Deliberazione della Giunta Regionale 22 aprile 2025, n. 25-1031
Riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze per le annualità 2024-2026 - Approvazione piano triennale per l'utilizzo del Fondo per l'Alzheimer e le demenze anni 2024-2026 di cui al Decreto Ministeriale 05/09/2024 (Spesa Euro 2.221.537,35 a valere sul capitolo di spesa vincolato n 154030 - Missione 13 Programma 7 - del bilancio di previsione finanziario 2024-2026).

Seduta N° **66** Adunanza 22 APRILE 2025

Il giorno 22 del mese di aprile duemilaventicinque alle ore 10:10 si è svolta la seduta della Giunta regionale in via ordinaria, in modalità mista, ai sensi della D.G.R. n. 1-8208 del 26 febbraio 2024 con l'intervento di Elena Chiorino Presidente e degli Assessori Paolo Bongioanni, Enrico Bussalino, Marina Chiarelli, Marco Gabusi, Marco Gallo, Maurizio Raffaello Marrone, Federico Riboldi, Gian Luca Vignale con l'assistenza di Guido Odicino nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.
Assenti, per giustificati motivi: il Presidente Alberto CIRIO, gli Assessori
Matteo MARNATI - Andrea TRONZANO

DGR 25-1031/2025/XII

OGGETTO:
Riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze per le annualità 2024-2026 – Approvazione piano triennale per l'utilizzo del Fondo per l'Alzheimer e le demenze anni 2024-2026 di cui al Decreto Ministeriale 05/09/2024 (Spesa Euro 2.221.537,35 a valere sul capitolo di spesa vincolato n 154030 - Missione 13 Programma 7 - del bilancio di previsione finanziario 2024-2026)

A relazione di: Riboldi

Premesso che:

- le demenze comprendono un insieme di patologie il cui impatto, in termini socio-sanitari, risulta sempre più evidente, sia per il numero crescente di famiglie coinvolte, sia per la necessità urgente di implementazione di una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali;
- le demenze costituiscono una delle maggiori cause di disabilità, a causa della compromissione delle funzioni cognitive e della conseguente sintomatologia progressiva la cui gestione, dal punto di vista clinico e assistenziale, è diventata sempre più complessa;
- il monitoraggio delle attività realizzate con il finanziamento del primo Fondo per l'Alzheimer e le demenze (2021-2023) ha messo in luce un'organizzazione differenziata dei servizi di diagnosi e cura presenti sul territorio regionale, mostrando in alcuni casi un'ancor debole integrazione fra ambulatori, servizi territoriali e assistenza domiciliare;
- essendo una patologia cronico degenerativa, caratterizzata dalla comparsa di deficit cognitivi, disturbi del comportamento e perdita dell'autonomia, è fondamentale pervenire precocemente a una diagnosi che permetta interventi farmacologici e psicosociali finalizzati al contenimento della progressione della malattia;
- a fronte di una stima di 80.000 over 65 classificati nei vari ambiti della demenza, risalente a inizio

attività del piano triennale 21-23, la raccolta dei dati mostra una realtà in cui i Centri per il Declino Cognitivo e le Demenze (CDCD) presenti nelle ASL piemontesi hanno in carico circa 20.000 pazienti;
- il potenziamento della rete dei servizi dedicati alle demenze risulta di particolare interesse per la Regione Piemonte, impegnata a migliorare l'efficienza e l'appropriatezza della risposta sanitaria e socio sanitaria;
- il Piano Nazionale Demenze "Strategie per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore demenze" resta il riferimento intorno a cui le Regioni devono proseguire la riflessione strategico-politica e il potenziamento delle azioni riguardanti i disturbi cognitivi;
- nel corso del primo triennio di attività (2021-2023), la Regione Piemonte ha scelto come linea progettuale quella dedicata alla sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nelle demenze, che ha visto coinvolte ben 19 unità operative (le 18 Aziende Sanitarie e il Presidio ospedaliero Beata Vergine della Consolata di San Maurizio Canavese).

La L.178/2020 "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023*" rappresenta l'atto istitutivo del Fondo, contenendo al suo interno, all'art. 1, comma 330, la disposizione per cui «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, è istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, un fondo, denominato Fondo per l'Alzheimer e le demenze» e al comma 332 la disposizione per cui «con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze... sono individuati i criteri e le modalità di riparto del Fondo di cui al comma 330, nonché il sistema di monitoraggio dell'impiego delle somme";

l'articolo 1, comma 247, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, recante "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026*", prevede che, all'articolo 1, comma 330, della legge n. 178 del 2020, è aggiunto il seguente periodo: «la dotazione del Fondo è incrementato di 4.900.000,00 per l'anno 2024 e di 15.000.000,00 per ciascuno degli anni 2025 e 2026»;

la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 1, comma 332, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, ha sancito l'Intesa (Rep. atti n. 143/CSR del 25 luglio 2024) sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante i criteri e le modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze per il triennio 2024-2026, nonché il sistema di monitoraggio dell'impiego delle somme.

Richiamate:

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, servizio in capo alle Aziende Sanitarie, articolato a livello ambulatoriale, che 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, annovera nella rete dei CDCD regionali anche il Presidio Ospedaliero Beata Vergine della Consolata di San Maurizio Canavese, già individuato come Unità di Valutazione Alzheimer con DGR n. 54-941 del 25 settembre 2000;

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 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. 22 luglio 2022, n. 19-5417 con cui, secondo i criteri e le modalità stabiliti dal Decreto Ministeriale 23/12/2021, è stato approvato il primo piano triennale per l'utilizzo del Fondo per l'Alzheimer e le demenze (2021-2023), identificando la sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali come area di intervento.

Preso atto che;

- con decreto ministeriale del 5 settembre 2024 (pubblicato in G.U. n. 235 del 07/10/2024) sono stati individuati i criteri di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026, ai sensi della Legge 30 dicembre 2023 n.213;
- il Tavolo permanente sulle demenze, di cui al Piano nazionale demenze, assicura il monitoraggio dell'impiego delle somme tramite l'acquisizione periodica di report da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;
- le risorse ripartite a favore della Regione Piemonte ammontano per l'annualità 2024 a 305.960.23 euro e per le annualità 2025 e 2026 a 957.788,56 euro, per un totale di 2.221.537,35 euro, iscritte a bilancio con DGR 9-302 del 25 ottobre 2024 sul capitolo di entrata n. 20630 e sul capitolo di spesa vincolato n 154030 (Missione 13 Programma 7) del bilancio di previsione finanziario 2024-2026.

