

CONVEGNO

BRESCIA E LE DEMENZE

Un modello clinico ed organizzativo

Brescia,
mercoledì
19 settembre 2012

Sala Conferenze
UBI Banca
Piazza Mons. Almici 11

LE STRATEGIE NAZIONALI SULLE CURE NELLE DEMENZE

Nicola Vanacore

**Centro Nazionale di
Epidemiologia, Sorveglianza e
Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità**



DEMENTIA

A PUBLIC HEALTH PRIORITY



The world's population is ageing. Improvements in health care in the past century have contributed to people living longer and healthier lives. However, this has also resulted in an increase in the number of people with noncommunicable diseases, including dementia. Although dementia mainly affects older people, it is not a normal part of ageing. Dementia is a syndrome, usually of a chronic or progressive nature, caused by a variety of brain illnesses that affect memory, thinking, behaviour and ability to perform everyday activities.

Dementia is overwhelming not only for the people who have it, but also for their caregivers and families. It is one of the major causes of disability and dependency among older people worldwide. There is lack of awareness and understanding of dementia, at some level, in most countries, resulting in stigmatization, barriers to diagnosis and care, and impacting caregivers, families and societies physically, psychologically and economically. Dementia can no longer be neglected but should be considered a part of the public health agenda in all countries.

The objective of this report is to raise awareness of dementia as a public health priority, to articulate a public health approach and to advocate for action at international and national levels based on the principles of inclusion, integration, equity and evidence.

KEY MESSAGES

- Dementia is not a normal part of ageing.
- 35.6 million people were estimated to be living with dementia in 2010. There are 7.7 million new cases of dementia each year, implying that there is a new case of dementia somewhere in the world every four seconds. The accelerating rates of dementia are cause for immediate action, especially in LMIC where resources are few.
- The huge cost of the disease will challenge health systems to deal with the predicted future increase of prevalence. The costs are estimated at US\$ 604 billion per year at present and are set to increase even more quickly than the prevalence.
- People live for many years after the onset of symptoms of dementia. With appropriate support, many can and should be enabled to continue to engage and contribute within society and have a good quality of life.
- Dementia is overwhelming for the caregivers and adequate support is required for them from the health, social, financial and legal systems.
- Countries must include dementia on their public health agendas. Sustained action and coordination is required across multiple levels and with all stakeholders – at international, national, regional and local levels.
- People with dementia and their caregivers often have unique insights to their condition and life. They should be involved in formulating the policies, plans, laws and services that relate to them.
- The time to act is now by:
 - promoting a dementia friendly society globally;
 - making dementia a national public health and social care priority worldwide;
 - improving public and professional attitudes to, and understanding of, dementia;
 - investing in health and social systems to improve care and services for people with dementia and their caregivers;
 - increasing the priority given to dementia in the public health research agenda.

1. LE POLITICHE NAZIONALI



ALZHEIMER conoscere la malattia per saperla affrontare

Il Pensiero Scientifico Editore

Il "Piano di azioni per le Demenze"

Elaborato dal Ministero della salute nel corso del 2011, documento di programmazione strategica generale

Inviato alla Conferenza Unificata per la discussione tecnica e la condivisione con le Regioni (riunione a ottobre 2011)

Si è in attesa delle osservazioni del Coordinamento interregionale, più volte sollecitate

Ad oggi non è quindi approvato

Data:

martedì 25.10.2011

Sanità

Estratto da Pagina:

10

All'esame delle Regioni il programma nazionale 2011-2013 messo a punto dal ministero

Dieci priorità per le demenze

Gli obiettivi: disease management e una rete integrata di interventi

Le 10 azioni da promuovere

1. Interventi e misure di politica sanitaria

Mappa aggiornata dell'offerta sanitaria e sociosanitaria esistente; Promozione di interventi mirati alla creazione di una rete assistenziale regionale integrata; Ridefinizione dei criteri di accreditamento e certificazione di qualità delle strutture per la gestione integrata delle demenze; Presenza di obiettivi specifici connessi agli interventi per le demenze nella valutazione dei Dg e dei direttori delle strutture operative individuate dalla programmazione regionale

2. Ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e riqualificazione dei processi socio-assistenziali

Garanzia di diagnosi precoce, presa in carico tempestiva e continuità assistenziale, attraverso la creazione di una rete integrata tra Mmg, Uva/Uvd, Adi, Ospedale, Irccs, Centri di Riabilitazione, Rsa e ogni altra funzione/struttura dedicata (centri diurni).

Più specificamente: a. adozione di criteri diagnostici (cimici e strumentali) improntati ad appropriatezza, precocità e tempestività; b. implementazione del sistema in relazione ai percorsi terapeutici (farmacologici e non) e al counselling, anche attraverso l'utilizzo della "Carta della memoria"; c. riorganizzazione e potenziamento del sistema delle Uva/Uvd; d. razionalizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici nelle strutture ospedaliere e negli Irccs; e. implementazione/ sviluppo della rete dell'assistenza domiciliare integrata; f. implementazione/ sviluppo di tecnologia domotica e di metodologie di telemedicina; g. implementazione/ sviluppo di interventi di prevenzione primaria e secondaria; h. identificazione di Unità Speciali di Riabilitazione nell'ambito delle strutture riabilitative; i. riorganizzazione e potenziamento delle attività dei nuclei per le demenze nelle Rsa e applicazione di misure di monitoraggio; k. ottimizzazione dei percorsi terapeutici, dei trattamenti farmacologici e delle loro associazioni; l. definizione dei percorsi socio-assistenziali per pazienti a esordio precoce/giovanile

3. Creazione di un Rete integrata per le demenze

Garanzia della presa in carico e continuità assistenziale attraverso l'integrazione dei servizi con i medici di medicina generale e attraverso la realizzazione di reti dedicate sulla base della specifica programmazione regionale; Sviluppo di interventi di coinvolgimento attivo e consapevole dei familiari e dei caregivers informali; Identificazione del Case-Manager o Coordinatore; Promozione di interventi di formazione e aggiornamento continuo, anche congiunto, delle professionalità coinvolte (inclusi, quindi, Mmg e familiari)

4. Sviluppo di Linee di indirizzo clinico e promozione della Ricerca scientifica

Elaborazione e implementazione di Linee di indirizzo diagnostico-terapeutico aggiornate per la pratica clinica e l'organizzazione dei percorsi assistenziali, rivolte ai professionisti del settore; Promozione del coinvolgimento delle Società scientifiche nella elaborazione delle Linee di indirizzo; Diffusione delle Linee di indirizzo attraverso canali istituzionali e di comunicazione scientifica; Stesura di una sintesi divulgativa delle Linee guida, rivolta alla popolazione, e sua adeguata diffusione; Promozione della Ricerca scientifica sperimentale e traslazionale nelle strutture socio-assistenziali e negli Irccs mediante definizione di temi strategici; Promozione della Ricerca scientifica in ambito clinico, epidemiologico e sociale mirata allo sviluppo di nuovi modelli assistenziali; Promozione di progetti di prevenzione mirati al controllo dei fattori di rischio e al cambiamento degli stili di vita; Istituzione di un Coordinamento scientifico di una rete di centri di eccellenza per lo sviluppo di programmi di ricerca finalizzata e integrata con i programmi internazionali; Istituzione di una Commissione di coordinamento della ricerca con il coinvolgimento delle Direzioni generali del ministero della Salute, delle Regioni e Pa e con gli altri ministeri istituzionalmente o potenzialmente coinvolti in queste tematiche, quali ministero della Ricerca scientifica, ministero del Lavoro

5) Programma di sviluppo e implementazione delle Linee di indirizzo

Analisi della qualità assistenziale a livello regionale e locale, anche attraverso l'utilizzo della mappa dinamica di cui all'Azione 1; Definizione di indicatori di appropriatezza diagnostico-terapeutica sulla base de-

gli standard di riferimento derivati dalle Linee di Indirizzo; Sviluppo e monitoraggio di percorsi clinico-assistenziali aziendali, sulla base delle linee di indirizzo per la promozione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali; Promozione dell'audit clinico quale strumento di valutazione della qualità dei servizi e delle cure erogate

6. Carta dei Servizi, informazione e sensibilizzazione sociale

Sviluppo di una Carta dei servizi specifica in cui, in conformità ai principi di qualità e appropriatezza, siano contenute indicazioni riguardanti informazioni generali sulla operatività dei servizi e sulle modalità assistenziali dell'intero percorso; Creazione di una linea telefonica di aiuto e di un sito web che offra informazioni generali, di livello nazionale ma con la previsione di specifiche sezioni per aggiornamenti locali; Attuazione di conferenze regionali e/o locali per diffondere e implementare le Linee di indirizzo sulle demenze; Promozione di campagne informative/ educative nazionali; Organizzazione di eventi mirati alla sensibilizzazione della popolazione, alla lotta allo stigma sociale, alla promozione del rispetto e della dignità dei pazienti con demenza

7. Rete di supporto per i caregivers

Potenziamento dei processi di salvaguardia dei diritti, sia dei pazienti che dei loro familiari; Offerta e potenziamento di percorsi di formazione ed educazione rivolti ai caregivers e alle figure di accompagnamento; Promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità della vita dei malati e dei loro familiari; Monitoraggio dello stato di salute dei caregivers e promozione di interventi di supporto mirato.

8. Formazione degli operatori e dei carers informali

Attivazione prioritaria, nell'ambito delle attività di formazione continua Ecm aziendale e regionale, di percorsi di formazione/aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte, con modalità integrate; Promozione del coinvolgimento delle Società Scientifiche nella formazione continua dei professionisti sanitari; Promozione di occasioni formative che prevedano la partecipazione anche di figure professionali del sociale, di familiari e di carers informali

9. Monitoraggio e verifica delle attività

Promozione dell'utilizzo di sistemi di monitoraggio delle attività, basati su indicatori misurabili, in grado di valutare l'impatto delle attività stesse sia per quanto riguarda gli aspetti clinici che assistenziali; o Attivazione di una sorveglianza epidemiologica finalizzata a supportare la programmazione nazionale, regionale e locale; Promozione di una sistematica attività di audit quale strumento di autovalutazione dei professionisti sanitari e di miglioramento della pratica clinica; Promozione di sistemi di verifica e valutazione delle attività previste dal presente accordo

10. Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per le demenze

Al fine di dare completa attuazione a quanto previsto dalle presenti Linee di indirizzo, il Governo, le Regioni e le Pa di Trento e Bolzano concordano sulla necessità dell'istituzione presso il ministero della Salute di un Comitato nazionale per le demenze (Cnd), interistituzionale, con funzione di supporto, coordinamento e verifica delle attività, con il coinvolgimento delle Dg del ministero della Salute, delle Regioni e Province autonome e di altri organismi istituzionali che concorrono, a vario titolo, alla programmazione nazionale; Esperti o scienziati di fama potranno essere coinvolti direttamente nel Cnd su indicazione del Comitato stesso. Inoltre, altri soggetti (Società scientifiche, esperti, Associazioni ecc.) potranno essere chiamati in audizione con l'obiettivo di fornire suggerimenti per la formulazione di ulteriori strategie, per esaminare gli aspetti etici connessi al problema della demenza, per supportare l'organizzazione di eventuali Forum Nazionali periodici; È da prevedersi l'istituzione, a livello di ogni singola Regione e Provincia Autonoma, di un analogo Comitato per le demenze con funzioni di coordinamento e verifica delle attività locali connesse all'applicazione del Piano di Azioni; Predisposizione, a cura del Cnd, di un report annuale sull'attuazione del Piano di azioni, anche sulla scorta di documenti riepilogativi periodici forniti dalle Regioni

