



INTRODUZIONE

XII Convegno

IL CONTRIBUTO DEI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI
E LE DEMENZE NELLA GESTIONE INTEGRATA
DEI PAZIENTI

15 – 16 novembre 2018

Nicola Vanacore

**Centro Nazionale di Epidemiologia,
Sorveglianza e Promozione della Salute**

Istituto Superiore di Sanità

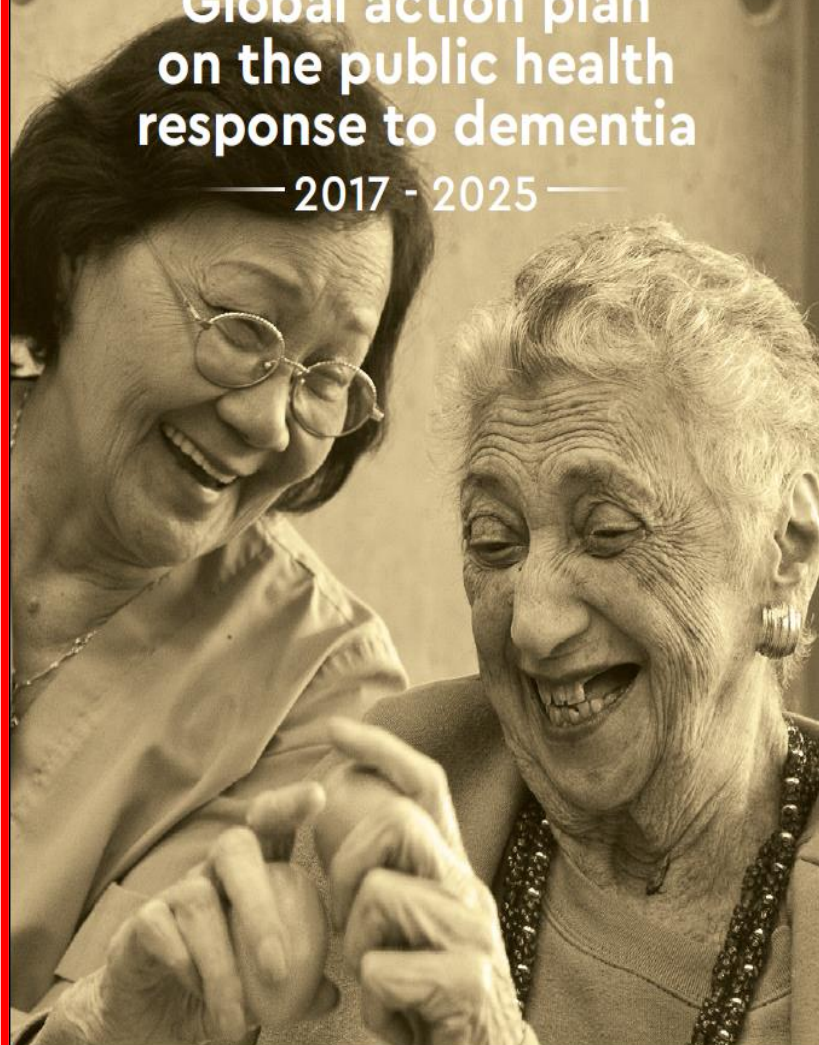
Sede del Convegno

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



Global action plan on the public health response to dementia

— 2017 - 2025 —



Overview of the global situation	2
Vision, goals and cross-cutting principles	4
Actions and targets for Member States, the Secretariat and international, regional and national partners	6
Action areas	8
Action area 1: Dementia as a public health priority	10
Action area 2: Dementia awareness and friendliness	14
Action area 3: Dementia risk reduction	18
Action area 4: Dementia diagnosis, treatment, care and support	22
Action area 5: Support for dementia carers	26
Action area 6: Information systems for dementia	30
Action area 7: Dementia research and innovation	32
Appendices	36
Decision on the global action plan on the public health response to dementia	36
Indicators for measuring progress towards the defined targets of the global action plan on the public health response to dementia and means of verification	37
Links to other global action plans, strategies and programmes	43
List of other documents that are linked to the global action plan on the public health response to dementia	43

Action areas

15. The global action plan comprises seven action areas, which form the underlying structural framework:

Dementia as a public health priority



Dementia awareness and friendliness



Dementia risk reduction



Dementia diagnosis, treatment, care and support



Support for dementia carers



Information systems for dementia



Dementia research and innovation





EU Joint Action DEM2

This Joint Action (Grant Agreement No 678481) has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020)

About Act on Dementia (EU Joint Action DEM2)

A Joint Action to promote the implementation of coordinated actions to improve the lives of those living with dementia and their carers

Full website to follow soon.

<p>Diagnosis and post diagnostic support</p> <p>These services can improve quality of life. Better care planning facilitated by post-diagnostic support can also reduce health and social care expenditure on preventable hospital visits and residential care admissions.</p>	<p>Crisis and Care Coordination</p> <p>Good care coordination and management are essential to ensure the continuing quality of life for people with dementia and their carers, and to avoid unnecessary stressful interventions and confusion in a crisis.</p>	<p>Residential Care</p> <p>A large proportion of nursing and care home residents have dementia. It is therefore important to ensure high quality professional care is provided in these settings. This includes palliative and end of life care, delivered with dignity and compassion.</p>	<p>Dementia Friendly Communities</p> <p>Communities that are "dementia friendly" can help support people to live more independent and fulfilling lives. Evidence has shown that appropriate support reduces the number of people with dementia being admitted to hospital and delays their entry into care homes.</p>
<p>University of Lyon (France)</p>	<p>National Institute for Health (Italy) and Ministry of Health, Welfare and Sport (Netherlands)</p>	<p>Norwegian National Advisory Unit on Ageing and Norwegian Directorate of Health</p>	<p>Department of Health (UK)</p>
	<p>Coordination and Dissemination</p> <p>Resources will be deployed in accordance with the grant conditions and the key deliverable secured. Objectives, activities, results and deliverables will then be shared with identified stakeholders and wider audience on European, national and regional level.</p>	<p>Evaluation</p> <p>Evaluating the impact of the Joint Action using appropriate qualitative and quantitative measures will ensure that individual work package deliverables meet an acceptable quality threshold.</p>	
	<p>Scottish Government</p>	<p>Agency for Health Quality and Assessment of Catalonia</p>	

In Modena could be tested the best practice models identified in the JA. AUSL Modena has developed a network of assistance and care of services dedicated to dementia (WP4 and WP5)

Text of the agreement between AUSL Modena and ISS

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2017

DATI GENERALI DEL PROGETTO

TITOLO:

La sfida della demenza in un sistema sanitario pubblico

ENTE PARTNER:

Istituto Superiore di Sanità, CNaPPS

NUMERO ID DA PROGRAMMA:

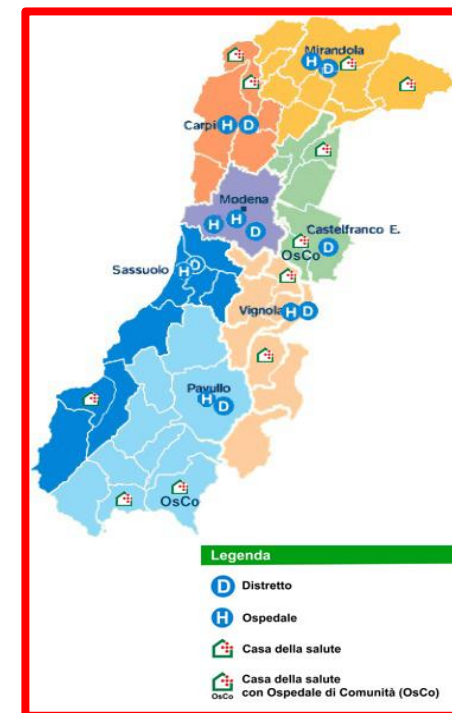
Azioni Centrali

REGIONI COINVOLTE:

Tutte le Regioni e le PA partecipanti all'elaborazione e implementazione del Piano Nazionale delle Demenze

DURATA PROGETTO:

12 mesi



The territory on which the AUSL of Modena shall carry out its institutional activities coincides with that of the province of Modena: an area of 2690 km², divided into 47 municipalities. The provincial population has reached 702,949 units (at 31 December 2016).

Uso de GPcog e gestione dei BPSD nella medicina generale dell'AUSL di Modena

I PIANI NAZIONALI DEMENZA

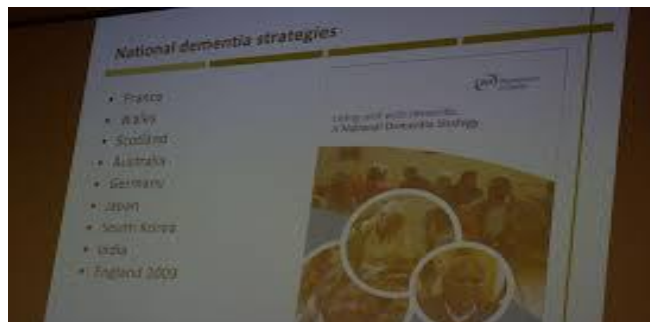
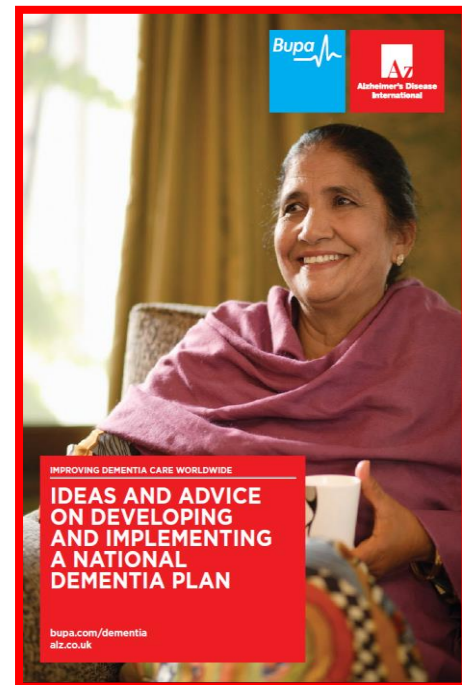
**PRESIDENZA
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI**
CONFERENZA UNIFICATA

PROVVEDIMENTO 30 ottobre 2014.

