



Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie

REDAZIONE	VERIFICA E CONTROLLO	APPROVAZIONE	Repertorio Interno
Gruppo di redazione: Nucleo Tecnico Funzionale	Direttore Servizio Governance Clinica Dott. Emanuele Torri	Direttore Sanitario Dr.ssa Denise Signorelli <i>Firmato digitalmente</i>	Vedi stampigliatura PiTre
	Direttore Dipartimento transmurale Anziani e longevità Dott.ssa Anna Casanova <i>Firmato digitalmente</i>		Data: Vedi stampigliatura Pitre
DOCUMENTO PRECEDENTE	CAUSALE DELLA REVISIONE		
Rep.1127 del 17/01/2020	Adeguamento alla nuova organizzazione aziendale, alle linee guida nazionali, al Piano Provinciale demenze 2025		
REPERIBILITÀ DEL DOCUMENTO		PAROLE CHIAVE	
Intranet APSS		Demenze	

INDICE

1. ABBREVIAZIONI	4
2. PREMESSA E SCOPO	6
3. CENNI EPIDEMIOLOGICI E DATI DI CONTESTO	7
4. NORMATIVA DI RIFERIMENTO:.....	10
4.1 NORMATIVA NAZIONALE	10
4.2 NORMATIVA PROVINCIALE	10
4.3 DOCUMENTI, LINEE GUIDA E LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO.	10
5. INDIVIDUAZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO:.....	12
6. AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI:	13
6.1 CENTRI E STRUTTURE COINVOLTE	13
6.2 DESTINATARI	13
7. MODALITÀ OPERATIVE DEL PPDTA:.....	15
7.1 CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE.....	15
7.2 ASPETTI CLINICI E ASSISTENZIALI DEL PPDTA.....	16
8. ASPETTI CLINICI E ASSISTENZIALI DEL PPDTA:.....	18
8.1 FASE DEL SOSPETTO DIAGNOSTICO.....	18
8.2 FASE DIAGNOSTICA	20
8.3 FASE DI PRESA IN CARICO E INTERVENTI TERAPEUTICI.....	22
• CDR 0,5–1 (fase lieve).....	22
• CDR 2 (fase moderata).....	24
• CDR 3 (fase grave).....	26
• CDR 4–5 (fase severa–terminale)	27
9. TERZO SETTORE E TUTELA GIURIDICA:.....	29
9.1 Terzo Settore	29
9.2 Amministratore di sostegno	29
10. SISTEMA INFORMATIVO:.....	29
11. PREVENZIONE:	30
11.1 PREVENZIONE PRIMARIA.....	30
11.2 PREVENZIONE SECONDARIA.....	30
11.3 PREVENZIONE TERZIARIA.....	31

12. INDICATORI E MONITORAGGIO.....	31
12.1 INDICATORI	31
• Indicatori di struttura	31
• Indicatori di processo.....	32
• Indicatori di esito.....	33
13. AGGIORNAMENTO E DIFFUSIONE DEL PPDTA.....	33
14. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ E DIAGRAMMI DI FLUSSO.....	33
15. BIBLIOGRAFIA	39
16. APPENDICI.....	40

1. ABBREVIAZIONI

4AT	4 A's Test (Screening per Delirium)
ACG	Adjusted Clinical Groups
ADL	Activities of Daily Living
ADS	Amministratore di Sostegno
ALT	Alanina Aminotransferasi
ASUIT	Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino
AST	Aspartato Aminotransferasi
CBI	Caregiver Burden Inventory
CDA	Centro Diurno Alzheimer
CD	Centro Diurno
CDCD	Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze
CDR	Clinical Dementia Rating Scale
COT	Centrale Operativa Territoriale
DAT	Disposizioni Anticipate di Trattamento
ECG	Elettrocardiogramma
ETS	Enti del Terzo Settore
FTD	Demenza Fronto-Temporale
GDS	Geriatric Depression Scale
GPCog	General Practitioner Assessment of Cognition
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
ISS	Istituto Superiore di Sanità
MCI	Mild Cognitive Impairment
MMG	Medici di Medicina Generale
MMSE	Mini-Mental State Examination

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 5 di 40

NIA	National Institute on Aging
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NINDS– AIREN	National Institute of Neurological Disorders and Stroke and Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences
NPI	Neuropsychiatric Inventory
PND	Piano Nazionale delle Demenze
PUA	Punto Unico di Accesso
RM	Risonanza Magnetica
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SAD	Servizio di Assistenza Domiciliare
SIO	Sistema Informativo Ospedaliero
SNLG	Sistema Nazionale per le Linee Guida
TAC	Tomografia Assiale Computerizzata
UU.OO.	Unità Operative
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale
WHO	World Health Organization

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 6 di 40

2. PREMESSA E SCOPO

Il presente documento aggiorna e sostituisce il Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino, pubblicato il 10 febbraio 2020 (rep. int. 1127/2020).

Tale revisione è motivata dalla pubblicazione delle linee guida nazionali "Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment", rese disponibili sul sito del Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG) il 7 dicembre 2023, nonché dall'aggiornamento del Piano Provinciale Demenze, pubblicato il 12 settembre 2025.

L'implementazione del modello di gestione integrata è oggi considerata la strategia più efficace per migliorare l'assistenza alle persone con malattie croniche, tra cui le demenze. Questo approccio mira a garantire la continuità assistenziale e a promuovere lo sviluppo dell'empowerment, dell'informazione e del sostegno alle persone con demenza e ai loro caregiver, al fine di rallentare la progressione della malattia, e migliorare la qualità della vita.

La gestione integrata implica inoltre un forte coordinamento tra ospedale e territorio, attraverso percorsi assistenziali condivisi che coinvolgono specialisti, Medici di Medicina Generale (MMG), servizi sociali e strutture socio-sanitarie.

Il "Regolamento di organizzazione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino" (ASUIT), adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 221/2022 del 21 aprile 2022, prevede all'articolo 37 che le reti cliniche provinciali abbiano una funzione di coordinamento dei professionisti che, all'interno dell'ASUIT, rispondono a specifici fabbisogni assistenziali. Tali reti garantiscono il miglioramento della qualità delle cure, l'uniformità di accesso e di trattamento su tutto il territorio provinciale e l'armonizzazione delle pratiche tecniche e organizzative, coinvolgendo anche le unità operative di strutture convenzionate e gli specialisti accreditati nelle diverse branche.

Lo strumento che consente di delineare il percorso più appropriato, praticabile all'interno e tra le organizzazioni per la diagnosi e la presa in carico della persona con demenza e della sua famiglia, è il PPDTA. In particolare, il PPDTA per le demenze rappresenta il meccanismo di governo del percorso di diagnosi e cura, volto a migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa per le persone affette da *Mild Cognitive Impairment (MCI)* o da demenza. Esso si costruisce attraverso l'individuazione, il coinvolgimento e la valorizzazione di tutti i componenti della rete.

I termini preventivo, diagnostico, terapeutico e assistenziale definiscono un percorso di presa in carico globale, che comprende interventi multiprofessionali e multidisciplinari rivolti agli ambiti clinico, psico-fisico, sociale e delle disabilità.

Il presente PPDTA si propone di:

- Formalizzare un modello di presa in carico omogeneo e integrato per le persone con MCI o con demenza;

- Assicurare un raccordo strutturato tra i servizi sanitari e socio-sanitari, riducendo i rischi di discontinuità assistenziale;
- Migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa mediante l'adozione di standard assistenziali condivisi;
- Coinvolgere attivamente tutte le componenti della filiera assistenziale, incluse le realtà del Terzo Settore e del volontariato;
- Monitorare e valutare l'efficacia del percorso assistenziale attraverso indicatori specifici di qualità, di processo e di esito.

3. CENNI EPIDEMIOLOGICI E DATI DI CONTESTO

La demenza rappresenta una delle principali sfide per la salute pubblica a livello globale e nazionale. In Italia si stima che circa 1.100.000 persone convivano con forme clinicamente rilevanti di demenza, mentre quasi 1 milione sia affetto da MCI. Inoltre, il carico assistenziale coinvolge circa 3 milioni di familiari, che si trovano a supportare quotidianamente i pazienti.

Secondo una stima basata sui dati ISTAT al 1 gennaio 2025 e sui tassi di prevalenza adottati dall'Osservatorio Demenze, in Trentino si stimano:

- 10.572 persone con demenza nella fascia d'età pari o superiore ai 65 anni;
- 8.868 persone con MCI di età pari o superiore ai 60 anni.
- 224 casi di demenza ad esordio precoce (*early onset*), tra i 35 e i 64 anni.

La distribuzione delle persone con demenza assistite nei diversi distretti sanitari della Provincia Autonoma di Trento è rappresentata nella tabella seguente. Elaborazioni condotte in ASUIT, tramite algoritmo *Adjusted Clinical Groups (ACG)* su dati di popolazione del 2023 in Trentino, hanno mostrato una distribuzione dei casi di demenza senza rilevanti differenze nei tre distretti sanitari (tabella 1).

Le analisi condotte hanno inoltre evidenziato le principali caratteristiche demografiche dei pazienti affetti da demenza, delineando un profilo contraddistinto da età avanzata, presenza di comorbidità e significative esigenze clinico-assistenziali per la gestione della disabilità e del decadimento cognitivo. Inoltre, come mostrato anche nei dati epidemiologici nazionali, la demenza impatta maggiormente sulle donne.

	Provincia	Distretto SUD	Distretto EST	Distretto NORD
Nr assistiti anno 2023	548194	186734	134820	226640
N. assistiti con Demenza	6222	2459	1178	2585
Età media (DS)	84.9 (8.48)	84.8 (8.66)	84.6 (8.76)	85.1 (8.16)
fino a 64 anni, n (%)	128 (2.1%)	48 (2%)	32 (2.7%)	48 (1.9%)
65 anni e oltre n (%)	6094 (97.9%)	2411 (98.1%)	1146 (97.3%)	2537 (98.1%)

Tabella 1: distribuzione assistiti con demenza per Distretto sanitario. Anno 2023 – Fonte ACG.

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 8 di 40

Nella Provincia Autonoma di Trento (PAT), infatti, il 67,8% delle persone con demenza è composto da donne (tabella 2).

	Provincia	Distretto SUD	Distretto EST	Distretto NORD
Sesso				
Maschi	2003 (32.2%)	793 (32.2%)	379 (32.2%)	831 (32.1%)
Femmine	4219 (67.8%)	1666 (67.8%)	799 (67.8%)	1754 (67.9%)
Nr patologie croniche (%) (compreso demenza)	Provincia	Distretto SUD	Distretto EST	Distretto NORD
0 (sono i casi identificati dai farmaci, senza diagnosi)	47 (0.8%)	6 (0.2%)	34 (2.9%)	7 (0.3%)
1	1194 (19.2%)	402 (16.3%)	240 (20.4%)	552 (21.4%)
2	1479 (23.8%)	573 (23.3%)	256 (21.7%)	650 (25.1%)
3+	3502 (56.3%)	1478 (60.1%)	648 (55.0%)	1376 (53.2%)

Tabella 2: Distribuzione assistiti con demenza per Distretto sanitario – indicatori. Anno 2023 – Fonte ACG.

