

Deliberazione della Giunta Regionale 22 luglio 2022, n. 19-5417

Decreto Ministeriale 23/12/2021 <Individuazione dei criteri e delle modalita' di riparto del fondo per l'Alzheimer e le demenze> – Approvazione piano triennale per l'utilizzo del Fondo per l'Alzheimer e le demenze anni 2021-2023.

A relazione dell'Assessore Icardi:

Premesso che:

- i dati epidemiologici mostrano un'età anziana caratterizzata, oggi e sempre più in futuro, dalla presenza di patologie neuro-degenerative, tra queste le demenze, e quella di Alzheimer in particolare, sono quelle con la maggior diffusione;
- Il World Alzheimer Report 2019 definiva la demenza come una “*priorità mondiale di salute pubblica*”;
- nel 2019 le persone affette da demenza nel mondo erano oltre 50 milioni, che diventeranno 78 milioni nel 2030 e 139 milioni nel 2050;
- la prevalenza delle demenze incrementa all'aumentare dell'età, complicando ulteriormente il quadro per le società occidentali ed in particolare europee, la cui popolazione invecchia e continuerà ad invecchiare in maniera vertiginosa nei prossimi anni (OCSE, 2021);
- in Italia si stima che tra il 4% e il 6% delle persone over65 siano affette da demenza, pari a circa 1,1 milioni di cittadini per il 2019 (di cui circa 600 mila con demenza di Alzheimer), assistiti direttamente o indirettamente da circa 3 milioni di *caregiver* familiari;
- la forte prevalenza della depressione, accentuata peraltro nel periodo pandemico, mista alla crescita del numero di anziani che vivono soli (circa il 40% nel 2019 secondo Istat) può portare a un più rapido decadimento cognitivo dell'anziano e a un aggravarsi della situazione socio-sanitaria complessiva;
- gli anziani rappresentano il 22,8% della popolazione italiana e saranno il 34% nel 2045 secondo i dati ISTAT;
- in Piemonte una stima prudente aggiornata all'anno 2021 calcola che siano presenti circa 80.000 persone over 65 classificate nei vari ambiti della demenza.
- il Piano Nazionale Demenze (PND) “*Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze*”, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 9 del 13 gennaio 2015 è la cornice dentro alla quale le Regioni sono state invitate ad attivarsi per promuovere l'avvio di una riflessione prima strategico-politica e poi implementativa circa i disturbi cognitivi.

Richiamate:

- la D.G.R. 14 novembre 2016, n. 37-4207 con cui è stato recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul Piano nazionale demenze, dando atto nel medesimo atto che l'attuazione da parte della Regione delle azioni previste dal PND sono realizzate nel quadro della rispettiva programmazione assistenziale e nel rispetto della connessa programmazione economico finanziaria, in riferimento alle risorse umane, strumentali e finanziarie previste dalla normativa vigente;
- la D.G.R. 26 gennaio 2018, n. 28-6423 con cui sono stati approvati i requisiti organizzativi del Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), servizio in capo alle Aziende Sanitarie Regionali, articolato a livello ambulatoriale, che come definito nel PNA, effettua la presa in carico delle persone con disturbi cognitivi e/o demenza, formula la diagnosi, definisce il piano di interventi farmacologici, riabilitativi e psico-sociali ed ottempera alle implicazioni sulla prescrizione dei farmaci previste dall'Agenzia Italiana del Farmaco.

Dato atto che con la deliberazione suindicata, in linea con gli atti precedentemente assunti, è stato identificato nella rete dei CDCD regionali anche il Presidio Ospedaliero Beata Vergine della Consolata di San Maurizio Canavese (TO) (già individuato come Unità di Valutazione Alzheimer con DGR n. 54-941 del 25 settembre 2000 “*Protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la malattia di Alzheimer. Individuazione delle Aziende Sanitarie Regionali e dei presidi ospedalieri sede di Unità di Valutazione Alzheimer della Regione Piemonte*”).

Richiamati i seguenti riferimenti normativi contenuti nella L. 178/2020 “*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023*”:

- art. 1, comma 330 con il quale è stato disposto che “*Al fine di migliorare la protezione sociale delle persone affette da demenza e di garantire la diagnosi precoce e la presa in carico tempestiva delle persone affette da malattia di Alzheimer, e' istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, un fondo, denominato «Fondo per l'Alzheimer e le demenze», con una dotazione di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023*”;
- art. 1, comma 332 che dispone “*con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati i criteri e le modalita' di riparto del Fondo di cui al comma 330, nonché il sistema di monitoraggio dell'impiego delle somme*”.

Preso atto che in attuazione dei disposti normativi sopra richiamati:

- con decreto ministeriale 23 dicembre 2021 (pubblicato in G.U. n. 75 del 30/03/2022) sono stati individuati i criteri e le modalità di riparto del fondo nazionale istituito ai sensi dell'art. 1, comma 330 della L. 178/2020;
- il Tavolo permanente sulle demenze, istituito con decreto direttoriale Ministero della Salute n. 9309 del 10 marzo 2021 e aggiornato con decreto n. 29449 del 16 giugno 2022, di cui al PND assicura il monitoraggio dell'impiego delle somme, tramite l'acquisizione di report periodici da parte delle Regioni;
- le risorse ripartite a favore della regione ammontano ad un'annualità di euro 316.595,52, per gli anni 2021, 2022 e 2023, per un totale assegnato di euro 949.786,56, che sono state iscritte a bilancio con D.G.R. n. 33-5134 del 27/12/2022 sul capitolo di entrata n. 20630 e sul vincolato capitolo di spesa n. 154030 (Missione 13 Programma 7) del bilancio 2022-2024;
- la Regione deve predisporre un Piano triennale di attività, senza il quale non può ottenere le risorse assegnate, e lo stesso deve affrontare una specifica area di criticità nella diagnosi, nella presa in carico e nella cura delle persone con demenza, tra quelle opportunamente identificate dal D.M. 23/12/2021;
- è stata raccolta con nota prot. n. 5909 del 15/02/2022 la manifestazione d'interesse da parte delle Aziende Sanitarie Regionali e del Presidio Ospedaliero Beata Vergine della Consolata di San Maurizio Canavese (TO), a partecipare al Piano triennale di attività, attraverso i propri CDCD;
- tra le aree identificate dal DM è stata scelta l'area riferita a “*sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza*” e su di essa la Regione propone il proprio Piano triennale per l'ottenimento delle risorse;
- la proposta di Piano triennale regionale è stata validata dal tavolo nazionale permanente demenze nelle sedute del 16 giugno 2022 e 8 luglio 2022 e di conseguenza il Ministero competente provvederà alla erogazione dell'annualità dell'anno 2021;
- la seconda annualità (anno 2022) è erogata alla Regione entro il 30 novembre 2022 sulla base di una relazione da presentarsi entro il 31 ottobre 2022 sulle attività svolte e una rendicontazione attestante l'impegno/spesa di almeno l'80% della prima quota erogata;

- la terza annualità (anno 2023) è erogata entro il 30 novembre 2023 dietro presentazione di una relazione da presentarsi entro il 31 ottobre 2023 sulle attività svolte e della rendicontazione attestante le spese sostenute.

Ritenuto, dunque opportuno per quanto sopra illustrato, di:

- approvare il “Piano triennale di attività” ai sensi del D.M. 23/12/2021 di cui all’allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, che è stato elaborato dalla Direzione regionale Sanità e Welfare in conformità alle “*Linee guida alla redazione dei progetti del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie*”, nonché validato dal Tavolo nazionale permanente sulle demenze in data 16 giugno 2022 e 8 luglio 2022;
- definire come area progettuale quella rivolta alla “*sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza*”;
- individuare 19 unità operative coinvolte nella realizzazione del Piano, così come identificate nell’allegato A e che comprendono le 18 Aziende Sanitarie Regionali e il Presidio Ospedaliero Beata Vergine della Consolata di San Maurizio Canavese (TO);
- stabilire i compiti delle unità operative coinvolte e le spese ammissibili al finanziamento, così come definite dalle istruzioni ministeriali pervenute, nonché le singole quote di budget assegnate a ciascuna unità;
- approvare il crono-programma di realizzazione del Piano, così come formulato nell’allegato A;
- disporre che ogni unità operativa dovrà relazionare periodicamente e rendicontare le spese sostenute al Settore regionale competente per la materia identificato nel Settore “Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari” della Direzione Sanità e Welfare.