Dato atto che il piano triennale è stato elaborato dalla Direzione regionale Sanità, in conformità alle linee guida alla redazione dei progetti del Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (e validato dal Tavolo nazionale permanente sulle demenze in data 31/01/2025);
le azioni finanziate dal Fondo 2024-2026, sulla base delle manifestazioni d'interesse raccolte nel corso del 2022, verranno realizzate dalle Aziende Sanitarie Regionali e dal Presidio Ospedaliero Beata vergine della Consolata di San Maurizio Canavese (TO) attraverso i rispettivi CDCD;
- tra le linee d'azione indicate dal decreto, è stata confermata l'area relativa al "*consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti sensazionalistico, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (CDCD, Centri Diurni, RAS, cure domiciliari etc.) e comunque nei contesti di vita delle persone*", e su questa la Regione Piemonte propone il il Piano triennale per l'ottenimento delle risorse;
- la prima annualità (2024) del finanziamento sarà trasferita nel modo seguente:
  - 50% a seguito della presentazione del piano triennale
  - il restante 50% a seguito dell'approvazione da parte del Tavolo permanente sulle demenze del nuovo piano triennale e dell'attestazione da parte della regione della spesa del 100% del precedente finanziamento, di cui al decreto del 31 ottobre 2023
- la seconda annualità del finanziamento (2025) sarà erogata a seguito della valutazione positiva da parte del Tavolo permanente sulle demenze della relazione intermedia sulle attività svolte e della rendicontazione di spesa attestante l'impegno/spesa di almeno il 40% del finanziamento totale dell'annualità 2024, da presentare al Ministero della Salute entro il 28 febbraio 2025;
- la terza annualità del finanziamento (anno 2026) sarà erogata a seguito della valutazione positiva da parte del Tavolo permanente sulle demenze della relazione intermedia sulle attività svolte e della rendicontazione attestante l'impegno/spesa del'80% delle quote erogate relative alle annualità del 2024 e del 2025, da presentare entro il 2 marzo 2026;
- la Regione potrà utilizzare le risorse del finanziamento fino al 30 luglio 2027;
- le risorse saranno ripartire alle 19 unità operative secondo lo schema presente nell'Allegato B, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

Ritenuto pertanto opportuno di:
- approvare il Piano triennale di attività ai sensi del D.M. 05/09/2024 di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, che è stato elaborato dalla Direzione regionale Sanità in conformità alle linee guida alla redazione dei progetti del Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (e validato dal Tavolo nazionale permanente sulle demenze in data 31/01/2025);
- confermare come area progettuale quella rivolta al "*consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (CDCD, Centri Diurni, RSA, cure domiciliari etc.) e comunque nei contesti di vita delle persone*";
- confermare per il triennio 2024-2026 le 19 unità operative coinvolte nella realizzazione delle azioni previste dal Piano 2021-2023, come identificate nell'Allegato A, che comprendono le 18 Aziende Sanitarie Regionali e il Presidio Ospedaliero Beata vergine della Consolata di San Maurizio Canavese (TO);
- definire i compiti delle unità operative coinvolte e le spese ammissibili al finanziamento, come da indicazioni ministeriali, nonché le singole quote di budget assegnate ad ogni unità;
- disporre che ogni unità operativa, attraverso i propri referenti amministrativi e scientifici, 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.

Tutto ciò premesso;

visto il decreto legislativo 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 1 agosto 2024, n. 20, "Assestamento al bilancio di previsione finanziario 2024-2026";

vista la D.G.R. n. 11-739 del 31 gennaio 2025 "Approvazione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) della Giunta regionale del Piemonte per gli anni 2025- 2027";

vista la Legge regionale n. 2 del 27 febbraio 2025 - "Bilancio di previsione finanziario 2025-2027";
vista la D.G.R. 12-852 del 3 marzo 2025 - Decreto Legislativo n. 118/2011, articoli 11 e 39, comma 10 e 13. Legge regionale n. 2/2025"Bilancio di previsione finanziario 2025-2027". Approvazione del documento tecnico di Accompagnamento e del bilancio Finanziario gestionale 2025-2027;

vista la DD 1008/A1400B/2024 del 27/12/2024 "Decreto 5 settembre 2024, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 235 del 7/10/2024 – Riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze per le annualità 2024-2026 – Accertamenti della somma complessiva di Euro 2.221.537,35 a valere sul capitolo 20630 e relativi impegni di spesa sul capitolo 154030 per le annualità 2024, 2025 e 2026 a favore di Aziende Sanitarie Regionali per l'attuazione degli interventi";

attestato che, ai sensi della DGR n. 8-8111 del 25 gennaio 2024, il presente provvedimento non comporta effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione

Piemonte, in quanto gli oneri derivanti dal presente provvedimento, per l'importo pari ad € 2.221.537,35 sono esclusivamente quelli sopra riportati.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25 gennaio 2024.

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

delibera

1) di approvare, ai sensi del D.M 05/09/2024, il Piano triennale di attività per l'utilizzo del Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026 di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

2) che l'area progettuale è quella rivolta al "*consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (CDCD, Centri Diurni, RSA, cure domiciliari etc.) e comunque nei contesti di vita delle persone*", e di identificare un responsabile del Piano, un referente scientifico e un referente amministrativo, nonché referenti tecnico/amministrativi all'interno di ciascuna unità operativa, i cui nominativi sono riportati nel Piano triennale di attività di cui all'Allegato A;

3) che per il triennio 2024-2026 le 19 unità operative, già coinvolte nella realizzazione delle azioni previste dal Piano 2021-2023, come identificate nell'Allegato A, comprendono le 18 Aziende Sanitarie Regionali e il Presidio Ospedaliero Beata vergine della Consolata di San Maurizio Canavese (TO);

4) di definire i compiti delle unità operative coinvolte e le spese ammissibili al finanziamento, come da indicazioni ministeriali, nonché le singole quote di budget assegnate ad ogni unità, così come indicato nell'Allegato A alla presente deliberazione;