Le aree di priorità (a):

- 1. Misure di politica sanitaria**
- 2. Miglioramento dei percorsi diagnostici e dei processi assistenziali**
- 3. Rafforzamento del coordinamento della rete**
- 4. Rete di supporto per i caregivers**
- 5. Sviluppo di Linee Guida e promozione della Ricerca**
- 6. Programma di implementazione delle linee guida**

Le aree di priorità (b):

- 7. Carta dei Servizi, informazione e sensibilizzazione sociale**
- 8. Formazione degli operatori e dei carers informali**
- 9. Monitoraggio e verifica delle attività**
- 10. Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per le demenze**

Piano Nazionale Prevenzione (PNP)

2010-2012:

per la prima volta ha incluso le demenze

- Attenzione al governo clinico complessivo
- Promozione delle migliori pratiche basate su evidenze cliniche
- Definizione percorsi assistenziali

Con la previsione di Azioni di Supporto Centrali alla programmazione regionale

*Fondamentale per il **PNP** è la sua traduzione del nei **Piani Regionali Prevenzione (PRP)***

Poche le Regioni che hanno dato priorità a questa tematica

- **Basilicata (rete integrata R.I.A.D.)**
- **Piemonte (Diagnosi precoce)**

Accordo S-R dell'8/7/10 su Obiettivi di Piano per le Regioni (azioni strategiche e prioritarie):

- **20 milioni Euro per progetti su "Assistenza ai pazienti affetti da Demenza" (assegnati in base alla ripartizione regionale capitaria, progetti in corso di realizzazione)**
- **Confermati con la stessa destinazione anche nel 2011 con l'Accordo S-R dell'20/4/11 (progetti in fase di valutazione)**
- **È in discussione l'eventuale conferma per il 2012**

Promozione della ricerca:

2 specifici canali a disposizione del Ministero:

- **Ricerca Finalizzata e Corrente** (DG Ricerca)
- **Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM)** (DG Prevenzione)

Negli ultimi anni il tema delle demenze è stato sempre presente e finanziato (anche se in misura variabile)

Partecipazione alla Joint Action ALCOVE con tre U.O.

- **Ministero Salute (epidemiologia, modelli di cura)**
- **Istituto Superiore di Sanità (che ha la direzione europea del w.p. epidemiologia)**
- **Università di Brescia (modelli di cura)**

2. LE POLITICHE IN EUROPA



- **Conferenza di Parigi (ottobre 2008) sotto la Presidenza francese dell'EU**

che ha avviato una serie di iniziative mirate a focalizzare l'attenzione sulle demenze

- **Conclusioni del Consiglio Europeo su:**
- **"Public Health Strategies against neurodegenerative diseases", dic. 2008;**
- **"Healthy and Dignified Ageing", dic. 2009**

che hanno promosso azioni concrete da parte della Commissione Europea (EC) e degli Stati Membri (MS)

- ***L'attenzione alle demenze è presente anche in molti documenti dell'area salute mentale (es. European Pact on MH and Well-being, 2008)***
- **Cruciale è la "Comunicazione della Commissione Europea al Parlamento e al Consiglio" (luglio 2009) che lancia una vera e propria iniziativa europea sull'Alzheimer e le altre demenze**



www.alcove-project.eu

Archives of Public Health



This Provisional PDF corresponds to the article as it appeared upon acceptance. Fully formatted PDF and full text (HTML) versions will be made available soon.

Sharing knowledge to advance healthcare policies in Europe for people living with dementia and their carers: the ALCOVE* project

Archives of Public Health 2012, **70**:21 doi:10.1186/0778-7367-70-21

Christine Barr (c.barr@has-sante.fr)
Nathalie Riolacci (n.riolacci@has-sante.fr)
Maggie Galbraith (m.galbraith@has-sante.fr)
Armelle Leperre-Desplanques (a.leperredesplanques@has-sante.fr)

30 Partners

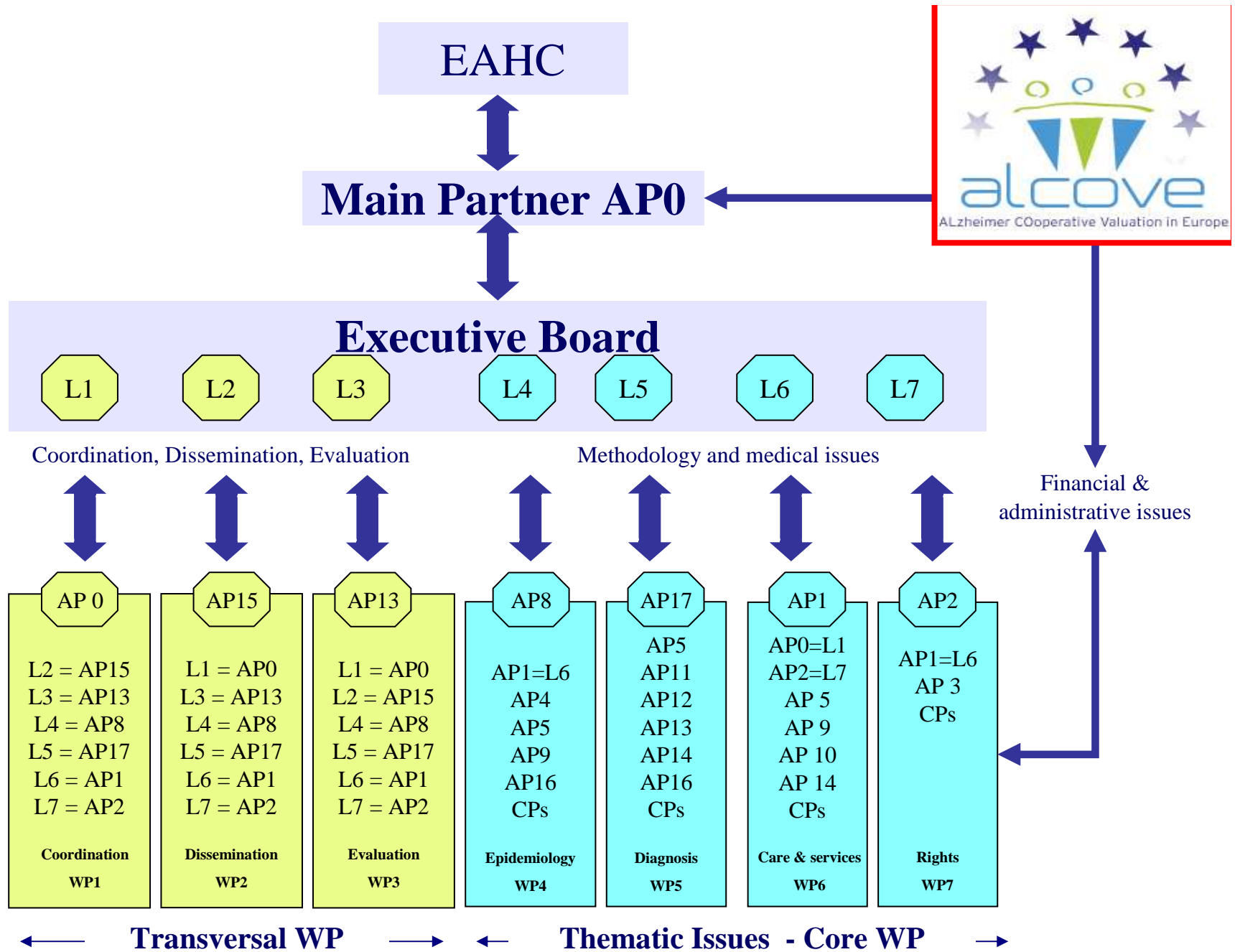
16 Associated Partners (AP)

- AP 0: HAS France, WPL1
- AP 1; THL, Finland, WPL6
- AP 2: KBF, Belgium, WPL7
- AP 3: EEAPHP, France
- AP 4: INSERM U897, France
- AP 5: AAADR, Greece
- AP 8: ISS, Italy, WPL4
- AP 9: MINSAL, Italy
- AP 10: UNIBS, Italy
- AP 11: RPNC Latvia
- AP 12: KMU, Lithuania
- AP 13: NIU SAV, Slovakia, WPL3
- AP 14: BIOEF, Spain
- AP 15: ISCH, Spain, WPL2
- AP 16: IK, Sweden
- AP 17: DoH, UK, WPL5

14 Collaborative Partners (CP)

- CP1: Chypre
- CP2: Hungary
- CP3: Lithuania
- CP4: Lithuania
- CP5 : Luxemburg, WP5
- CP6: Luxemburg,
- CP7: Malte
- CP8: Norway
- CP9: Portugal, WP6
- CP10: Slovakia
- CP11: United kingdom
- CP12; Czech Republic
- CP13: Spain
- CP14: Netherlands, WP6





AP: Associated Partners, CP: Collaborating Partners, L: leader ALCOVE HAS Coordination ALD, MG & NRD

ALCOVE final report : a statement for decision makers in march 2013



WP4: Recommendations to improve epidemiological data on AD & dementia w/ overview data & def. of best practices for data collection

WP5: Recommendations to improve early diagnosis of dementia in ambulatory and nursing home settings with an assessment of MS recommendations on Diagnostic Health Care Systems and their implementation

WP6: Recommendations to improve practices in ambulatory and nursing home settings with an assessment of practices and training, focus on BPSD

WP7: Recommendations to improve rights & dignity of people w/ dementia (ADW & good practices in assessing the CAD)



OPPORTUNITA'

Contribuire alla policy europea sulla demenza:

- **Aspetti epidemiologici (preventivi e descrittivi)**
- **Diagnosi pre-clinica, precoce /tempestaiva**
- **Uso off-label degli antipsicotici**
- **Organizzazione dei servizi socio-sanitari**
- **Aspetti etici (Direttive anticipate, valutazione della competenza, consenso informato, fine-vita)**

Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon

Bruno Dubois, Howard H Feldman, Claudia Jacova, Jeffrey L Cummings, Steven T DeKosky, Pascale Barberger-Gateau, André Delacourte, Giovanni Frisoni, Nick C Fox, Douglas Galasko, Serge Gauthier, Harald Hampel, Gregory A Jicha, Kenichi Meguro, John O'Brien, Florence Pasquier, Philippe Robert, Martin Rossor, Steven Salloway, Marie Sarazin, Leonardo C de Souza, Yaakov Stern, Pieter J Visser, Philip Scheltens

Lancet Neurol 2010; 9: 1118-27

Published Online

October 11, 2010

DOI:10.1016/S1473-

4422(10)0223-4

See Reflection and Reaction

page 1044

Pierre & Marie Curie University,

Paris, Research Centre of the

Institute of the Brain and

Spinal Cord, Institute for

Memory and Alzheimer's

Disease, INSERM UMR 1125

Alzheimer's disease (AD) is classically defined as a dual clinicopathological entity. The recent advances in use of reliable biomarkers of AD that provide in-vivo evidence of the disease has stimulated the development of new research criteria that reconceptualise the diagnosis around both a specific pattern of cognitive changes and structural/biological evidence of Alzheimer's pathology. This new diagnostic framework has stimulated debate about the definition of AD and related conditions. The potential for drugs to intercede in the pathogenic cascade of the disease adds some urgency to this debate. This paper by the International Working Group for New Research Criteria for the Diagnosis of AD aims to advance the scientific discussion by providing broader diagnostic coverage of the AD clinical spectrum and by proposing a common lexicon as a point of reference for the clinical and research communities. The cornerstone of this lexicon is to consider AD solely as a clinical and symptomatic entity that encompasses both predementia and dementia phases.