Evidenziato da ultimo che il Ministero richiede, secondo le linee guida sopra citate, l’identificazione di un responsabile del Piano, di un referente scientifico e di un referente amministrativo, nonché di referenti tecnico/amministrativi all’interno di ciascuna delle unità operative, così come indicati nell’allegato A.

Tutto ciò premesso;

visto il decreto legislativo del 23 giugno 2011, n. 118 “*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*”;

vista la Legge regionale 29 aprile 2022, n. 6 “*Bilancio di previsione finanziario 2022-2024*”;

vista la D.G.R. n. 12-5546 del 29 agosto 2017 “*Linee guida in attuazione della D.G.R. 1-4046 del 17.10.2016 in materia di rilascio del visto preventivo di regolarità contabile e altre disposizioni in materia contabile*”;

vista la D.G.R. n. 1-4970 del 4 maggio 2022 “*Legge regionale 29 aprile 2022, n.6 <Bilancio di previsione finanziario 2022-2024>. Approvazione del Documento Tecnico di Accompagnamento e del Bilancio Finanziario Gestionale 2022-2024*”.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14 giugno 2021.

La Giunta Regionale a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

- 1) di approvare il “Piano triennale per l’utilizzo del Fondo per l’Alzheimer e le demenze anni 2021-2023” ai sensi del D.M. 23/12/2021 di cui all’allegato A, parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione, che è stato elaborato dalla Direzione regionale Sanità e Welfare in conformità alle “*linee guida alla redazione dei progetti del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie*”, nonché validato dal tavolo nazionale permanente sulle demenze in data 16 giugno 2022 e 8 luglio 2022;
- 2) di realizzare, come area progettuale, quella rivolta alla “*sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza*”, e di identificare un responsabile del Piano, un referente scientifico e un referente amministrativo, nonché referenti tecnico/amministrativi all’interno di ciascuna delle unità operative, così come indicati nell’allegato A alla presente deliberazione;
- 3) di individuare, sulla base delle manifestazioni d’interesse raccolte con nota prot. n. 5909 del 15/02/2022, le 19 unità operative coinvolte nella realizzazione del Piano, che comprendono le 18 Aziende Sanitarie Regionali e il Presidio Ospedaliero Beata Vergine della Consolata di San Maurizio Canavese (TO), nonché il responsabile del Piano, il referente scientifico, il referente amministrativo e i referenti tecnico/amministrativi all’interno di ciascuna delle unità operative, così come indicati nell’allegato A alla presente deliberazione;
- 4) di stabilire i compiti delle unità operative coinvolte e le spese ammissibili al finanziamento, in conformità a quanto disposto dalle istruzioni ministeriali, nonché le singole quote di budget assegnate a ciascuna unità, così come indicato nell’allegato A alla presente deliberazione;
- 5) di disporre che ogni unità operativa dovrà relazionare periodicamente e rendicontare le spese sostenute, da inviare al Settore regionale competente “Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari” della Direzione Sanità e Welfare nei termini necessari per garantire il rispetto delle scadenze ministeriali;
- 6) di disporre che il Settore regionale “Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari” della Direzione Sanità e Welfare adotterà tutti gli atti necessari per l’attuazione del presente Piano;
- 7) di dare atto che:
 - le risorse ripartite a favore della regione dal D.M. 23 dicembre 2021, ammontano ad un’annualità di euro 316.595,52, per gli anni 2021, 2022 e 2023, per un totale assegnato di euro 949.786,56;
 - la proposta di Piano triennale regionale è stata validata dal tavolo nazionale permanente sulle demenze e di conseguenza il Ministero competente provvederà alla erogazione dell’annualità dell’anno 2021;
 - la seconda annualità (anno 2022) è erogata alla Regione entro il 30 novembre 2022 sulla base di una relazione da presentarsi entro il 31 ottobre 2022 sulle attività svolte e una rendicontazione attestante l’impegno/spesa di almeno l’80% della prima quota erogata;
 - la terza annualità (anno 2023) è erogata entro il 30 novembre 2023 dietro presentazione di una relazione da presentarsi entro il 31 ottobre 2023 sulle attività svolte e della rendicontazione attestante le spese sostenute;
- 8) di dare atto che gli oneri del presente provvedimento trovano copertura sul Fondo per l’Alzheimer e le demenze di cui all’art 1 comma 330 della legge 30 dicembre 2020, n. 178 ripartite

dal Decreto Ministeriale 23 dicembre 2021 (pubblicato in G.U. n. 75 del 30/03/2022), ed iscritte con D.G.R. n. 33-5134 del 27/05/2022 sul capitolo di entrata n. 20630 e sul vincolato capitolo di spesa n. 154030 (Missione 13 Programma 7) del bilancio 2022-2024 secondo i seguenti importi:

- Esercizio 2022 Euro 633.191,04;
- Esercizio 2023 Euro 316.595,55.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

ALLEGATO A



**PIANO TRIENNALE DI ATTIVITA'
FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE
D.M. 23/12/2021 G.U. 30/03/2022**

DATI GENERALI

Enti partecipanti:

AREA OMOGENEA "TORINO"	AZIENDA SANITARIA LOCALE CITTA' DI TORINO
	ASL TO4
	ASL TO5
	AOU CITTA' DELLA SALUTE

AREA OMOGENEA "TORINO OVEST"	ASL TO3
	AOU S.LUIGI GONZAGA
	AO ORDINE MAURIZIANO

AREA OMOGENEA "PIEMONTE SUD OVEST"	ASL CN1
	ASL CN2
	AO S.CROCE E CARLE CN

AREA OMOGENEA "PIEMONTE NORD EST"	ASL NO
	ASL VC
	ASL VCO
	ASL BI
	AOU MAGGIORE DI NOVARA

AREA OMOGENEA "PIEMONTE SUD EST"	ASL AL
	ASL AT
	AO SS. ANTONIO E BIAGIO c. ARRIGO AL

PRESIDIO OSPEDALIERO BEATA VERGINE DELLA CONSOLATA	PRESIDIO EX ART. 43 L. 833/1978
---	--

Area progettuale:

Sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza.

Risorse

- Totale annualità: euro 316.595,52

- Totale triennio: 949.786,56

Referente scientifico:

nominativo: PIERO SECRETO

struttura di appartenenza: PRESIDIO OSPEDALIERO BEATA VERGINE DELLA CONSOLATA

n. tel: 333/7655317 E-mail: PSECRETO@FATEBENEFRAPELLI.EU

DIRIGENTE RESPONSABILE REGIONALE:

nominativo: FRANCO RIPA

struttura di appartenenza: DIREZIONE SANITA' E WELFARE SETTORE PROGRAMMAZIONE SANITARIA

n. tel: 011/4322915 E-mail: franco.ripa@regione.piemonte.it

referente incaricato titolare dell'ufficio "*programmazione, coordinamento e monitoraggio delle attività sanitarie e socio sanitarie nell'ambito della tutela della salute degli anziani e dei disabili e delle cure domiciliari sanitarie*" – Settore A1413.

struttura di appartenenza: DIREZIONE SANITA' E WELFARE

n. tel: 011/4321524 E-mail: programmazione.sanitaria@regione.piemonte.it

ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO

Descrizione generale delle linee di azione predisposte rispetto all'area progettuale identificata

L'interesse a questa linea progettuale è dato dal ritenere che i trattamenti psico-educazionali e psico-sociali nella demenza abbiano una dignità propria ed indipendente dalla terapia farmacologica e che possano avere un impatto positivo sulla qualità di vita delle persone e delle famiglie nei diversi setting di cura (domicilio, residenzialità e semiresidenzialità nonché day hospital).

Si ritiene che ci sia una importante necessità di disseminazione culturale e di potenziamento di questi strumenti di cura, possibilmente da attivare all'esordio della patologia e nelle diverse fasi della malattia comunque quando presa in carico.

Questa linea progettuale si abbina alla linea progettuale della teleriabilitazione, in quanto molti strumenti di teleriabilitazione fanno parte, per loro natura, delle terapie psicosociali non farmacologiche.

