

Relazione U.O.C. Geriatria Territoriale, Anno 2025

A cura della Dott.ssa Barbara Manni e del Dr. Teodosio Pafundi

Dati di attività dei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze provinciali e progettualità relative alla presa in carico dell'anziano "fragile"

Analisi del contesto nazionale, regionale e locale relativo alla presa in carico delle persone con demenza e dei loro caregiver

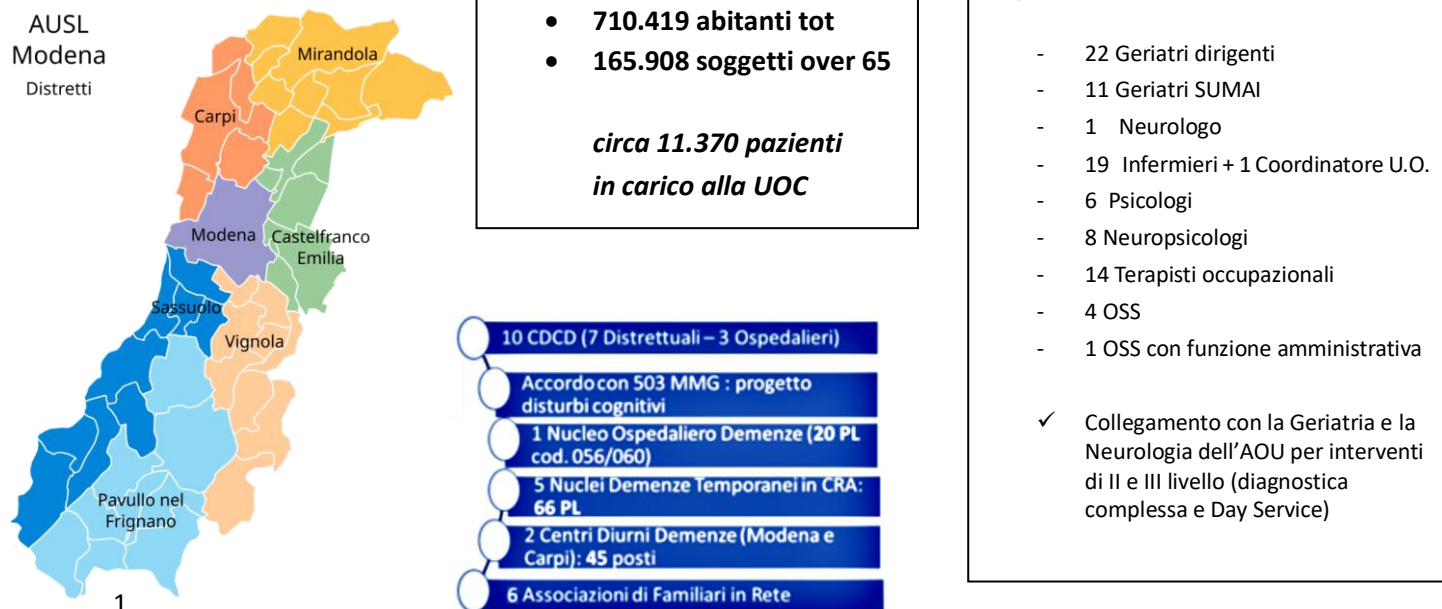
La Struttura Complessa di Geriatria Territoriale (così ridenominata, con delibera DG N° 258 del 30.07.2024, nel contesto del suo afferimento al Dipartimento di Integrazione ed in sostituzione della Struttura Complessa "Disturbi Cognitivi e Demenze" deliberata con DG n° 290 del 12.10.2017) si avvale di un'équipe multiprofessionale (costituita da medici, infermieri, psicologi, neuropsicologi, terapisti occupazionali, OSS ed un coordinatore delle professioni sanitarie) ed attualmente si caratterizza come la più grande Unità Operativa territoriale, a valenza provinciale, del Dipartimento di Cure Integrate nonché come una delle più grandi, per i livelli di interfacce e complessità, di tutta l' AUSL di Modena. L'Unità Operativa si sviluppa a livello provinciale collocandosi, nelle organizzazioni Distrettuali, come Centri distrettuali di Geriatria Territoriale.

Sono circa 90 i professionisti che operano in questa U.O.C al 31.12.2025, di cui 33 geriatri, 6 psicologi, 8 neuropsicologi, 1 neurologo, 39 professionisti del comparto (1 coordinatore infermieristico, 19 infermieri di cui 14 a tempo pieno e 5 part time, 4 OSS, 14 terapisti occupazionali, 1 OSS con funzione amministrativa di segreteria e data manager) ed altri professionisti (chinesiologo AMPA, assistente sociale e dietista).

In merito alla componente medica, nel 2025, sono state effettuate quattro nuove assunzioni: tre geriatriche in area Nord (Dott.ssa R. Tozzi come sostituzione di un licenziamento; Dott.sse L. Pirazzoli e G. Fabbo, da dicembre 2025, per implementazione del progetto "Codice Argento") ed una geriatra in area Sud (Dott.ssa C. Giugni, a tempo parziale).

I Centri Disturbi Cognitivi e demenze (CDCD) propriamente detti sono parte delle attività garantite dalla UOC di Geriatria Territoriale e si occupano specificatamente della presa in carico delle persone con disturbo cognitivo o demenza e dei loro caregiver.

L'organizzazione della rete dei disturbi cognitivi e geriatrica della AUSL di Modena è sintetizzata nella figura in allegato (Fig1).



Gli aspetti legati al coordinamento della UOC sono in capo ad un Direttore f.f. (Dr. Teodosio Pafundi, nominato con Delibera del DG N°128 del 15/05/2025) e a tre geriatriche referenti di area con incarico fiduciario (Dott.ssa Barbara Manni per i Distretti di Sassuolo, Vignola e Pavullo, Dott.ssa Antonella Rita Vaccina per i Distretti di Modena e Castelfranco Emilia, Dott.ssa Lucia Bergamini per i Distretti di Carpi e Mirandola). E' altresì individuata una geriatra referente per gli aspetti legati alla formazione sia interna che esterna alla UOC (Dott.ssa Marina Turci).

A partire da agosto 2025, il ruolo di referente per i Distretti di Carpi e Mirandola è stato svolto dalla Dott.ssa Marina Turci in considerazione dell'assenza temporanea della Dott.ssa Lucia Bergamini.

Gli standard di risorse strutturali, professionali ed il modello organizzativo dei CDCD prende come riferimento la DGR 2581/99. Gli standard clinici, diagnostici e terapeutici per la presa in carico delle persone con deficit cognitivo lieve e demenza fanno riferimento alle Linee Guida Nazionali per la diagnosi e trattamento del Mild Cognitive Impairment e della demenza dell'Istituto Superiore di Sanità pubblicate nel 2024 (https://www.demenze.it/it-schede-18-documentazione_sulle_demenze).

Il modello di rete della presa in carico della persona con demenza e del suo caregiver si è consolidato grazie ai **PDTA inter-aziendali** (in data 15/6/2020 è stato elaborato il PDTA Demenze nella Provincia di Modena come recepimento del PDTA regionale DGR 159/2019) ed alla forte **integrazione con i servizi sociali territoriali e quelli socio-sanitari** (COT: Centrale Operativa Territoriale, PUA: Punto Unico di Accesso e servizi residenziali socio-sanitari) che si sono rafforzati al fine di perseguire gli obiettivi descritti nel DM77. Questo consente una presa in carico tempestiva dei bisogni delle persone con demenza, in particolare nella delicata situazione del transitional care (passaggio ospedale-territorio e viceversa). L'obiettivo del PDTA demenze è quello di definire il percorso assistenziale di presa in carico ed accompagnamento della persona con demenza e dei suoi familiari per tutto il decorso della malattia, con particolare attenzione alla domiciliarità ed all'attivazione dei vari servizi presenti sul territorio e considerando l'offerta complessiva sanitaria, sociale e socio-sanitaria erogata dalle Aziende USL, dai Comuni, dalle ASP, dalle Cooperative Sociali, dal privato profit e non profit, dal volontariato e dagli enti/servizi del terzo settore. L'integrazione ospedale-territorio ed i servizi specialistici dedicati alle demenze complicate da sintomi comportamentali (Behavioural Psychological Symptoms in Dementia, BPSD) svolgono un ruolo strategico nella prevenzione dell'ospedalizzazione, dell'istituzionalizzazione e delle complicanze spesso correlate allo sviluppo dei BPSD.

I Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) garantiscono una diagnosi approfondita, interventi farmacologici e non farmacologici (psico-sociali) a favore delle persone con demenza e dei loro caregiver anche in collaborazione con Enti Locali ed Associazioni. L'attività del medico di Medicina Generale (MMG) nel campo delle demenze è in stretta sinergia con il lavoro svolto dalle equipe dei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze. Il MMG ha un ruolo strategico e fondamentale nell'intercettazione precoce del disturbo cognitivo all'esordio, nella valutazione dei bisogni della persona con demenza e del suo caregiver nonché nella presa in carico condivisa durante le varie fasi di malattia.

L' AUSL di Modena ha recepito e portato avanti negli anni tutte le indicazioni del **Progetto regionale demenze** (DGR 990/2016) e del **Piano Nazionale Demenze** (G.U. n° 9 del 13.01.2015) fino alla realizzazione del PDTA (DGR 159/2019) attraverso lo sviluppo dei quattro obiettivi del Piano Nazionale Demenze, di seguito declinati:

1. **Interventi e misure di politica sanitaria e socio-sanitaria**: realizzazione della mappa dei servizi e del sistema informativo aziendale (attraverso il sistema KNOWAGE) avviato nel 2019 e completato nel

2020. Questi flussi informativi permettono di misurare l'intercettazione dei casi di demenza nei diversi setting ospedale-territorio

2. **Creazione di una rete integrata per le demenze**: organizzazione della rete integrata attraverso i CDCD ed il loro collegamento con la rete ospedaliera e territoriale (PUA, COT, ADI, Cure Palliative)
3. **Strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure**: realizzazione del PDTA interaziendale (AUSL, AOU, NOS) dedicato alle demenze (completato nel 2020) con evidenza degli indicatori di esito e completamento del percorso dedicato alle demenze giovanili (DDL regionale 2062/2021), formazione dei professionisti operanti nelle CRA provinciali in merito alla gestione degli ospiti con demenza (iniziata nel 2023 ed ancora in corso), implementazione degli interventi psico-sociali quali stimolazione cognitiva e terapia occupazionale rivolti alle persone con demenza ed ai loro caregiver
4. **Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma verso la malattia al fine di ottenere un miglioramento della qualità della vita**: organizzazione di eventi di sensibilizzazione in occasione della settimana Alzheimer, partecipazione al Caregiver Day, avvio di progetti con Associazioni Sostegno Demenze (Centri di Incontro/Caffè Alzheimer, CogS Club, Co-housing), partecipazione a programmi di comunità quali i progetti di Dementia Friendly Community (DFC)

Con il DGR n° 694 del 12/5/2025, la Giunta Regionale ha approvato l'adozione del **“Programma Nazionale Fondo Alzheimer e Demenze, annualità 2024-2026”**. In tale delibera, viene definito il riparto, l'assegnazione e la concessione del fondo alle Aziende della Regione affinché le stesse possano sviluppare tre linee progettuali selezionate tra quelle proposte dal fondo per l'Alzheimer e demenze:

- Linea Strategica 1: Potenziamento della diagnosi precoce del disturbo neuro-cognitivo (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 così il rapporto con i servizi delle Cure Primarie e proseguendo nell'osservazione dei soggetti con DNC/MCI arruolati fino all'eventuale evoluzione in demenza
- Linea Strategica 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 per l'Alzheimer e Demenze
- Linea Strategica 5: Consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione ed espansione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psico-sociali per i soggetti con 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.

L'Azienda USL di Modena ha aderito alla linea Strategica 1 (portata avanti dalla Neurologia Cognitiva dell'Azienda Ospedaliera Universitaria-Policlinico di Modena) ed alla linea Strategica 5. In particolare, la Geriatria Territoriale si è impegnata nello sviluppo di nuovi interventi “a bassa soglia” in collaborazione con Enti Locali ed Associazioni. La programmazione 2024-2026, per questo ambito, prevede i seguenti obiettivi: implementazione di un nuovo Meeting Center nel Comune di Fiorano Modenese, implementazione di due Caffè Alzheimer nei Distretti di Vignola e Pavullo, eventi di sensibilizzazione per la demenza (che si sono già

in parte realizzati nel 2025 con la Settimana Alzheimer ed il Caregiver Day), eventi informativi per la comunità ed in ultimo, la strutturazione di un intervento sperimentale domiciliare chiamato Namaste Care.

Namaste Care è un intervento multisensoriale personalizzato dedicato alle persone con demenza molto grave e terminale a domicilio. Nel 2025, grazie al supporto della Direzione Socio-Sanitaria dell'Azienda USL di Modena, il progetto è stato proposto, valutato e condiviso con i Direttori di Distretto, gli Uffici di piano, il Comune di Modena ed i Gestori dei servizi di assistenza domiciliare che operano a livello provinciale.

Nell'anno 2025, con Delibera del DG N° 309/2025, si è potuta avviare la formazione dei terapisti impiegati nel SAD per l'attuazione della suddetta sperimentazione.

Nell'accordo di collaborazione tra Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità (ISS), per la realizzazione delle attività definite dal Decreto del 5/9/2024 - Fondo per l'Alzheimer e le demenze, sono previste attività trasversali che coinvolgono le Regioni tramite le rappresentanze al Tavolo Permanente Nazionale per le demenze.

Tra le attività che coinvolgono la Regione Emilia Romagna e, a cascata, le Aziende sanitarie vi è l'attività 1 che prevede la disseminazione ed implementazione della Linea Guida (LG) Nazionali sulla diagnosi e trattamento della demenza e dell'MCI. Nell'anno 2025, due distretti della Geriatria Territoriale (CDCD di Sassuolo e CDCD di Mirandola) sono stati coinvolti nella formazione residenziale dell'ISS, svoltasi a Roma, per l'implementazione delle Linee Guida ed hanno avviato le attività previste con il coinvolgimento dei professionisti operanti nel CDCD. Due professionisti del CDCD di Sassuolo e Carpi hanno partecipato ai corsi residenziali dell'ISS a Roma per le azioni di disseminazione delle LG. In merito a questo tema, è stato anche organizzato un convegno provinciale a Formigine il 20/09/2025 in occasione della Settimana Alzheimer avente come tema *"Cura e sostegno alla persona con demenza ed al suo caregiver"* in cui sono state poste in essere le azioni di disseminazione con coinvolgimento, all'incirca, di 200 partecipanti.

La Geriatria Territoriale è stata inoltre coinvolta direttamente nelle azioni ed obiettivi della linea di attività 4 coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, ovvero *"Definizione ed implementazione di un piano nazionale di formazione dei professionisti sanitari e sociosanitari e di informazione-formazione per i caregiver"*. Questa attività è stata delegata dalla Regione all'Azienda USL di Modena come ente attuatore attraverso un accordo diretto con l'ISS. Le azioni programmate per il raggiungimento degli obiettivi dell'attività 4 riguardano la formazione degli operatori socio-sanitari delle Case Residenze Anziani (CRA).

Questo progetto si articola in diverse linee di attività:

1. Creazione di webinar e FAD per la formazione degli operatori socio-sanitari nelle CRA con finalità di trasmettere competenze sulla gestione delle cadute, della contenzione e dei sintomi comportamentali che spesso si associano alle demenze. I professionisti della Geriatria Territoriale dell'AUSL di Modena e della Fondazione Golgi-Cenci, nel 2025, hanno lavorato per lo sviluppo di tre webinar. Tali webinar sono stati presentati dall'ISS nelle date 16 e 23 gennaio e 6 febbraio del 2026 (https://www.demenze.it/it-schede-10098-formazione_online_per_professionisti_delle_rsa).
2. Formazione residenziale che coinvolge le RSA ed i CDCD della Regione Marche (obiettivo della linea strategica 5 del fondo per l'Alzheimer e le demenze della Regione Marche). L'anno 2025 ha visto alcuni professionisti della Geriatria Territoriale impegnati nella preparazione degli eventi formativi.
3. Formazione dei professionisti socio-sanitari delle CRA della Provincia di Modena (iniziata già dal 2023). Nel 2025 sono state 21 le CRA coinvolte nella formazione da parte dei professionisti della Geriatria Territoriale (per un totale di circa 775 operatori formati).

Il fenomeno demenza nella Provincia di Modena: dati epidemiologici

Nel 2025 è proseguita, dopo la sperimentazione completata nel biennio 2020-2022, l'attività del sistema aziendale di rilevazione dei flussi legati al tema della demenza in linea con le direttive nazionali e regionali (DGR 159/2019) consentendo di intercettare i casi prevalenti ed incidenti, l'attività dei CDCD, la presa in carico delle persone con demenza da parte dei medici di Medicina Generale, il monitoraggio degli accessi in Pronto Soccorso di pazienti con demenza e/o demenza complicata da turbe comportamentali come prima diagnosi, i ricoveri in ambiente ospedaliero, le attivazioni dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e l'istituzionalizzazione (tramite il flusso FAR). L'analisi può essere effettuata non solo per Distretto ma anche per Nuclei di Cure Primarie (NCP) permettendo quindi un confronto e riflessioni di contesto.