5) di disporre che ogni unità operativa, attraverso i propri referenti amministrativi e scientifici, dovrà relazionare periodicamente e rendicontare le spese sostenute al Settore "Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari" della Direzione Sanità, nei termini necessari per garantire il rispetto delle scadenze ministeriali;

6) di disporre che il Settore regionale "Programmazione dei servizi sociali e socio-sanitari" della Direzione Sanità adotterà tutti gli atti necessari per l'attuazione del Piano;

7) che le risorse sono ripartire alle 19 unità operative coinvolte nella realizzazione dell'attività, secondo lo schema presente nell'Allegato B, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, e saranno erogate con le modalità seguenti:
- la prima annualità del finanziamento (2024) a seguito della presentazione da parte di tutte le 19 unità operative dell'attestazione della spesa del 100% del precedente finanziamento (2021-2023), di cui al decreto del 31 ottobre 2023, previo trasferimento delle risorse alla Regione da parte del Ministero, sulla base dell'approvazione della rendicontazione da parte del Tavolo permanente sulle demenze;
- la seconda annualità del finanziamento (2025) a seguito della presentazione della relazione intermedia sulle attività svolte e della rendicontazione di spesa attestante l'impegno/spesa di almeno il 40% del finanziamento totale dell'annualità 2024, previo trasferimento delle risorse alla Regione da parte del Ministero, sulla base della valutazione positiva del Tavolo permanente sulle demenze;
- la terza annualità del finanziamento (anno 2026) a seguito della presentazione della relazione

intermedia sulle attività svolte e della rendicontazione di spesa attestante l'impegno/spesa dell'80% delle quote erogate relative alle annualità del 2024 e del 2025, da presentare entro il 2 marzo 2026, previo trasferimento delle risorse alla Regione da parte del Ministero sulla base della valutazione positiva da parte del Tavolo permanente sulle demenze;
- la Regione potrà utilizzare le risorse del finanziamento fino al 30 luglio 2027;

8) che gli oneri del presente provvedimento trovano copertura interamente 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 05/09/2024 (pubblicato in G.U. n. 235 del 07/10/2024), ed iscritte con DGR 9-302 del 25 ottobre 2024 sul capitolo di entrata n. 20630 e sul vincolato capitolo di spesa n. 154030 (Missione 13 Programma 7) del bilancio di previsione finanziaria 2024-2026 secondo i seguenti importi:

- Esercizio 2024 Euro 305.960.23;
- Esercizio 2025 Euro 957.788,56;
- Esercizio 2026 Euro 957.788,56.

9) che il presente provvedimento non comporta ulteriori effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte, come in premessa attestato.

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.

Sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire [1], archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. DGR-1031-2025-All_1-Allegato_A_-_Piano_demenze_2024-2026.pdf
   DGR-1031-2025-All_2-Allegato_B_Riparto_Fondo_Demenze_24-26.pdf
2.

Allegato

1 L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

ALLEGATO A

REGIONE PIEMONTE

Format per i piani di attività di regioni e province autonome

(Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026)

DATI GENERALI

Regione/ Provincia Autonoma: **PIEMONTE**

Enti partecipanti: 18 AZIENDE SANITARIE REGIONALI (ASL/ASO/AOU) + PRESIDIO OSPEDALIERO BEATA VERGINE DELLA CONSOLATA (COORDINAMENTO SCIENTIFICO)

Area progettuale:

Consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (Centri per i disturbi cognitivi e demenze, Centri Diurni, RSA, cure domiciliari etc.) e comunque nei contesti di vita delle persone.

Regioni /Province Autonome coinvolte
(da indicare se sono state previste collaborazioni e su quali aree progettuali)

Risorse finanziarie

- 305.960,23 € (2024); 957.788,56 € (2025); 957.788,56 € (2026)
- 2.221.537,35 € (TOTALE TRIENNIO)

Dirigente Responsabile regionale:

nominativo: dott. Franco Ripa
struttura di appartenenza; Direzione Sanità – Settore Programmazione Servizi Sanitari e Sociosanitari
n. tel. 011 4322915 E-mail: franco.ripa@regione.piemonte.it

Referente amministrativo:

nominativo: dott. Daniele Giovani
struttura di appartenenza: Settore Programmazione Servizi Sanitari e Sociosanitari
n. tel: 011 43223819 E-mail: daniele.giovani@regione.piemonte.it

Referente scientifico:

nominativo: Dott. Piero Secreto
struttura di appartenenza: Presidio Ospedaliero "Beata Vergine della Consolata"
n. tel: 333 7655317 E-mail: piero.secreto@gmail.com – psecreto@fatebenefratelli.eu

ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO

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

I trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella Demenza continuano ad avere una dignità propria ed indipendente da qualsiasi tipo di terapia farmacologica ed hanno un impatto positivo sulla qualità di vita delle persone e delle famiglie nei diversi setting di cura considerati (domicilio, residenzialità e semiresidenzialità nonché day hospital) e nei contesti di vita delle persone.

I risultati ottenuti in Regione Piemonte dalla realizzazione delle attività previste dal precedente piano triennale di attività sostenuto dal fondo per l'Alzheimer e le Demenze 2021-2023 concernenti la "Sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza" secondo le cinque di attività individuate (TRATTAMENTI BASATI SULLA STIMOLAZIONE COGNITIVA E SULLA REMINESCENZA, TERAPIA OCCUPAZIONALE, GRUPPI DI SUPPORTO PSICOLOGICO PER MIGLIORARE LE CAPACITA' ADATTATIVE ALL'AMBIENTE E ALLA MALATTIA, ATTIVITA' MOTORIA e TRATTAMENTI PSICO-EDUCAZIONALI E PSICO-SOCIALI RIVOLTI AL CAREGIVER) e che hanno coinvolto la totalità delle Unità Operative Regionali dedicate alla Demenza (CDCD) distribuite su tutto il territorio regionale, hanno confermato la validità di tali trattamenti e la necessità di consolidarli ed estenderli in altri setting di cura dedicati alla persona con Demenza.

Si ritiene pertanto che ci sia ancora 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.

Si rende quindi 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.

In relazione ai risultati ottenuti dal precedente piano triennale di attività si è individuata pertanto la necessità di creare, tra le attività progettuali previste, un protocollo di studio metodologicamente corretto di outcome research per valutare il profilo di efficacia di un intervento combinato di Stimolazione Cognitiva (CST) e motoria, in collaborazione con la Regione Liguria, già partnership con il Piemonte nel precedente progetto triennale legato al fondo.