Si rende altresì necessario strutturare e programmare sulla base delle conoscenze scientifiche programmi di riattivazione e riabilitazione cognitiva e funzionale superando le attuali improvvisazioni presenti alla base dell'esecuzione di molte di queste attività nei diversi setting dove queste sono proposte, e uniformare le attività allargandole a tutto il territorio regionale.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Le persone con demenza lieve/moderata di tutti i tipi devono avere l'opportunità di partecipare a gruppi di stimolazione cognitiva strutturata svolti da operatori con formazione adeguata e supervisione indipendentemente da qualsiasi tipo di trattamento farmacologico (NICE-SCIE guida al management delle demenze 2018).

Le terapie psicosociali non sono terapie alternative della demenza: sono strumenti di cura da attivare in prima battuta indipendentemente dalle terapie farmacologiche ed hanno come obiettivo il mantenimento della funzionalità con rallentamento dell'impatto della malattia, incentivando la capacità del soggetto a mantenere il ruolo e l'autonomia massima possibile nel proprio ambiente agevolando il miglior adattamento possibile.

Nelle persone con demenza le terapie psicosociali vengono utilizzate per il miglioramento dei disturbi cognitivi, del tono dell'umore e dello stato funzionale, del benessere fisico e psicologico, nel controllo dei disturbi comportamentali.

La forte influenza della rete sociale nel benessere del paziente con demenza e dei caregiver fanno sì che interventi di inclusione sociale possono determinare ritardo di istituzionalizzazione e miglioramento dell'ansia e della depressione del paziente con benessere psicologico e miglioramento della qualità di vita anche del caregiver.

Le maggiori evidenze scientifiche relative a questi interventi riguardano essenzialmente la stimolazione cognitiva (CST) e la terapia occupazionale (TO) ma anche aiuto a domicilio ed interventi di formazione per i caregiver sia di tipo formale (operatori sanitari) che informali (famigliari), interventi di counseling e gruppi di supporto familiare, i Centri di Incontro/ Meeting Center.

Gli effetti migliori si hanno con interventi di tipo multimodale che associano vari tipi di interventi come l'attività fisica moderata, la terapia occupazionale con la stimolazione cognitiva in contesti di socializzazione anche se non è ancora chiaro se la componente psicologica o sociale sia quella più importante nel determinare effetti positivi su umore e comportamento.

Tra gli interventi raccomandati per promuovere le funzioni cognitive, l'indipendenza e il benessere dei soggetti con demenza le evidenze scientifiche inoltre raccomandano:

- di prescrivere una terapia di stimolazione cognitiva di gruppo ai pazienti affetti da demenza di gravità da lieve a moderata;
 - di eseguire una terapia di riabilitazione cognitiva, per fare leva sui punti di forza del paziente e trovare il modo di compensare i deficit e sostenere l'indipendenza;
 - di far partecipare il paziente a programmi di training cognitivo, ovvero esercitazioni guidate su una serie di compiti standard progettati per rispecchiare particolari funzioni cognitive.
- I livelli di difficoltà dei compiti possono essere adattati alle abilità individuali.*

Sono utili in tal senso:

- l'identificazione e lo sviluppo degli interventi psicosociali/non farmacologici da proporre all'interno dei programmi di stimolazione cognitivo, comportamentale, funzionale e di inclusione sociale;
- la formazione obbligatoria per il personale nei setting di cura individuati;
- l'integrazione dei percorsi CDCD ospedalieri e territoriali all'interno della stessa area omogenea territoriale e di Azienda Sanitaria Locale;
- lo sviluppo domiciliare degli interventi psicosociali (tele riabilitazione o integrazione di percorsi CDCD domicilio, CDCD RSA, centri diurni domicilio);
- l'identificazione di un centro regionale di riferimento sul tema delle demenze, in linea con gli atti già assunti dalla programmazione regionale.

Ambito istituzionale e programmatico di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti

Gli atti regionali di riferimento sul tema sono:

- DGR n. 54-941 del 25 settembre 2000 "D.M. 20/07/2000 <Protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la malattia di Alzheimer>. Individuazione delle ASR e dei presidi ospedalieri sede di UVA della Regione";
- DGR. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni";
- DGR n. 37-4207 del 14 novembre 2016 "Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante <Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze>";
- DGR n. 28-6423 del 26 gennaio 2018 "D.G.R. n. 37-4207 del 14.11.2016. Approvazione dei requisiti organizzativi del Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)";
- la DGR n. 5-629 del 11 febbraio 2022 "Approvazione del Programma di investimenti in edilizia sanitaria per l'adeguamento sismico di strutture ospedaliere con risorse a valere sul PNRR M6, C.2, 1.2 e sul Fondo Complementare";
- la DGR n. 6- 630 del 11 febbraio 2022 "Approvazione Programma di investimenti finanziato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato all'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie: M6, C.2, 1.1.2.";
- la DGR n. 4-4628 del 11 febbraio 2022 n. 4 - 4628 "Approvazione della programmazione relativa: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Proposta al Consiglio regionale";
- la DCR n. 199 del 22 febbraio 2022 "Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali";
- DGR n. 10-4727 del 4 marzo 2022 "Revisione del percorso dedicato a soggetti affetti da decadimento cognitivo. Parziale modifica della D.G.R. n. 45-4228 del 30 luglio 2012".
- la DGR n. 2-4852 del 8 aprile 2022 "Regolamento (UE) n. 1060/2021. Proposta di Programma regionale Fondo Sociale Europeo Plus della Regione Piemonte 2021-2027. Approvazione";
- la DGR n. 1-4892 del 20 Aprile 2022 "PNRR Missione 6 "Salute". Approvazione del Piano Operativo Regionale (P.O.R.)";
- la DGR n. 17-4952 del 29 aprile 2022 "D.C.R. 22 febbraio 2022 n. 199-3824. Ripartizione alle Aziende Sanitarie Locali delle risorse di cui al Decreto Ministero Salute 20 gennaio 2022 per la realizzazione delle Case di comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Missione 6 Componente 1";

- la DGR n. 23-5124 del 27 maggio 2022 "PNRR Missione 6 "Salute". Approvazione Schema del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)".

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

Le criticità presente nel contesto regionale, a riguardo dell'azione proposta nel presente piano, sono sommariamente le seguenti:

- le terapie psicosociali sono ancora considerate interventi con scarsa rilevanza terapeutica e con modesto impatto sulla QdV dei pazienti;
- in alcuni servizi/setting (prevalentemente RSA, centri diurni, "palestre cognitive" di associazioni di volontariato e pochi CDCD collegati con servizi territoriali) vengono eseguiti interventi sul paziente non strutturati, per lo più su base volontaristica, senza base scientifica, non personalizzati;
- l'assetto territoriale dei CDCD risulta ancora fortemente parcellizzato e frammentato con poche risorse umane, strumentali, finanziarie ed organizzative.

Il metodo e l'approccio con il quale si intendono attuare le soluzioni proposte sono in parte già state realizzate ed in particolare:

- ricognizione delle attività, numero dei CDCD e loro integrazione col territorio attraverso questionario (2017 e 2021) con eventuale coinvolgimento delle associazioni regionali di parenti;
- richiesta alle ASR di manifestazione di interesse a partecipare al progetto proposto dalla regione effettuata nel mese di febbraio 2022, con identificazione di 19 unità territoriali a cui sono assegnati riferenti di progetto.

La fattibilità del progetto emerge dall'adesione totale di tutte le AASSRR all'azione progettuale proposta con l'auspicabile identificazione di un centro regionale di riferimento sul tema delle demenze che possa coordinare scientificamente gli interventi a supporto dell'amministrazione regionale, anche in funzione dell'elaborazione di un PDTA specifico per il tema.