Nell'anno 2026 è in previsione la rivalutazione dell'algoritmo dei flussi informativi e la valutazione qualitativa dei dati emersi.

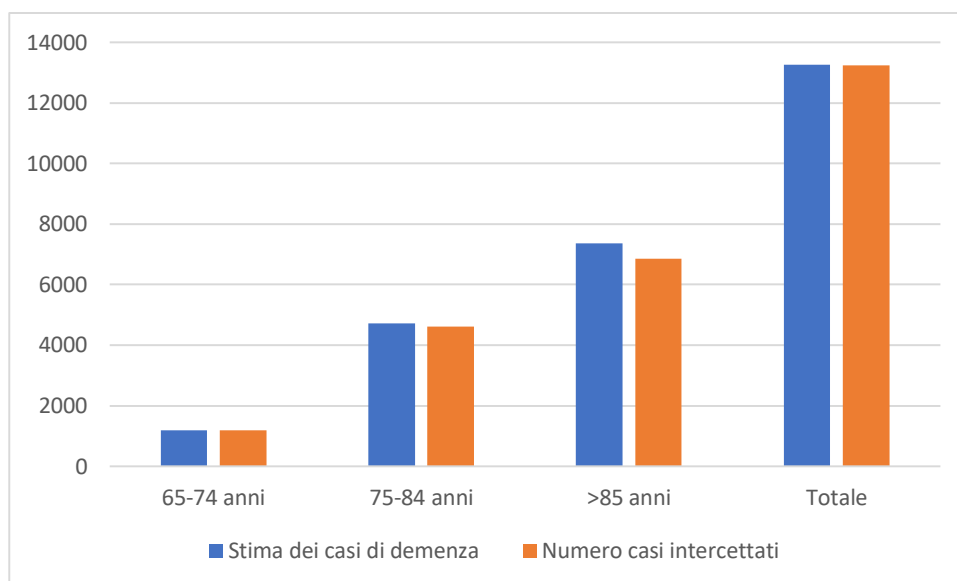
La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è di circa l'8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% nei soggetti over 80. E' possibile fare una stima, anche nella nostra Provincia, dei casi di demenza grazie ad un algoritmo frutto di uno studio svolto in collaborazione con l'ISS "Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze. Le attività dell'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità - anni 2021/2023". (https://www.demenze.it/documenti/schede/libro_nazionale_per_sito_1.pdf).

Applicando i tassi di prevalenza stimati sulla popolazione anziana over 65 anni i **casi di demenza stimati nella provincia di Modena sono 13.268. I casi intercettati dai flussi informativi grazie al sistema KNOWAGE risultano essere 13.233.** Si sottolinea che i casi intercettati dal sistema Knowage rappresentano l'esito dell'incrocio di vari flussi informativi: esenzioni per patologia, flussi ospedalieri ottenuti dall'analisi delle SDO, flussi FAR residenziali, flussi della farmaceutica e flussi delle diagnosi di pazienti in carico all'Assistenza Domiciliare Integrata.

Come è possibile notare da tabella e figura di seguito riportate (Tab. 1 e Fig. 2), i casi stimati ed i casi intercettati risultano i medesimi, segno sia di elevata sensibilità del sistema informativo nell'intercettare tutti i casi presenti sul territorio ma anche della grande sensibilità e capacità dei professionisti della rete di intercettare, riconoscere e diagnosticare i casi di demenza.

Tab. 1 e Fig. 2 Rappresentazione per fascia di età dei casi stimati di demenza secondo i tassi di popolazione e i casi di demenza intercettati dai flussi informativi nella provincia di Modena

Fascia di età	Popolazione residente	Stima dei casi di demenza	Numero casi intercettati
65-74 anni	78.848	1194,82	1180
75-84 anni	59841	4720,371	4608
>85 anni	28.534	7353,41	6858
Totale	167.223	13.269	13233



Per quanto concerne i casi con deficit cognitivo lieve (Mild Cognitive Impairment, MCI), è possibile ottenerne una stima, nella popolazione modenese, secondo i tassi del *Report Nazionale del progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021-2023* dell'ISS. Non è possibile, invece, individuare il numero dei casi intercettati dai servizi sanitari e socio-sanitari del nostro territorio poichè non vengono mappati dai flussi informativi Knowage. Il numero dei casi stimati nella provincia di Modena rapportati alla popolazione anziana (secondo i dati ISTAT 2024) sono 9.014 (Tab. 2). I soggetti con MCI mostrano in letteratura, dai dati del report dell'ISS, un tasso di progressione annuale verso la demenza che va dal 5 al 15% a seconda del setting e dei criteri diagnostici applicati, non tutti i casi di MCI quindi progrediscono in demenza.

Tab. 2 Rappresentazione per fascia di età dei casi stimati di MCI secondo i tassi di popolazione nella provincia di Modena

Fascia di età	Popolazione residente	Casi stimati di MCI
60-69 ANNI	41908	1843
70-79 ANNI	70711	4030
80-89 ANNI	44232	3140
TOTALE	156851	9014

Il fenomeno della demenza, secondo i dati epidemiologici nazionali, è in continuo aumento.

In Europa si stima che, la prevalenza delle demenze, incrementi, nel medesimo periodo di tempo, dall'1,6% nella classe d'età 65-69 al 22,1% in quella maggiore di 90 nei soggetti di sesso maschile e dall'1% al 30,8% rispettivamente nei soggetti di sesso femminile.

I tassi di incidenza per demenza variano dal 2,4 per 1.000 anni/persona nella classe d'età 65-69 fino al 40,1 per 1.000 anni/persona in quella maggiore di 90 nella popolazione maschile, e dal 2,5 all'81,7 rispettivamente in quella femminile. La demenza di Alzheimer rappresenta, secondo queste stime, circa il 60% di tutte le demenze. Tale fenomeno è verificabile anche nel contesto modenese.

Come è possibile notare nella tabella 3, la prevalenza dei casi di demenza intercettata dal sistema KNOWAGE è aumentata dal 2024 (12.820 casi) al 2025 (13.233 casi) mentre l'incidenza annuale di nuovi casi è rimasta

stabile a 2.870 nel 2025, quest'ultimo dato ovviamente andrà ad incrementare la prevalenza negli anni successivi.

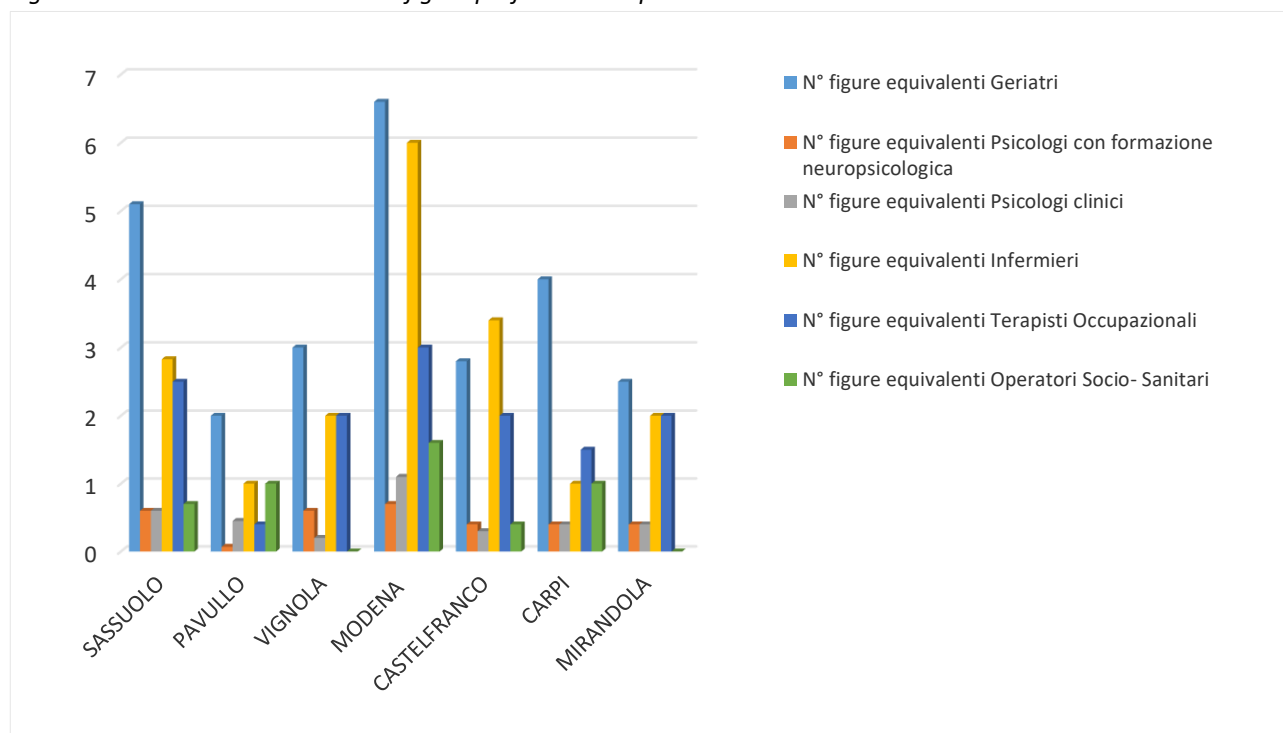
Tab.3: Analisi dei casi prevalenti e incidenti intercettati nella popolazione modenese suddivisa per Distretti (2024 vs 2025)

Distretto residenza	Anno			
	2024		2025	
	Prevalenti all'1/1	Nuovi casi	Prevalenti all'1/1	Nuovi casi
CARPI	1.857,00	330,00	1.905,00	358,00
MIRANDOLA	1.689,00	397,00	1.746,00	369,00
MODENA	3.600,00	831,00	3.733,00	846,00
SASSUOLO	2.030,00	484,00	2.148,00	508,00
PAVULLO NEL FRIGNANO	781,00	175,00	807,00	189,00
VIGNOLA	1.704,00	436,00	1.745,00	360,00
CASTELFRANCO EMILIA	1.159,00	287,00	1.149,00	240,00
Totale	12.820,00	2.940,00	13.233,00	2.870,00

I professionisti che lavorano nei Centri Distrettuali della Geriatria Territoriale

La distribuzione provinciale delle diverse figure professionali è mostrata nella Fig. 3 in cui sono rappresentate come Punteggio Equivalente (inteso come numero di figure a tempo pieno) le diverse professionalità presenti nei diversi Centri. Secondo la DGR 2581/99, le figure professionali minime dovrebbero essere rappresentate da un medico specialista (di norma geriatra o neurologo), un neuropsicologo, uno psicologo a supporto del caregiver e un infermiere possibilmente esperto e/o formato nel “case management” delle demenze. In tutti i Distretti (eccetto che in quello di Castelfranco), la figura più rappresentata è quella del geriatra (barra azzurra) seguita da quella dell’infermiere (barra gialla). Per le altre figure professionali: psicologi clinici, psicologi con formazione neuropsicologica, terapisti occupazionali e operatori sociosanitari la distribuzione è variabile nei diversi Distretti.

Fig.3 Distribuzione Distrettuale delle figure professionali equivalenti nei sette CDCD



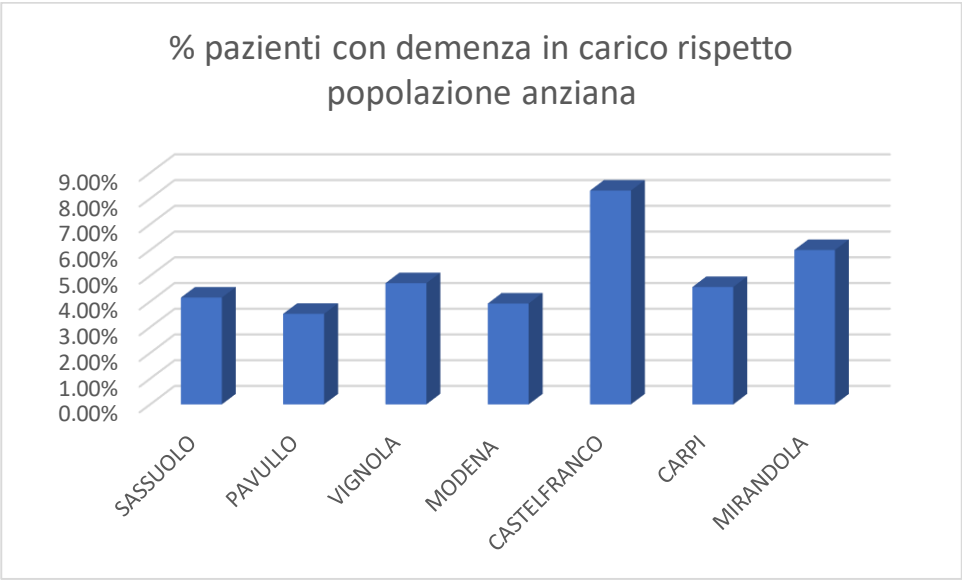
Indicatori di processo e di esito qualitativo nella presa in carico delle persone con demenza e dei loro caregiver da parte dei CDCD

Rispetto ai casi di demenza intercettati dai servizi (13. 233 nella provincia di Modena), **8.073 sono quelli che, nel 2025, risultano in carico ai CDCD Distrettuali** secondo questa distribuzione (Tab 4). Il totale dei **pazienti in carico** (incluse le demenze, i casi in corso di definizione diagnostica e i casi di MCI) nel 2025 sono stati **11.370**. La distribuzione distrettuale dei pazienti con demenza in carico ai CDCD è differente. In particolare, nel Distretto di Castelfranco, è più elevata la percentuale dei pazienti con demenza in carico rispetto agli altri Distretti (Fig. 4).

Tab.4 Distribuzione Distrettuale dei pazienti in carico ai CDCD e dei pazienti con demenza in carico

	PAZIENTI IN CARICO	PAZIENTI CON DEMENZA IN CARICO
SASSUOLO	1869	1155
PAVULLO	446	380
VIGNOLA	1494	1015
MODENA	2758	1781
CASTELFRANCO	1396	1354
CARPI	1531	1170
MIRANDOLA	1876	1218
TOTALE	11370	8073

Fig.4 Rappresentazione Distrettuale della percentuale di pazienti con demenza in carico rispetto alla popolazione >65 anni nel Distretto di riferimento



L'attività diagnostica ha mostrato, rispetto al 2024, un **incremento delle NUOVE diagnosi di demenza** che sono state **12.798** nel 2025 (vs 11.636 nel 2024) in linea con l'incremento demografico ed epidemiologico della demenza negli anni (Fig. 5).

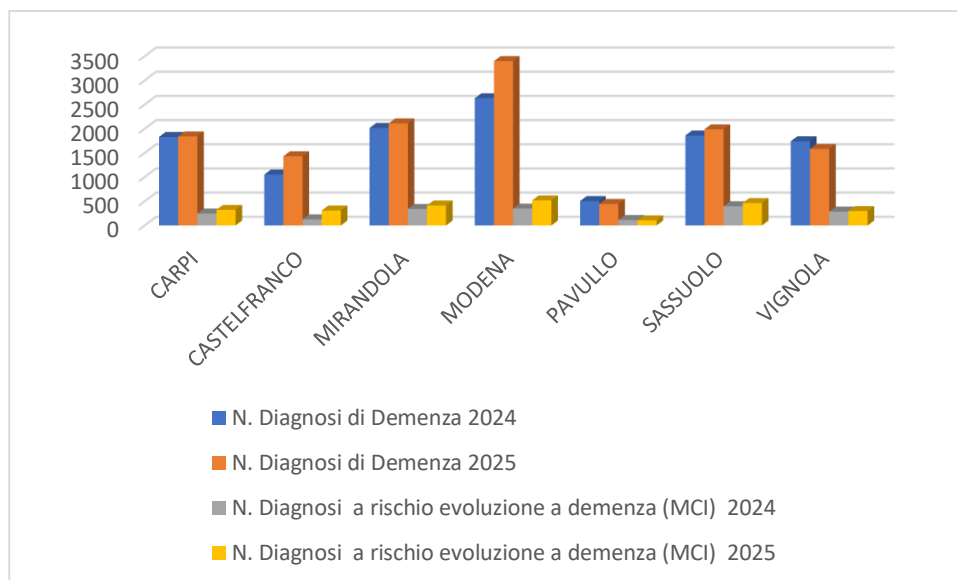
Anche il numero di **NUOVE diagnosi di MCI sono aumentate** nel 2025 contando **2.433** casi di MCI (rispetto ai 1.864 nuovi casi di MCI nel 2024). Questo dato è molto rilevante per gli obiettivi della Geriatria Territoriale

che, grazie alle azioni continue di sensibilizzazione della comunità e dei MMG, mira ad una migliore e più tempestiva intercettazione dei deficit cognitivi lievi su cui poter intervenire con azioni di prevenzione al fine di ritardare l'evoluzione in demenza. Purtroppo però, rimangono ancora tanti i casi misconosciuti perché la stima, secondo i tassi dell'ISS dei casi di MCI rispetto alla popolazione anziana modenese, dovrebbero essere di 9.014. Questo fenomeno, probabilmente, è giustificabile considerando i seguenti aspetti:

- 1) ageismo, cioè considerare “normale per età” il peggioramento di memoria e di altre funzioni cognitive
- 2) assenza di impatto sulla vita quotidiana dell'MCI
- 3) difficoltà di intercettazione dei casi da parte del MMG

Per tali motivi, sarà importante, nel 2026, sia riconsiderare momenti formativi per i MMG per fornire competenze e strumenti finalizzati all'intercettazione precoce dei casi di MCI sia continuare le azioni di sensibilizzazione mediante l'implementazione dei progetti di Comunità Amiche della Demenza (Dementia Friendly Community).