I dati evidenziano anche un elevato utilizzo dei servizi sanitari da parte di questa particolare popolazione: il 30% degli assistiti ha avuto almeno un accesso in pronto soccorso nell'anno di riferimento, mentre il 45,2% ha trascorso almeno un giorno in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) (tabella 3).

	Provincia	Distretto SUD	Distretto EST	Distretto NORD
Nr assistiti in RSA (ACG almeno 1 giorno in RSA)	2813 (45.2%)	1094 (44.5%)	598 (50.8%)	1121 (43.4%)
Nr assistiti con almeno 1 accesso in PS (%)	1933 (31.1%)	754 (30.7%)	337 (28.6%)	842 (32.6%)

Tabella 3: ricoveri ospedalieri e utilizzo PS e RSA per distretto. Anno 2023 – Fonte ACG.

Le proiezioni demografiche indicano un aumento significativo del numero di casi di demenza nei prossimi anni, dovuto prevalentemente all'invecchiamento della popolazione. Questi dati confermano l'urgenza del tema e sottolineano l'importanza di una raccolta dati accurata, resa possibile dall'adozione di tecniche di *record-linkage* e dell'informatizzazione delle attività nei CDCD.

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 9 di 40

In questa cornice, gli interventi di prevenzione assumono un'importanza fondamentale. Il rapporto della *Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention and Care*, pubblicato su *The Lancet* nel 2024, suggerisce che, intervenendo sui 14 fattori di rischio modificabili, si potrebbero prevenire o ritardare fino al 45% dei casi di demenza.

L'impatto della demenza va ben oltre la dimensione sanitaria. I costi diretti e indiretti legati a questa patologia, stimati a livello nazionale, sono considerevoli e gravano sia sul Sistema Sanitario Nazionale che sulle famiglie. È poi essenziale considerare l'impatto della demenza sui caregiver. Il forte carico assistenziale genera elevati livelli di stress e una significativa necessità di supporto specifico.

La notevole numerosità e il carico di comorbidità fanno sì che l'assistenza a questa popolazione debba essere rivolta non solo alla demenza di per sé, ma all'intera complessità legata alla cronicità e alla non autosufficienza. Questi elementi sottolineano la necessità di un modello assistenziale integrato e coordinato, capace di rispondere in modo efficace alle esigenze di una popolazione in crescita e ai bisogni dei caregiver.

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 10 di 40

4. NORMATIVA DI RIFERIMENTO:

4.1 NORMATIVA NAZIONALE

- Decreto Ministero della Sanità 20 luglio 2000;
- Piano Nazionale delle Demenze (PND) – 2014;
- Decreto Ministero della Salute – Direzione Generale Prevenzione Sanitaria (DGPRES-0009309-A-10/03/2021);
- Decreto Ministeriale 23 dicembre 2021;
- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77.

4.2 NORMATIVA PROVINCIALE

- Piano provinciale demenze – XV legislatura (deliberazione della Giunta Provinciale n.719 del 6 maggio 2015);
- Piano provinciale demenze – XVI legislatura (deliberazione della Giunta Provinciale n.1241 del 21 agosto 2020);
- Piano provinciale demenze – XVII legislatura (deliberazione della Giunta Provinciale n.1383 del 12 settembre 2025);
- Deliberazione del Direttore Generale n. 497 del 12 dicembre 2017;
- Regolamento di organizzazione dell’Azienda approvato con deliberazione della Giunta Provinciale n.857 del 13 maggio 2022, ai sensi dell’art. 37 della legge provinciale sulla tutela della salute in provincia di Trento;
- Protocollo d’intesa tra ASUIT e Associazione Alzheimer di Trento, Deliberazione del Direttore Generale n. 600 del 28 ottobre 2021;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 583 del 31 agosto 2023;
- Deliberazione del Direttore Generale n.11 del 11 gennaio 2024.

4.3 DOCUMENTI, LINEE GUIDA E LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

A livello internazionale, il panorama di riferimento per la gestione della demenza si fonda su numerosi documenti utili a migliorare l’assistenza ai pazienti e ai loro caregiver.

Tra questi:

- *WHO Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017–2025;*
- *Global Status Report on the Public Health Response to Dementia 2021;*
- *Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention and Care Report 2024.*

A livello europeo, il riferimento normativo e operativo si arricchisce con documenti che orientano l’adozione di strategie integrate:

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 11 di 40

- Raccomandazioni formulate nell'ambito del progetto ALCOVE (*Alzheimer Cooperative Valuation in Europe*);
- Raccomandazioni della *Joint Action – Act on Dementia*;
- Linea guida del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, NG97) "*Dementia: Assessment, Management and Support for People Living with Dementia and their Carers*".

A livello nazionale:

- Linee Guida per la diagnosi e il trattamento della demenza e del Mild Cognitive Impairment (MCI), pubblicate dall'Istituto Superiore di Sanità nel gennaio 2024;
- Linee di indirizzo sui percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali per le demenze;
- Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze;
- Linee di indirizzo nazionali per costruire Comunità Amiche delle persone con demenza;
- Raccomandazioni per la governance e la clinica delle persone con demenza.

Questi documenti e le evidenze scientifiche costituiscono il quadro normativo e operativo di riferimento su cui si fonda il presente PPDTA, offrendo orientamenti pratici per la progettazione e l'attuazione di percorsi assistenziali efficaci per le persone con demenza e i loro caregiver.

5. INDIVIDUAZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO:

La costituzione del gruppo di lavoro rappresenta un elemento fondamentale nella definizione e nell'attuazione del PPDTA. Il gruppo è stato costituito attraverso un processo partecipativo che ha coinvolto rappresentanti di tutte le componenti della rete clinica. In particolare, l'argomento è stato presentato in assemblea plenaria in data 6 dicembre 2024 in presenza dei professionisti coinvolti nel percorso di diagnosi e cura delle demenze, oltre a rappresentanti delle associazioni di pazienti e dei caregiver.

In quella sede è stata definita la composizione del Nucleo Tecnico Funzionale, la cui scelta si è basata su criteri quali l'esperienza clinico-assistenziale, la competenza nella gestione dei percorsi integrati e la capacità di rappresentare le specifiche esigenze del territorio trentino.

Gruppo di lavoro – Nucleo Tecnico Funzionale:

- Bonesi Greta – Assistente Sociale, Spazio Argento
- Buganza Manuela – Neurologa, CDCD, UO Neurologia Ospedale di Trento
- Calabrese Marco – Terapista Occupazionale, CDCD, UO Riabilitazione 1
- Di Giacompo Raffaella – Neurologa, UO Neurologia Ospedale di Rovereto
- Dallagiacoma Lucia – Associazione Rencureme
- Dori Renzo – Associazione Alzheimer Trento
- Fronza Mariangela – Infermiera, CDCD, UO Neurologia Ospedale di Trento
- Lenti Nicola – Medico di Medicina Generale (MMG)
- Lombardi Alessandra – Geriatra, Coordinatrice Rete Demenze, UO Geriatria
- Malaguti Maria Chiara – Neurologa, Coordinatrice Rete Parkinson
- Minervini Sergio – Geriatra, Direttore Funzione Supporto Clinico Organizzativo RSA
- Moser Michele – Medico di Medicina Generale (MMG)
- Scottini Morena – Coordinatrice infermieristica, CDCD
- Spagnolli Fulvio – Associazione Alzheimer Rovereto
- Stefani Silvano – Associazione Accogliamo l'Alzheimer
- Torri Emanuele – Medico, Direttore Servizio Governance Clinica
- Turco Renato – Geriatra, CDCD, UO Geriatria
- Vanzetta Elisa – Psicologa, CDCD, UO Psicologia

Il gruppo, coordinato dalla referente della rete clinica per i disturbi cognitivi e le demenze ha il compito di definire, in modo condiviso, gli obiettivi, gli standard assistenziali e gli indicatori di monitoraggio che guideranno il percorso di cura.

Questo approccio partecipativo consente di integrare le conoscenze teoriche e le esperienze pratiche provenienti da differenti UU.OO. e da realtà socio-assistenziali e associative, favorendo l'adozione di soluzioni innovative e la revisione periodica del PPDTA in base all'evoluzione delle evidenze scientifiche e normative. Inoltre, il gruppo di lavoro

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 13 di 40

assicura un costante coordinamento tra le diverse strutture e realtà territoriali, promuovendo una comunicazione efficace e l'integrazione dei processi assistenziali, elemento essenziale per garantire una presa in carico globale e continuativa dei pazienti e dei loro caregiver.

Nell'ambito della revisione del PPDTA aziendale per le persone con demenza, l'ASUIT ha avviato nel marzo 2025 un percorso strutturato di consultazione con le associazioni dei familiari attive sul territorio. Questo confronto ha generato numerosi spunti e riflessioni utili a rafforzare il dialogo tra istituzioni sanitaria, realtà associative e Terzo Settore, con l'obiettivo di consolidare una rete più coesa e capace di rispondere ai bisogni delle persone con demenza e dei loro familiari.

6. AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI:

Il presente PPDTA trova applicazione su tutto il territorio dell'ASUIT della Provincia Autonoma di Trento ed è concepito per garantire la continuità lungo tutte le fasi del percorso di diagnosi e cura per le persone affette da demenza e MCI.

6.1 CENTRI E STRUTTURE COINVOLTE

Il PPDTA coinvolge una rete eterogenea di servizi e strutture che collaborano in modo coordinato, multidisciplinare e multiprofessionale.

Tra questi risultano principalmente coinvolti:

- Medici di Medicina Generale (MMG)
- Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)
- Punto Unico di Accesso (PUA) – Servizio Spazio Argento
- Associazioni dei pazienti e dei familiari
- Strutture Ospedaliere Provinciali
- Dipartimenti:
 - Anziani e Longevità
 - Salute Mentale
 - Cure Primarie
 - Riabilitazione
 - Emergenza
- Centri Diurni (CD)/Centro Diurno Alzheimer (CDA)
- Residenze Sanitarie Assistite (RSA)

6.2 DESTINATARI

Il PPDTA è concepito per rispondere in modo personalizzato alle esigenze di diverse categorie di destinatari:

- Persone con demenza e MCI

Il PPDTA è destinato a tutte le persone con diagnosi di demenza, indipendentemente dall'eziologia e dallo stadio clinico, nonché a coloro che presentano MCI. Il percorso prevede specifiche strategie per la presa in carico differenziata, garantendo il massimo coinvolgimento possibile della persona interessata.

- Caregiver e familiari

La malattia ha un impatto profondo non solo sulla persona che vive con la demenza, ma anche sul suo nucleo familiare. Il PPDTA include interventi specifici per il sostegno e la formazione dei caregiver, mirati a ridurre lo stress e a migliorare la qualità della vita sia dei pazienti che delle loro famiglie.

