



90 anni dell'Istituto Superiore di Sanità 1934 - 2024

XVII Convegno



I CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE E LA GESTIONE INTEGRATA DELLA DEMENZA

18 – 19 novembre 2024

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

Introduzione

Nicoletta Locuratolo

*Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la
promozione della salute*

Istituto Superiore di Sanità

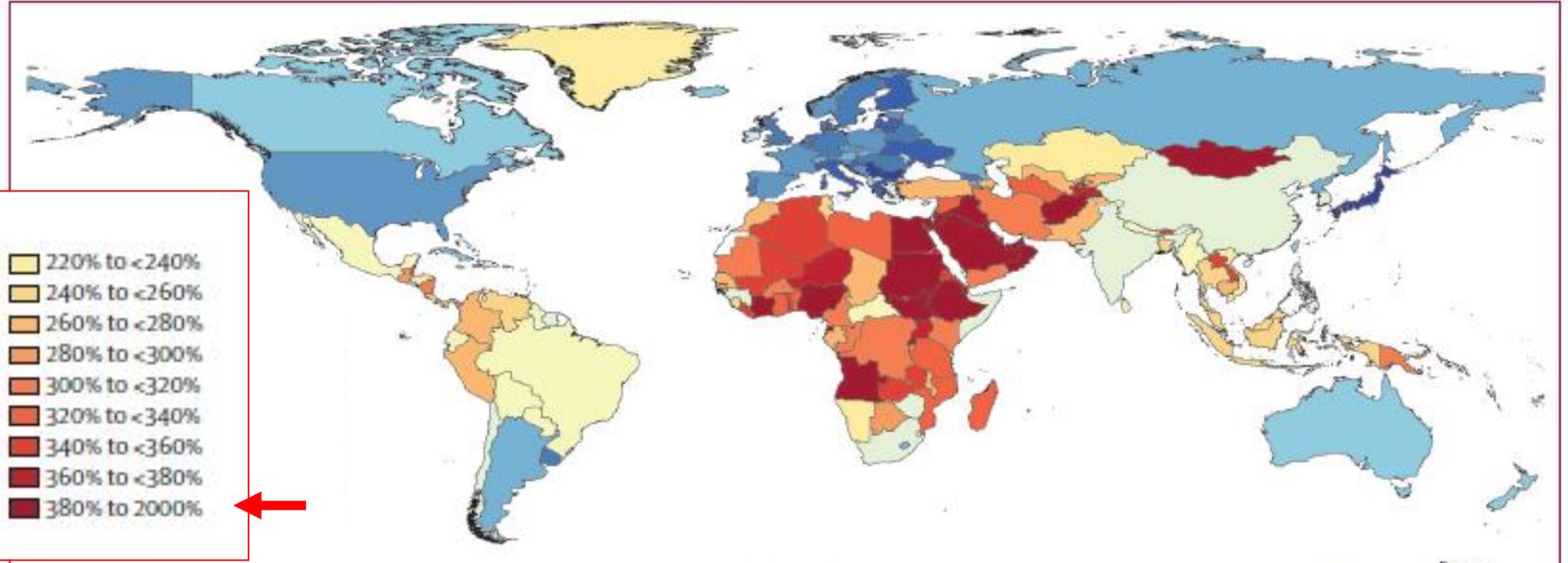


Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019



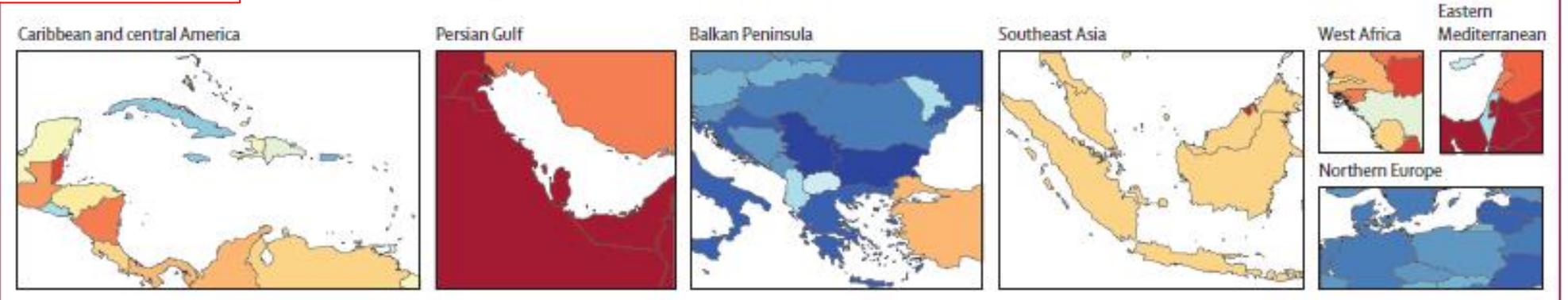
Lancet Public Health 2022

GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators*



Percentage change

- 20% to <40%
- 40% to <60%
- 60% to <80%
- 80% to <100%
- 100% to <120%
- 120% to <140%
- 140% to <160%
- 160% to <180%
- 180% to <200%
- 200% to <220%
- 220% to <240%
- 240% to <260%
- 260% to <280%
- 280% to <300%
- 300% to <320%
- 320% to <340%
- 340% to <360%
- 360% to <380%
- 380% to 2000%



Lancet Public Health 2022;
7: e105-25

Figure 3: Percentage change between 2019 and 2050 in all-age number of individuals with dementia by country

Tabella 1.1 Italia. Casi prevalenti demenza ≥65 anni (*late onset*)

	Maschi			Femmine			Totale	
	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Casi
65-69	1.713.300	0,9	15.420	1.875.973	1,1	20.636	3.589.273	36.055
70-74	1.546.347	2,1	32.473	1.757.524	2,2	38.666	3.303.871	71.139
75-79	1.244.111	4,6	57.229	1.510.746	5,6	84.602	2.754.857	141.831
80-84	952.465	9	85.722	1.307.563	13,3	173.906	2.260.028	259.628
85-89	538.083	13,9	74.794	889.663	26,4	234.871	1.427.746	309.665
≥90	243.710	31,2	76.038	597.960	38,9	232.606	841.670	308.644
Totale	6.238.016	5,5	341.675	7.939.429	9,9	785.286	14.177.445	1.126.961

Tabella 1.2 Italia. Casi prevalenti demenza 35-64 anni (*early onset*)

	Maschi			Femmine			Totale	
	Popolazione	Tassi x 100.000	Casi	Popolazione	Tassi x 100.000	Casi	Popolazione	Casi
35-39	1.686.199	0,0	0	1.661.407	4,6	76	3.347.606	76
40-44	1.880.664	3,7	70	1.876.439	11,1	208	3.757.103	278
45-49	2.232.491	23,5	525	2.256.376	10,2	230	4.488.867	755
50-54	2.362.175	38,4	907	2.414.762	63,2	1.526	4.776.937	2.433
55-59	2.355.923	177,1	4.172	2.439.739	152,5	3.721	4.795.662	7.893
60-64	2.009.181	285,3	5.732	2.139.733	306,7	6.563	4.148.914	12.295
Totale	12.526.633	91,1	11.406	12.788.456	96,4	12.324	25.315.089	23.730

Tabella 1.3 Italia. Casi prevalenti Mild Cognitive Impairment ≥60 anni

	Maschi			Femmine			Totale	
	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Casi
60-69	3.722.481	4,0	148.899	4.015.706	4,8	192.754	7.738.187	341.653
70-79	2.790.458	5,7	159.056	3.268.270	5,8	189.560	6.058.728	348.616
80-89	1.490.548	7,1	105.829	2.197.226	7,1	156.003	3.687.774	261.832
Totale	8.003.487	5,2	413.784	9.481.202	5,7	538.317	17.484.689	952.101

EPIDEMIOLOGIA DELLA DEMENZA E DEL MCI IN ITALIA

**1.100.00 casi con demenza
Late onset (>65 anni)**

**24.000 casi con demenza
Early onset (<65 anni)**

**950.000 casi con
Mild Cognitive Impairment**

Italia popolazione residente al 1 gennaio 2023 (ISTAT)

**2 milioni circa di casi di persone con demenza o una forma di disturbo cognitivo (MCI)
4 milioni di italiani che vivono con queste persone**

Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia

2017 - 2025

2017-2025



Vision

A world in which dementia is prevented and people with dementia and their carers live well and receive the care and support they need to fulfil their potential with dignity, respect, autonomy and equality.

