEBOLE POSITIVA**

Considerare interventi di riabilitazione cognitiva nel trattamento dei sintomi cognitivi e per il mantenimento dell'autonomia in persone con *Mild Cognitive Impairment*. **DEBOLE POSITIVA**

125 Offrire interventi di *training* cognitivo nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con *Mild Cognitive Impairment*. **FORTE POSITIVA**

126 Non offrire interventi di integrazione alimentare con formule specifiche, incluso combinazioni di integratori contenenti acidi grassi omega 3, fosfolipidi, colina, uridina monofosfato, vitamina E, vitamina C, vitamina B6, vitamina B12, acido folico e selenio, integratori a base di combinazioni di acidi grassi polinsaturi, quali omega-3 e omega-6, e monoinsaturi e integratori a base di multivitaminici e/o antiossidanti per il trattamento dei sintomi cognitivi in persone con *Mild Cognitive Impairment* in assenza di carenze documentate. **FORTE NEGATIVA**

127 Non offrire interventi di integrazione alimentare con ginkgo biloba, ginseng, omega 3, resveratrolo o altri antiossidanti per il trattamento dei sintomi cognitivi in persone con *Mild Cognitive Impairment*. **FORTE NEGATIVA**

128 Non offrire interventi di integrazione alimentare con vitamina B e vitamina E per il trattamento dei sintomi cognitivi in persone con *Mild Cognitive Impairment* che non presentano una carenza specifica. **FORTE NEGATIVA**

129 Non offrire interventi dietetici chetogenici nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con *Mild Cognitive Impairment*. **FORTE NEGATIVA**

130 Non considerare interventi di stimolazione transcranica per il trattamento di persone con *Mild Cognitive Impairment*. **DEBOLE NEGATIVA**

131 Considerare interventi di musicoterapia nel trattamento dei sintomi cognitivi e per il miglioramento dei sintomi depressivi e ansia in persone con *Mild Cognitive Impairment*. **DEBOLE POSITIVA**

Interventi non farmacologici per i sintomi cognitivi della demenza

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

MACROAREA 4

Raccomandazioni

Demenza

A favore

- Esercizio fisico
- Musicoterapia
- Terapia Reminiscenza
- Terapia Occupazionale
- Riabilitazione Cognitiva
- Training cognitivo
- **+Stimolazione cognitiva** ★

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
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
-----	---	----------------------------

Macroarea 5

Sintomi non cognitivi, malattie intercorrenti e cure palliative

Aree

- Trattamenti per i sintomi non cognitivi della demenza (132-149)
- Valutazione delle malattie intercorrenti (150-152)
- Trattamento delle malattie intercorrenti (153)
- Assistenza in caso di ricovero ospedaliero (154-156)
- Cure palliative (157-167)

36 Raccomandazioni

Sintomi non cognitivi, malattie intercorrenti e cure palliative

Trattamenti per i sintomi non cognitivi della demenza

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)

FORTE POSITIVA
ADOTTATA

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.

FORTE POSITIVA
ADATTATA

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.

FORTE POSITIVA
ADOTTATA

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

FORTE POSITIVA
ADOTTATA

BPSD

Approccio ai «disturbi comportamentali»

1. Esplorare le cause
2. Interventi non farmacologici (psicosociali, ambientali)
3. Interventi non farmacologici + farmacologici
4. Interventi personalizzati

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

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

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

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

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

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. DEBOLE POSITIVA

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. FORTE POSITIVA

143 Al momento di una prescrizione di un farmaco antipsicotico:
- utilizzare la dose minima efficace e utilizzare il farmaco per la minor durata possibile;
- rivalutare la persona almeno ogni quattro settimane, per determinare se persiste la necessità del trattamento. FORTE POSITIVA

Sintomi non cognitivi, malattie intercorrenti e cure palliative

Raccomandazioni

Trattamenti per i sintomi non cognitivi della demenza

Uso degli antipsicotici

- Dose minima
- Rivalutazione
- Appropriately prescrittiva

143 Al momento di una prescrizione di un farmaco antipsicotico:
· utilizzare la dose minima efficace e utilizzare il farmaco per la minor durata possibile;
· rivalutare la persona almeno ogni quattro settimane, per determinare se persiste la necessità del trattamento.