Sulla base dell'esperienza pregressa si è definito pertanto di proseguire in continuità con le linee di attività pregresse e di definire uno studio di outcome research, con la supervisione dell'ISS, inerente la valutazione di un trattamento combinato di stimolazione cognitiva e motoria di gruppo in persone con MCI e demenza lieve-moderata .

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Le persone con demenza lieve/moderata di tutti i tipi devono continuare ad 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 couseling 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.
Ad oggi, sono poche le realtà cliniche italiane che erogano la combinazione di stimolazione cognitiva e motoria in pazienti con disturbo neurocognitivo. Tuttavia, l'insieme di questi due interventi può comportare effetti positivi per i pazienti con decadimento cognitivo. Numerosi studi hanno dimostrato che l'esercizio fisico, in particolare l'esercizio aerobico, può invertire i processi neurofisiologici che portano al declino cognitivo, promuovendo al contempo la salute fisica complessiva (Shin, 2023). La capacità dell'esercizio aerobico di promuovere la neurogenesi e aumentare i livelli di fattori neurotrofici derivati dal cervello (BDNF) ha implicazioni significative per il trattamento della malattia di Alzheimer, suggerendo che semplici interventi fisici possono avere effetti profondi e duraturi (Shin, 2023). Risulta cruciale integrare le attività di stimolazione motoria in un quadro terapeutico globale, che includa anche la stimolazione cognitiva e interventi sociali. Dalla letteratura emerge sempre più chiara la sinergia tra esercizio fisico e stimolazione cognitiva, con studi che dimostrano come l'approccio combinato possa amplificare gli effetti positivi su entrambi i fronti (Mrakic-Sposta, 2018). Programmi innovativi che combinano l'allenamento fisico con attività di stimolazione cognitiva potrebbero rappresentare una strategia efficace per massimizzare i benefici per la salute cognitiva.
Nell'ambito della costruzione del percorso di cure fondate sulla centralità della persona e nel contesto di una presa in carico integrata e continuativa, tali approcci di trattamento sono contemplati nei PDTA per la demenza.
In tale contesto, l'Osservatorio demenze dell'ISS metterà a punto una attività di supporto ai CDCD/Regioni che parteciperanno a questa attività, per la conduzione di uno studio di outcome research su una popolazione di pazienti con demenza lieve-moderata, coordinato dalle regioni Liguria e Piemonte.
Le recenti Linee Guida nazionali su Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment, redatte dal Ministero della Salute nell'ambito delle attività previste dal DM del 23 dicembre 2021 relative al Fondo per l'Alzheimer e le Demenze, avvalendosi dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nell'ambito del SNLG, e pubblicate sul sito nazionale del SNLG nel gennaio 2024, per promuovere le funzioni cognitive, l'indipendenza e il benessere dei soggetti con demenza raccomandano:
- di offrire un trattamento di Stimolazione Cognitiva per il trattamento dei sintomi cognitivi in persone con demenza da lieve a moderata, singola e/o di gruppo;
. di offrire interventi di Training cognitivo nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con Mild Cognitive Impairment e di far partecipare il paziente a programmi di esercitazioni guidate su una serie di compiti standard progettati per rispecchiare particolari funzioni cognitive
- di considerare la Terapia della Reminiscenza nel trattamento dei sintomi cognitivi in persone con demenza di grado moderato

-di considerare la Terapia Occupazionale per supportare le abilità funzionali in persone con demenza da lieve a moderata.
-di considerare la combinazione di Esercizio fisico aerobico/non aerobico nel trattamento dei sintomi cognitivi della demenza di grado moderato.
-di offrire ai caregiver delle persone con demenza interventi psicoeducativi e di formazione mirati all'acquisizione di nuove competenze e abilità
Sono utili in tal senso:
- l'identificazione e lo sviluppo degli interventi psicosociali/non farmacologici da proporre all'interno dei programmi di training 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 programmatorio e territori di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti

Gli atti regionali di riferimento sul tema sono:

- la D.G.R. 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";

- la D.G.R. 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";

- la D.G.R. 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>";

- la D.G.R. 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 D.G.R. 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 D.G.R. 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 D.G.R. 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 D.G.R. 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";

- la D.G.R. 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 D.G.R. 15 luglio 2022, n. 21-5374 avente ad oggetto: “Revisione del percorso dedicato a soggetti affetti da decadimento cognitivo. Parziale modifica della D.G.R. n. 45-4228 del 30 luglio 2012” - Proroga in parziale sanatoria dei termini degli adempimenti al 31/12/2022 e integrazioni disposizioni.

- la D.G.R. 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 D.G.R. n. 1-4892 del 20 Aprile 2022 “PNRR Missione 6 “Salute”. Approvazione del Piano Operativo Regionale (P.O.R.)”;

- la D.G.R. 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 D.G.R. n. 23-5124 del 27 maggio 2022 “PNRR Missione 6 “Salute”. Approvazione Schema del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)”

- la D.G.R. n. 19-5417 “Individuazione dei criteri e delle modalità 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.

Elementi di fattibilità, criticità e innovatività 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 confermare anche per questo triennio la 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.

Per quanto riguarda l’innovatività degli interventi, si segnalano:

- Strutturazione e programmazione 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. In particolare:
- Implementazione, standardizzazione ed omogeneizzazione sul territorio regionale degli interventi di presa in carico del paziente con demenza e della sua famiglia;
- Utilizzo, sulla base dell'esperienza del Day Hospital Alzheimer/Centro della Memoria-Fatebenefratelli 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
- In continuità con la precedente progettualità, la prosecuzione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali che i CDCD potranno attivare potrà anche avvenire attraverso associazioni di volontariato e terzo settore
- L'innovatività dello studio di outcome research si basa sulla possibilità di svolgere attività di stimolazione cognitiva e motoria di gruppo, in un contesto specializzato come quello dei CDCD.