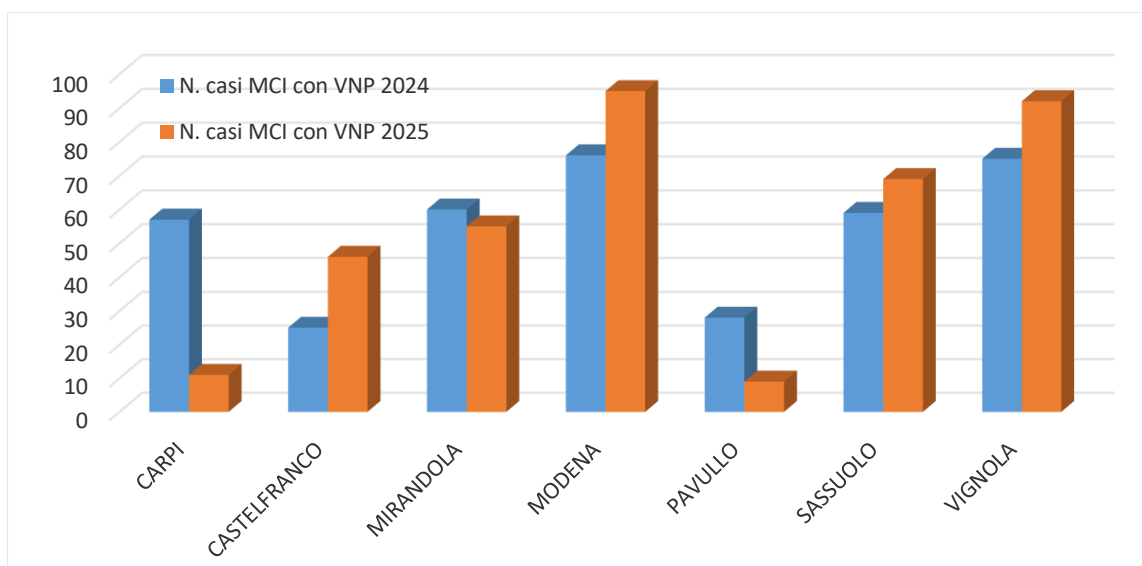
Fig.5 Rappresentazione Distrettuale delle NUOVE diagnosi di demenza e MCI, confronto 2024 vs 2025



L'intercettazione precoce dei casi di MCI consente una diagnosi preclinica di malattia di Alzheimer che rappresenta un fattore importante anche in previsione dell'immissione sul mercato dei nuovi farmaci “disease modify” per l'Alzheimer in quanto questi farmaci, che sono degli anticorpi monoclonali, avranno come indicazione target gli MCI due to AD (deficit cognitivo sotteso a malattia di Alzheimer) e le forme di demenza di Alzheimer di grado lieve.

La diagnostica fine differenziale tra un MCI due to AD ed un MCI dovuto ad altri fattori viene supportata dalla valutazione neuropsicologica di secondo livello eseguita da psicologi con expertise in neuropsicologia. Il numero di valutazioni neuropsicologiche eseguite su casi di MCI nel 2025 (366 valutazioni) si assesta, all'incirca, sugli stessi valori del 2024 (380 valutazioni) pur essendo aumentati di molto i casi di MCI intercettati. La **percentuale dei casi di MCI che hanno ricevuto una valutazione neuropsicologica** di secondo livello rappresenta un indicatore target del PDTA e nel 2025 si è ridotto dal 21% al 14% rispetto al 2024. (Fig.6 e Tab. 5).

Fig.6 e Tab. 5 Distribuzione Distrettuale dei casi di MCI che hanno ricevuto valutazione neuropsicologica di secondo livello, confronto tra 2024 e 2025 e tabella dell'esito degli indicatori del PDTA per Distretto valutato come percentuale di casi di MCI che hanno ricevuto valutazione neuropsicologica rispetto tutti i casi di MCI nel Distretto



	% delle VNP sui casi MCI 2024	% delle VNP sui casi MCI 2025
CARPI	23%	3%
CASTELFRANCO	20%	15%
MIRANDOLA	17%	13%
MODENA	22%	18%
PAVULLO	25%	8%
SASSUOLO	15%	15%
VIGNOLA	26%	31%
TOTALE	21%	14%

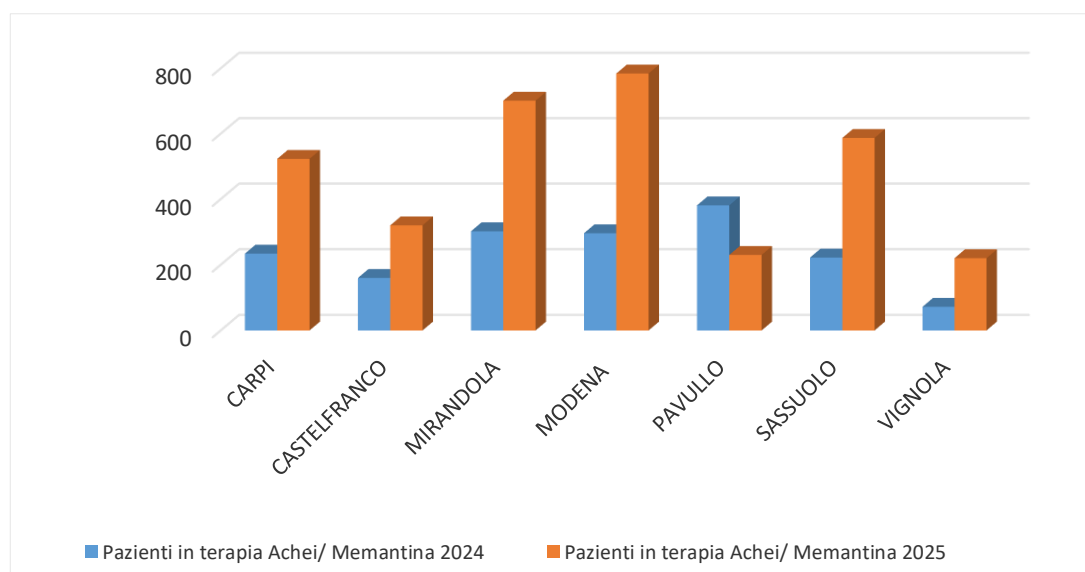
Nella presa in carico delle persone con demenza, oltre all'attività diagnostica, vi è un'attività di cura sia farmacologica che non farmacologica. Tra tutte le demenze, il 50-60% sono rappresentate dalle forme di demenza di Alzheimer che risultano essere le più frequenti.

Per le prescrizioni farmacologiche per le demenze di Alzheimer, è previsto un trattamento con farmaci che richiedono la compilazione di un piano terapeutico secondo le indicazioni della NOTA AIFA 85 con tempistiche di rinnovo di 6 mesi, recentemente modificato nelle possibilità prescrittive (in pazienti stabili, possibilità di rinnovo a 12 mesi).

Tali farmaci sono rappresentati dagli ACHEI (rivastigmina, donepezil e galantamina) prescrivibili nelle forme di grado lieve e moderato e dalla memantina prescrivibile anche nelle forme di grado severo. Le prescrizioni hanno visto, nel 2025, un incremento sia in termini di nuove prescrizioni (correlato all'indice di incidenza di nuovi casi di demenza di Alzheimer) sia in merito al numero aumentato di casi di demenza di Alzheimer in terapia cronica.

Rispetto al 2024, si è assistito ad una riduzione del numero dei nuovi casi di demenza di Alzheimer in terapia (nel 2025 sono stati solo 630 rispetto al 2024 in cui erano 717) mentre risultano aumentati, in maniera esponenziale, i casi di Alzheimer in terapia cronica (passati da 950 nel 2024 a 2.735 nel 2025). Il dato che risulta dai NUOVI casi che iniziano la terapia potrebbe essere però falsato e sottostimato da un errore informatico in quanto sono stati cambiate le metodologie di numerazione dei nuovi inserimenti in terapia. Nel complesso comunque, sommando tutti i **casi di Alzheimer inseriti in terapia**, questi **sono nettamente aumentati** dal 2024 (1.667 casi) **al 2025 (3.365 casi)**. I casi di persone con demenza di Alzheimer in terapia sono rappresentati nella Fig. 7.

Fig.7 Distribuzione Distrettuale dei casi con demenza di Alzheimer in terapia, confronto tra 2024 e 2025



L'aumento dei casi in terapia, è un dato certamente positivo per le capacità diagnostiche dei CDCD ma se si considera che il 60% dei casi di demenza che l'UOC ha in carico (8.073) presenta una demenza di Alzheimer, i casi totali dovrebbero essere maggiori, circa 4.843, rispetto a quelli identificati. Questo potrebbe voler dire che vi è una quota di casi di Alzheimer che non sono in terapia per altre motivazioni (stadio molto grave della malattia, CDR 4 o 5, controindicazioni alla terapia o effetti collaterali secondari al trattamento).

Gli indicatori del PDTA (Tab. 6) confermano che rimane stabile, nel 2025, la percentuale di NUOVE prescrizioni di ACHEI/memantina rispetto al numero di persone con demenza in carico confrontata con il 2024 (9%) mentre è aumentata, invece, la percentuale delle persone che assumono ACHEI/memantina con continuità (dal 19% al 35%).

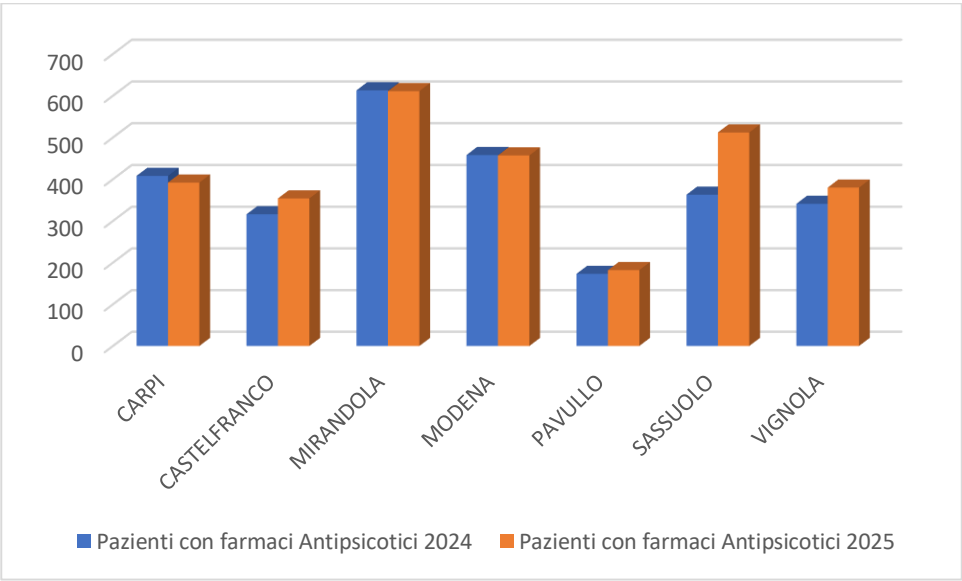
Tab.6 Confronto Distrettuale dell'indicatore del PDTA percentuale di pazienti che hanno iniziato o che sono in trattamento cronico con Achei/memantina rispetto al numero di persone con demenza in carico, Confronto 2024-2025

	% pazienti che hanno iniziato Achei/memantina vs pz con demenza in carico nel 2024	% pazienti che hanno iniziato Achei/memantina vs pz con demenza in carico nel 2025	% pazienti che assumono Achei/memantina vs pz con demenza in carico nel 2024	% pazienti che assumono Achei/memantina vs pz con demenza in carico 2025
CARPI	10%	3%	10%	42%
CASTELFRANCO	8%	3%	4%	20%
MIRANDOLA	12%	7%	12%	50%
MODENA	8%	11%	8%	33%
PAVULLO	12%	18%	88%	43%
SASSUOLO	10%	14%	10%	36%
VIGNOLA	4%	4%	4%	18%
TOTALE	9%	9%	19%	35%

La demenza, inoltre, può complicarsi con **sintomi comportamentali associati** che possono richiedere una **terapia neurolettica** per ridurre quelli “gravi ed agitati”. Dalla letteratura, è noto di come tali terapie rimangano “off-label” per le persone con demenza e richiedano controlli seriati e ravvicinati ogni 2 mesi (al massimo ogni 6 mesi, nei pazienti stabili) per rinnovo del piano terapeutico prescrittivo, valutazione degli effetti collaterali e valutazione del rapporto tra rischi e benefici. Per tale motivo, le linee guida attuali, scoraggiano l’utilizzo di neurolettici nelle persone con demenza promuovendo, in prima battuta, un approccio non farmacologico e, solo se questo non fosse efficace, il passaggio alla terapia con neurolettici.

Nonostante l’aumento dei pazienti con demenza in carico nel 2025 rispetto al 2024 non si è assistito, nel 2025, ad un incremento nella prescrizione di neurolettici (Fig. 8).

Fig. 8 Rappresentazione Distrettuale del numero di pazienti con demenza e prescrizione di neurolettici atipici, confronto 2024 e 2025



Considerando gli indicatori di qualità del PDTA, si evidenzia una sostanziale stabilità al 38% nella percentuale dei casi di demenza che assumono neurolettici rispetto al totale dei casi di demenza in carico (Tab. 7)

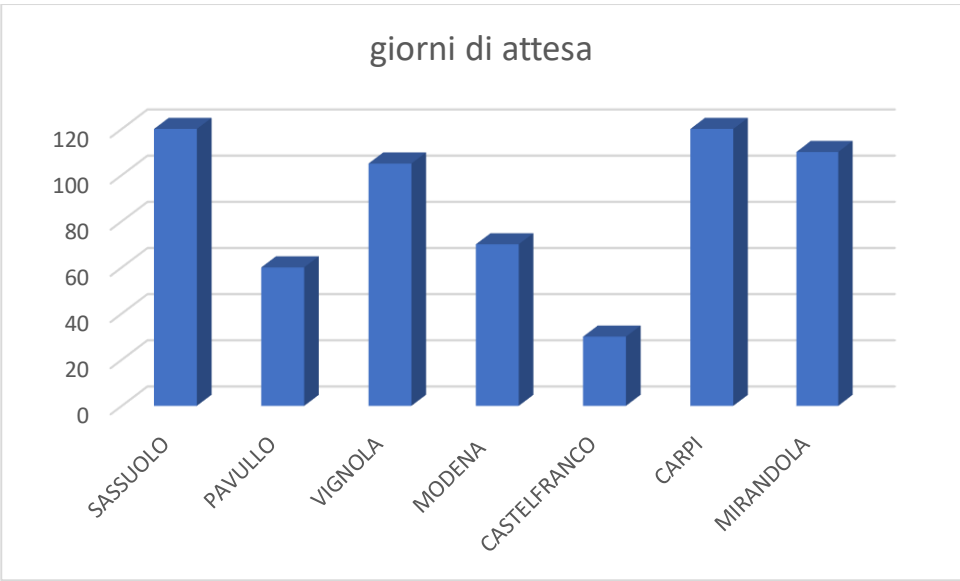
Tab. 7 Confronto Distrettuale nella percentuale di casi con demenza e prescrizione di neurolettici atipici rispetto al numero di demenza in carico nel Distretto stesso, confronto 2024-2025

	% pazienti con neurolettici/demenze in carico 2024	% pazienti con neurolettici/demenze in carico 2025
CARPI	42%	34%
CASTELFRANCO	25%	26%
MIRANDOLA	54%	50%
MODENA	32%	26%
PAVULLO	46%	48%
SASSUOLO	40%	44%
VIGNOLA	37%	37%
TOTALE	39%	38%

Dati di attività e prestazioni dei CDCD provinciali

Il tempo d’attesa medio per una prima visita da parte del CDCD è stato, nel 2025, di 88 giorni (Fig 9). Il dato è variabile a seconda dei Distretti. Il target da raggiungere, secondo le indicazioni regionali, dovrebbe attestarsi sui 30 giorni.