FORTE POSITIVA
ADATTATA

144 Offrire un trattamento con farmaci antipsicotici solamente a persone con demenza che:
· sono a rischio di arrecare danno a sé stesse o agli altri oppure
· mostrano segni di agitazione, allucinazioni o deliri che procurano loro una condizione di grave distress.

FORTE POSITIVA
ADOTTATA

145 Interrompere il trattamento con antipsicotico:
· se la persona non mostra un evidente beneficio a seguito del trattamento e
· a seguito di discussione e condivisione con la persona in trattamento e i suoi *caregiver*.

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

EXCLUSIVE: NHS care report reveals dementia patients sedated and 'held captive'

Landmark review of NHS dementia care reveals 'culture of containment' where patients are drugged and prevented from leaving their bed - sometimes for weeks

A landmark report following 18-months of observations at six hospital trusts identifies a "culture of containment" on wards where dementia patients are prevented from leaving their bed, sometimes for weeks. Restrictive practices start with raised bedside bars that prevent dementia patients getting out of bed. If they try to get out of bed they can be physically restrained and be given sedatives or antipsychotic drugs.

Raccomandazioni

Cure palliative

Sintomi non cognitivi, malattie intercorrenti e cure palliative

157	A partire dalla diagnosi, offrire alle persone con demenza cure palliative flessibili, basate sulle necessità, che tengano in considerazione la possibile imprevedibilità della progressione della malattia.	FORTE POSITIVA
158	Incoraggiare e supportare le persone con demenza a mangiare e bere, tenendo in considerazione le loro necessità nutrizionali.	FORTE POSITIVA
159	Considerare di coinvolgere un logopedista in caso si sospetti che far proseguire l'alimentazione autonoma possa esporre la persona a rischio di eventi avversi.	DEBOLE POSITIVA
160	Non utilizzare la nutrizione enterale in persone con demenza grave come trattamento di <i>routine</i> , se non indicato nel trattamento di una comorbilità potenzialmente reversibile.	FORTE NEGATIVA
161	In persone con demenza grave in cui si considera un possibile ricovero in ospedale, condurre una valutazione che tenga in considerazione il bilancio tra le necessità cliniche contingenti e i potenziali danni aggiuntivi che potrebbero verificarsi durante il ricovero stesso, per esempio: <ul style="list-style-type: none">· disorientamento;· durata maggiore del ricovero;· aumento del rischio di decesso;· aumento del rischio di morbilità alla dimissione;· <i>delirium</i>;· effetti di un ambiente impersonale o istituzionale.	FORTE POSITIVA
162	Per le persone con demenza in prossimità del fine vita, utilizzare processi di pianificazione condivisa delle cure (vedere la Raccomandazione 61 sulle pianificazioni anticipate). Coinvolgere la persona con demenza e i suoi familiari/ <i>caregiver</i> (a seconda dei casi) quanto più possibile e utilizzare i principi decisionali nel migliore interesse delle persone con demenza qualora queste ultime non siano in grado di prendere decisioni per loro stesse.	FORTE POSITIVA

163	Per indicazioni su <i>standard</i> e misure nelle cure palliative, vedere la Tabella 10.	FORTE POSITIVA
164	Per indicazioni sulle cure in persone negli ultimi giorni di vita, vedere la Tabella 11 a p. 455.	FORTE POSITIVA
165	Per indicazioni sulle decisioni sulla base del principio del migliore interesse delle persone con demenza, vedere la Tabella 12 a p. 455.	FORTE POSITIVA
166	In persone con demenza per le quali si considera un possibile ricovero, tenere in considerazione: <ul style="list-style-type: none">· eventuali pianificazioni anticipate di cura e di supporto;· il valore di mantenerle in un ambiente familiare.	DEBOLE POSITIVA
167	Considerare l'utilizzo di strumenti strutturati per valutare ciò che la persona con demenza desidera e non desidera, le sue <i>routine</i> e la sua storia personale.	DEBOLE POSITIVA



