

17-20  
Dicembre  
2025  
Napoli

70<sup>o</sup> C O N G R E S S O  
N A Z I O N A L E  
**SIGG**  
LIBERI E LONGEVI

Università degli  
Studi di Napoli  
Federico II  
Polo Didattico  
di **SCAMPIA**



# COME RIDISEGNARE LA RETE DELLE CURE PER I DISTURBI COGNITIVO- COMPORIMENTALI?

**Alessandra Marengoni**

Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali – UNIBS  
Dipartimento Continuità di Cura e Fragilità – ASST Spedali Civili di Brescia

## DISCLOSURES

RAY HC scientific board

ViiV Healthcare scientific board

GSK

Novo Nordisk scientific board

---

## The evolution toward integrated community health care for older people in Italy

---

Received: 22 September 2025

Accepted: 27 November 2025

Published online: 10 December 2025

Cite this article as: Marengoni A., Zucchelli A., Padovani A. *et al.* The evolution toward integrated community health care for older people in Italy. *Aging Clin Exp Res* (2025). <https://doi.org/10.1007/s40520-025-03279-y>

A. Marengoni, A. Zucchelli, A. Padovani, E. Belli, L. Cajazzo & E. Burato

We are providing an unedited version of this manuscript to give early access to its findings. Before final publication, the manuscript will undergo further editing. Please note there may be errors present which affect the content, and all legal disclaimers apply.

If this paper is publishing under a Transparent Peer Review model then Peer Review reports will publish with the final article.

ARTICLE IN PRESS

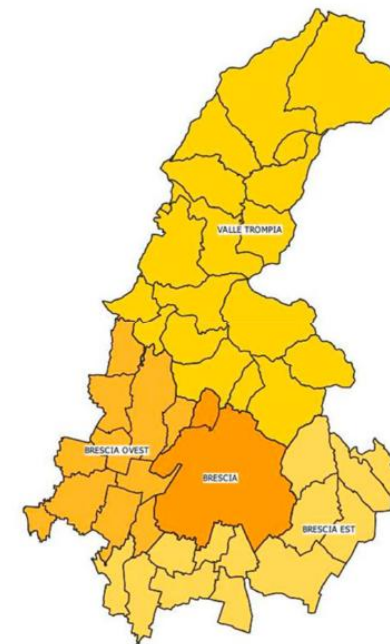
Le riforme della Missione 6 “Salute” del PNRR puntano a promuovere la salute delle persone a partire da **una valutazione multidimensionale** dei loro bisogni e dalla **presa in carico complessiva**, servendosi della **telemedicina e della digitalizzazione**, focalizzata sull’assistenza alle persone **fragili** sul territorio attraverso servizi sanitari e socio-sanitari di **prossimità e domiciliari**.

**DM del 23 maggio 2022, n. 77** - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale

Il **Distretto** è un'entità organizzativo-funzionale dell'ASST che afferisce alla Direzione Sociosanitaria e rappresenta un'innovazione e implementazione dell'offerta sul territorio; il Distretto ha un ruolo strategico di gestione e di coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi. Infatti, contribuisce all'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali in raccordo con l'Assemblea dei sindaci sulla base della valutazione dei fabbisogni dei cittadini.

Con decreto n. 278 del 30/3/2022 ASST Spedali Civili ha istituito quattro Distretti: Brescia, Brescia EST, Brescia OVEST, Valle Trompia

Su 500000 abitanti il 12% sono 75+



All'interno del Distretto svolge ruolo fondamentale la Casa della Comunità attraverso cui garantire assistenza di prossimità riducendo la pressione sugli ospedali. La Casa della Comunità si propone come modello organizzativo integrato e multidisciplinare e potrebbe rappresentare un setting ideale per l'anziano:

- Vicino a casa
- Ridotte barriere di accesso
- Identificazione precoce di deficit funzionali
- Collaborazione fra MMG, specialisti e professionisti socio-sanitari e sociali

Stratificazione della popolazione anziana prima dell'accesso alla CdC per fragilità e complessità