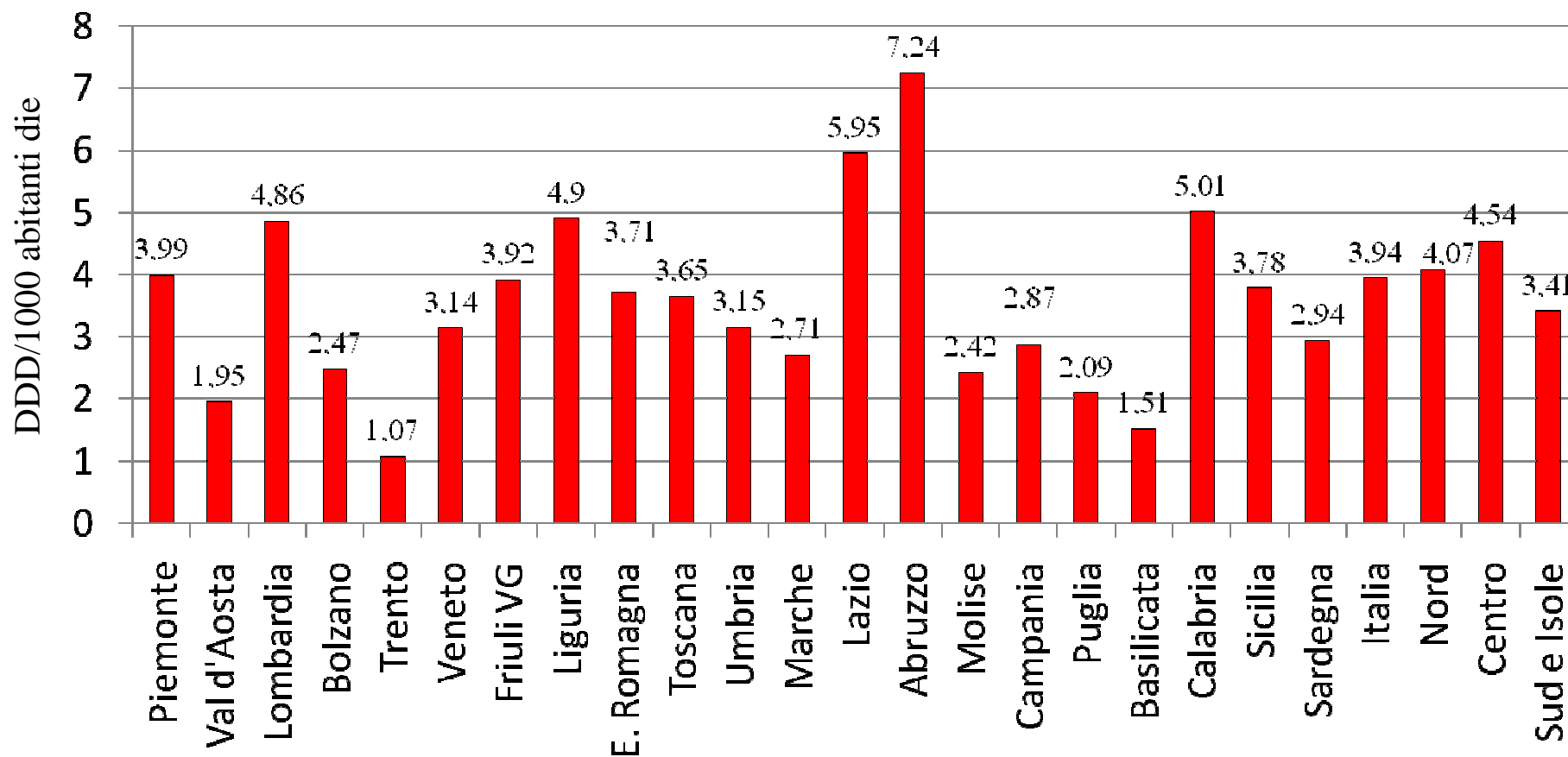
3. LE POLITICHE DEL FARMACO



NOTA 85

	<p>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) individuate dalle Regioni e dalle Provincie Autonome di</p>
	<p>Trento e Bolzano, è limitata ai pazienti con malattia di Alzheimer di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 (donepezil, rivastigmina, galantamina) o moderato, con MMSE tra 10 e 20 (donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina).</p>
<p>Inibitori dell'acetilcolinesterasi:</p> <ul style="list-style-type: none">- donepezil- galantamina- rivastigmina - memantina	<p>Alle UVA è affidato il compito di effettuare o, eventualmente, confermare una diagnosi precedente e di stabilire il grado di severità in accordo alla scala MMSE.</p> <p>Il piano terapeutico deve essere formulato sulla base della diagnosi iniziale di probabile demenza di Alzheimer di grado lieve-moderato.</p> <p>La risposta clinica dovrà essere monitorata ad intervalli regolari dall'inizio della terapia:</p> <ul style="list-style-type: none">• a 1 mese, per la valutazione degli effetti collaterali e per l'aggiustamento del piano terapeutico;• a 3 mesi, per una prima valutazione della risposta e per il monitoraggio della tollerabilità; la rimborsabilità del trattamento oltre i tre mesi deve basarsi sul non peggioramento dello stato cognitivo del paziente valutato tramite MMSE ed esame clinico;• ogni 6 mesi per successive valutazioni della risposta e della tollerabilità.

RISULTATI RELATIVI ALL'USO DEGLI INIBITORI DELLE COLINESTERASI NELLE REGIONI ITALIANE (2008)
(DDD X 1000 ab) (DATI OSMED)





Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

Ufficio Segreteria Organi Collegiali

Roma, 21 luglio 2005

COMUNICATO

IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEI DISTURBI PSICOTICI IN PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

La Commissione Consultiva Tecnico Scientifica dell'A.I.F.A., nella seduta del 27 giugno 2005, valutato le premesse di carattere scientifico e le evidenze di farmacovigilanza relative agli antipsicotici di prima e di seconda generazione, nonché il ruolo svolto nella terapia dei disturbi psicotici e comportamentali in pazienti affetti da demenza, ha ritenuto necessario ed urgente la definizione di un programma di farmacovigilanza attiva, allo scopo di aumentare le conoscenze a disposizione su tale argomento.

Facendo seguito a tale richiamata decisione, l'A.I.F.A. dispone quanto segue.
Le disposizioni qui di seguito riportate riguardano sia gli antipsicotici di prima generazione sia quelli di seconda generazione (categoria ATC N05A).



Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

Roma, 28/12/2006

Il presente Comunicato, che deriva dalla discussione della CTS del 9-10 maggio 2006, fa seguito al precedente ed ha lo scopo di fornire ulteriori aggiornamenti ed integrazioni in merito all'utilizzo dei farmaci antipsicotici (ATC N05A), nei pazienti affetti da demenza.

Il medico prescrittore, quindi, dovrà acquisire il consenso informato dal paziente, secondo le norme vigenti, previa informazione, puntuale ed esaustiva, sui farmaci e il rischio di reazioni avverse.

La prescrizione dei farmaci antipsicotici nella demenza dovrà essere effettuata attraverso i centri specialistici autorizzati, identificati dalle regioni, con la procedura di rimborsabilità, da parte del SSN, in regime di distribuzione diretta.

A.4 - Le analisi dei profili prescrittivi dei medici di medicina generale del campione Health Search relative ad alcune condizioni cliniche

L'uso
dei Farmaci
in Italia

Rapporto nazionale
anno 2010

Indicatori di appropriatezza

- 4.1 Numero di casi trattati con inibitori delle AChE e memantina **[numeratore]**, sul totale dei casi di demenza vascolare **[denominatore]**.
- 4.2 Numero di casi trattati con antipsicotici per un periodo >84 giorni/anno (espresso in DDD) **[numeratore]**, sul totale dei casi di demenza con almeno una prescrizione di antipsicotico **[denominatore]**.

Inibitori-AChE, memantina

Antipsicotici >84 giorni/anno

**Demenza vascolare
[N=1.177]^o**

**Demenza
[N=2.282]^{* o}**

% Δ %
10-09

% Δ %
10-09

ANALISI GEOGRAFICA

Piemonte/Val d'Aosta	6,9	-0,1	13,8	-3,0
Lombardia	7,4	-0,3	23,8	+3,1
Liguria	9,5	-5,5	16,1	+3,3
Bolzano/Trento/Friuli V.G.	-	-	10,4	-1,6
Veneto	8,8	+4,2	14,2	-2,3
Emilia Romagna	2,3	-2,8	7,5	-1,1
NORD	5,9	-0,7	15,7	+0,2
Toscana	-	-	12,3	-2,2
Marche/Umbria	8,1	-1,6	24,9	+3,4
Lazio	14,9	-3,1	15,0	-5,3
CENTRO	10,9	-2,1	19,2	-0,6
Abruzzo/Molise	-	-	30,3	+4,9
Puglia	7,2	+2,7	20,1	-1,9
Campania	6,9	+1,9	12,1	-4,7
Basilicata/Calabria	3,2	-0,1	22,4	-1,1
Sicilia/Sardegna	4,9	-0,6	18,7	+4,4
SUD E ISOLE	6,4	+0,9	20,0	+0,5
ITALIA	6,9	-0,2	17,7	+0,1

Inibitori-AChE, memantina

Antipsicotici >84 giorni/anno

**Demenza vascolare
[N=1.177]^o**

**Demenza
[N=2.282]^{*o}**

% Δ %
 10-09

% Δ %
 10-09

ANALISI PER GENERE

Maschi	6,8	-0,6	19,6	+1,2
Femmine	6,9	0,0	16,8	-0,4

ANALISI PER ETÀ

≤45	-	-	-	-
46-65	-	-	41,2	+6,5
66-75	9,9	+0,9	20,3	-5,4
>75	6,3	-0,4	16,1	+1,0

The use of antipsychotic medication for people with dementia:

Time for action



Antipsychotic prescriptions for people with dementia have reduced by 52 per cent in three years, according to an audit carried out by the NHS Information Centre.

The audit collected data from more than 3,800 GP practices in England, with information about nearly 197,000 people with dementia. The 52 per cent reduction is between 2008 and 2011. It was also found that there were strong regional variations, with rates of prescribing of antipsychotic drugs up to six times higher in some areas than others. Alzheimer's Society comment:

A
Care

AdCare
(RCT sull'uso degli antipsicotici nella demenza di Alzheimer)

19 UVA di 12 regioni
13 neurologiche
6 geriatriche

1000 pz trattati per un anno

- olanzapina
- risperidone
- quetiapina
- aloperidolo
- placebo



Finanziato da AIFA 2006

How Are the Interests of Incapacitated Research Participants Protected through Legislation? An Italian Study on Legal Agency for Dementia Patients

Sabina Gainotti¹, Susanna Fusari Imperatori², Stefania Spila-Alegiani¹, Laura Maggiore², Francesca Galeotti¹, Nicola Vanacore¹, Carlo Petrini³, Roberto Raschetti¹, Claudio Mariani², Francesca Clerici^{2*}

1 National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion, National Institute of Health, Rome, Italy, **2** Chair of Neurology, Centre for Research and Treatment on Cognitive Dysfunctions, University of Milan, "L. Sacco" Hospital, Milan, Italy, **3** Bioethics Unit, Office of the President, National Institute of Health, Rome, Italy

CURRENT OPINION

Drugs Aging 2012; 29 (8): 1-8
1170-229X/12/0008-0001/\$49.95/0

Adis © 2012 Springer International Publishing AG. All rights reserved.