Goal

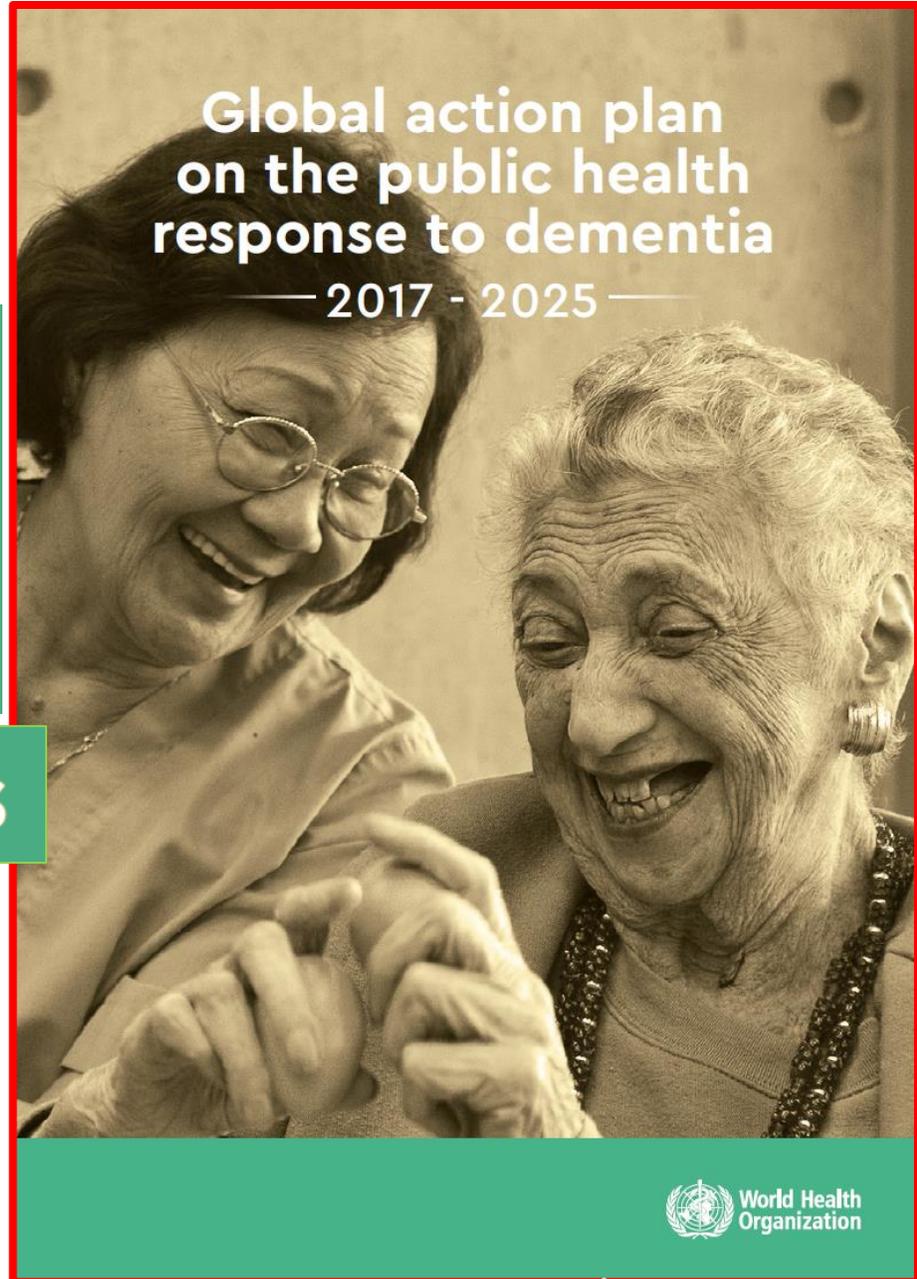
To improve the lives of people with dementia, their carers and families, while decreasing the impact of dementia on them as well as on communities and countries.

The seven action areas and targets

1. **Dementia as a public health priority**
2. **Dementia awareness and friendliness**
3. **Dementia risk reduction**
4. **Dementia diagnosis, treatment & care**
5. **Support for dementia carers**
6. **Information systems for dementia**
7. **Dementia research and innovation**

Global action plan on the public health response to dementia

2017 - 2025





Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission

Gill Livingston, Jonathan Huntley, Kathy Y Liu, Sergi G Costafreda, Geir Selbæk, Suvarna Alladi, David Ames, Sube Banerjee, Alistair Burns, Carol Brayne, Nick C Fox, Cleusa P Ferri, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Mika Kivimäki, Eric B Larson, Noeline Nakasujja, Kenneth Rockwood, Quincy Samus, Kokoro Shirai, Archana Singh-Manoux, Lon S Schneider, Sebastian Walsh, Yao Yao, Andrew Sommerlad*, Naaheed Mukadam*

Fattori di rischio modificabili

	RR for dementia (95% CI)	Risk factor prevalence, %	Communality, %	Unweighted PAF, %	Weighted PAF, %	Weighted PAF rounded to nearest whole number, %
Early life						
Less education	1.6 (1.3–2.0) ³⁰²	23.2% ³⁰³	0.608	12.2%	4.5%	5%
Midlife						
Hearing loss	1.4 (1.0–1.9) [*]	59.0% ³⁰⁴	0.609	19.1%	7.0%	7%
High LDL cholesterol	1.3 (1.3–1.4) ³⁶	76.5% [†]	0.469	18.7%	6.9%	7%
Depression	2.2 (1.7–3.0) [*]	7.2% ³⁰⁵	0.452	8.3%	3.0%	3%
Traumatic brain injury	1.7 (1.4–1.9) ³²⁷	12.1% ³⁰⁶	0.423	7.8%	2.9%	3%
Physical inactivity	1.2 (1.2–1.3) ³⁷³	27.5% ³⁰⁷	0.567	6.4%	2.4%	2%
Smoking	1.3 (1.2–1.4) ¹⁴⁸	22.3% ³⁰⁸	0.650	6.3%	2.3%	2%
Diabetes	1.7 (1.6–1.8) ³⁰⁹	9.3% ³¹⁰	0.493	6.4%	2.3%	2%
Hypertension	1.2 (1.1–1.4) ³¹¹	31.1% ³¹²	0.595	5.9%	2.2%	2%
Obesity	1.3 (1.0–1.7) ²⁰⁶	13.0% ³¹³	0.622	3.8%	1.4%	1%
Excessive alcohol consumption	1.2 (1.0–1.5) ²¹³	13.3% ²¹³	0.772	2.6%	1.0%	1%
Late life						
Social isolation	1.6 (1.3–1.8) ²²	24.0% ³¹⁴	0.408	12.6%	4.6%	5%
Air pollution	1.1 (1.1–1.1) ³¹⁵	75.0% ³¹⁵	0.341	7.0%	2.6%	3%
Untreated vision loss	1.5 (1.4–1.6) ²⁶²	12.7% ²⁶⁰	0.553	6.0%	2.2%	2%
Overall PAF for all risk factors	45.3%	45%

RR=relative risk. PAF=population attributable fraction. * Calculated by the authors in this Commission. †Prevalence derived from 37 000 participants aged ≥45 years from the Norwegian HUNT study.³¹⁶

Table 1: RR, prevalence, and PAF for all 14 potentially modifiable dementia risk factors



Figure 9: Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia

FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE 2024-26

34.9 MILIONI DI EURO

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

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

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Sabato, 30 dicembre 2023

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

Dicembre 2023



N. 40/L

LEGGE 30 dicembre 2023, n. 213.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026.