Elementi di innovatività delle soluzioni e degli interventi proposti

- Implementazione, standardizzazione ed omogeneizzazione sul territorio regionale degli interventi di presa in carico del pz con demenza e della sua famiglia;
- utilizzo, sulla base dell'esperienza del Day Hospital Alzheimer/Centro della Memoria di San Maurizio Canavese, per la stimolazione delle varie aree cognitive (Memoria breve e lungo termine, verbale e visiva, tattile, olfattiva, orientamento temporale, orientamento spaziale e memoria topografica, percezione e riconoscimento, attenzione visiva e uditiva, linguaggio, associazioni, analisi, sintesi, astrazione, calcolo), di training personalizzati di stimolazione cognitiva in base alle caratteristiche del soggetto, al suo grado di compromissione cognitiva, alle sue capacità funzionali residue.
- utilizzo di esercizi adattati al grado del deterioramento cognitivo del paziente e mirati a migliorare la concezione di sé con una ricaduta positiva sulle attività quotidiane;
- realizzazione ex novo ed in modo creativo delle attività e dei percorsi riabilitativi ad hoc, creando lo strumento più adatto al momento, flessibile a seconda della persona o del gruppo o del tipo di disturbo, seguendo criteri, buone prassi e metodo sperimentale e conoscendo modelli e teorie che stanno alla base dei processi neuropsicologici;
- valorizzazione delle attività singole e di gruppo («Il gruppo rappresenta un aspetto fondamentale della riabilitazione, stimola un maggiore potenziale creativo, una maggiore capacità di tollerare lo sforzo con possibilità di trovare negli altri una fonte di sostegno psicologico e motivazionale e la possibilità di sviluppare senso di appartenenza, di attivare forme di apprendimento informale e incrementare la consapevolezza delle proprie possibilità»);
- realizzazione di spazi simili agli ambienti domestici, che può permettere ai pazienti, seguendo le indicazioni degli operatori, di accrescere le autonomie strumentali e potenziare le abilità quotidiane residue;
- realizzazione di gruppi di supporto psicologico con i pazienti in fase iniziale/intermedia di malattia. Tale pratica, attraverso sedute di elaborazione della propria consapevolezza di malattia, del proprio vissuto, del disagio e della sofferenza che si vive, aiuta ad accettare la propria realtà attuale, con conseguente netto miglioramento del tono dell'umore, aumento dell'autostima e delle competenze sociali e con un incremento di alcune funzioni neuropsicologiche, quali memoria ed attenzione;
- diffusione e sostegno di evidenze, miglioramento della qualità assistenziale, aumento della capacità di risposta, aumento dell'offerta di formazione;

- coinvolgimento dei caregivers e delle associazioni di volontariato.

Trasferibilità delle soluzioni e degli interventi proposti ed eventuali collaborazioni con realtà extraregionali

E' interessato l'intero territorio regionale articolato nelle 5 aree omogenee così come in premessa illustrate. Le singole Aziende Sanitarie e il Presidio sanitario di riferimento possono condividere attività ed esperienze ed interpolarsi anche con realtà extra-regionali. Già in fase progettuale è stata stabilita una collaborazione con Regione Liguria (sotto il coordinamento del Prof. Ernesto Palummeri), che condivide la stessa area di interesse progettuale e il medesimo Obiettivo Generale. La durata del piano sarà oggetto di rapporti di scambio e collaborazione tra le due regioni.

Bibliografia

- NICE guidelines: <https://www.nice.org.uk/>;
- <https://www.ipa-online.org/publications/guides-to-bpsd>
- WHO: Towards a dementia plan: a WHO guide. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Alzheimer's Disease International . From Plan to Impact II: The Urgent Need for Action. ADI; London, UK: 2019.
- Dröes, R.M. (1991). In Beweging; over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen. [In Movement; on psychosocial care for people with dementia. Academic Thesis Vrije Universiteit, Amsterdam. Intro, Nijkerk.Universiteit, Amsterdam. Intro, Nijkerk.
- Dröes, Rose-Marie & Mierlo, Lisa & van der Roest, Henriëtte & Meiland, Franka. (2010). Focus and effectiveness of psychosocial interventions for people with dementia in institutional care settings from the perspective of coping with the disease. Non-pharmacological therapies in dementia. 1. 139-161.
- Dickinson C., Dow J., Gibson G., Hayes L., Robalino S., Robinson L. Psychosocial Intervention for Carers of People with Dementia: What Components Are Most Effective and When? A Systematic Review of Systematic Reviews. Int. Psychogeriatr. 2017;29:31–43. doi: 10.1017/S1041610216001447. - DOI - PubMed
- McDermott O., Charlesworth G., Hogervorst E., Stoner C., Moniz-Cook E., Spector A., Csipke E., Orrell M. Psychosocial Interventions for People with Dementia: A Synthesis of Systematic Reviews. Aging Ment. Health. 2019;23:393–403. doi: 10.1080/13607863.2017.1423031. - DOI - PubMed
- Moniz-Cook E, Vernooij-Dassen M, Woods B, Orrell M. Psychosocial interventions in dementia care research: the INTERDEM manifesto. Aging Ment Health. 2011 Apr;15(3):283-90. doi: 10.1080/13607863.2010.543665. PMID: 21491215.
- Moniz-Cook E, Vernooij-Dassen M, Woods R, Verhey F, Chattat R, De Vugt M, Mountain G, O'Connell M, Harrison J, Vasse E, Dröes RM, Orrell M; INTERDEM group. A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. Aging Ment Health. 2008 Jan;12(1):14-29. doi: 10.1080/13607860801919850. PMID: 18297476.
- Vasse E, Moniz-Cook E, Rikkert MO, Cantegreil I, Charras K, Dorenlot P, Fumero G, Franco M, Woods B, Vernooij-Dassen M. The development of quality indicators to improve psychosocial care in dementia. Int Psychogeriatr. 2012 Jun;24(6):921-30. doi: 10.1017/S1041610211002523. Epub 2012 Jan 17. PMID: 22251776.
- Van Mierlo LD, Van der Roest HG, Meiland FJ, Dröes RM. Personalized dementia care: proven effectiveness of psychosocial interventions in subgroups. Ageing Res Rev. 2010 Apr;9(2):163-83. doi: 10.1016/j.arr.2009.09.002. Epub 2009 Sep 23. PMID: 19781667.
- Van Mierlo LD, Meiland FJ, Van der Roest HG, Dröes RM. Personalised caregiver support: effectiveness of psychosocial interventions in subgroups of caregivers of people with dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2012 Jan;27(1):1-14. doi: 10.1002/gps.2694. Epub 2011

Apr 25. PMID: 21520288.

- Henderson C, Rehill A, Brooker D, Evans SC, Evans SB, Bray J, Saibene FL, Scorolli C, Szcześniak D, d'Arma A, Lion K, Atkinson T, Farina E, Rymaszewska J, Chattat R, Meiland F, Dröes RM, Knapp M. Costs and cost-effectiveness of the meeting centres support programme for people living with dementia and carers in Italy, Poland and the UK: The MEETINGDEM study. *Health Soc Care Community*. 2021 Jan 27. doi: 10.1111/hsc.13281. Epub ahead of print. PMID: 33506538.
- Vernooij-Dassen M, Moniz-Cook E, Jeon YH. Social health in dementia care: harnessing an applied research agenda. *Int Psychogeriatr*. 2018 Jun;30(6):775-778. doi: 10.1017/S1041610217002769. PMID: 29970212.
- Hendriks IH, van Vliet D, Gerritsen DL, Dröes RM. Nature and dementia: development of a person-centered approach. *Int Psychogeriatr*. 2016 Sep;28(9):1455-70. doi: 10.1017/S1041610216000612. Epub 2016 May 3. PMID: 27140909.
- Abraha I., Rimland J.M., Trotta F.M., Dell'Aquila G., Cruz-Jentoft A., Petrovic M., Gudmundsson A., Soiza R., O'Mahony D., Guaita A., Cherubini A.: Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series; *BMJ Open* 2017;7:e012759.doi:10.1136.
- Chirico I, Chattat R, Dostálová V, Povolná P, Holmerová I, de Vugt ME, Janssen N, Dassen F, Sánchez-Gómez MC, García-Peñalvo FJ, Franco-Martín MA, Ottoboni G. The Integration of Psychosocial Care into National Dementia Strategies across Europe: Evidence from the Skills in DEmentia Care (SiDECAR) Project. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 25;18(7):3422. doi: 10.3390/ijerph18073422. PMID: 33806158; PMCID: PMC8036745.
- Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. *Gerontologist*. 1980.
- The Italian version of the Zarit Burden Interview: a validation study. Chattat R, Cortesi V, Izzicupo F., Del Re ML, Sgarbi C, Fabbo A, Borgonzini E *Int Psychogeriatr* 2011 23:, 797–805.