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



Il percorso breve di implementazione della linea guida «Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment»

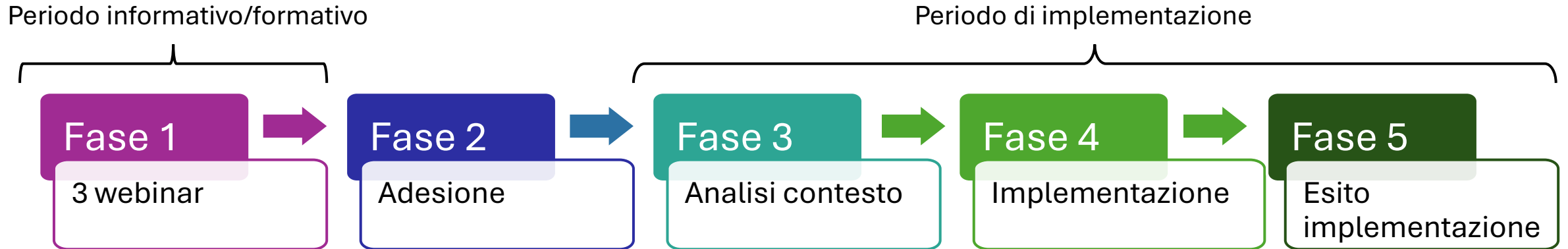
Il percorso

18 marzo 2026

Elisa Fabrizi


Istituto Superiore di Sanità


Panoramica dell'attività





Scadenza attività: maggio 2027


3 webinar, ciascuno rivolto ad una diversa tipologia di struttura


- 
- 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



1. Nome * 
Inserisci la risposta


2. Cognome * 
Inserisci la risposta


3. Ruolo professionale * 
Inserisci la risposta


4. Tipologia Struttura di appartenenza * 
 CDCD
 CD
 RSA
 Altro

5. Denominazione Struttura di appartenenza * 
Inserisci la risposta

6. Regione della Struttura di appartenenza * 
Seleziona la risposta 

7. Indirizzo Email * 
Immetti un indirizzo di posta elettronica


8. Ripetere indirizzo email * 
Immetti un indirizzo di posta elettronica

9. Adesione * 
Selezionare 2 opzioni.

Dichiaro di voler aderire al percorso breve di implementazione della linea guida

Confermo di aver preso visione delle modalità operative disponibili sul sito dell'Osservatorio Demenze

Invia



Raccomandazioni						
	N. raccomandazione	La pratica corrente è già in linea con la raccomandazione?	Intendete implementare questa raccomandazione?	Azione/i mirate a migliorare i servizi al fine di adeguarli alla raccomandazione	Professionisti coinvolti	Note (varie ed eventuali)
1-Percorso di identificazione, diagnosi e supporto post diagnostico						
Valutazione iniziale nel setting non specialistico						
Al momento della valutazione iniziale raccogliere un'anamnesi che includa sintomi cognitivi, comportamentali e psicologici e l'impatto che tali sintomi hanno nella vita quotidiana: - dalla persona con sospetto di declino cognitivo e - se possibile, da un conoscente stretto (per esempio un familiare e/o caregiver).	1					
In caso di sospetto di declino cognitivo a seguito della valutazione iniziale: - condurre un esame fisico e - eseguire i test del sangue e delle urine più appropriati per escludere le cause reversibili di declino cognitivo e - utilizzare test cognitivi e - prescrivere TC e/o RM encefalo per escludere cause secondarie di declino cognitivo.	2					
In caso di utilizzo di test cognitivi per la valutazione del paziente e intervista al conoscente stretto (per esempio familiare), utilizzare strumenti brevi strutturati e validati: - 10-point cognitive screener (10-CS); - 6-item cognitive impairment test (6-CIT) (tradotto in italiano):						