Presidenza del Consiglio dei ministri
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 332, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante i criteri di riparto e le modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze - 2024-2026, nonché il sistema di monitoraggio dell'impiego delle somme.

Rep. atti n. 143/CSR del 25 luglio 2024.

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E
LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

SANCISCE INTESA

ai sensi dell'articolo 1, comma 332, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante i criteri e le modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze - 2024-2026, nonché il sistema di monitoraggio dell'impiego delle somme.

Il Segretario
Cons. Paola D'Avena

Firmato digitalmente da
D'AVENA PAOLA
C=IT
O= PRESIDENZA CONSIGLIO DEI
MINISTRI

Il Presidente
Ministro Roberto Calderoli

Firmato digitalmente da
CALDEROLI ROBERTO
C=IT
O= PRESIDENZA CONSIGLIO DEI
MINISTRI

Luglio 2024

SERIE GENERALE

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

Anno 165° - Numero 235

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Lunedì, 7 ottobre 2024

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

La Gazzetta Ufficiale, Parte Prima, oltre alla Serie Generale, pubblica cinque Serie speciali, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:

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

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

Ottobre 2024

AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI

Al fine di ottimizzare la procedura di pubblicazione degli atti in Gazzetta Ufficiale, le Amministrazioni sono pregate di inviare, contemporaneamente e parallelamente alla trasmissione su carta, come da norma, anche copia telematica dei medesimi (in formato word) al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: gazzettaufficiale@giustiziacert.it, curando che, nella nota cartacea di trasmissione, siano chiaramente riportati gli estremi dell'invio telematico (mittente, oggetto e data).

Nel caso non si disponga ancora di PEC, e fino all'adozione della stessa, sarà possibile trasmettere gli atti a: gazzettaufficiale@giustizia.it

SOMMARIO

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

LEGGE 24 settembre 2024, n. 142.

Disposizioni in favore dell'Associazione Arena Sferisterio - Teatro di tradizione, per l'organizzazione del Macerata Opera Festival. (24G00160) Pag. 1

Ministero della salute

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



IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Linee strategiche Regioni e PA



- d) In applicazione del PND, le Regioni e le Province autonome, ai sensi dell'articolo 1, comma 331, della legge n. 178 del 2020, predispongono le seguenti linee di azione, mediante Piani triennali di attività, volti ad affrontare, tra l'altro, specifiche aree di criticità nella diagnosi e nella presa in carico delle persone con demenza, anche con soluzioni sperimentali e innovative o con l'ausilio di apparecchiature sanitarie:
- ✓ **1** potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/Mild Cognitive Impairment (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie e proseguendo nell'osservazione dei soggetti con DNC/MCI arruolati fino all'eventuale conversione a demenza;
 - ✓ **2** potenziamento della diagnosi tempestiva del DNC maggiore, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie;
 - ✓ **3** potenziamento della sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure in tutti i contesti assistenziali;
 - ✓ **4** definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di tele-riabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente Fondo;
 - ✓ **5** consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (Centri per i disturbi cognitivi e demenze, Centri Diurni, RSA, cure domiciliari etc.) e comunque nei contesti di vita delle persone.



Ministero della Salute



PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE

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



Gennaio 2024



Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment

Sistema nazionale per le linee guida



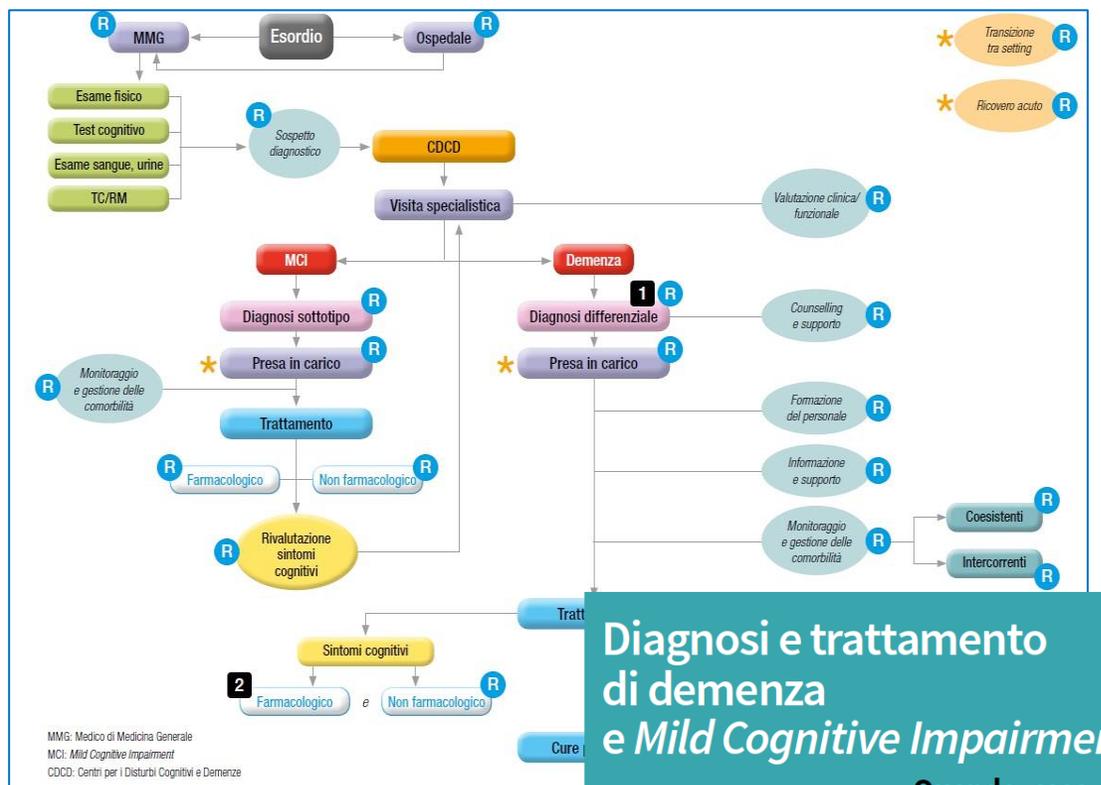
Ministero della Salute



13 nuovi quesiti

- Nuovi farmaci (anticorpi monoclonali)
- MCI

47 Quesiti
167 Raccomandazioni di pratica clinica
38 Raccomandazioni di ricerca



www.demenze.it

LINEA GUIDA

Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment

Quando, cosa, dove

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



ATTIVITA' 1

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

Obiettivo:

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

5 Fasi

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

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

Motivare ed incoraggiare il miglioramento

Evidenziare il supporto pratico a migliorare le capacità e opportunità locali

Valutare l'impatto e la messa in pratica

Formazione Fase 1: corsi in ISS

CDCD

CD

RSA

Formazione Fase 2: corsi nelle Regioni e PA

Disseminazione

Implementazione

- Osservatorio demenze
- Referenti regionali
- Professionisti delle strutture

CDCD

CD

RSA

Valutare l'impatto e la messa in pratica

Analisi di contesto, esito, aderenza:

toolkit



MEMORANDUM OF UNDERSTANDING

between

the World Health Organization (“WHO”)

and

Osservatorio Demenze, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la
Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità (National Center for
Disease Prevention and Health Promotion, Italian National Institute of Health)
 (“OssDem-ISS”)

Maggio 2024

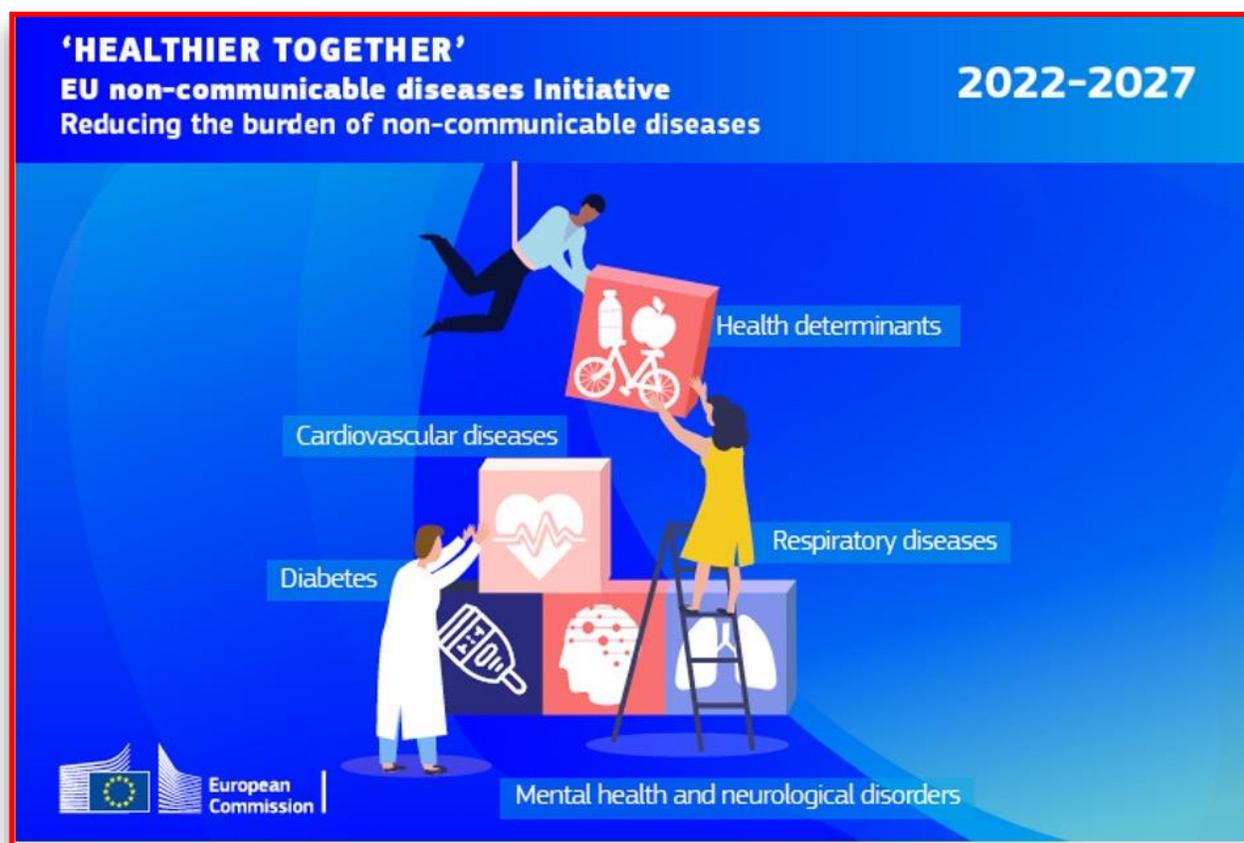


1. Areas of collaboration

Where possible and appropriate, the Parties wish to collaborate in the following preliminary overarching themes for this Memorandum of Understanding:

- Development of long-term care (LTC) standards to improve the design and organisation of the continuum of care for older persons, with special attention to those living with cognitive disturbances, based on the systematic review of scientific publications, grey literature, and national policies.
- Exploring and summarising available scientific literature on emerging issues related to healthy ageing, including through conducting *ad hoc* scoping and systematic reviews to prioritise and guide interventions to promote healthy ageing, which includes brain health and cognitive issues of the ageing population.
- Development of materials to address cultural diversities in the care approach to older persons, through, for example, activities for adapting the Integrated Care for Older People (ICOPE) approach to multicultural populations, migrants, minorities, and humanitarian crises, which increasingly involve older people with cognitive deficits.

The above list is not exhaustive and should not be taken to exclude or replace other forms of cooperation between the Parties on other issues of common interest.



EU4H-2023-JA-05
*Dementia and other
neurological disorders*

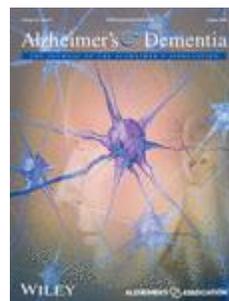
JADEHealth - *“Joint Action addressing DEmentia and other Neurological Disorders in Health”*

WP7 – *“Towards a harmonized and synergistic prevention of dementia and stroke”*

Leader: Istituto Superiore di Sanità | **Co-Leader:** Finnish Institute for Health and Welfare (THL)

19 Autorità Competenti/Entità – 10 Paesi europei





Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup

Clifford R. Jack Jr.¹ | J. Scott Andrews² | Thomas G. Beach³ | Teresa Buracchio⁴ | Billy Dunn⁵ | Ana Graf⁶ | Oskar Hansson^{7,8} | Carole Ho⁹ | William Jagust¹⁰ | Eric McDade¹¹ | Jose Luis Molinuevo¹² | Ozioma C. Okonkwo¹³ | Luca Pani¹⁴ | Michael S. Rafii¹⁵ | Philip Scheltens¹⁶ | Eric Siemers¹⁷ | Heather M. Snyder¹⁸ | Reisa Sperling¹⁹ | Charlotte E. Teunissen²⁰ | Maria C. Carrillo¹⁸



aprile 2024

«Alzheimer's Disease: è necessario separare la sindrome (disturbo identificato clinicamente) dalla biologia (eziologia)»

BOX 1: Fundamental principles

It is necessary to separate syndrome (clinically identified impairment) from biology (etiology).

Alzheimer's disease (AD) is defined by its biology with the following implications.

AD is defined by its unique neuropathologic findings;

therefore, detection of AD neuropathologic change by biomarkers is equivalent to diagnosing the disease.

AD exists on a continuum. The disease is first evident in vivo with the appearance of disease-specific Core biomarkers while people are asymptomatic. Pathophysiologic mechanisms involved with processing and clearance of protein fragments may be involved very early in the disease process, but these are not yet well understood.