Fig.9 Giorni d’attesa medi annuali per una prima visita, variazioni Distrettuali



La rilevazione delle attività svolte dai Centri Disturbi Cognitivi e Demenze nel 2025 (visite ambulatoriali, domiciliari, consulenze nelle CRA e negli ospedali) è aggiornata costantemente dal sistema aziendale Knowage.

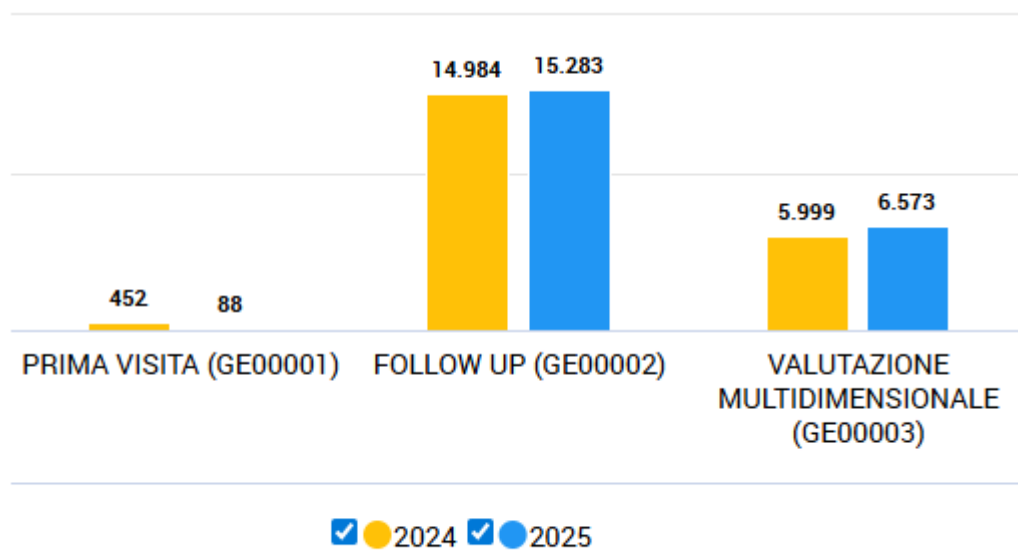
L'analisi delle prestazioni dei CDCD, ottenute tramite questo sistema, evidenzia un ulteriore **incremento delle prestazioni** rispetto al 2024, a parità di risorse impegnate.

In particolare, nel 2025, le **prime visite ambulatoriali sono aumentate a 6.573** rispetto alle 5.999 effettuate nel 2024. Questo dato evidenzia una buona capacità di poter incrementare l'intercettazione dei casi e di poter fornire una migliore risposta ai bisogni della popolazione.

Anche le **visite di controllo** ambulatoriale per la presa in carico sono **aumentate (15.283 visite di controllo nel 2025 vs 14.984 del 2024)**.

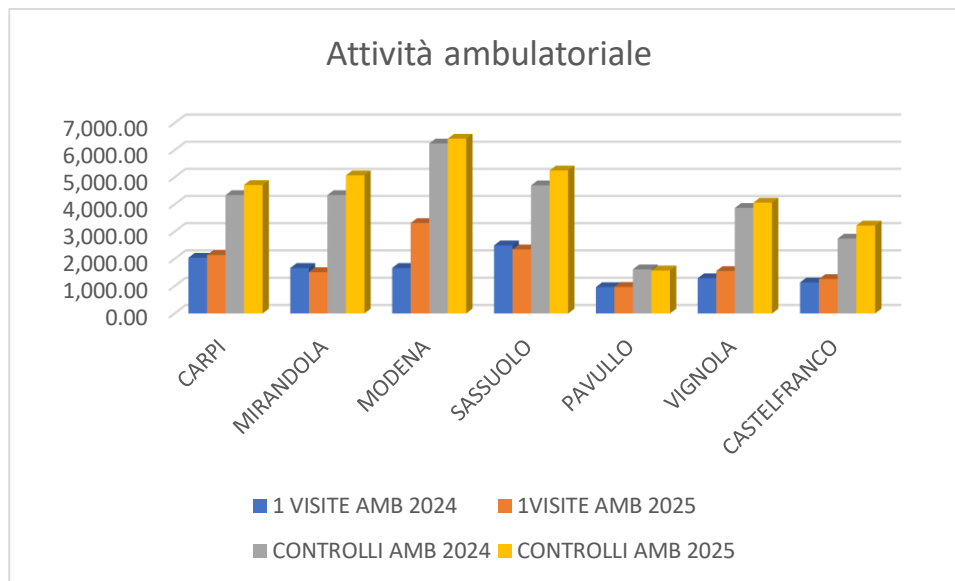
Le **consulenze presso la rete ospedaliera** (i nostri professionisti svolgono consulenze presso quasi tutti gli ospedali della provincia ad eccezione dell'Ospedale di Baggiovara e del Policlinico di Modena in cui, queste consulenze, vengono garantite dalla Geriatria dell'AOU) **si sono ridotte** dal 2024 (958 consulenze) al 2025 (**903 consulenze**). I dati sono rappresentati nel grafico sottostante (Fig. 10)

Fig. 10 Rappresentazione del numero di prestazioni ambulatoriali suddivise come prime visite "valutazione multidimensionale" e controlli "follow up" e prima visita geriatrica a livello provinciale, confronto 2024 vs 2025



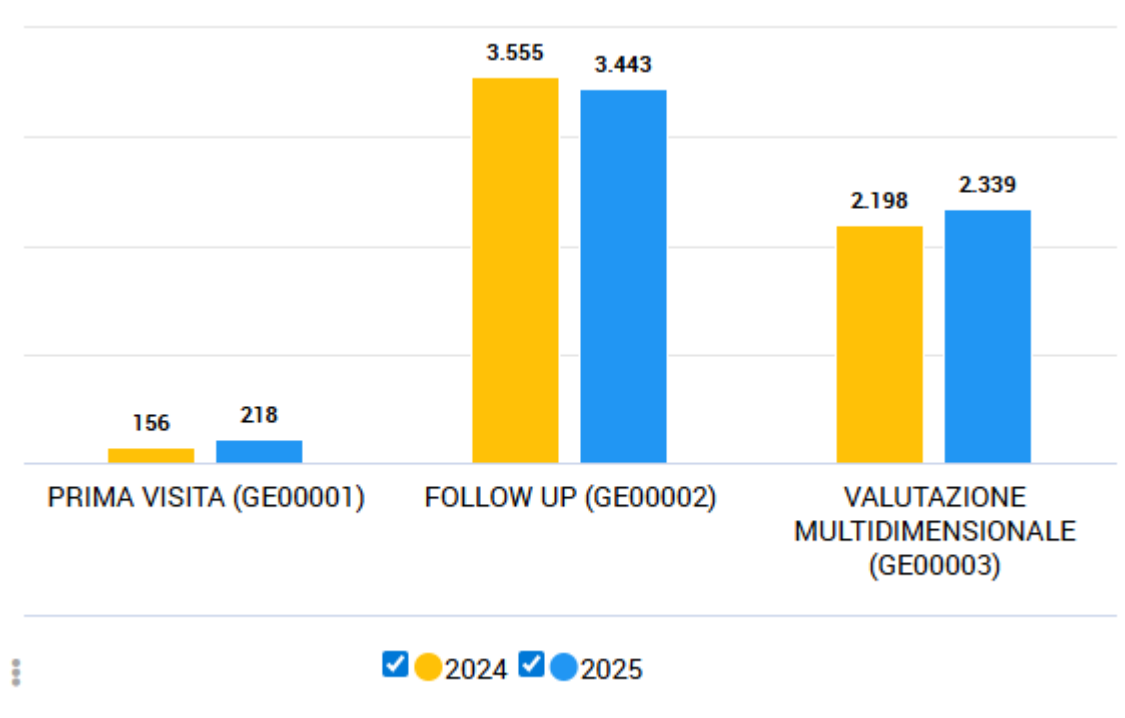
Se si considerano le differenze tra i distretti nell'attività ambulatoriale, si nota di come il Distretto di Modena abbia aumentato significativamente il numero di prime visite rispetto al 2024 mentre gli altri Distretti sono rimasti più o meno stabili. D'altra parte, in modo omogeneo, tutti i Distretti hanno aumentato il numero di visite di presa in carico come controlli (Fig. 11)

Fig.11 Rappresentazione Distrettuale di confronto dei dati di attività ambulatoriale suddivisi in prime visite e controlli, confronto 2024-2025



Sebbene con volumi minori, **sono aumentate anche le consulenze domiciliari** a livello provinciale come prime visite 2.339 (rispetto alle 2.198 nel 2024) mentre i controlli domiciliari rimangono sostanzialmente invariati (3.443 nel 2025 vs 3.555 nel 2024). I dati sono rappresentati in Fig.12

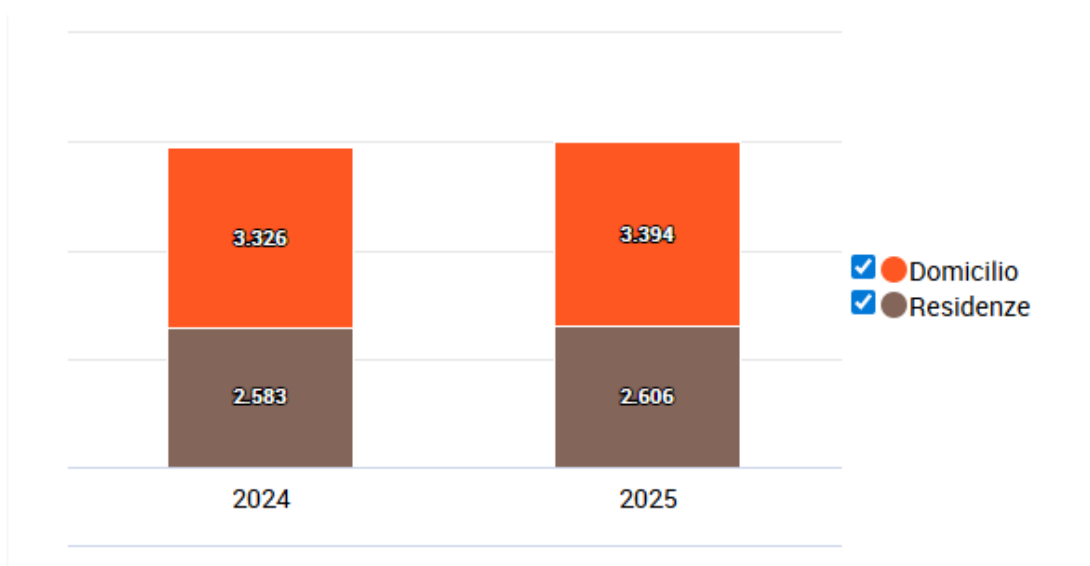
Fig.12 Rappresentazione del numero di prestazioni domiciliari suddivise tra prime visite "valutazione multidimensionale" e controlli "follow up" e prima visita geriatrica a livello provinciale, confronto 2024-2025



In particolare, per quanto riguarda l'offerta di visite domiciliari, si sottolinea che i professionisti della UOC di Geriatria svolgono consulenze periodiche e programmate in tutte le Case Residenze Anziani della Provincia con una distribuzione che rimane stabile, nella sua proporzione, tra 2024 e 2025 e che è rappresentata in Fig.13.

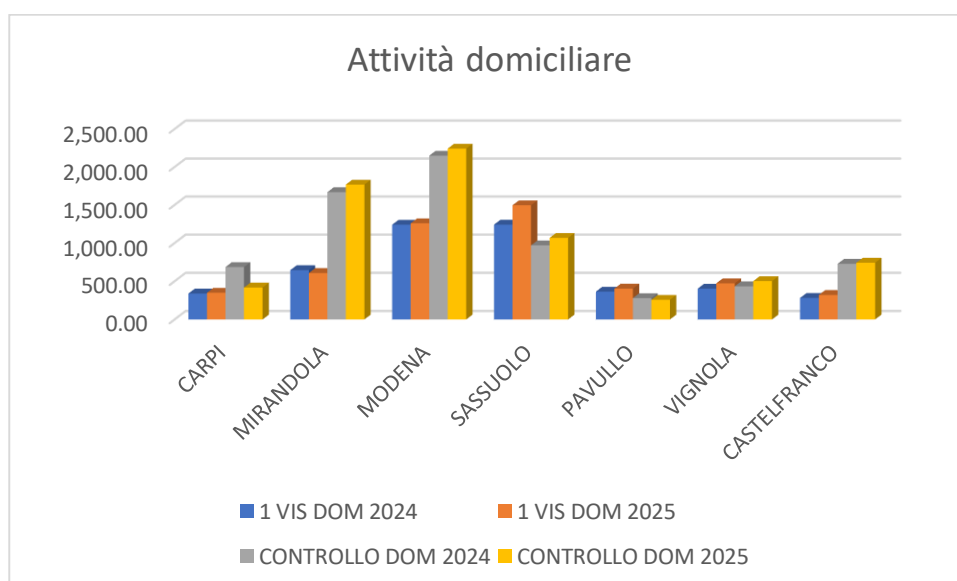
Fig.13 Rappresentazione delle prestazioni domiciliari della Provincia di Modena suddivise tra visite domiciliari e consulenze presso Casa Residenze Anziani, confronto 2024 – 2025

NB: la distinzione fra domicilio e residenze viene dall'incrocio con il flusso FAR, i cui dati sono disponibili attualmente fino al 12° invio 2025



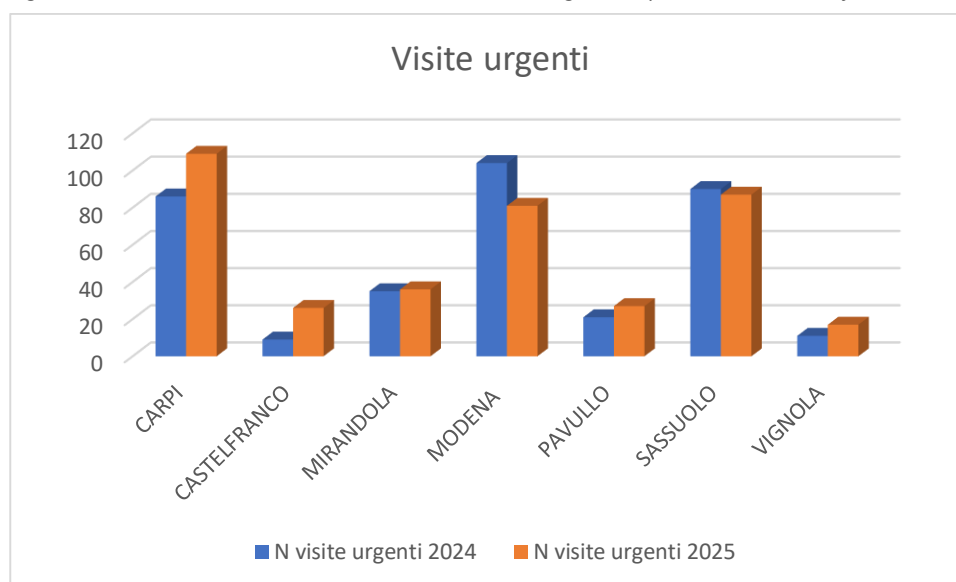
Se analizziamo poi le differenze Distrettuali per quanto riguarda le visite domiciliari, notiamo di come sono lievemente aumentate le prime visite domiciliari nel 2025 per il Distretto di Sassuolo mentre le visite di controllo domiciliari rimangono stabili dal 2024 al 2025 in tutti i Distretti (Fig.14).

