



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

19 febbraio 2026

**Nicola Vanacore**

Istituto Superiore di Sanità

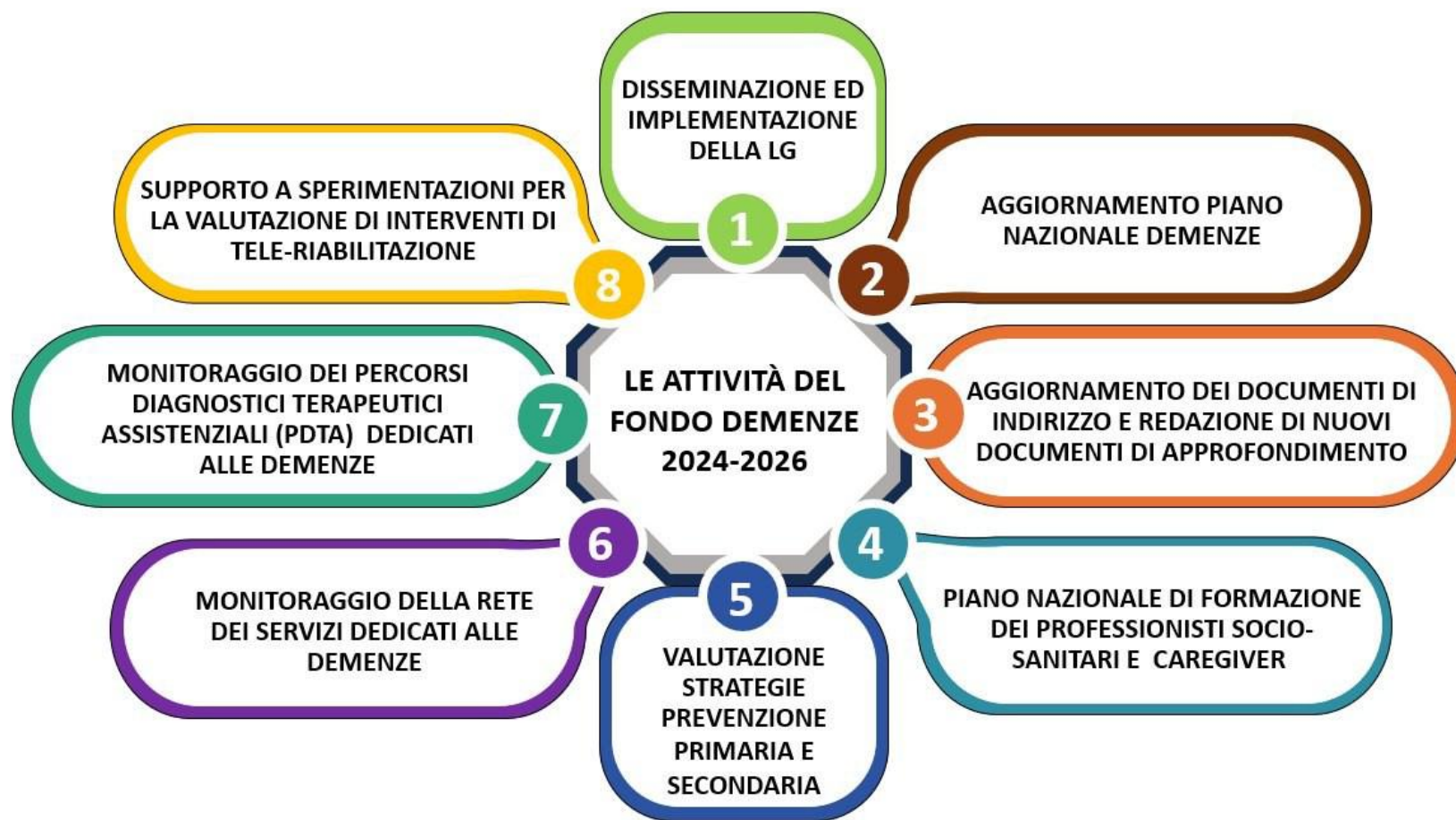


Ministero della Salute



## 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 19 febbraio:

- **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»**  
*Nicoletta Locuratolo*
- **Il percorso breve di implementazione**  
*Elisa Fabrizi*
- **Discussione**

## 901 ISCRITTI

Regione	n.
Abruzzo	7
Basilicata	17
Calabria	1
Campania	26
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>201</b>
Friuli Venezia Giulia	22
Lazio	21
Liguria	22
Lombardia	87
Marche	31
PA Bolzano	4
PA Trento	32
Piemonte	45
Puglia	28
Sardegna	32
Sicilia	8
<b>Toscana</b>	<b>186</b>
Umbria	9
Valle d'Aosta	6
<b>Veneto</b>	<b>116</b>

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

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

< 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

**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**

19 febbraio 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

SERIE GENERALE (3)  
Anno 163° - Numero 75

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

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:

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

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

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»;

PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE

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

(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)



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

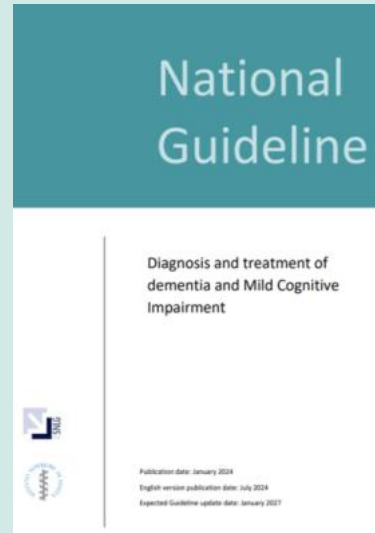
Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

#### Art. 5

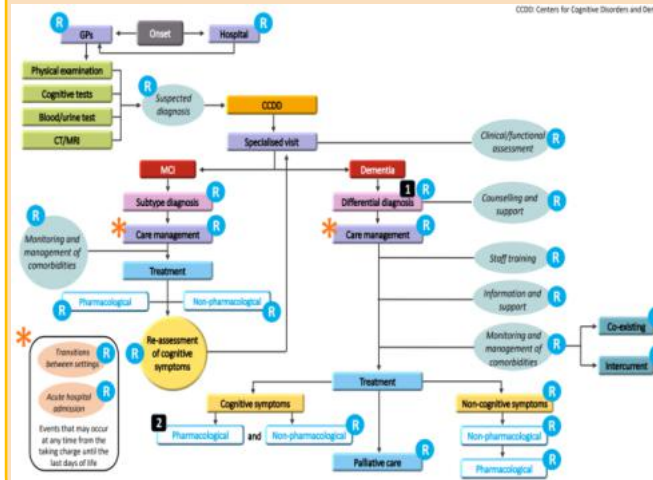
Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con 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.

## Documento LG



## Care pathway navigabile per professionisti sanitari



## Opuscolo per Familiari e Caregiver



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

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



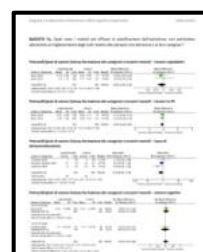
Testo della LG



Strategie di ricerca



GRADE e CERQual



Meta-analisi



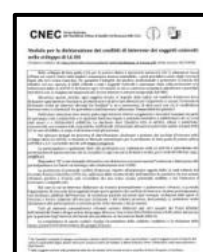
Analisi OsMed (anticolinergici)



Scope LG



Consultazione pubblica draft Scope LG



Col del GdL LG DEM



Tavole Evidence to Decision f



Risposte alla consultazione pubblica

## 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](http://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



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

**Nord**

**Centro**

**Sud e Isole**

+ 164 distaccamenti

n. Medio casi per CDCD

<sup>§</sup> 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
<b>NORD</b>	<b>536739</b>	<b>2407</b>	<b>214</b>	<b>699</b>
Lazio	101195	2735	797	4216
Marche	32458	2029	180	811
Toscana	79646	1991	246	617
Umbria	19420	1618	274	1142
<b>CENTRO</b>	<b>232719</b>	<b>2216</b>	<b>332</b>	<b>1108</b>
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
<b>SUD E ISOLE</b>	<b>333369</b>	<b>1618</b>	<b>850</b>	<b>3145</b>
<b>Totale</b>	<b>1102827</b>	<b>2065</b>	<b>306</b>	<b>1017</b>

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<sup>1,2\*</sup>, Vittorio Palermo<sup>1</sup>, Ilaria Palazzesi<sup>1</sup>,  
Serena Passoni<sup>3</sup>, Flaminia Camilli<sup>4</sup>, Alice Paggetti<sup>1</sup>,  
Antonio Ancidoni<sup>1</sup>, Elisa Fabrizi<sup>1,5</sup>, Patrizia Lorenzini<sup>1</sup>,  
Guido Bellomo<sup>1</sup>, Francesco Sciancalepore<sup>1,6</sup>,  
Nicoletta Locuratolo<sup>1</sup>, Paola Scardetta<sup>1</sup>, Angela Giusti<sup>1</sup>,  
Nicola Vanacore<sup>1</sup> and Francesca Zambri<sup>1</sup>



## 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

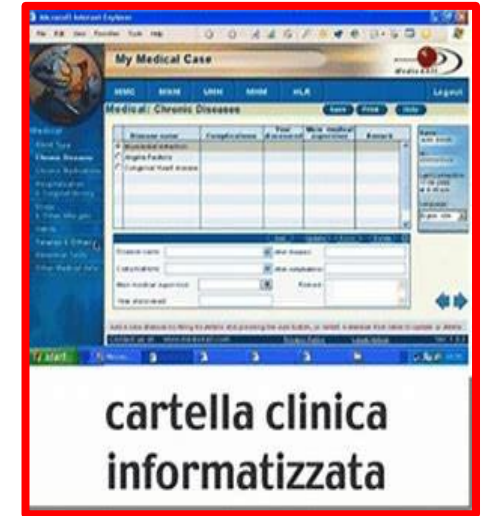




(1)

## ATTIVITA' 7

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



(2)

CDCD

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

(3)

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

**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

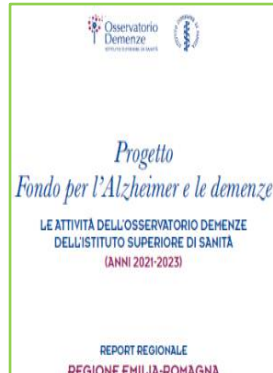
Ilaria Bacigalupo<sup>1</sup> | Flavia L. Lombardo<sup>1</sup> | Anna Maria Bargagli<sup>2</sup> | Silvia Cascini<sup>2</sup> | Nera Agabiti<sup>2</sup> | Marina Davoli<sup>2</sup> | Silvia Scalmana<sup>3</sup> | Annalisa Di Palma<sup>4</sup> | Annarita Greco<sup>5</sup> | Marina Rinaldi<sup>5</sup> | Roberta Giordana<sup>6</sup> | Daniele Imperiale<sup>7</sup> | Piero Secreto<sup>8</sup> | Natalia Golini<sup>9</sup> | Roberto Gnani<sup>9</sup> | Franca Lovaldi<sup>10</sup> | Carlo A. Biagini<sup>11</sup> | Elisa Gualdani<sup>12</sup> | Paolo Francesconi<sup>12</sup> | Natalia Magliocchetti<sup>13</sup> | Teresa Di Fiandra<sup>13</sup> | Nicola Vanacore<sup>1</sup>

[www.demenze.it](http://www.demenze.it)

# 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<sup>1,2\*</sup>, Francesco Sciancalepore<sup>1\*</sup>, Iaria Bacigalupo<sup>1</sup>, Guido Bellomo<sup>1</sup>, Marco Canevelli<sup>1,3</sup>, Eleonora Lacorte<sup>1</sup>, Flavia L. Lombardo<sup>1</sup>, Patrizia Lorenzini<sup>1</sup>, Iaria Palazzesi<sup>1</sup>, Paola Piscopo<sup>1</sup>, Emanuela Salvi<sup>1</sup>, Caterina B.N.A. Bianchi<sup>1</sup>, Fiammetta Landoni<sup>1</sup>, Liliana La Sala<sup>1</sup>, Teresa Di Fiandra<sup>1</sup>, Nicola Vanacore<sup>1</sup>, the Permanent Table of the National Dementia Plan Study Group and the Istituto Superiore di Sanità FONDEM Study Group\*\*

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

<sup>2</sup>Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Rome, Italy

<sup>3</sup>Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Rome, Italy

<sup>4</sup>Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

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

<sup>6</sup>Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Rome, Italy

<sup>7</sup>Scientific 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<sup>1,2,3</sup>, ANTONIO ANCIDONI<sup>1,2,3</sup>, NICOLETTA LOCURATOLO<sup>1</sup>, PAOLA PISCOPO<sup>2</sup>, FRANCESCO DELLA GATTA<sup>3</sup>, SIMONE SALEMME<sup>4,5</sup>, SARA MARIA PANI<sup>6</sup>, DOMITILLA MARCONI<sup>7</sup>, LUCA VIGNATELLI<sup>8</sup>, LUCIANO SAGLIOCCA<sup>9</sup>, PAOLO CAFFARRA<sup>10,11</sup>, PIERO SECRETO<sup>11,12</sup>, ANTONIO GUAITA<sup>11,13</sup>, ANDREA STRACCIARI<sup>11,14</sup>, NICOLA VANACORE<sup>11,11</sup>, ELEONORA LACORTE<sup>1</sup>, The Guideline Working Group<sup>§</sup>



BMJ  
Public  
Health

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

2025

Antonio Ancidoni<sup>1</sup>, Simone Salemme<sup>2</sup>, Domitilla Marconi<sup>3</sup>, Guido Bellomo<sup>1</sup>, Sara Maria Pani<sup>4</sup>, Nicoletta Locuratolo<sup>1</sup>, Eleonora Lacorte<sup>1</sup>, Flavia Lucia Lombardo<sup>1</sup>, Iaria Bacigalupo<sup>1</sup>, Elisa Fabrizi<sup>1</sup>, Marco Canevelli<sup>1,5</sup>, Francesco Sciancalepore<sup>1</sup>, Patrizia Lorenzini<sup>1</sup>, Iaria Palazzesi<sup>1</sup>, Alice Paggetti<sup>1</sup>, Francesco Della Gatta<sup>6</sup>, Paola Piscopo<sup>7</sup>, Emanuela Salvi<sup>8</sup>, Francesca Zambri<sup>1</sup>, Annachiara Di Nolfi<sup>9</sup>, Vittorio Palermo<sup>1</sup>, Paolo Sciattella<sup>10</sup>, Chiara Bini<sup>10</sup>, Francesco Saverio Mennini<sup>10</sup>, Caterina Bianca Neve Aurora Bianchi<sup>11</sup>, Fiammetta Landoni<sup>11</sup>, Maria Assunta Giannini<sup>11</sup>, Teresa Di Fiandra<sup>12</sup>, Nicola Vanacore<sup>1</sup>, 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 Paggetti<sup>1</sup> · Ylenia Druda<sup>1</sup> · Francesco Sciancalepore<sup>1</sup> · Francesco Della Gatta<sup>1</sup> · Antonio Ancidoni<sup>1</sup> · Nicoletta Locuratolo<sup>1</sup> · Paola Piscopo<sup>1</sup> · Luca Vignatelli<sup>1</sup> · Luciano Saggiocca · Antonio Guaita<sup>1</sup> · Piero Secreto · Andrea Stracciari<sup>1</sup> · Paola Caffarra<sup>1</sup> · Nicola Vanacore<sup>1</sup> · Elisa Fabrizi<sup>1</sup> · Eleonora Lacorte<sup>1</sup> · 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 posti - 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**

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 esteri dell'invio telematico. Nel caso non si riceva guzzettaufficiale@guz

**DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI**

Ministero della salute

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 €**



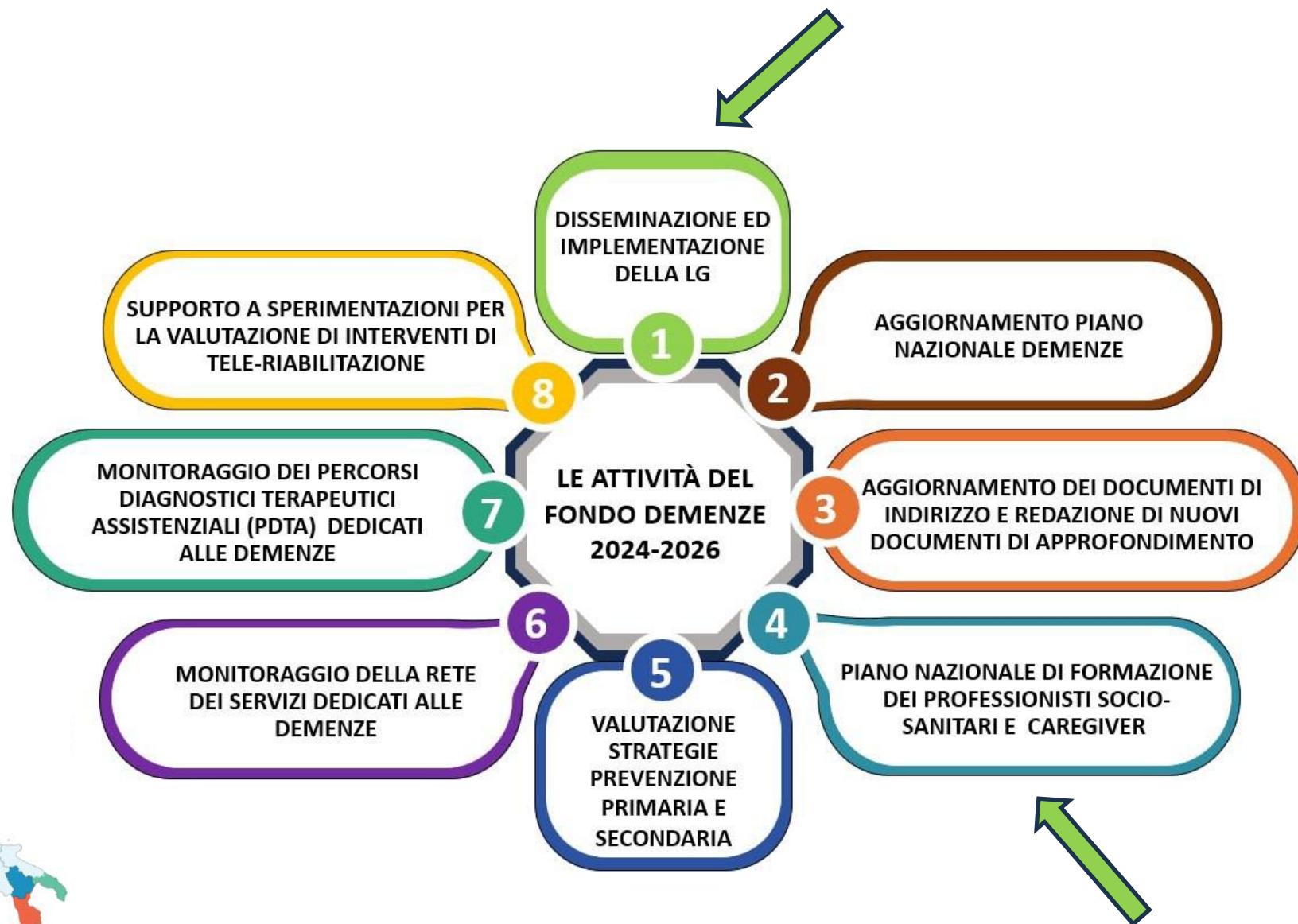


Ministero della Salute



## PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO  
DEMENTE 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**

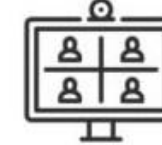


Corsi di **formazione** sulla disseminazione LG

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:**

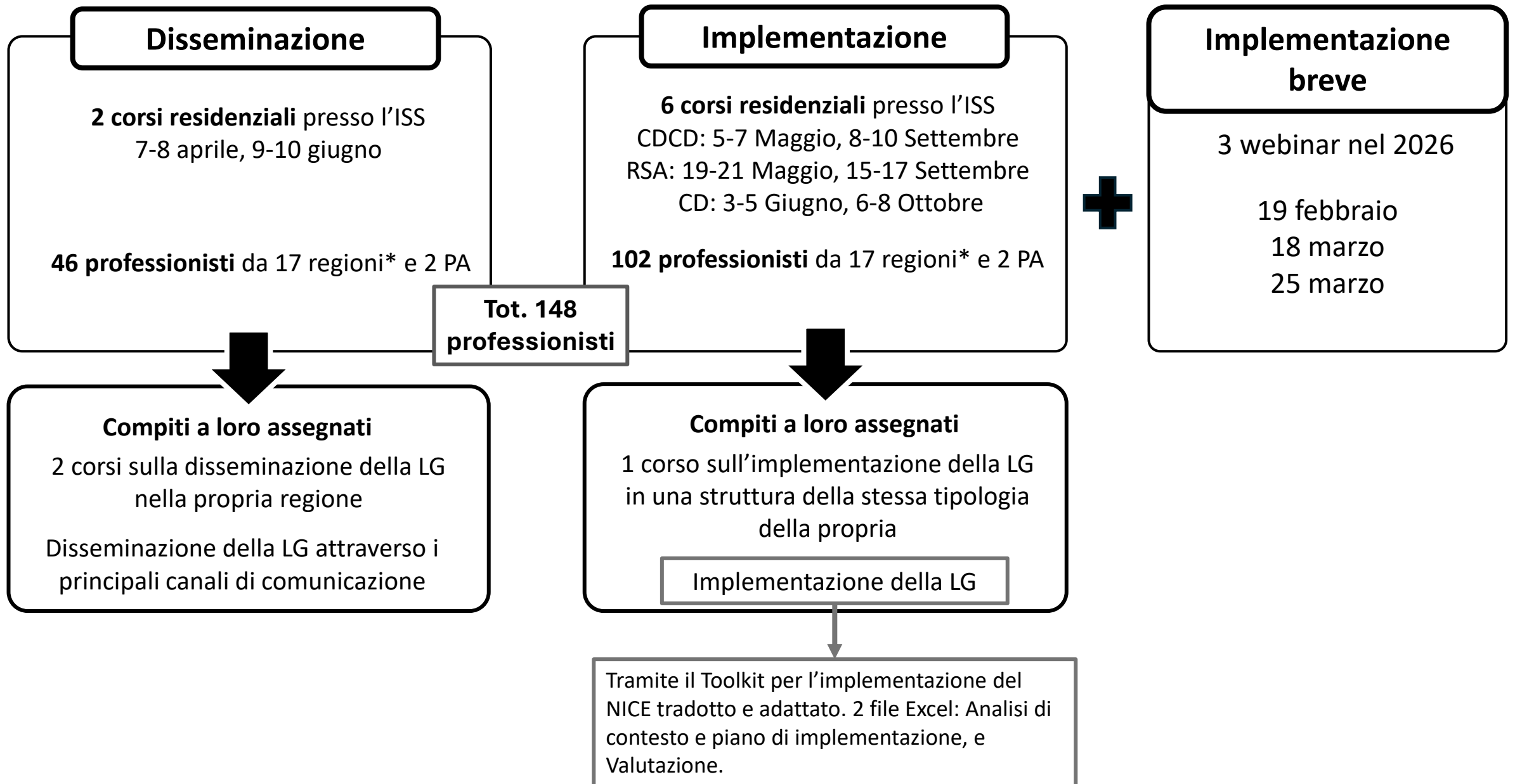


- Referente al Tavolo nazionale demenze
- Referente regionale per la formazione
  - Partecipanti ai corsi ISS

- 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**

19 febbraio 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.

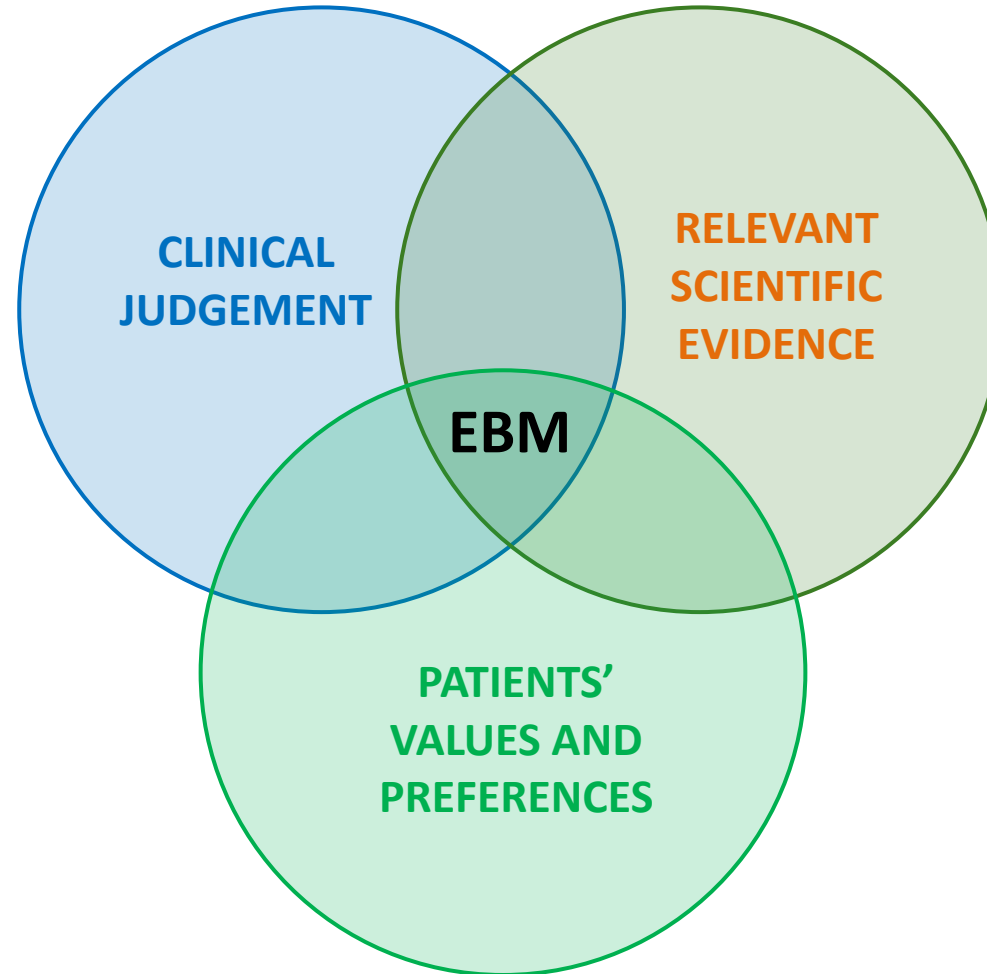
This information enables healthcare providers to proceed accordingly, selecting the best care for a unique patient based on his or her preferences.

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



**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 rationale<sup>1</sup>.

#### 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 ethics<sup>2</sup>;
  - 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<sup>\*1</sup>, Atle Fretheim<sup>2</sup> and Andrew D Oxman<sup>2</sup>

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

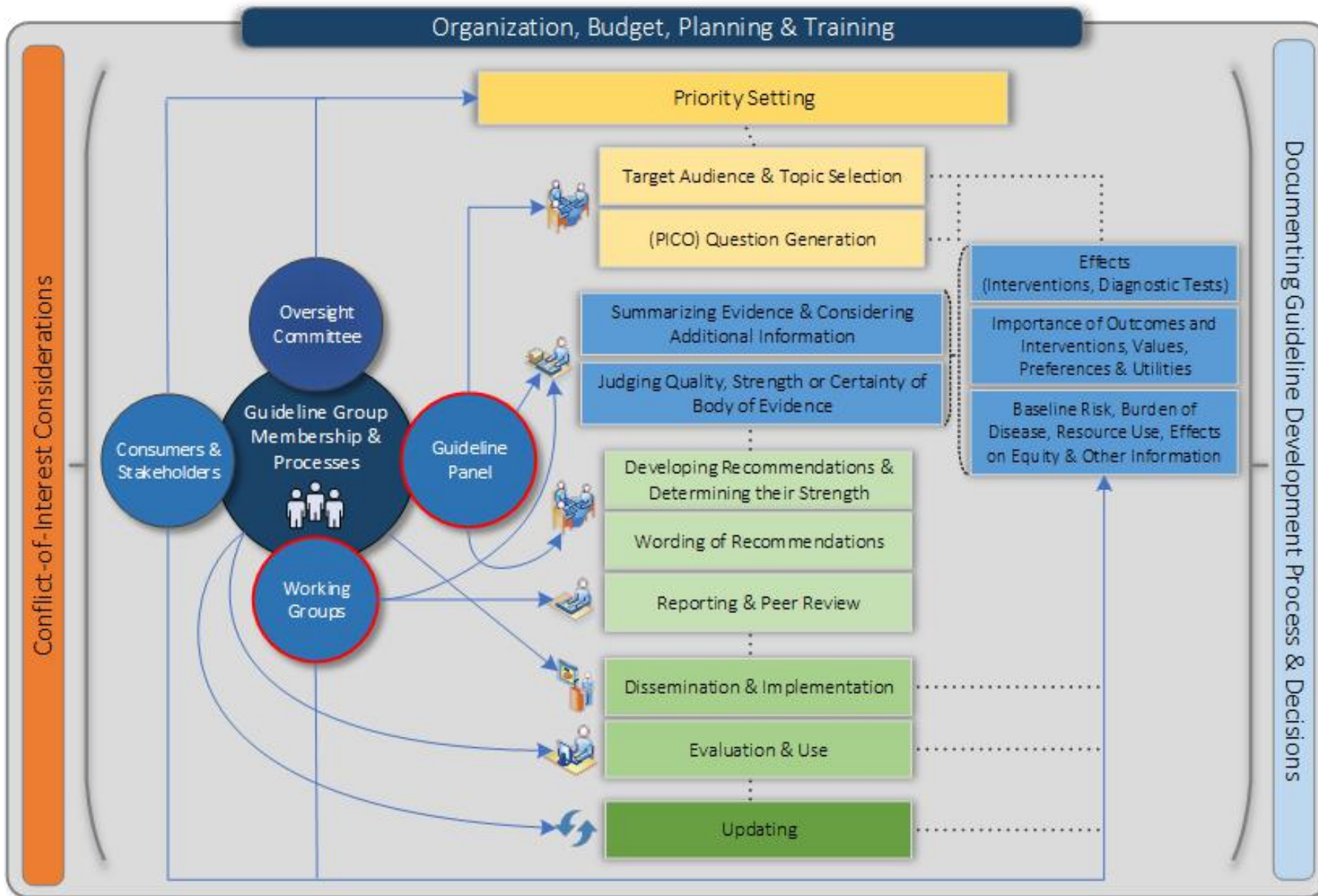
CMAJ, February 18, 2014, 186(3)

# 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.





# GRADE

## 1 Formulazione del quesito

- P Patient Population
- I Intervention or Issue
- C Comparison intervention (optional)
- O Outcome of Interest

## 2 Selezione degli outcome

- Critico ✓
- Critico ✓
- Importante ✓
- Non importante ✗

## 3 Revisione della letteratura



Study	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Study 1																				
Study 2																				

## 4 Summary of findings



## 5 EtD framework

**Box 4. Criteri considerati nel GRADE EtD framework**

**Problema:** Il problema è una priorità? (già valutato nella fase iniziale di sviluppo della LG, quindi si può omettere dalla descrizione del framework EtD)

**Benefici attesi:** Quanto sono importanti i benefici attesi?

**Effetti indesiderati:** Quanto sono importanti gli effetti indesiderati?

**Qualità globale delle prove:** Fino a che punto si può confidare nel fatto che la stima di beneficio/danno possa essere usata a favore/contro il raccomandare l'uso dell'intervento proposto?

**Valori:** Vi è incertezza o variabilità rispetto al valore che le persone attribuiscono agli outcome principali?

**Bilancio tra benefici e danni attribuibili all'intervento:** Il bilancio tra benefici ed effetti indesiderati favorisce l'intervento proposto o il confronto?

**Risorse richieste:**

- Quali sono i costi richiesti?
- Qual è il livello di evidenza relativo ai costi richiesti?
- L'analisi di costo-efficacia o di costo-utilità favorisce l'intervento proposto o il confronto?