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

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 30 ottobre 2014:





★★★★
"UN FILM CHE ILLUMINA
IL GENIO DI BUONARROTI"
MyMovies

Michelangelo
INFINITO

EVENTO SPECIALE
IL 19 E 20 NOVEMBRE AL CINEMA

Alcol e giovanissimi: negli ospedali un caso su 5 di intossicazione acuta da ...

Metformina, nessun rischio se usata per diabete gestazionale nei ...

Tac spirale per i forti fumatori: ecco i centri per lo screening dettagliato ...

Celiachia e colon irritabile: non basta togliere il glutine, occorrono ...

Come fare a dormire meglio? Un pigiama di lana può darvi una mano.ma ...

Appello al ministero dalla Federazione Alzheimer Italia: si finanzi il piano nazionale demenze



VIDEO CONSIGLIATI

Auto Elettriche: i Migliori Modelli in Italia!

Anygator.it

Al 14 novembre hanno firmato 116.000 persone

Monitoraggio dello stato di recepimento del PND a livello regionale *(aggiornamento Novembre 2017)*

Regione	Documento di riferimento per il recepimento del PND	Principali indicazioni nei documenti di recepimento		
		Ri-denominazione CDCD	Segnala ti nodi assistenza e rete Servizi	Progettuali tà riprogrammazione Servizi
Lazio	DCA n. 448 del 22/12/2014	si	si	Si
Marche	DGR n. 107 del 23/2/2015	si	si	Si
Toscana	DGR 147 del 23/02/2015	si	si	si
Liguria	DGR n.267 del 13/3/2015; DGR n.55 del 26/01/2017	si	si	si
Veneto	Delibera 653/2015 del 15/05/2015	si	si	si
P.A. Trento	Delibera n.719 del 6/05/2015	si	si	Si
Campania	Decreto commissariale n.52 del 29/05/2015	si	si	Si
Emilia Romagna	DGR n.990 del 27/06/2016	si	si	Si
Puglia	DGR n.1034 del 14/07/2016 (BUR Puglia n.88 del 29/7/16)	no	no	no
Umbria	DGR n.1019 del 12/09/2016	no	no	no
Piemonte	DGR n. 37-4207 del 14/11/2016	si	si	si

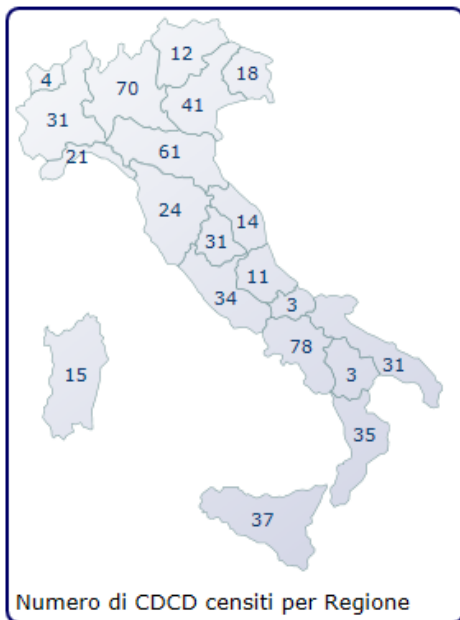


* Solo la P.A. Trento è consultabile sul sito dell'Osservatorio salute (www.salute.gov)

Note: tutta la documentazione è stata inserita formalmente sul sito dell'Osservatorio Demenze (www.iss.it/demenze) in una sezione dedicata alla normativa regionale

La mappa *on line* dei Servizi per Demenze **in Italia**

593 CDCD*



553 Centri diurni **



1304 Strutture residenziali***





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sui documenti "Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze" e "Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze".

Repertorio atti n. *130/cv* del 26 ottobre 2017

LA CONFERENZA UNIFICATA

Linee di indirizzo Nazionali sui
Percorsi Diagnostico
Terapeutici Assistenziali per le
demenze

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



Scheda Raccolta dati

CCM 2017

Sviluppo e validazione di un sistema di monitoraggio epidemiologico delle demenze basato sui dati dei sistemi informativi sanitari

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2017

TITOLO DEL PROGETTO

Sviluppo e validazione di un sistema di monitoraggio epidemiologico delle demenze basato sui dati dei sistemi informativi sanitari

DATI GENERALI DEL PROGETTO

ENTE PARTNER: Regione Campania

NUMERO ID DA PROGRAMMA: 5

REGIONI COINVOLTE:

numero: 4

elenco:

- 1) Regione Campania, Direzione salute-UOD Interventi sociosanitari
- 2) Regione Lazio, Dipartimento di Epidemiologia del SSR (DEP)
- 3) Regione Toscana, Agenzia Regionale di Sanità (ARS)
- 4) Regione Piemonte, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO 3
- 5) Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Unità Operative

1. Regione Campania (coordinamento del progetto)
2. Lazio DEP
- 3 - Toscana ARS
- 4 -Piemonte ASL TO3
- 5 - ISS

DURATA PROGETTO: 24 mesi

COSTO: 450.000,00

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

nominativo: Dr.ssa Marina Rinaldi

struttura di appartenenza: Regione Campania

CORSO

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI PER LE DEMENZE

14-18 GENNAIO 2019

organizzato da

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ - Centro Nazionale per la
Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute
(CNaPPS), Reparto Promozione e Valutazione delle
politiche di prevenzione delle malattie croniche

ID: 004C19

Rilevanza per il SSN: Il corso si colloca nell'area della elaborazione, implementazione e valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) adottati nell'ottica della gestione integrata delle demenze così come definiti dopo l'elaborazione del Piano Nazionale Demenze. Il livello di assistenza offerto dai singoli servizi del SSN sarà analizzato e scomposto per poter essere riletto e riorganizzato nell'ambito di un percorso che coinvolge molteplici servizi e figure professionali in un lungo periodo di tempo.

Obiettivi: Al termine del corso, i partecipanti saranno in grado di: 1) Identificare gli aspetti metodologici e clinico-organizzativi per l'elaborazione dei PDTA; 2) declinare a livello locale le fasi per la costruzione dei PDTA; 3) Identificare gli strumenti di monitoraggio e verifica dell'implementazione dei PDTA.

Metodo didattico: Prevalentemente didattica attiva con utilizzo di lavoro in piccoli gruppi (max 6-8 persone per gruppo), che cala l'individuo nei diversi contesti (esercitazioni pratiche basate su scenari clinico assistenziali organizzativi ed esperienze del territorio nazionale) e ne stimola il confronto con esperienze vissute per la progettazione di nuove idee risolutive. A ciascun partecipante verrà distribuito del materiale di lettura, selezionato sulla base della rilevanza rispetto agli obiettivi specifici di ciascuna unità didattica e delle diapositive di sintesi come guida alla lettura. Esercitazioni pratiche.

Lunedì 14 GENNAIO 2019

- 8.30 Registrazione dei partecipanti
- 9.00 Indirizzo di benvenuto
N. Vanacore
- 9.10 *Linee di indirizzo nazionali sui PDTA per le demenze*
T. Di Fiandra (sostituto: **N. Vanacore**)
- 10.10 Intervallo
- 10.30 *I PDTA nella gestione integrata delle demenze*
N. Vanacore (sostituto: **E. Lacorte**)
- 11.30 Esercitazione: Parole chiave per i PDTA
N. Vanacore (sostituto: **I. Bacigalupo**)
- 13.00 Intervallo
- 14.00 Esercitazione: Le fasi per la costruzione del PDTA
N. Vanacore (sostituto: **I. Bacigalupo**)
- 15.30 *Le fasi cliniche della demenza*
M. Canevelli (sostituto: **N. Vanacore**)
- 16.30 *I PDTA nei PND: esperienze internazionali*
N. Vanacore (sostituto: **G. Gervasi**)
- 17.30 Chiusura della giornata

Martedì 15 GENNAIO 2019

- 9.00 Presentazione della giornata
- 9.10 *Linee di indirizzo nazionali sui Sistemi Informativi per le demenze*
T. Di Fiandra (sostituto: **N. Vanacore**)
- 10.10 Intervallo
- 10.30 *Elementi di valutazione nei sistemi sanitari*
N. Vanacore (sostituto: **G. Gervasi**)
- 11.30 Esercitazione: Elementi di una checklist per i PDTA
N. Vanacore (sostituto: **E. Lacorte**)
- 13.30 Intervallo
- 14.30 *Normativa, Linee guida e documenti EBM nei PDTA*
N. Vanacore (sostituto: **E. Lacorte**)
- 15.30 *Dalle Linee guida al percorso di riferimento*
E. Lacorte (sostituto: **N. Vanacore**)
- 16.30 Esercitazione: Elementi di una checklist per i PDTA
N. Vanacore (sostituto: **E. Lacorte**)
- 17.30 Chiusura della giornata