Fig. 14 Rappresentazione Distrettuale di confronto dei dati di attività domiciliare suddivisa tra prime visite e controlli, confronto 2024-2025



I CDCD Distrettuali offrono, inoltre, disponibilità, su richiesta dei MMG, in caso di **urgenze per sintomi comportamentali associati alle demenze**, ad effettuare una **valutazione ambulatoriale o domiciliare urgente (urgenza differibile “B”)** erogabile entro 7-10 giorni dalla segnalazione. Questo favorisce la tenuta domiciliare delle famiglie in difficoltà con riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso o l’istituzionalizzazione precoce. Globalmente le richieste di visite urgenti rimangono stabili rispetto al 2024 (356 richieste), **con 383 richieste nel 2025** e con distribuzione ed andamento variabile tra i Distretti (Fig. 15)

Fig.15 Distribuzione Distrettuale delle richieste di visite urgenti da parte dei MMG, confronto 2024-2025



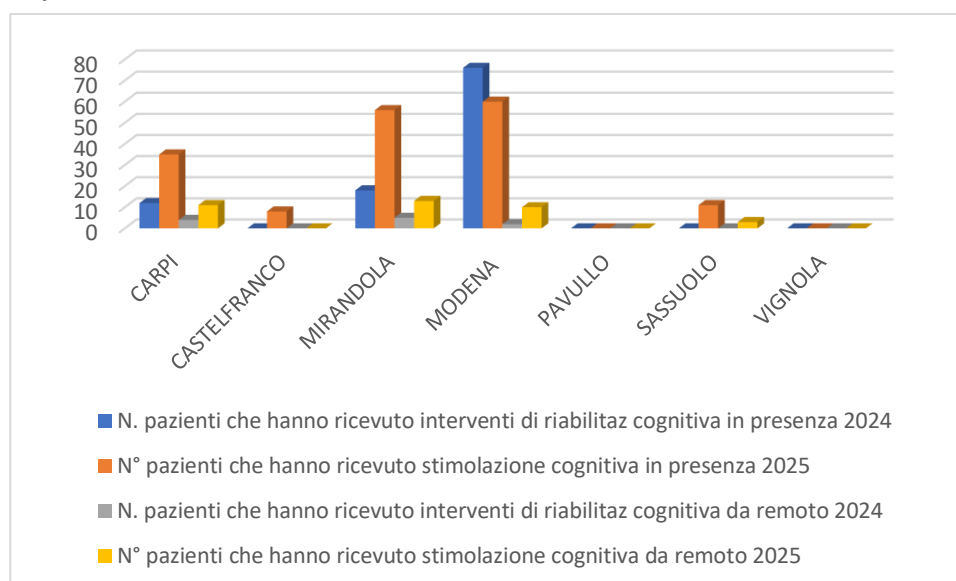
Gli interventi psicosociali garantiti dai CDCD: stimolazione cognitiva, terapia occupazionale e supporto psicologico al caregiver

Nel 2025, in relazione all’aumento di richieste di presa in carico di anziani con disturbi cognitivi/demenze e alla necessità di “consolidare” sempre di un più un sistema che ha l’obiettivo di mantenere l’anziano con o senza demenza nel proprio contesto domiciliare rallentando quindi l’evoluzione della malattia e ritardando la disabilità e la non autosufficienza, si è rafforzato l’approccio terapeutico riabilitativo. Gli interventi di tipo riabilitativo che dovrebbe garantire un CDCD, previsto dai LEA (DPCM 29/11/2001 e DPCM 16/04/2002) **sono** rappresentati dalla **Terapia occupazionale** (Cod. 93,83) e dal **Training per disturbi cognitivi** (Cod. 93,89.2-3).

La **stimolazione cognitiva** (Cognitive Stimulation Therapy, CST), secondo interventi validati in letteratura, può essere offerta a persone con deficit cognitivo lieve, demenza di grado lieve o lieve-moderato. Può essere offerta sia in presenza che da remoto, sia in forma individuale che in piccoli gruppi.

La possibilità di offrire interventi di stimolazione cognitiva non è omogenea tra i Distretti sia in termini di opportunità che di offerta. I Distretti che non sono ancora in grado di offrire stimolazione cognitiva sono quelli di Pavullo e Vignola. Ciò crea iniquità di opportunità e di cura che dovrà necessariamente essere appianata come obiettivo del 2026 (Fig. 16). Globalmente le opportunità provinciali di stimolazione cognitiva nel 2025 hanno visto la partecipazione di 207 utenti, in aumento rispetto al 2024 (117 utenti)

Fig.16: Confronto tra Distretti su numero di pazienti che hanno ricevuto interventi di stimolazione cognitiva in presenza o da remoto, confronto 2024-2025



Gli interventi di stimolazione cognitiva offerti sono rappresentati da:

➤ **Progetto di telemedicina (RehaCom)**

Si tratta di un training cognitivo multi-dominio individuale a domicilio denominato “RehaCom” (Nousia et al., 2019).

L’intervento consta di due sessioni settimanali di 40 minuti ciascuna, per un totale di 30 sessioni (ovvero 20 ore di terapia per paziente) e prevede:

- 1) Valutazione PRE: valutazione neuropsicologica di secondo livello anche a fine diagnostico
- 2) Monitoraggio telefonico, previsto, durante il training, ogni 3 settimane circa (per un totale di 5 volte)
- 3) Valutazione POST: valutazione neuropsicologica di secondo livello in formato breve
- 4) Colloquio di restituzione con consegna del referto

Sono state acquistate 3800 ore di Licenza Home Training RehaCom, pertanto, in totale, potranno essere coinvolti circa 160 pazienti. Il progetto pilota, iniziato nel 2024, ha coinvolto, al momento, 37 pazienti (11 erano quelli beneficiari nel 2024). Ad oggi l’intervento è stato applicato nei Distretti di Sassuolo, Modena, Carpi e Mirandola.

➤ **Organizzazione e implementazione di gruppi di Stimolazione Cognitiva (CST)**

La stimolazione cognitiva è un intervento psicosociale che ha, come scopo principale, quello di favorire e supportare il fronteggiamento (coping) e l’adattamento della persona alla sua condizione nelle varie fasi della malattia. Aspetti e tecniche specifiche (validazione, psico-educazione, socializzazione, utilizzo di elementi musicali/artistici) supportano l’autostima e l’umore e riducono l’isolamento sociale.

Il trattamento, indicato per persone affette da Disturbo Neurocognitivo Maggiore (demenza) di grado lieve e moderato, si compone di due fasi:

- 1) trattamento (Cognitive Stimulation Therapy, CST)
- 2) mantenimento (Maintenance Cognitive Stimulation Therapy, MCST)

In ciascuna fase vengono creati gruppi omogenei di 5-6 persone.

L'intervento prevede una durata complessiva di 7 settimane ed è strutturato in 14 sedute bisettimanali della durata di 60 minuti ciascuna. Pre e post trattamento, ogni paziente svolge una valutazione di base delle funzioni cognitive e degli aspetti psicologici. A distanza di 3 mesi dalla fine dell'intervento, viene proposto un ciclo di mantenimento (Maintenance Cognitive Stimulation Therapy, MCST): 10 sedute strutturate da 60 minuti erogate a cadenza settimanale. L'erogazione della stimolazione cognitiva da parte dei CDCD è iniziata grazie al Fondo Alzheimer nel 2024 per alcuni Distretti (Modena, Carpi e Mirandola) coinvolgendo 74 pazienti. Nel 2025, gli interventi di stimolazione cognitiva hanno coinvolto 170 persone nei Distretti di Sassuolo, Modena, Castelfranco, Carpi e Mirandola.

Sempre in via sperimentale, dall'ascolto dei bisogni dei famigliari dei pazienti con demenza che frequentavano i gruppi di stimolazione cognitiva, nel Distretto di Modena, è nata la proposta di un percorso psicologico di gruppo rivolto ai caregiver dei pazienti che svolgono il trattamento di stimolazione cognitiva. Il momento in cui i caregiver accompagnano i loro familiari all'attività del gruppo può diventare un luogo privilegiato per lavorare sulla consapevolezza ed il ruolo del caregiving, in un setting specifico e motivante alla cura. Il percorso prevede 8-9 incontri, da svolgersi in contemporanea al trattamento di stimolazione cognitiva. Nel 2025 sono stati effettuati 6 gruppi, che hanno coinvolto 25 nuclei famigliari.

➤ **Attività di terapia occupazionale**

La terapia occupazionale è una disciplina riabilitativa che prevede interventi psicosociali che ogni CDCD dovrebbe poter offrire alla persona con demenza ed al suo famigliare, così come previsto dai LEA. Si tratta di un intervento riabilitativo che mira alla conservazione delle abilità residue nonostante la disabilità cognitiva, al fine di mantenere il più a lungo possibile le autonomie e migliorare la qualità della vita (metodologia CoTiD, Graff MJ. BMJ 2008). Attraverso le attività significative prescritte e la valutazione ambientale è possibile inoltre agire sul benessere della persona con demenza e ridurre i disturbi del comportamento (metodologia TAP, Gitlin L.N BMC 2021).

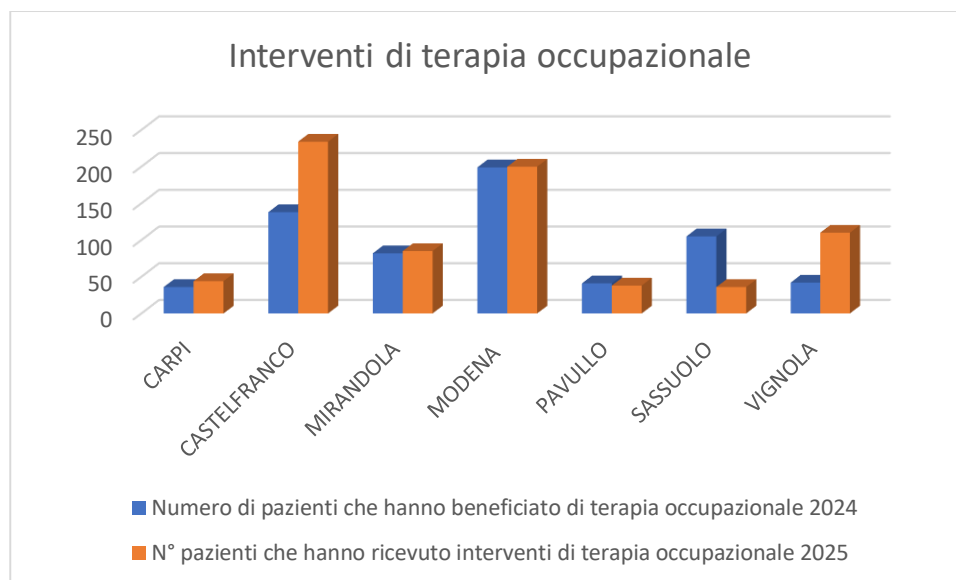
Il terapeuta occupazionale può essere attivato in caso di demenze lievi o moderate. Tutti i trattamenti prevedono l'educazione e l'empowerment del caregiver che, migliorando il senso di competenza, è in grado di ridurre lo stress ed individuare strategie efficaci per la gestione e cura del proprio famigliare affetto da demenza. I trattamenti prevedono un ciclo di massimo 10 sedute a paziente (con una media di 6-8 seduta). Il terapeuta occupazione, inoltre, si occupa della valutazione protesica ambientale e della valutazione ausili per ridurre il rischio di caduta e migliorare le autonomie funzionali a domicilio.

Le prestazioni distribuite sui Distretti hanno visto un aumento dei casi che hanno beneficiato di interventi di terapia occupazionale. Le famiglie che hanno beneficiato del trattamento di terapia occupazionale nel 2024 sono state 643, mentre nel 2025 sono **umentate a 747**.

In particolare, dall'analisi dei dati, emerge un aumento di prestazioni soprattutto nel Distretto di Castelfranco Emilia che ha maturato una expertise specifica nell'ambito della prescrizione di ausili, ottimizzando, nel 2025, un progetto dedicato alla prescrizione di ausili personalizzati su tutti i casi provinciali (Progetto SVAD, Servizio Valutazione Ausili a Domicilio).

Le valutazioni per ausili sono di tipo consulenziale di breve durata per cui consentono il coinvolgimento di una maggiore platea di beneficiari. D'altra parte, si è però assistito ad una riduzione degli interventi nel Distretto di Sassuolo anche per sopperire al licenziamento, nel Distretto di Pavullo, di due terapisti occupazionali nel 2024 e nel 2025, ciò ha determinato la necessità di una redistribuzione di risorse umane tra i due Distretti (Fig 17).

Fig. 17 Confronto Distrettuale di pazienti che hanno beneficiato di interventi di terapia occupazionale, anni 2024-2025



➤ Supporto psicologico al caregiver

Nei PDTA e come prestazione essenziale a supporto del caregiver è previsto il colloquio psicologico su invio del professionista geriatra. Un'attenzione particolare è rivolta ai caregiver in quanto, la mancanza di consapevolezza e di riconoscimento delle sfide affrontate nel caregiving, potrebbe comportare stress ed impatti negativi a livello individuale e sociale. In effetti, assumere un "ruolo di cura" rappresenta un fattore di rischio rilevante sia per l'insorgenza di problemi, immediati e/o a lungo termine, per la salute mentale ed il benessere dei caregiver, sia per la possibile comparsa di inadeguatezza, più o meno parziale, nel caregiving. Il riconoscimento del ruolo del caregiver come fondamentale pilastro di cura e la valorizzazione con l'introduzione e la valutazione dei suoi bisogni all'interno del progetto di cura è in linea con le direttive regionali e la legge regionale (Legge regionale 2/2014).

L'attività psicologica si esplica in:

- 1) valutazione delle risorse familiari e del burden del caregiver (sono previsti 4-7 colloqui e somministrazione di test specifici)
- 2) successivo intervento di counselling o di psicoterapia supportiva individuale (8-19 colloqui) o di gruppo (7-8 incontri)

La fase valutativa ha la finalità di impostare il trattamento più efficace rispetto ai bisogni emersi.

Gli interventi di counselling hanno come focus il miglioramento delle strategie di coping.

Gli interventi supportivi puntano a migliorare i vissuti soggettivi relativi all'assunzione del ruolo di caregiver, mentre i gruppi favoriscono soprattutto il rispecchiamento e la riduzione del senso di isolamento.

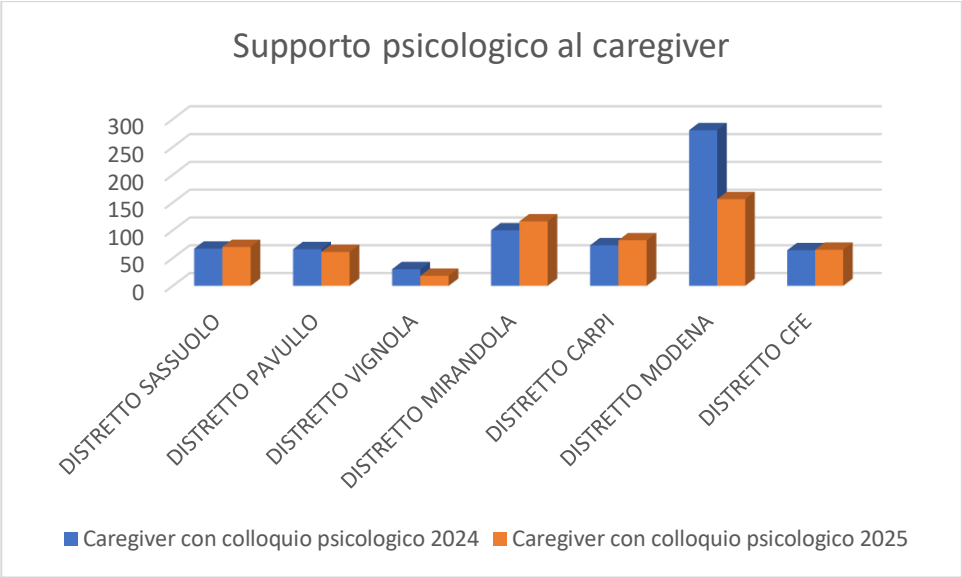
Nella tabella sottostante (Tab. 8) si evincono i dati di attività 2025 vs 2024 in termini di numero dei caregiver che hanno beneficiato di colloquio psicologico e in termini di prestazioni complessive.

Tra i Distretti vi è una discreta variabilità nella presa in carico dei caregiver di persone con demenza Fig 18.

Tab. 8 Differenze Distrettuali in Numero di caregiver che hanno beneficiato di colloquio psicologico e numero di prestazioni, anni 2024-2025

DISTRETTO	Caregiver con colloquio psicologico 2025	Caregiver con colloquio psicologico 2024	Prestazioni 2025	Prestazioni 2024
DISTRETTO SASSUOLO	70	67	400	200
DISTRETTO PAVULLO	61	66	195	230
DISTRETTO VIGNOLA	18	30	52	90
DISTRETTO MIRANDOLA	116	100	475	405
DISTRETTO CARPI	82	73	427	275
DISTRETTO MODENA	156	280	740	803
DISTRETTO CFE	65	64	223	150
TOTALE	568	680	2512	2153

Fig. 18 Rappresentazione grafica delle differenze distrettuali di caregiver che hanno beneficiato di colloquio psicologico, anni 2024-2025



2. Esiti degli indicatori del PDTA Demenze AUSL Modena 2025

Anche per l'anno 2025 sono stati raccolti gli indicatori di esito del PDTA demenze di cui vengono mostrati(Tab. 9-10) gli esiti.