- **Primary Care Frailty Index (PC-FI) \***
- **INTERMED for the Elderly \*\***

\* Vetrano et al. Sci Rep 2023

\*\* Wild et al. J Psychosom Res 2011

<b>Distretto</b>	<b>Popolazione anziana totale (n)</b>	<b>Anziani con fragilità severa (n)</b> <b>Stima</b>
<b>Brescia</b>	<b>50.621</b>	<b>4050</b>
<b>Brescia Ovest</b>	<b>20.946</b>	<b>1675</b>
<b>Brescia Est</b>	<b>21.881</b>	<b>1750</b>
<b>Valle Trompia</b>	<b>27.078</b>	<b>2166</b>
<b>Totale</b>	<b>120.526</b>	<b>9641</b>

# Protocollo clinico assistenziale: Gestione territoriale condivisa paziente fragile fra MMG e specialisti ASST Spedali Civili di Brescia

## Pazienti che il MMG invia al geriatra della CdC o per i quali richiede un teleconsulto con il geriatra

- **Paziente con PC-FI  $\geq 0.21$  indicativo di fragilità severa più almeno una fra le seguenti condizioni:**
  - Rischio sociale elevato (solitudine, isolamento, povertà)
  - Bisogni assistenziali complessi definiti dalla coesistenza di multimorbilità, politerapia, disabilità e/o **decadimento cognitivo +/- disturbi del comportamento**

Esempi di motivo di accesso in CdC per visita geriatrica:

- Disturbi dell'equilibrio e cadute recidivanti
- Necessità di revisione terapeutica +/- deprescribing
- Dolore cronico non controllato
- **Disturbi del sonno, dell'umore, di ansia**





**PDTA-R**  
**GESTIONE DELLA PERSONA CON**  
**DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE**

### *C.2.2.1.1 AS IS*

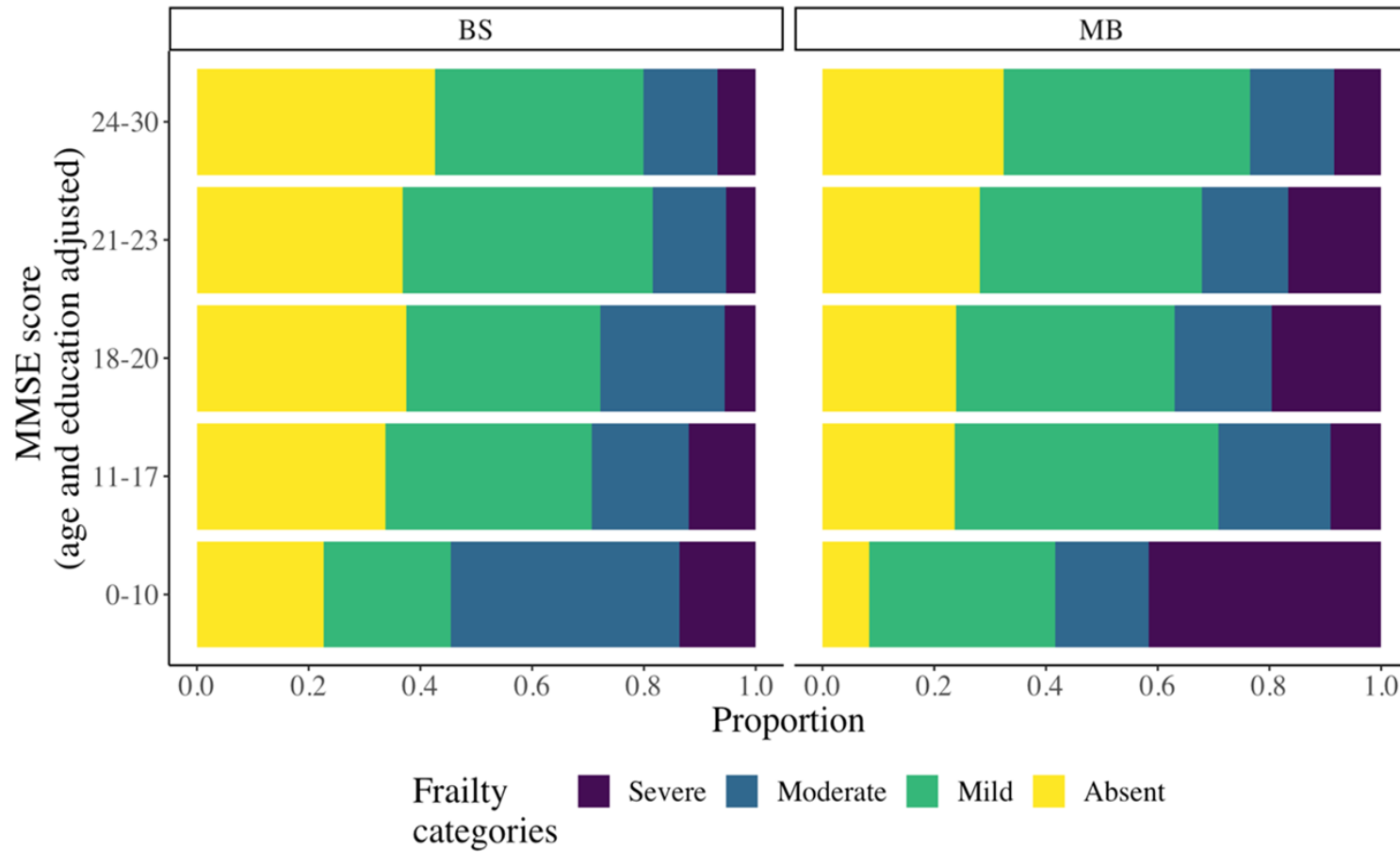
il paziente con sospetto declino cognitivo o alterazioni psicopatologiche e comportamentali accede al CDCD in assenza di una valutazione preliminare globale dello stato cognitivo e funzionale, del grado di fragilità e, nella maggior parte dei casi, senza alcun esame (né ematochimico né strumentale).