Mercoledì 16 GENNAIO 2019

- 9.00 Presentazione della giornata
- 9.10 *Confronto tra PDTA in uso nelle demenze*
N. Vanacore (sostituto: **G. Gervasi**)
- 10.10 Intervallo

- 10.30 *Indicatori nei PDTA per le demenze*
N. Vanacore (sostituto: **I. Bacigalupo**)
- 11.30 Esercitazione: Indicatori nei PDTA per le demenze
N. Vanacore (sostituto: **E. Lacorte**)
- 13.30 Intervallo
- 14.30 Esercitazione: Indicatori nei PDTA locali
N. Vanacore (sostituto: **I. Bacigalupo**)
- 15.30 *Recepimento e implementazione del PND a livello regionale*
N. Vanacore (sostituto: **E. Lacorte**)
- 16.30 *Validazione dei flussi informativi correnti*
I. Bacigalupo (sostituto: **N. Vanacore**)
- 17.30 Chiusura dell' giornata

Giovedì 17 GENNAIO 2019

- 9.00 Presentazione della giornata
- 9.10 *Elementi per l'elaborazione e implementazione del PDTA locale*
N. Vanacore (sostituto: **E. Lacorte**)
- 10.10 Intervallo
- 10.30 *Strumenti per la rappresentazione del percorso*
N. Vanacore (sostituto: **I. Bacigalupo**)
- 11.30 Esercitazione: Rappresentare un percorso
N. Vanacore (sostituto: **G. Gervasi**)
- 13.30 Intervallo
- 14.30 *Analisi del contesto locale e delle criticità*
G. Gervasi (sostituto: **N. Vanacore**)
- 15.30 Esercitazione: Criticità e aree di miglioramento
N. Vanacore (sostituto: **L. Penna**)
- 16.30 *Dall'osservazione sul campo alla comunità di pratica: strumenti operativi*
L. Penna (sostituto: **N. Vanacore**)
- 17.30 Chiusura della giornata

Venerdì 18 GENNAIO 2019

- 9.00 Presentazione della giornata
- 9.10 *Il PDTA locale e la sperimentazione del percorso pilota*
N. Vanacore (sostituto: **E. Lacorte**)
- 10.10 Intervallo
- 10.30 *Implementazione e aggiornamento del PDTA*
N. Vanacore (sostituto: **I. Bacigalupo**)
- 11.30 Esercitazione: Il PDTA locale
N. Vanacore (sostituto: **G. Gervasi**)
- 12.30 Test di valutazione dell'apprendimento
- 13.30 Chiusura del corso

Nuovo sito dell'Osservatorio Demenze



The screenshot displays the website for the Osservatorio demenze dell'Istituto Superiore di Sanità. The header features the logo of the Istituto Superiore di Sanità and the site title. A navigation menu includes links for Home, Demenze, Mappa online, Piano Nazionale Demenze, Normative, Ricerca scientifica, and Contesto europeo ed internazionale. A language selector is set to Italian, and a search bar is present. The main content area is divided into six sections, each with a title, an image, and a 'Continua a leggere' link:

- News**: Image of a newspaper with the word 'NEWS' on it.
- Mappa online dei servizi**: Image of a map of Italy with service locations marked.
- Prevenzione**: Image of three people riding bicycles outdoors.
- Gestione Integrata Demenza**: Image of a complex network diagram with various icons.
- Piano Nazionale Demenze**: Image of the cover of the Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- Ricerca scientifica**: Image of laboratory glassware and a pipette.

<https://demenze.iss.it>

Piano Nazionale Demenze

**PRESIDENZA
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI**
CONFERENZA UNIFICATA

PROVVEDIMENTO 30 ottobre 2014.

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

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 30 ottobre 2014:

OBIETTIVO 1

Interventi e misure di Politica sanitaria e socio-sanitaria

Azioni:

I.1. Promozione di strategie per la prevenzione primaria e secondaria;



Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data

Sam Norton, Fiona E Matthews, Deborah E Barnes, Kristine Yaffe, Carol Brayne

Summary

Lancet Neurol 2014; 13: 788-94

Background Recent estimates suggesting that over half of Alzheimer's disease burden worldwide might be attributed

	Prevalence*	PAR (95% CI)	Number of attributable cases in 2010 (95% CI)†
Europe			
Diabetes mellitus	6.9%	3.1% (1.4-5.0)	222 (98-364)
Midlife hypertension	12.0%	6.8% (1.9-13.0)	492 (136-934)
Midlife obesity	7.2%	4.1% (2.4-6.2)	299 (172-448)
Physical inactivity	31.0%	20.3% (5.6-35.6)	1461 (401-2564)
Depression	18.5%	10.7% (7.2-14.5)	774 (520-1049)
Smoking	26.6%	13.6% (3.8-24.2)	978 (277-1745)
Low educational attainment	26.6%	13.6% (8.5-18.6)	978 (614-1342)
Combined‡	..	54.0% (27.2-73.7)	3891 (1959-5311)
Adjusted combined§	..	31.4% (15.3-46.0)	3033 (1472-4332)

PAR= population-attributable risk. *Sources detailed in the appendix. †In thousands. ‡Assuming independence of the risk factors. §Adjusting for non-independence of the risk factors.

Table 2: Estimates for population-attributable risk and the number of attributable cases in 2010

A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II



Fiona E Matthews, Antony Arthur, Linda E Barnes, John Bond, Carol Jagger, Louise Robinson, Carol Brayne, on behalf of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Collaboration



SI PUO' MODIFICARE LA FREQUENZA DELLA DEMENZA ?

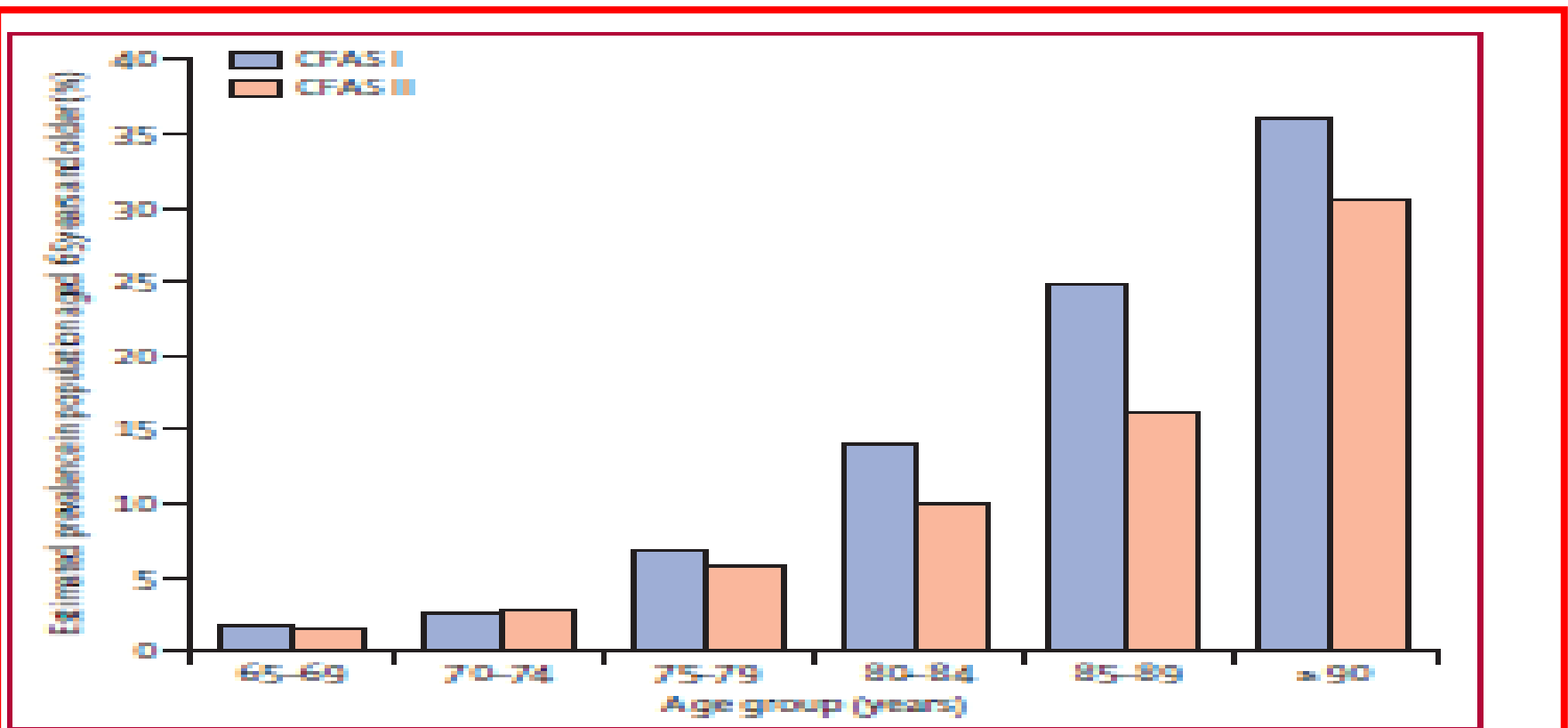


Figure 1: CFAS I and CFAS II age-specific dementia prevalence
CFAS=Cognitive Function and Ageing Study.