Tab. 9-10

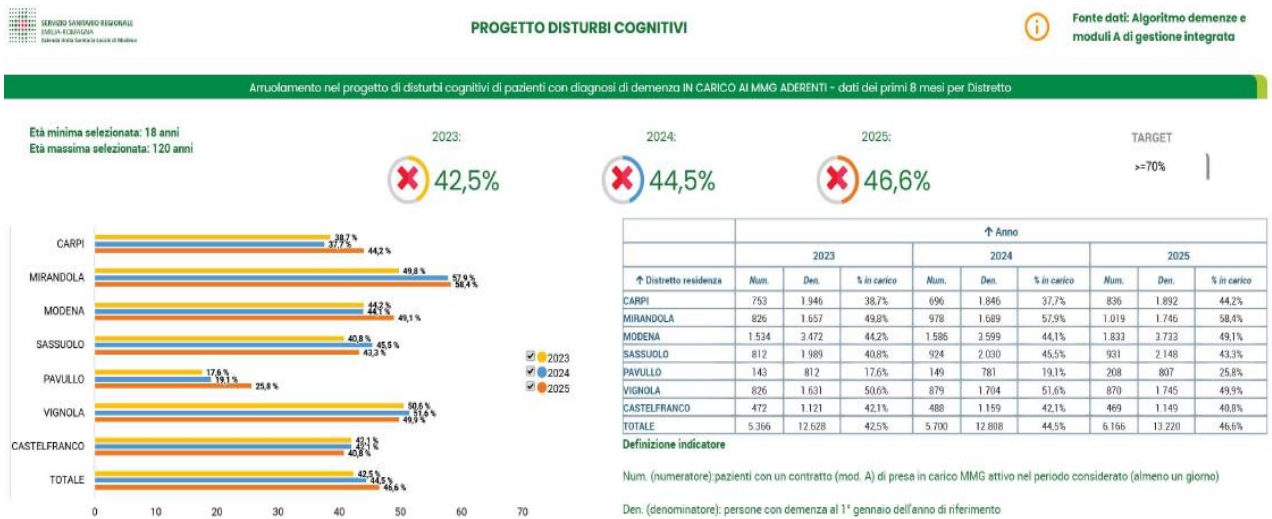
INDICATORI PDTA	NUMERATORE	DENOMINATORE	2024	2025
Tempo d'attesa per prima visita	Somma dei tempi di attesa per prima visita		105	88
% MCI con VNP (rs a tutti MCI)	Numero pazienti MCI con valutazione neuropsicologica	Numero totale pazienti con diagnosi MCI	n.c	10%
% MCI con VNP<65anni (rs a tutti MCI)	Numero pazienti con età < 65 anni e con valutazione neuropsicologica	Numero pazienti con età < 65 anni transitati	0%	0%
% Pz con colloquio psicologico	Numero pazienti o caregiver con colloquio psicologico	Numero totale pazienti transitati	4.9%	2%
% Pz in terapia con antipsicotici atipici	Numero pazienti con demenza in terapia farmacologica con codice ATC: N05A	Numero totale pazienti con demenza in carico	38%	36%
% Pz in terapia con Nota 85	Numero nuovi casi con demenza in terapia farmacologica con codice ATC: N06DA02/ N06DA03/ N06DA04/ N06DX01	Numero totale pazienti con demenza	23%	47%
% nuovi casi di demenza In terapia con Nota 85	Numero nuovi casi con demenza in terapia farmacologica con codice ATC: N06DA02/ N06DA03/ N06DA04/ N06DX01	Numero totale nuovi casi con demenza	5.5%	8%
% Pz con demenza in carico ad ADI e cure palliative	Numero pazienti con demenza presi in carico ADI-rete locale cure palliative	Numero totale pazienti con demenza	12.6%	13.7%
Tasso di ricovero in regime ordinario per acuti per BPSD	Numero di ricoveri ordinari per acuti per BPSD (Codice ICD9-CM: 290.11-13/290.2/290.3/290.41-43/290.8/290.9/294.11/29 4.21)	Numero totale pazienti con demenza	10.9%	9.6%

N° CDCD per Distretto (bacino di utenza)	Anagrafe Assistiti
N° prime visite	9596
N° visite di controllo	19255
N° visite urgenti	2460
N° pazienti con prima visita	9596
N° pazienti con prima diagnosi MCI	2433
N° pazienti con prima diagnosi Demenza	12798
N° pazienti con diagnosi di esclusione Demenza	519
N° pazienti con prima visita in stadio CDR ≥ 3	383
N° pazienti con diagnosi di demenza in CRA residenziale	2.671
N° pazienti con diagnosi di demenza in Centri Diurni	703
N° casi con demenza che partecipano ad interventi psicosociali	934

La Rete dei Servizi per le persone con Disturbi Cognitivi e Demenze: dati relativi a persone con demenza in integrazione con i MMG, ADI, istituzionalizzazione, ospedale e servizi specialistici

Il sistema informativo KNOWAGE permette di monitorizzare anche l’andamento del Progetto disturbi cognitivi con i MMG (che prevede la presa in carico ed il monitoraggio dei pazienti con demenza seguiti dalla Medicina Generale, attraverso l’attivazione del modulo A), la presa in carico da parte dell’ADI, l’accesso al Pronto Soccorso/ospedale e l’utilizzo dei Servizi Specialistici per le demenze, come di seguito riportato:

- 1) **percentuale di arruolamento da parte della Medicina Generale sui casi annuali di demenza stimati:** la media aziendale di presa in carico nel 2025 (primi 8 mesi a confronto con 2024) è **in ulteriore lieve incremento** rispetto al 2024 (44.5%), con una percentuale di presa in carico con modulo A del 46.6% (6.166 casi) ma la percentuale si attesta ancora molto al di sotto del target del 70%. Sicuramente tale dato è dovuto al contesto attuale della Medicina Generale (mancata copertura di posti di MMG, ricambio generazionale). Si prevede, nel 2026, un raccordo con il Dipartimento di Cure Primarie per programmare incontri di formazione, a cura della UOC di Geriatria Territoriale, per tutti i MMG sui percorsi e sulla gestione delle persone con demenza a domicilio. Dall’analisi delle differenze Distrettuali emerge che non tutti i distretti sono omogenei rispetto all’attivazione del modulo A. In particolare, il Distretto di Pavullo, che probabilmente soffre maggiormente la carenza dei professionisti sul territorio, ha bassissime percentuali di attivazione.



- 2) **attivazione di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per i casi di demenza:** sono in costante aumento i servizi infermieristici domiciliari attivati per le persone con demenza. In particolare, il 13.7% delle persone con demenza (1.809 casi) intercettate sul territorio provinciale hanno il servizio ADI attivo. Nel 2024 era il 12,6%. Viene superato l’indicatore di riferimento del 10 % in tutti i Distretti eccetto che nel Distretto di Carpi (7.4%)

Collegamento a rete dei servizi per demenze (ADI) per Distretto - dati dei primi 8 mesi

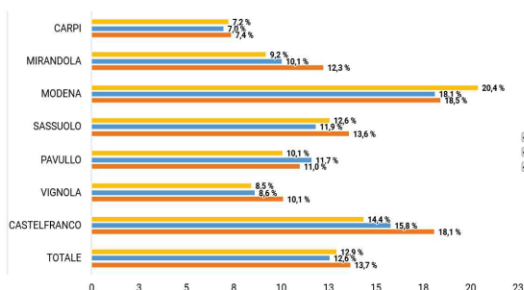
Età minima selezionata: 18 anni
Età massima selezionata: 120 anni
Contratti ADI selezionati: contratto ADI con diagnosi demenza

2023: 12,9%

2024: 12,6%

2025: 13,7%

TARGET
≥10%



↑ Anno	2023			2024			2025		
	Num.	Den.	% in ADI	Num.	Den.	% in ADI	Num.	Den.	% in ADI
↑ Distretto residenza									
CARPI	141	1.946	7,2%	129	1.846	7,0%	140	1.892	7,4%
MIRANDOLA	153	1.657	9,2%	170	1.689	10,1%	214	1.745	12,3%
MODENA	709	3.472	20,4%	653	3.599	18,1%	689	3.733	18,5%
SASSUOLO	250	1.989	12,6%	241	2.030	11,9%	292	2.148	13,6%
PAVULLO	82	812	10,1%	91	781	11,7%	89	807	11,0%
VIGNOLA	138	1.631	8,5%	147	1.704	8,6%	177	1.745	10,1%
CASTELFRANCO	161	1.121	14,4%	183	1.159	15,8%	208	1.149	18,1%
TOTALE	1.634	12.628	12,9%	1.614	12.808	12,6%	1.809	13.220	13,7%

Definizione indicatore

Num. (numeratore): N° utenti con diagnosi di demenza inseriti in ADI. Si è considerato il numero di pazienti con un contratto di ADI Medico attivo nell'anno considerato con Diagnosi (primaria o secondaria) 290,201,292,294,331.

Den. (denominatore): persone con demenza al 1° gennaio dell'anno di riferimento

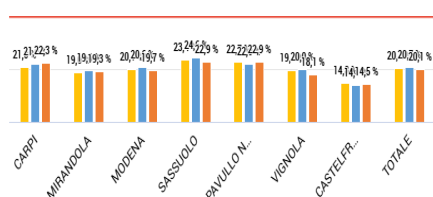
Mod A - Distretti ADI - Distretti Mod A - NCP ADI - NCP ADI e mod A - distretti

3) **istituzionalizzazione:** la percentuale dei ricoveri delle persone con demenza in Casa Residenza Anziani (CRA) rimane, a livello provinciale, stabile dal 2024 sul 20,1% (2.671 persone), con una minore percentuale solo per il Distretto di Castelfranco Emilia (14,5%). La percentuale target <40% viene ampiamente rispettata in tutti i Distretti.

La percentuale degli accessi al Centro Diurno (CD) per persone con demenza rimane anch'essa stabile sul valore di 5,3% (703 persone). L'indicatore relativo alle persone con demenza in carico al Centro Diurno, non raggiunge ancora, quindi, il target del 10%.

Vale la pena fare una specifica in merito: la presenza di persone con demenza all'interno dei CD è molto variabile nei distretti e negli anni, vi sono Distretti che dispongono di una bassa offerta di CD rispetto alla percentuale delle persone con demenza sul proprio territorio, in particolare quello di Modena. I Distretti di Pavullo e Vignola, dal 2024 al 2025, hanno visto un aumento degli ingressi al CD per le persone con demenza dal 3,9-4,6% al 5,2-5,5% rispettivamente. D'altra parte, invece, il Distretto di Castelfranco ha visto negli anni un calo evidente di persone con demenza all'interno dei Centri Diurni dal 9,3 al 7,2% pur rimanendo quello con la più alta percentuale di ingressi.

Persone con demenza RICOVERATE IN STRUTTURE RESIDENZIALI - primi 12 mesi (indicatore A)



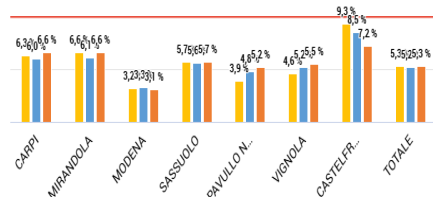
TARGET
<40%

Definizione indicatore

Numeratore: persone con demenza al 1° gennaio dell'anno di riferimento in strutture residenziali per almeno un giorno nel periodo considerato

Denominatore: persone con demenza al 1° gennaio dell'anno di riferimento

Persone con demenza IN CARICO AL CENTRO DIURNO - primi 12 mesi (indicatore B)



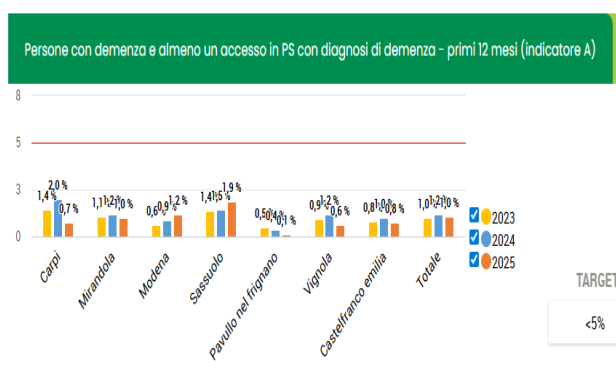
TARGET
≥10%

Definizione indicatore

Numeratore: persone con demenza al 1° gennaio dell'anno di riferimento in carico al Centro Diurno per almeno un giorno nel periodo considerato

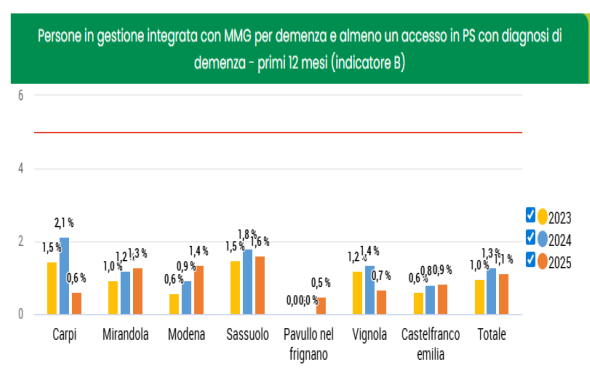
Denominatore: persone con demenza al 1° gennaio dell'anno di riferimento

- 4) **accesso al Pronto Soccorso/ricoveri ospedalieri:** la variabile “accesso in Pronto Soccorso o ricovero” si basa sull’intercettazione delle diagnosi ICD9 fatte all’ingresso del paziente. Le diagnosi tengono conto della demenza più o meno complicata da sintomi comportamentali. **Il ricorso al Pronto Soccorso** nel sistema ospedaliero provinciale per i casi di demenza come diagnosi primaria **rimane molto al di sotto del target del 5%**. In particolare la media provinciale è **l’1% di tutti i casi di demenza** (341 casi nel 2025) **in riduzione rispetto al 2024** (371 casi). Le differenze distrettuali variano da un massimo dell’1.9% per il distretto di Sassuolo a un minimo dello 0.1% del Distretto di Pavullo. Di questi casi di accesso in Pronto Soccorso, 138 avevano il modulo A attivo in carico al MMG. Se consideriamo solo i casi con demenza in carico ai MMG che hanno avuto accesso in Pronto Soccorso questa percentuale non migliora ma rimane al 1.1%.



Definizione indicatore

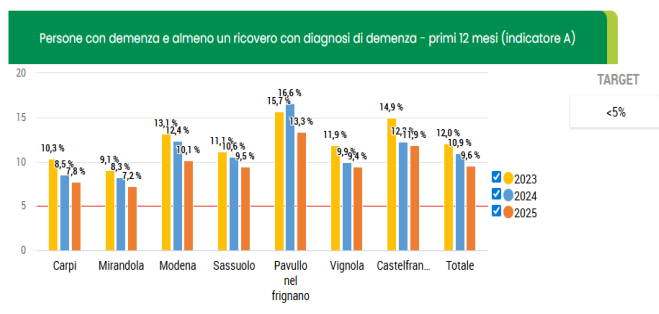
Numeratore: accessi in Pronto Soccorso per disturbi del comportamento (diagnosi 290*, 294*, 331*, 2912*, 0461*, 29282) di pazienti già noti per demenza (da algoritmo aggiornato all'1/1 dello stesso anno) nel periodo considerato
Denominatore: persone con demenza al 1° gennaio dell'anno di riferimento



Definizione indicatore

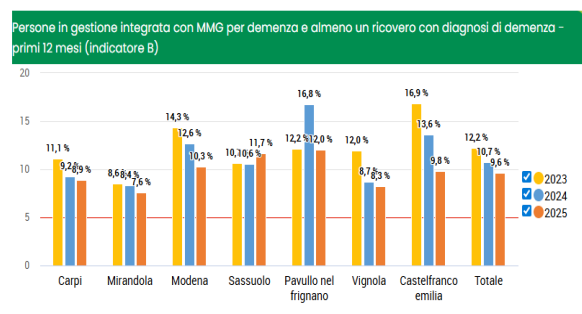
Numeratore: accessi in Pronto Soccorso per disturbi del comportamento (diagnosi 290*, 294*, 331*, 2912*, 0461*, 29282) di a pazienti con modulo A per demenza attivo
Denominatore: persone con modulo A per demenza attivo

Per quanto riguarda i **ricoveri ospedalieri con diagnosi principale “demenza”** nell’anno 2025 si assiste ad un evidente **calo dei ricoveri** dal 12% del 2023 al **9.6% del 2025** (400casi). L’andamento in senso riduttivo, si è verificato, in maniera omogenea in tutti i Distretti. Se consideriamo la percentuale dei casi con demenza ricoverati con progetto MMG-modulo A attivato, questa percentuale non varia (rimane al 9.6%). In entrambi i casi, non si è raggiunto ancora il target standard fissato che dovrebbe rimanere inferiore al 5%.



Definizione indicatore

Numeratore: ricoveri per disturbi del comportamento (diagnosi 290*, 294*, 331*, 2912*, 0461*, 29282) di pazienti già noti per demenza (da algoritmo aggiornato all'1/1 dello stesso anno) nel periodo considerato
Denominatore: persone con demenza al 1° gennaio dell'anno di riferimento



Definizione indicatore

Numeratore: ricoveri per disturbi del comportamento (diagnosi 290*, 294*, 331*, 2912*, 0461*, 29282) di pazienti con modulo A per demenza attivo
Denominatore: persone con modulo A per demenza attivo

L’accesso in Pronto Soccorso o il ricovero per demenza, a volte, è correlato a problematiche di stress assistenziale elevato o difficoltà gestionali assistenziali a causa di un tessuto sociale fragile. E’ importante che

i nuclei famigliari fragili siano intercettati precocemente da parte dei MMG e del servizio sociale e che ci sia una rapida disponibilità di supporto e aiuto da parte della geriatria territoriale in caso di comparsa di complicanze della demenza, in particolare quelle comportamentali, in maniera tale da poter evitare, nei limiti del possibile, un ricovero. La componente dello stress del caregiver, a volte, non è però in grado di sostenere il carico nonostante gli interventi di supporto dei servizi posti in essere.