- Professionisti della salute e operatori socio-sanitari

Un approccio integrato richiede la partecipazione attiva di tutti i professionisti coinvolti nel percorso; Il PPDTA coinvolge Medici di Medicina Generale, specialisti (neurologi, geriatri, psichiatri, radiologi, ...), infermieri, operatori socio-sanitari, psicologi, terapisti occupazionali, fisioterapisti, logopedisti e assistenti sociali. Questi operatori, coordinati in un gruppo di lavoro multidisciplinare, sono chiamati a collaborare in maniera strutturata per garantire la coerenza e l'efficacia del percorso assistenziale.

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 15 di 40

7. MODALITÀ OPERATIVE DEL PPDTA

7.1 CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE

Secondo le Linee Guida Nazionali per la diagnosi e il trattamento della demenza e del MCI, il percorso diagnostico che conduce alla diagnosi di demenza nei setting specialistici – come i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) – deve essere pianificato in modo sequenziale e personalizzato sulla persona, tenendo conto della capacità dei test utilizzati nei diversi livelli diagnostici di orientare correttamente la diagnosi.

La decisione di inserire nell'iter diagnostico ulteriori test va programmata per livelli, quando si rende necessario un supporto aggiuntivo per dirimere l'incertezza diagnostica e operare una diagnosi differenziale che definisca un sottotipo di demenza.

Nelle persone in cui appare più difficile giungere a una diagnosi si può considerare di utilizzare tutti i test che potrebbero fornire un contributo diagnostico rilevante, oltre al singolo test considerato il migliore per una determinata diagnosi.

La diagnosi di demenza in vita resta una diagnosi eminentemente clinica, con i *reference standard* rappresentati da criteri clinici specifici per sottotipo di demenza. Il giudizio clinico dello specialista nel percorso diagnostico deve dunque essere guidato dai criteri clinici di riferimento riconosciuti e aggiornati per i diversi sottotipi di demenza.

Il presente PPDTA si rivolge a tutte le persone che presentano un sospetto o una diagnosi conclamata di demenza o di MCI, secondo i seguenti criteri diagnostici internazionalmente riconosciuti, presentati nelle Linee Guida Diagnosi e trattamento di demenza e MCI del 2024:

- Demenza a corpi di Lewy: *International consensus criteria for dementia with Lewy bodies*;
- Demenza frontotemporale: *International FTD criteria for frontotemporal dementia (progressive non-fluent aphasia and semantic dementia)*;
- Demenza frontotemporale, variante comportamentale: *International Frontotemporal Dementia Consortium criteria for behavioural variant frontotemporal dementia*;
- Demenza vascolare: *NINDS-AIREN criteria (National Institute of Neurological Disorders and Stroke and Association and Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences) for vascular dementia*;
- Malattia di Alzheimer: *NIA criteria (National Institute on Aging) for Alzheimer's disease*;
- Parkinson demenza: *Movement disorders Society criteria for Parkinson's disease dementia*;
- Malattia di Creutzfeldt-Jakob: *International criteria for Creutzfeldt-Jakob disease*;
- Mild Cognitive Impairment: *Albert et al., 2011*.

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 16 di 40

Sono esclusi dal presente PPDTA i casi in cui la compromissione cognitiva sia transitoria e riconducibile a cause reversibili (ad es. delirio acuto, turbe metaboliche, effetti farmacologici), nonché i pazienti con compromissioni cognitive dovute a quadri neurologici primari non degenerativi, per i quali sono previsti percorsi assistenziali specialistici dedicati.

7.2 ASPETTI CLINICI E ASSISTENZIALI DEL PPDTA

La presa in carico delle persone con demenza nell'ambito del PPDTA avviene attraverso un approccio interdisciplinare e interprofessionale, fondato sui principi della continuità assistenziale, dell'integrazione socio-sanitaria e della personalizzazione degli interventi. Il percorso è pensato per garantire una risposta coordinata e appropriata ai bisogni di salute della persona con demenza e della sua rete di supporto, lungo tutto il decorso della malattia, favorendo il mantenimento della qualità della vita, dell'autonomia residua e della dignità della persona.

Le modalità operative del PPDTA si articolano in fasi successive, ciascuna delle quali prevede il coinvolgimento di diverse figure professionali, strutture e servizi socio assistenziali:

- **Fase del sospetto diagnostico**

Il sospetto di deterioramento cognitivo può emergere in diversi contesti (domiciliari, ambulatoriali, ospedalieri) e può quindi essere rilevato da vari professionisti sanitari e sociosanitari, tra cui i MMG, i professionisti delle UU.OO. in cui viene coinvolta la persona, i servizi territoriali, ecc.

- **Fase diagnostica**

Si articola in due momenti principali:

- a. Diagnosi sindromica: definizione della presenza di un disturbo neurocognitivo;
- b. Diagnosi eziologica: definizione della patologia da parte degli specialisti dei CDCD tramite esami neuropsicologici, clinici, laboratoristici e strumentali (imaging, biomarcatori).

- **Fase di presa in carico e interventi terapeutici**

La presa in carico è modulata in base alla gravità del quadro clinico, valutata tramite la *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR):

- a. CDR 0,5–1 (fase lieve): interventi psicoeducativi, supporto ai caregiver, trattamenti farmacologici e non farmacologici, stimolazione cognitiva;
- b. CDR 2 (fase moderata): potenziamento delle attività di sostegno, attivazione della rete territoriale, servizi domiciliari e semiresidenziali;
- c. CDR 3 (fase grave): rafforzamento dell'assistenza continuativa, coinvolgimento delle strutture residenziali e dei servizi di cure palliative;

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 17 di 40

d. CDR 4–5 (fase terminale): centralità del comfort, controllo dei sintomi e supporto alla famiglia.

- **Fase del fine vita**

Viene assicurato un accompagnamento eticamente e clinicamente appropriato, attraverso l'attivazione di percorsi di cure palliative, sia in ambito domiciliare che residenziale, nel rispetto della dignità della persona e dei suoi desideri espressi, eventualmente documentati nelle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).

Monitoraggio e aggiornamento del piano assistenziale

Il percorso prevede la periodica rivalutazione clinica e funzionale della persona, per garantire l'adeguamento del piano di cura ai bisogni mutevoli legati alla progressione della malattia.

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 18 di 40

8. ASPETTI CLINICI E ASSISTENZIALI DEL PPDTA

8.1 FASE DEL SOSPETTO DIAGNOSTICO

Obiettivo

Intercettare e inquadrare tempestivamente la persona con sospetto deterioramento cognitivo, funzionale o comportamentale.

Professionisti e servizi coinvolti

- Medici di Medicina Generale (MMG);
- Medici specialisti ospedalieri o territoriali;
- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), servizi di cure domiciliari/Case della Comunità;
- Centri Diurni (CD), servizi sociali territoriali/Spazio Argento, associazioni;
- Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD).

Strumenti

- Test validato in lingua italiana per la medicina generale: *General Practitioner assessment of Cognition* (GPCog);
- Test 4AT.

Servizi coinvolti e attività

Medico di Medicina Generale (MMG):

A fronte di un sospetto di deterioramento cognitivo e grazie all'osservazione clinica diretta e alla raccolta delle notizie anamnestiche:

- somministra il GPCog per identificare precocemente segni di deficit cognitivo e valutare l'invio al CDCD;
- prescrive e valuta gli esami ematochimici (emocromo, vitamina B12, folati, TSH) e quelli di neuroimaging (TAC encefalo o RM, quando indicato);
- in caso di dubbi (es. sull'interpretazione del GPCog o sull'appropriatezza di esami aggiuntivi rispetto a quanto già previsto nel PPDTA) può richiedere teleconsulto con lo specialista CDCD secondo le modalità definite dal documento *Telemedicina a supporto della presa in carico della persona con patologia cronica: PPDTA rete provinciale demenze*;
- prescrive su ricetta "Valutazione Multidimensionale CDCD" (cod. 89071), completando la richiesta con il quesito diagnostico (Codice ICD9: 4380 Deficit cognitivo);
- richiede, in previsione della visita specialistica, i seguenti esami (se non effettuati nei tempi previsti):

- Esami ematochimici: emocromo con formula, glicemia, creatininemia, azotemia, AST, ALT, γ GT, bilirubinemia totale e diretta, Na, K, Ca, TSH reflex, dosaggio di vitamina B12 e acido folico;
- ECG (entro 6 mesi);
- TC encefalo o RM encefalo senza mezzo di contrasto.

Medico Specialista (ospedaliero o territoriale):

A fronte di un sospetto di deterioramento cognitivo e grazie all'osservazione clinica diretta e alla raccolta delle notizie anamnestiche:

- valuta l'eventuale delirium come possibile prima manifestazione di un disturbo cognitivo, eventualmente somministrando test specifici (es. 4AT, ...);
- in caso di necessità di un confronto prima dell'invio può richiedere teleconsulto con specialista CDCD tramite piattaforma aziendale;
- analogamente al MMG, prescrive "Valutazione Multidimensionale CDCD", corredando la richiesta con il quesito diagnostico (Codice ICD9: 4380 Deficit cognitivo);
- richiede, in previsione della visita specialistica, i seguenti esami (se non effettuati nei tempi previsti):
 - Esami ematochimici: emocromo con formula, glicemia, creatininemia, azotemia, AST, ALT, γ GT, bilirubinemia totale e diretta, Na, K, Ca, TSH reflex, dosaggio di vitamina B12 e acido folico;
 - ECG (entro 6 mesi);
 - TC encefalo o RM encefalo senza mezzo di contrasto.

Professionisti afferenti alle Cure Primarie:

A fronte di un sospetto di deterioramento cognitivo i professionisti delle Cure Primarie indirizzano la persona al MMG.

Professionisti afferenti ai Centri Diurni (CD), servizi sociali territoriali/Spazio Argento:

A fronte di un sospetto deterioramento cognitivo, i professionisti di questi servizi indirizzano la persona al proprio MMG.

Associazioni:

Orientano le richieste di pazienti o dei familiari, verso gli interlocutori più appropriati.

Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD):

Accoglie la persona ed avvia l'iter diagnostico.

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 20 di 40

Prenotazione della visita al CDCD

Il diretto interessato, o il caregiver, con impegnativa del MMG o dello specialista si rivolge al CUP aziendale (tel. 848816816 – chiamata da cell. 0461/379400), il quale effettua la prenotazione per la visita specialistica presso il CDCD preferibilmente dell'ambito territoriale di residenza.

L'operatore del CUP al momento di richiesta di appuntamento, nel rispetto delle procedure aggiornate:

- comunica la data o il mese (in caso di pre-appuntamento) in cui verrà effettuata la visita al CDCD;
- informa sulla necessità della presenza del caregiver principale durante la visita;
- ricorda di portare con sé la documentazione sanitaria ed eventuali occhiali e/o protesi acustiche;
- comunica che la persona è tenuta al pagamento del ticket, se dovuto, prima dell'accesso all'ambulatorio CDCD.

8.2 FASE DIAGNOSTICA

Obiettivo

Conferma del sospetto diagnostico e formulazione della diagnosi.

Servizi coinvolti e attività

Il ruolo centrale in questa fase è occupato dal CDCD che valuta la persona interessata con test neuropsicologici di primo e secondo livello in relazione al caso specifico ed effettua gli esami dei biomarcatori (solo per i casi atipici e giovanili nella pratica clinica, in tutti i casi se presente incertezza diagnostica o per scopi di ricerca).