**Equità:** Quale potrebbe essere l'impatto sull'equità?

**Accettabilità:** L'intervento proposto è accettabile da parte degli stakeholder?

**Fattibilità:** L'intervento proposto può essere implementato?

**Grade down**

- Risk of bias
- Inconsistency
- Indirectness
- Imprecision
- Publication bias

**Grade up**

- Large effect
- Dose-response
- Confounding



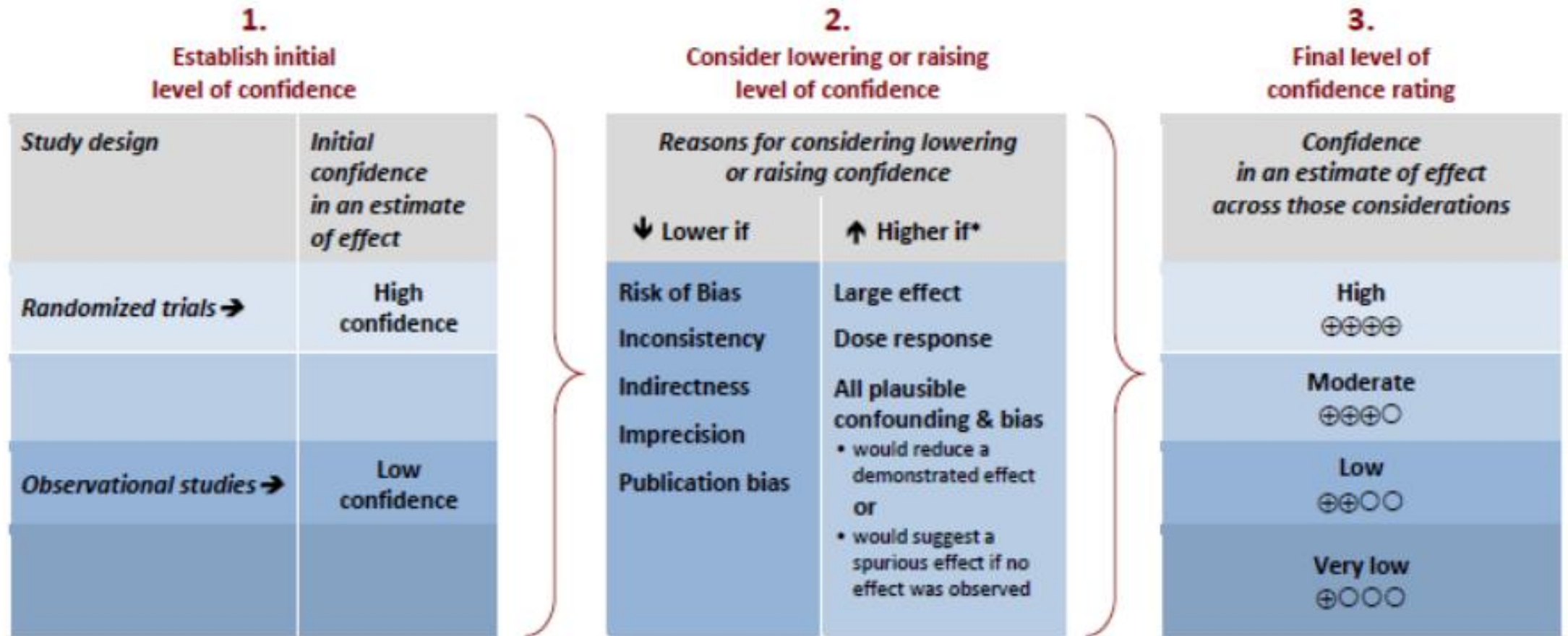
Livello qualità	Significato	Conseguenza
Alta	Alto grado di confidenza nei risultati	È molto improbabile che ulteriori studi possano cambiare la fiducia nella stima di effetto
Moderata	Discreto grado di confidenza nei risultati	È probabile che ulteriori studi possano confermare o cambiare la fiducia nella stima di effetto
Bassa	I risultati sono poco credibili	È necessaria ulteriore ricerca per ottenere stime affidabili sugli effetti positivi e negativi dell'intervento
Molto bassa	I dati esaminati sono totalmente inaffidabili	Non è possibile fare affidamento sulle stime di effetto disponibili

## 6 Formulazione della raccomandazione

## Box IV-6. A Summary of the GRADE Approach to Rating Quality of a Body of Evidence

Table: GRADE's approach to rating quality of evidence (aka confidence in effect estimates)

For each outcome based on a systematic review and across outcomes (lowest quality across the outcomes critical for decision making)



\*upgrading criteria are usually applicable to observational studies only.

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)		
<b>Cornell scale</b>												
5	randomised trials	serious	serious <sup>a</sup>	not serious	not serious	none	311	332	-	MD <b>1.27 lower</b> (1.8 lower to 0.74 lower)	⊕⊕○○ Low <sup>a</sup>	
<b>Cornell scale - escitalopram</b>												
1	randomised trials	serious	not serious	not serious	very serious <sup>b,c</sup>	none	27	33	-	MD <b>1.25 lower</b> (5.5 lower to 3 higher)	⊕○○○ Very low <sup>b,c</sup>	
<b>Cornell scale - sertraline</b>												
3	randomised trials	serious	very serious <sup>d</sup>	not serious	serious <sup>b</sup>	none	159	166	-	MD <b>0.38 lower</b> (1.65 lower to 0.89 higher)	⊕○○○ Very low <sup>b,d</sup>	
<b>AE</b>												
6	randomised trials	serious	serious <sup>a</sup>	not serious	not serious	none	267/496 (53.8%)	204/504 (40.5%)	RR <b>1.33</b> (1.17 to 1.51)	<b>134 more per 1.000</b> (from 69 more to 206 more)	⊕⊕○○ Low <sup>a</sup>	
<b>AE - escitalopram</b>												
1	randomised trials	serious	not serious	not serious	serious <sup>b</sup>	none	23/41 (56.1%)	17/43 (39.5%)	RR <b>1.42</b> (0.90 to 2.24)	<b>166 more per 1.000</b> (from 40 fewer to 490 more)	⊕⊕○○ Low <sup>b</sup>	

## Valutazione dell'affidabilità delle prove secondo il metodo GRADE

Affidabilità complessiva delle evidenze scientifiche a supporto di ciascun quesito.

Affidabilità	Significato
<b>Alta</b>	È molto probabile che le conclusioni tratte dagli studi raccolti siano rappresentative della realtà.
<b>Moderata</b>	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.
<b>Bassa</b>	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.
<b>Molto bassa</b>	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

<b>Problema</b> 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
<b>Effetti desiderabili</b> Quanto sono rilevanti i gli effetti desiderabili attesi?	Minimi/Piccoli/Moderati/Ampi Variabile/non so
<b>Effetti indesiderabili</b> Quanto sono rilevanti gli effetti indesiderabili attesi?	Minimi/Piccoli/Moderati/Ampi Variabile/non so
<b>Affidabilità globale delle prove</b> Qual è l'affidabilità complessiva delle prove?	Molto bassa/Bassa/Moderata/Alta/Nessuno studio incluso
<b>Valori</b> Esiste un'incertezza o variabilità importante riguardo quanto le persone ritengono rilevante l'esito principale?	Importante/Forse importante/Probabilmente non importante/Non importante
<b>Bilancio tra benefici e danni attribuibili all'intervento</b> 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
<b>Risorse richieste</b> 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
<b>Equità</b> Quale sarebbe l'impatto in termini di equità?	Minore/Probabilmente minore/Probabilmente nessun impatto/Probabilmente maggiore/Maggiore Variabile/non so
<b>Accettabilità</b> L'intervento è accettabile da parte dei principali stakeholder?	No/Probabilmente no/Probabilmente sì Variabile/non so
<b>Fattibilità</b> L'intervento è facilmente implementabile?	No/Probabilmente no/Probabilmente sì Variabile/non so

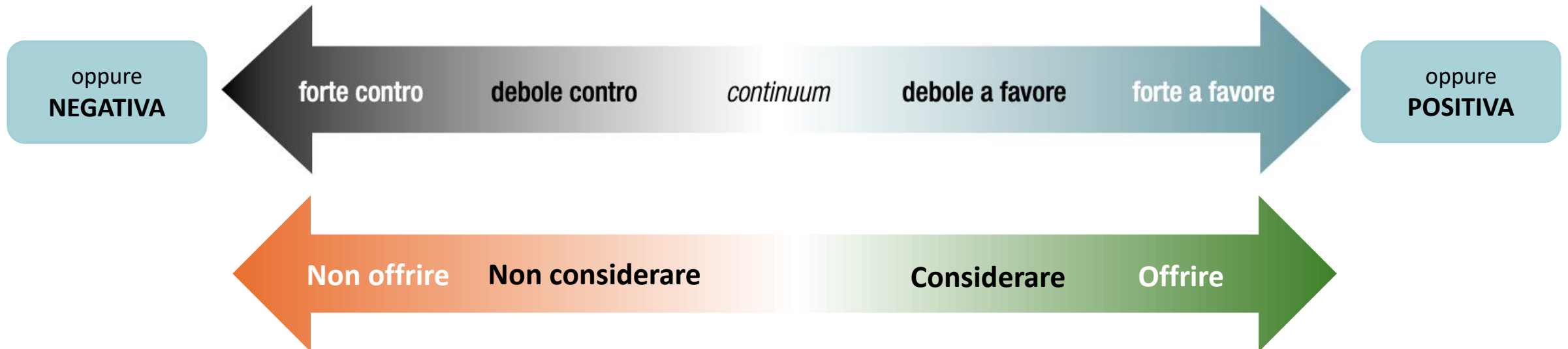
La **forza** di una raccomandazione riflette la fiducia nella superiorità degli effetti desiderati di un intervento rispetto agli effetti non desiderati.

### **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.



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.

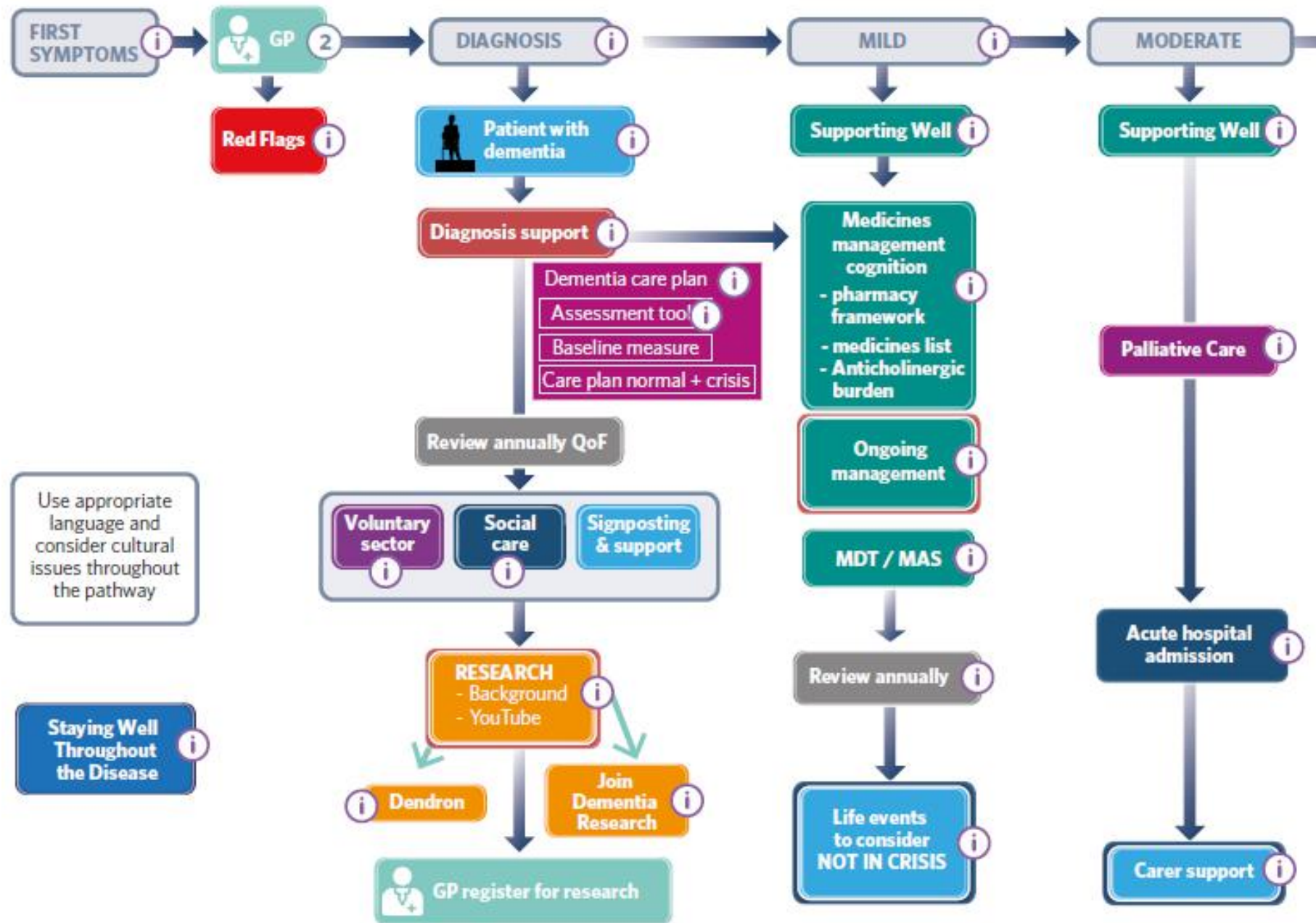
The aim of a care pathway is to enhance the quality of care across the continuum by improving risk-adjusted patient outcomes, promoting patient safety, increasing patient satisfaction, and optimizing the use of resources.

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.

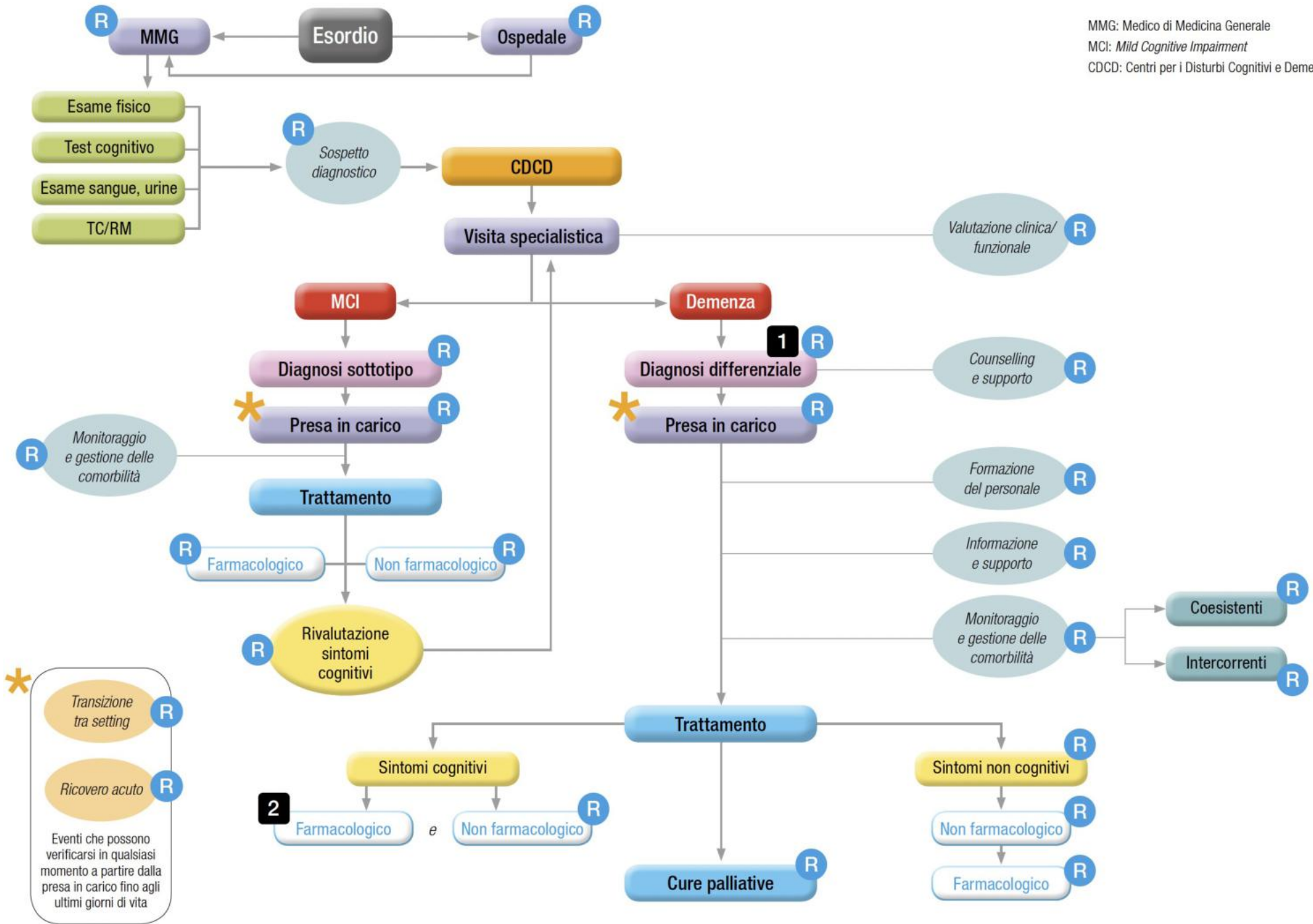
This definition is nowadays used by the E-P-A in the European Quality of Care Pathway (EQCP), Care Pathway for Acute Coronary Syndrome (CP4ACS) and Care Pathway for Nutritional Problems in Surgical Patients with Gastro Intestinal Cancer (CP4NutriGICan) studies, and forms the basis for all our courses.