DESCRIZIONE LINEE ATTIVITA' (OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI)

(Il numero di obiettivi generali corrisponde al numero di aree progettuali identificate)

OBIETTIVO GENERALE AREA PROGETTUALE:

strutturazione, standardizzazione e programmazione, sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, di programmi di riattivazione e riabilitazione cognitiva e funzionale non farmacologica, nonché di inclusione sociale degli utenti presi in carico, con la tendenza ad omogeneizzare le attività per area omogenea allargandole a tutto il territorio regionale.

Razionale e descrizione dell'obiettivo

L'interesse a questa linea progettuale è dato dal ritenere che le terapie psicosociali/non farmacologiche abbiano una dignità propria ed indipendente dalla terapia farmacologica e che possano avere un impatto positivo sulla qualità di vita delle persone e delle famiglie nei diversi setting di cura (domicilio, residenzialità e semi-residenzialità nonché day hospital).

Si ritiene che ci sia una importante necessità di disseminazione culturale e di potenziamento di questi strumenti di cura, possibilmente da attivare all'esordio della patologia e nelle diverse fasi della malattia comunque quando presa in carico. Questa linea progettuale si abbina alla tele-riabilitazione, in quanto molti strumenti di tele-riabilitazione fanno parte, per loro natura, delle terapie psicosociali non farmacologiche.

Specificatamente in linea con il PNNR per le attività di tele-medicina, anche la te-riabilitazione potrà avere concreto e ampio sviluppo all'interno della rete dei CDCD.

Evidenze

Nelle persone con demenza le terapie psicosociali vengono utilizzate per il miglioramento dei disturbi cognitivi, del tono dell'umore e dello stato funzionale, del benessere fisico e psicologico, nel controllo dei disturbi comportamentali.

La forte influenza della rete sociale nel benessere del paziente con demenza e dei caregiver fanno sì che interventi di inclusione sociale possono determinare ritardo di istituzionalizzazione e miglioramento dell'ansia e della depressione del paziente con benessere psicologico e miglioramento della qualità di vita anche del caregiver.

Specifici riferimenti bibliografici sono a supporto e in particolare:

- Abraha I., Rimland J.M., Trotta F.M., Dell'Aquila G., Cruz-Jentoft A., Petrovic M., Gudmundsson A., Soiza R., O'Mahony D., Guaita A., Cherubini A.: Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series; *BMJ Open* 2017;7:e012759.doi:10.1136;
- Spector A. et al.: Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomized controlled trial, *Br J Psychiatry*. 2013 Sep; 183:248-54;
- H.Ray et al.: Cognitive Stimulation Therapy for Dementia, *Clin Geriatr Med*. 2018 Nov;34(4):653-665;
- Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers, NICE guideline [NG97] Published: 20 June 2018;
- Butler R.N.: Life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*. 1963; 26:65-76;
- Woods B. et al.: Reminiscence therapy for dementia, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 3. Art. No.: CD001120;
- Physical Activity Guidelines for Americans, CDC Atlanta, 2020;
- Schreiber M., Schweizer A., Lutz K., Kalveram KT., Jancke L., Potential of an interactive computer-based training in the rehabilitation of dementia: an initial study. *Neuropsychological rehabilitation* 1999; 9 (2): 155-167;
- Hofmann M., Rosler A., Schwarz W., Spahn F., Krauchi K., Hock C., Seifritz E., Interactive computer training as a therapeutic tool in AD. *Comprehensive Psychiatry*. 2003; 44 (3): 213-219;
- Galante E., Venturini F., Fiaccadori C., Computer-based cognitive intervention for dementia: preliminary results of a randomized clinical trial. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia* 2007; 29 (3): 26-32;
- Talassi E., Grigolo M., Feriani M., Fedi V., Bianchetti A., Trabucchi M. Efficacia di un programma di riabilitazione cognitiva nella demenza di grado lieve e nel MCI: risultati di uno studio caso-controllo. *Psicogeriatrics* 2007; 2:10-14.
- Cipriani G., Bianchetti A., Trabucchi M., Outcomes of a computer-based cognitive rehabilitation

programme on AD patients compared with those on patients affected by MCI. Archives of Gerontology and Geriatrics 2006; 47: 327-335.

- Cammisuli D. et al, Ruolo del programma di attivazione cognitiva per pazienti affetti da demenza lieve e MCI: riduzione del carico assistenziale a favore del caregiver. G Gerontol 2011; 59:38-45

- Aguglia E et al, La riabilitazione cognitiva in un gruppo di pazienti con AD. Dipartimento di Scienze cliniche, morfologiche e tecnologiche, 2011; 1-3

Target

Utenti in carico ai CDCD aziendali con DNC minore (MCI) e DNC maggiore di grado lieve-moderato e nuovi utenti segnalati dai servizi distrettuali e ospedalieri. Caregiver/Familiari dei pazienti in carico ai CDCD.

Setting

CDCD regionali ospedalieri e territoriali; RSA, Centri diurni, DH Alzheimer, Domicilio.

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Attività previste: implementazione del numero degli utenti con disturbo neuro cognitivo maggiore di grado lieve-moderato, presi in carico dai servizi che sono coinvolti nelle attività psicosociali e psicoeducazionali e dei loro care-giver.

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Attività previste: sviluppo ed implementazione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali a domicilio e in altri setting di cura (RSA, Centri Diurni, DH, ecc).

ATTIVITA' PREVISTE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI

COORDINAMENTO E OMOGENEIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

L'attività di coordinamento, supervisione e controllo della corretta effettuazione del progetto regionale verrà eseguita dal Referente scientifico del progetto o suo delegato, attraverso:

- la verifica trimestrale degli specifici indicatori di Qualità delle prestazioni erogate dai CDCD coinvolti nella progettazione;

- il periodico confronto con i referenti delle unità operative.

Verrà inoltre valutata l'efficacia e la sostenibilità (anche economica) degli interventi erogati, il gradimento da parte del pz e dei familiari delle attività erogate, il gradimento da parte degli operatori coinvolti nelle attività erogate.

L'Attività di standardizzazione degli interventi sulla scelta delle diverse tipologie di azione delle unità operative (CDCD) verrà definita attraverso la definizione di un "protocollo comune per l'erogazione dei trattamenti" condiviso per attività dai diversi CDCD.

All'interno del protocollo vengono definiti i criteri di inclusione dei pazienti beneficiari dei trattamenti previsti; durata, frequenza e modalità di ciascun trattamento; l'eventuale associazione con trattamento farmacologico o la sospensione dello stesso; tempi di valutazione / follow-up; gli indicatori di qualità delle prestazioni erogate.

L'attività di standardizzazione si integra con:

- **MONITORAGGIO E VALUTAZIONE:**

a cadenza trimestrale, verrà eseguito il monitoraggio e la valutazione delle attività attraverso la verifica intermedia degli indicatori di qualità proposti e delle prestazioni erogate, con confronto con i referenti delle unità operative, da parte del Referente Scientifico.

- FORMAZIONE:

il percorso formativo, rivolto a tutti i CDCD, è finalizzato all'illustrazione delle attività e alla programmazione degli interventi e viene coordinato dal referente scientifico del progetto e realizzato per ambito territoriale e per azienda.

- REPORTISTICA E RENDICONTAZIONE:

trimestralmente è previsto un report sulle attività svolte con particolare attenzione alla presenza di eventuali criticità con ri-pianificazione delle attività; raggiungimento/fallimento di obiettivi intermedi; gradimento delle attività proposte e ricaduta qualitativa cognitiva, funzionale e sociale/ambientale delle attività su pz e caregiver; rendicontazione delle spese e il rispetto del crono programma

TRATTAMENTI PROPOSTI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI, sulla base della manifestazione d'interesse espressa, da scegliersi ed identificarsi nel protocollo comune per la realizzazione dei trattamenti da parte delle diverse unità operative coinvolte:

1) TRATTAMENTI BASATI SULLA STIMOLAZIONE COGNITIVA E SULLA REMINESCENZA

La Terapia di Stimolazione Cognitiva è uno dei trattamenti non farmacologici maggiormente utilizzati e raccomandato dalle più autorevoli linee guida sulla Demenza, tra cui NICE del 2018. Il protocollo di trattamento, validato e standardizzato, ha dimostrato di produrre gli stessi benefici cognitivi raggiunti con il trattamento farmacologico (Spector et al., 2013). Consiste in una serie di attività individuali o di gruppo, finalizzate a migliorare le funzioni cognitive e sociali nei pazienti affetti da Demenza di gravità da lieve a moderata. Il protocollo di intervento, dettagliatamente strutturato, può essere attuato da figure professionali (psicologi, educatori, infermieri) e/o da volontari adeguatamente formati.