Symptoms are a result of the disease process and are not necessary to diagnose AD.

Unimpaired individuals with abnormal biomarker test results are at risk for symptoms due to AD. They are not at risk for a disease they already have.

Clinical syndromes commonly seen with AD may also be caused by disorders other than AD, and therefore clinical presentation alone is not diagnostic of AD.

The same AD biology may result in different phenotypic presentations.

Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup

Clifford R. Jack Jr.¹ | J. Scott Andrews² | Thomas G. Beach³ | Teresa Buracchio⁴ | Billy Dunn⁵ | Ana Graf⁶ | Oskar Hansson^{7,8} | Carole Ho⁹ | William Jagust¹⁰ | Eric McDade¹¹ | Jose Luis Molinuevo¹² | Ozioma C. Okonkwo¹³ | Luca Pani¹⁴ | Michael S. Rafii¹⁵ | Philip Scheltens¹⁶ | Eric Siemers¹⁷ | Heather M. Snyder¹⁸ | Reisa Sperling¹⁹ | Charlotte E. Teunissen²⁰ | Maria C. Carrillo¹⁸

Core Biomarkers

TABLE 1 Categorization of fluid analyte and imaging biomarkers.

Biomarker category	CSF or plasma analytes	Imaging
Core Biomarkers		
Core 1		
A (A β proteinopathy)	A β 42	Amyloid PET
T ₁ : (phosphorylated and secreted AD tau)	p-tau217, p-tau181, p-tau231	
Core 2		
T ₂ (AD tau proteinopathy)	MTBR-tau243, other phosphorylated tau forms (e.g., p-tau205), non-phosphorylated mid-region tau fragments ^a	Tau PET
Biomarkers of non-specific processes involved in AD pathophysiology		
N (injury, dysfunction, or degeneration of neuropil)	NfL	Anatomic MRI, FDG PET
I (inflammation) Astrocytic activation	GFAP	
Biomarkers of non-AD copathology		
V vascular brain injury		Infarction on MRI or CT, WMH
S α -synuclein	α Syn-SAA ^a	

Proposal for revised clinical criteria for Alzheimer's disease diagnosis presented at AAIC



28 novembre 2023

New Alzheimer's Diagnostic Criteria Remain 'Research Only'

The latest effort to rewrite the diagnostic criteria for Alzheimer's disease has stirred more than a little controversy. While the proposed revisions have garnered praise from researchers for more accurately reflecting the underlying biology of the disease, they also have sparked criticism for advancing toward clinical use what were previously research criteria. In particular, the American Geriatrics Society called the move to the clinic premature, noting that many uncertainties remain about how well biomarkers predict symptom onset. The AGS also questioned the extent of the National Institute on Aging's involvement in the working group. The NIA has now removed its name from the criteria, though its representatives continue to advise the group.

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

Ulteriori test specifici per la demenza di Alzheimer

14	In caso di diagnosi incerta (vedere la Raccomandazione 13) e sospetto di demenza di Alzheimer, considerare in alternativa: - ¹⁸ F-FDG PET, o la SPECT di perfusione qualora la ¹⁸ F-FDG PET non sia disponibile oppure - esame del liquor per il dosaggio di: - Tau totale e p-Tau 181 insieme a - rapporto tra β amiloide 1-42 e β amiloide 1-40 o β amiloide 1-42. In caso di impossibilità a raggiungere una diagnosi a seguito di uno di tali test, considerare l'utilizzo dell'alternativa.	DEBOLE POSITIVA
----	---	-----------------



15	Tenere in considerazione che all'aumento dell'età corrisponde un aumento della probabilità di ottenere un risultato falso positivo all'esame del liquor.	DEBOLE POSITIVA
16	Non escludere una diagnosi di demenza di Alzheimer solamente sulla base dei risultati di una TC o RM.	FORTE NEGATIVA
17	Non utilizzare l'esame del genotipo ApoE ε4 o l'EEG per diagnosticare la demenza di Alzheimer.	FORTE NEGATIVA
18	Considerare che la demenza di Alzheimer a esordio precoce ha una causa genetica in alcune persone.	DEBOLE POSITIVA

Ulteriori test per la demenza a corpi di Lewy

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

Ulteriori test per la demenza frontotemporale

22	In caso di diagnosi incerta (vedere la Raccomandazione 13) e sospetto di demenza frontotemporale, utilizzare, con lettura semi-quantitativa, in alternativa: - ¹⁸ F-FDG PET o - SPECT di perfusione.	FORTE POSITIVA
----	---	----------------

Diagnosi di demenza nel setting specialistico

23	Non escludere una diagnosi di demenza frontotemporale solamente sulla base dei risultati degli esami di neuroradiologia strutturale, di perfusione o metabolici.	FORTE NEGATIVA
24	Considerare che la demenza frontotemporale ha una causa genetica in alcune persone.	DEBOLE POSITIVA

Ulteriori test per la demenza vascolare

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

Diagnosi di Mild Cognitive Impairment nel setting specialistico

28	Offrire una valutazione neuropsicologica utilizzando test neuropsicologici validati, che includano test sulla memoria episodica, come parte integrante dell'iter diagnostico del Mild Cognitive Impairment e dei suoi sottotipi.	FORTE POSITIVA
29	Non offrire biomarcatori per la diagnosi e diagnosi differenziale di Mild Cognitive Impairment.	FORTE NEGATIVA
30	Offrire alle persone con una diagnosi di Mild Cognitive Impairment una valutazione regolare nel tempo per monitorare eventuali variazioni nelle funzioni cognitive.	FORTE POSITIVA

Preferred product characteristics of blood-based biomarker diagnostics for Alzheimer disease

Biomarcatori plasmatici



23 OTTOBRE 2024

Intended use

Preferred characteristic

- Aid the diagnosis of Alzheimer disease

Target population

Preferred characteristic

- Individuals with cognitive impairment consistent with the ICD-11 definition¹, established by a trained health-care professional. Cognitive symptoms are progressive and represent a decline from previous cognitive function (see notes for details).
- Exclusion criteria: For this PPC, individuals without established cognitive impairment as described above, as well as individuals undergoing treatment with disease-modifying therapies or participating in clinical trials for such therapies should not be offered the test for the intended use described.
- Tests should be developed in the knowledge that in many LMICs, access to specialists is limited and cognitive assessments will be performed by a non-specialist workforce. Training, expertise, time, and access to validated cognitive assessment tools may vary.

Accessibility and affordability

Preferred characteristic

- Tests must be easy to use in primary care and community settings (especially in LMICs) and should enable easy interpretation of results. Tests must be affordable and cost-effective in comparison with the standard diagnostic workflow in local practice.

Intended user and use setting

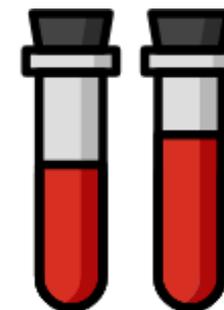
Preferred characteristic

- Sample collection and testing should be performed by trained health-care professionals and laboratory technicians.
- Sample analysis should be performed solely by certified laboratories.
- Outcome assessment and advice should be done by a health-care professional who is appropriately trained to interpret results and conduct referrals to a specialist as needed.

Clinical performance

Preferred characteristic

- Minimum sensitivity and specificity of 90% when compared with a valid reference standard (e.g. neuropathology, amyloid PET or approved CSF assays) in the target population and for a diagnostic use case.
- Validation and assessment of clinical relevance and performance of the biomarker tests must be conducted in the intended use setting, especially in LMICs, in addition to studies in more highly controlled environments.
- The assay should minimize, as far as is possible, the proportion of indeterminate and invalid results.