La combinazione strutturata di questi interventi sarà personalizzata sulla base del grado di compromissione cognitiva della persona con disturbo neurocognitivo, in un setting appositamente studiato per favorire questa tipologia di esercizi. L'applicazione accuratamente pianificata e strutturata del protocollo di stimolazione motoria, unitamente al protocollo della CST, permetterà l'implementazione di un intervento conforme a quanto descritto nelle Linee Guida e consentirà un approfondimento dell'efficacia di questa tipologia di intervento combinato. Vi sarà una continua interazione tra pazienti e professionisti durante il corso delle settimane dedicate all'intervento.
Questo studio permetterà altresì di formare in maniera più accurata professionisti del settore (psicologi e fisioterapisti) riguardo i protocolli della CST e di stimolazione motoria, permettendo così una maggior diffusione di conoscenza e applicabilità di questi trattamenti.

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.
In relazione ai risultati ottenuti dalla collaborazione nel precedente piano triennale di attività si è individuata la necessità di creare, tra le attività progettuali previste, un protocollo di studio di outcome research per valutare il profilo di efficacia di un intervento combinato di Stimolazione Cognitiva (CST) e motoria, che è parte integrante della progettualità regionale. (vedi obiettivo specifico 3). Tale studio coinvolge Unità Operative di 4 regioni (Piemonte, Liguria, Sardegna, Umbria) e della Provincia Autonoma di Bolzano e vengono coordinate, come capofila, dalla Regione Piemonte e Liguria.

Bibliografia

• Istituto Superiore di Sanità (ISS) (Italia). Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment. Roma: Istituto Superiore di Sanità (It); Gennaio 2024. Disponibile all'indirizzo: https://www.iss.it/documents/20126/9140509/LG+Demenza+e+MCI_v3.0.pdf/45961ff0-aa16-5017-1244-8426403600ec?t=1707121203312

• Piano Nazionale Demenze: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2015-01-13&atto.codiceRedazionale=15A00130&elenco30giorni=false

• Report Nazionale Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze. Osservatorio demenze ISS. https://www.demenze.it/it-schede-10054-i_risultati_del_fondo_per_l_alzheimer_e_le_demenze

• Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. Front Neurol 2012;3:73.

• Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. BMJ 2015;350.

• Shin, P., Pian, Q., Ishikawa, H., Hamanaka, G., Mandeville, E. T., Shuzhen, G., Buyin, F., Alfadhel, M., Allu, S. R., Şencan-Eğilmez, I., Li, B., Ran, C., Vinogradov, S. A., Ayata, C., Lo, E. H., Arai, K., Devor, A., & Sakadžić, S. (2023). Aerobic exercise reverses aging-induced depth-dependent decline in cerebral microcirculation. bioRxiv : the preprint server for biology, 2023.02.12.528244.

• Mrakic-Sposta, S., Di Santo, S. G., Franchini, F., Arlati, S., Zangiacomi, A., Greci, L., Moretti, S., Jesuthasan, N., Marzorati, M., Rizzo, G., Sacco, M., & Vezzoli, A. (2018). Effects of Combined Physical and Cognitive Virtual Reality-Based Training on Cognitive Impairment and Oxidative Stress in MCI Patients: A Pilot Study. Frontiers in aging neuroscience, 10, 282.

• Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 183, 248–254. https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.248

• 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.

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)
(È possibile indicare uno o più obiettivi generali. Ogni obiettivo generale deve coincidere con una delle aree progettuali previste dal decreto)

OBIETTIVO GENERALE:

Consolidamento e diffusione della sperimentazione, standardizzazione e programmazione, sulla base dei risultati ottenuti in Regione Piemonte dalle attività previste dal piano triennale di attività 2021-2023, di programmi di riattivazione e riabilitazione cognitiva e funzionale non farmacologica in tutti i contesti assistenziali, nonché di inclusione sociale degli utenti presi in carico, con la tendenza ad omogeneizzare le attività allargandole a tutto il territorio regionale, anche attraverso lo sviluppo di un protocollo per la conduzione di uno studio di outcome research per valutare il profilo di efficacia di un intervento combinato di stimolazione cognitiva (CST) e motoria in relazione al funzionamento cognitivo, motorio e abilità funzionali di persone con demenza di grado lieve-moderato.

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).

I risultati ottenuti in Regione Piemonte dalla realizzazione delle attività previste dal precedente piano triennale di attività sostenuto dal fondo per l'Alzheimer e le Demenze 2021-2023 concernenti la "Sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza" secondo le cinque di attività individuate (TRATTAMENTI BASATI SULLA STIMOLAZIONE COGNITIVA E SULLA REMINESCENZA, TERAPIA OCCUPAZIONALE, GRUPPI DI SUPPORTO PSICOLOGICO PER MIGLIORARE LE CAPACITA' ADATTATIVE ALL'AMBIENTE E ALLA MALATTIA, ATTIVITA' MOTORIA e TRATTAMENTI PSICO-EDUCAZIONALI E PSICO-SOCIALI RIVOLTI AL CAREGIVER) e che hanno coinvolto la totalità delle Unità Operative Regionali dedicate alla Demenza (CDCD) distribuite su tutto il territorio regionale, hanno confermato la validità di tali trattamenti e la necessità di consolidarli ed estenderli in altri setting di cura dedicati alla persona con Demenza.

Questa linea progettuale si può abbinare alla tele- riabilitazione, in quanto molti strumenti di tele-riabilitazione fanno parte, per loro natura, delle terapie psicosociali non farmacologiche.
Si ritiene pertanto che ci sia ancora 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.

Una formazione adeguata del personale sanitario e assistenziale che si occupa della cura delle persone con demenza può diventare fondamentale al fine di identificare precocemente o tempestivamente i bisogni di cura emergenti e definire una strategia di intervento appropriata.

Gli interventi di formazione indirizzati al personale sanitario e sociosanitario che assiste la persona con demenza includono la formazione generale riguardo alla demenza, la valutazione e il trattamento dei sintomi e dei bisogni e necessità, la comunicazione e interazione tra professionisti e persone con demenza, e la gestione dei sintomi non cognitivi come agitazione, aggressività e dolore e sono parte integrante degli obiettivi dell'area progettuale.

La definizione di un protocollo di studio di outcome research sulla valutazione di efficacia dell'intervento combinato stimolazione cognitiva-attività fisica con corsi di formazione per professionisti e utilizzo di scale di valutazione/esiti specifici: (Mini Mental State of Examination (MMSE), Timed Up and Go (TUG), Activities of Daily Living (ADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL) contribuirà allo sviluppo ed implementazione di tali attività, clinico assistenziali e formative.