Tipologia di struttura:
Nome struttura:
Regione/PA:
Nominativo Responsabile struttura:
Nominativo di chi compila il presente file:
Contatto di chi compila il presente file:

Dati di contatto e della Struttura



1-Percorso di identificazione, diagnosi e supporto post diagnostico**Valutazione iniziale nel setting non specialistico**

Al momento della valutazione iniziale raccogliere un'anamnesi che includa sintomi cognitivi, comportamentali e psicologici e l'impatto che tali sintomi hanno nella vita quotidiana:

- dalla persona con sospetto di declino cognitivo e
- se possibile, da un conoscente stretto (per esempio un familiare o/o caregiver)

2. Modelli assistenziali e coordinamento delle cure**Pianificazione e coordinamento dell'assistenza**

Individuare uno specifico professionista sanitario o sociosanitario in qualità di responsabile del piano assistenziale individualizzato (PAI) della persona con demenza all'interno di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA). Per ulteriori indicazioni sull'organizzazione del PAI, fare riferimento a:

3. Trattamenti farmacologici dei sintomi cognitivi**Inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nella demenza di Alzheimer**

Offrire il trattamento in monoterapia con uno dei tre inibitori delle acetilcolinesterasi donepezil, galantamina e rivastigmina come per il trattamento della demenza di Alzheimer da lieve a moderata in base alle condizioni specificate nelle Raccomandazioni 82 e 83

Offrire il trattamento in monoterapia con donepezil per il trattamento della demenza di Alzheimer da moderata a grave in base alle

4. Interventi non farmacologici per i sintomi cognitivi della demenza e del Mild Cognitive Impairment**Interventi non farmacologici per i sintomi cognitivi della demenza**

Non offrire l'agopuntura nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con demenza.

Considerare l'esercizio fisico aerobico nel trattamento dei sintomi cognitivi di persone con demenza di Alzheimer lieve.

Considerare l'esercizio fisico non aerobico nel trattamento dei sintomi cognitivi della demenza di grado da lieve a moderato.

Considerare la combinazione di esercizio fisico aerobico/non aerobico nel trattamento dei sintomi cognitivi della demenza di grado

5. Sintomi non cognitivi, malattie intercorrenti e cure palliative**Trattamenti per i sintomi non cognitivi della demenza**

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)