How Legislation on Decisional Capacity Can Negatively Affect the Feasibility of Clinical Trials in Patients with Dementia

Francesca Galeotti,¹ Nicola Vanacore,¹ Sabina Gainotti,¹ Fabio Izzicupo,²
Francesca Menniti-Ippolito,¹ Carlo Petrini,¹ Flavia Chiarotti,¹ Rabih Chattat³ and
Roberto Raschetti¹ and the AdCare Study Group

1 National Institute of Health, Rome, Italy

2 U.O. Hospice-Area Vasta 1, Fossombrone, Italy

3 Alma Mater Studiorum University, Bologna, Italy

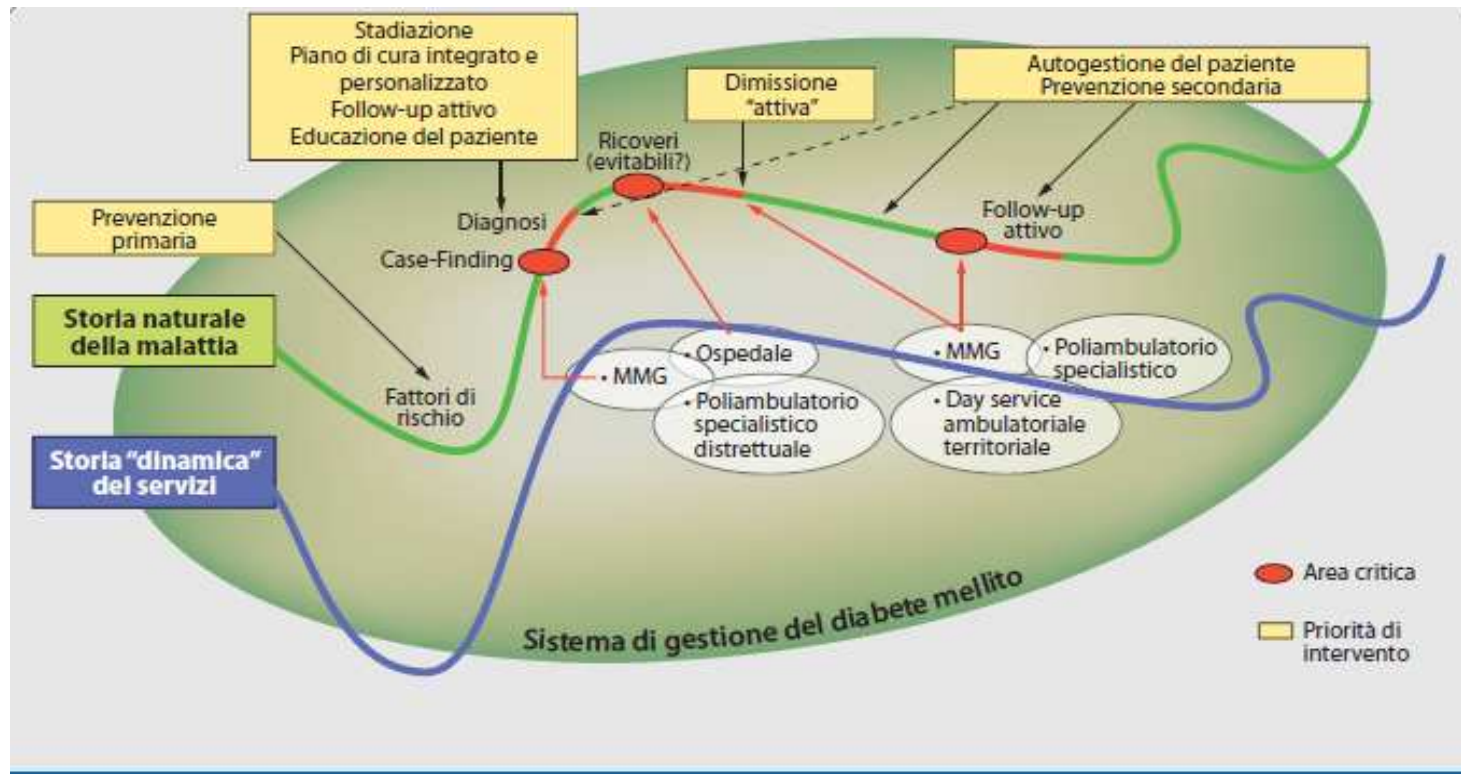
IL CONSENSO INFORMATO NEI SOGGETTI INCAPACI

Il riferimento normativo sul consenso informato in soggetti "incapaci" è il D.lgs 24 giugno 2003, n. 211 (*"Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico"*).

In particolare all'art. 5 la norma stabilisce che:

*(...) la partecipazione ad una sperimentazione clinica degli adulti incapaci che non hanno dato o non hanno rifiutato il loro consenso informato prima che insorgesse l'incapacità e' possibile solo a condizione che:
sia stato ottenuto il consenso informato del rappresentante legale;*

4. LA RETE DEI SERVIZI E I PERCORSI ASSISTENZIALI





**Alzheimer's Disease
International**

World Alzheimer Report 2011

The benefits of early diagnosis and intervention



Recommendations

- Every country should have a national dementia strategy. National dementia strategies should promote early diagnosis and intervention through awareness raising, training of the health and social care workforce, and health system strengthening.
- All primary care services should have basic competency in early detection of dementia, making and imparting a provisional dementia diagnosis, and initial management of dementia.
- Where feasible, networks of specialist diagnostic centres should be established to confirm early stage dementia diagnoses and formulate care management plans.
- In resource-poor settings with limited or no access to specialist dementia services, earlier dementia diagnosis can still be achieved, for example through scaling up the WHO mhGAP evidence-based intervention guide across primary care services.
- The availability of effective drug and non-drug interventions for people with dementia and their carers should be publicised to health and social care professionals through initial training and ongoing professional development, and to the public through population health promotion, and health and social care facilities.
- Purchasers and providers of dementia care services should ensure that evidence-based interventions are made available to people in the early stage of dementia, and audit this process.
- More research should be commissioned and funded, including investigation of:
 - The efficacy of drug and non-drug interventions specifically designed to meet the needs of people in the early stages of dementia.
 - The real-world costs and benefits of scaling up earlier diagnosis and early-stage dementia care services, specific to the settings in which the economic evidence is to be applied.
 - The effect of earlier diagnosis on outcomes (overall health, cognitive functioning, quality of life, etc.) for people with dementia and their carers.
 - The progress towards closing the 'treatment gap'.

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 204 del 1° settembre 2000 - Serie generale

pediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma

GAZZETTA  UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Venerdì, 1° settembre 2000

SI PUBBLICA TUTTI
I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 06 85081

DECRETO MINISTERIALE 20 luglio 2000.

**Protocollo di monitoraggio dei piani di
trattamento farmacologico per la malattia
di Alzheimer.**

Identificazione delle unità di valutazione

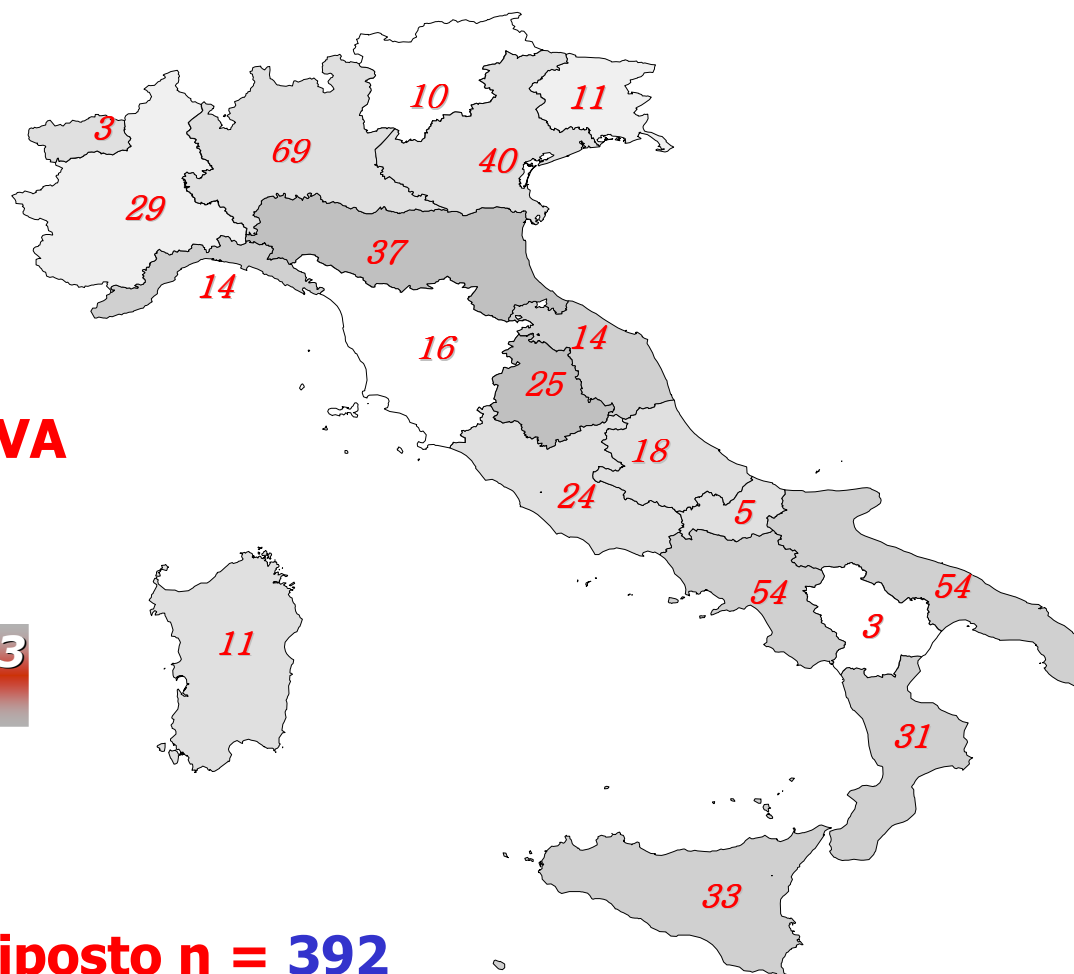
Le Regioni e Province Autonome dovranno fornire l'elenco delle strutture idonee alla diagnosi e al trattamento della demenza di Alzheimer (DA) in modo da garantire la massima accessibilità a tutti i pazienti interessati. Tutte le strutture identificate verranno qualificate come unità di valutazione per il monitoraggio dei piani di trattamento per la malattia di Alzheimer.

Le unità di valutazione dovranno essere identificate nella forma di unità funzionali basate sul coordinamento delle competenze neurologiche, psichiatriche, internistiche e geriatriche presenti nell'ambito dei dipartimenti ospedalieri e dei servizi specialistici aziendali, della medicina generale e dei servizi di assistenza domiciliare.

Potrebbe essere indicato nel distretto il livello assistenziale appropriato per il necessario coordinamento operativo tra competenze e servizi rilevanti rispetto ai diversi aspetti dell'assistenza al paziente con Alzheimer ed ai suoi familiari. Tutte le unità valutative dovranno, comunque, rispondere ai seguenti requisiti:

- capacità di valutare il soggetto con disturbi cognitivo-comportamentali seguendo un percorso diagnostico strutturato.
- capacità di mantenere un contatto e una interazione continua con il medico di famiglia in modo che sia garantita la continuità delle cure dell'ammalato.
- disponibilità di strutture per la erogazione dei farmaci anticolinesterasici per il trattamento sintomatico della DA.
- impegno a rispettare il presente protocollo di monitoraggio dei trattamenti.