### *C.2.2.1.2 TO BE*

L'accesso al CDCD del paziente con sospetto declino cognitivo o alterazioni psicopatologiche e comportamentali viene reso disponibile previa (vedi Macrofase 1) (1.) valutazione globale dello stato cognitivo e funzionale del paziente con sospetto declino cognitivo tramite un breve test (GPCog) (2.) valutazione del grado di fragilità (PC-FI) (i soggetti gravemente fragili, avendo altre priorità in termini di necessità di cura, saranno indirizzati non al CDCD, ma alla casa di comunità, dove l'opportunità di fruire di un progetto di presa in carico multidisciplinare extra-neurologica è maggiore) e (3.) prescrizione da parte del MMG/Medico Intercettante di ECG, esami ematochimici e strumentali, con prevedibile accorciamento dei tempi di accertamento diagnostico.

Una volta esclusa un'eziologia potenzialmente correggibile da parte del medico intercettante il paziente affetto da sospetto decadimento cognitivo viene inviato al CDCD.

## La Fragilità nel setting ambulatoriale - CDCD

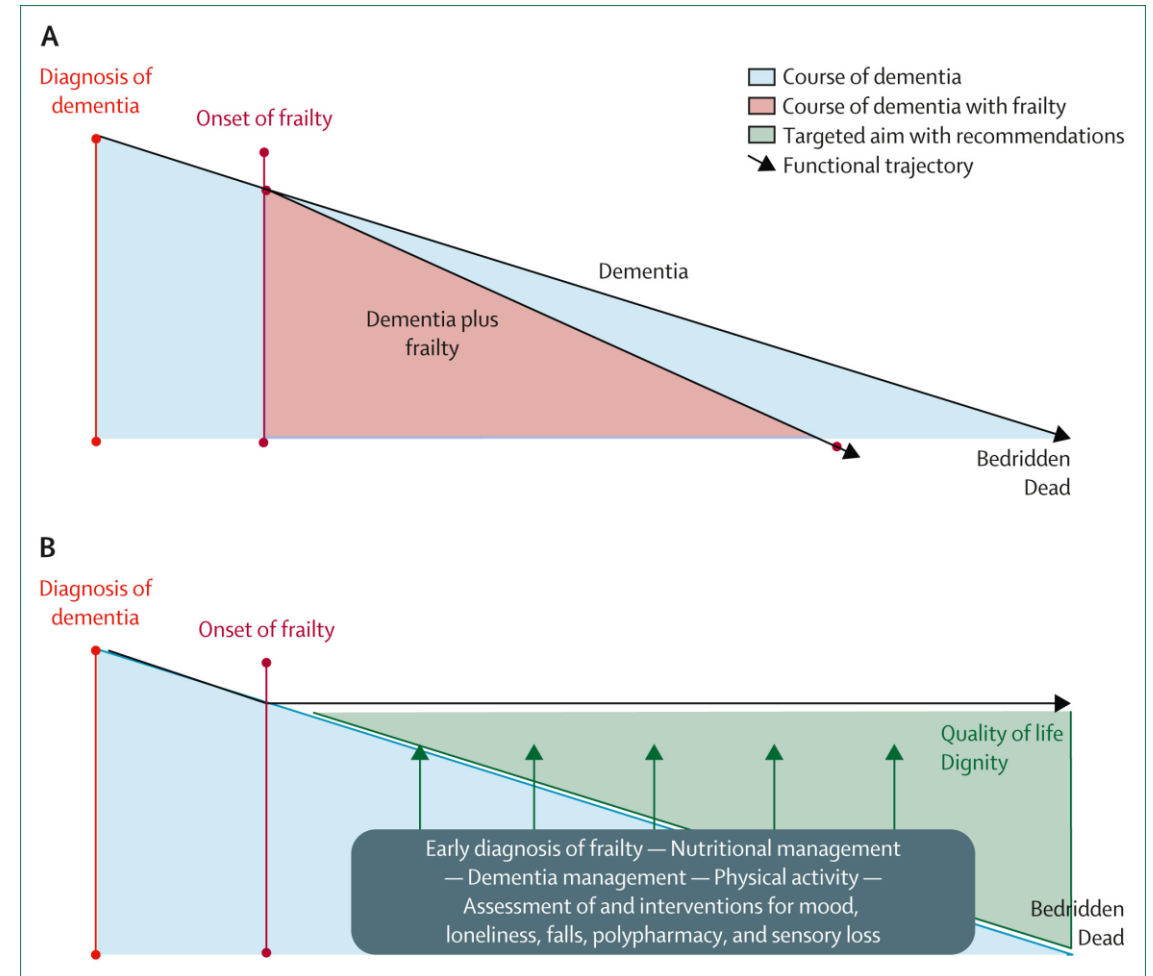


# Assessment and management of frailty in individuals living with dementia: expert recommendations for clinical practice

Miguel Germán Borda, Francesco Landi, Tommy Cederholm, Luis Carlos Venegas-Sanabria, Gustavo Duque, Hidetaka Wakabayashi, George E Barreto, Isabel Rodríguez-Sánchez, Marco Canevelli, Carlos Cano-Gutiérrez, Mario Ulises Pérez-Zepeda, Lindsay Wallace, Kenneth Rockwood, Mario Salas-Carrillo, Martha Gjesten, Ingelin Testad, Clive Ballard, Dag Aarsland, on behalf of IPEFUND