Diagnosis of Alzheimer's disease using plasma biomarkers adjusted to clinical probability

Novembre 2024

Received: 13 December 2023

A list of authors and their affiliations appears at the end of the paper

Accepted:

Published online: 12 November 2024

Check for updates

Recently approved anti-amyloid immunotherapies for Alzheimer's disease (AD) require evidence of amyloid- β pathology from positron emission tomography (PET) or cerebrospinal fluid (CSF) before initiating treatment. Blood-based biomarkers promise to reduce the need for PET or CSF testing; however, their interpretation at the individual level and the circumstances requiring confirmatory testing are poorly understood. Individual-level interpretation of diagnostic test results requires knowledge of disease prevalence in relation to clinical presentation (clinical pretest probability). Here, in a study of 6,896 individuals evaluated from 11 cohort studies from six countries, we determined the positive and negative predictive value of five plasma biomarkers for amyloid- β pathology in cognitively impaired individuals in relation to clinical pretest probability. We observed that p-tau217 could rule in amyloid- β pathology in individuals with probable AD dementia (positive predictive value above 95%). In mild cognitive impairment, p-tau217 interpretation depended on patient age. Negative p-tau217 results could rule out amyloid- β pathology in individuals with non-AD dementia syndromes (negative predictive value between 90% and 99%). Our findings provide a framework for the individual-level interpretation of plasma biomarkers, suggesting that p-tau217 combined with clinical phenotyping can identify patients where amyloid- β pathology can be ruled in or out without the need for PET or CSF confirmatory testing.

...p-tau217 combined with clinical phenotyping can identify patients where amyloid- β pathology can be ruled in or out without the need for PET or CSF confirmatory testing....

Predictive Values are critical for interpreting individual-level test results.....

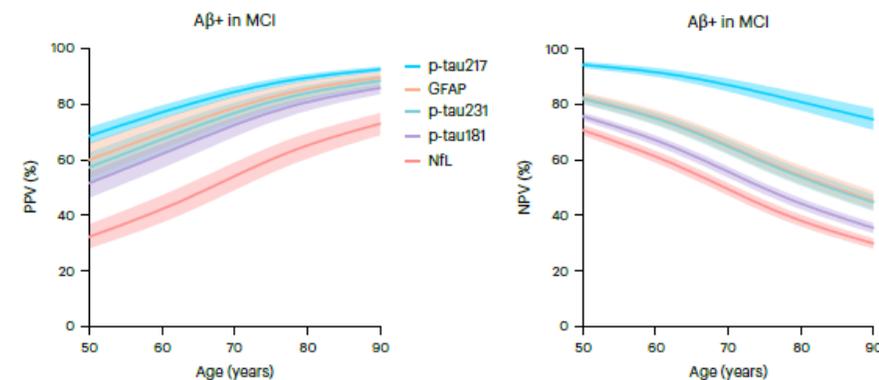


Fig. 1 | PPVs and NPVs of plasma AD biomarkers in individuals with MCI. Age-associated PPV (left) and NPV (right) of five plasma biomarkers for amyloid PET positivity in MCI. The solid lines represent the point estimate, and error bars represent 95% CIs.

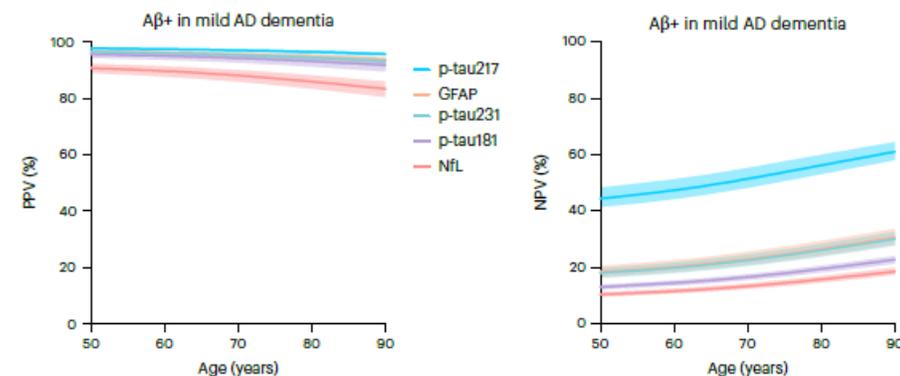


Fig. 2 | PPVs and NPVs of plasma biomarkers of AD in individuals with probable AD dementia. Age-associated PPV (left) and NPV (right) of five plasma biomarkers for amyloid PET positivity in probable AD dementia. The solid lines represent the point estimate, and error bars represent 95% CIs.

FDA NEWS RELEASE

FDA Converts Novel Alzheimer's Disease Treatment to Traditional Approval

Action Follows Confirmatory Trial to Verify Clinical Benefit

f Share X Post in LinkedIn Email Print

lecanemab

Luglio 2023

For Immediate Release: July 06, 2023

Español

Da approvazione accelerata a definitiva

Today, the U.S. Food and Drug Administration converted [Leqembi](#) (lecanemab-irmb), indicated to treat adult patients with Alzheimer's Disease, to traditional approval following a determination that a confirmatory trial verified clinical benefit. Leqembi is the first amyloid beta-directed antibody to be converted from an accelerated approval to a traditional approval for the treatment of Alzheimer's disease. The drug works by reducing amyloid plaques that form in the brain, a defining pathophysiological feature of the disease.

Leqembi was approved in January under the [Accelerated Approval pathway](#). This pathway

Press release

LEQEMBI® to be launched in Japan for Alzheimer's disease on December 20

Stockholm, Sweden, December 13, 2023 – BioArctic AB's (publ) (Nasdaq Stockholm: BIOA B) partner Eisai today announced that LEQEMBI (lecanemab) will be launched in Japan on December 20, following its scheduled inclusion in the price listing on the Japan National Health Insurance (NHI) drug price list.



FDA approves treatment for adults with Alzheimer's disease

Febbraio 2024

donanemab

f Share X Post in LinkedIn Email Print

Action

The U.S. Food and Drug Administration has approved Kisunla (donanemab-azbt) injection for the treatment of Alzheimer's disease. Treatment with Kisunla should be initiated in patients with mild cognitive impairment or mild dementia stage of disease, the population in which treatment was studied in the clinical trials.

Kisunla is administered as an intravenous infusion every four weeks. The recommended dosage is detailed in the [prescribing information](#).

FDA

WARNING: AMYLOID RELATED IMAGING ABNORMALITIES
See full prescribing information for complete boxed warning.

Monoclonal antibodies directed against aggregated forms of beta amyloid, including KISUNLA, can cause amyloid related imaging abnormalities (ARIA), as ARIA with edema (ARIA-E) and ARIA with hemosiderin deposition (ARIA-H). ARIA is usually asymptomatic, although serious and life-threatening events can rarely occur. Serious intracerebral hemorrhages >1 cm have occurred in patients treated with this class of medications. ARIA-E can cause focal neurologic deficits that can mimic ischemic stroke. (5.1, 6.1)

ApoE ε4 Homozygotes

Patients treated with this class of medications, including KISUNLA, who are ApoE ε4 homozygotes have a higher incidence of ARIA, including symptomatic and serious ARIA, compared to heterozygotes and noncarriers. Testing for ApoE ε4 status should be performed prior to initiation of treatment to inform the risk of developing ARIA. Prior to testing, prescribers should discuss with patients the risk of ARIA across genotypes and the implications of genetic testing results. (5.1)

Consider the benefit for the treatment of Alzheimer's disease and risk of ARIA when deciding to treat with KISUNLA. (5.1, 14)

Agosto 2024

Press release

Lecanemab licensed for adult patients in the early stages of Alzheimer's disease

lecanemab

The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) has today, 22 August 2024, approved a product licence for the medicine lecanemab (Leqembi) for use in the early stages of Alzheimer's disease, following a thorough review of the benefits and risks.