ATTIVAZIONE DI 503 Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) SULL'INTERO TERRITORIO NAZIONALE (CENSIMENTO 2002-2006)



Elenco di **717 UVA**

n° UVA attive: 503
(70,1%)

UVA che hanno riposto n = 392

CAMPANIA

Anno XXXVI - Numero 18

ISSN1591-5417

Poste Italiane - spedizione in a.p.-70%
Direzione Commerciale - La Spezia

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA

REGIONE CAMPANIA

PERIODICO SETTIMANALE

Napoli - 18 aprile 2006

* di individuare quali Centri specialistici esperti nella diagnosi e cura dei pazienti affetti da demenza, previsti dal Comunicato AIFA del 21.07.2005 le Unità di valutazione Alzheimer - Allegato 2 che forma parte integrante del presente provvedimento

EMILIA ROMAGNA

In applicazione del Progetto regionale Demenze, le AUSL hanno identificato i Consultori per le demenze.

In Emilia-Romagna è presente una rete di 46 consultori per le demenze, distribuiti su tutto il territorio regionale, dove operano equipe multiprofessionali per una valutazione diagnostica approfondita dei casi.

I consultori svolgono anche i compiti di Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) previsti dal decreto del Ministro della Sanità del 20/07/2000 per l'attuazione del protocollo di monitoraggio farmacologico per la malattia di Alzheimer (ex progetto Cronos).

Le principali funzioni dei consultori per le demenze sono:

- valutazione approfondita del caso per una diagnosi adeguata e tempestiva (con accesso privilegiato agli esami di laboratorio e strumentali) - trattamento farmacologico, interventi di stimolazione cognitiva e sostegno alla famiglia in collaborazione con gli altri servizi della rete (Servizio assistenza anziani)- monitoraggio e controllo del caso

VENETO

Progetto Collaborativo CENTRI DI DECADIMENTO COGNITIVO – MMG –VENETO ALZHEIMER sulla demenza di Alzheimer.

LAZIO

Riguardo all'obiettivo identificato si propone la riorganizzazione delle 34 UVA regionali in Centri diagnostici specialistici per le demenze e in Centri esperti per le demenze.

In ogni ASL la riorganizzazione delle UVA dovrà prevedere l'individuazione di almeno un Centro diagnostico e di uno o più Centri esperti (distrettuali o sovradistrettuali) che dovranno raccordarsi tra loro secondo criteri di territorialità.



Piano sanitario regionale 2010-2012

Una rete assistenziale per le demenze in Sicilia dovrebbe comprendere 5 **Centri di Riferimento (CR);**

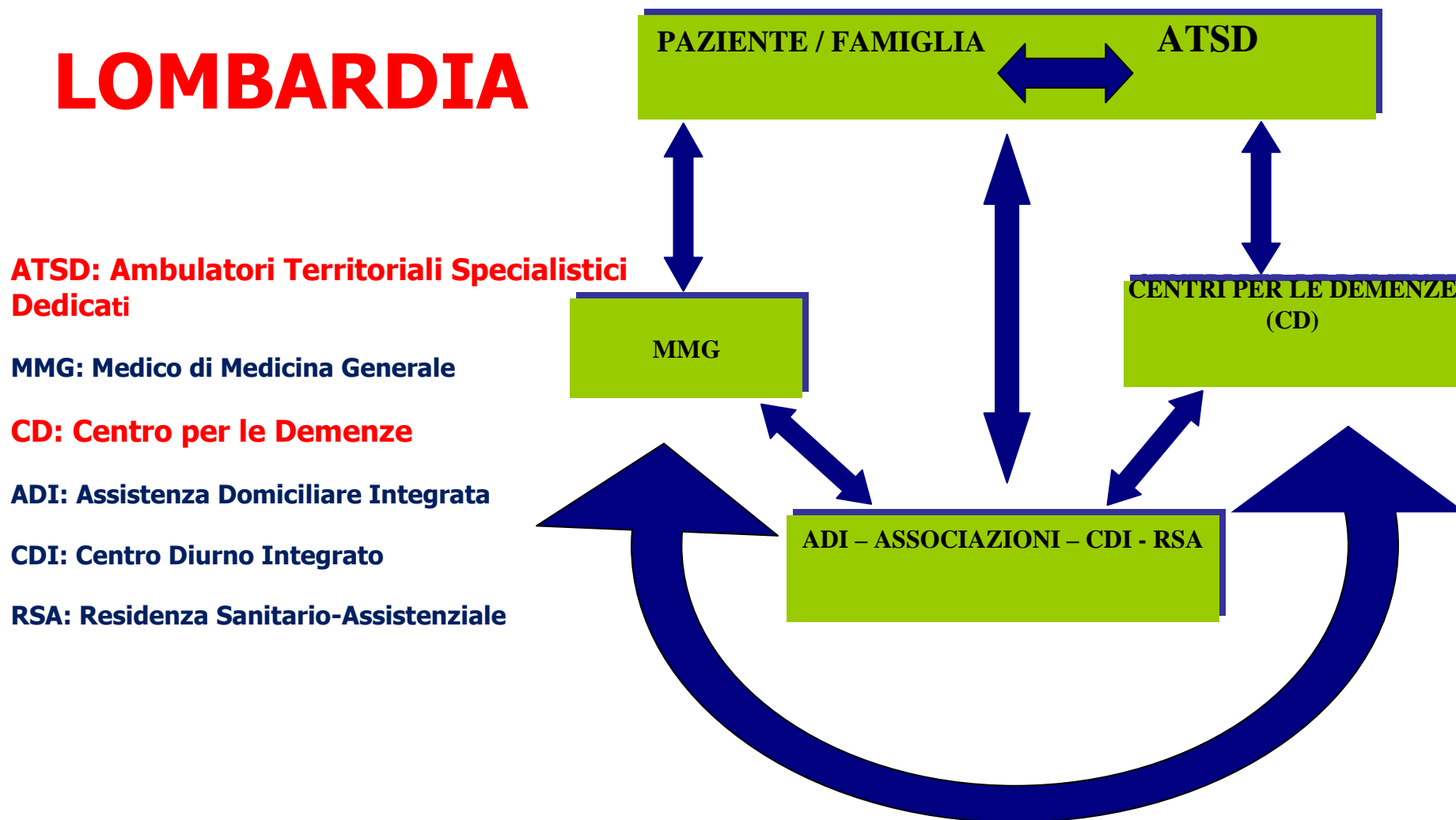
Il successivo monitoraggio dei pazienti, affidati ai **Centri di Assistenza Territoriale (10-15 per ogni CR) per la gestione terapeutica ordinaria, avrà cadenza annuale in assenza di particolari complicazioni o peggioramenti clinici.**

I **Centri di Assistenza Socio-Sanitaria (CASS) potranno sovrapporsi alle U.V.A. già esistenti e promuovere attività occupazionali e di stimolazione cognitiva per i pazienti, unitamente a iniziative volte a sgravare le famiglie dal carico assistenziale.**

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE DEMENTE

*Rete Integrata per la gestione del paziente demente
REGIONE LOMBARDIA - 14 gennaio 2008*

LOMBARDIA



LOMBARDIA: CENSIMENTO DEI SERVIZI E DELLE STRUTTURE

Il progetto pilota, avviato dalla Federazione Alzheimer Italia in collaborazione con l'Istituto Mario Negri di Milano, intende fornire una “bussola” per aiutare le famiglie ad orientarsi nel labirinto di proposte di cura e assistenza che, seppure scarse, ruotano attorno alla malattia e valutarne la qualità attraverso un sistema di indicatori

Living well with dementia: A National Dementia Strategy



A network of memory clinics: when and how?

The first stage of an ambitious plan to transform dementia services in England over the next 5 years, a consultation on a National Dementia Strategy (NDS), opened for public discussion on June 19. In a country struggling to cope with the health and social care needs of more than 500 000 patients with dementia—a number expected to at least double by 2040—this is undoubtedly a much-needed approach. Neurologists, psychiatrists, geriatricians, and dementia researchers should not miss the opportunity to shape the future of dementia health services.

patients with memory complaints referred by their family doctors would receive a prompt diagnostic assessment.

The provision of memory assessment clinics as referral points for diagnosis is a key recommendation of the 2006 National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines on the management of dementia, and has also been recommended by the European Dementia Consensus Network. The model of multidisciplinary memory clinics proposed by the NDS has been successfully evaluated in the Croydon Memory Service, a pilot clinic in south

www.thelancet.com/neurology Vol 7 August 2008



Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012

Funding summary

1.6 billion euros over 5 years

300 million euros in 2008

The medico-social aspect **over 1.2 billion euros**

Spending will amount to 254 million euros in 2008.

Funding will be provided by the health insurance system and the National Fund for the Autonomy of Elderly and Disabled People (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, CNSA).

The health aspect **over 200 million euros**

Health spending will represent 23 million euros in 2008, most of which will come from the health insurance system.

The research aspect **200 million euros**

The creation of a Foundation for Scientific Research will make it possible to stimulate and coordinate research into Alzheimer's disease in France and to attract public and private resources to the issue.

In 2008, 29 million euros of spending are planned (including an initial capital subsidy from the state for the Foundation for Scientific Cooperation of €14.4 million).

1. Context and issues

A major effort has been made in recent years to ensure that each health district (territoire de santé) has its own memory unit (consultation mémoire).

On 31 December 2006 there were 366 memory units located in short-stay institutions throughout the country, of which 234 were recognised by regional hospitalisation agencies (agences régionales d'hospitalisation, ARH). A large degree of regional diversity remains. This is why it is necessary to **create 38 memory units** to enable each region to reach a satisfactory level of facilities.

6. Funding

- *Funding amount*

A memory unit requires a multidisciplinary team including practitioners in neurology, geriatrics or psychiatry, a psychologist or speech therapist and secretarial provision.