1. Percorso di identificazione, diagnosi e supporto post diagnostico

2. Modelli assistenziali e coordinamento delle cure

3. Trattamenti farmacologici dei sintomi cognitivi

4. Interventi non farmacologici per i sintomi cognitivi della demenza e del Mild Cognitive Impairment

5. Sintomi non cognitivi, malattie intercorrenti e cure palliative

						Indicare se si intende implementare la raccomandazione nell'ambito di questo percorso breve di implementazione		Riportare le figure professionali che saranno coinvolte nell'intervento di implementazione della raccomandazione									
Tipologia di struttura																	
Nome struttura																	
Regione																	
Nominativo Responsabile struttura:																	
Nominativo di chi compila il presente file:																	
Contatto di chi compila il presente file:																	
Raccomandazioni						N. raccomandazione		La pratica corrente è già in linea con la raccomandazione?		Intendete implementare questa raccomandazione?		Azione/i mirate a migliorare i servizi al fine di adeguarli alla raccomandazione		Professionisti coinvolti		Note (varie ed eventuali)	
						Riferimento delle raccomandazione nella LG											
1-Percorso di identificazione, diagnosi e supporto post diagnostico																	
Valutazione iniziale nel setting non specialistico																	
Al momento della valutazione iniziale raccogliere un'anamnesi che includa sintomi cognitivi, comportamentali e psicologici e l'impatto che tali sintomi hanno nella vita quotidiana: - dalla persona con sospetto di declino cognitivo e - se possibile, da un conoscente stretto (per esempio un familiare e/o caregiver).						1		Indicare se la raccomandazione è attualmente implementata		Riportare l'azione definita al fine di implementare la raccomandazioni							
In caso di sospetto di declino cognitivo a seguito della valutazione iniziale: - condurre un esame fisico e - eseguire i test del sangue e delle urine più appropriati per escludere le cause reversibili di declino cognitivo e - utilizzare test cognitivi e - prescrivere TC e/o RM encefalo per escludere cause secondarie di declino cognitivo.						2											
In caso di utilizzo di test cognitivi per la valutazione del paziente e intervista al conoscente stretto (per esempio familiare), utilizzare strumenti brevi strutturati e validati: - 10-point cognitive screener (10-CS); - 6-item cognitive impairment test (6-CIT) (tradotto in italiano):								Si No Parzialmente									
								Si No Parzialmente									

Una volta compilato il file Excel di analisi di contesto in tutte le sue parti, inviarlo a helpdesk.lgdem@iss.it

Raccomandazioni	N. raccomandazione	La pratica corrente è già in linea con la raccomandazione?	Intendete implementare questa raccomandazione?	Azione/i mirate a migliorare i servizi al fine di adeguarli alla raccomandazione	Professionisti coinvolti
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <i>distress</i>; • 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 necessita specifiche di persone con demenza a esordio precoce che sono ancora in ambito lavorativo o in cerca di occupazione. 	50	No	Si	<p>1. Identificazione di opportunità di formazione già disponibili sul territorio</p> <p>2. Pianificazione di corsi specifici sulla demenza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificazione dei docenti; - Definizione dei contenuti dei corsi: modificazioni del quadro clinico e adeguamento assistenza, gestione bisogni specifici, utilizzo di contenzioni ecc..; - Formazione specifica per le diverse figure professionali. 	Medico, Assistente sociale, e/o altro professionista

Raccomandazioni	N. raccomandazione	La pratica corrente è già in linea con la raccomandazione?	Intendete implementare questa raccomandazione?	Azione/i mirate a migliorare i servizi al fine di adeguarli alla raccomandazione	Professionisti coinvolti
<p>In fase di gestione della transizione tra setting di cura, considerare che:</p> <ul style="list-style-type: none"> in caso di ricovero ospedaliero, al momento del ricovero, dovrebbe essere effettuata una valutazione geriatrica multidimensionale della persona con demenza e condividere il piano di cura con il personale clinico che gestisce il ricovero, mentre, al momento della dimissione, deve essere garantita la continuità assistenziale; la persona con demenza ricoverata in una struttura di salute mentale deve ricevere una tutela sociale e legale adeguata ed essere monitorata dai servizi territoriali nel corso della storia naturale di malattia. 	70	<p>Parzialmente</p> <p>Utilizzo parziale e non uniforme delle indicazioni su ottimizzazione transizione (es. diversi professionisti che si alternano nella struttura..).</p> <p>Non esiste un percorso preferenziale in caso di necessità di rivalutazione piano di cure in atto (non contatto diretto medico specialista e/o MMG)... unico contatto il familiare</p>	Si	<p>1. Formazione del personale, condivisione azioni riconciliazione</p> <p>2. Rivalutazione piano di cure per cui è necessaria consulenza specialistica non presente in struttura (né consulente né strutturato):</p> <ul style="list-style-type: none"> programmazione di attività di teleconsulto/contatto diretto con medico specialista che ha in cura la persona Contatto con MMG 	Medico, altri professionisti sanitari