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.

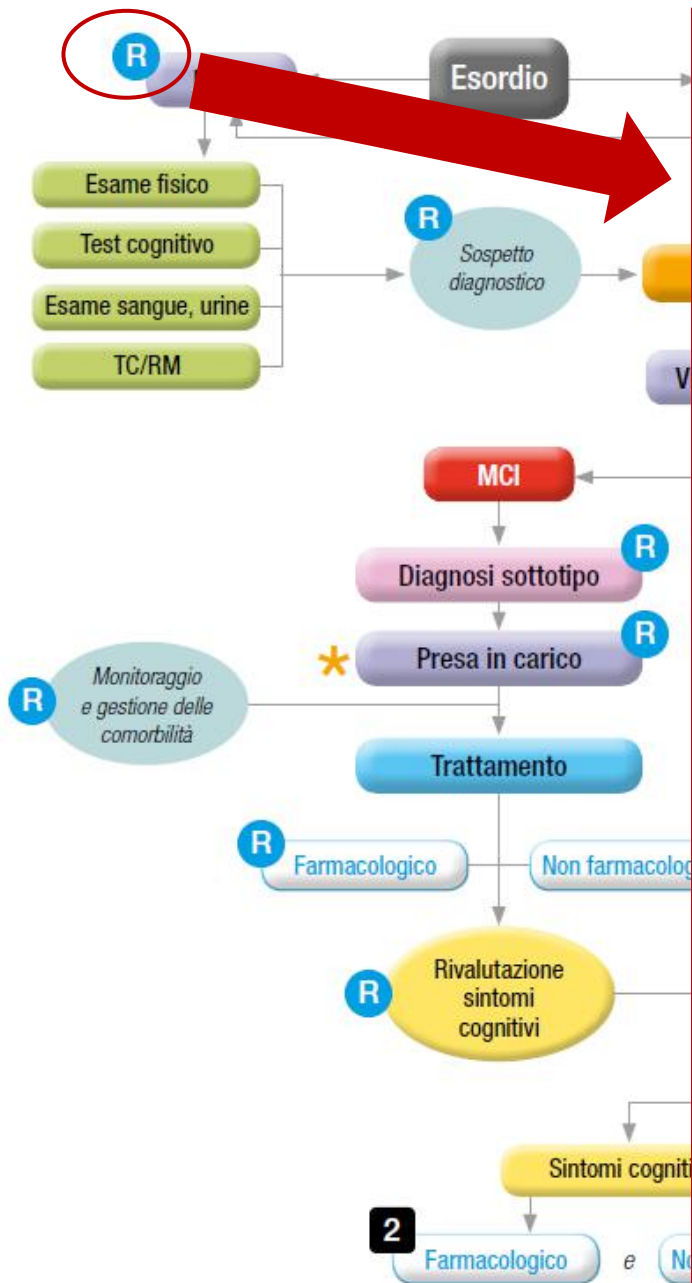
If you want to find information on internet or on Pubmed about clinical pathways, you can use the following terms: "critical pathway", "clinical pathway" or "integrated care pathway". The terminology clinical/critical pathway is used worldwide. Integrated Care Pathway (ICP) is mainly used in the United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



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



\*  
 Transizione tra setting  
 Ricovero acuto  
 Eventi che possono verificarsi in qualsiasi momento a partire dalla presa in carico fino agli ultimi giorni di vita



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

### Valutazione iniziale nel setting non specialistico

**1**

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).

**FORTE POSITIVA**

**2**

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.

**FORTE POSITIVA**

**3**

In caso di utilizzo di test cognitivi per la valutazione del paziente e intervista al cosovente 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);
- 6-item screener (6-IS);
- Memory Impairment Screen (MIS);
- Mini-Cog;
- Test Your Memory (TYM) (tradotto in italiano);
- General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG) (unico test validato sulla popolazione italiana per il suo utilizzo nel setting delle cure primarie).

**FORTE POSITIVA**

**4**

Non escludere il declino cognitivo solamente sulla base di un punteggio normale a seguito di una valutazione cognitiva e prevedere un monitoraggio dello stato cognitivo.

**FORTE NEGATIVA**

**7**

Per maggiori indicazioni sulla valutazione della demenza in persone con disturbi specifici dell'apprendimento, fare riferimento alla Tabella 6.

**FORTE POSITIVA**

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

Condizione	Documenti di riferimento	Fonte
Multimorbidità	Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbidità e polifarmacoterapia <i>Multimorbidity: clinical assessment and management</i> <i>Older people with social care needs and multiple long-term conditions</i>	SNLG 2021 NICE-NG56 NICE-NG22
Delirium	<i>Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care</i>	NICE-CG104
Diabete	La terapia del diabete mellito di tipo 2 <i>Type 2 diabetes in adults: management</i> <i>Type 2 diabetes in adults</i>	SNLG 2022 NICE-NG28 NICE-OS200
Iipertensione	<i>Hypertension in adults: diagnosis and management</i>	NICE-NG136
Problemi cardiovascolari/obesità	<i>Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification</i> Terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbidità metaboliche	NICE-CG181 SNLG 2022
Incontinenza	<i>Faecal incontinence in adults: management</i> <i>Urinary incontinence in neurological disease: assessment and management</i>	NICE-CG49 NICE-CG148
Disabilità sensoriali	<i>Hearing loss in adults: assessment and management</i> Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle fratture da fragilità	NICE-NG38 SNLG 2021
Cadute/fratture	Fratture del femore prossimale nell'anziano <i>Falls in older people: assessing risk and prevention</i> <i>Falls in older people</i> <i>Hip fracture: management</i>	SNLG 2021 NICE-CG163 NICE-OS36 NICE-CG124
Malattie oncologiche	Tumori dell'anziano (parte generale)	SNLG 2022
Depressione	<i>Depression in adults: treatment and management</i>	NICE-NG222
Malattia di Parkinson	<i>Parkinson's disease in adults</i>	NICE-NG71
Disturbi specifici dell'apprendimento	<i>Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management</i>	NG54

### Farmaci che possono causare o peggiorare il declino cognitivo

**31**

Considerare che alcuni farmaci comunemente prescritti sono associati a un aumento del carico anticolinergico e conseguentemente a un aumento del rischio di declino cognitivo.

**DEBOLE POSITIVA**

**32**

Considerare di minimizzare l'uso di farmaci associati a un aumento del carico anticolinergico, e laddove possibile considerare una strategia alternativa in fase di:

- valutazione dell'opportunità di riferire la persona con sospetto di demenza al servizio di diagnosi specialistica;
- revisione del trattamento farmacologico in persone con una diagnosi di demenza.

**DEBOLE POSITIVA**

**33**

Considerare l'esistenza di strumenti validati per la valutazione del carico anticolinergico (per esempio *Anticholinergic Cognitive Burden Scale*).

**DEBOLE POSITIVA**

**34**

Per indicazioni sulla revisione e ottimizzazione dei trattamenti farmacologici, fare riferimento alle indicazioni riportate nella Tabella 7.

**FORTE POSITIVA**

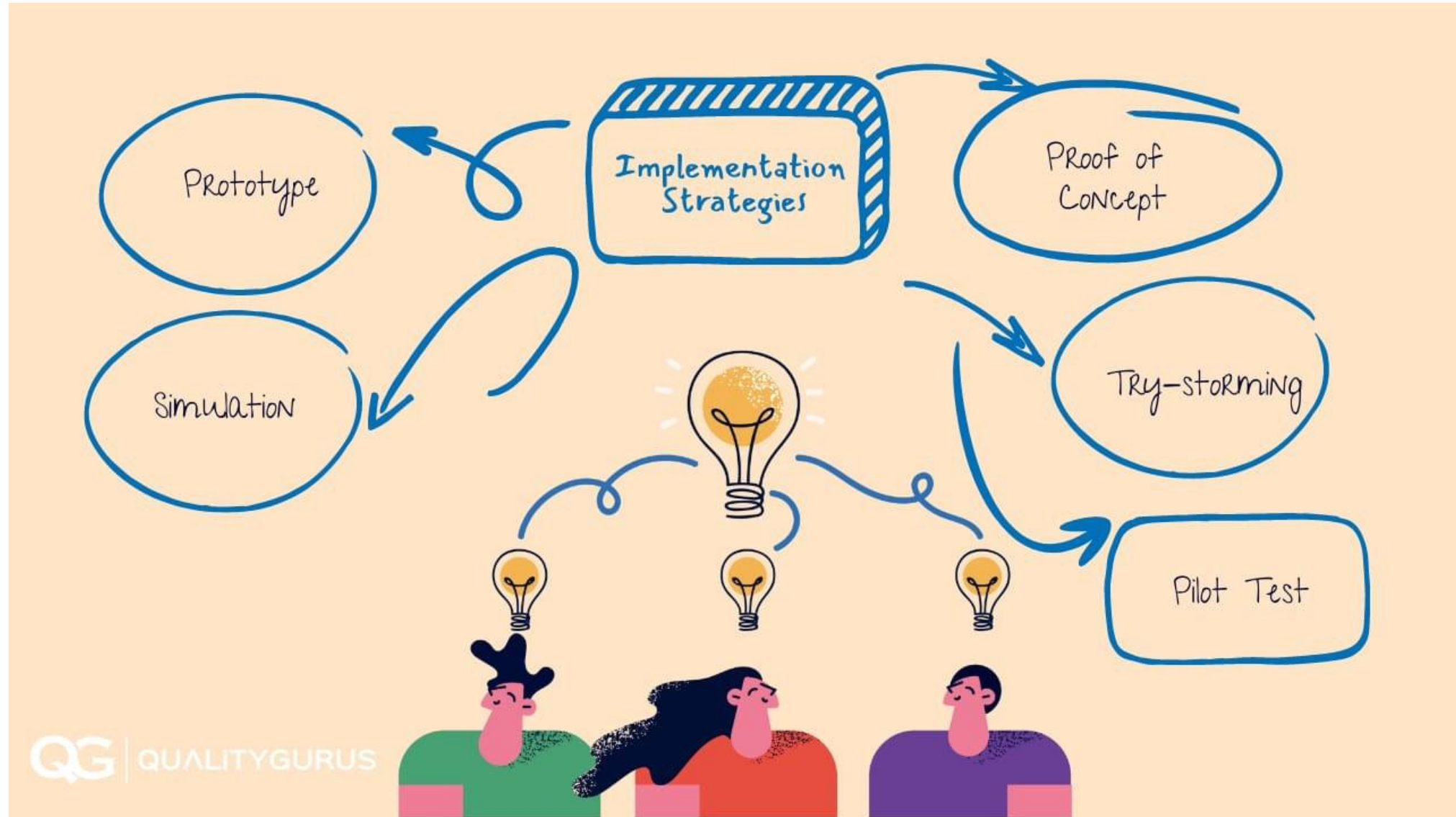
Tabella 7. Dichiarazioni tratte dal documento NICE QS120, riferito alla LG NICE (NG5)<sup>1</sup>

<b>Dichiarazione 1.</b> Le persone devono avere la possibilità di essere coinvolte nel processo decisionale in merito ai propri trattamenti farmacologici.
<b>Dichiarazione 2.</b> Le persone che ricevono una prescrizione farmaciaologica devono ricevere una spiegazione riguardo a come identificare e riportare eventuali effetti collaterali ed eventi avversi correlati al farmaco.
<b>Dichiarazione 3.</b> Coloro che forniscono l'assistenza socio-sanitaria devono monitorare eventuali effetti collaterali ed eventi avversi correlati al farmaco al fine di migliorare le loro competenze in materia di uso dei farmaci.
<b>Dichiarazione 4.</b> Le persone ricoverate in un setting ospedaliero acuto devono avere una lista riconsigliata dei propri trattamenti farmacologici entro 24 ore dal ricovero.
<b>Dichiarazione 5.</b> Le persone dimesse da un setting assistenziale devono avere una lista riconsigliata dei propri trattamenti farmacologici inserita all'interno della cartella clinica del Medico di Medicina Generale (MMG) entro una settimana dalla ricisione da parte del MMG delle informazioni e prima di una qualsiasi prescrizione o somministrazione di un nuovo farmaco.
<b>Dichiarazione 6.</b> Coloro che forniscono assistenza sanitaria locale devono identificare le persone che ricevono un trattamento farmaciaologico che potrebbe beneficiare di un piano di revisione strutturata.

<sup>1</sup> Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. [NG5] Published: 04 March 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5>; Medicines optimisation. [QS120] Published: 24 March 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs120>

torna al flowchart

# 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

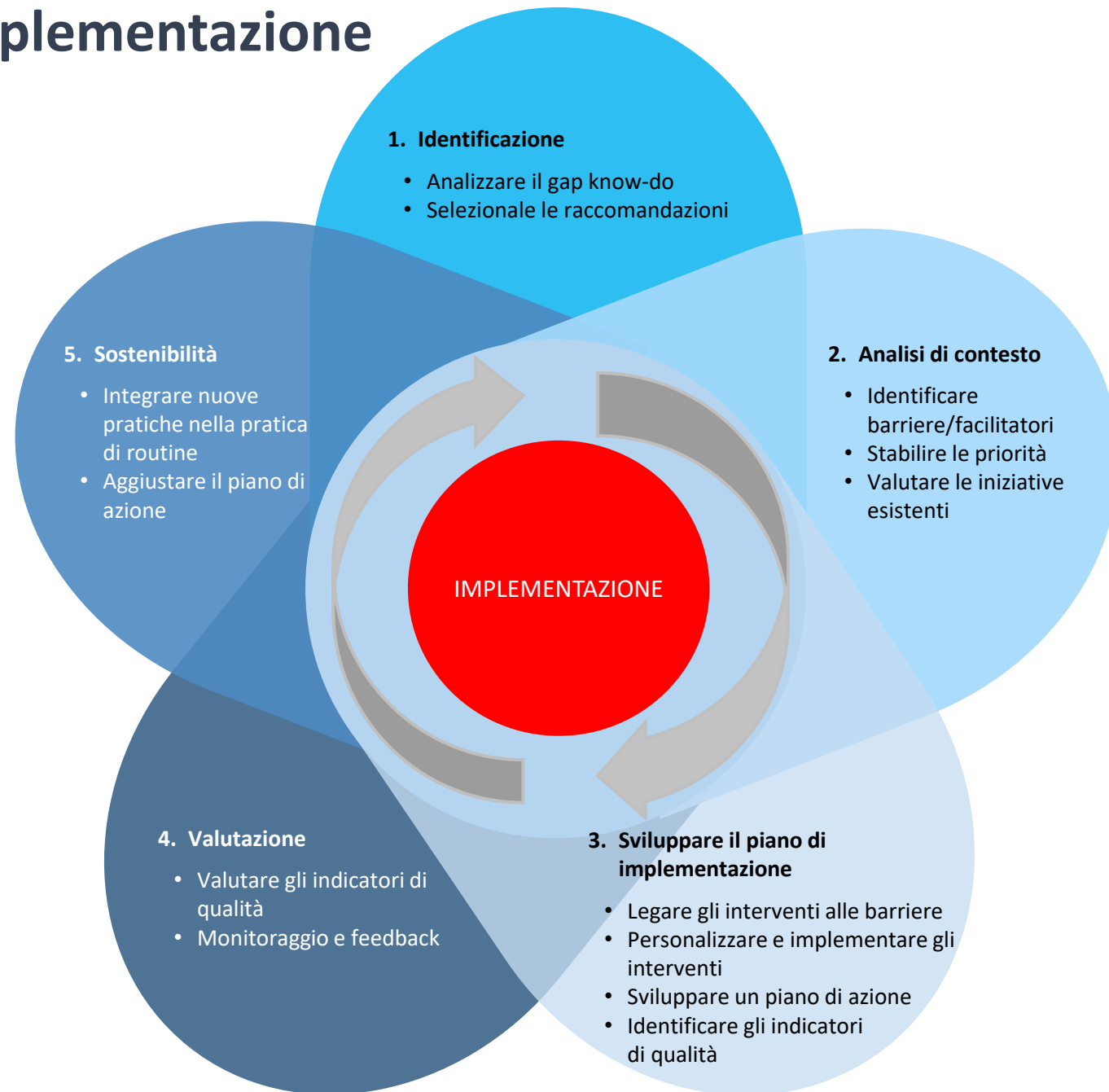
### Organizzazioni

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

<b>Identificazione</b>	scegliere le raccomandazioni
<b>Analisi di contesto</b>	analizzare la pratica corrente
<b>Pianificazione</b>	pianificare le azioni
<b>Valutazione</b>	valutare gli esiti
<b>Sostenibilità</b>	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?