UK
MHRA

donanemab

Press release

Donanemab licensed for early stages of Alzheimer's disease in adult patients who have one or no copies of apolipoprotein E4 gene

Ottobre 2024

The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) has today, 23 October 2024, approved a licence for the medicine donanemab (Kisunla) for use in the early stages of Alzheimer's disease, following a thorough review of the benefits and risks.

NICE

Benefits of new Alzheimer's treatment lecanemab are too small to justify the cost to the NHS

Our draft recommendation follows analysis of clinical trial evidence and reviewing the benefits of slowing disease progression, with the cost of treatment.

News 22 August 2024

lecanemab

Agosto 2024



Lecanemab for treating mild cognitive impairment or mild dementia caused by Alzheimer's disease [ID4043]

In development [GID-TA11220] Expected publication date: 05 February 2025

NICE

Project information Project documents

Suggested remit: To appraise the clinical and cost effectiveness of lecanemab within its marketing authorisation for treating mild cognitive impairment or mild dementia caused by Alzheimer's disease.

Status	In progress
Technology type	Medicine
Decision	Selected
Reason for decision	Anticipate the topic will be of importance to patients, carers, professionals, commissioners and the health of the public to ensure clinical benefit is realised, inequalities in use addressed, and help them make the best use of NHS resources
Process	STA Standard



EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

26 July 2024
EMA/337466/2024
EMA/H/C/005966

Update as of 5 August 2024:

5 Agosto 2024

The company for Leqembi has requested a re-examination of EMA's July 2024 opinion. Upon receipt of the grounds of this request, the Agency will re-examine its opinion and issue a final recommendation.

Refusal of the marketing authorisation for Leqembi (lecanemab)

26 Luglio 2024

What were the main reasons for refusing the marketing authorisation?

The main study showed that after 18 months of treatment, the CDR-SB score in patients treated with Leqembi increased by 1.21 compared with 1.66 in those who received placebo. Although patients given Leqembi had lower CDR-SB scores than those given placebo, the difference between the two groups was small. EMA's human medicines committee, the CHMP, considered that the observed effect of Leqembi on delaying cognitive decline does not counterbalance the risk of serious adverse events associated with the medicine.

The most important safety concern with Leqembi is the frequent occurrence of amyloid-related imaging abnormalities (ARIA), a side effect, seen in brain imaging, that involves swelling and potential bleedings in the brain. Although most cases of ARIA in the main study were not serious and did not involve symptoms, some patients had serious events, including large bleeds in the brain which required hospitalisation. The seriousness of this side effect should be considered in the context of the small effect seen with the medicine.

In addition, the CHMP was concerned by the fact that the risk of ARIA is more pronounced in people who have a certain form of the gene for the protein apolipoprotein E called *ApoE4*. The risk is highest in people with 2 copies of the *ApoE4* gene, who are known to be at risk of developing Alzheimer's disease and would therefore be likely to become eligible for treatment with Leqembi.

In reaching its opinion, the CHMP also considered the views of a scientific advisory group on neurology, which included experts such as neurologists and people living with the disease.

Overall, the CHMP considered that the benefits of treatment are not large enough to outweigh the risks associated with Leqembi. Therefore, it recommended refusing marketing authorisation in the EU.

EMA



EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH



Leqembi recommended for treatment of early Alzheimer's disease

Share

14 November 2024

Re-examination concludes that benefits outweigh risks in a restricted patient population

News

Human

Medicines

14 novembre 2024

After re-examining its initial opinion, EMA's human medicines committee (CHMP) has recommended granting a marketing authorisation to Leqembi (lecanemab) for treating mild cognitive impairment (memory and thinking problems) or mild dementia due to Alzheimer's disease (early Alzheimer's disease) in patients who have only one or no copy of *ApoE4*, a certain form of the gene for the protein apolipoprotein E.

Patients with only one or no copy of *ApoE4* are less likely to experience amyloid-related imaging abnormalities (ARIA) than people with two *ApoE4* copies. ARIA is a recognised serious side effect with Leqembi that involves swelling and potential bleeding in the brain.

Additional safety measures

The CHMP concluded that the benefits of Leqembi outweigh the risks in patients with mild cognitive impairment or mild dementia due to Alzheimer's disease with one or no copy of *ApoE4*, provided that risk minimisation measures are in place to reduce the risk of severe and symptomatic ARIA and monitor its consequences in the long term.

«.. Nella popolazione ristretta valutata nel riesame, i benefici di Leqembi nel rallentare la progressione dei sintomi della malattia sono maggiori dei suoi rischi...»

The Profile of the Italian Centers for Cognitive Disorders and Dementia in the Context of New Drugs in Alzheimer's Disease

Agosto 2024

Francesco Giaquinto^a, Patrizia Lorenzini^{b,*}, Emanuela Salvi^c, Giulia Carnevale^d, Roberta Vaccaro^{d,e}, Fabio Matascioli^{d,f}, Massimo Corbo^g, Nicoletta Locuratolo^b, Nicola Vanacore^b, Ilaria Bacigalupo^b and the Permanent Table of the National Dementia Plan Study Group and the CCDDs Study Group

^aDepartment of Human and Social Sciences, University of Salento, Lecce, Italy

^bNational Centre for Disease Prevention and Health Promotion, Italian National Institute of Health, Rome, Italy

^cNational Center for Drug Research and Evaluation, Italian National Institute of Health, Rome, Italy

^dItalian National Institute of Health FONDEM Study Group, Rome, Italy

^eScientific cultural workshops, Cognitive Therapy Centre (CTC), Como, Italy

^fTAM Onlus, Social Cooperative, Naples, Italy

^gDepartment of Neurorehabilitation Sciences, Casa Cura Igea, Milan, Italy

Abstract.

Background: The wait for the upcoming disease-modifying therapies (DMT) for Alzheimer's disease in Europe is raising questions about the preparedness of national healthcare systems to conduct accurate diagnoses and effective prescriptions. In this article, we focus on the current situation in Italy.

Objective: The primary goal is to propose a profile of the Italian Centers for Cognitive Disorders and Dementias (CCDDs) that could be taken into consideration by regional and autonomous provincial authorities when deciding on the prescribing centers for DMT.

Methods: Based on responses to a national survey on CCDDs in Italy, we identified the CCDDs that meet the requirements for effective prescription: 1) Multidisciplinary team; 2) Minimum Core Test for the neuropsychological assessment; 3) PET, CSF, and Brain MRI assessments. Univariate and multivariate comparisons were conducted between CCDDs that met the criteria and the others.

Results: Only 10.4% of CCDDs met the requirements for effective DMT prescription, mainly located in Northern Italy. They are also characterized by longer opening hours, a higher number of professionals, a university location, and a higher frequency of conducting genetic tests, and could potentially result in prescribing centers.