Good news on dementia prevalence—we can make a difference



The findings of the Cognitive Functioning and Ageing Study (CFAS) I and II are unequivocally good news. New data, reported in *The Lancet*,¹ suggest that the prevalence of dementia in the UK in 2011 was significantly lower than would have been expected based on the estimated prevalence in 1991. For CFAS I, data were taken from three geographical areas—Cambridgeshire, Newcastle, and Nottingham—to generate an estimate of the prevalence of dementia in the UK in 1991. This was based on a randomly selected sample of 7635 people aged 65 years and older interviewed in these areas, with 1457 being diagnostically assessed for dementia. An algorithmic diagnostic approach was used so that the resulting estimate, which was standardised to the 1991 population structure, could be compared with future results. For CFAS II, investigators used an identical diagnostic method to estimate the prevalence of dementia in the UK in 2011. On the basis of the age

It is plausible that changes in health behaviour and provision, including smoking cessation and improved management of cardiovascular risk factors such as hypertension, have prevented or delayed the onset of dementia at a population level. The next questions must be: how much further can we go in pursuit of this preventive agenda? How many more cases can be prevented? What do we need to do to have the greatest effect? These questions need empirical investigation followed by purposeful strategy formulation and implementation.

A powerful message from these data¹ is that what we as individuals and services do matters in terms of dementia. The CFAS data point to substantial added value from existing healthy lifestyle messages. They suggest that lifestyle changes—eg, in diet, exercise, and smoking—might reduce the risk of dementia and promote more general health and wellbeing. This



Annex: Kathryn/Lary/Holmes/Ben/Inaghi/Corbis

Published Online
July 16, 2013
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61579-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61579-2)
See Online/Articles
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61570-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61570-6)
Copyright © Banerjee.
Open Access article
distributed under the terms
of CC BY

ORIGINAL ARTICLE

Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study

Claudia L. Satizabal, Ph.D., Alexa S. Beiser, Ph.D., Vincent Chouraki, M.D., Ph.D., Geneviève Chêne, M.D., Ph.D., Carole Dufouil, Ph.D., and Sudha Seshadri, M.D.

Table 2. Temporal Trends in the Incidence of Dementia.*

Subtype	No. of Cases	Total No. of Observation Periods	5-Yr Cumulative Hazard Rate (95% CI) [†]				5-Yr Hazard Ratio (95% CI) [‡]				P Value for Trend
			Epoch 1	Epoch 2	Epoch 3	Epoch 4	Epoch 2	Epoch 3	Epoch 4	Trend [§]	
Overall dementia	371	9015	3.6 (2.9–4.4)	2.8 (2.2–3.5)	2.2 (1.8–2.8)	2.0 (1.5–2.6)	0.78 (0.59–1.04)	0.62 (0.47–0.83)	0.56 (0.41–0.77)	0.80 (0.72–0.90)	<0.001
Alzheimer's disease	264	9015	2.0 (1.5–2.6)	2.0 (1.5–2.6)	1.7 (1.3–2.3)	1.4 (1.0–1.9)	1.00 (0.70–1.43)	0.88 (0.62–1.25)	0.70 (0.48–1.03)	0.88 (0.77–1.00)	0.052
Vascular dementia	84	9014	0.8 (0.6–1.3)	0.8 (0.5–1.2)	0.4 (0.2–0.7)	0.4 (0.2–0.7)	0.89 (0.51–1.56)	0.46 (0.25–0.86)	0.45 (0.23–0.87)	0.71 (0.56–0.90)	0.004

* The baseline examination period was between 1977 and 1983 for the first epoch, between 1986 and 1991 for the second epoch, between 1992 and 1998 for the third epoch, and between 2004 and 2008 for the fourth epoch.

[†] The 5-year cumulative hazard rates (the cumulative incidence of dementia per 100 persons over a period of 5 years) are adjusted for age and sex.

[‡] The 5-year hazard ratios (the incidence of dementia during each epoch relative to the incidence during the first epoch) are adjusted for age and sex.

[§] We estimated linear trends (the decline per decade in the 5-year incidence of dementia) using the elapsed mean time (in decades) between the first epoch and each consecutive epoch.

Table 1. Baseline Characteristics.*

Characteristic	Epoch 1 (N= 2457)	Epoch 2 (N= 2135)	Epoch 3 (N= 2333)	Epoch 4 (N= 2090)	P Value for Trend
Age at entry (yr)					<0.001
Mean	69±7	72±7	72±8	72±9	
Range	60–89	60–96	60–101	60–101	
Female sex (%)	59	57	57	56	0.01 (age-adjusted, <0.001)
Educational level (%)					<0.001
No high school diploma	36	24	15	5	
High school diploma	32	37	37	32	
Some years of college	19	21	24	29	
College degree	13	17	24	34	
Positive for at least one APOE ε4 allele (%)†	22	21	21	21	0.47 (age-adjusted, 0.98)
Mean systolic blood pressure (mm Hg)	137±19	143±22	138±20	131±18	<0.001
Mean diastolic blood pressure (mm Hg)	76±10	77±11	73±10	72±10	<0.001
Use of antihypertensive medication (%)	33	43	44	62	<0.001
Smoking (%)	20	14	9	6	<0.001
Mean HDL cholesterol (mg/dl)	50±16	49±15	50±16	57±18	<0.001
Use of lipid-lowering agents (%)	NA	NA	12	43	<0.001
Mean body-mass index‡	26±4	27±5	27±5	28±5	<0.001
Type 2 diabetes (%)	10	11	15	17	<0.001
Cardiovascular disease (%)	23	26	25	22	0.52 (age-adjusted, <0.001)
Stroke (%)	3.6	3.3	3.8	3.1	0.51 (age-adjusted, 0.02)



Original Research Article

An Estimate of Attributable Cases of Alzheimer Disease and Vascular Dementia due to Modifiable Risk Factors: The Impact of Primary Prevention in Europe and in Italy

Flavia Mayer^a Alessandra Di Pucchio^a Eleonora Lacorte^a
Ilaria Bacigalupo^a Fabrizio Marzolini^a Gianluigi Ferrante^a
Valentina Minardi^a Maria Masocco^a Marco Canevelli^b
Teresa Di Fiandra^c Nicola Vanacore^a

^aNational Center for Disease Prevention and Health Promotion, National Institute of Health, Rome, Italy; ^bDepartment of Human Neuroscience "Sapienza" University of Rome, Rome, Italy; ^cGeneral Direction of Prevention, Ministry of Health, Rome, Italy

Table 2: Estimate of the population attributable risk and number of attributable cases in 2010 for AD and VaD in EUROPE.

Risk factor	Prevalence (%) [*]	AD [*]		VaD		Total number (in thousands) of attributable cases in 2010 for AD and VaD
		PAR (95%CI)	Number (in thousands) of attributable cases in 2010 (95%CI)	PAR (95%CI) ^{**}	Number (in thousands) of attributable cases in 2010 (95%CI) [°]	
Diabetes mellitus	6.9	3.1% (1.4–5.0)	222 (98–364)	8.1% (6.1-10.3)	187 (141 - 237)	409
Midlife hypertension	12	6.8% (1.9–13.0)	492 (136–934)	6.6%(2.3-11.8)	153 (54 - 271)	645
Midlife obesity	7.2	4.1% (2.4–6.2)	299 (172–448)	2.3% (0.1-5.1)	54 (3-118)	353
Physical inactivity	31.0	20.3% (5.6–35.6)	1461 (401–2564)	15.9% (2.7-30.0)	367 (63 - 691)	1828
Depression	18.5	10.7% (7.2–14.5)	774 (520–1049)	26.2% (13.9-39.7)	605 (320 - 916)	1379
Smoking	26.6	13.6% (3.8–24.2)	978 (277– 1745)	6.5% (1.3-11.7)	149 (30 - 271)	1127
Low educational attainment	26.6	13.6% (8.5–18.6)	978 (614– 1342)	31.8% (24.0-39.5)	733 (555 - 910)	1711
Combined		54.0% (27.2–73.7)	3891 (1050 - 5311)	66.8% (42.5-83.0)	1541 (980 - 1916)	5432
Adjusted combined		31.4% (15.3–46.0)	3033 (1472–4332)	37.8% (21.2-52.5)	873 (488 - 1211)	3906

^{*}Estimates from Norton et al.³

^{**} Estimated using prevalence from Norton et al.³ and RR reported in table 1.

[°]Estimated multiplying PAR per number of prevalent cases of VaD in Europe (=15.8 from Lobo et al.² * number of total cases of dementia from Brookmeyer et al.⁹)

Table 3: Prevalence of the seven risk factors in the Italian regions.