Qualora si dia indicazione ad un esame a scopo di ricerca si dovrà procedere alla corretta informazione del/della persona interessata e dei suoi familiari per la firma del consenso informato (nel quale andrà specificato il codice del protocollo di studio).

Prima visita CDCD

Nel corso della prima visita l'equipe CDCD effettua:

- colloquio clinico, per la raccolta dell'anamnesi con persona interessata e caregiver;
- valutazione cognitiva di primo livello (MMSE, test dell'orologio);
- valutazione autonomia nelle attività quotidiane di base e strumentali attraverso la compilazione delle scale validate (ADL, IADL);
- valutazione della sintomatologia comportamentale, psichica e affettiva attraverso applicazione di strumenti validati (NPI, GDS);

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 21 di 40

- valutazione burden del caregiver (CBI);
- esame obiettivo.

Ai fini dell'inquadramento diagnostico a completamento della visita il medico, può indirizzare la persona interessata alla valutazione testistica e neuropsicologica di secondo livello.

Valutazione testistica e neuropsicologica

La valutazione testistica e neuropsicologica può contribuire alla diagnosi differenziale, alla definizione del profilo cognitivo e all'orientamento dell'équipe nei percorsi di cura delle persone con deficit cognitivi e demenza e per i loro familiari. L'approfondimento dei sintomi cognitivi e comportamentali è indicato nelle fasi prodromiche e iniziali delle demenze, MCI e quadri rari e/o a esordio precoce.

Criteri di accesso alla valutazione:

- Punteggio MMSE $\geq$ 23/30 → soglia indicativa per garantire la possibilità di una valutazione approfondita;
- Punteggio MMSE $<$ 23/30 → a discrezione dello specialista del CDCD, previa discussione clinica con lo psicologo/neuropsicologo.

La collaborazione con la figura di psicologo/neuropsicologo si basa su criteri di prossimità territoriale, per assicurare un lavoro integrato ed efficiente. Gli esiti della valutazione di casi complessi sono condivisi in riunione multidisciplinare, per orientare strategie diagnostiche e terapeutiche appropriate.

Diagnostica strumentale

Nei casi indicati dalle LG il medico specialista può prescrivere ulteriori esami di diagnostica strumentale quali:

- RM encefalo, con valutazione degli indici di atrofia;
- FDG-PET;
- PET amiloide;
- DAT-SCAN;
- Puntura lombare con esame del liquor;

Attualmente può essere richiesta la profilazione genetica e laboratoristica per l'approfondimento eziopatogenetico dalla malattia di Alzheimer e nella demenza fronto-temporale.

Se il sospetto diagnostico non conferma pienamente una diagnosi di demenza, ma evidenzia la presenza di MCI alla persona va garantito il follow-up presso il CDCD.

Le attività dei professionisti del CDCD, la relazione dello psicologo e il referto dello specialista con le conclusioni diagnostiche e le indicazioni terapeutiche vengono registrate in SIO (vedi capitolo "Sistema Informativo"). Questo garantisce la disponibilità della documentazione a tutti gli operatori abilitati e ai MMG, favorendo una gestione integrata dei percorsi.

È centrale l'aspetto relazionale e comunicativo nella restituzione della diagnosi, come definito nel documento "Raccomandazioni per la governance e la clinica nel settore delle demenze" redatto dal Tavolo permanente sulle demenze.

8.3 FASE DI PRESA IN CARICO E INTERVENTI TERAPEUTICI

La presa in carico è modulata in base alla gravità del quadro clinico, valutata tramite la *Clinical Dementia Rating Scale (CDR)* e considera la comorbidità, le caratteristiche del sistema familiare d'appartenenza e le preferenze della persona.

- **CDR 0,5–1 (fase lieve)**

Obiettivo generale: presa in carico di pazienti in fase lieve di malattia o MCI.

Il MMG rimane il riferimento per il monitoraggio clinico, anche avvalendosi della collaborazione del CDCD, con possibilità di teleconsulto.

I CDCD svolgono il monitoraggio periodico del profilo neuropsicologico e neurologico, della comorbidità e del quadro funzionale, motorio e comportamentale, sia in ambulatorio sia in telemedicina. Prescrivono le terapie farmacologiche specifiche, monitorandone l'efficacia e gli eventuali effetti indesiderati. Indirizzano a attività riabilitative e interventi psicosociali, individuali e di gruppo. Promuovono percorsi formativi di gruppo a sostegno dei caregiver, con la formula *Curainsieme* nella sua specifica declinazione per le persone con deficit cognitivo e demenza. Attraverso il sistema strutturato e tracciato in SIO garantiscono la segnalazione a Spazio Argento/PUA delle persone con necessità di informazione, valutazione ed eventuale attivazione dei servizi nell'ambito della rete disponibile per gli anziani e le demenze, previa acquisizione del consenso informato.

In merito alle indicazioni di appropriatezza della terapia farmacologica per le demenze la normativa di riferimento è la nota 85 AIFA. Attualmente, i farmaci approvati e commercializzati in Italia per il trattamento della demenza di Alzheimer sono Donepezil, Rivastigmina, Galantamina e Memantina.

Nel corso del 2025 l'EMA ha approvato due farmaci biologici per il trattamento di MCI e malattia di Alzheimer in fase iniziale, destinati a soggetti con particolari indicazioni. Altri farmaci biologici sono in fase di valutazione. Alla data di pubblicazione di questo documento l'AIFA non ha ancora autorizzato l'utilizzo clinico in Italia per nessuno di

questi. IL PPDTA verrà aggiornato se tali farmaci saranno resi disponibili a fini clinici anche sul nostro territorio nazionale.

A livello provinciale è presente anche una rete diversificata di servizi semiresidenziali, attivabili tramite UVM, che comprende:

- Centro Diurno per anziani
- Centro Diurno per anziani integrato
- Centro Diurno Alzheimer
- Servizio di presa in carico diurna continuativa
- Servizio di presa in carico diurna continuativa per persone affette da demenza e gravi BPSD.

Per le persone con MCI o demenza in fase lieve, può essere in particolare richiesto l'inserimento nei Centri Diurni o Centri Diurni Alzheimer disponibili in Provincia per programmi di riabilitazione personalizzati o per attività mirate al mantenimento delle capacità e del funzionamento.

Anche gli Ospedali sono tenuti ad attivare percorsi di accoglienza e assistenza per le persone con demenza che accedono al pronto soccorso o ai reparti di degenza, con possibilità di ingresso da parte del caregiver, anche per la prevenzione del delirium.

Il personale delle Cure Primarie è coinvolto nella presa in carico della persona con MCI o demenza lieve, anche a domicilio. Attraverso colloqui con pazienti e familiari verifica l'adesione alle indicazioni specialistiche, rilevando eventuali problematiche. Fornisce supporto informativo ed educativo per il mantenimento delle autonomie personali e l'adozione di un corretto stile di vita.

La Terapia Occupazionale (TO) è stata inserita come elemento di sviluppo di nuovi modelli di presa in carico della persona con demenza e del suo caregiver, con un'attenzione specifica al contesto di vita e alla quotidianità. L'intervento può essere richiesto da medico specialista (geriatra/neurologo) per le persone con MCI o demenza lieve/moderata.

La TO favorisce la partecipazione della persona con demenza nelle attività significative, promuovendo l'adattamento dell'ambiente, il mantenimento delle abilità residue e il coinvolgimento attivo del caregiver. L'intervento si articola prevalentemente al domicilio ed è personalizzato in base ai bisogni della diade, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita, la sicurezza e l'autonomia della persona assistita, riducendo al contempo il carico assistenziale del familiare.

Questo approccio, in linea con le raccomandazioni delle LG e la letteratura internazionale, valorizza l'intervento non farmacologico come risorsa efficace e sostenibile nel percorso di cura della demenza.

I Servizi sociali, il Punto Unico di Accesso (PUA) e Spazio Argento operano in stretta collaborazione sul territorio, secondo un approccio di co-progettazione partecipata, con l'obiettivo di favorire l'integrazione socio-sanitaria e il collegamento dell'individuo con la comunità e l'ambiente di vita. Per questo costruiscono reti con enti pubblici e convenzionati, privato sociale e volontariato, valorizzando le risorse locali. Valutano la capacità della rete sociale di sostenere il carico assistenziale collaborando con gli altri professionisti della rete. Offrono consulenza e orientamento sui diritti e sull'accesso ai servizi, attivando e partecipando alle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). In accordo con la persona con demenza e il caregiver collaborano alla definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) e programmano verifiche e monitoraggi integrati sul piano socio-sanitario.

Il CDCD ha la facoltà di segnalare direttamente all'assistente sociale di ASUIT persone prive di una rete sociale di riferimento o in condizioni di estrema fragilità. L'obiettivo di tali segnalazioni è l'identificazione precoce e la valutazione per una rapida presa in carico da parte dei servizi socio-assistenziali territoriali (comuni/comunità di valle).

- **CDR 2 (fase moderata)**

Obiettivo generale: presa in carico di pazienti in fase moderata di malattia.

Il MMG rimane il riferimento per il monitoraggio clinico, anche avvalendosi della collaborazione del CDCD di riferimento, con possibilità di teleconsulto anche con il contributo delle Centrali Operative Territoriali (COT) per l'individuazione delle risorse e dei servizi più appropriati.

I CDCD mantengono il monitoraggio periodico del profilo neuropsicologico e neurologico, della comorbidità e del quadro funzionale, motorio e comportamentale, sia in ambulatorio sia in telemedicina. Prescrivono le terapie farmacologiche specifiche, comprese quelle con farmaci neurolettici per il trattamento dei BPSD, nel rispetto delle disposizioni dell'AIFA e del Servizio Politiche del farmaco e assistenza farmaceutica di Asuit, monitorandone l'efficacia e gli eventuali effetti indesiderati. Indirizzano ad attività riabilitative e interventi psicosociali, individuali e di gruppo. Promuovono percorsi formativi di gruppo a sostegno dei caregiver (es. "CuraInsieme", ...). Attraverso il sistema strutturato e tracciato in SIO garantiscono la segnalazione a Spazio Argento/PUA delle persone con necessità di informazione, valutazione ed eventuale attivazione dei servizi nell'ambito della rete disponibile per gli anziani e le demenze, previa acquisizione del consenso informato.

L'Ospedale collabora e opera in rete con i MMG e i CDCD per assicurare la continuità delle cure. È necessario prevedere modalità specifiche di accoglienza e degenza per le persone affette da demenza, sia nei reparti ospedalieri che nei pronto soccorso.

Anche per le persone con demenza in fase moderata può essere richiesto l'inserimento nei Centri Diurni o Centri Diurni Alzheimer disponibili in Provincia per programmi di riabilitazione personalizzati o per attività mirate al mantenimento del funzionamento e la riduzione dei BPSD.

A livello provinciale è disponibile l'Assistenza Domiciliare per Persone con Demenza (ADPD): servizio specializzato finalizzato all'assistenza domiciliare per persone con demenza moderata/severa e gravi disturbi del comportamento. Il servizio mira a definire piani di assistenza personalizzati per il mantenimento dell'autonomia e a educare i caregiver (formali o informali) per gestire i BPSD nell'ambiente domestico della persona con demenza. Anche per questo servizio è prevista l'attivazione tramite UVM.