## Recommendations:

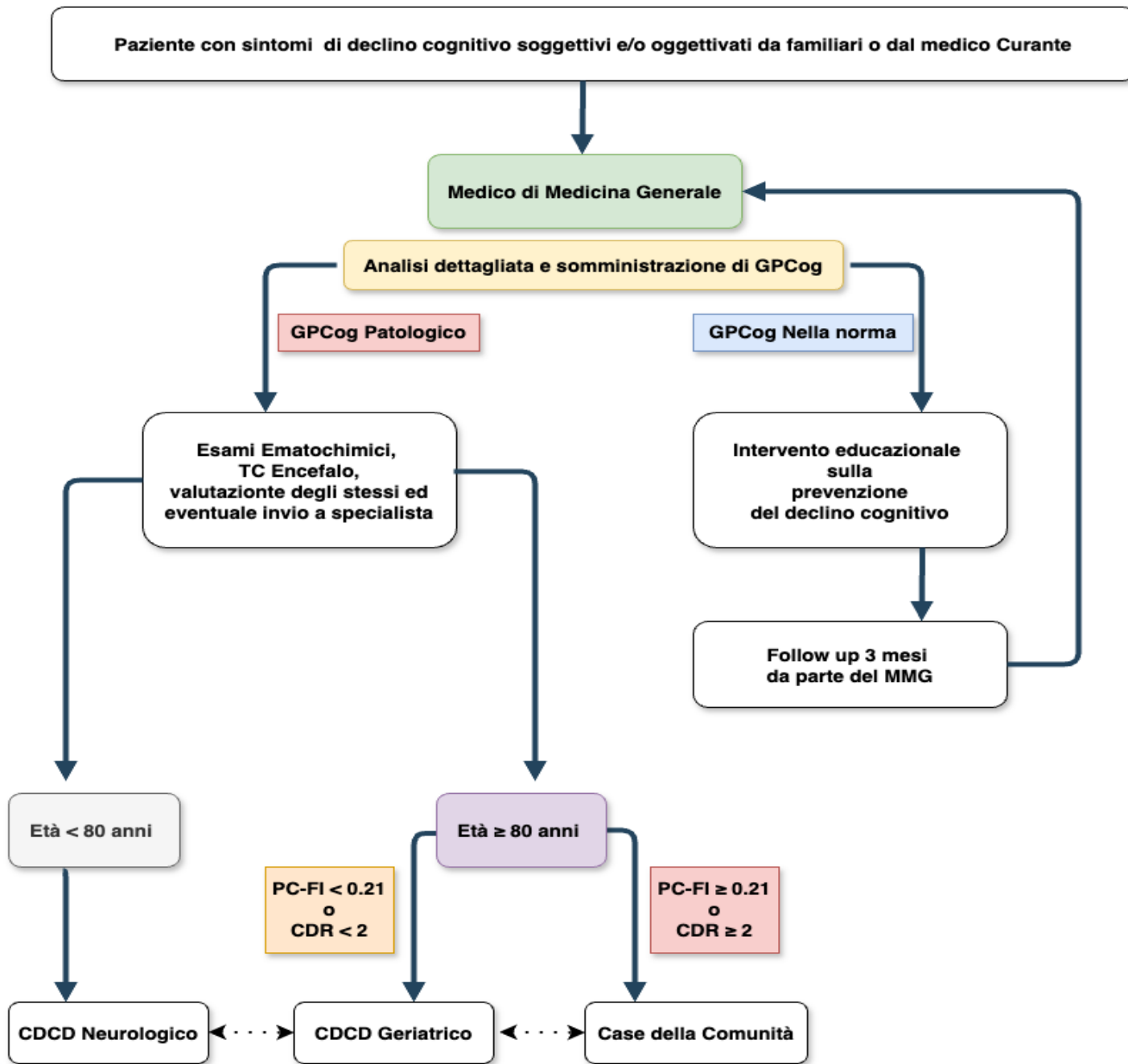
1. Identifying frailty
2. Early interventions
3. Assessment and management of nutrition
4. Hydration
5. Exercise prescription
6. Assessment and management of depression
7. Risk of falls
8. Sensory loss
9. Polypharmacy and deprescribing



# CDCD

## ASST Spedali Civili di Brescia

+/- Televisita e teleconsulto



# CONCLUSIONI

- La riforma della sanità territoriale prevista dal DM 77/2022 rappresenta la risposta alle transizioni demografica ed epidemiologica
- L'implementazione della presa in carico a livello comunitario delle persone fragili rappresenta un modo nuovo di connettere livelli di assistenza diversi ma già esistenti (MMG, CDCD, C-DOM, ....)
- Per aumentare le possibilità di successo della riforma bisognerebbe:
  - ✓ Stratificare la popolazione per livelli di fragilità e complessità
  - ✓ Lavorare sul territorio (CdC) in team multidisciplinari
  - ✓ Utilizzare la telemedicina

Infine, misurare la fattibilità dell'intervento in termini di accessibilità, accettabilità, appropriatezza, equità, effectiveness