Creation of 38 memory units over the term of the plan: **€6.68 million over 5 years**

For 2008: **creation of 24 memory units, i.e. €4.224 million for new measures and additional funding for the memory units created in 2007 (€2.7 million)**

- *Sources of funding*

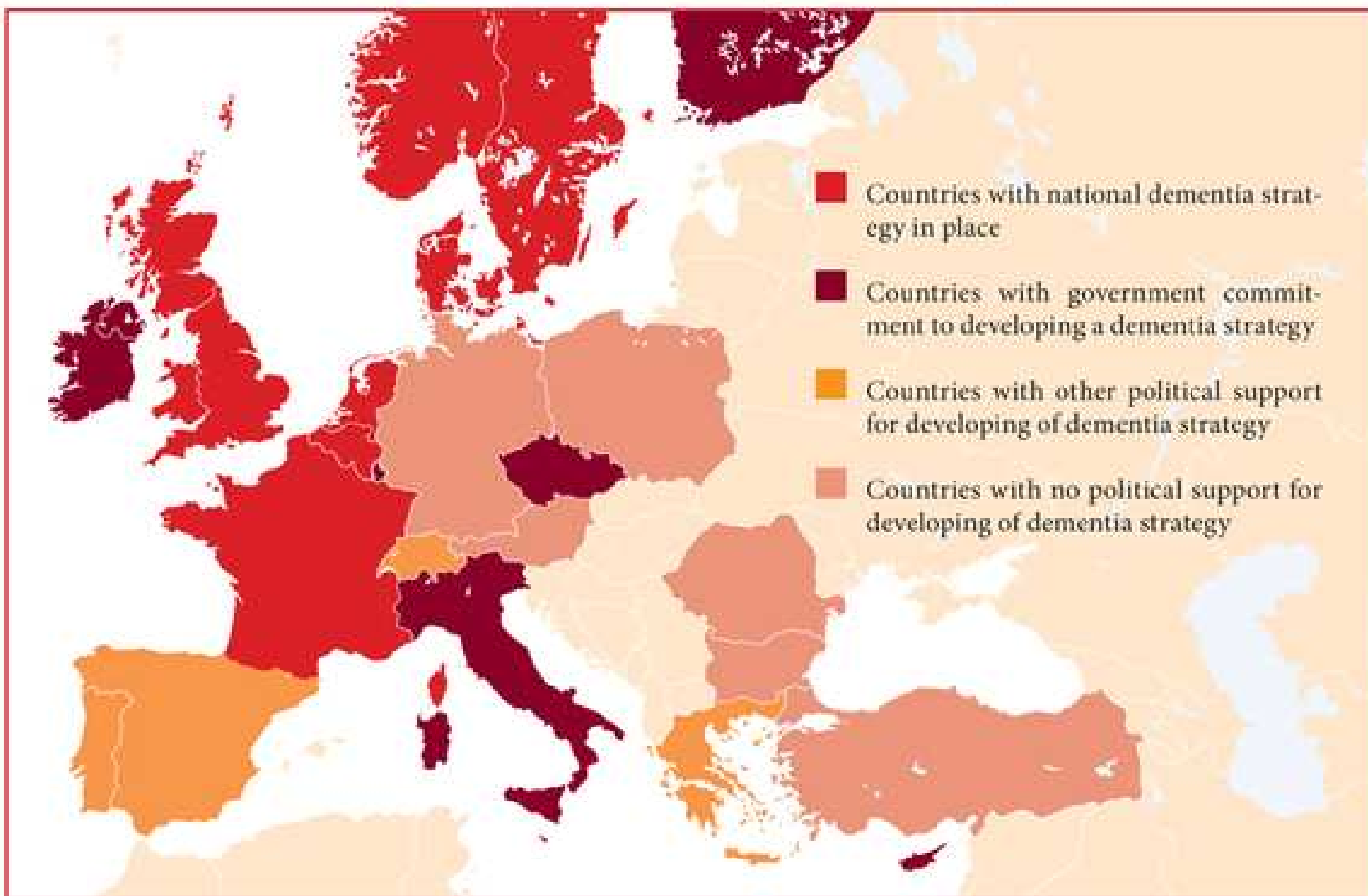
Health insurance system: national targets for health insurance spending (Objectif national des dépenses d'assurance maladie, ONDAM), health establishments, missions of public interest and support for contracting (Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, MIGAC)

7. Evaluation

- Monitoring of activity figures for new memory units six months after they open: number of active patients, unit opening times
- Number of memory units

Last Updated: Thursday 15 March 2012

The status of national dementia strategies in Europe



Disease Management

**Un approccio alla cura del paziente
che coordina le risorse di tutto il
sistema sanitario (e i suoi attori) e
che garantisce un'assistenza di
elevata qualità durante tutto il
continuum della malattia**

Ellrodt G. JAMA 1997

*[...] an approach to patient care that coordinates medical resources for patients across the entire health care delivery system
[...] Provision of high-quality care accross the continuum of the disease. Ellrodt G. JAMA 1997*

Percorso Assistenziale (1)

Macroprocesso che corrisponde alla intera gestione di un problema di salute.

I percorsi assistenziali possono essere definiti come piani multidisciplinari e interprofessionali relativi ad una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale e la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito.

Percorso Assistenziale (2)

Hanno lo scopo di:

- **eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi**
- **contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti**
- **assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza**
- **ridurre al minimo i rischi per i pazienti**
- **migliorare gli esiti**

Qual è l'effetto dei programmi di gestione integrata nel ritardare l'istituzionalizzazione delle persone affette da demenza? I risultati di una revisione sistematica della letteratura

Chiara Rivoiro¹, Francesca Galeotti², Nicola Vanacore²

¹ARESS Piemonte; ²Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità

Riassunto. Il problema della demenza sta assumendo una rilevanza crescente in termini di sanità pubblica. In Italia si stima che vi siano circa 1.000.000 di persone affette da demenza e 3.000.000 di familiari coinvolti nell'assistenza. La letteratura internazionale evidenzia gli effetti positivi di un approccio di gestione integrata a tale patologia sulla salute, l'organizzazione ed i costi diretti ed indiretti. Questa review nasce con l'intento di determinare l'efficacia del modello di gestione integrata della malattia per i pazienti con demenza e per i loro caregiver nel ritardare il momento dell'istituzionalizzazione. Solo nove studi sono stati selezionati per la valutazione finale nella revisione. Tutti gli studi hanno confrontato gli esiti di un intervento di gestione integrata su un gruppo costituito da coppie di malati/caregiver con un gruppo di controllo a cui venivano offerte le cure standard. I pazienti che hanno ricevuto l'intervento sperimentano una riduzione variabile del tasso di istituzionalizzazione rispetto ai controlli. I caregiver coinvolti nei gruppi sperimentali hanno mostrato un sollievo nel loro carico di cura soggettivo e oggettivo. Emergono dunque evidenze che la gestione integrata della malattia può essere efficace per la presa in carico delle persone affette da demenza, ma il grado di questo effetto è lieve e non è ancora chiaro quale tipo di intervento risulta più utile per i malati ed i caregiver ed in quale stadio della demenza.



Regione
Lombardia

ASL Milano

e le Aziende Ospedaliere, IRCCS, ASP(Aziende di Servizi alla Persona), Università sotto elencate

Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale Riabilitativo (PDTAR) per la popolazione e i pazienti con demenza

Versione novembre 2011 - da aggiornare entro dicembre 2013 o prima
- su richiesta scritta all'ASL di componenti del Gruppo di lavoro - se emergeranno
novità clinicamente rilevanti



Regione
Lombardia

ASL Brescia

**PERCORSO
DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE
DECADIMENTO COGNITIVO/DEMENTIA**



Settembre 2011

Sindrome Demenza
Diagnosi e Trattamento

LINEA GUIDA
Consiglio Sanitario Regionale

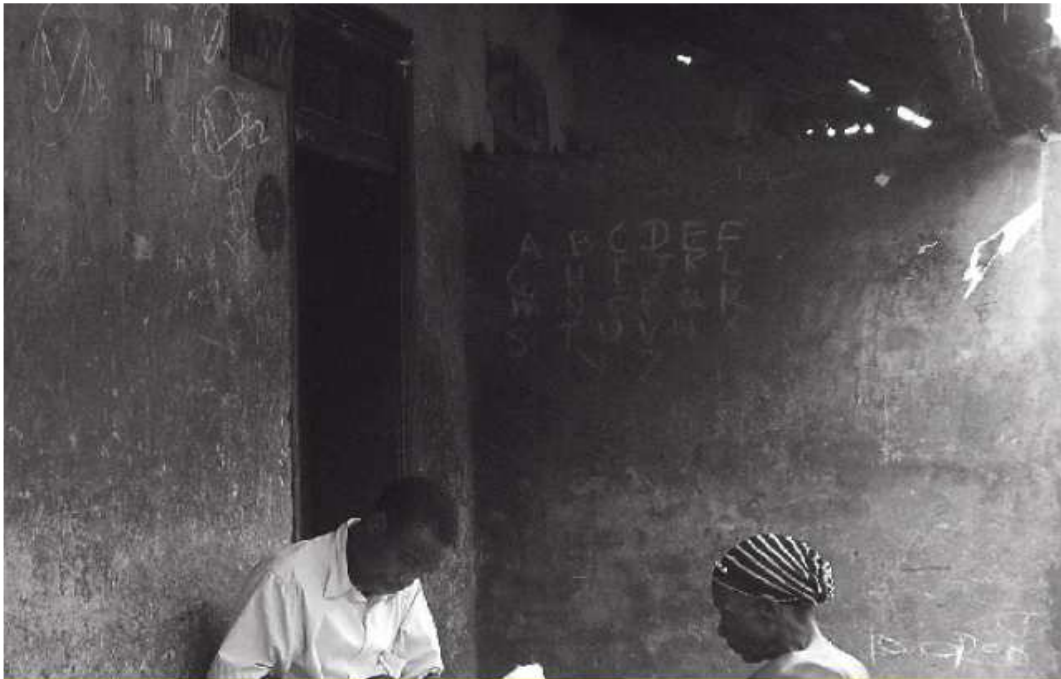


Livello di prova

- I** Prove ottenute da più studi controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
- II** Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
- III** Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro meta-analisi.
- IV** Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso controllo o loro meta-analisi.
- V** Prove ottenute da studi di casistica senza gruppo di controllo.
- VI** Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile delle linee guida.

5. ELEMENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA





CHAPTER 2

EPIDEMIOLOGY OF DEMENTIA



ETIOLOGY AND POTENTIAL FOR PREVENTION

The US National Institutes of Health (NIH) conducted a state-of-the-science conference review in 2010 to provide health-care providers, patients and the public with an assessment of currently available data on prevention of Alzheimer's disease and cognitive decline (85). Their report states that "firm conclusions cannot be drawn about the association of any modifiable risk factor with cognitive decline or Alzheimer's disease". However, the evidence base is still incomplete and further research is required. Very few primary prevention randomized controlled trials have been conducted, and the results do not support potential for risk reduction (see below). Nevertheless, many of these trials recruited older people, and follow-up periods were relatively short. Given that neurodegeneration may precede the onset of dementia by several decades, this may have been a case of too little too late. There is, however, a strong evidence base from population-based cohort studies attesting to the potential risk reduction benefits of better cardiovascular health, more education, and higher levels of physical activity.

PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA

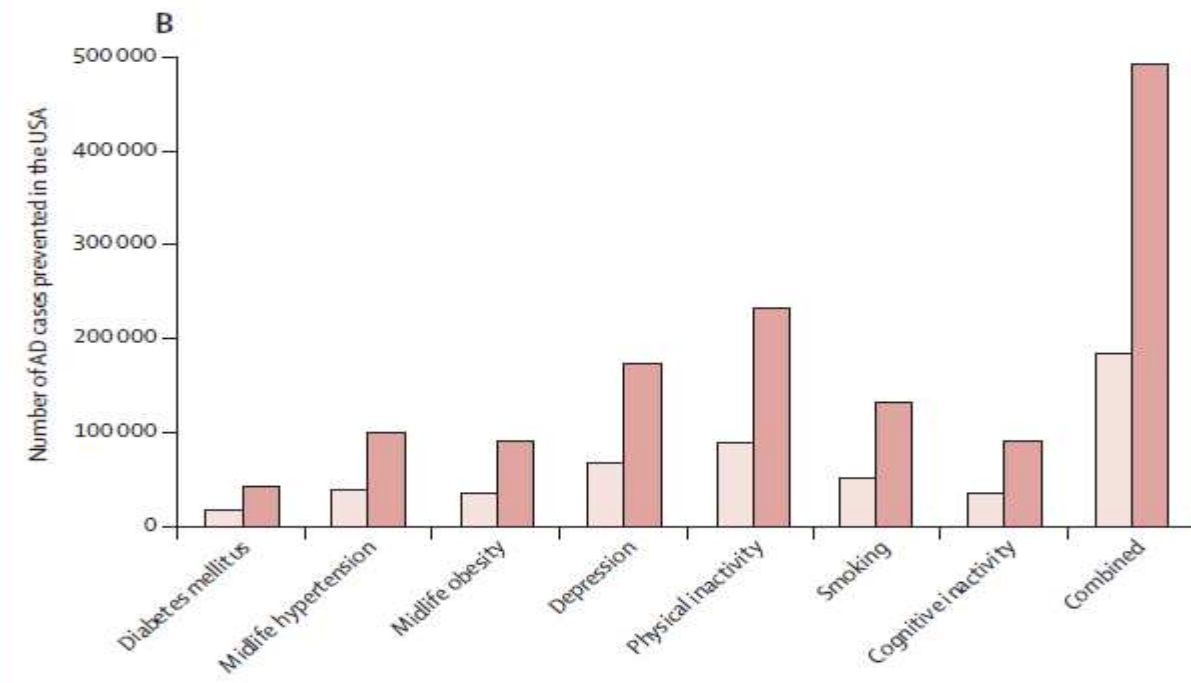
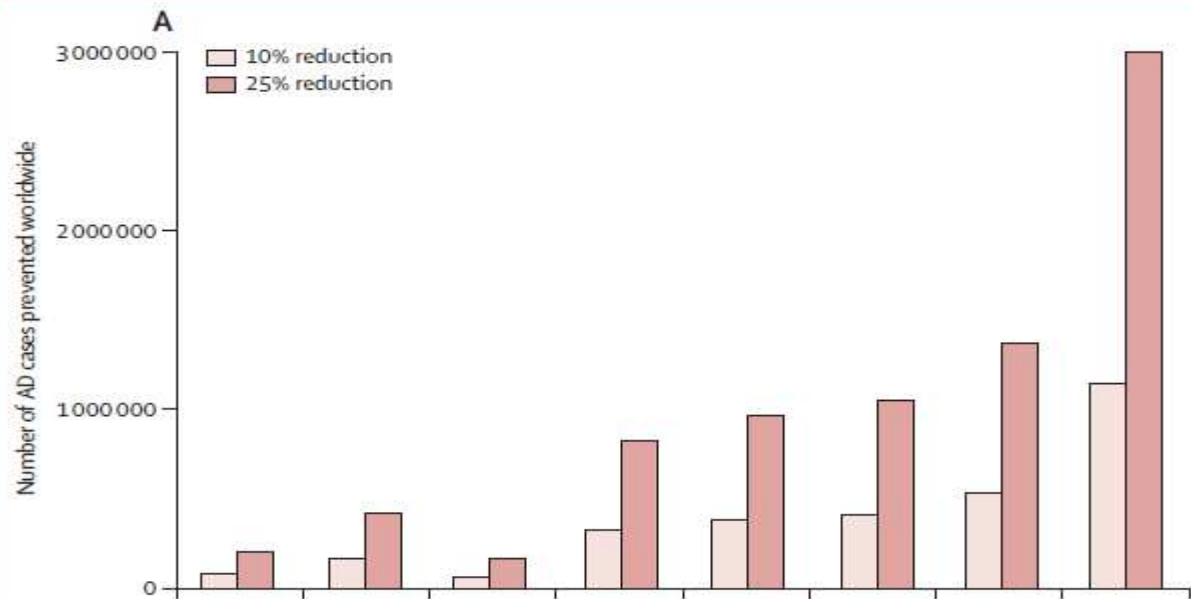
The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence

Deborah E Barnes, Kristine Yaffe

At present, about 33·9 million people worldwide have Alzheimer's disease (AD), and prevalence is expected to triple over the next 40 years. The aim of this Review was to summarise the evidence regarding seven potentially modifiable risk factors for AD: diabetes, midlife hypertension, midlife obesity, smoking, depression, cognitive inactivity or low educational attainment, and physical inactivity. Additionally, we projected the effect of risk factor reduction on AD prevalence by calculating population attributable risks (the percent of cases attributable to a given factor) and the number of AD cases that might be prevented by risk factor reductions of 10% and 25% worldwide and in the USA. Together, up to half of AD cases worldwide (17·2 million) and in the USA (2·9 million) are potentially attributable to these factors. A 10–25% reduction in all seven risk factors could potentially prevent as many as 1·1–3·0 million AD cases worldwide and 184 000–492 000 cases in the USA.

Lancet Neurol 2011; 10: 819–28

	Population prevalence	Relative risk (95% CI)	PAR (confidence range)	Number of cases attributable (thousands; confidence range)
Worldwide				
Diabetes mellitus	6.4%	1.39 (1.17-1.66)	2.4% (1.1-4.1)	826 (365-1374)
Midlife hypertension	8.9%	1.61 (1.16-2.24)	5.1% (1.4-9.9)	1746 (476-3369)
Midlife obesity	3.4%	1.60 (1.34-1.92)	2.0% (1.1-3.0)	678 (387-1028)
Depression	13.2%	1.90 (1.55-2.33)	10.6% (6.8-14.9)	3600 (2295-5063)
Physical inactivity	17.7%	1.82 (1.19-2.78)	12.7% (3.3-24.0)	4297 (1103-8122)
Smoking	27.4%	1.59 (1.15-2.20)	13.9% (3.9-24.7)	4718 (1338-8388)
Low education	40.0%	1.59 (1.35-1.86)	19.1% (12.3-25.6)	6473 (4163-8677)
Combined (maximum)	50.7%	17 187 028*
USA				
Diabetes mellitus	8.7%	1.39 (1.17-1.66)	3.3% (1.5-5.4)	174 (77-288)
Midlife hypertension	14.3%	1.61 (1.16-2.24)	8.0% (2.2-15.1)	425 (119-798)
Midlife obesity	13.1%	1.60 (1.34-1.92)	7.3% (4.3-10.8)	386 (226-570)
Depression	19.2%	1.90 (1.55-2.33)	14.7% (9.6-20.3)	781 (506-1078)
Physical inactivity	32.5%	1.82 (1.19-2.78)	21.0% (5.8-36.6)	1115 (308-1942)
Smoking	20.6%	1.59 (1.15-2.20)	10.8% (3.0-19.8)	574 (159-1050)
Low education	13.3%	1.59 (1.35-1.86)	7.3% (4.4-10.3)	386 (236-544)
Combined (maximum)	54.1%	2 866 951*
PAR=population attributable risk. * Absolute number.				
Table: Alzheimer's disease cases attributable to potentially modifiable risk factors worldwide and in the USA				





guadagnare salute

rendere facili le scelte salutari

SERIE GENERALE

*Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma*

Anno 148° — Numero 117

GAZZETTA



UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Martedì, 22 maggio 2007

SI PUBBLICA TUTTI
I GIORNI NON FESTIVI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 4 Maggio 2007

Documento programmatico "Guadagnare salute".

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Strategie e ipotesi di intervento

I progetti specifici che sviluppano il programma governativo, finalizzato a indurre alcuni cambiamenti di opinioni e di comportamenti, attraverso una idonea campagna informativa, sono quattro:

- A Guadagnare salute rendendo più facile una dieta più salubre (alimentazione)
- B Guadagnare salute rendendo più facile muoversi e fare attività fisica (attività fisica)
- C Guadagnare salute rendendo più facile essere liberi dal fumo (lotta al fumo)
- D Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol (lotta all'abuso d'alcol)



Attività fisica – pool di Asl 2008-2011

	% (IC95%)
Livello di attività fisica	
<i>attivo*</i>	33,0 (32,7-33,3)
<i>parzialmente attivo**</i>	36,9 (36,6-37,2)
<i>sedentario***</i>	30,1 (29,8-30,4)

*** lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)**

**** non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati**

***** non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero**



Situazione nutrizionale pool di Asl 2008-11

Popolazione in eccesso
ponderale

*sovrappeso**

%
(IC95%)

31,5

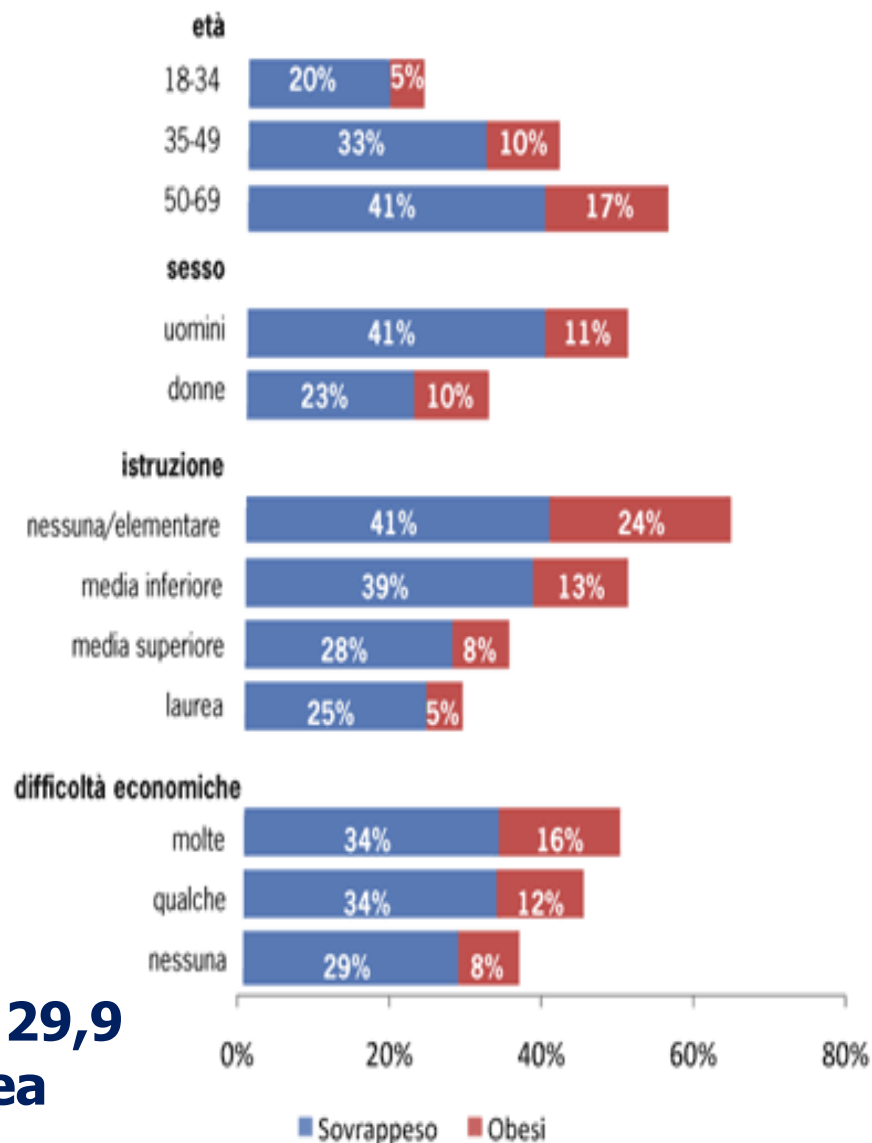
(31,2-31,8)