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:

- Istituto Superiore di Sanità (ISS) (Italia). Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment. Roma: Istituto Superiore di Sanità (It); Gennaio 2024. Disponibile all'indirizzo: https://www.iss.it/documents/20126/9140509/LG+Demenza+e+MCI_v3.0.pdf/45961ff0-aa16-5017-1244-8426403600ec?t=1707121203312;
- Piano Nazionale Demenze: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2015-01-13&atto.codiceRedazionale=15A00130&elenco30giorni=false;
- Report Nazionale Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze. Osservatorio demenze ISS. https://www.demenze.it/it-schede-10054-i_risultati_del_fondo_per_l_alzheimer_e_le_demenze_quali_prospettive_nella_diagnosi_ed_assistenza;
- 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;
- 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.

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.
Personale delle strutture residenziali e semiresidenziali.

Setting

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

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Implementazione del numero degli utenti con disturbo neuro cognitivo minore (MCI) e maggiore di grado lieve-moderato, in carico ai servizi, che sono coinvolti nelle attività psicosociali e psicoeducazionali e dei loro care-giver.

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Sviluppo e implementazione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali a carico di pazienti con MCI e DNC maggiore di grado lieve-moderato in altri setting di cura (RSA, Centri Diurni, DH, e comunque nei contesti di vita delle persone) e a domicilio, anche attraverso lo sviluppo di interventi di formazione per il personale sanitario e assistenziale che si occupa della cura delle persone con demenza.

OBIETTIVO SPECIFICO 3:

Sviluppo e definizione di un protocollo per la conduzione di uno studio di outcome research per valutare il profilo di efficacia di un intervento combinato di stimolazione cognitiva (CST) e motoria in relazione al funzionamento cognitivo, motorio e abilità funzionali di persone con demenza di grado lieve-moderato (criteri NINCDS-ADRDA-McKhann et al., 2011) non istituzionalizzati.
Lo studio sarà preceduto da corsi di formazione per i professionisti che saranno coinvolti nel progetto. A tal proposito saranno effettuati corsi da remoto riguardanti la CST e l'erogazione di un trattamento di stimolazione motoria in persone con disturbo neurocognitivo.

ATTIVITA' PREVISTE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBBIETTIVI

COORDINAMENTO E OMOGENEIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DA REALIZZARE NELLA REGIONE PIEMONTE

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) viene definita sulla base del "protocollo comune per l'erogazione dei trattamenti" condiviso per attività dai diversi CDCD, redatto e pubblicato nel mese di marzo 2023, parte integrante delle attività del progetto triennale del fondo Demenze 2021-2023
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 e ai setting di cura territoriali (Centri Diurni, RSA, cure domiciliari) 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

COORDINAMENTO E OMOGENEIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DA REALIZZARE NELLO STUDIO DI OUTCOME RESEARCH (Obiettivo Specifico 3) IN QUALITA' DI REGIONE CAPOFILA

La Regione Piemonte è capofila, insieme alla Regione Liguria, del protocollo di studio di outcome research per valutare il profilo di efficacia di un intervento combinato di stimolazione cognitiva (CST) e motoria in relazione al funzionamento cognitivo, motorio e abilità funzionali di persone con demenza di grado lieve-moderato non istituzionalizzati (Obiettivo Specifico 3).

In linea con quanto già previsto e sopra descritto per quanto riguarda l'attività di coordinamento e omogeneizzazione degli interventi previsti per la realizzazione delle attività progettuali nella

Regione Piemonte**, l'attività di coordinamento**, supervisione e controllo della corretta effettuazione **del protocollo di studio di outcome research** nelle regioni partecipanti, verrà eseguita dai referenti scientifici e amministrativi delle regioni capofila o da loro delegati, attraverso attività di verifica trimestrale con periodico confronto con i referenti delle unità operative delle regioni coinvolte, e la definizione e continua verifica del protocollo comune e degli specifici indicatori di Qualità delle prestazioni erogate dai CDCD coinvolti nella progettazione.
Verrà inoltre valutata l'efficacia e la sostenibilità (anche economica) degli interventi erogati, il gradimento da parte del paziente 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) coinvolte verrà definita attraverso la definizione e continua verifica del protocollo comune, su cui si basa il progetto, per l'erogazione dei trattamenti già 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 dei Referenti Scientifici delle Regioni Capofila.

- FORMAZIONE:
il percorso formativo, rivolto a tutti i CDCD partecipanti è finalizzato all'illustrazione delle attività e alla programmazione degli interventi e viene coordinato dai P.I. 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

Il referente scientifico e amministrativo della Regione Piemonte a sua volta si coordina periodicamente coi referenti della Regione Liguria per la definizione delle azioni da intraprendere in relazione alle attività sopra descritte.

REFERENTI UNITA' OPERATIVE REGIONE PIEMONTE		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	**Referente**	**Compiti**
ASL Città di Torino	**Daniele Imperiale** **Beatrice irico**	**Ref. Clinico** **Ref. Amministrativo**
Unità OperativA 2	**Referente**	**Compiti**
AOU Città della Salute	**Massimiliano Massaia** **Innocenzo Rainero**	**Ref. Clinico** **Ref. Clinico**

		Ref. Amministativo

Unità Operativa 3	**Referente**	**Compiti**
ASL TO4	**Daniela Roglia Andrea Jensen e Gisela Manassero**	**Ref. Clinico Ref. Amministativo**
Unità Operativa 4		
ASL TO5	**Diego Persico Daniela Ciman**	**Ref. Clinico Ref. Amministativo**
Unità Operativa 5		
ASL TO3	**Evelin Ramonda Cristiana Rotondo**	**Ref. Clinico Ref. Amministativo**
Unità Operativa 6		
AOU S.LUIGI GONZAGA	**Mariangela Santoro Silvia Pannocchia**	**Ref. Clinico Ref. Amministativo**
Unità Operativa 7		
AL ORDINE MAURIZIANO	**Antonella Laezza Silvia Gallo**	**Ref. Clinico Ref. Amministativo**
Unità Operativa 8		
ASL CN1	**Mara Rosso Pinuccia Carena**	**Ref. Clinico Ref. Amministativo**
Unità Operativa 9		
ASL CN2	**Raffaella Riccardo Lorenzo Sola**	**Ref. Clinico Ref. Amministativo**
Unità Operativa 10		
ASO S.CROCE E CARLE CUNEO	**Marco Marabotto Loredana Pons**	**Ref. Clinico Ref. Amministativo**
Unità Operativa 11		
ASL NO	**Laura Maria Villa Maria Grazia Bresich**	**Ref. Clinico Ref. Amministativo**
Unità Operativa 12		
ASL VC	**Barbara Sarasso Silvia Summa**	**Ref. Clinico Ref. Amministativo**
Unità Operativa 13		
ASL VCO	**Loredana Seccia Leonora Corsini**	**Ref. Clinico Ref. Amministativo**
Unità Operativa 14		
ASL BI	**Fabrizio Crestani Vito Marinoni**	**Ref. Clinico Ref. Amministativo**