Per sostenere e perseguire l'obiettivo di ridurre i ricoveri inappropriati con DRG 429 ("Disturbi organici e ritardo mentale"), favorire la de-ospedalizzazione del paziente con demenza, riorganizzare il percorso ospedale-territorio al fine di migliorare l'appropriatezza al ricovero ospedaliero e favorirne la dimissione nella rete dei servizi, si sono mantenute e consolidate, anche nel 2025, le seguenti azioni:

- A. Attivazione del percorso urgenze per i MMG per sintomi comportamentali legati a demenza e/o delirium a livello di tutti i CDCD provinciali
- B. Garanzia della uniformità dei percorsi di accesso e di presa in carico dell'anziano con demenza nella rete dei servizi attraverso l'interazione con le Centrali Operative Territoriali (C.O.T.) distrettuali e i Punti Unici di Accesso per i servizi sociosanitari (P.U.A.)
- C. Uniformità del sistema di valutazione e delle UVM di II livello per l'accesso ai servizi specialistici per le demenze e dell'anziano complesso della Provincia
- D. Diffusione distrettuale del protocollo CDCD-CSM (Centro di Salute Mentale) in tutto il territorio provinciale a garanzia di quanto previsto dalle linee di indirizzo regionali ed aziendali
- E. Utilizzo dei servizi specialistici per le demenze: invio dei pazienti presso il reparto di riabilitazione intensiva NODAIA (Nucleo Ospedaliero Demenze ad Alta Intensità Assistenziale), attivazione del servizio del Day Service della Geriatria Ospedaliera presso il NOCSAE, utilizzo dei Nuclei Temporanei e dei Centri Diurni per le demenze

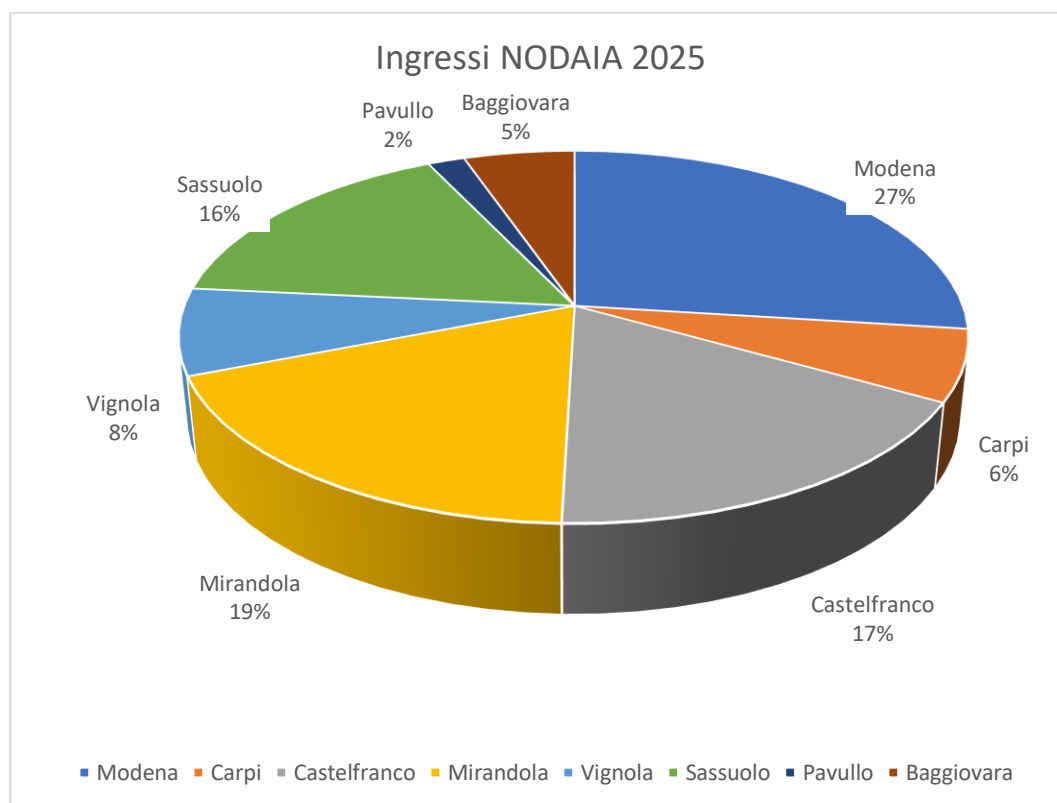
5) Utilizzo dei servizi specialistici per le Demenze:

- A) Nucleo Ospedaliero Demenze ad Alta Intensità Assistenziale (NODAIA): è stato applicato il nuovo protocollo per l'accesso al NODAIA situato presso la Casa di Cura Villa Igea di Modena (obiettivo completato nel 2024) per i casi con *"scompenso psico-comportamentale"* non gestibili né a domicilio né in altri setting assistenziali. Tale protocollo prevede la misura di indicatori di processo e di esito che, per il 2025, si riportano a seguire:

- Numero di utenti riammessi al NODAIA entro 12 mesi dalla dimissione sul totale dei pazienti dimessi: 2.6%
- Numero di utenti trasferiti in ospedale per acuti/setting psichiatrico sul totale dei pazienti dimessi dal NODAIA: 7%
- Durata di degenza media in NODAIA: 33 gg

Per l'anno 2025, sono stati autorizzati in totale 226 ingressi, **in aumento rispetto al 2024** (216 ingressi) e al 2023 (212 ingressi), suddivisi tra i vari Distretti come rappresentato nella figura sottostante (Fig. 19).

Fig. 19 Rappresentazione Distrettuale della percentuale di richieste di accesso al NODAIA fatte dai diversi Distretti



B) **Nuclei Temporanei demenze:** nel 2025 è proseguito il monitoraggio dell'attività relativa ai ricoveri c/o i Nuclei Temporanei Demenze delle CRA (5 a livello provinciale: Carpi, Mirandola, Modena, Formigine e Pavullo per un totale di 55 posti letto accreditati).

Nel 2025, ci sono stati in totale 179 ingressi, suddivisi tra i vari Distretti come rappresentato nella tabella sottostante (Tab. 11). L'indice di rotazione (totale dei ricoveri/N° posti letto) si è attestato sul valore di 3.25. La media di degenza si è attestata sui 116.2 giorni.

Tab 11: Pazienti che hanno usufruito del Nucleo Temporaneo Demenze, anno 2025

NUCLEO DEMENZE	Pazienti entrati 2025	Pazienti usciti 2025	Posti letto temporanei	Turnover (E+U/p.l.)	Media giorni degenza
DISTRETTO SASSUOLO (sede di FORMIGINE)	41	40	10	8.1	86
DISTRETTO PAVULLO	23	22	7	6.4	109
DISTRETTO MODENA	37	38	18	4.2	178
DISTRETTO MIRANDOLA	36	34	10 (9 Mir + 1 CFE)	7	115
DISTRETTO CARPI	42	42	10	8.4	93

Gli interventi Psicosociali Territoriali a favore delle persone con demenza

Gli interventi psico-sociali a “bassa soglia” rappresentano approcci non farmacologici centrati sulla persona e finalizzati a migliorare la qualità di vita, mantenere le abilità cognitive e funzionali residue, ridurre i disturbi del comportamento e supportare i caregiver nell’assistenza. Sono spesso multimodali poichè integrano insieme più interventi combinando elementi di stimolazione cognitiva, attività occupazionali, attività motoria ed attività ludiche in un contesto di socializzazione all’interno della comunità. Sono interventi che vengono realizzati grazie alla stretta collaborazione con Enti locali, Enti del Terzo Settore ed Associazioni di Volontariato. Pur non trattandosi di un servizio sanitario, per rendere omogenei i gruppi di trattamento, è necessaria una stretta collaborazione con i CDCD al fine di valutare i criteri di accesso e di coordinarne le attività.

In base al target di popolazione con demenza ed agli obiettivi dell’intervento si possono differenziare in:

- Meeting Center (Centri di incontro) rivolti a persone con deficit cognitivo o demenza di grado lieve e ai loro familiari
- Progetto VIVA-Mente: progetto innovativo che vede la collaborazione delle Associazioni con i CDCD al fine di promuovere la stimolazione cognitiva a domicilio per le persone con demenza di grado lieve
- CogS Club: luoghi di incontro per persone con demenza di grado lieve o lieve-moderato dove poter applicare interventi di stimolazione cognitiva formale (Cognitive Stimulation Therapy), attività occupazionale (cucina), socializzazione ed attività fisica o musicale
- Caffè Alzheimer: luoghi di incontro informale per familiari/caregiver e persone con demenza ove creare momenti di socializzazione e dove il familiare può avere un momento di condivisione delle difficoltà, supporto psicologico o momenti formativi/informativi sulla demenza

Di seguito si riportano maggiori specifiche in merito:

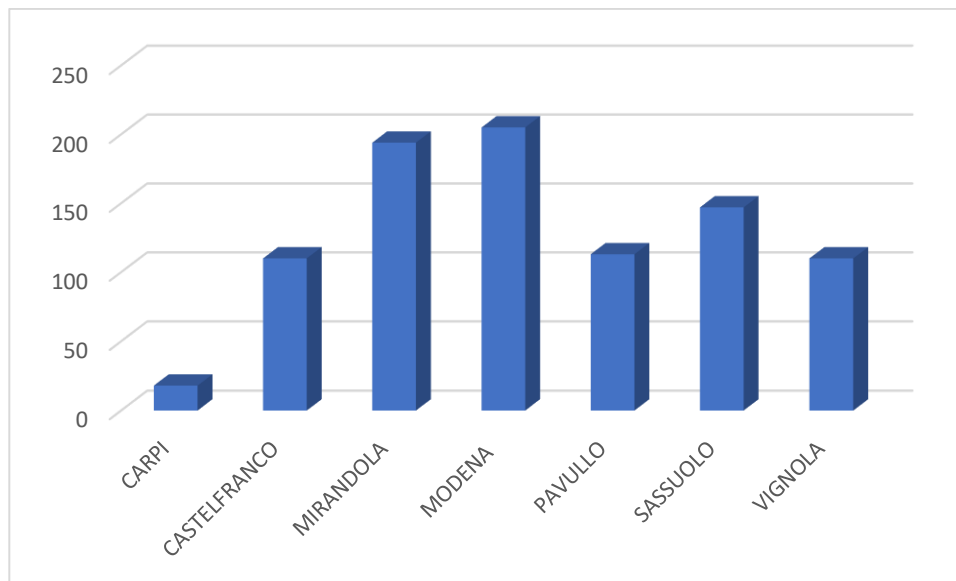
- **Meeting Center (Centri di incontro):** Il Meeting Center è un intervento psicosociale a bassa soglia che si configura come un approccio integrato volto a fornire supporto professionale alla diade persona con disturbi cognitivi/caregiver. Uno spazio dedicato alle persone con disturbi cognitivi in cui possano sentirsi partecipi e protagoniste; possano incontrarsi, insieme ai familiari, con altre persone ed essere coinvolte in situazioni, attività e momenti costruiti per favorire il benessere, la condivisione e l’inclusione; possano ricevere il supporto necessario all’interno del loro contesto di vita e di comunità. L’accesso è libero, su segnalazione di altri servizi o di reti informali. Il target è costituito dalle persone nelle fasi iniziali della malattia o deficit cognitivo lieve, con funzionalità nelle abilità di base ancora preservata ed assenza di gravi o significativi disturbi comportamentali. Questo progetto è attivo nei Distretti di Sassuolo (Officina della Memoria), Mirandola (Circolo “Il Melograno”), Vignola (nelle sedi di Castelnuovo Rangone, Vignola e Zocca) e Modena (“La contrada”). Ogni Meeting Center è in grado di accogliere tra i 15 e i 25 ospiti con demenza e i loro caregiver.
- **Progetto “VIVA-Mente”:** il progetto consiste in attività di stimolazione cognitiva individualizzata a domicilio, è svolto in collaborazione con le Associazioni Sostegno Demenze territoriali (ASDAM odv; Ass.S.De odv e GAFA odv) ed è stato ideato con lo scopo di garantire un’attività cognitiva specifica

rivolta alla persona con decadimento cognitivo lieve non candidabile per attività di gruppo. Prevede la presenza di una diade (persona con demenza e caregiver) altamente motivata che esprime il bisogno di svolgere attività di tipo cognitivo. Il programma è composto da una formazione di tre giornate diretta al familiare finalizzata a potenziare le sue conoscenze e competenze al fine di assolvere al meglio il ruolo di facilitatore dell'attività. Il progetto prevede, inoltre, l'utilizzo di sei manuali, creati ad hoc ed utilizzati dalla diade con cadenza bisettimanale. Entro il termine del primo mese di attività è previsto un quarto incontro di supervisione e condivisione di strategie con l'obiettivo di supportare al meglio il caregiver. Al termine del terzo mese vengono effettuati un colloquio clinico ed una valutazione cognitiva mediante un test di screening allo scopo di monitorizzare il profilo cognitivo e la motivazione dei partecipanti. Attualmente il progetto è attivo nel Distretto di Sassuolo, Carpi e Mirandola e nel 2025 ha coinvolto in totale 57 famiglie.

- **Progetto “CogS Club”:** Il “CogS Club” (CC) è un intervento rivolto alle persone con demenza di grado lieve o lieve-moderato, basato sul modello della Terapia di Stimolazione Cognitiva (CST), che integra tale attività ad altre modalità di stimolazione, quali l'attività di cucina, la ginnastica, la reminiscenza e la musica. Il progetto coinvolge persone anziane (over 65) con diagnosi di demenza in fase lieve ed ha lo scopo di stimolare e/o riattivare le funzioni residue, cognitive e funzionali, in contesti di socializzazione. Il coordinamento del progetto a livello provinciale è affidato alla figura di una neuropsicologa dell'Area Nord (Dott.ssa Petra Bevilacqua) che ha il ruolo di supervisionare l'attività e contattare le numerose famiglie coinvolte nei diversi distretti. Attualmente sono attivi tre CogS Club nel Distretto di Sassuolo, uno in quello di Carpi, due in quello di Castelfranco, tre in area Nord. Ogni partecipante, se conserva i requisiti del progetto, può continuare a partecipare anche nelle edizioni successive. Nel 2025, circa 134 anziani hanno beneficiato dell'intervento nei CogS Club, in ciascun quadrimestre di attività (da febbraio a giugno e da settembre a dicembre).
- **Caffè Alzheimer:** Il Caffè Alzheimer è un luogo d'incontro, informale ed accogliente, nato per sostenere persone con demenza (lieve-moderata) ed i loro familiari, favorendo la riduzione dell'isolamento sociale. Offre supporto psicologico, informazioni sulla malattia ed attività ricreative/di stimolazione cognitiva (musica, giochi, laboratori) in un ambiente rilassato, solitamente con incontri a cadenza settimanale. Questa attività viene generalmente sostenuta dalle Associazioni di Volontariato con la collaborazione dei professionisti del CDCD, in particolare, per quanto concerne l'organizzazione degli eventi informativi rivolti al caregiver. Nel 2025, questa tipologia di intervento psico-sociale risulta attivo nei Distretti di Carpi (con la variante denominata “Amarcord Al Caffè” con sede a Limidi di Soliera e che coinvolge psicologa ed assistente sociale che gestiscono i gruppi dei famigliari e, parallelamente, un terapeuta della riabilitazione psichiatrica che svolge attività psicosociale con i pazienti), di Mirandola (attivo in due sedi: Mirandola con incontri a cadenza mensile e San Felice SP con incontri a cadenza media di 3/anno), di Modena e di Castelfranco Emilia (con sede a Nonantola).