Il programma prevede un intervento di base (14 sessioni bisettimanali della durata di un'ora ciascuna) e un intervento di mantenimento (24 sessioni monosettimanali); può essere messo in pratica in residenze per anziani, centri diurni e, adeguatamente individualizzato, a domicilio.

E' prevista la partecipazione in gruppi di 5/8 persone e ogni sessione è strutturata in tre parti: inizio, attività principale e conclusione per una durata complessiva di 45/60 minuti.

A domicilio è previsto un protocollo di Stimolazione Cognitiva Domiciliare: Il poter partecipare ad attività di stimolazione cognitiva ha un ruolo fondamentale per il mantenimento cognitivo e per la qualità di vita delle persone con demenza e dei loro familiari; che può essere condotto anche dal caregiver informale (individual Cognitive Stimulation Therapy - iCST). Si tratta di un trattamento di stimolazione cognitiva individualizzato ad uso del familiare e del caregiver di persone con demenza, che prevede sessioni e temi strutturati.

La terapia della reminiscenza (discussione di esperienze trascorse del passato, di gruppo o sessioni individuali) utilizza un approccio narrativo dove i ricordi rappresentano uno stimolo per rinforzare le risorse mnestiche residue e per rielaborare esperienze emotivamente piacevoli, utilizzando la memoria affettivo-emozionale come strumento di interpretazione della realtà quotidiana degna di essere vissuta.

NICE 2018 inserisce la terapia della reminiscenza di gruppo tra gli "interventi da considerare" per i pazienti affetti da demenza di gravità da lieve a moderata.

Sono previsti incontri a cadenza settimanale con utilizzo di strumenti (fotografie, video, oggetti) per favorire la connessione dei ricordi.

Target

Pazienti con disturbo neuro cognitivo maggiore a diversa etiologia, di grado lieve–moderato, senza disturbi del comportamento, tali da interferire con lo svolgimento delle attività, e senza deficit sensoriali tali da impedirne la partecipazione.

Le attività (Protocollo CST fase iniziale e fase di mantenimento e Reminiscenza) vengono praticate preferibilmente in gruppo da 5-8 persone, omogenee per deficit cognitivo, o in sessioni individuali.

Risultato atteso:

Recupero/stabilizzazione del deficit cognitivo, sviluppo di strategie compensatorie per il mantenimento della autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana.

Indicatore :

Rilevazione stabilità del quadro cognitivo in pz. con deterioramento cognitivo lieve-moderato	Compilazione scala MMSE	N° pz con miglioramento > = 0 punti -----% N° tot pz presi in carico	Frequenza monitoraggio Mensile Report semestrale	Standard di risultato >= 60% di stabilità o miglioramento
---	-------------------------	---	---	--

2) TERAPIA OCCUPAZIONALE

La terapia occupazionale (TO) rappresenta una serie di interventi finalizzati a migliorare l'autonomia e la funzionalità nel quotidiano, attraverso l'utilizzo di strategie compensatorie che permettano di mantenere il paziente nel suo ambiente di vita migliorando la sua competenza sociale.

Alcuni esempi di intervento, ponendo l'enfasi sul miglioramento o il mantenimento delle funzioni quotidiane, sono gli adattamenti nelle attività quotidiane per renderle più semplici, con educazione alle migliori strategie comunicative, agevolando anche la modificazione della routine esistente; la valutazione della sicurezza domestica e eventualmente consigli di ausili tecnologici o no appropriati al raggiungimento di una maggiore qualità di vita; la realizzazione di spazi simili agli ambienti domestici, che può permettere ai pazienti, seguendo le indicazioni degli operatori, di accrescere le autonomie strumentali e potenziare le abilità quotidiane residue.

Tale riabilitazione non ha come obiettivo primario il miglioramento della funzione cognitiva, bensì di affrontare le disabilità conseguenti all'impatto che il deficit cognitivo causa nella vita e nelle attività quotidiane.

Target:

Pazienti con disturbo neuro cognitivo maggiore a diversa etiologia, di grado lieve–moderato, senza disturbi del comportamento, tali da interferire con lo svolgimento delle attività, e senza deficit sensoriali tali da impedirne la partecipazione

Risultato atteso:

Sviluppo di strategie compensatorie per il mantenimento della autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana.

Indicatore:

Rilevazione miglioramento del quadro funzionale	Compilazione scala di BARTHEL	N° pz con miglioramento > = 10 punti alla scala BARTHEL -----% N° tot pz	Frequenza monitoraggio Mensile Report semestrale	Standard di risultato >= 60% di stabilità o miglioramento
---	-------------------------------	---	---	--

3) GRUPPI DI SUPPORTO PSICOLOGICO PER MIGLIORARE LE CAPACITA' ADATTATIVE ALL'AMBIENTE E ALLA MALATTIA.

Tale pratica, attraverso sedute di elaborazione della propria consapevolezza di malattia, del proprio vissuto, del disagio e della sofferenza che si vive, aiuta ad accettare la propria realtà attuale, con conseguente netto miglioramento del tono dell'umore, aumento dell'autostima e delle competenze sociali e con un incremento di alcune funzioni neuropsicologiche, quali memoria ed attenzione;

Target :

- a) pazienti con disturbo neuro cognitivo minore (MCI) a diversa etiologia;
- b) pazienti con disturbo neuro cognitivo maggiore a diversa etiologia, di grado lieve –moderato,

senza disturbi del comportamento, tali da interferire con lo svolgimento delle attività, e senza deficit sensoriali tali da impedirne la partecipazione

Indicatore

Rilevazione miglioramento qualità di vita	Compilazione QoL-AD	N° pz che hanno migliorato il punteggio al QoL-AD di almeno 1 punto -----% N° totale pz	Frequenza monitoraggio Mensile Report semestrale	Standard di risultato >= 70%
---	---------------------	---	---	------------------------------

4) ATTIVITA' MOTORIA.

Esecuzione di esercizi di attività aerobica con funzione di mantenimento della coordinazione motoria e della prassia, di controllo del proprio corpo nello spazio, di mantenimento dell'equilibrio, di contenimento dell'ansia e della depressione, di contrasto alla sindrome da immobilizzazione e alla sedentarietà, di mantenimento delle ADL e dell'autonomia funzionale con effetto secondario sulle funzioni cognitive, esecutive e sul benessere psicologico.

Target: pazienti con disturbo neuro cognitivo maggiore a diversa etiologia, di grado lieve e moderato, senza disturbi del comportamento, tali da interferire con lo svolgimento delle attività, e senza deficit sensoriali tali da impedirne la partecipazione.

Le attività motorie vengono praticate in gruppo da 5-8 persone, omogenee per deficit cognitivo e funzionalità motoria, modulate in funzione delle comorbidità del paziente, oppure in sessioni individuali quando possibile, nei pz con deterioramento cognitivo più avanzato

Risultato atteso: Mantenimento/miglioramento funzionalità motoria e nelle ADL; miglioramento del tono dell'umore.

Indicatore:

Rilevazione stabilità funzionale	Compilazione scala Barthel	N° pz con miglioramento > = 10 punti alla scala BARTHEL -----% N° tot pz	Frequenza monitoraggio Mensile Report semestrale	Standard di risultato >= 80%
----------------------------------	----------------------------	--	---	------------------------------

5) TRATTAMENTI PSICO-EDUCAZIONALI E PSICO-SOCIALI RIVOLTI AL CAREGIVER .

Interventi di supporto psico-educazionale, di formazione e interventi per il miglioramento delle proprie abilità sono raccomandate dalle principali LG nei confronti dei familiari delle persone con Demenza per ridurre il "burden" emotivo ed assistenziale.