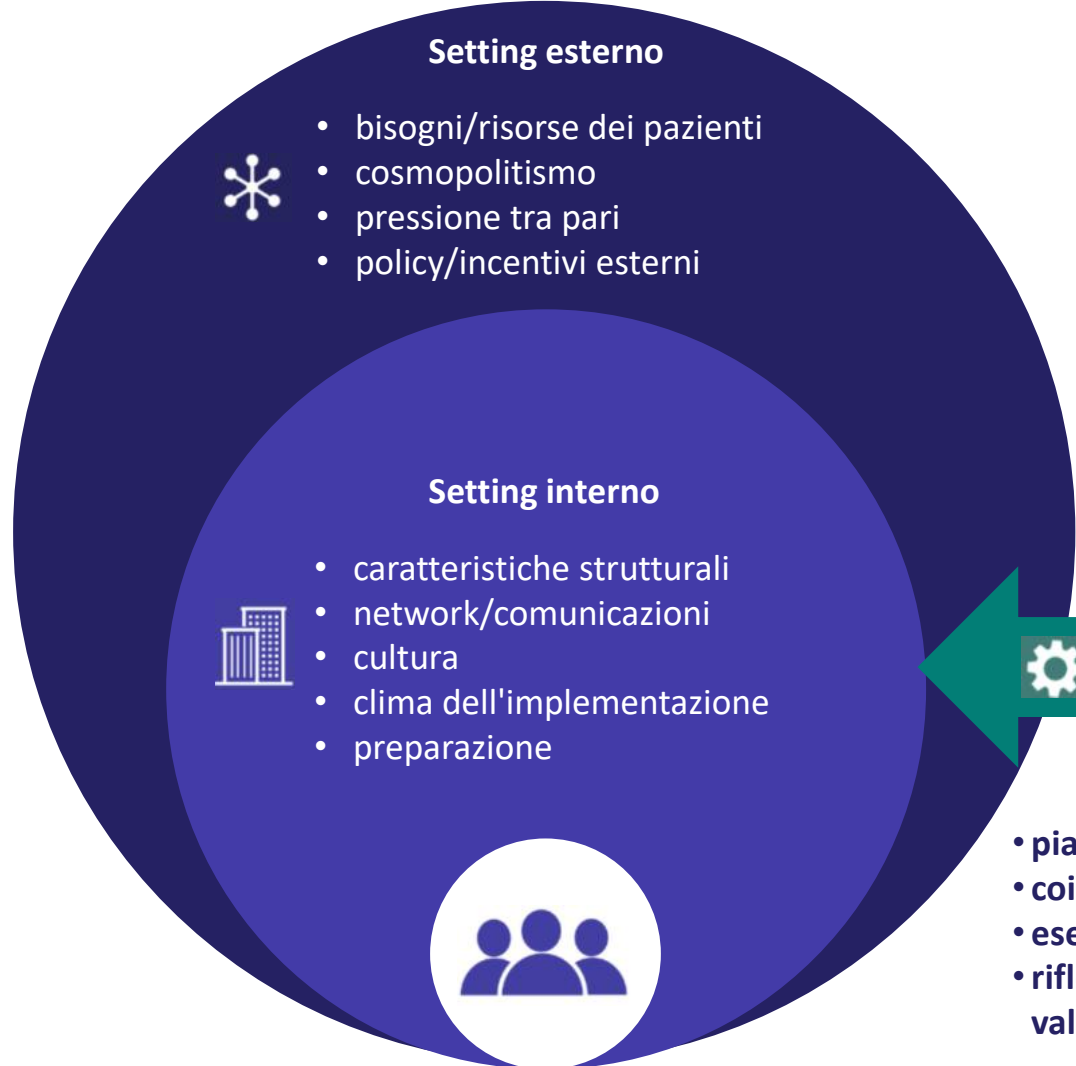
Esiste un alto livello di non aderenza o iniqua aderenza alla raccomandazione?

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)



**Caratteristiche dell'intervento**

- fonte dell'intervento
- forza/qualità delle evidenze
- adattabilità
- sperimentabilità
- complessità
- qualità del disegno
- costo



**Processo**




- pianificazione
- coinvolgimento
- esecuzione
- riflessione/ valutazione

**Caratteristiche degli individui**

- conoscenze/convinzioni
- self-efficacy
- stadi individuali di cambiamento
- identificazione individuale con l'organizzazione
- altri attributi personali

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

Jessica Miller Clouser<sup>1</sup> | Colleen A. McMullen<sup>2</sup> | Akosua K. Adu<sup>1</sup> |  
Gretchen Wells<sup>3</sup> | Amit Arbune<sup>2</sup> | Jing Li<sup>4</sup> 

## 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

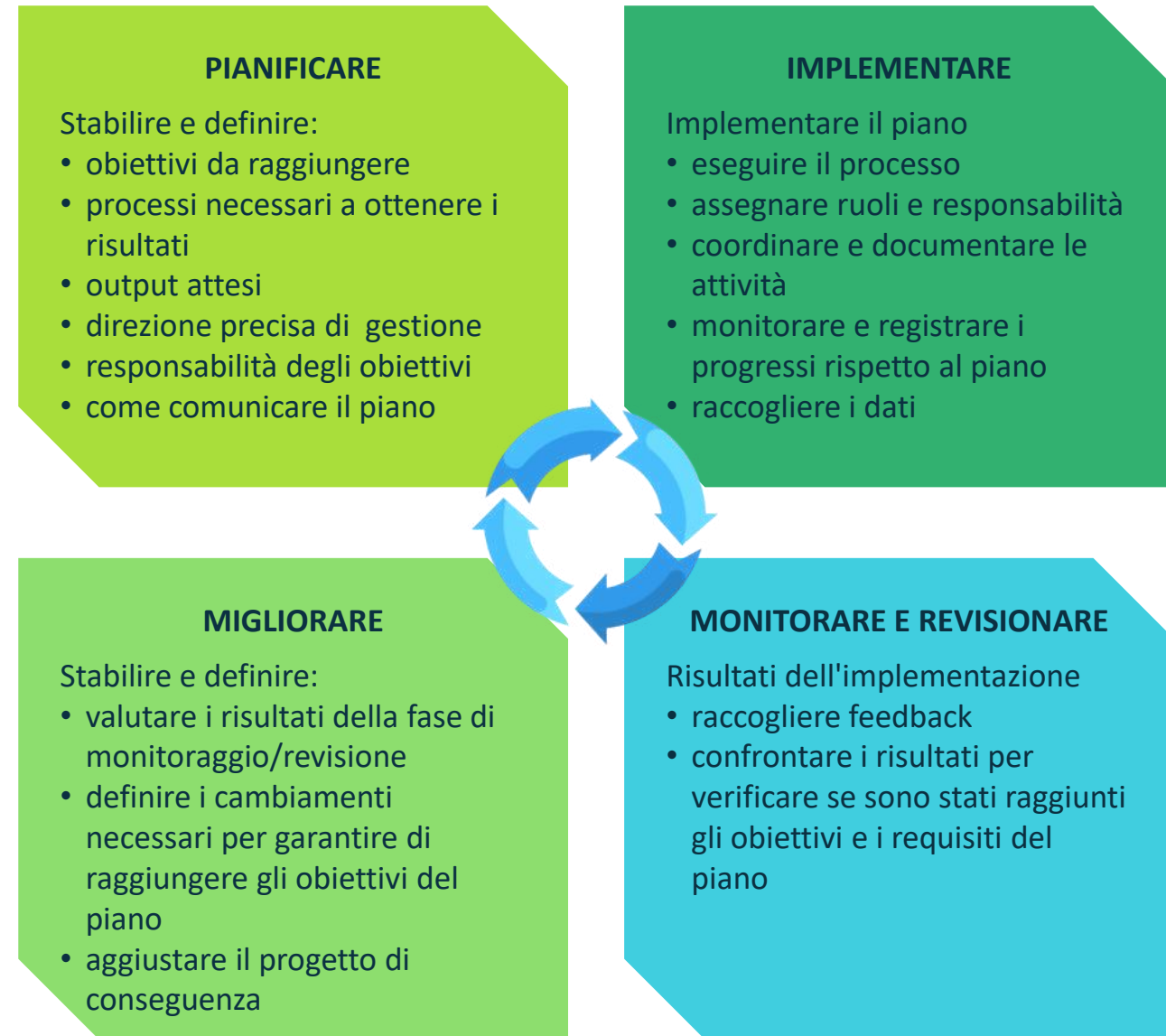
## Conclusioni

- 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

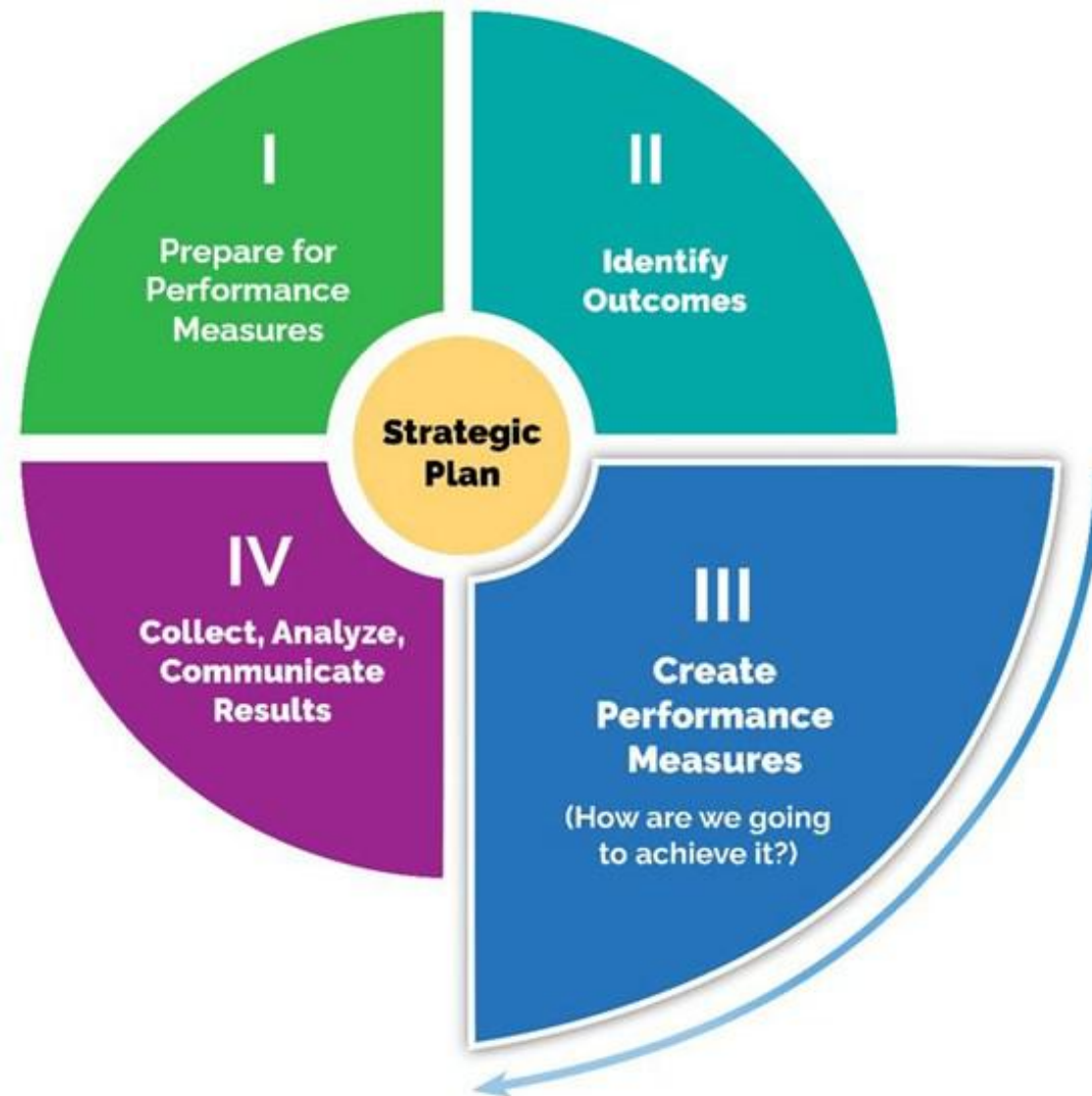
- ❖ definire le **strategie o interventi** di implementazione e le azioni mirate a superare le barriere identificate tenendo in considerazione le caratteristiche del setting
- es. nel caso della **LG sulla lombalgia**:
  - **formazione** di professionisti sanitari tramite modulo e-learning riguardante 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

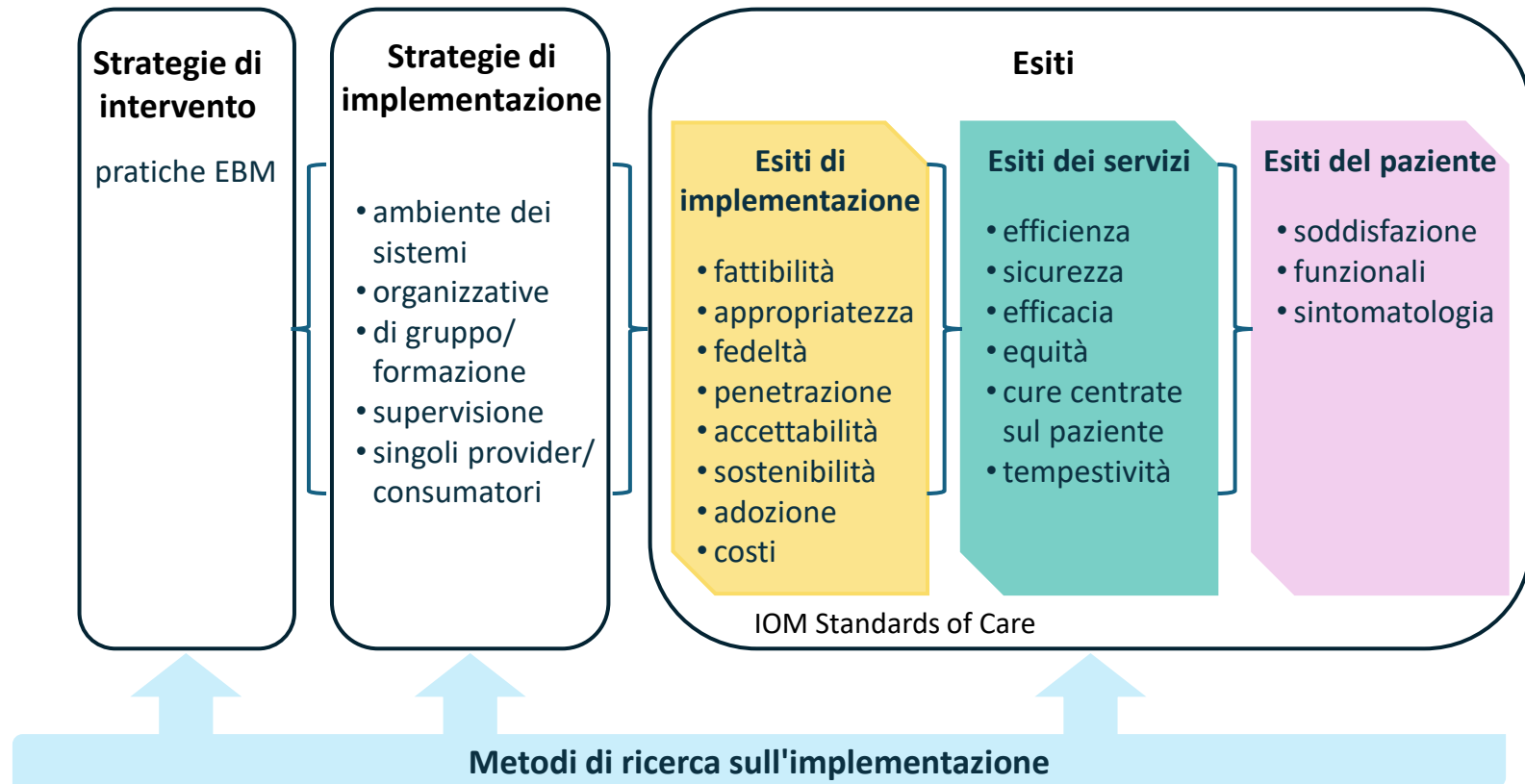
- ❖ definire un metodo per **determinare se l'intervento pianificato ha raggiunto gli obiettivi**
  - **quali misure sono necessarie** per determinare se è stato raggiunto l'obiettivo?
- ❖ idealmente la misurazione degli esiti è relativa a tutti gli obiettivi definiti nella pianificazione dell'intervento, 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