Il personale delle Cure Primarie offre supporto nella gestione clinica della comorbidità e dei disturbi del comportamento. Ha funzioni di raccordo con il MMG, con l'UVM e con il servizio sociale, con i CDCD e con gli altri nodi della rete dei servizi per gli anziani e le persone con demenza favorendo la continuità delle cure e l'appropriatezza degli interventi a sostegno della domiciliarità.

Le RSA offrono accoglienza temporanea o definitiva a persone non autosufficienti che necessitano di assistenza e trattamenti continuativi, impossibilitate a rimanere al proprio domicilio. L'UVM suggerisce un percorso residenziale qualora lo ritenga l'opzione più appropriata ai bisogni della persona e della sua famiglia, in assenza di alternative territoriali. Le RSA, anche avvalendosi del supporto degli specialisti tramite teleconsulto, assicurano una presa in carico completa e personalizzata delle esigenze dell'individuo, fornendo servizi socio-sanitari integrati a prevalente carattere sanitario, con un'intensità assistenziale modulata sulle necessità specifiche.

I Servizi sociali, il Punto Unico di Accesso (PUA) e Spazio Argento operano in stretta collaborazione sul territorio, secondo un approccio di co-progettazione partecipata, con l'obiettivo di favorire l'integrazione socio-sanitaria e il collegamento dell'individuo con la comunità e l'ambiente di vita. Per questo costruiscono reti con enti pubblici e convenzionati, privato sociale e volontariato, valorizzando le risorse locali. Valutano la capacità della rete sociale di sostenere il carico assistenziale collaborando con gli altri professionisti della rete. Offrono consulenza e orientamento sui diritti e sull'accesso ai servizi, attivando e partecipando alle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). In accordo con la persona con demenza e il caregiver collaborano alla definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) e programmano verifiche e monitoraggi integrati sul piano socio-sanitario.

Il CDCD ha la facoltà di segnalare direttamente all'assistente sociale di ASUIT persone prive di una rete sociale di riferimento o in condizioni di estrema fragilità. L'obiettivo di tali segnalazioni è l'identificazione precoce e la valutazione per una rapida presa in carico da parte dei servizi socio-assistenziali territoriali (comuni/comunità di valle).

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 26 di 40

- **CDR 3 (fase grave)**

Obiettivo generale: presa in carico di pazienti in fase grave di malattia.

Il MMG rimane il riferimento per il monitoraggio clinico, anche avvalendosi della collaborazione del CDCD di riferimento, con possibilità di teleconsulto anche con il contributo delle COT per l'individuazione delle risorse e dei servizi più appropriati nella gestione della persona con diagnosi di demenza confermata in fase grave.

I CDCD mantengono il monitoraggio periodico del profilo neuropsicologico e neurologico, della comorbidità e del quadro funzionale, motorio e comportamentale, sia in ambulatorio sia in telemedicina. Prescrivono le terapie farmacologiche specifiche, comprese quelle con farmaci neurolettici per il trattamento dei BPSD, nel rispetto delle disposizioni dell'AIFA e del Servizio Politiche del farmaco e assistenza farmaceutica di Asuit, monitorandone l'efficacia e gli eventuali effetti indesiderati. Indirizzano ad attività riabilitative e interventi psicosociali, individuali e di gruppo. Promuovono percorsi formativi di gruppo a sostegno dei caregiver (es. "CuraInsieme", etc). Attraverso il sistema strutturato e tracciato in SIO garantiscono la segnalazione a Spazio Argento/PUA delle persone con necessità di informazione, valutazione ed eventuale attivazione dei servizi nell'ambito della rete disponibile per gli anziani e le demenze, previa acquisizione del consenso informato.

L'Ospedale collabora e opera in rete con i MMG e i CDCD per assicurare la continuità delle cure. È necessario prevedere modalità specifiche di accoglienza e degenza per le persone affette da demenza in fase grave, sia nei reparti ospedalieri che nei pronto soccorso.

Anche per la fase grave di malattia è possibile l'attivazione di Servizi di Assistenza Domiciliare, sia per la gestione dei BPSD (ADPD) che in supporto alle attività di base della vita quotidiana (Servizio Assistenza Domiciliare – SAD). L'attivazione del SAD avviene attraverso gli sportelli di Spazio Argento.

I professionisti delle Cure Primarie offrono supporto nella gestione clinica della comorbidità e dei disturbi del comportamento. Hanno funzioni di raccordo con il MMG, con l'UVM e con il servizio sociale, con i CDCD e con gli altri nodi della rete dei servizi per gli anziani favorendo la continuità delle cure e l'appropriatezza degli interventi a sostegno della domiciliarità.

Le RSA offrono accoglienza definitiva o temporanea a persone non autosufficienti che necessitano di assistenza e trattamenti continuativi, impossibilitate a rimanere al proprio domicilio. L'UVM suggerisce un percorso residenziale qualora lo ritenga l'opzione più appropriata ai bisogni della persona e della sua famiglia, in assenza di alternative territoriali. Le RSA, anche avvalendosi del supporto degli specialisti tramite teleconsulto, assicurano una presa in carico completa e personalizzata delle esigenze dell'individuo,

fornendo servizi socio-sanitari integrati a prevalente carattere sanitario, con un'intensità assistenziale modulata sulle necessità specifiche.

I Servizi sociali, il Punto Unico di Accesso (PUA) e Spazio Argento operano in stretta collaborazione sul territorio, secondo un approccio di co-progettazione partecipata, con l'obiettivo di favorire l'integrazione socio-sanitaria e il collegamento dell'individuo con la comunità e l'ambiente di vita. Per questo costruiscono reti con enti pubblici e convenzionati, privato sociale e volontariato, valorizzando le risorse locali. Valutano la capacità della rete sociale di sostenere il carico assistenziale collaborando con gli altri professionisti della rete. Offrono consulenza e orientamento sui diritti e sull'accesso ai servizi, attivando e partecipando alle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

In accordo con la persona con demenza e caregiver collaborano alla definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) e programmano verifiche e monitoraggi integrati sul piano socio-sanitario.

Il CDCD ha la facoltà di segnalare direttamente all'assistente sociale di ASUIT persone prive di una rete sociale di riferimento o in condizioni di estrema fragilità. L'obiettivo di tali segnalazioni è la valutazione per una rapida presa in carico da parte dei servizi socio-assistenziali territoriali (comuni/Comunità di Valle).

- **CDR 4-5 (fase severa-terminale)**

Obiettivo generale: presa in carico di pazienti in fase severa/terminale di malattia.

Il MMG rimane il riferimento per il monitoraggio clinico, anche avvalendosi della collaborazione del CDCD di riferimento, con possibilità di teleconsulto anche con il contributo delle COT per l'individuazione delle risorse e dei servizi più appropriati nella gestione della persona con diagnosi di demenza confermata in fase grave.

I CDCD mantengono il monitoraggio periodico del profilo neuropsicologico e neurologico, della comorbidità e del quadro funzionale, motorio e comportamentale, sia in ambulatorio sia in telemedicina. Prescrivono le terapie farmacologiche specifiche, comprese quelle con farmaci neurolettici per il trattamento dei BPSD, nel rispetto delle disposizioni dell'AIFA e del Servizio Politiche del farmaco e assistenza farmaceutica di Asuit, monitorandone l'efficacia e gli eventuali effetti indesiderati. Attraverso il sistema strutturato e tracciato in SIO garantiscono la segnalazione a Spazio Argento/PUA delle persone con necessità di informazione, valutazione ed eventuale attivazione dei servizi nell'ambito della rete disponibile per gli anziani e le demenze, previa acquisizione del consenso informato.

In tale fase della malattia l'accesso in Pronto Soccorso e il ricovero in ospedale appaiono in generale poco indicati. Nel caso di insorgenza di complicanze o condizioni acute, non gestibili nel contesto delle Cure domiciliari o delle Cure Palliative, i PS e i

reparti ospedalieri sono tenuti ad attivare modalità specifiche di accoglienza e gestione della persona con demenza a partire dal Pronto Soccorso.

I professionisti delle Cure primarie offrono supporto nella gestione clinica della comorbidità, dei disturbi del comportamento; svolgono funzioni di raccordo con il MMG, con l'UVM, con il servizio sociale, con i CDCD favorendo la continuità delle cure, l'appropriatezza degli interventi a sostegno della domiciliarità. Si occupano inoltre di offrire cure domiciliari e mantenere il collegamento con le Cure Palliative.

Per le persone in fase severa/terminale di malattia, può essere richiesta la valutazione/intervento da parte del servizio di Cure Palliative. Quest'ultimo ha il compito di valutare i criteri di accesso al servizio con l'obiettivo di mantenere le abilità funzionali e motorie residue, di sostenere nutrizione e l'idratazione, nonché prevenire la sindrome ipocinetica e le sue complicanze, comprese le lesioni da pressione. Fondamentali sono il supporto al caregiver e la rilevazione e gestione di sintomi refrattari o disturbanti, come il dolore. Queste attività vengono svolte a domicilio o nelle strutture dedicate (Hospice).

Le RSA offrono accoglienza definitiva o temporanea a persone non autosufficienti che necessitano di assistenza e trattamenti continuativi, impossibilitate a rimanere al proprio domicilio. L'UVM suggerisce un percorso residenziale qualora lo ritenga l'opzione più appropriata ai bisogni della persona e della sua famiglia, in assenza di alternative territoriali. Le RSA, anche avvalendosi del supporto degli specialisti tramite teleconsulto, assicurano una presa in carico completa e personalizzata delle esigenze dell'individuo, fornendo servizi socio-sanitari integrati a prevalente carattere sanitario, con un'intensità assistenziale modulata sulle necessità specifiche.

Servizi Sociali, PUA e Spazio Argento facilitano l'integrazione tra interventi sociali e sanitari, fornendo consulenza per l'accesso ai servizi e per la fruizione dei diritti. Promuovono l'attivazione della rete di servizi territoriali e partecipano alle UVM per richieste relative a RSA e hospice. A tal fine valutano il profilo sociale della persona con demenza e l'adeguatezza della sostenibilità della sua permanenza al domicilio o la necessità di inserimento in strutture residenziali, mantenendo il supporto psico-sociale ai caregiver.

9. TERZO SETTORE E TUTELA GIURIDICA:

9.1 Terzo Settore

All'interno della rete dei servizi assistenziali, le realtà del Terzo Settore (associazioni di volontariato, associazioni Alzheimer, Onlus, cooperative, gruppi di auto mutuo aiuto, ecc.) rivestono un ruolo sempre più rilevante. Esse integrano il percorso di supporto a persone con demenza e famiglie con proposte talvolta innovative e non sempre erogabili dal servizio pubblico.

Il loro contributo è particolarmente importante nel contrastare isolamento e solitudine, riducendo il rischio di fragilità e stigma. Iniziative come punti di ascolto, laboratori espressivi ed attività di supporto ai caregiver contribuiscono al benessere della persona e dei familiari.