L'intervento psicoeducazionale e di training comprende la Formazione sulla malattia e sulla sua progressione; lo sviluppo di Strategie Personalizzate e di competenze sulla gestione del malato; la Formazione sull'adattamento dello stile comunicativo per migliorare l'interazione col paziente; Consigli su come curare la propria salute fisica e mentale (elaborazione dei propri vissuti di ansia, depressione, sensi i colpa, solitudine) e il loro benessere emotivo e spirituale; Consigli sulla pianificazione di attività piacevoli e rilevanti da fare col proprio malato; Informazioni sui Servizi sanitari e assistenziali e come accedervi.

Interventi psicoeducazionali e psicosociali rivolti al caregiver sono utili a consentirgli di mantenere il proprio ruolo, a prevenire o migliorare il "caregiver burden" e a ritardare/evitare l'istituzionalizzazione del paziente con demenza

Target: familiari/caregiver di pazienti affetti da DNC in carico al CDCD

Risultato atteso: riduzione stress del caregiver/familiare

Interventi Proposti:

- Aiuto a domicilio ed interventi di formazione per i caregivers
- Counselling e interventi di sostegno psicologico di gruppo/individuali
- Meeting centers;
- Terapia occupazionale domiciliare

Indicatore 1:

Valutazione riduzione stress del familiare	Compilazione scala Zarit Burden Interview	N° di familiari con punteggio ≥ 25 -----% N° totale familiari	Frequenza monitoraggio Mensile Report semestrale	Standard di risultato $\geq 80\%$
--	---	---	---	-----------------------------------

Indicatore 2:

Mantenimento al domicilio del paziente senza ricorso all'istituzionalizzazione	Mantenimento al domicilio di provenienza del paziente	N° di pazienti al domicilio ----- % N° totale pz presi in carico dal domicilio	Frequenza monitoraggio Mensile Report semestrale	Standard di risultato $>60\%$
--	---	---	---	-------------------------------

REFERENTI UNITA' OPERATIVE

AREA OMOGENEA "TORINO"	ASL CITTA' DI TORINO	BEATRICE IRICO
	ASL TO4	DANIELA ROGLIA GISELLA MANASSERO
	ASL TO5	DIEGO PERSICO
	AOU CITTA' DELLA SALUTE	INNOCENZO RAINERO MASSIMO MASSAIA

AREA OMOGENEA "TORINO OVEST"	ASL TO3	EVELIN RAMONDA
	AOU S.LUIGI GONZAGA	MARIANGELA SANTORO
	AO ORDINE MAURIZIANO	ARIANNA VITALE

AREA OMOGENEA "PIEMONTE SUD OVEST"	ASL CN1	MARA ROSSO FRANCESCA DALMASSO
	ASL CN2	RAFFAELLA RICCARDO
	AO S.CROCE E CARLE CN	RINALDA BERTANIA

AREA OMOGENEA "PIEMONTE NORD EST"	ASL NO	LAURA GODI MARIA GRAZIE BRESICH
-----------------------------------	---------------	------------------------------------

	ASL VC	LAURA SPUNTON SILVIA SUMMA
	ASL VCO	ANTONIO FILIBERTI
	ASL BI	FABRIZIO CRESTANI
	AOU NOVARA	MARCO COMBA

AREA OMOGENEA "PIEMONTE SUD EST"	ASL AL	ALESSANDRA FERRARIS ROSARIA FERRARA
	ASL AT	ELENA TAMIETTI GIANFRANCO MASOERO
	AO AL	ALDO BELLORA CRISTINA CABIATI ELISA BELLOMO

PRESIDIO OSPEDALIERO BEATA VERGINE DELLA CONSOLATA	PRESIDIO EX ART. 43 L. 833/1978	PIERO SECRETO
---	--	---------------

COMPITI DELLE UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

Sulla base di manifestazione d'interesse regionale attivata con nota prot. 5909 del 15/02/2022, le unità operative sono in totale 19 e alle stesse fanno capo i servizi di CDCD esistenti in regione.

Il progetto unico regionale viene attuato in opera da ciascuna unità operativa in autonomia e in sinergia all'interno della rispettiva area omogenea.

La regione, attraverso il referente scientifico del presidio ex art. 43 L. 833/78, effettua specifico percorso formativo ed illustrativo per l'area progettuale scelta.

Sono possibili attività condivise anche fra unità operative presenti in aree omogenee diverse.

Ciascuna unità operativa riceverà una quota del budget regionale ottenuto dai trasferimenti di cui al D.M. 23/12/2021, spendibili per la realizzazione delle attività descritte dall'obiettivo generale e dagli obiettivi specifici.

Le spese ammissibili sono state definite dalle istruzioni ministeriali collegate al D.M. 23/12/2022 e prevedono costi per:

1) Personale

Sotto questa voce è possibile destinare risorse solo ed esclusivamente per il reclutamento di personale esterno all'Unità operativa (Azienda) e pertanto sono ammissibili a rimborso solamente le spese di personale derivanti dalla stipula di contratti di lavoro flessibile (es. prestazioni professionali di lavoro autonomo da parte di esperti).

A tal riguardo si specifica che il costo per contratti a tempo determinato, potrà essere riconosciuto ai sensi della legge finanziaria 2006 Art. 1 comma 188 per : "l'Istituto superiore di sanità (ISS), l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGE.NA.S), l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), l'Agenzia spaziale italiana (ASI), l'Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile (ENEA), l'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID), nonché per le università e le scuole superiori ad ordinamento speciale e per gli istituti zooprofilattici sperimentali", e ai sensi dell'art. 15 octies del Dlgs n.502 del 1992 "alle aziende unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere".

Sarà infine possibile il ricorso ad assegni di ricerca, borse di studio, dottorati ad eventuali altre forme di reclutamento e/o finanziamento, purché non prevedano la formazione dei soggetti beneficiari delle stesse. A tal fine gli Enti assicurano, nei relativi avvisi, l'inserimento di adeguati requisiti di professionalità.

Resta inteso che la correttezza delle procedure di reclutamento del personale dovrà essere sempre verificata dall'ente esecutore nel rispetto della normativa vigente.

Si precisa, inoltre, che le spese complessive della voce di personale non potranno essere superiori al 60% del budget assegnato a ciascuna unità operativa.

In fase di rendicontazione sarà necessario specificare per ciascuna figura professionale reclutata per il progetto, la qualifica, il periodo di riferimento del contratto e relativi costi sostenuti e/o impegnati.

2) Beni

Sotto questa voce è possibile ricomprendere l'acquisizione di materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del progetto.

A titolo puramente esemplificativo possono rientrare in questa voce le spese di:

- acquisto di materiale di consumo;
- acquisto di cancelleria (ad eccezione di quella necessaria per la gestione amministrativa del piano da inserire tra le spese generali);
- acquisto di attrezzature;
- software, hardware e/o altra piccola attrezzatura di IT.

Non può assolutamente essere ricompreso sotto questa voce l'acquisto di arredi o di altro materiale di rappresentanza.

3) Servizi

Sotto questa voce è possibile ricomprendere l'acquisizione di servizi funzionali alla realizzazione del progetto quali ad esempio:

- traduzioni ed interpretariato;
- stampa, legatoria e riproduzione grafica;
- realizzazione e/o gestione di siti web;
- organizzazione incontri/convegni/eventi formativi;
- noleggio di attrezzature (esclusivamente per la durata del progetto)
- servizi di laboratorio.

Si rammenta, inoltre che la voce "Servizi" è **principalmente finalizzata a coprire le spese per l'affidamento di uno specifico servizio ad un soggetto esterno.**

Infine sempre relativamente alla voce "Servizi" si precisa che la loro acquisizione deve conferire al piano un apporto integrativo e/o specialistico a cui l'ente esecutore non può far fronte con risorse proprie.

4) Missioni

Questa voce si riferisce alle spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) che unicamente il personale, esterno all'unità operativa e dedicato al progetto, deve affrontare in corso d'opera.

Può altresì essere riferito alle spese di trasferta di personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto – per un tempo limitato – nel piano.

Rientrano in tale voce anche le eventuali spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) per la partecipazione del solo personale coinvolto nel piano a incontri/convegni/eventi formativi purché risultino coerenti con le attività del piano e si evidenzino l'effettiva necessità di partecipazione ai fini del raggiungimento degli obiettivi proposti.