*obesi***

10,5

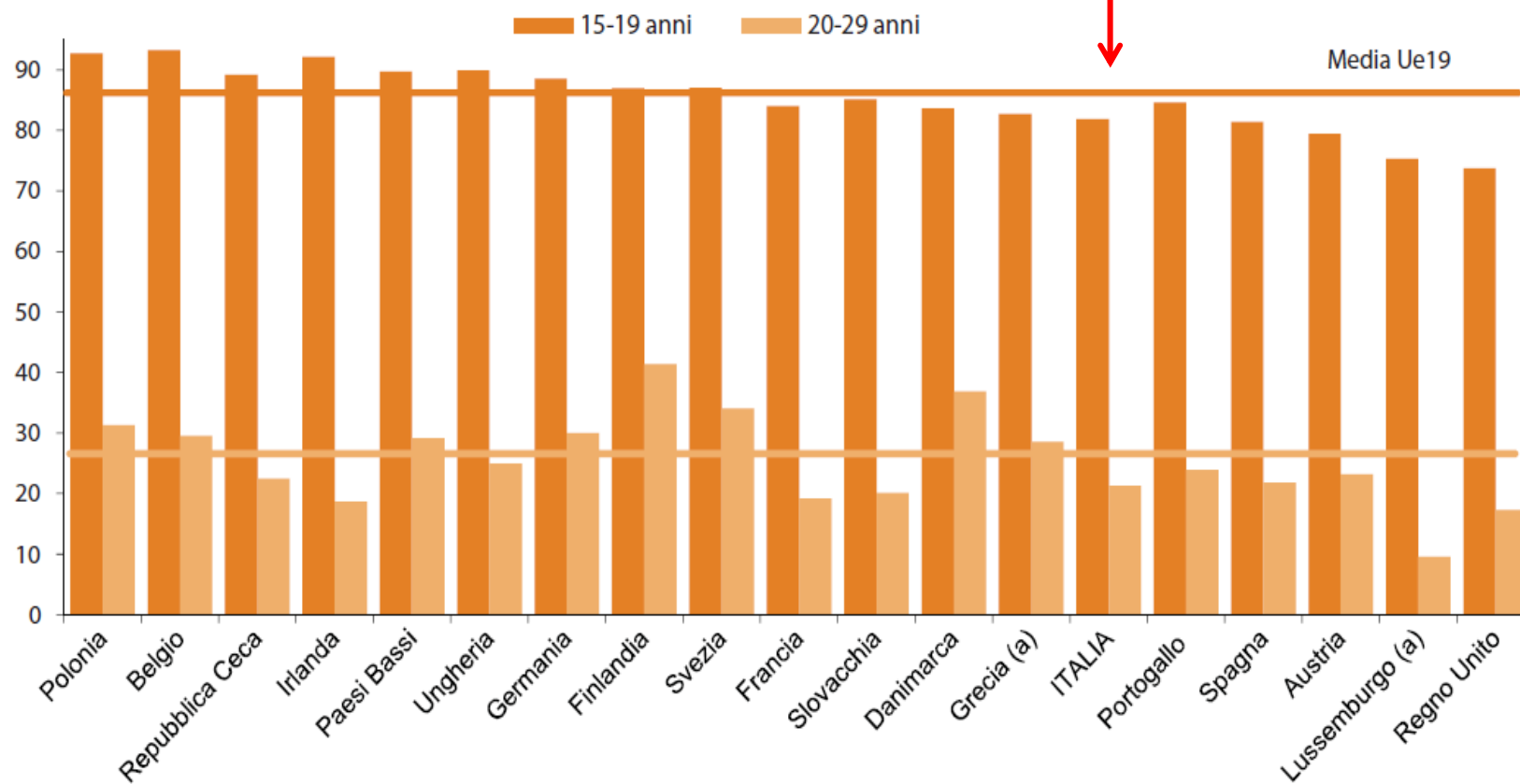
(10,3-10,7)

***sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9**
****obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥ 30**



Tassi di partecipazione al sistema di istruzione e formazione dei giovani 15-19enni e 20-29enni nei paesi Ue aderenti all'Ocse

Anno 2009 (valori percentuali)

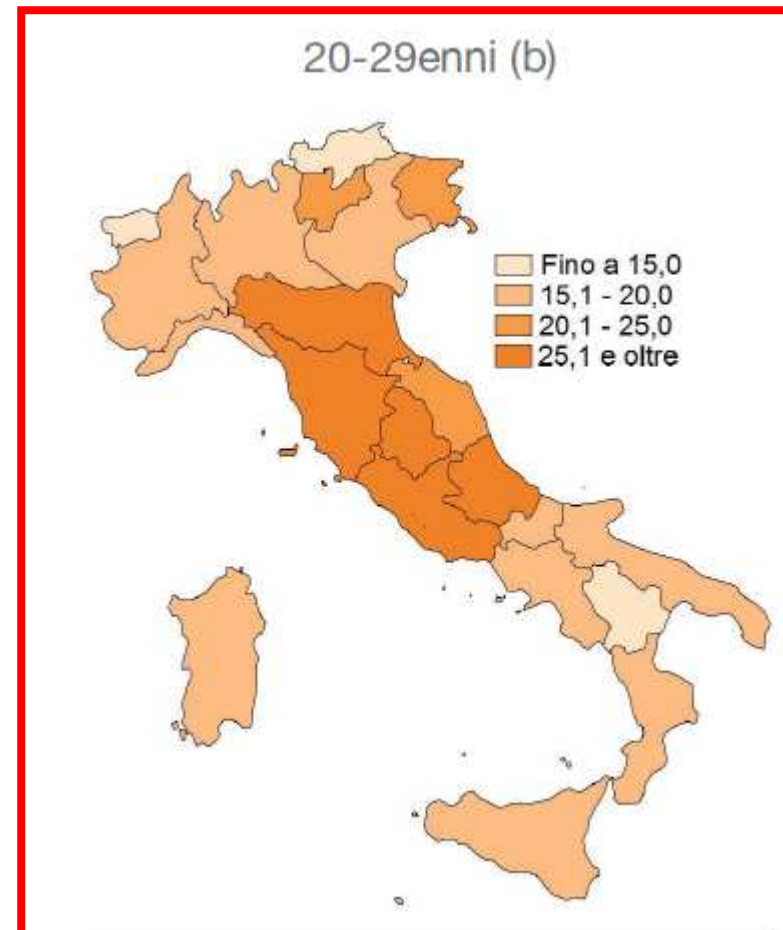
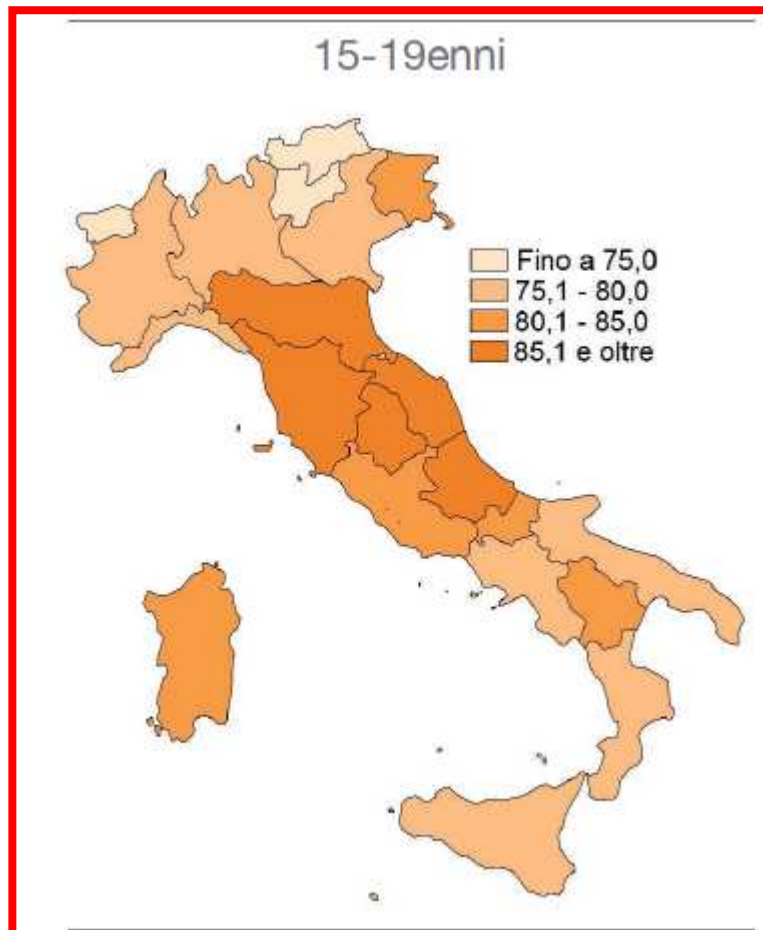


Tasso di partecipazione al sistema di istruzione e formazione dei giovani per regione

Anno 2009 (a) (valori percentuali)

Fonti

► Unesco-Ocse-Eurostat, Data collection



6. CONCLUSIONI



UN NUOVO INTERVENTO DI SANITA' PUBBLICA (a)

- 1. Approvare il Piano di Azioni delle demenze e istituire una funzione di coordinamento permanente per le demenze.**
- 2. Sostenere la partecipazione dei centri italiani a progetti europei di ricerca e di politica sanitaria sulle demenze.**
- 3. Perseguire l'appropriatezza nell'uso dei farmaci nella demenza (inibitori delle colinesterasi, memantina e antipsicotici)**
- 4. Definire o meno nella nota 85 la coprescrizione degli inibitori delle colinesterasi e memantina per i pazienti con punteggio di MMSE compreso tra 10 e 20.**

UN NUOVO INTERVENTO DI SANITA' PUBBLICA (b)

5. Promuovere la ricerca indipendente per incrementare le evidenze sull'uso dei farmaci (trial pragmatici farmacologici testa-a testa per rispondere a rilevanti quesiti clinici) e sugli approcci riabilitativi

6. Superare i comunicati AIFA sull'uso degli antipsicotici nella demenza , molto utili nel governare l'emergenza connessa alla diffusione dei warning dell'EMA e FDA, ma appare sempre più necessario stabilire una situazione a regime (chi promuove la modifica delle indicazioni ?)

7. Adeguare l'Italia agli altri paesi europei nell'adozione dei dispositivi legislativi sulla raccolta del consenso informato nella demenza.

UN NUOVO INTERVENTO DI SANITA' PUBBLICA (c)

8. Monitorare il cambiamento di denominazione dei centri clinici specialistici dedicati alla demenza in alcune regioni con l'applicazione dei Piani Sanitari Regionali del 2010-2012 con adeguamento dei documenti sulla politica del farmaco (nota 85 e comunicato sull'uso degli antipsicotici nella demenza)

9. Stimolare l'evoluzione verso un concetto di Rete dei servizi dedicati alle demenze, creando funzioni di coordinamento tra aspetti puramente clinici e quelli di gestione socio-sanitaria;

10. Stimolare l'attività collaborativa multicentrica di studio e ricerca fra i centri dedicati alle demenze.

PROSPETTIVE DI SANITA' PUBBLICA (d)

- 11. Promuovere LG e documenti di consenso sui processi diagnostici E sui trattamenti farmacologici.**
- 12. Sostenere la Formazione dei circa 2000 operatori che operano nelle UVA o strutture analoghe investendo innanzitutto sulle Risorse Umane dando ad esempio maggiore stabilità ai contratti di lavoro (Piano nazionale di formazione ECM dedicato?);**
- 13. Sostenere la formazione dei MMG**
- 14. Promuovere la ricerca indipendente per incrementare le evidenze sull'uso dei farmaci e sugli approcci riabilitativi**
- 15. Eseguire una nuova survey delle UVA o strutture simili e di tutti i servizi (Centri Diurni ecc..) con un censimento attivo e non più su base volontaria.**
- 16. Attenzione verso la popolazione degli immigrati (su 200.000 residenti > 60 aa, circa 10.000 soggetti con demenza)**