Nel 2025, globalmente, il numero dei beneficiari di interventi psicosociali a bassa soglia (comprensivi di Meeting Center, CogS Club, gruppi AMA e Caffè Alzheimer) è stato di 897 con una suddivisione tra i vari Distretti come riportato in Fig. 20

Fig. 20, N° complessivo di partecipanti ad interventi psicosociali a "bassa soglia", anno 2025



Sensibilizzazione della comunità con il fine di renderla inclusiva nei confronti delle persone con demenza ed abbattere lo stigma verso la malattia

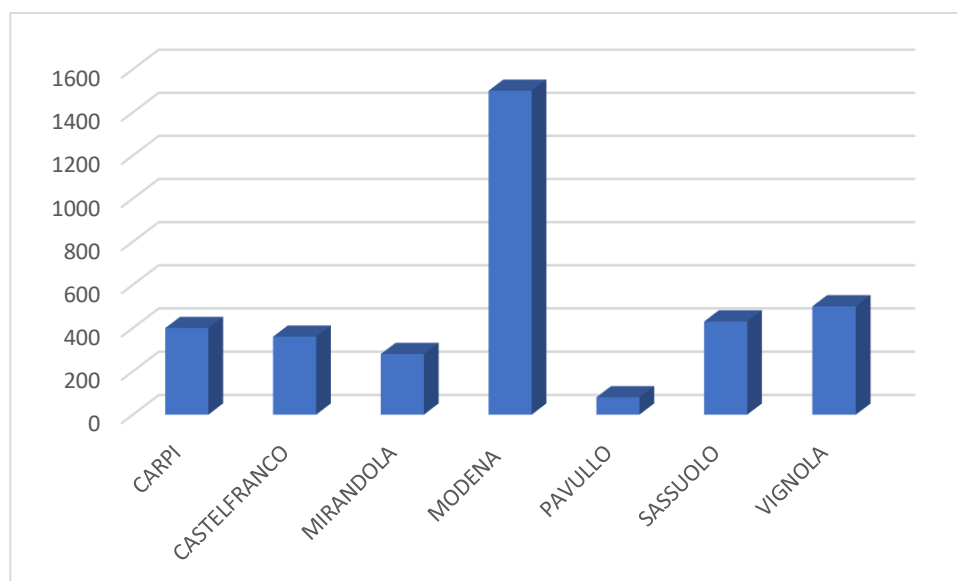
Settimana Alzheimer

Ogni anno, per commemorare la Giornata Mondiale di Sensibilizzazione per l'Alzheimer, il 21 settembre, la Geriatria Territoriale, assieme alla Neurologia ed alla Geriatria Ospedaliera della AOU di Modena e le Associazioni di Volontariato provinciali, organizza eventi di sensibilizzazione ed informazione per la comunità. Nel 2025, gli eventi per la settimana Alzheimer si sono svolti dal 17 settembre al 28 settembre. Le attività, che hanno avuto, come filo conduttore il tema della "cura", sono consistite, in sintesi, in:

- eventi di sensibilizzazione e prevenzione rivolti alla cittadinanza prediligendo, ove possibile, luoghi di aggregazione della comunità (es. mercati)
- visite guidate presso musei, mostre, visione di film, rivolte a persone con demenza ed ai loro familiari
- incontri informativi sul tema della demenza e della cura svolti dai professionisti
- camminate di sensibilizzazione con coinvolgimento di gruppi di cammino, Associazioni del territorio e servizi (partecipazione ospiti delle CRA)

Gli interventi di sensibilizzazione alla comunità globalmente hanno coinvolto circa 3.550 cittadini secondo una distribuzione distrettuale rappresentata nella Fig. 21

Fig. 21 N° partecipanti informazione/sensibilizzazione comunità



Le Comunità amiche della demenza: Dementia Community Friendly (DFC)

Il progetto DFC è un progetto di comunità rivolto alla cittadinanza che ha lo scopo di sensibilizzarla verso il tema della demenza e di diffondere cultura, servizi e strumenti che la rendano più inclusiva ed accogliente nei riguardi delle persone con demenza e dei loro famigliari in modo che questi possano sentirsi socialmente attivi e partecipativi alla vita di comunità.

Il Tavolo Promotore che pianifica e coordina eventi formativi ed eventi di sensibilizzazione e inclusione per le persone con demenza è composto da professionisti dei CDCD e della Promozione della Salute dell'AUSL di Modena, da amministratori locali/operatori dell'Unione dei Comuni, da componenti delle Associazioni Sostegno Demenze. Il riconoscimento "DFC" e, di conseguenza, l'inclusione nella Rete Italiana delle Comunità Amiche della Demenza viene attribuito dalla Federazione Alzheimer Italia cui sono associate le nostre DFC territoriali. Ad oggi, le DFC attive sul territorio modenese sono le seguenti: Formigine, Maranello, Sassuolo, Fiorano, Modena, Nonantola, Carpi, San Prospero, Mirandola, San Felice sul Panaro, Camposanto e Concordia.

I Programmi di prevenzione del decadimento cognitivo

Dall'ultima revisione della Lancet Commission è ormai noto che il 45% di tutti i casi di demenza potrebbero essere evitabili in quanto sono noti i 14 fattori di rischio per demenza trattabili, tra cui depressione, isolamento sociale, inattività fisica e cognitiva. Tale impatto sulla salute pubblica richiede un approccio di prevenzione come imperativo primario.

Nel 2025 è stato quindi rafforzato il progetto "a bassa soglia" delle **Palestre della Memoria** che si pone come obiettivo quello della promozione dell'invecchiamento attivo. Si tratta di un luogo di prossimità dove anziani dai 70 anni in sù, cognitivamente integri, si ritrovano una volta a settimana per due ore (indicativamente da ottobre a giugno) e svolgono esercizi di stimolazione delle funzioni cognitive assieme a loro coetanei. I gruppi sono gestiti da volontari (su cui si attua anche un'azione di prevenzione primaria) formati e supervisionati dalle neuropsicologhe dell'UOC Geriatria Territoriale. La referente del programma è una neuropsicologa della UOC (Dott.ssa Chiara Galli). La fattibilità di questo progetto di comunità è dipendente dalla stretta collaborazione dell'AUSL di Modena, dell'associazionismo e delle amministrazioni locali.

Nel 2025, sono state attivate 18 nuove Palestre della Memoria. In ogni comune, sono inoltre state svolte serate informative aperte alla popolazione con l'obiettivo di sensibilizzarla sui temi della prevenzione e promozione alla salute. A dicembre 2025, risultano attive 57 Palestre della Memoria in 31 comuni della Provincia di Modena che vedono coinvolti 1739 partecipanti e 455 volontari per un totale di 2.194 persone, 39 associazioni locali e 1 centro socio-aggregativo (<https://www.ausl.mo.it/servizi-e-prestazioni/aree-tematiche/terza-eta/palestre-della-memoria/>).

Inoltre, a giugno 2025, si è tenuta a Modena una formazione accreditata ***“Academy delle Palestre della Memoria”*** promossa dalla UOC di Geriatria Territoriale: un'occasione formativa e di confronto con operatori sanitari ed Associazioni nata su richiesta di professionisti ed Associazioni di diverse regioni italiane con l'obiettivo di implementare le Palestre della Memoria in altre sedi nazionali. Da questa esperienza è nata la *rete italiana delle Palestre della Memoria* che si pone l'obiettivo di mantenere attivo il confronto tra professionisti ed Associazioni sul tema dell'invecchiamento attivo.

Nel corso del 2025, presso il Centro Socio-Aggregativo I Saggi di San Cesario SP, è stato implementato, grazie alla progettazione e alla supervisione delle neuropsicologhe della Geriatria Territoriale, un laboratorio di stimolazione cognitiva per anziani dai 70 agli 80 anni (al momento, 19 iscritti in totale), senza decadimento cognitivo e gestito da volontari pre-formati con incontri ad hoc. A questo laboratorio accedono, come incontri di mantenimento, gli anziani che hanno già effettuato un percorso di 10 incontri di potenziamento delle funzioni cognitive e meta-cognizione gestito dalla neuropsicologia del CDCD.

Presa in carico multiprofessionale dell'anziano “fragile”

Analisi di contesto della Fragilità

I dati più recenti del sistema di sorveglianza Passi d'Argento (biennio 2023-2024) mostrano di come fragilità, cadute e fratture rappresentino un'emergenza sottovalutata nella popolazione generale ma prevenibile.

La fragilità è una sindrome clinica caratterizzata da una ridotta riserva fisiologica, un'aumentata vulnerabilità a stressor interni ed esterni e da un deterioramento funzionale dovuti al declino cumulativo di molteplici sistemi dell'organismo. La sua identificazione precoce è cruciale per prevenire esiti negativi come cadute, ospedalizzazione, istituzionalizzazione, disabilità e mortalità (*Fried et al., 2001; linee guida SIGF 2024*).

L'invecchiamento demografico in Italia pone la fragilità al centro delle sfide geriatriche: secondo i dati del sistema di sorveglianza "Passi d'Argento" (ISTAT 2025), il 22,4% degli over 65 presenta fragilità moderato-grave, con picchi del 35% negli over 80 e disparità regionali (Emilia-Romagna: 20,1%). Questo quadro epidemiologico, aggravato da fattori come sedentarietà (47% inattivi), malnutrizione e polifarmacoterapia, genera un alto rischio di istituzionalizzazione e mortalità (HR 2,5-5 volte maggiore). Tali evidenze scientifiche stanno conducendo alla convinzione che la fragilità e la stadiazione del grado di fragilità rappresenti un elemento importante da considerare durante il ricovero ospedaliero, prima di interventi di chirurgia maggiore e prima di sottoporre un paziente a terapie chemioterapiche complesse (*Cesari et al., “Frailty in older persons”, Clin. Geriatr Med., 2017*).

L'ambulatorio di Fragilità all'interno della UOC di Geriatria Territoriale

Partendo da questi presupposti, la nostra Unità Operativa ha avviato, alla fine del 2025, un tavolo di lavoro multiprofessionale costituito da geriatri, infermiere, kinesiologo, terapeuta occupazionale, dietista con l'obiettivo di strutturare ed implementare, a livello provinciale, un ambulatorio per la presa in carico dell'anziano "fragile" i cui obiettivi sono rappresentati da:

- diagnosi e trattamento di sarcopenia, malnutrizione, osteoporosi
- prevenzione e riduzione del rischio di cadute e fratture
- strutturazione di interventi finalizzati a limitare l'evoluzione verso disabilità/non autosufficienza
- prescrizione ragionata e appropriata di ausili
- armonizzazione terapeutica
- valutazione del rischio pre-operatorio

Gli esiti attesi dalla gestione mirata e professionale della fragilità potrebbero essere molteplici:

- ridurre gli accessi impropri in Pronto Soccorso/ospedalizzazioni
- prevenire l'istituzionalizzazione precoce
- ottimizzare dei percorsi di cura attraverso l'intercettazione e segnalazione precoce della fragilità e del rischio di ospedalizzazione e di eventi avversi durante il ricovero
- valutazione competente di rischi e benefici dei trattamenti medici e chirurgici al fine ridurre gli eventi avversi

Progetto sperimentale «Codice Argento» presso Pronto soccorso dell'Ospedale di Carpi

L'invecchiamento progressivo della popolazione e la crescente diffusione di patologie croniche stanno determinando un aumento costante degli accessi al Pronto Soccorso da parte di pazienti anziani. Si tratta spesso di persone "fragili", con bisogni assistenziali complessi, che non sempre trovano una risposta adeguata nei percorsi standard dell'emergenza-urgenza.

Il numero assoluto dei ricoveri (oltre 2.000 all'anno solo presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Carpi) e la complessità clinico-assistenziale di questi pazienti rendono necessario un modello organizzativo più mirato, in grado di migliorare il turnover, ridurre i ricoveri impropri e garantire il setting assistenziale più appropriato.

Da questi presupposti, è nata l'idea di strutturare, implementare e sperimentare, come già accaduto in altre AUSL del territorio italiano, presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Ramazzini di Carpi, a partire dal dicembre del 2025, il progetto "Codice Argento" che si pone come obiettivo quello di intercettare precocemente il paziente anziano "fragile" che accede in Pronto Soccorso per migliorare l'appropriatezza delle cure rivolte agli anziani con codice a bassa complessità (fino al codice «azzurro»), tramite:

- 1) riduzione dei tempi di attesa e di permanenza in Pronto Soccorso, con conseguente riduzione del rischio di complicanze (es. delirium)
- 2) miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri, soprattutto verso l'area medica, favorendo, ove possibile, dimissioni protette o invio diretto ai servizi territoriali ed alle strutture intermedie del territorio

3) garantire una valutazione rapida e multidimensionale, capace di cogliere non solo gli aspetti clinici, ma anche quelli funzionali e sociali

Attualmente, il percorso (ancora in fase sperimentale) è rivolto ai pazienti di età pari o superiore a 70 anni che accedono al Pronto Soccorso con codice a “bassa complessità”. Rappresenta un punto fondamentale del progetto l’assunto che il medico geriatra non svolga un turno standard di Pronto Soccorso (come se fosse assimilato a quello di un collega della Medicina di Emergenza/Urgenza). Il suo ruolo è piuttosto quello di supportare il personale del Pronto Soccorso nella gestione di pazienti anziani “fragili” selezionati e specifici (codice a “bassa complessità”).

Criteri di inclusione

- Codice colore assegnato al triage: Bianco, Verde o Azzurro, quindi quadri a bassa o media complessità, senza rischio evolutivo immediato
- Presenza di fragilità, identificata tramite Clinical Frailty Scale (CFS). L’accesso prioritario al percorso è previsto per pazienti con CFS ≥ 4 , indicativo di fragilità lieve, moderata o severa

Criteri di esclusione

- Codici ad alta priorità (Rosso e Arancione), in presenza di instabilità clinica
- Pazienti con patologie tempo-dipendenti (ad esempio ictus, IMA, trauma maggiore), per i quali sono già attivi percorsi dedicati

Nel dicembre del 2025, il progetto, al suo avvio, ha coinvolto due medici geriatri che hanno iniziato a garantire una copertura oraria del Pronto Soccorso, dal lunedì al giovedì di sei ore diurne ed il venerdì ed il sabato di sette ore diurne (con previsione, a partire dall’aprile 2026, di incremento ulteriore della copertura passando a 9 ore/diurne dal lunedì al sabato grazie all’introduzione in organico di una nuova professionista dedicata).

Gli obiettivi del 2026, in collaborazione con il responsabile della UOC di Medicina d’Urgenza e Pronto Soccorso di Carpi e con il supporto del Governo Clinico dell’AUSL, saranno:

- 1) ottimizzazione del protocollo
- 2) raccolta dati finalizzata alla valutazione degli esiti dei primi 6-8 mesi di attività
- 3) valutazione di possibili evoluzioni del progetto (es. possibilità di rivalutare in ambulatorio/domicilio i pazienti in Codice Argento dimessi dal Pronto Soccorso e possibilità di implementazione nel Pronto Soccorso di altri Distretti, quest’ultimo aspetto difficilmente attuabile ad isorisorse)

Progetto “Ortogeriatria” presso il Reparto di Ortopedia dell’Ospedale Ramazzini di Carpi

Il Modello Ortogeriatrico rappresenta un percorso clinico-assistenziale integrato e strutturato che affronta la complessità del paziente anziano con frattura di femore e garantisce una presa in carico multi-professionale e multidimensionale in base ai bisogni del paziente. Il percorso, gestito da un team multiprofessionale e multidisciplinare (di cui fanno parte ortopedico, medico geriatra, medico fisiatra, infermiere, fisioterapista, personale della Centrale Operativa Territoriale) prevede:

1. la gestione dei problemi medici intercorrenti con l’obiettivo di stabilizzare il paziente evitando il più possibile ritardi nell’intervento chirurgico e facilitandone la precoce presa in carico riabilitativa
2. l’esecuzione di un assessment multidimensionale globale (cognitivo, funzionale e sociale) e la prevenzione e la gestione del delirium, delle ulcere da pressione, della disidratazione, delle infezioni

respiratorie, urinarie e/o della ferita chirurgica, controllo del dolore, mobilitazione precoce, strategie per la prevenzione dell'incontinenza, valutazione dello stato nutrizionale

3. l'organizzazione del percorso post-dimissione nonché la prevenzione secondaria di cadute e fratture

Il Progetto "Ortogeriatico" è stato avviato, in via sperimentale, presso il Reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale di Carpi, in data 18/02/2019 ed è tuttora in essere. Il medico geriatra referente (Dr. Teodosio Pafundi), attualmente, svolge la propria attività presso il reparto per un totale di circa 30/ore settimana (dal lunedì al venerdì) e opera in co-gestione con i colleghi dell'ortopedia. Dal maggio 2025, il numero di ore/settimanali dedicato al progetto si è però ridotto a causa della contemporanea attività del geriatra referente come Direttore f.f. della UOC.

Si segnala che, poichè presso il Reparto di Ortopedia e traumatologia dell'Ospedale di Carpi non esiste una sezione specifica di ortogeriatra (che prevederebbe la presenza di soli pazienti con diagnosi di frattura di femore prossimale), il geriatra che si occupa del progetto fornisce supporto alla gestione peri-operatoria e al percorso di dimissione di tutti i pazienti che accedono al reparto, con particolare attenzione verso i soggetti di età superiore ai 65 anni (ivi compreso pazienti ricoverati per procedure chirurgiche in elezione di protesizzazione di anca e ginocchio o ricoverati per traumi dell'arto superiore).

Nel corso del 2025 è stato avviato (periodo gennaio - maggio) un progetto sperimentale di un *ambulatorio post-ricovero* (successivamente sospeso, è attualmente in corso valutazione sulla possibilità di far confluire i pazienti con recente frattura di femore nell'ambulatorio fragilità che, come sopra riportato, è in fase di strutturazione).

Infine, nel 2025, è stata effettuata una prima riunione del tavolo di lavoro aziendale con i colleghi referenti del dipartimento di Medicina Interna della AUSL al fine di effettuare una mappatura delle "esperienze" di co-gestione ortopedica/geriatrica (o internistica) dei presidi AUSL e di uniformare, nei limiti del possibile, le procedure di presa in carico dell'anziano chirurgico ortopedico.