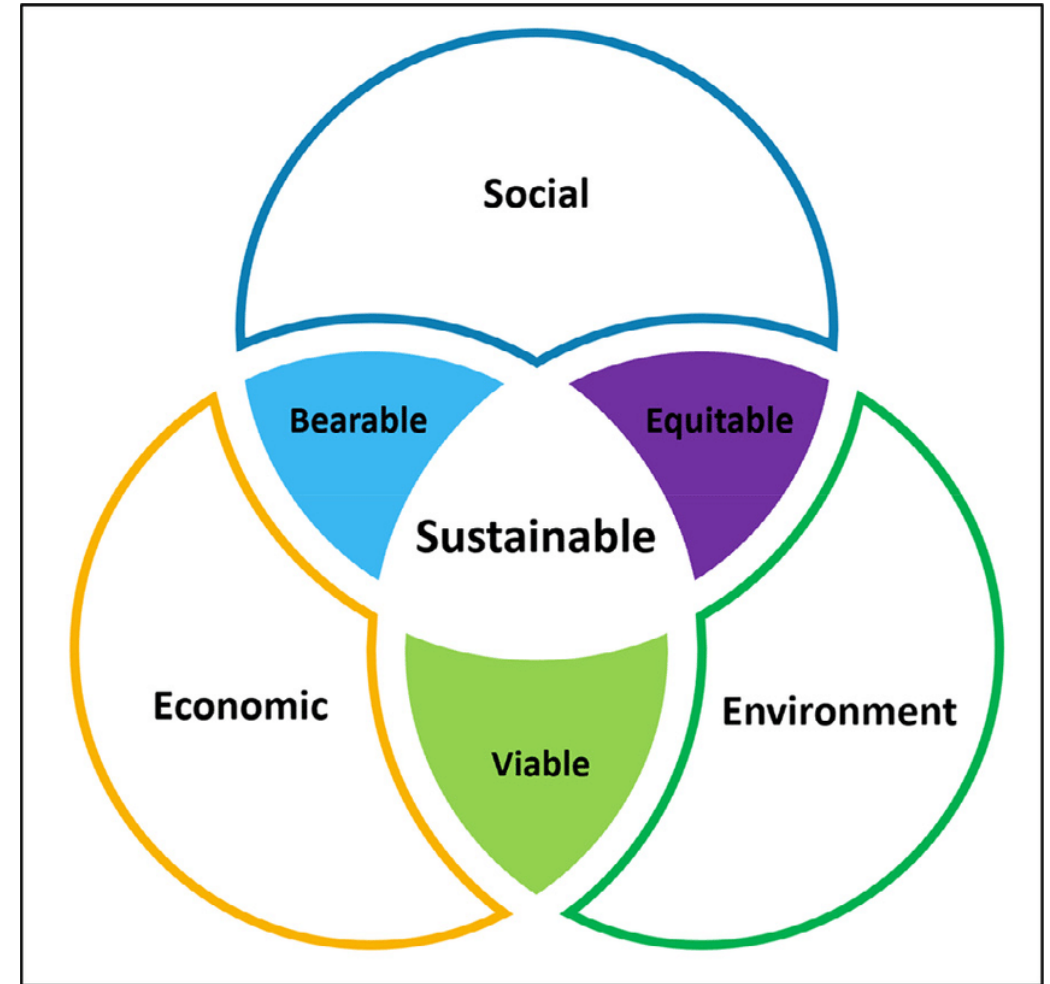
# Sostenibilità

## 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**





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*»**

19 febbraio 2026

**Nicoletta Locuratolo**

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»;

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**



**ISS**

**Fondo 2021-2023**

# 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**

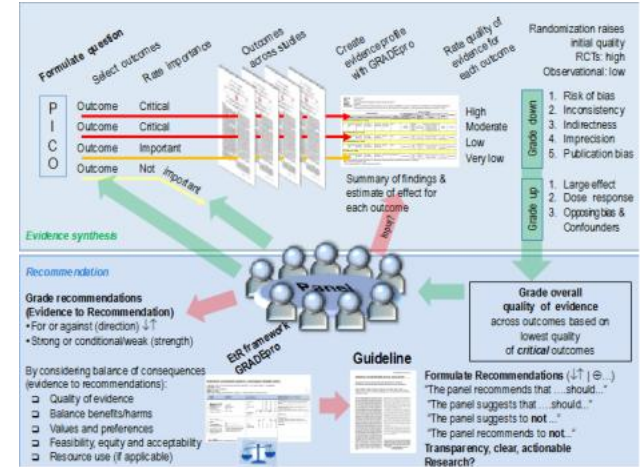
Final  
Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence



**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

\*Anche studi LG NICE (NG97)

↓  
R= 39  
RR=7

↓  
R= 37  
RR=9

↓  
R= 23  
RR=3

↓  
R= 32  
RR=10

↓  
R= 36  
RR=10

Raccomandazioni di pratica clinica n = 167

Raccomandazioni di ricerca n= 39



# Struttura documento LG

## Macroaree

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

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

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

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

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



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

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

### *Aspetti di etica*

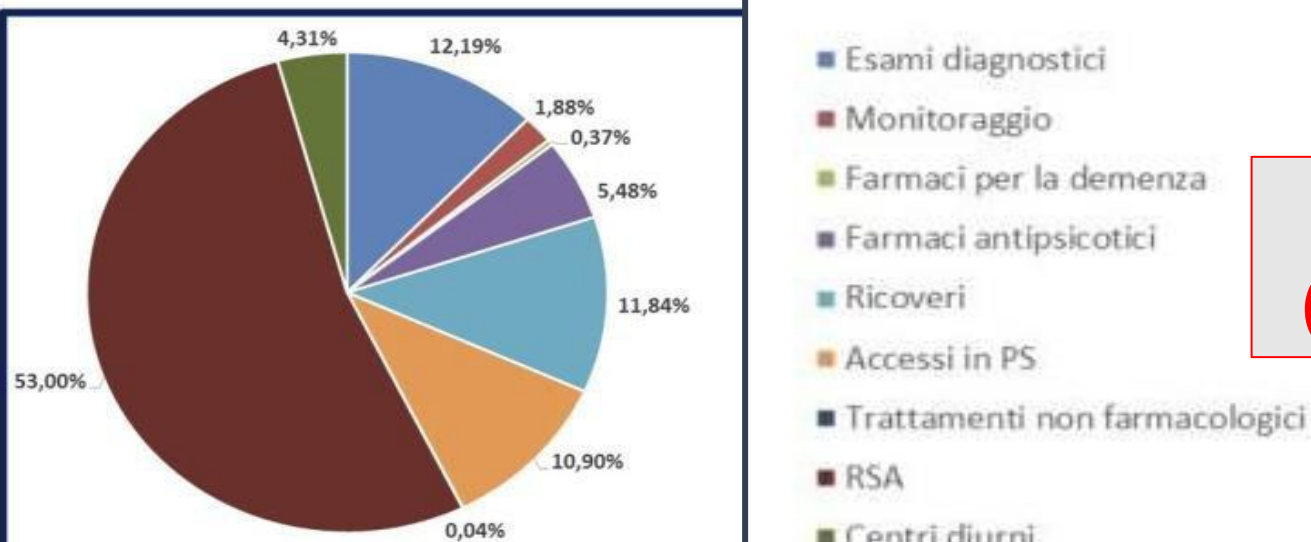
A cura di Luciana Riva, Sabina Gainotti e Carlo Petrini, Istituto Superiore di Sanità

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

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

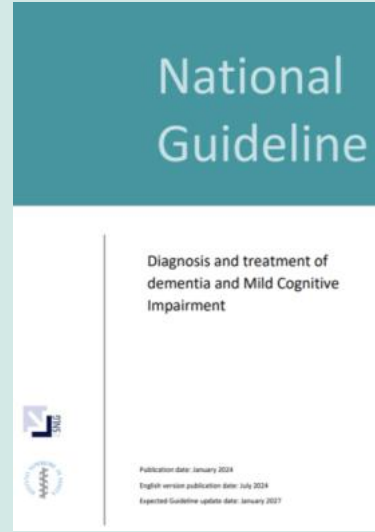
L'analisi economica sviluppata a supporto delle Linee Guida sulla diagnosi e trattamento della demenza tenta di fornire una panoramica aggiornata, tenendo conto delle fonti di dati a disposizione, circa l'attuale gestione dei pazienti con demenza in Italia da un punto di vista organizzativo ed economico.

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

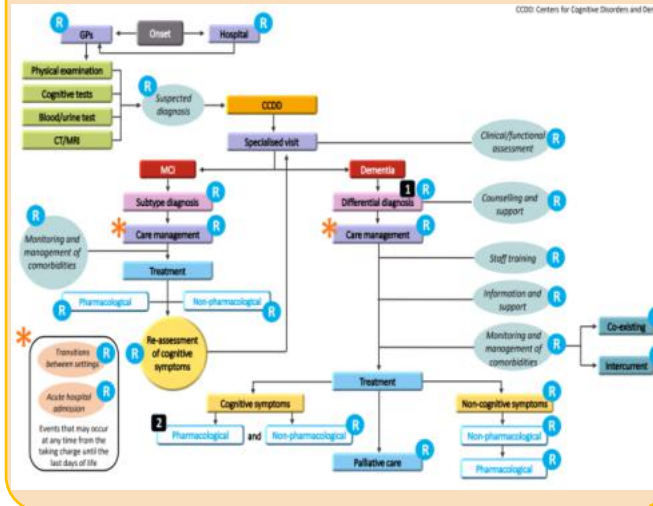


**23,6 miliardi di euro/anno  
(63% a carico delle famiglie)**

## Documento LG



## Care pathway navigabile per professionisti sanitari



## Opuscolo per Familiari e Caregiver



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

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



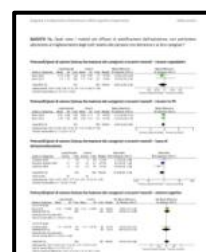
Testo della LG



Strategie di ricerca



GRADE e CERQual



Meta-analisi



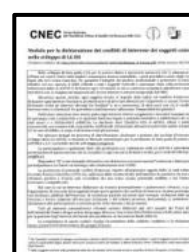
Analisi OsMed (anticolinergici)



Scope LG



Consultazione pubblica draft Scope LG



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

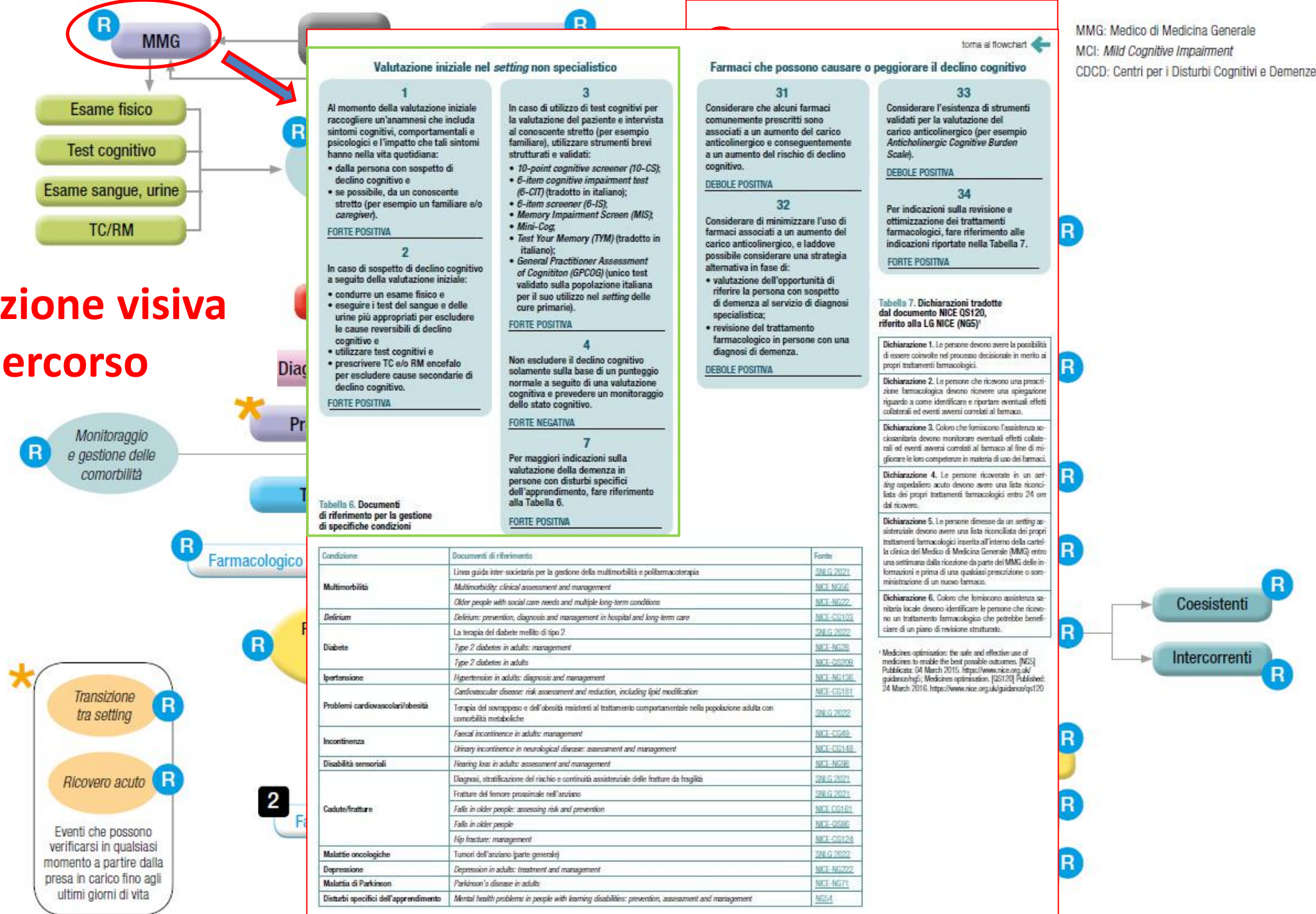
When, what, where



**English version**

# Rappresentazione visiva in forma di percorso

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





## Diagnosi di demenza nel *setting* specialistico

8

Nel caso in cui la valutazione specialistica iniziale (inclusi appropriata valutazione neurologica e test cognitivi) confermi il declino cognitivo e siano state escluse le possibili cause reversibili diagnosticare, se possibile, il sottotipo di demenza.

DEBOLE POSITIVA

10

Offrire una valutazione neuropsicologica utilizzando test neuropsicologici validati come parte integrante dell'*iter* diagnostico della demenza e delle sue sottocategorie diagnostiche.

FORTE POSITIVA

11

Utilizzare criteri validati per guidare il giudizio clinico nell'*iter* diagnostico dei sottotipi di demenza, inclusi:

- criteri di consenso internazionali per la demenza a corpi di Lewy;
- criteri internazionali per la demenza frontotemporale (afasia primaria progressiva non fluente e demenza semantica);
- criteri dell'*International Frontotemporal Dementia Consortium* per la variante comportamentale della demenza frontotemporale;
- criteri *NINDS-AIREN* per la demenza vascolare;
- criteri *NIA-AA* per la demenza di Alzheimer;
- criteri della *Movement Disorders Society* per la demenza associata a malattia di Parkinson;
- criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e criteri internazionali per la malattia di *Creutzfeldt-Jakob*.