9.2 Amministratore di sostegno

Nel percorso di cura e assistenza alle persone con demenza è importante considerare anche gli aspetti legali e di tutela. L'Amministratore di Sostegno (ADS) è uno strumento giuridico, che garantisce supporto alla persona con ridotta autonomia, rispettandone le capacità residue e i diritti fondamentali. La nomina, disposta dal Giudice Tutelare su richiesta di familiari, servizi o della stessa persona, consente un affiancamento proporzionato ai bisogni, senza limitare inutilmente la libertà individuale.

Qualora la persona in difficoltà o la sua rete familiare non siano in grado di provvedere alla richiesta della misura e la persona versi in una condizione di bisogno, i responsabili dei Servizi Sanitari e Socio-assistenziali impegnati nella cura e nell'assistenza "sono tenuti a proporre al Giudice Tutelare il ricorso o a fornire notizia al Pubblico Ministero". A tale scopo, sono definiti protocolli condivisi tra ASUIT e Tribunali, finalizzati ad assicurare una gestione corretta, uniforme e tempestiva delle segnalazioni.

10. SISTEMA INFORMATIVO:

Le visite specialistiche (prime visite e controlli) dei CDCD vengono refertate in SIO. Qui vengono riportati gli accertamenti prescritti, le conclusioni diagnostiche e i consigli di terapia/prescrizioni. Questo assicura la trasmissione contestuale al MMG, (attraverso il programma *AMPERE*) della documentazione prodotta e la sua consultazione da parte di tutti gli operatori abilitati favorendo una gestione integrata dei percorsi.

Il tempestivo trasferimento di queste informazioni cliniche tra le diverse componenti del percorso assistenziale è essenziale per coordinare le attività erogate da più servizi. Ciò contribuisce anche a ridurre duplicazioni di prestazioni e l'uso di procedure inappropriate.

Il modulo include anche una funzione per inviare la segnalazione al PUA/COT e uno spazio per comunicazioni alle Cure Primarie, al fine di attivare i percorsi di assistenza all'interno

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 30 di 40

della rete territoriale dei servizi per gli anziani.

Tutte le attività svolte durante le valutazioni cliniche ambulatoriali registrate in SIO prevedono la compilazione di campi specifici per l'inserimento di dati quantitativi. Questa attività ha permesso la creazione di un database che, a regime dal 2017, consente il monitoraggio di indicatori sia di attività che di esito del processo di diagnosi e cura delle demenze in Provincia.

11. PREVENZIONE:

La prevenzione delle demenze si articola in tre livelli – primaria, secondaria e terziaria – e rappresenta un elemento strategico fondamentale per ridurre l'incidenza, diagnosticare precocemente e limitare le complicanze della malattia lungo tutto il suo decorso. Ogni livello di prevenzione coinvolge diversi professionisti, ambiti di intervento e strumenti operativi.

11.1 PREVENZIONE PRIMARIA

L'obiettivo della prevenzione primaria è ridurre l'insorgenza delle demenze agendo sui 14 fattori di rischio modificabili presentati nel report della *Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention and Care del 2024*. Il report evidenzia come i 14 fattori di rischio siano responsabili del 45% dei casi di demenza, che potrebbero quindi essere evitati o la cui comparsa potrebbe essere ritardata.

Tra i soggetti/enti prevalentemente coinvolti, oltre ai CDCD, alle Cure Primarie e ai CD, troviamo i MMG, che per il particolare rapporto con i loro assistiti, hanno un ruolo attivo nella promozione e nell'adozione di corretti stili di vita. Favoriscono il raccordo con gli interventi di promozione della salute e prevenzione realizzati dalla Provincia, dalle Comunità di Valle e dall'Azienda Sanitaria.

Come previsto dal Piano Provinciale Demenze – XVII Legislatura, rientrano tra gli interventi della prevenzione primaria iniziative quali le *"Palestre della Memoria"*.

11.2 PREVENZIONE SECONDARIA

Questo livello di prevenzione mira all'identificazione precoce del disturbo neurocognitivo, quando è ancora possibile intervenire per rallentare il peggioramento.

I MMG hanno un ruolo centrale nell'intercettare e inquadrare tempestivamente la persona con sospetto deterioramento cognitivo, funzionale o comportamentale, avviando i primi accertamenti come previsto dal PPDTA e indirizzando la persona ai CDCD. Anche gli altri enti/servizi contribuiscono a favorire l'intercettazione precoce indirizzando la persona, nel sospetto di un declino cognitivo, al proprio MMG.

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 31 di 40

11.3 PREVENZIONE TERZIARIA

La prevenzione terziaria si concentra sul rallentamento della progressione del disturbo e sulla riduzione dell'impatto delle complicanze, migliorando la qualità della vita della persona con demenza e dei caregiver. Gli interventi comprendono interventi farmacologici, strategie psicoeducative e supporto sociale alla persona con demenza e al nucleo familiare.

Come previsto dal presente documento i soggetti coinvolti includono i MMG, i CDCD, le Cure Primarie, i CD e CDA, gli ospedali e le RSA. Inoltre il Piano Provinciale Demenze – VII Legislatura prevede l'istituzione di spazi di aggregazione strutturati che offrano iniziative di stimolazione cognitiva di gruppo alle persone che vivono con la malattia e interventi di supporto ai familiari.

12.INDICATORI E MONITORAGGIO

12.1 INDICATORI

Il PPDTA Demenze è uno strumento dinamico che necessita di un costante monitoraggio e di aggiornamenti periodici per assicurare coerenza con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche, l'introduzione di nuovi farmaci e l'organizzazione dei servizi.

Per monitorare e valutare la performance del PPDTA è stato messo a punto un set di indicatori di struttura, processo, esito e economico-amministrativi, individuati e condivisi dal gruppo multidisciplinare, in linea con le *Linee di indirizzo nazionali sui PDTA per le demenze*.

- **Indicatori di struttura:**

Indicatore #1	Numero CDCD con equipe composta almeno da medico specialista, infermiere, neuropsicologo
Numeratore	Numero di CDCD con equipe composta almeno da medico specialista, infermiere, neuropsicologo
Denominatore	Numero totale di CDCD
Fonte di dati	Rendicontazione periodica dei direttori delle UU.OO. dei professionisti coinvolti
Responsabile della rilevazione	Coordinatore rete clinica demenze CDCD
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	Almeno 7 su 14
Note	–

Indicatore #2	Numero CDCD con equipe multidisciplinari e multiprofessionali complete (geriatri, neurologi, infermieri, neuropsicologi, terapisti occupazionali e assistenti sociali)
Numeratore	Numero di CDCD con equipe multidisciplinari e multiprofessionali complete
Denominatore	Numero totale di CDCD
Fonte di dati	Rendicontazione periodica dei direttori delle UU.OO. dei professionisti coinvolti
Responsabile della rilevazione	Coordinatore rete clinica demenze CDCD
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	Almeno 2 su 14
Note	–

- Indicatori di processo**

Indicatore #3	Numero segnalazioni PUA
Numeratore	Numero di segnalazioni PUA del CDCD
Denominatore	Numero totale visite specialistiche CDCD (prime visite, controlli)
Fonte di dati	Sistema informativo aziendale (SIO, Atlante)
Responsabile della rilevazione	Coordinatore rete clinica demenze CDCD
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	20%
Note	–

Indicatore #4	Numero controlli MCI
Numeratore	Rivalutazione neuropsicologica in follow-up per persone con MCI
Denominatore	Totale valutazioni neuropsicologiche
Fonte di dati	Sistema informativo aziendale (SIT)
Responsabile della rilevazione	Coordinatore rete clinica demenze CDCD
Frequenza della rilevazione	Annuale
Target	20%
Note	–

	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con demenza e le loro famiglie	
		Rev. 02
		12/02/2026
		Pagina 33 di 40

• **Indicatori di esito:**

Indicatore #5	Numero di accessi al PS per persone inserite nel PPDTA Demenze
Numeratore	Numero di accessi al PS
Denominatore	Numero totale persone inserite nel PPDTA Demenze
Fonte di dati	Flussi informativi aziendali
Responsabile della rilevazione	Coordinatore rete clinica demenze CDCD, Servizio epidemiologia clinica e valutativa
Frequenza della rilevazione	Annuale (relativa all'anno precedente)
Target	< 30%
Note	–

13. AGGIORNAMENTO E DIFFUSIONE DEL PPDTA

Il documento sarà rivisto con cadenza triennale, o comunque in occasione dell'introduzione di nuove linee guida, evidenze scientifiche o farmaci innovativi per il trattamento delle demenze.

La diffusione del PPDTA avverrà:

- internamente: tramite incontri ed eventi formativi dedicati, note e documenti aziendali; pubblicazione sul notiziario settimanale FastNews di Asuit di un avviso informativo sulla disponibilità del percorso nell'apposita sezione del portale intranet
- esternamente: tramite pubblicazione sul sito istituzionale e con il coinvolgimento di MMG, servizi territoriali, associazioni di pazienti e familiari, a eventi formativi e divulgativi.

14. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ E DIAGRAMMI DI FLUSSO

14.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

	MMG	CD/D	OSPEDALE / UNIVERSITA'	CURE PRIMARIE / CASE DELLE COMUNITA'	SERVIZI SOCIALI / SPAZIO ARGENTO	CD / CDA	ESA	CURE PALLIATIVE	ASSOCIAZIONI
FASE LIEVE (MCI, Demenza) CDR: 0,5 - 1	Mantiene monitoraggio clinico, effettua counseling su fattori di rischio e stili di vita, collabora con il CD/D, richiede attività di telermedicina (teleconsulto, telerimborso) se necessarie.	Effettua controlli periodici multidimensionali in équipe, in ambulatorio o in telermedicina. Effettua controlli neuropsicologici in relazione al caso specifico. Prescrive, distribuisce, monitora la terapia farmacologica specifici. Indirizza a interventi riabilitativi e/o psico-educativi, effettua counseling su fattori di rischio e stili di vita, segnala al PUA in caso di necessità.	Collabora con CD/D per le persone che accedono a vario titolo nelle diverse UC. OO. Eroga specifici interventi riabilitativi. Effettua controlli neuropsicologici in relazione al caso specifico. Attiva modalità specifiche di accoglienza e gestione del paziente in PS e durante le degenze.	Effettua counseling su fattori di rischio e stili di vita, collabora con il CD/D nel monitoraggio gestioni e clinica e dei disturbi del comportamento del paziente, anche attraverso attività di telermedicina. Fornisce supporto nella gestione/monitoraggi o della terapia farmacologica, favorisce il raccordo con il MMG.	Effettuano valutazione dei bisogni sociali, anche a domicilio. Attivano UVM in caso di necessità, contribuiscono alla co-progettazione del PAL. Programmano e monitorano i servizi attivi. Orientano persona e caregiver per quanto riguarda diritti e servizi domiciliari/semiresiden- ziali.	Inseriscono la persona nelle attività psico-educative del centro, forniscono supporto al caregiver.	---	---	Offrono attività strutturate come <i>Meeting Center</i> , <i>Alzheimer Café</i> e <i>Patres della Memoria</i> . Promuovono l'empowerment e il coinvolgimento della persona con MCI/demenza e i caregiver. Effettuano counseling su fattori di rischio e stili di vita. Forniscono supporto al caregiver.
	Mantiene monitoraggio clinico della progressione della malattia e dei sintomi tra cui i BPSD, effettua counseling ai caregiver, collabora con il CD/D, richiede attività di telermedicina (teleconsulto, telerimborso) se necessarie.	Effettua controlli periodici multidimensionali in équipe, in ambulatorio o in telermedicina. Effettua controlli neuropsicologici in relazione al caso specifico. Prescrive, distribuisce, monitora la terapia farmacologica specifici. Indirizza a interventi riabilitativi e/o psico-educativi, effettua counseling ai caregiver, segnala al PUA in caso di necessità.	Collabora con CD/D per le persone che accedono a vario titolo nelle diverse UC. OO. Eroga specifici interventi riabilitativi. Effettua controlli neuropsicologici in relazione al caso specifico. Attiva modalità specifiche di accoglienza e gestione del paziente in PS e durante le degenze. Collabora a transizioni e dimissioni protette.	Offre supporto nella gestione dei disturbi del comportamento, effettua counseling ai caregiver, mantiene il raccordo tra UVM, MMG, CD/D, servizi sociali e gli altri nodi della rete.	Valutano i bisogni socio-assistenziali del nucleo familiare, attivano interventi maggioremente orientati alla permanenza al domicilio, favoriscono il coinvolgimento della rete sociale di riferimento. Organizzano incontri di rete di verifica e confronto costante con l'équipe CD/D, MMG, referenti servizi erogati nell'ambito del PAL. Informano la rete di riferimento circa gli aspetti giuridici di tutela della persona se compromessa la capacità di autodeterminazione.	Erogano programmi di riabilitazione personalizzati o attività mirate al mantenimento del funzionamento e la riduzione del BPSD, forniscono supporto al caregiver.	Offrono accoglienza temporanea o definitiva a persone non autosufficienti che necessitano di assistenza e trattamenti continuuati, impossibilitate a rimanere al proprio domicilio.	---	Offrono attività strutturate come <i>Meeting Center</i> , <i>Alzheimer Café</i> , ... Promuovono l'empowerment e il coinvolgimento della persona con MCI/demenza e i caregiver. Effettuano counseling su gestione al domicilio e su BPSD. Forniscono supporto al caregiver.

FASE GRAVE CDR: 3	Mantiene monitoraggio clinico della progressione della malattia e dei sintomi tra cui i EPSD, effettua counseling ai caregiver, collabora con il CDCD, richiede attività di telemedicina (teleconsulto, telenorveglianza) se necessario.	Effettua controlli periodici multidimensionali in équipe, in ambulatorio o in telemedicina. Effettua controlli neuropsicologici in relazione al caso specifico. Prescrive, distribuisce, monitora la terapia farmacologica specifica. Indirizza a interventi psico-educativi, effettua counseling ai caregiver, segnala al PUA in caso di necessità.	Collabora con CDCD per le persone che accettano a vario titolo nelle diverse UU. OO. Attiva modalità specifiche di accoglienza e gestione del paziente in PS e durante le degenze. Collabora a transizioni e dimissioni protette.	Offre supporto nella gestione dei disturbi del comportamento, effettua counseling caregiver, mantiene il raccordo tra UVM, MMG, CDCD, servizi sociali e gli altri nodi della rete.	Valutano i bisogni socio-assistenziali del nucleo familiare, attivano interventi maggiormente creati alla permanenza al domicilio, favoriscono il coinvolgimento della rete sociale di riferimento. Organizzano incontri di rete di verifica e confronto costante con l'équipe CDCD, MMG, referenti servizi erogati nell'ambito del PAL. In caso di necessità guidano il nucleo familiare verso forme di residenzialità temporanea o definitiva.	---	Offrono accoglienza temporanea o definitiva a persone non autosufficienti che necessitano di assistenza e trattamenti continuativi, impossibilitate a rimanere al proprio domicilio.	---	Offrono attività strutturate come <i>Meeting Center</i>, <i>Alzheimer Café</i>, ... Promuovono l'empowerment e il coinvolgimento della persona con MCI/demenza e i caregiver. Effettano counseling su gestione al domicilio e su EPSD. Forniscono supporto al caregiver.
FASE SEVERA / TERMINALE CDR: 4-5	Mantiene monitoraggio clinico della progressione della malattia e dei sintomi tra cui i EPSD, effettua counseling ai caregiver, collabora con il CDCD, richiede attività di telemedicina (teleconsulto, telenorveglianza) se necessario.	Effettua controlli periodici multidimensionali in équipe, in ambulatorio o in telemedicina. Effettua controlli neuropsicologici in relazione al caso specifico. Prescrive, distribuisce, monitora la terapia farmacologica specifica. Effettua counseling ai caregiver, segnala al PUA e attiva le Cure Palliative in caso di necessità.	Collabora con CDCD per le persone che accettano a vario titolo nelle diverse UU. OO. Attiva modalità specifiche di accoglienza e gestione del paziente in PS e durante le degenze. Collabora a transizioni e dimissioni protette.	Offre supporto nella gestione dei disturbi del comportamento, effettua counseling caregiver, mantiene il raccordo tra UVM, MMG, CDCD, servizi sociali, le cure palliative e gli altri nodi della rete.	Valutano i bisogni socio-assistenziali del nucleo familiare, attivano interventi maggiormente creati alla permanenza al domicilio, favoriscono il coinvolgimento della rete sociale di riferimento. In caso di necessità guidano il nucleo familiare verso forme di residenzialità temporanea o definitiva, in RSA o hospice.	---	Supportano la persona con demenza e la famiglia nella gestione della fase terminale di malattia.	Supportano la persona con demenza e la famiglia nella gestione della fase terminale di malattia attraverso interventi specifici al domicilio o tramite hospice.	Forniscono sostegno alla famiglia nella gestione della fase terminale di malattia.