Italian Regions	Prevalence (%)*							PAR adjustet combined		PAR adjustet combined condidering a reduction of each risk factor by 20%	
	Obesity	Physical inactivity	Smoking	Symptoms of depression	Hypertension	Diabetes	Low educational attainment	AD	VaD	AD	VaD
Abruzzo	10.9	39.8	29.7	5.2	17.3	3.8	35.2	45.5	52.2	39.1	45.7
Basilicata	9.4	76.07	19.2	3.1	22.7	4.7	40.4	51.7	57.8	45.2	51.4
Calabria	11.2	50.74	24.7	5.8	25.1	6.0	35.6	49.1	56.2	42.6	49.5
Campania	13.6	51.81	28.3	6.6	21.9	6.2	39.5	50.7	57.9	44.1	51.2
Emilia Romagna	11.8	25.78	28.3	7.6	18.6	4.0	36.1	43.1	51.8	36.8	45.3
Friuli Venezia Giulia	10.5	23.37	26	6.4	20.8	3.9	37.1	42.0	51.1	35.8	44.7
Lazio	9.5	36.94	29.1	5.3	19.8	4.4	29.6	44.0	50.3	37.7	43.8
Liguria	8.4	34.03	25.5	6.8	17.0	3.8	32.3	42.5	50.5	36.3	44.0
Lombardia	8.2	25.2	24.3	6.4	18.1	3.5	29.4	39.3	47.5	33.4	41.2
Marche	8.3	29.39	24.1	4.9	20.2	4.2	30.3	40.8	48.4	34.8	42.0
Molise	13.4	29.97	27	10.1	22.9	4.8	22.7	43.3	50.3	37.0	43.6
Piemonte	8	38.74	24.2	5.3	18.7	4.0	38	44.4	52.6	38.1	46.1
Province of Bolzano	7.6	12.84	23.9	4.5	15.6	2.1	48.8	37.8	49.1	32.1	43.2
Province of Trento	7.9	19.73	25.5	4.7	18.5	3.4	32.1	38.0	46.4	32.2	40.2
Puglia	12.4	47.11	25.4	4.0	20.0	5.5	43.6	48.6	56.1	42.1	49.6
Sardegna	10.1	30.69	27	8.4	20.8	5.5	45	46.2	56.4	39.8	49.9
Sicilia	13.3	45.31	28.5	6.3	21.0	6.4	39.4	49.2	56.7	42.6	50.1
Toscana	8.2	33.32	26	6.3	17.3	4.5	36.5	43.3	51.9	37.0	45.5
Umbria	10.2	25.36	30.3	8.2	20.8	4.3	33.3	43.2	51.7	36.9	45.2
Valle d'Aosta	9.6	27.77	25.2	5.7	17.2	3.0	38.9	42.0	50.8	35.9	44.5
Veneto	9.9	26.04	22.7	5.5	20.1	3.8	38.3	41.7	50.9	35.6	44.5
Italy	10.5	36.8	26.4	6.0	19.8	4.7	36.5	45.2	53.1	38.9	46.6
Communality (%)	26.4	7.0	5.1	8.4	28.6	26.1	15.8				

*source PASSI study ¹⁰, periodo 2013-2016

■ Worse than national value ■ Similar to national value ■ Better than national value

** estimates based on Lobo at al. ²



Ministero della Salute

Piano Nazionale della Prevenzione

2014-2018

Piano Nazionale della Prevenzione

All'attuale rilevante peso epidemiologico, sociale ed economico delle malattie croniche, peraltro, si deve aggiungere la previsione di aumento nei prossimi anni legata all'innalzamento dell'età media della popolazione e all'incremento della popolazione globale. Si stima che nel 2050 la numerosità delle persone di età superiore ai 60 anni sarà globalmente intorno ai 2 miliardi. L'invecchiamento della popolazione sta celermente procedendo non solo nei Paesi ad alto reddito, ma anche in quelli a medio e basso reddito. Un effetto negativo di tale fenomeno è costituito dall'aumento della disabilità legata a malattie croniche non trasmissibili e del numero di soggetti con ridotta autonomia, scarsa inclusione sociale e minore partecipazione alla vita attiva. Inoltre, al crescere dell'età risulta crescere in modo esponenziale il numero delle persone affette da demenza.

Finanziamento

un apposito finanziamento (complessivamente, 440 milioni, di cui 240 quale "vincolo d'uso" sulla quota del riparto CIPE destinata al raggiungimento degli obiettivi dal Piano sanitario nazionale - ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 27 dicembre 1992, n. 662 - e i restanti 200 derivanti dalla quota indistinta del fondo sanitario regionale);

TABLE 3. PREVALENCE OF DEMENTIA IN THE CSHA COHORT AS DIAGNOSED BY VARIOUS CLASSIFICATION SYSTEMS, ACCORDING TO AGE GROUP.*

AGE GROUP	No.	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV	ICD-9	ICD-10	CAMDEX	CLINICAL CONSENSUS
yr		number of subjects (percent)						
65-74	391	85 (21.7)	41 (10.5)	43 (11.0)	17 (4.3)	8 (2.0)	7 (1.8)	57 (14.6)
75-84	931	245 (26.3)	149 (16.0)	114 (12.2)	41 (4.4)	28 (3.0)	49 (5.3)	184 (19.8)
≥85	557	216 (38.8)	136 (24.4)	100 (18.0)	36 (6.5)	22 (3.9)	36 (6.5)	152 (27.3)
Total	1879	546 (29.1)	326 (17.3)	257 (13.7)	94 (5.0)	58 (3.1)	92 (4.9)	393 (20.9)

*CSHA denotes the Canadian Study of Health and Aging.

A Systematic Review and Meta-Analysis on the Prevalence of Dementia in Europe: Estimates from the Highest-Quality Studies Adopting the DSM IV Diagnostic Criteria

Ilaria Bacigalupo^{a,*}, Flavia Mayer^a, Eleonora Lacorte^a, Alessandra Di Pucchio^a,
Fabrizio Marzolini^a, Marco Canevelli^b, Teresa Di Fiandra^c and Nicola Vanacore^a

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

^bDepartment of Human Neuroscience "Sapienza" University of Rome, Rome, Italy

^cGeneral Directorate for Health Prevention, Ministry of Health, Rome, Italy

**PREVALENZA PER DEMENZA IN EUROPA
(Lobo et al. 2000)**

6.4%

Age – group	Prevalenza X 100 ab maschi	Prevalenza X 100 ab femmine
65-69	1.6	1
70-74	2.9	3.1
75-79	5.6	6
80-84	11	12.6
85-89	12.8	20.2
90 +	22.1	30.8

Analisi pooled dei dati

11 studi pubblicati dal 1991-1997

Criteri clinici DSM III-R; CAMDEX, AGECAT

Nessuna valutazione di qualità

**PREVALENZA PER DEMENZA IN EUROPA
(Bacigalupo et al. 2018)**

7.1%

Age – group	Prevalenza X 100 ab maschi	Prevalenza X 100 ab femmine
65-69	1.1	0.9
70-74	2.2	2.1
75-79	5.6	4.6
80-84	13.3	9.0
85-89	26.4	13.9
90 +	38.9	31.2

Meta-analisi

9 studi pubblicati dal 2002-2015

Criteri clinici DSM IV

Valutazione di qualità con checklist ADI

Due studi includono anche pazienti istituzionalizzati.

BMJ Open Use of neuropsychological tests for the diagnosis of dementia: a survey of Italian memory clinics

Alessandra Di Pucchio,¹ Nicola Vanacore,¹ Fabrizio Marzolini,¹ Eleonora Lacorte,¹ Teresa Di Fiandra,² I-DemObs Group, Marina Gasparini³

Nello studio condotto in Italia intervistando 501 referenti di CCDD è stato possibile calcolare che nell'Italia del Sud e Isole viene effettuata una valutazione neuropsicologica completa con una frequenza inferiore al 44% rispetto alle strutture del Nord Italia

Table 6 Logistic regression model showing the association between the use of a minimum core of neuropsychological tests in CCDD and their geographical distribution and type and the presence of at least one psychologist in the staff

A	B	C	D	E
	OR	95% CI		P value
		Lower	Upper	
Psychologist (at least one)				
Not	1.00			
Yes	4.55	2.91	7.10	0.001
Geographical distribution of CCDD				
Northern Italy	1.00			
Central Italy	1.13	0.63	2.02	0.685
Southern Italy—Islands	0.56	0.35	0.89	0.014
Type of CCDD				
Territorial services	1.00			
Hospital	1.96	1.28	3.02	0.002
University/IRCSS	10.97	3.85	31.25	0.001

CCDD, Centre for Cognitive Disorders and Dementias; IRCSS, Institute for Scientific Research and Healthcare.

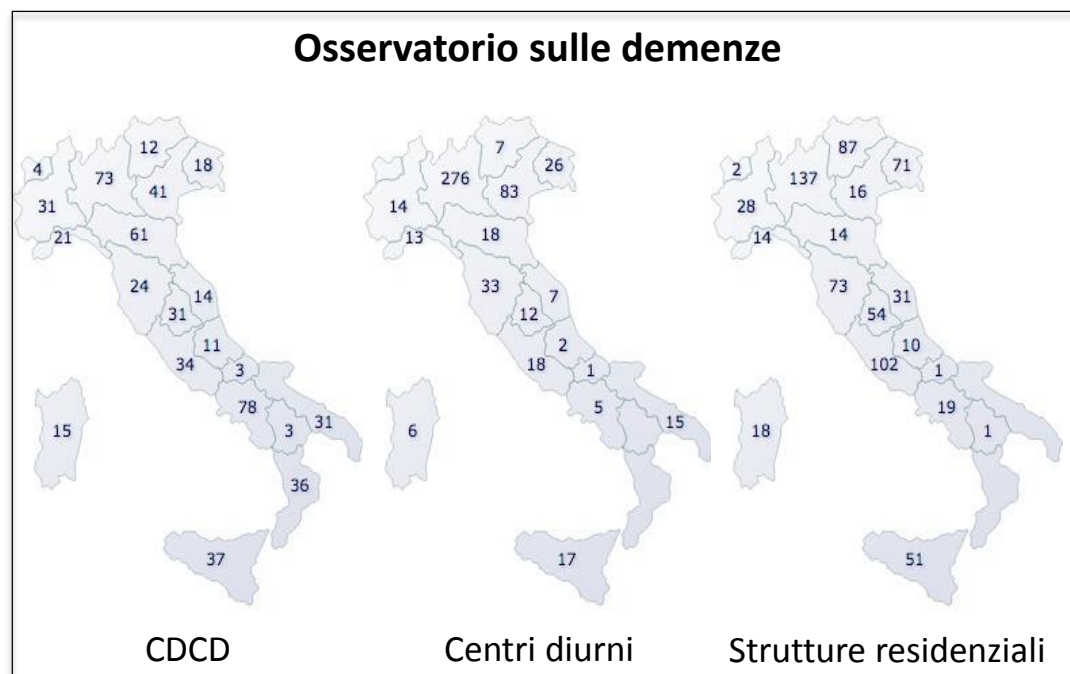
Dementia in immigrants and ethnic minorities living in Italy: clinical-epidemiological aspects and public health perspectives