Unità Operativa 15		
AOU OSPEDALE MAGGIORE DI NOVARA	**Fabiola De Marchi** **Patrizia Paglino**	**Ref. Clinico** **Ref. Amministativo**
Unità Operativa 16		
ASL AL	**Alessandra Ferraris** **Rosaria Ferrara**	**Ref. Clinico** **Ref. Amministativo**
Unità Operativa 17		
ASL AT	**Elena Tamietti** **Francesca Aime**	**Ref. Clinico** **Ref. Amministativo**
Unità Operativa 18		
AOU ALESSANDRIA	**Aldo Bellora** **Alessia Mongiardini**	**Ref. Clinico** **Ref. Amministativo**
Unità Operativa 19		
P.O. BEATA VERGINE della CONSOLATA	**Piero Secreto** **Dante Viotti**	**Ref. Clinico** **Ref. Amministativo**

TRATTAMENTI PROPOSTI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI, da scegliersi e 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 Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment. (Roma: Istituto Superiore di Sanità (It); Gennaio 2024) e 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 mnesiche residue e per rielaborare esperienze emotivamente piacevoli, utilizzando la memoria affettivo-emozionale come strumento di interpretazione della realtà quotidiana degna di essere vissuta.
La Linea Guida "Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment"(SNLG 2024) e la NICE 2018 inseriscono la terapia della reminescenza 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 minore (MCI) e 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	Compilazione scala MMSE	N° pz con miglioramento / stabilità del punteggio rispetto a T0 ----------% N° tot pz presi in carico	Frequenza monitoraggio semestrale 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 minore (MCI) o 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 trimestrale 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 monitoraggioMensile 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 comorbilità 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 e motoria, riduzione rischio di caduta	Compilazione scala Tinetti	N° pz con mantenimento/ migliora- mento > = 1 punto alla scala TINETTI .....% N° tot pz	Frequenza monito-raggio trimestrale Report semestrale	Standard di risultato >= 80%

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

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

La Linea Guida Nazionale "Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment" Roma: Istituto Superiore di Sanità (It); Gennaio 2024 nella Raccomandazione 73 evidenzia la necessità di "Offrire ai caregiver familiari delle persone con demenza interventi psicoeducativi e di formazione mirati all'acquisizione di nuove competenze e abilità".

L'intervento psicoeducazionale e di training ai familiari 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; mantenimento del paziente al proprio domicilio senza istituzionalizzazione.

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 riduzio-ne stress del fami-liare	Compilazione scala Zarit Burden Inter-view	N° di familiari con miglioramento > 3% alla Zarit (T0-T1) ----------% N° totale familiari	Frequenza monitoraggio trimestrale Report semestrale	Standard di risultato >= 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 trimestrale Report semestrale	Standard di risultato >60 %

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

OBIETTIVO GENERALE:
Consolidamento e diffusione della sperimentazione, standardizzazione e programmazione, sulla base dei risultati ottenuti in Regione Piemonte dalla realizzazione delle attività previste dal precedente piano triennale di attività, 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, in tutti i contesti assistenziali e di vita.
L'obiettivo generale e la relativa area progettuale sono illustrati attraverso una 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 in carico ai CDCD.

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

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

Standard di risultato: 20% utenti, per ambito, in carico al CDCD con trend in crescita nel triennio

<u>Sono sub-indicatori monitorati contestualmente alla realizzazione dell'obiettivo generale:</u>

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 Report semestrale	Standard di risultato >=80%

<u>OBIETTIVO SPECIFICO 1:</u>
implementazione del numero degli utenti con disturbo neuro cognitivo minore e maggiore di grado lieve-moderato 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/Δ t)

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

Standard di risultato: aumento del 20% per ambito di utenti che sono seguiti con terapie non farmacologiche.

<u>OBIETTIVO SPECIFICO 2:</u>
Sviluppo e implementazione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali a carico di pazienti con MCI e DNC maggiore di grado lieve-moderato a domicilio e in altri setting di cura (RSA, Centri Diurni, DH, e comunque nei contesti di vita delle persone), anche con sviluppo di interventi di formazione per il personale sanitario e assistenziale che si occupa della cura delle persone con demenza.

Risultato atteso: 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 n.1: 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

Indicatore di risultato n.2: numeratore/denominatore: rapporto tra numero di professionisti che hanno partecipato ai corsi di formazione rispetto al numero totale di professionisti individuati in altri setting

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.

OBIETTIVO SPECIFICO 3:
definizione e sviluppo di un protocollo di studio di outcome research su pazienti con demenza di grado lieve-moderato, sottoposti a intervento combinato di CST e stimolazione motoria per 7 settimane.
Lo studio sarà condotto e monitorato in accordo con i principi di buona pratica clinica (GCP).

Risultato atteso: miglioramento di almeno 2.32 punti nel MMSE nel 28% del campione.

Indicatore di risultato: numeratore/denominatore: rapporto fra punteggio MMSE a inizio intervento combinato e punteggio a intervento concluso.

Fonte di verifica: raccolta dati sulla base di relazioni periodiche dell'attività CDCD partecipanti al protocollo

Standard di risultato: miglioramento del punteggio nel MMSE

Nell'ambito dell'OBBIETTIVO SPECIFICO 3, a fine attività verranno valutati anche i seguenti sub obbiettivi:

OBBIETTIVO SPECIFICO 3.1: erogazione di corsi online di formazione per psicologi e fisioterapisti/laureati in scienze motorie esperti nel trattamento di pazienti con DNC coinvolti nello studio, riguardanti la CST e la stimolazione motoria.