Raccomandazioni	N. raccomandazione	La pratica corrente è già in linea con la raccomandazione?	Intendete implementare questa raccomandazione?	Azione/i mirate a migliorare i servizi al fine di adeguarli alla raccomandazione	Professionisti coinvolti
Offrire uno spettro di attività per promuovere il benessere e l'autonomia che siano mirate alle preferenze individuali della singola persona	117	No	Si	<p>1. Protocollo di valutazione globale della persona</p> <ul style="list-style-type: none"> - finalizzato ad identificare le preferenze e i bisogni individuali e supportare la partecipazione della persona alle attività proposte <p>2. Formazione e aggiornamento del personale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corsi mirati <p>3. Personale specifico</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificazione e/o assunzione di personale specifico <p>4. Sviluppo di nuove attività sulla base delle preferenze individuali</p>	Medico, altri professionisti sanitari

- Interventi basati su attività definite in relazione allo stadio di malattia ma non definite sulla base delle preferenze individuali.
- Le persone partecipano o meno a seconda del loro interesse

Raccomandazioni	N. raccomandazione	La pratica corrente è già in linea con la raccomandazione?	Intendete implementare questa raccomandazione?	Azione/i mirate a migliorare i servizi al fine di adeguarli alla raccomandazione	Professionisti coinvolti
<p>Prima di iniziare un trattamento farmacologico o non farmacologico per il distress in persone con demenza, condurre una valutazione strutturata mirata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> · esplorare le possibili cause del distress e · identificare e gestire le possibili cause cliniche o ambientali (per esempio dolore, delirium, cure inappropriate) 	132	<p>Parzialmente</p> <p>(valutazione occasionale, non strutturata)</p> <p>I BPSD vengono trattati di routine con farmaci antipsicotici e ipnoinducenti o contenimento farmacologico e/o fisico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il personale non è formato alle possibili cause scatenanti, aggressività, «sindrome del crepuscolo», insonnia • la carenza di personale soprattutto nei turni notturni non consente di dedicare tempo a individuare cause scatenanti, e/o a mettere in atto strategie mirate né offrire assistenza individuale 	Si	<p>1. Formazione del personale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corsi mirati ad esempio all'identificazione delle cause dei BPSD e alla loro gestione <p>2. Definizione di una scheda per la contestualizzazione dei BPSD</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambiente confortevole? - presenza di cause di distress (es. dolore)? <p>4. Assunzione di altro personale di supporto</p> <p>5. Attivazione di servizi di teleconsulto</p> <ul style="list-style-type: none"> - es. con specialisti territoriali 	Medico, altri professionisti sanitari

Tipologia di struttura:							
Nome struttura:							
Regione/PA:							
Nominativo Responsabile struttura:							
Nominativo di chi compila il presente file:							
Contatto di chi compila il presente file:							
Raccomandazioni		N. raccomandazione	La pratica corrente è già in linea con la raccomandazione?	Intendete implementare questa raccomandazione?	Azione/i mirate a migliorare i servizi al fine di adeguarli alla raccomandazione	Professionisti coinvolti	Note (varie ed eventuali)
1-Percorso di identificazione, diagnosi e supporto post diagnostico							
Valutazione iniziale nel setting non specialistico							
Al momento della valutazione iniziale raccogliere un'anamnesi che includa sintomi cognitivi, comportamentali e psicologici e l'impatto che tali sintomi hanno nella vita quotidiana: - dalla persona con sospetto di declino cognitivo e - se possibile, da un conoscente stretto (per esempio un familiare e/o caregiver).		1					
In caso di sospetto di declino cognitivo a seguito della valutazione iniziale: - condurre un esame fisico e - eseguire i test del sangue e delle urine più appropriati per escludere le cause reversibili di declino cognitivo e - utilizzare test cognitivi e - prescrivere TC e/o RM encefalo per escludere cause secondarie di declino cognitivo.		2					
In caso di utilizzo di test cognitivi per la valutazione del paziente e intervista al conoscente stretto (per esempio familiare), utilizzare strumenti brevi strutturati e validati: - 10-point cognitive screener (10-CS); - 6-item cognitive impairment test (6-CIT) (tradotto in italiano):							

Compilare per tutte le raccomandazioni


Compilare solo per le raccomandazioni che decidete di implementare




Implementazione nella vostra struttura delle raccomandazioni selezionate.