FORTE POSITIVA

12

Offrire esami di neuroradiologia strutturale per escludere cause reversibili di declino cognitivo e a supporto della diagnosi differenziale della sottocategoria diagnostica, a meno che la diagnosi di demenza sia già ben stabilita e il suo sottotipo sia chiaro.

FORTE POSITIVA

13

Considerare l'utilizzo di ulteriori test diagnostici solo nel caso in cui:

- siano di supporto alla diagnosi del sottotipo e
- la conoscenza della sottocategoria diagnostica modifichi la gestione.

DEBOLE POSITIVA

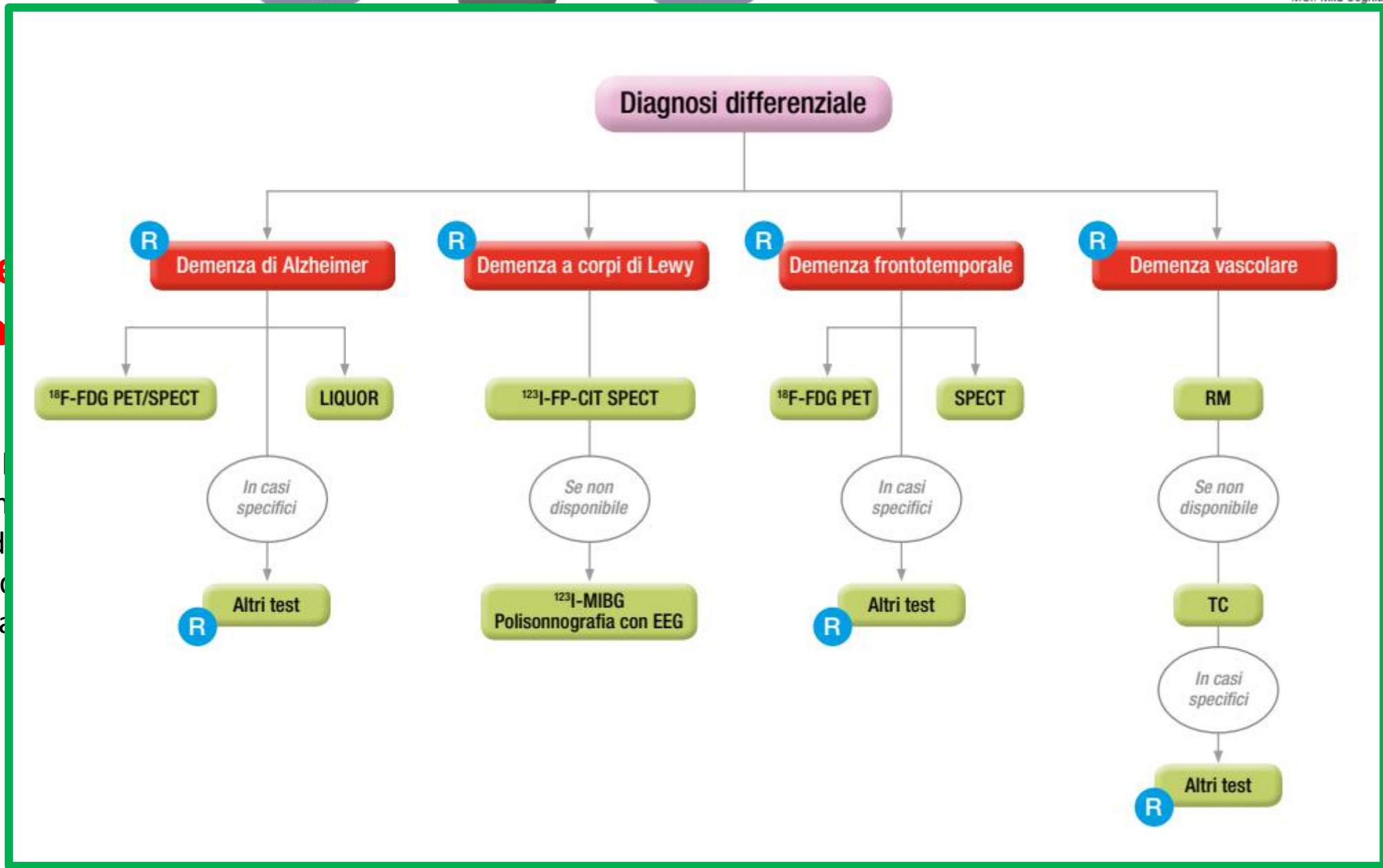
Rappresenta:  
in forma di p

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

- Conferma declino cognitivo
- Diagnosi sottotipo di demenza

Rappre  
in form

Facilita la  
del docum  
l'utilizzo d  
raccomand  
nella pres  
carico



Coesistenti R  
Intercorrenti R

presa in carico fino agli ultimi giorni di vita

Cure palliative

Farmacologico



### 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



## Diagnosi e diagnosi differenziale di demenze e *Mild Cognitive Impairment*

**Quesito 2a** Quali sono i metodi di valutazione primaria più efficaci per decidere se riferire una persona con sospetto di demenza a un servizio di diagnostica specialistica?

**Quesito 2b** Quali sono i metodi di valutazione primaria più efficaci per decidere se riferire una persona con sospetto di deficit cognitivo a un servizio di diagnostica specialistica?

**Quesito 2c** Quali sono i metodi più efficaci per diagnosticare la demenza e i suoi sottotipi in servizi specialistici per la diagnosi di demenza?

**Quesito 2d** Quali sono i metodi più efficaci per diagnosticare il Mild Cognitive Impairment (MCI) e i suoi sottotipi in servizi specialistici per la diagnosi di demenza?

Ricerca della letteratura	QUESITO 2A	QUESITO 2B	QUESITO 2C	QUESITO 2D
Studi reperiti tramite strategie di ricerca	11.905	11.030	11.905	11.030
Studi selezionati e letti in <i>full text</i>	19	11	82	94
Studi inclusi	2	1	9	19
Studi inclusi NICE	7	–	123	–
Totale studi inclusi	9	1	132	19

### Criteria di eleggibilità

### Valutazione cure primarie

#### QUESITO 2A E QUESITO 2B

<b>Popolazione</b>	Popolazione di età ≥ 40 anni con una sospetta diagnosi di demenza o deficit cognitivo.
<b>Variabili diagnostiche</b>	Le potenziali variabili diagnostiche includono: <ul style="list-style-type: none"> <li>• storia clinica;</li> <li>• valutazione cognitiva (per esempio MMSE);</li> <li>• test neuropsicologici;</li> <li>• esame fisico;</li> <li>• revisione dei trattamenti farmacologici.</li> </ul>
<b>Esiti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidenza di diagnosi di demenza corrette.</li> <li>• Misure di accuratezza diagnostica (per esempio sensibilità, specificità, valori predittivi).</li> <li>• Uso di risorse e costi.</li> </ul>
<b>Setting</b>	Cure primarie.

#### QUESITO 2C E QUESITO 2D

### Valutazione specialistica CDCD

<b>Popolazione</b>	Popolazione di età ≥ 40 anni con una sospetta diagnosi di demenza o MCI.
<b>Intervento</b>	<u>Le potenziali variabili diagnostiche includono:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• specifici criteri clinici;</li> <li>• neuroradiologia strutturale (per esempio RM, TC);</li> <li>• SPECT (per esempio perfusione, dopamina);</li> <li>• PET (per esempio <sup>18</sup>F-FDG, amiloide);</li> <li>• esame del liquor;</li> <li>• elettroencefalografia (EEG);</li> <li>• biopsia cerebrale;</li> <li>• valutazione neuropsicologica;</li> <li>• valutazione funzionale;</li> <li>• test genetici;</li> <li>• esame neurologico.</li> </ul>
<b>Esiti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidenza di diagnosi di demenza o MCI corrette.</li> <li>• Misure di accuratezza diagnostica (per esempio sensibilità, specificità, valori predittivi).</li> <li>• Uso di risorse e costi.</li> </ul>
<b>Setting</b>	Cure specialistiche (per esempio CDCD).

# Percorso di identificazione, diagnosi e supporto post diagnostico

## Diagnosi demenza setting specialistico

### Diagnosi di demenza nel setting specialistico

8	Nel caso in cui la valutazione specialistica iniziale (inclusi appropriata valutazione neurologica e test cognitivi) confermi il declino cognitivo e siano state escluse le possibili cause reversibili diagnosticare, se possibile, il sottotipo di demenza.	DEBOLE POSITIVA ADOTTATA
9	In caso di sospetto di demenza di Alzheimer includere nella valutazione un test di memoria verbale episodica.	FORTE POSITIVA ADOTTATA
10	Offrire una valutazione neuropsicologica utilizzando test neuropsicologici validati come parte integrante dell'iter diagnostico della demenza e delle sue sottocategorie diagnostiche.	FORTE POSITIVA NUOVA
11	Utilizzare criteri validati per guidare il giudizio clinico nell'iter diagnostico dei sottotipi di demenza, inclusi: - criteri di consenso internazionali per la demenza a corpi di Lewy; - criteri internazionali per la demenza frontotemporale (afasia primaria progressiva non fluente e demenza semantica); - criteri dell' <i>International Frontotemporal Dementia Consortium</i> per la variante comportamentale della demenza frontotemporale; - criteri <i>NINDS-AIREN</i> per la demenza vascolare; - criteri <i>NIA-AA</i> per la demenza di Alzheimer; - criteri della <i>Movement Disorders Society</i> per la demenza associata a malattia di Parkinson; - criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e criteri internazionali per la malattia di <i>Creutzfeldt-Jakob</i> .	FORTE POSITIVA ADOTTATA
12	Offrire esami di neuroradiologia strutturale per escludere cause reversibili di declino cognitivo e a supporto della diagnosi differenziale della sottocategoria diagnostica, a meno che la diagnosi di demenza sia già ben stabilita e il suo sottotipo sia chiaro.	FORTE POSITIVA ADOTTATA

13	Considerare l'utilizzo di ulteriori test diagnostici solo nel caso in cui: - siano di supporto alla diagnosi del sottotipo e - la conoscenza della sottocategoria diagnostica modifichi la gestione.	DEBOLE POSITIVA ADOTTATA
----	--	-----------------------------

### Ulteriori test specifici per la demenza di Alzheimer

14	In caso di diagnosi incerta (vedere la Raccomandazione 13) e sospetto di demenza di Alzheimer, considerare in alternativa: - <sup>18</sup> F-FDG PET, o la SPECT di perfusione qualora la <sup>18</sup> F-FDG PET non sia disponibile oppure - esame del liquor per il dosaggio di: - <i>Tau</i> totale e p- <i>Tau</i> 181 insieme a - rapporto tra $\beta$ amiloide 1-42 e $\beta$ amiloide 1-40 o $\beta$ amiloide 1-42. In caso di impossibilità a raggiungere una diagnosi a seguito di uno di tali test, considerare l'utilizzo dell'alternativa.	DEBOLE POSITIVA ADATTATA
15	Tenere in considerazione che all'aumento dell'età corrisponde un aumento della probabilità di ottenere un risultato falso positivo all'esame del liquor.	DEBOLE POSITIVA ADOTTATA

16	Non escludere una diagnosi di demenza di Alzheimer solamente sulla base dei risultati di una TC o RM.	FORTE NEGATIVA ADOTTATA
17	Non utilizzare l'esame del genotipo <i>ApoE ε4</i> o l'EEG per diagnosticare la demenza di Alzheimer.	FORTE NEGATIVA ADOTTATA
18	Considerare che la demenza di Alzheimer a esordio precoce ha una causa genetica in alcune persone.	DEBOLE POSITIVA ADOTTATA

### Ulteriori test per la demenza a corpi di Lewy

19	In caso di diagnosi incerta (vedere la Raccomandazione 13) e sospetto di demenza a corpi di Lewy, prescrivere un esame di <sup>123</sup> I-FP-CIT SPECT.	FORTE POSITIVA ADOTTATA
20	In caso di non disponibilità di <sup>123</sup> I-FP-CIT SPECT, considerare in alternativa: - scintigrafia miocardica con <sup>123</sup> I-MIBG o - esame polisonnografico con registrazione elettroencefalografica.	DEBOLE POSITIVA ADOTTATA
21	Non escludere una diagnosi di demenza a corpi di Lewy solamente sulla base di un risultato normale all'esame con <sup>123</sup> I-FP-CIT SPECT o scintigrafia miocardica con <sup>123</sup> I-MIBG.	FORTE NEGATIVA ADOTTATA

### Ulteriori test per la demenza frontotemporale

22	In caso di diagnosi incerta (vedere la Raccomandazione 13) e sospetto di demenza frontotemporale, utilizzare, con lettura semi-quantitativa, in alternativa: - <sup>18</sup> F-FDG PET o - SPECT di perfusione.	FORTE POSITIVA ADOTTATA
23	Non escludere una diagnosi di demenza frontotemporale solamente sulla base dei risultati degli esami di neuroradiologia strutturale, di perfusione o metabolici.	FORTE NEGATIVA ADOTTATA
24	Considerare che la demenza frontotemporale ha una causa genetica in alcune persone.	DEBOLE POSITIVA ADOTTATA

### Ulteriori test per la demenza vascolare

25	In caso di diagnosi incerta (vedere la Raccomandazione 13) e sospetto di demenza vascolare, prescrivere una RM. In caso di non disponibilità o controindicazione alla RM, prescrivere una TC.	FORTE POSITIVA ADOTTATA
26	Non formulare una diagnosi di demenza vascolare solo sulla base del carico lesionale vascolare.	FORTE NEGATIVA ADOTTATA
27	Considerare che la demenza vascolare a esordio giovanile ha una causa genetica in alcune persone.	DEBOLE POSITIVA ADOTTATA

# Percorso di identificazione, diagnosi e supporto post diagnostico

## Diagnosi di demenza nel *setting* specialistico

.....

- 13 Considerare l'utilizzo di ulteriori test diagnostici solo nel caso in cui:
- siano di supporto alla diagnosi del sottotipo e
  - la conoscenza della sottocategoria diagnostica modifichi la gestione.

DEBOLE POSITIVA  
ADOTTATA

### Ulteriori test specifici per la demenza di Alzheimer

- 14 In caso di diagnosi incerta (vedere la Raccomandazione 13) e sospetto di demenza di Alzheimer, considerare in alternativa:
- <sup>18</sup>F-FDG PET, o la SPECT di perfusione qualora la <sup>18</sup>F-FDG PET non sia disponibile oppure
  - esame del liquor per il dosaggio di:
    - *Tau* totale e p-*Tau* 181 insieme a
    - rapporto tra  $\beta$  amiloide 1-42 e  $\beta$  amiloide 1-40 o  $\beta$  amiloide 1-42.

In caso di impossibilità a raggiungere una diagnosi a seguito di uno di tali test, considerare l'utilizzo dell'alternativa.

DEBOLE POSITIVA  
ADATTATA

- 15 Tenere in considerazione che all'aumento dell'età corrisponde un aumento della probabilità di ottenere un risultato falso positivo all'esame del liquor.

DEBOLE POSITIVA  
ADOTTATA

Lg  
LINEA GUIDA

Diagnosi e trattamento  
di demenza e *Mild  
Cognitive Impairment*



## Quesito 6

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

#### Ricerca della letteratura

È stata condotta un'unica ricerca bibliografica per tutti i quesiti qualitativi inclusi in questa Linea Guida (LG) riferiti alle persone con demenza (Quesiti 6, 7c, 10a, 10b, 24).