The flowchart details the process from initial patient symptoms through various tests, consultations, and follow-up visits, leading to either a diagnosis of MCI/Dementia and subsequent management or referral to specialized services.

```

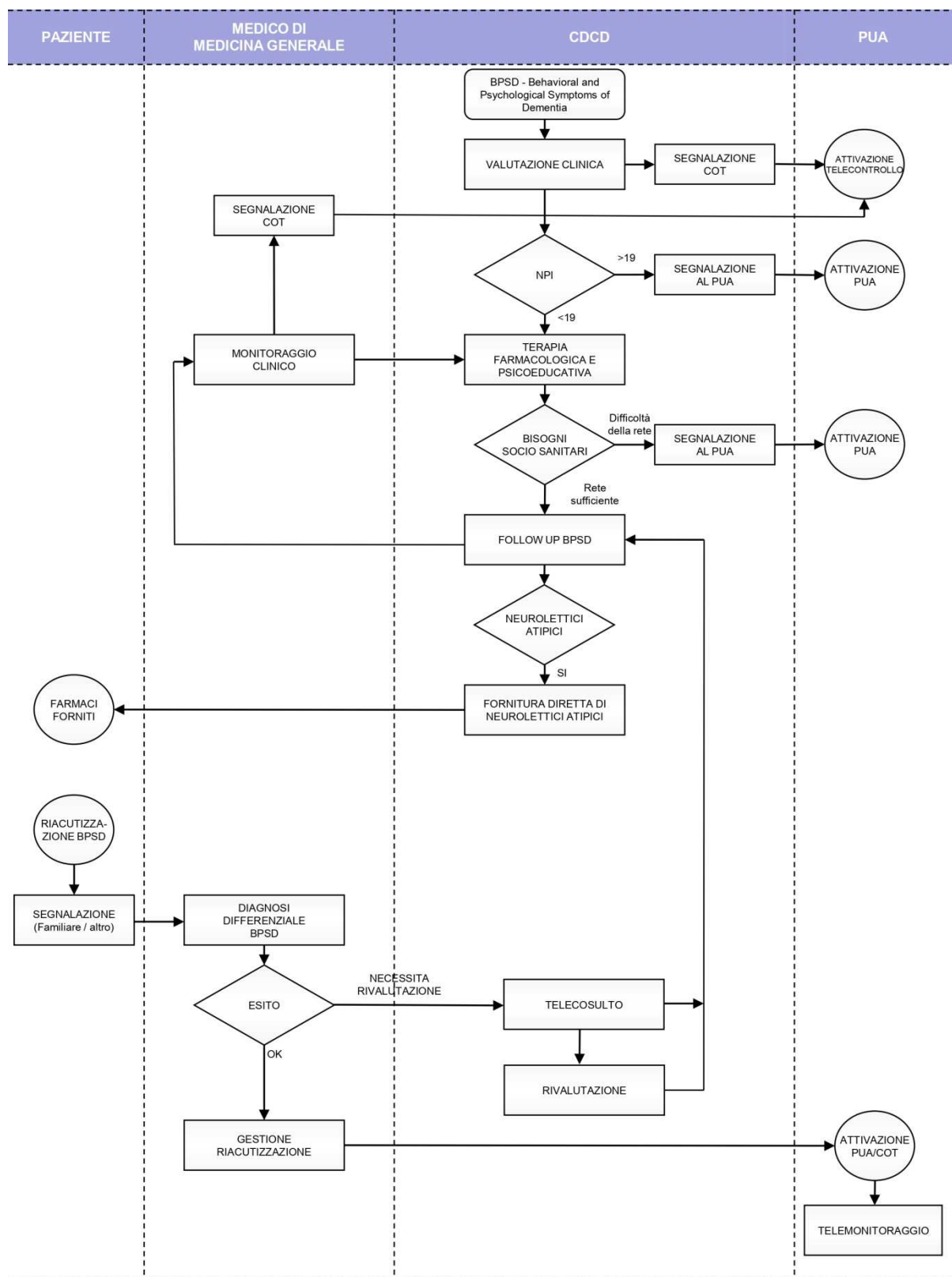
graph TD
    subgraph PAZIENTE
        P1((PAZIENTE SINTOMATICO))
        P2((ESAMI PRESCRITTI))
        P3((EFFETTUAZIONE ESAMI))
        P4((VISITA PRESCRITTA))
        P5((PRENOTAZIONE A CUP DELLA VISITA))
        P6((VISITA PRENOTATA))
        P7((ESAMI PRESCRITTI))
        P8((EFFETTUAZIONE ESAMI))
        P9((ESAMI PRESCRITTI E DATA CONTROLLO))
        P10((EFFETTUAZIONE ESAMI DI CONTROLLO))
        P11((REFERTI ESAMI))
    end

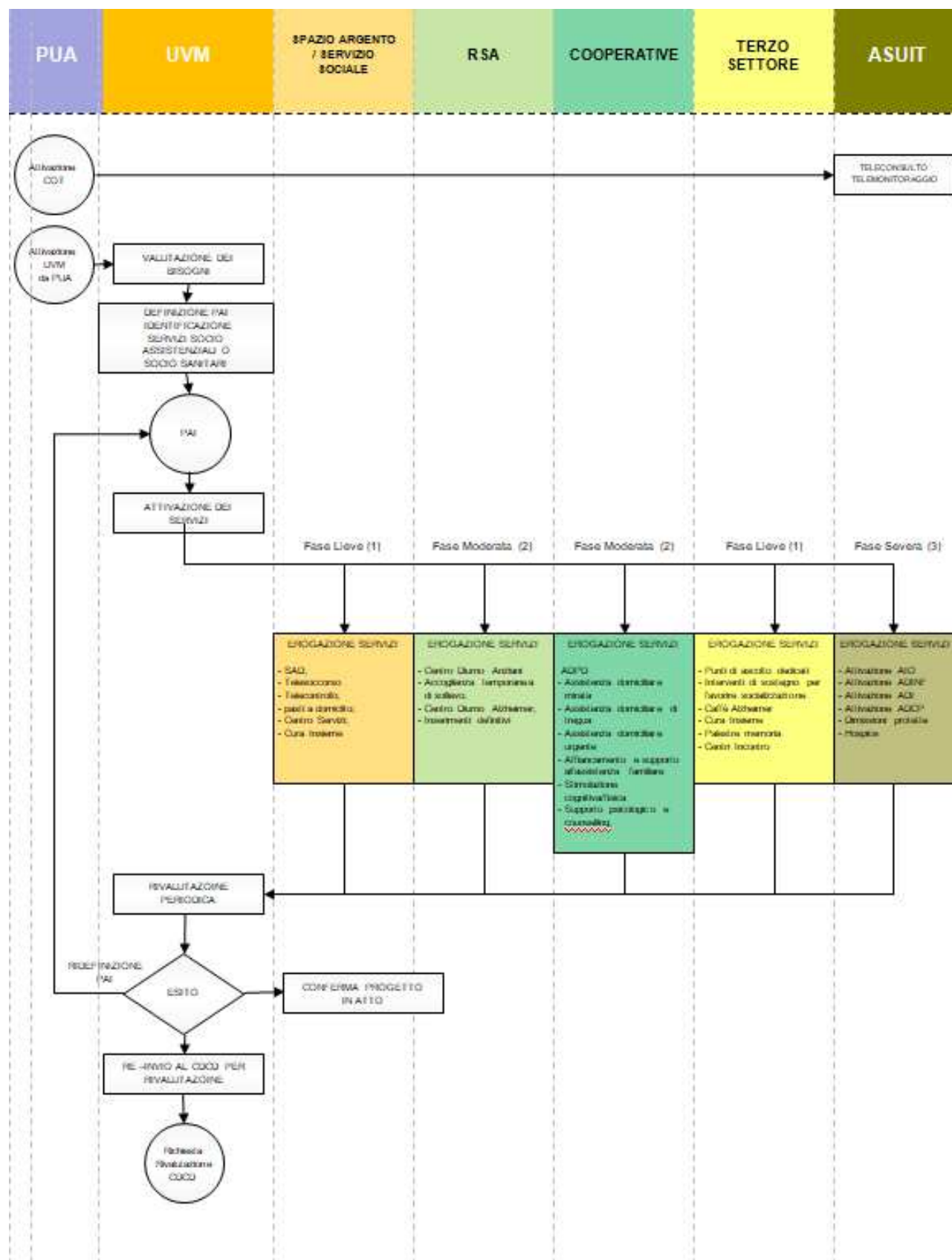
    subgraph MEDICO DI MEDICINA GENERALE
        M1[VISITA GENERALE PER SOSPETTO DEFICIT COGNITIVO]
        M2{VALUTAZIONE CLINICA E ESITO TEST}
        M3[PRESCRIZIONE ESAMI EMATOCHIMICI NEUROIMAGING]
        M4{VALUTAZIONE REFERTI}
        M5[PRESCRIZIONE VISITA CDCD]
        M6[SEGNALAZIONE COT]
        M7[ATTIVAZIONE TELEMONITORAGGIO TELECONSULTO]
        M8[VISITA DI FOLLOW UP]
        M9{BISOGNI SANITARI}
        M10[SEGNALAZIONE AL PUA]
        M11[SEGNALAZIONE COT]
    end

    subgraph CDCD
        C1[RICHIESTA TELECONSULTO CDCD]
        C2[TELECONSULTO]
        C3[PRIMA VISITA]
        C4{NECESSITÀ DI APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO}
        C5["1. PRESCRIZIONE ESAMI DIAGNOSTICI  
2. PRESCRIZIONE E PRENOTAZIONE RIVALUTAZIONE AL CDCD"]
        C6[RIVALUTAZIONE]
        C7{DEMENTIA?}
        C8["1. COMUNICAZIONE DIAGNOSI  
2. IMPOSTAZIONE TRATTAMENTO FARMACOLOGICO - PSICOEDUCATIVO  
3. PRESCRIZIONE ESAMI DI CONTROLLO  
4. PRESCRIZIONE E PRENOTAZIONE FOLLOW-UP  
5. INFORMAZIONE E ORIENTAMENTO"]
        C9{DISTURBI DEL COMPORTAMENTO}
        C10{BISOGNI SOCIO-SANITARI}
        C11[COMUNICAZIONE AL MMG]
        C12[SEGNALAZIONE ASSISTENTE SOCIALE APSS]
        C13[ATTIVAZIONE PUA]
    end

    P1 --> M1
    M1 --> M2
    M2 -- DUBBIO --> C1
    C1 --> C2
    C2 --> C3
    M2 -- POSITIVO --> M3
    M2 -- NEGATIVO --> M2_1[DISTURBO MNESICO SOGGETTIVO  
VALUTAZIONE CLINICA E TEST DA PARTE DEL MMG A DISTANZA DI UN ANNO]
    M3 --> M4
    M4 -- NEGATIVO --> M2_2[PRESENZA DI CONDIZIONI CLINICHE REVERSIBILI  
GESTIONE CLINICA DEI PROBLEMI SPECIFICI DA PARTE DEL MMG]
    M4 -- POSITIVO --> M5
    M5 --> P2
    P2 --> P3
    P3 --> M4
    M4 --> P4
    P4 --> P5
    P5 --> P6
    P6 --> M6
    M6 --> M7
    M7 --> C3
    P7 --> P8
    P8 --> M4
    M4 --> C3
    C3 --> C4
    C4 -- NO --> C3
    C4 -- SI --> C5
    C5 --> C6
    C6 --> C7
    C7 -- NO --> C3
    C7 -- SI --> C8
    C8 --> C9
    C9 -- SI --> C9_1[BPSD - Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia]
    C9 -- NO --> C10
    C10 -- SI (previo consenso) --> C13
    C10 -- SI (EMERGENZA SOCIALE) --> C12
    C10 -- SI (SUFFICIENTE COPERTURA DEI BISOGNI DA PARTE DELLA RETE) --> C11
    C11 --> M8
    C12 --> M8
    C13 --> M8
    C8 --> M8
    M8 --> M9
    M9 -- SI --> M11
    M11 --> M7
    M9 -- NO --> M10
    M10 --> C13
    M10 --> C12
    M10 --> C11
    M10 --> M8

```





15.BIBLIOGRAFIA

Alcove – Alzheimer Cooperative Valuation in Europe. (2013). *Synthesis report*.
<http://www.alcove-project.eu>

Alzheimer's Disease International. (2016). *World Alzheimer Report 2016: The global impact of dementia*. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2016.pdf>

European Commission, Joint Action – Act on Dementia. (s.d.). *Act on Dementia: Recommendations and results of the 2nd Joint Action on dementia*.
<https://www.actondementia.eu/>

Istituto Superiore di Sanità. (2023). *Diagnosi e trattamento di demenza e mild cognitive impairment: Linea guida del Sistema nazionale linee guida (SNLG ISS)*. Ministero della Salute.

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

Ministero della Salute. (2023). *Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico – terapeutici – assistenziali per le demenze*.
<https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/linee-di-indirizzo-nazionali-sui-percorsi-diagnostico-terapeutici-assistenziali-le/>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018, June 20). *Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NG97)*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>

Piano nazionale demenze. (2014). *Strategie per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze*. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Conferenza Unificata.

World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>

16. APPENDICI

APPENDICE 1:

IL SISTEMA DELL'OFFERTA

Tabella 4: Mappatura degli ambulatori

DISTRETTO	STRUTTURA DI APPARTENENZA	SEDE	INDIRIZZO	GIORNI APERTURA	ORARIO
nord	U.O. Geriatria Trento	Viale <u>verona</u> CSS Trento	<u>viale verona</u>	da Lunedì a <u>Venerdì</u>	08:00-13:00; 14:00-17:00
nord	U.O. Neurologia Trento	H di Trento	via Malta n. 6	<u>Martedì</u>	10:00-13:30; 14:00-16:00
				<u>Venerdì</u>	10:30-13:30; 14:00-15:00
sud	U.O. Neurologia Rovereto	H di Rovereto	Corso Verona, 4	<u>Lunedì</u>	08:30-13:30; 14:00-17:00
sud	U.O. Medicina <u>Tione</u>	H di <u>Tione</u>	via Ospedale, 11	<u>Mercoledì</u>	08:00-13:00; 14:00-16:30
nord	U.O. Geriatria Trento	H di Trento	via Medaglie D'oro n.9	da Lunedì a <u>Venerdì</u>	13:30-14:00; 14:00-17:00
sud	U.O. Geriatria Rovereto	H di Rovereto	Corso Verona, 4	<u>Lunedì</u>	09:00-13:00; 14:00-16:00
est	CSM U.O. Psichiatria Borgo Valsugana	CSM di Borgo Valsugana	Corso Vicenza 9	Martedì e Mercoledì	09:00-12:30
nord	U.O. Geriatria Trento	H di <u>Cles</u>	<u>via A. Degasperì, 41</u>	Lunedì e Giovedì	08:00-12:00; 13:00-16:00
				<u>Martedì</u>	08:00-12:00
				Mercoledì alterni	08:00-12:00; 13:00-16:00

Distaccamenti

				GIORNI APERTURA	ORARIO
est	U.O. Geriatria Trento	Poliambulatorio di <u>Pergine</u>	via San Pietro, 2	<u>Giovedì</u>	08:30-13:00; 14:00-16:00
sud	U.O. Geriatria Rovereto	Poliambulatori Riva del Garda	via Rosmini, 5/b	<u>Mercoledì</u>	09:00-13:00; 14:00-16:00
sud	U.O. Geriatria Rovereto	Presidio Ospedaliero di Ala	piazza S. Giovanni XXIII, 13	<u>Martedì</u>	09:00-13:00; 14:00-16:00
est	U.O. Geriatria Trento	Poliambulatorio Predazzo		<u>Giovedì alterni</u>	09:00-12:00
nord	U.O. Geriatria Trento	H <u>Mezzolombardo</u>	via degli alpini, 1	Mercoledì alterni	08:00-13:00; 14:00-16:00
				<u>Venerdì</u>	08:00-13:00; 14:00-16:00
sud	U.O. Neurologia Rovereto	Poliambulatorio Riva Del Garda	<u>viale Rosmini, 5/b</u>	<u>Venerdì</u>	08:00-13:00