Durante tutto il periodo di attività potete contattarci all'indirizzo
helpdesk.lgdem@iss.it

Verrete contattati dal gruppo dell'Osservatorio Demenze
(sempre dall'indirizzo helpdesk.lgdem@iss.it)
a **ottobre/novembre 2026**


Dati di contatto e della Struttura 

1. Nome * 


Inserisci la risposta

2. Cognome * 

Inserisci la risposta

3. Ruolo professionale * 


Inserisci la risposta

4. Tipologia Struttura di appartenenza * 


CDCD


CD


RSA

5. Denominazione Struttura di appartenenza * 


Inserisci la risposta

6. Regione Struttura di appartenenza * 

Seleziona la risposta 

7. Indirizzo Email * 

Immetti un indirizzo di posta elettronica

8. Ripetere indirizzo Email * 

Immetti un indirizzo di posta elettronica

Continua...

9. Avete implementato le raccomandazioni della LG definite nella fase di analisi di contesto? *



Si

No

Avanti

10. Se si, quali avete implementato? *



Indicare il numero delle raccomandazioni implementate (es. raccomandazione 1, raccomandazione 2 ...)

Inserisci la risposta

11. L'implementazione ha prodotto dei risultati? Se si, li avete misurati e in che modo (es. tramite indicatori o misure di esito)? *



Inserisci la risposta

12. Riportare eventuali difficoltà riscontrate nell'attività di implementazione *



Inserisci la risposta

10. Se no, perchè? *






Inserisci la risposta

Risultati attesi

Analisi di contesto

Mappatura nazionale

L'analisi di contesto consente di ottenere una fotografia sistematica e comparabile del livello di implementazione delle raccomandazioni nelle strutture partecipanti, evidenziando:

-  quali raccomandazioni sono già integrate nella pratica clinica
-  quali risultano solo parzialmente applicate
-  quali non sono ancora implementate

Misura dell'aderenza alle raccomandazioni

Il confronto tra pratica corrente e raccomandazioni della LG permette di individuare eventuali gap tra queste.

Risultati attesi

Esito implementazione

Valutazione dell'efficacia del percorso di implementazione

Consente di analizzare

- l'aderenza delle raccomandazioni selezionate;
- le criticità incontrate;
- l'impatto organizzativo e professionale.

Supporto alla programmazione e alle politiche sanitarie

I risultati forniscono elementi oggettivi per la pianificazione di azioni future a livello locale e nazionale, promuovendo una pratica *evidence-based*.



[← TORNA ALL'ARCHIVIO](#)

CORSI, CONVEGNI E WEBINAR

Percorso breve di implementazione della linea guida "Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment"

È stato realizzato un percorso breve di implementazione della linea guida strutturato in due fasi principali. Una prima fase formativa, finalizzata a presentare l'iniziativa e fornire un inquadramento comune, e una seconda fase applicativa, che prevede un lavoro diretto di implementazione delle raccomandazioni supportato da strumenti di raccolta dati.

La **fase formativa** si articola in **tre incontri formativi online**, ciascuno rivolto ad una specifica tipologia di struttura: Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e Centri Diurni (CD). Si tratta di incontri aperti e a carattere informativo e formativo, finalizzati a presentare la linea guida e a illustrare in modo dettagliato il percorso

Allegati



**Guida operativa del percorso breve di
implementazione della linea guida**

PDF - 315 KB



File per l'analisi di contesto

XLSX - 42 KB



**SE HAI PARTECIPATO AL WEBINAR E DESIDERI ADERIRE AL PERCORSO BREVE DI
IMPLEMENTAZIONE DELLA LINEA GUIDA, CLICCA [QUI](#)**