Principal Investigator: Marco Canevelli

1 Caratterizzare il fenomeno della demenza negli immigrati in Italia

2 Quantificare i casi demenza nei migranti nella regione Lazio

3 Identificare e promuovere *good practices* e percorsi di cura dedicati



<https://www.demenze.it/PUB/Centri.aspx>

INTERCEPTOR PROJECT

ON EARLY DIAGNOSIS OF THE PRODROMAL STAGE OF ALZHEIMER DISEASE. THE PROGRESSION FROM MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI) TO DEMENTIA: THE ROLE OF BIOMARKERS IN EARLY INTERCEPTION OF PATIENTS CANDIDATE FOR PRESCRIPTION OF FUTURE DISEASE-MODIFYING DRUGS

Sponsor: AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) and Ministry of Health

Principal Investigator: Paolo Maria Rossini

Coordinating Committee: Institute of Neurology, Catholic University of The Sacred Heart, Rome, (Responsible: Paolo Maria Rossini); IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia (Responsible: Stefano Cappa); IRCCS Foundation "Carlo Besta" Neurological Institute, Milan (Responsible: Fabrizio Tagliavini); National Institute of Health (Responsible: Nicola Vanacore); Associazione Italiana Malattia Alzheimer - AIMA (Responsible: Patrizia Spadin); Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani – IRCCS-INRCA (Responsible: Fabrizia Lattanzio).

Study classification: This is an interventional non therapeutic clinical trial. It is a diagnostic trial which is aimed at finding new ways for early detection and diagnosis of medical conditions.

Biomarkers included in the study: MMSE; FCSRT; CSFp-tau and CSF p-tau/ABeta; (¹⁸F)FDG-PET SCAN; Volumetric MRI; ApoE4; EEG.

Design: multicenter, interventional cohort study.

Number of patients in the study: 400.

Number of participating Recruiting Centres: 20 centres (identified following a public call by AIFA).

Number of Expert Centres: 4 (Institute of Neurology, Catholic University of The Sacred Heart for EEG; IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli for neuropsychological tests and volumetric MRI; IRCCS Foundation "Carlo Besta" Neurological Institute for liquoral markers and APOE4; IRCCS, Nuclear Medicine, San Raffaele Hospital, Milan for PET).

Funding: AIFA and Ministry of Health

quotidianos**sanità**.it

Mercoledì 03 OTTOBRE 2018

Alzheimer. Uno studio Usa lancia allarme: "Se arrivasse la cura in Europa non sareste pronti a gestirla". È vero? Parla il Professor Rossini: "Il problema principale è fare diagnosi precoci. E l'Italia è all'avanguardia per la ricerca dei biomarcatori adatti"

"Purtroppo – ammette Rossini - bisogna anche riconoscere che in Italia abbiamo poche persone veramente esperte di Alzheimer e io temo che oggi, pur avendo 500 centri Alzheimer in tutta l'Italia, alla stragrande maggioranza di questi pazienti la diagnosi venga fatta con un banalissimo esame di *Mini Mental*. Parliamo di una malattia molto seria, di un'etichetta in grado di rovinare la vita a famiglie e persone, che oggi viene ancora per lo più diagnosticata con un test che dura dieci minuti. Non si impiegano tecnologie e pochissimi pazienti vengono ricoverati. Perché il Servizio nazionale ritiene che non ci sia bisogno di un ricovero per fare una diagnosi di questa importanza. Un altro problema riguarda i Medici di medicina generale che non hanno competenze ed esperienza in questo settore".

L'uso degli strumenti neuropsicologici nell'ambito del Progetto Cronos

Goffredo BIANCHI (a), Marina GASPARINI (b), Bruno CAFFARI (a),
Giacoma C. SORRENTINO (a), Clara BIANCHI (a), Giuseppe BRUNO (b),
Marina MAGGINI (a), Roberto RASCHETTI (a) e Nicola VANACORE (a)

Tabella 1. - Principali strumenti di valutazione neuropsicologica adottati dalle Unità di Valutazione Alzheimer (n. = 392)

Strumenti di valutazione	Unità di Valutazione Alzheimer	
	(n.)	(%)
Test		
Matrici attenzionali	72	18,4
Fluenza verbale alfabetica	67	17,1
Fluenza verbale per categorie	60	15,3
Token	52	13,3
Corsi	47	12,0
Memoria di prosa	44	11,2
15 parole di Rey	43	11,0
Orologio	38	9,7
Matrici progressive di Raven 1938	24	6,1
Figura complessa di Rey	22	5,6
Digit Span	19	4,8
Ripetizione seriale di parole bisillabiche	9	2,3
Stroop	9	2,3
Boston	7	1,8
Aachener aphasia	6	1,5
Matrici progressive standard (MPS)	6	1,5
Weigl's sorting test	6	1,5
Matrici progressive colori	5	1,3
Memoria visiva immediata	5	1,3
Trail making test	5	1,3
Associated learning test (ALT)	4	1,0
Prove di apprendimento motorio	2	0,5
Discriminazione sgorbi	1	0,3
Giudizi verbali	1	0,3
Wisconsin carding sorting test	1	0,3
Batterie		
Alzheimer's disease assessment scale-cog	94	24,0
Milan overall dementia assessment	92	23,5
Severe impairment battery (SIB)	13	3,3
Wechsler adult intelligence scale revised	12	3,1
Wechsler memory scale (WMS)	6	1,5
Spinnler e Tognoni (SET)	5	1,3

BMJ Open Use of neuropsychological tests for the diagnosis of dementia: a survey of Italian memory clinics

Alessandra Di Pucchio,¹ Nicola Vanacore,¹ Fabrizio Marzolini,¹ Eleonora Lacorte,¹ Teresa Di Fiandra,² I-DemObs Group, Marina Gasparini³

Table 4 Comparison between the neuropsychological tests used in Italian CCDD based on the results from two different surveys

A	B	
	Tests in use during the 2002 survey ^{13 14}	Tests in use during the current survey
Domains-functions/test	%	%
Memory		
Rey 15-words	11	65
Babcock short-tale	11.2	69.6
RCF recall	–	52.2
Corsi spatial span	12	46.4
Digit span	4.8	52.8
Visual memory	1.3	–
Language		
AAT	1.5	17.8
Visual naming	–	17
Semantic word fluency test	15.3	61.2
Token test	13.3	–
Constructional abilities		
Drawings copy	–	52.4
RCF—copy	5.6	55.4
Clock drawing	9.7	83.6
Attention		
Stroop test	2.3	33.2
TMT-A	1.3	51.6
Attentional matrices	18.4	54.4
Executive functions		
SPM	6.1	41.4
CPM	1.3	33.2
MCST	0.3	24.2
TMT-B	1.3	51.6
FAS	17.1	61.8
Clinical and Behavioural Scales		
ADAS-cog	24	2.4
MDB	–	22.6
MODA	23.5	29.8
WAIS-R	3.1	–
MoCA	–	6.6



EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

22 February 2018
CPMP/EWP/553/95 Rev.2
Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP)

Guideline on the clinical investigation of medicines for the treatment of Alzheimer's disease

Draft agreed by CNSWP	December 2015
Adopted by CHMP for release for consultation	28 January 2016
Start of public consultation	01 February 2016
End of consultation (deadline for comments)	31 July 2016
Agreed by CNSWP	December 2017
Adopted by CHMP	22 February 2018
Date of coming into effect	1 September 2018

This guideline replaces 'Guideline on medicinal products for the treatment of Alzheimer's disease and other dementias' (CPMP/EWP/553/95 Rev. 1).

Efficacy endpoints in AD Dementia

For patients with **established** AD dementia, efficacy should be assessed in the following domains:

- 1) cognition, as measured by objective tests (cognitive endpoint);
- 2) (instrumental) activities of daily living (functional endpoint);
- 3) overall clinical response, as reflected by global assessment (global endpoint)

Efficacy endpoints in Prodromal AD/MCI due to AD

The use of a composite scale with a combined assessment of cognition and its impact on daily functioning as a single primary endpoint is also considered appropriate in this population.

Efficacy endpoints in Preclinical AD

For the time being there is no "gold standard" for assessment of treatment effect in patients with preclinical AD

Until a biomarker will be qualified as a reliable surrogate measure of treatment effect in absence of a clinically observable change, patients should be followed up for a sufficient time to capture relevant cognitive changes.





EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH



ELSEVIER

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



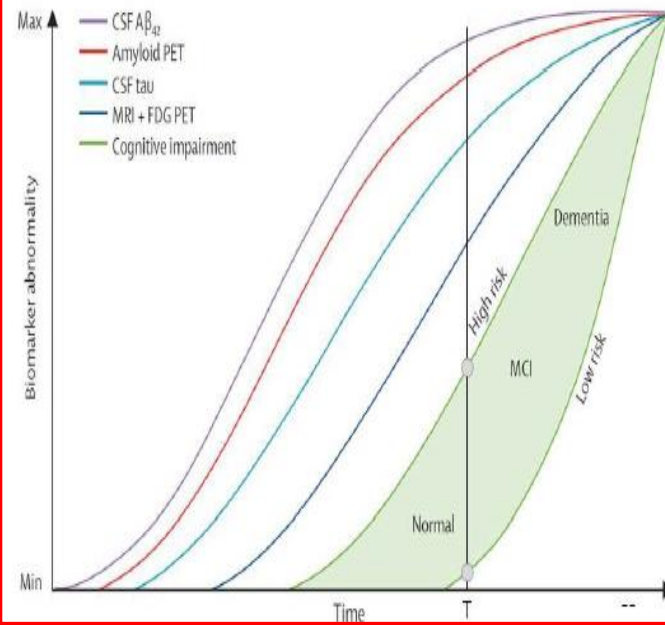
Original Study

Spontaneous Reversion of Mild Cognitive Impairment to Normal Cognition: A Systematic Review of Literature and Meta-Analysis

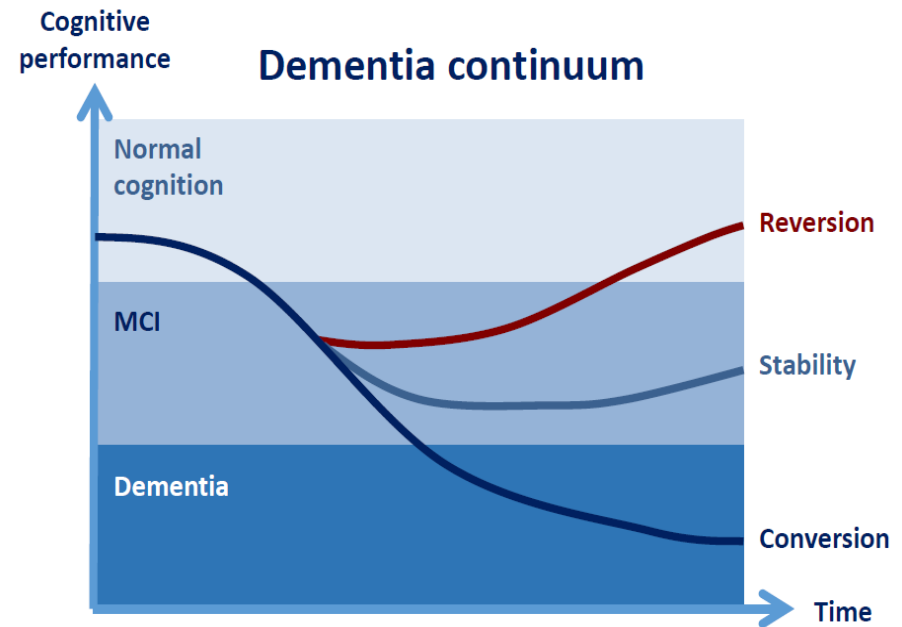
Marco Canevelli MD^{a,*}, Giulia Grande MD^b, Eleonora Lacorte MSc^c,
Elisa Quarchioni MStat^c, Matteo Cesari PhD^{d,e}, Claudio Mariani MD^b,
Giuseppe Bruno PhD^a, Nicola Vanacore PhD^c

Annex 2

Model of dynamic biomarkers of the AD associated pathological changes (after Jack et al. 2013)



Reversione alla normalità del MCI





JAKUB P. HLÁVKA, SOEREN MATTKE, JODI L. LIU

Assessing the Preparedness of the Health Care System Infrastructure in Six European Countries for an Alzheimer's Treatment

About This Report

This report shows the potential magnitude of health care infrastructure constraints in the evaluation and treatment of early-stage Alzheimer's disease with a future disease-modifying therapy in six European countries. This research was sponsored by Biogen and conducted within RAND Health, a division of the RAND Corporation. A profile of RAND Health, abstracts of its publications, and ordering information can be found at www.rand.org/health. The authors thank the following subject-matter experts for sharing their insights into clinical practices and patient needs in the six countries: Antonio del Olmo, Lutz Frölich, Michael Karran, Pierre Krolak-Salmon, José Luis Molinuevo, Matthew Norton, Patrizia Spadin, Anders Wimo, and Bengt Winblad. The authors also thank Jon Sussex and Peter Hudomiet for their valuable feedback on this report.

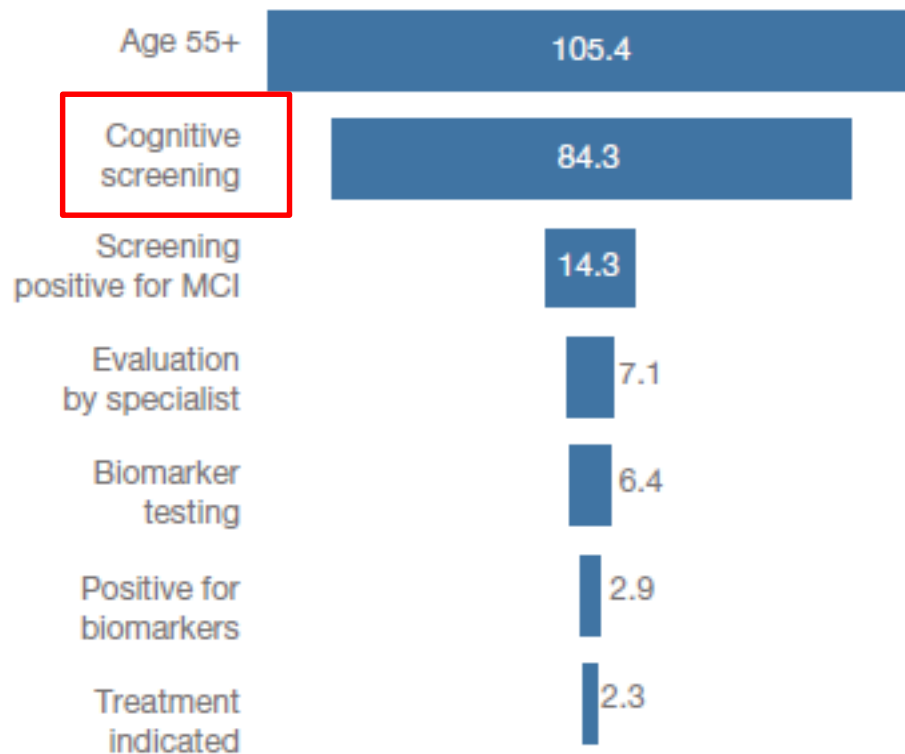
TABLE 1
Alzheimer's Disease-Modifying Therapy Candidates in Phase 2 and Phase 3 Clinical Trials, as of September 2018

Candidate	Sponsor	Clinical Trial Phase	Expected Primary Completion Date	National Clinical Trial Identifier
Anti-beta-amyloid antibodies				
Aducanumab (BIIB037)	Biogen ^a	Phase 3	January 2020	NCT02477800
Crenezumab	Hoffman-La Roche	Phase 3	August 2020	NCT02670083
Gantenerumab	Hoffman-La Roche	Phase 3	May 2022	NCT03443973, NCT03444870
BAN2401	Eisai/Biogen	Phase 2	July 2018	NCT01767311
LY3002813 ^b	Eli Lilly	Phase 2	October 2020	NCT03367403
Anti-tau antibodies				
ABBV-8E12	AbbVie	Phase 2	December 2020	NCT02880956
RO7105705	Genentech	Phase 2	September 2020	NCT03289143
BACE inhibitors				
Elenbecestat (E2609)	Eisai/Biogen	Phase 3	March 2021	NCT03036280
CNP520	Novartis/Amgen/Banner Alzheimer's Institute	Phase 2/3	July 2024	NCT03131453
Vaccines				
CAD106 (anti-beta amyloid)	Novartis	Phase 2/3	August 2024	NCT02565511
AADvac1 (anti-tau)	Axon Neuroscience	Phase 2	June 2019	NCT02579252

Box 2. Interceptor Project, Italy

In December 2017, Italy launched the Interceptor Project to help identify people at higher risk of developing Alzheimer's disease, with the goal of improving their quality of care (Alzheimer Europe, 2017). The initiative aims to enroll 400 patients ages 50 to 85 with mild cognitive impairment and develop strategies to identify patients with the highest risk of developing Alzheimer's dementia and thus the greatest likelihood of benefiting if a new treatment becomes available ("Italy Launches Pioneering Project to Identify Alzheimer's Risk," 2017). The Italian Ministry of Health expects to collect comprehensive data based on neuropsychological assessments, CSF tests, and PET and MRI scans over a period of three years, which is expected to help inform the selection of the most appropriate biomarkers for nationwide screening for patients with a higher risk of progressing toward Alzheimer's dementia. One of the stated goals, moreover, is to better understand which patients are most likely to benefit from a novel therapy, thus increasing the system's sustainability (Ministero della Salute, 2017).

FIGURE 2
Expected Patient Demand at Each Stage of the Patient Journey in the Six European Countries in 2019 (millions)



NOTE: The number of expected patients is from France, Germany, Italy, Spain, Sweden, and the United Kingdom.