Studi reperiti tramite strategie di ricerca	21.475
Studi selezionati e letti in <i>full text</i>	33
Studi inclusi	2
Studi inclusi NICE	7
Totale studi inclusi	9

## Percorso di identificazione, diagnosi e supporto post diagnostico

### Studi qualitativi

#### Criteri di eleggibilità

Popolazione	<ul style="list-style-type: none"><li>• Persone di età compresa tra i 40 e i 65 anni con una diagnosi di demenza.</li><li>• <i>Caregiver</i> di persone con demenza (di età compresa tra i 40 e i 65 anni).</li></ul>
Fenomeno di interesse	<p>Tutti i fattori che riguardano e influiscono unicamente o in modo particolare sulle persone con demenza a esordio precoce, che possono includere:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• essere ancora in età lavorativa al momento della diagnosi;</li><li>• avere un partner ancora in età lavorativa;</li><li>• avere figli a carico;</li><li>• essere <i>caregiver</i> di parenti più anziani;</li><li>• avere ingenti impegni finanziari (per esempio mutuo).</li></ul>
Esiti	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esperienze e soddisfazione della persona con demenza.</li><li>• Esperienze e soddisfazione dei <i>caregiver</i> delle persone con demenza.</li></ul>



**Q7a** (Quesito NICE) **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?

**Q7b** (Nuovo Quesito) 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?

**Q7c** (Quesito NICE) **Come dovrebbe essere coordinata l'assistenza sociosanitaria** per le persone con demenza?

**Q7d MCI**

**Q10a** (Quesito NICE) **Quali ostacoli ed elementi facilitatori** hanno un impatto sul **coinvolgimento delle persone con demenza nelle decisioni** riguardo la loro assistenza presente e futura?

**Q10b** (Quesito NICE) **Quali ostacoli ed elementi facilitatori** hanno un impatto sulla possibilità delle persone con demenza di **utilizzare le disposizioni anticipate** di trattamento e/o pianificazione condivisa delle cure?

**Q24** (Quesito NICE) **Quali interventi ed approcci alle cure palliative** sono più efficaci per le persone con demenza?

## Sintesi delle prove

### 3 categorie di temi identificate

1

#### Esperienze e *coping* nel mondo del lavoro

- Interviste/interviste semistrutturate
- Focus group

(Chaplin 2016, Clemerson 2014).

I seguenti temi sono stati identificati per questa categoria per le persone con demenza:

- le persone avevano bisogno di informazioni sui propri diritti sul posto di lavoro e i datori di lavoro dovevano essere istruiti in merito (affidabilità bassa);
- le persone con demenza erano consapevoli dei cambiamenti, dovuti allo sviluppo della demenza, sul posto di lavoro (affidabilità bassa);
- le persone con demenza hanno sperimentato un senso di shock nella percezione di perdita dei progetti di vita futuri (affidabilità bassa);
- le persone con demenza erano riluttanti a riconoscere i segni del declino cognitivo (affidabilità bassa);
- tentativo di *self-management* – sviluppare strategie di *coping* e dedicare più tempo e sforzi alla pianificazione e all'organizzazione delle attività (affidabilità bassa);
- sensazione di controllo da parte di *manager* e colleghi (affidabilità bassa);
- mancanza di consultazione sulle decisioni del *management* – assenza di eventuali offerte di aggiustamenti ragionevoli a cui avevano diritto sul posto di lavoro (affidabilità bassa);
- sensazione di abbandono sul posto di lavoro e conseguente risentimento nei confronti di quest'ultimo (affidabilità bassa);
- difficoltà finanziarie e conseguente preoccupazione (affidabilità bassa).

## Sintesi delle prove

### 2

## Esperienze generali e *coping*

- ★ senso di shock e di smarrimento nel ricevere la diagnosi, ma anche sollievo nel vederla confermata (affidabilità bassa);
- ★ esperienze di sentirsi “troppo giovani” – supponendo che la demenza fosse qualcosa che colpiva solo le persone anziane (affidabilità alta);
- ★ sensazione di pressione per avere ancora la responsabilità dei figli, di un mutuo o di un’impresa da gestire (affidabilità bassa);
- affrontare la situazione normalizzandola – la creazione di un’identità di persona anziana, anche transitoria, ha permesso alle persone di dare un senso allo sviluppo della demenza di Alzheimer normalizzando il ciclo di vita (affidabilità molto bassa);
- ★ perdita delle competenze degli adulti – emersa attraverso la sensazione di sentirsi più “infantili” a causa di una perdita di abilità o di essere trattate in questo modo da altri (affidabilità molto bassa);
- ★ impatto negativo sulla persona con demenza delle percezioni altrui in riferimento alla patologia (affidabilità bassa);
- ★ ridotto senso di autostima (affidabilità molto bassa);
- cercare di aggrapparsi al loro concetto di sé esistente – importanza di riconoscere che sebbene abbiano la demenza, ci sono molti aspetti della loro vita che sono rimasti gli stessi (affidabilità alta);
- ★ paura di rivelare la diagnosi e desiderio di nascondersela agli altri (affidabilità bassa);
- ★ importanza di rimanere indipendenti, attivi e coinvolti (affidabilità bassa);
- importanza di conoscere altre persone con demenza ed essere in grado di condividere il vissuto attraverso esperienze simili (affidabilità bassa);
- ★ mancanza di servizi adeguati all’età (affidabilità molto bassa);
- l’intenzione di riprendere il controllo è emersa come strategia di  *coping*  comune in risposta all’esperienza della perdita della capacità di essere liberi di agire (affidabilità molto bassa);
- ★ è possibile che le persone utilizzino ancora l’automobile e questo dovrebbe essere discusso (affidabilità bassa).

## Sintesi delle prove

3

### Attività e servizi di supporto

I seguenti temi sono stati individuati per questa categoria:

- miglioramenti nella costruzione di relazioni di supporto positive e di una rete sociale (affidabilità bassa);
- acquisizione di un senso di appartenenza, di scopo e di realizzazione (affidabilità bassa);
- aumento della fiducia in sé stessi essendo in grado di interagire con un gruppo di persone in condizioni simili alle loro (affidabilità bassa);
- miglioramento nella possibilità di ricevere informazioni specifiche per prepararsi meglio al futuro, di avere accesso a servizi appropriati per la loro età, a interventi per la salute fisica e mentale e a interventi di supporto per la gestione delle finanze e delle relazioni familiari (affidabilità moderata).

## 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»<sup>1</sup> prodotto dal Tavolo permanente sulle demenze;
- documento «Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze»<sup>2</sup> 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;

DEBOLE POSITIVA

adattata

- 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



# 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'equipe 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'equipe 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'appropriate 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

## Monitoraggio dopo la diagnosi

- |    |   |                             |
|----|---|-----------------------------|
| 46 | Assicurarsi che la persona che ha ricevuto una diagnosi di demenza o <i>Mild Cognitive Impairment</i> e i suoi <i>caregiver</i> abbiano accesso ai servizi specialistici multidisciplinari dedicati alla demenza (Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze, CDCD).               | FORTE POSITIVA<br>ADATTATA  |
| 47 | I servizi specialistici multidisciplinari dedicati alla demenza (Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze, CDCD) dovrebbero offrire una scelta di accesso flessibile o di appuntamenti programmati per il monitoraggio.  | DEBOLE POSITIVA<br>ADATTATA |
| 48 | Il Medico di Medicina Generale, nell'ambito di una qualsiasi visita delle persone con demenza o <i>Mild Cognitive Impairment</i> e/o dei loro <i>caregiver</i> , dovrebbe identificare l'insorgenza di bisogni legati alla demenza e l'eventuale necessità di ulteriore supporto. | DEBOLE POSITIVA<br>ADATTATA |

# 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» <sup>4</sup> redatto dal Tavolo permanente sulle demenze.  | FORTE POSITIVA |
| 55 | 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: <ul style="list-style-type: none"><li>• la diagnosi del sottotipo di demenza e i cambiamenti attesi con il progredire della malattia;</li><li>• quali professionisti sanitari e sociosanitari saranno coinvolti nel percorso di cura e come contattarli;</li><li>• 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;</li><li>• 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;</li><li>• il loro diritto ad accomodamenti ragionevoli (legge 68/99<sup>5</sup> modificata dal decreto legislativo 151/2015)<sup>6</sup> in caso di persone occupate o in cerca di occupazione;</li><li>• come i seguenti gruppi possano essere di aiuto e in che modo contattarli:<ul style="list-style-type: none"><li>– gruppi di supporto locali, <i>forum</i> online e associazioni di volontariato nazionali;</li><li>– servizi di consulenza finanziaria e legale;</li><li>– servizi di patrocinio.</li></ul></li></ul> | 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	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- informazioni riguardo alla demenza, ai suoi sintomi e ai cambiamenti attesi con il progredire della malattia;</li><li>- strategie personalizzate mirate a strutturare le loro competenze;</li><li>- strumenti per supportarli nell'assistenza, incluso come comprendere e rispondere a cambiamenti nel comportamento;</li><li>- strumenti per supportarli nell'adattare i propri stili di comunicazione al fine di migliorare l'interazione con la persona con demenza;</li><li>- indicazioni su come prendersi cura della propria salute fisica e mentale, il proprio benessere emotivo e spirituale;</li><li>- indicazioni su come organizzare attività piacevoli e significative con la persona con demenza;</li><li>- informazioni riguardo ai servizi rilevanti (inclusi servizi riabilitativi, di supporto e psicoterapeutici) e come accedervi;</li><li>- indicazioni su come pianificare il futuro.</li></ul>	FORTE POSITIVA
74	<p><u>Garantire che il supporto offerto ai <i>caregiver</i> sia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 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);</li><li>- strutturato per supportarli nell'assistenza di persone con demenza;</li><li>- disponibile in luoghi facilmente raggiungibili;</li><li>- fornito in un formato adeguato (per esempio, sessioni individuali o di gruppo, oppure formazione e supporto online);</li><li>- disponibile in base alle necessità a partire dalla diagnosi e per tutto il corso della malattia.</li></ul>	FORTE POSITIVA
75	<p><u>Fornire indicazioni ai <i>caregiver</i> riguardo ai seguenti servizi</u> cui hanno diritto e come accedervi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- una valutazione formale delle loro necessità, inclusa la loro salute mentale e fisica;</li><li>- una valutazione della necessità di brevi pause e altri servizi di sollievo.</li></ul>	FORTE POSITIVA
76	<p><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.</p>	DEBOLE POSITIVA



- 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

# I trattamenti farmacologici per i sintomi cognitivi

MACROAREA 3

Lg  
LINEA GUIDA

Inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nel *Mild Cognitive Impairment*

Diagnosi e trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment*



## Raccomandazioni

Inibitori delle acetilcolinesterasi e memantina nel *Mild Cognitive Impairment*

84 Non offrire inibitori delle acetilcolinesterasi (donepezil, galantamina e rivastigmina) e memantina per il trattamento del *Mild Cognitive Impairment*.

FORTE NEGATIVA  
NUOVA

# 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



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»**

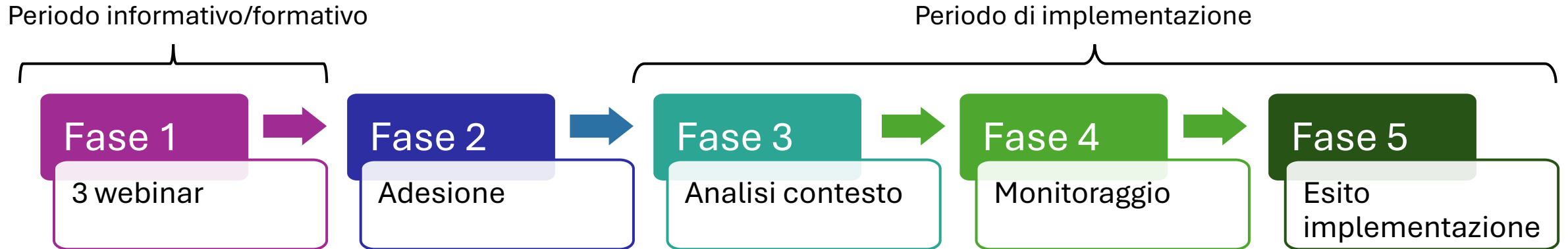
Il percorso

19 febbraio 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

The image displays three sequential screens of a mobile application registration form. Each screen is presented as a white rounded rectangle with a grey shadow, set against a light grey background. The first screen contains four numbered fields: 1. 'Nome \*' with a text input field containing 'Inserisci la risposta'; 2. 'Cognome \*' with a text input field containing 'Inserisci la risposta'; 3. 'Ruolo professionale \*' with a text input field containing 'Inserisci la risposta'; 4. 'Tipologia Struttura di appartenenza \*' with four radio button options: 'CDCD', 'CD', 'RSA', and 'Altro'. The second screen contains three numbered fields: 5. 'Denominazione Struttura di appartenenza \*' with a text input field containing 'Inserisci la risposta'; 6. 'Regione della Struttura di appartenenza \*' with a dropdown menu containing 'Seleziona la risposta'; 7. 'Indirizzo Email \*' with a text input field containing 'Immetti un indirizzo di posta elettronica'; 8. 'Ripetere indirizzo email \*' with a text input field containing 'Immetti un indirizzo di posta elettronica'. The third screen contains one numbered field: 9. 'Adesione \*' with the instruction 'Selezionare 2 opzioni.' and two checkboxes: 'Dichiaro di voler aderire al percorso breve di implementazione della linea guida' and 'Confermo di aver preso visione delle modalità operative disponibili sul sito dell'Osservatorio Demenze'. A dark teal 'Invia' button is positioned below the checkboxes. Each field is accompanied by a small icon of a document with a checkmark.

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**

<table border="1"> <tr><td>Tipologia di struttura:</td><td></td></tr> <tr><td>Nome struttura:</td><td></td></tr> <tr><td>Regione/PA:</td><td></td></tr> <tr><td>Nominativo Responsabile struttura:</td><td></td></tr> <tr><td>Nominativo di chi compila il presente file:</td><td></td></tr> <tr><td>Contatto di chi compila il presente file:</td><td></td></tr> </table>							Tipologia di struttura:		Nome struttura:		Regione/PA:		Nominativo Responsabile struttura:		Nominativo di chi compila il presente file:		Contatto di chi compila il presente file:	
Tipologia di struttura:																		
Nome struttura:																		
Regione/PA:																		
Nominativo Responsabile struttura:																		
Nominativo di chi compila il presente file:																		
Contatto di chi compila il presente file:																		
<div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Dati di contatto e della Struttura</b> </div>																		
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)												
<b>1-Percorso di identificazione, diagnosi e supporto post diagnostico</b>																		
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):																		

## 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/a 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
Per la comunicazione della diagnosi e il supporto post diagnostico si fa riferimento alla sezione «La Comunicazione della diagnosi di demenza» del documento «Raccomandazioni per la governance e la clinica nel settore delle demenze» redatto dal Tavolo permanente sulle demenze.	39	Parzialmente	Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Formazione</b> sul contenuto della sezione “La Comunicazione della diagnosi di demenza” del documento «Raccomandazioni per la governance e la clinica nel settore delle demenze».</li> <li>- <b>Elaborazione e adozione di una checklist operativa</b> per la comunicazione della diagnosi</li> </ul>	Medico

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>Durante tutto il processo diagnostico, offrire alla persona con demenza e ai suoi familiari/caregiver (a seconda dei casi) informazioni a voce o in forma scritta che spieghino:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· la diagnosi del sottotipo di demenza e i cambiamenti attesi con il progredire della malattia;</li> <li>· quali professionisti sanitari e sociosanitari saranno coinvolti nel percorso di cura e come contattarli;</li> <li>· 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;</li> <li>· i loro diritti e responsabilità legali, fare riferimento al documento «Raccomandazioni per la governance e la clinica nel settore delle demenze» redatto dal Tavolo permanente sulle demenze;</li> <li>· il loro diritto ad accomodamenti ragionevoli (legge 68/996 modificata dal decreto legislativo 151/2015) in caso di persone occupate o in cerca di occupazione:</li> </ul> <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>· come i seguenti gruppi possano essere di aiuto e in che modo contattarli:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– gruppi di supporto locali, forum online e associazioni di volontariato nazionali;</li> <li>– servizi di consulenza finanziaria e legale;</li> <li>– servizi di patrocinio.</li> </ul> </li> </ul> </div>	55	Parzialmente	Si	<p><b>1. Aggiornamento della rete territoriale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Censimento dei: gruppi di supporto locali, associazioni di volontariato, servizi di consulenza legale e finanziaria, servizi di tutela e patrocinio;</li> <li>- Creazione di un database aggiornato con recapiti, siti web, modalità di accesso, eventuali costi.</li> </ul> <p><b>2. Produzione di materiale informativo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Scheda cartacea e/o digitale</li> </ul> <p><b>3. Individuazione e formazione di una figura di riferimento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In grado di spiegare le diverse opzioni;</li> <li>- orientare la famiglia a scegliere i servizi in base alle esigenze;</li> <li>- facilitare il primo contatto.</li> </ul>	Medico, Assistente sociale, e/o altro professionista


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](mailto: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

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](#)

<https://www.demenze.it>