Rimane inteso il ristoro dei costi relativi ai pasti sarà possibile solo nel caso in cui il personale coinvolto non benefici già di un trattamento di missione da parte dell'Amministrazione di appartenenza.

5) Spese generali

Per quanto concerne questa voce, si precisa che la stessa non può incidere in misura superiore al 7% del budget complessivo assegnato all'unità operativa.

Nel suo ambito sono riconducibili i cosiddetti costi indiretti (posta, telefono, servizio di corriere, collegamenti telematici, spese per adempimenti tributari ecc..), nonché i costi per la gestione amministrativa del piano, in misura proporzionale alle attività previste e al personale esterno

utilizzato. Si specifica che in sede di verifica della rendicontazione, la quota dei costi indiretti sarà riproporzionata in relazione alle spese ritenute ammissibili.

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

OBIETTIVO GENERALE AREA PROGETTUALE:

strutturazione, standardizzazione e programmazione, sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, di programmi di riattivazione e riabilitazione cognitiva e funzionale non farmacologica, nonché di inclusione sociale degli utenti presi in carico, con la tendenza ad omogeneizzare le attività per area omogenea allargandole a tutto il territorio regionale.

L'obiettivo generale e la relativa area progettuale sono illustrati attraverso un percorso formativo rivolto a tutti i CDCD, che viene coordinato dal referente scientifico del progetto e realizzato per ambito territoriale e per azienda.

Risultato atteso: aumento dell'applicazione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali su scala regionale nei confronti dei pazienti con demenza e dei loro familiari.

Indicatore di risultato: numeratore/denominatore = numero pazienti con trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali / numero dei pazienti presi in carico dai CDCD.

Fonte di verifica: raccolta dati regionale sulla base di relazioni periodiche dell'attività CDCD

Standard di risultato: 10% utenti, per ambito, in carico al CDCD con trend in crescita nel triennio

Sono sub-indicatori monitorati contestualmente alla realizzazione dell'obiettivo generale:

1) valutazione efficienza trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali = n.ro di pazienti mantenuti al domicilio/ n.ro pazienti totali;

Valutazione efficienza terapia (mantenimento al domicilio del paziente senza ricorso all'istituzionalizzazione)	Mantenimento al domicilio di provenienza del paziente	N° di pazienti al domicilio -----% N° totale pz presi in carico dal domicilio	Frequenza monitoraggio Mensile Report semestrale	Standard di risultato >60 %
---	---	---	---	--------------------------------

2) rilevazione della capacità di coinvolgimento dei pazienti nelle attività = n.ro di pazienti che partecipano alle attività per almeno il 60% delle sedute/n.ro totale pazienti coinvolti;

Rilevazione della capacità di coinvolgimento dei pazienti nelle attività riabilitative	Reclutamento dei pazienti alle attività riabilitative di gruppo e successiva registrazione in scheda infermieristico-assistenziale	N° pz. che partecipano alle attività riabilitative per almeno il 60% delle sedute -----% N° tot. pz.	Rilevamento Mensile Report semestrale	Standard di risultato > = 70% dei pazienti trattati
--	--	--	--	--

3) rilevazione gradimento attività del familiare = n.ro risposte positive a somministrazione questionario/ n.ro totale pazienti trattati.

Rilevazione gradimento attività del familiare	Somministrazione questionario autocostruito	N° risposte positive ----- N° tot pz	Monitoraggio Mensile Report semestrale	Standard di risultato >=80%
---	---	--	---	--------------------------------

4) rilevazione del gradimento da parte degli operatori coinvolti nelle attività erogate

Rilevazione gradimento attività del operatore	Somministrazione questionario autocostruito	N° risposte positive ----- N° tot operatori	Monitoraggio Mensile Report semestrale	Standard di risultato >=80%
---	---	---	---	-----------------------------

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

implementazione del numero degli utenti con disturbo neuro cognitivo maggiore di grado lieve-moderato, presi in carico dai servizi che sono coinvolti nelle attività psicosociali e psicoeducazionali e dei loro care-giver.

Risultato atteso: aumento utenti presi in carico dei CDCD che fanno trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali.

Indicatore di risultato: numeratore/denominatore = rapporto fra numero utenti iniziali che facevano trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali rispetto al numero degli utenti finali del progetto ($nT1-nT0/\Delta t$)

Fonte di verifica: raccolta dati regionale sulla base di relazione dell'attività CDCD

Standard di risultato: aumento del 10% per ambito di utenti che sono seguiti con terapie non farmacologiche

OBIETTIVO SPECIFICO 2: sviluppo ed implementazione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali a domicilio e in altri setting di cura.

Risultato/i atteso/i: raggiungere utenti in altri setting quali RSA, Centri Diurni e Domicilio con attivazione di interventi per il sostegno alla persona con demenza e il suo caregiver/familiare (formazione a chi lavora in altri setting/ indirizzamento da parte dei CDCD di utenti in luoghi idonei allo svolgimento di terapie non farmacologiche).

Indicatore di risultato: numeratore/denominatore: numero pazienti con demenza in carico ai CDCD che hanno ricevuto interventi a domicilio e/o in altri setting di cura / numero pazienti in carico ai CDCD di riferimento

Fonte di verifica: raccolta dati regionale sulla base di relazione dell'attività CDCD

Standard di risultato: coinvolgimento di almeno il 10% di utenti che hanno ricevuto interventi a domicilio e/o in altri setting.

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Nota: il piano finanziario generale del progetto aggregato su scala regionale propone **un'articolazione dei costi ipotizzata in funzione delle attività programmate.**

Sono comunque possibili riassetamenti in corso di realizzazione del progetto in funzione dell'attuazione delle attività effettuate dalle 19 unità operative.

Risorse	Totale in €
Personale	551.000,00
Beni	77.000,00
Servizi	300.000,00
Missioni	1.786,56
Spese generali	20.000,00
Totale	949.786,56

** Le spese complessive della voce "personale" non potranno essere superiori al 60% del costo totale del piano.*

*** Le spese complessive della voce "spese generali" non potranno essere superiori al 7% del costo totale del piano.*

BUDGET FINANZIARIO ASSEGNATO A CIASCUNA UNITA' OPERATIVA E QUADRO ECONOMICO PRELIMINARE

Il quadro economico preliminare di ciascuna unità operativa, nel rispetto del budget totale, potrà essere modificato in sede esecutiva del progetto in funzione delle attività che saranno realizzate, tra quelle sopra illustrate.

	UNITA' OPERATIVA	BUDGET	QUADRO ECONOMICO PRELIMINARE
AREA OMOGENEA "TORINO"	AZIENDA SANITARIA LOCALE CITTA' DI TORINO	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00
	ASL TO4	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00
	ASL TO5	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00
	AOU CITTA' DELLA SALUTE	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00

AREA OMOGENEA "TORINO OVEST"	ASL TO3	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00
	AOU S.LUIGI GONZAGA	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00
	AO ORDINE MAURIZIANO	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00

AREA OMOGENEA "PIEMONTE SUD OVEST"	ASL CN1	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00
	ASL CN2	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00
	AO S.CROCE E CARLE CN	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00

AREA OMOGENEA "PIEMONTE NORD EST"	ASL NO	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00
	ASL VC	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00
	ASL VCO	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00
	ASL BI	49.000,00	Personale (neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00
	AOU MAGGIORE DI NOVARA	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00

AREA OMOGENEA "PIEMONTE SUD EST"	ASL AL	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00
	ASL AT	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00

	AO SS. ANTONIO E BIAGIO c. ARRIGO AL	49.000,00	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 19.000,00 spese generali: 1.000,00
--	---	------------------	--

PRESIDIO OSPEDALIERO BEATA VERGINE DELLA CONSOLATA Attraverso ASL TO4 di competenza territoriale	PRESIDIO EX ART. 43 L. 833/1978	67.786,56	Personale (figure professionali tra cui scegliere neuro-psicologo/terapista occupazionale/ fisioterapista/educatore): 29.000,00 Beni e Servizi: 35.000,00 spese generali e missioni: 3.786,56
---	--	------------------	---