Miglioramento percorsi diagnostici: numero strutture e qualità offerta



XVII Convegno

I CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE E LA GESTIONE INTEGRATA DELLA DEMENZA

Lunedì 18 novembre

LUNEDÌ 18 NOVEMBRE

- 8.30 Registrazione dei partecipanti
- 8.50 Saluto di benvenuto
Rocco Bellantone, Presidente Istituto Superiore di Sanità
Giovanni Capelli, Direttore Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, ISS
- 9.05 Presentazione del Convegno
Nicoletta Locuratolo

I Sessione

FONDO DEMENZE 2024-2026: UNA PROSPETTIVA INTERNAZIONALE

Moderatrice: T. Di Fiandra

- 9.20 Decisioni dell'Italia nella governance della demenza rispetto al contesto internazionale
P. Barbarino
- 9.40 Politiche dell'OMS tra invecchiamento attivo e *brain health*: quali ricadute per i disturbi cognitivi
M. Cesari
- 10.00 Il Nuovo Fondo Alzheimer 2024-26
C. Bianchi
- 10.20 Fondo per l'Alzheimer e le Demenze: una strategia Integrata con il *Global Action Plan* dell'OMS
A. Ancidoni
- 10.40 Discussione
- 11.00 Coffee break

II Sessione

LA PREVENZIONE NELLA DEMENZA

Moderatore: G. Bellomo

- 11.20 Il PNP tra passato e futuro: quali ricadute per la demenza?
D. Galeone

- 11.40 Esperienza italiana del FINGER Study: obiettivi e possibili ricadute nella pratica clinica
L. Cuffaro
- 12.00 Prevenzione nella Joint Action europea sulla demenza e altre malattie neurologiche
G. Bellomo
- 12.20 Prevenzione della demenza in Italia: analisi documentale dei 21 Piani Regionali di Prevenzione
S. Salemme
- 12.30 Prevenzione del declino cognitivo in Casa di Comunità
C. Guarnerio
- 12.40 Discussione
- 13.00 Pausa pranzo e Discussione poster
Moderatori: E. Lacorte, F. Sciancalepore ★

III Sessione

PROSPETTIVE DIAGNOSTICHE TRA BIOLOGIA E CLINICA

Moderatrice: P. Piscopo

- 14.00 Contributo dei biomarcatori nel processo diagnostico di MCI e clinica e ricerca
G. Zamboni
- 14.20 Ruolo della neuropsicologia in uno scenario in cambiamento
C. Marra
- 14.40 Contributo dell'IA nella definizione dei biomarcatori di neuroimaging
F. Agosta
- 15.00 p-tau 181, A-beta 40 e 42 plasmatiche e traiettorie cognitive in demenza
A. Davin
- 15.10 Cambiamenti demografici e studi normativi. Aggiornamento di
M. Gasparini
- 15.20 Discussione

IV Sessione

PROSPETTIVE TERAPEUTICHE FARMACOLOGICHE

Moderatrice: N. Locuratolo

- 15.40 Risultati preliminari dello studio Interceptor
P.M. Rossini
- 16.00 Processo regolatorio dell'approvazione dei nuovi farmaci nella demenza
F. Nonino
- 16.20 Uso dei farmaci a RNA nelle demenze
M. Denti
- 16.40 Terapie a RNA per la Demenza Frontotemporale: validazione in un modello neuronale MAPT IVS10+16
I. Brentari
- 16.50 Declino cognitivo nel paziente diabetico: ruolo del trattamento con i "più nuovi" ipoglicemizzanti orali
M.R. Rizzo
- 17.00 Discussione
- 17.30 Chiusura della giornata

V Sessione

PROSPETTIVE TERAPEUTICHE PSICOEDUCAZIONALI, COGNITIVE E PSICOSOCIALI

Moderatrice: M. Gasparini

- 9.00 Progetto AGE-it nello scenario della demenza
R. Chattat
- 9.20 Strumento Isupport dell'OMS: implicazioni per la disseminazione ed implementazione
M. Fiordelli - E. Albanese
- 9.40 "Scuola Online del Caregiver": telemedicina come strumento di psicoeducazione
E. Ferriani
- 9.50 *Train the Brain*: effetti neuropsicologici in pazienti con deficit cognitivo lieve
S. Cintoli
- 10.00 Interventi cognitivi per persone con demenza: revisione sistematica e meta-nalisi
A. Paggetti
- 10.10 Intervento psicologico breve per caregiver di persone con demenza: quale efficacia?
S. Passoni
- 10.20 Immaginario Guidato in Musica e sindrome da stress dei caregiver informali e formali
E. Scarlata
- 10.30 Supporto psicologico e la stimolazione cognitiva nei soggetti con MCI e disturbo neurocognitivo maggiore di grado lieve e moderato
P. Secreto
- 10.40 Ausili e persone con demenza: dati preliminari di follow-up dai CDCD dell'AUSL di Modena
D. Trioschi
- 10.50 Discussione
- 11.10 Coffee break

VI Sessione

DEMENTIA E MIGRAZIONI

Moderatore: S. Pomati

- 11.30 Demenza nei migranti e nei rifugiati: una prospettiva globale
M. Canevelli
- 11.50 Disturbi cognitivi ed esiti di salute nei migranti: studio longitudinale nel Lazio
A. Acampora
- 12.10 ImmiDem, Aim 2: test neuropsicologici cross-culturali e adattamento in italiano
G. Maestri
- 12.30 IMMIDEM MODENA - Progetto di miglioramento e demenza
V. Guerzoni
- 12.40 Demenza negli immigrati e nelle minoranze etniche
L. Gucciardino
- 12.50 Screening e assistenza a profughi ucraini affetti da disturbi cognitivi
M. Marianetti
- 13.00 Discussione
- 13.20 Pausa pranzo e Discussione poster
Moderatori: A. Ancidoni, E. Fabrizi ★



VII Sessione

GESTIONE DELL'ASSISTENZA DELLE PERSONE CON DEMENTIA

Moderatrice: I. Bacigalupo

- 14.30 Qualità della dieta, consumo di alimenti ultraprocesati e rischio di deterioramento cognitivo in malattie neurodegenerative
L. Iacoviello
- 14.50 Organizzazione dei Centri Diurni per le persone con demenza
E. Mossello
- 15.10 Persone con demenza nelle strutture residenziali: prospettive di cambiamenti organizzativi
A. Guaita
- 15.30 Impatto economico della demenza in Italia
P. Sciattella
- 15.50 Ruolo degli Psicologi del Fondo per l'Alzheimer e le Demenze 2021-2023: una prospettiva per il futuro
R. Bonanni
- 16.00 Telemedicina per assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali nei pazienti affetti da demenza
L. Amadori
- 16.10 Assistenza nutrizionale nel Centro Disturbi Cognitivi e Demenze
M. Ghidoni
- 16.20 Unità di Risoluzione Crisi Alzheimer (URCA): modello innovativo per la presa in carico manageriale della persona con demenza
F. Lattanzio
- 16.30 Impatto del deterioramento cognitivo-funzionale sulla diade: studio longitudinale
A. Pierobon
- 16.40 INSIEME – Percorso psicoeducazionale diretto ai caregiver dei pazienti affetti da disturbi cognitivi e/o demenze per la promozione del benessere del familiare che si prende cura del malato. esperienza dei CDCD dell'Asl Napoli 2 Nord
K. Schiano Di Cola
- 16.50 Fattibilità e caratteristiche della linea telefonica dedicata del CDCD ASST Rhodense
C.M. Timoftica
- 17.00 Discussione
- 17.30 Chiusura del Convegno

XVII Convegno

**I CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENTIE
E LA GESTIONE INTEGRATA DELLA DEMENTIA**

Martedì 19 novembre