LA NEUROLOGIA DELLE PERSONE ANZIANE SENZA DEMENZA



ANN NEUROL 2013;74:478-489

Much of Late Life Cognitive Decline Is Not due to Common Neurodegenerative Pathologies

Patricia A. Boyle, PhD,^{1,2} Robert S. Wilson, PhD,^{1,2,3} Lei Yu, PhD,^{1,3}
Alasdair M. Barr, PhD,⁴ William G. Honer, MD,⁵
Julie A. Schneider, MD,^{1,3,6} and David A. Bennett, MD^{1,3}

Results: Cognition declined a mean of about 0.11U per year (estimate = -0.109 , standard error [SE] = 0.004 , $p < 0.001$), with significant individual differences in rates of decline; the variance estimate for the individual slopes was 0.013 (SE = 0.112 , $p < 0.001$). In separate analyses, global Alzheimer pathology, amyloid, tangles, macroscopic infarcts, and neocortical Lewy bodies were associated with faster rates of decline and explained 22%, 6%, 34%, 2%, and 8% of the variation in decline, respectively. When analyzed simultaneously, the pathologic indices accounted for a total of 41% of the variation in decline, and the majority remained unexplained. Furthermore, in random change

Participants

Participants came from two clinical-pathologic cohort studies of aging and dementia: the Religious Orders Study and the Memory and Aging Project^{14,15}. The Religious Orders

Study began in 1994 and involves older Catholic nuns, priests, and monks recruited from more than 40 groups across the United States. The Rush Memory and Aging Project began in 1997 and involves older lay persons recruited from retirement communities, subsidized housing facilities, and social service agencies in the Chicago metropolitan area. Persons in both studies agreed to annual clinical evaluations and brain autopsy at death. Written informed consent was obtained in each study after procedures were fully explained, and both studies were approved by the Institutional Review Board of Rush University Medical Center. The follow up participation rates for both studies exceed 95% of survivors and autopsy rates exceed 80%. At the time of these analyses, data were available from 856 deceased persons with at least 2 cognitive evaluations (mean number of annual evaluations=7.5, SD=3.8, range: 2-18 years); notably, more than 80% of the persons included in these analyses had 4 or more cognitive assessments, about 60% had 5 or more, and about 25% had more than 9 assessments.

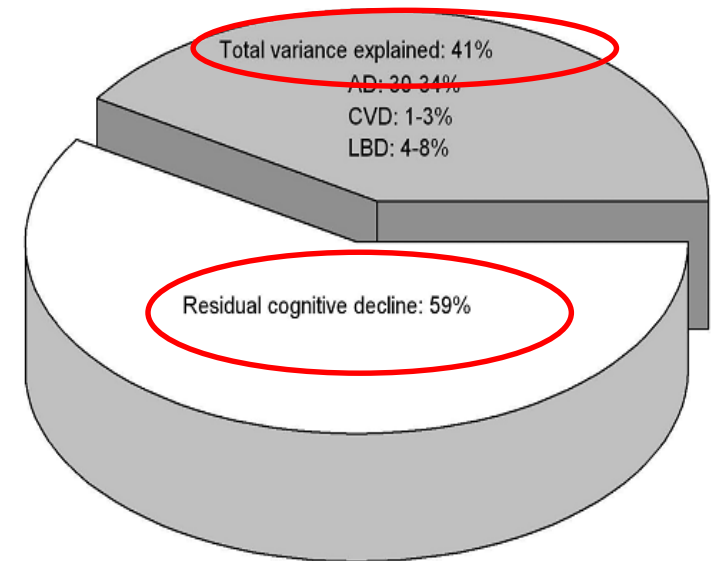


Figure 3. Variation in cognitive decline explained by the pathologic indices (grey) and the residual, unexplained variation in cognitive decline (white) derived from fully adjusted models.

XII Convegno

IL CONTRIBUTO DEI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE NELLA GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI

ID: 147D18

Origine della manifestazione. Attività istituzionale sul tema complesso delle demenze in Italia.

Scopo e obiettivi. Il Convegno si propone di documentare quali attività assistenziali e di ricerca vengono comunemente effettuate presso le strutture deputate nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale all'assistenza dei pazienti con demenza e ai loro familiari, nel contesto del Piano Nazionale Demenze.

Metodo di lavoro. Relazioni e discussione.

GIOVEDÌ 15 NOVEMBRE

8.30 Registrazione dei partecipanti

8.50 Saluto di benvenuto

Walter Ricciardi, Presidente ISS

Angela Spinelli, Direttore CNaPPS

9.05 Presentazione del Convegno e dell'attività dell'Osservatorio Demenze
Nicola Vanacore

I Sessione - POLITICHE SOCIO SANITARIE

Moderatore: G. Carbone

- 9.20 Un update delle politiche internazionali e nazionali
T. Di Fiandra
- 9.50 Demenza e Immigrazione
M. Canevelli
- 10.20 Disturbi cognitivi nella popolazione immigrata: analisi retrospettiva (2001 – 2017) in un centro per i disturbi cognitivi e le demenze a Milano
S. Pomati
- 10.40 Accessi in pronto soccorso nelle persone con demenza: uno studio caso controllo all'interno della coorte remind
C. Negri Chinaglia
- 11.00 Studio osservazionale sul ricovero dei pazienti affetti da demenza nel Policlinico Umberto I di Roma
M.L. Summa
- 11.20 Coffee break

II Sessione - ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E DIAGNOSTICI

Moderatore: C. Mariani

- 11.40 Il costrutto della capacità intrinseca
M. Cesari
- 12.10 Il rapporto tra cancerogenesi e neurodegenerazione: quali implicazioni per la ricerca in sanità pubblica
N. Vanacore
- 12.40 Studio "Invece.AB" nella popolazione 70- 75enne di Abbiategrasso: 2009-2014
T.E. Poloni
- 13.00 Ripensare la diagnosi di demenza a corpi di Lewy alla luce dei nuovi criteri diagnostici
L. Bonanni
- 13.20 Studio dei biomarcatori nelle "demenze atipiche": proposta di un percorso diagnostico
G. Lombardi
- 13.40 Lunch e Discussione poster
Moderatori: G. Gervasi, E. Lacorte
- 14.40 Discussione poster in Aula
Moderatrice: I. Bacigalupo

III Sessione - ASPETTI ETICI

Moderatore: F. Izzicupo

- 15.40 Aspetti etici delle indagini genetiche
A.C. Bruni
- 16.10 La tutela del paziente con demenza
P. Spadin
- 16.30 Respectful Caring for the Agitated Elderly (RECAGE). Un progetto finanziato dall'unione europea (H2020)
F. Barocco
- 16.50 Disturbi motori precoci nella demenza: uno strumento per la diagnosi e l'intervento precoci
E. Facci
- 17.10 Dementia community friendly: quando la condivisione dei saperi parte dalla comunità dei professionisti che si dedicano ai pazienti con demenza (studio pilota)
C. Basso
- 17.30 Chiusura della giornata

VENERDÌ 16 NOVEMBRE

IV Sessione – APPROCCI TERAPEUTICI

Moderatore: N. Vanacore

- 9.00 Lo studio "Interceptor"
P.M. Rossini
- 9.30 Evidenze sui nuovi farmaci nella demenza
A. Padovani
- 10.00 Terapia farmacologica delle demenze osservata nel mondo reale della medicina generale: audit di 155 pazienti in 23 paesi
A. Pirani
- 10.20 Indagine farmacoepidemiologica sul trattamento antidolorifico dei pazienti affetti da demenza in Calabria
D. Scuteri

10.40 La malattia di Alzheimer, farmacoepidemiologia e farmacoutilizzazione nella Asl di Brindisi
G. Mingolla

11.00 Coffee break

11.20 Progetto di stimolazione cognitiva in pazienti con disturbo neurocognitivo lieve nella Asl TO3
A. Bonansea

11.40 Invecchiare attivamente
A. Bove

V Sessione - STRATEGIE DI PREVENZIONE

Moderatrice: M. Gasparini

12.10 La dieta mediterranea
G. Bruno

12.40 Inquinamento atmosferico e incidenza di demenza; una revisione sistematica
G. Grande

13.10 Impatto economico della prevenzione primaria della malattia di Alzheimer e della demenza vascolare
F. Mayer

13.30 Lunch e Discussione poster
Moderatori: G. Gervasi, M. Canevelli

14.35 Discussione poster in Aula
Moderatrice: P. Piscopo

VI Sessione – DEMENTIA FRIENDLY COMMUNITIES

Moderatrice: T. Di Fiandra

15.40 Abbiategrasso: la voce delle persone con demenza
M. Possenti

16.10 Nuove modalità residenziali: il "Villaggio Emanuele"
L. Bartorelli

16.40 Discussione generale

17.00 Chiusura del convegno

IL GRUPPO DI LAVORO ISS

Ilaria Bacigalupo , Marco Canevelli, Patrizia Carbonari, Fabio Cacioni, Giulio D'Antoni, Giuseppe Gervasi, Eleonora Lacorte, Stefania Luzi, Pietro Maiozzi, Flavia Mayer, Gabriella Martelli, Monica Mazzola, Valerio Occhiodoro, Luana Penna, Paola Piscopo, Enrica Tavella, Paolo Toscano, Paola Ruggeri.



**Direzione Generale della Prevenzione,
Ministero della Salute**



Ministero della Salute

Teresa Di Fiandra