Risultato atteso: formazione dei professionisti individuati dai CDCD partecipanti allo studio
Indicatore di risultato: rapporto tra numero di professionisti che hanno partecipato ai corsi di formazione rispetto al numero totale di professionisti individuati

Fonte di verifica: attestazione di partecipazione

Standard di risultato: partecipazione ad almeno il 75% delle ore formative

<u>OBBIETTIVO SPECIFICO 3.2</u>: conduzione di uno studio di outcome research sulla base del protocollo definito arruolando partecipanti dai CDCD.

Risultato atteso: conduzione dello studio di outcome research

Indicatore di risultato: rapporto percentuale tra numero di pazienti arruolati in cui si rileva un beneficio funzionale rispetto al numero totale dei pazienti trattati

Fonte di verifica: Report finale

Standard di risultato: miglioramento = / > 30% di pazienti arruolati .

REFERENTI PROGETTO: **P.I.: Regioni Piemonte e Liguria** **CO-P.I.: Istituto Supeirore di Sanità**		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa	**Referente**	**Compiti**
Regione Piemonte	**Piero secreto**	**Coordinamento delle attività di definizione e conduzione dello studio di outcome research**
Regione Liguria	**Ernesto Palummeri**	**Coordinamento delle attività di definizione e conduzione dello studio di outcome research**
Istituto Superiore di Sanità	**Patrizia Lorenzini**	**Coordinamento dello studio e annalisi dei risultati**

CRONOPROGRAMMA

Obiettivo Generale 1

		2024			2025												2026												2027		
	ATTIVITA'	**OTT-DIC**			**GEN-MAR**			**APR-GIU**			**LUG-SET**			**OTT-DIC**			**GEN-MAR**			**APR-GIU**			**LUG-SET**			**OTT-DIC**			**GEN-lug**		
Obiettivo specifico 1	Condivione progetto/ obbiettivo/ formazione																														
	Inizio Realizzazione																														
	Attuazione e conduzione progetti																														
	Rendicontazione intermedia e finale																														
Obiettivo specifico 2	Condivione progetto/ obbiettivo/ formazione																														
	Inizio Realizzazione																														
	Attuazione e conduzione progetti																														
	Rendicontazione intermedia e finale																														

		2024			2025												2026												2027		
	ATTIVITA'	**OTT-DIC**			**GEN-MAR**			**APR-GIU**			**LUG-SET**			**OTT-DIC**			**GEN-MAR**			**APR-GIU**			**LUG-SET**			**OTT-DIC**			**GEN-MAR**		
Obbiettivo specifico 3	Condivisione protocollo con CTS																														
	Stesura progetto per Min Sal																														
	Approvazione del CEN																														
	Formazione professionisti																														
	Reclutamento pazienti																														
	Trattamento CST e stimolazione motoria																														
	Valutazioni NPS baseline																														
	ValutazioniNPS a 7 settimane																														
	Monitoraggio NPS a 14 settimane																														
	Analisi statistiche																														

PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1 ASL CITTA' DI TORINO		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale *Arruolamento personale*	Arruolamento neuropsicologi ed eventuale personale AFA	***80.500***
Beni Acquisizione materiale di consumo	*Acquisto beni per realizzazione stimolazione cognitiva e attività motoria*	***3.500***
Apparecchiature sanitarie **-** **-**	- - -	
Servizi	*Organizzazione e partecipazione a formazione, aggiornamento, convegni* *Eventuale convenzione con associazioni terzo settore*	***30.000***
Missioni - -	- -	
Spese generali Spese gestione progetto	*Costi indiretti*	***1.000***

Unità Operativa 2 – Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale Neuropsicologi clinici esperti in riabilitazione / stimolazione cognitiva anche in regime di telemedicina preferenzialmente che abbiano già preso parte al Progetto Regionale precedente della linea 5	professioni sanitarie attinenti alle finalità del Fondo	**80500**
Beni • test neuropsicologici • materiale per riabilitazione / stimolazione cognitiva tipo carta-matita • materiale per stimolazione / riabilitazione cognitiva attraverso software anche in regime di teleriabilitazione -	per attività attinenti alle finalità del Fondo	**18000**
Apparecchiature sanitarie **-** **-**	- - -	
Servizi organizzazione incontri/convegni/eventi formativi	-attività di supporto per caregiver e familiari di persone affette da disturbo neurocognitivo	**12000**

-	-attività di supporto psicologico per soggetti affetti da disturbo neurocognitivo lieve	
Missioni spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio)	spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) per la partecipazione del solo personale coinvolto nel Progetto a incontri/convegni/eventi formativi purché siano coerenti con le attività del Progetto e siano necessari ai fini del raggiungimento degli obiettivi proposti	**2700**
Spese generali costi indiretti	posta, telefono, servizio di corriere, collegamenti telematici, spese per adempimenti tributari ecc.. eventuali costi per la gestione amministrativa del piano	**1800**

Unità Operativa *3 ASL TO4*		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale Contratti per neuropsicologiche	Professionisti per attività di stimolazione cognitiva	***64.080***
Beni Acquisto attrezzature informatiche, attrezzatura varia per attività motoria	Materiale necessario per attività fisica eper stimolazione cognitiva	**11.500**
Apparecchiature sanitarie - -	- - -	
Servizi Accordo con associazione per fisioterapia Formazione per Protocollo per trattamento combinato	Collaborazione con professionisti Partecipazione alla formazione specifica	***39.420***
Missioni - -	- -	-
Spese generali - -	- -	-

Unità Operativa *4 ASL TO5*		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale *Arruolamento personale per attività Linea 5*	- 1 Neuropsicologo - 1 Operatore AFA	***80.500***
Beni - acquisto dei materiali relativi al	- Attuazione del programma riabilitativo	**14.950**

protocollo di attività motoria - implementazione se necessaria delle apparecchiature informatiche già in uso (Neurotablets) per la riabilitazione cognitiva - acquisto di materiali per la Valutazione Cognitiva - cancelleria		
Apparecchiature sanitarie - -	- - -	
Servizi - si dovrà prevedere la possibilità di affitto di locali per la riabilitazione motoria se non disponibili in ASL - in casi selezionati potrà essere stipulato un contratto con enti esterni per il trasporto dei pazienti	*Acquisto srvizi necessari alla realizzazione delle attività*	***14.950***
Missioni	Spese di trasporto, vitto e alloggio	**2.300**
Spese generali Costi gestione attività	*Costi indiretti*	**2.300**

Unità Operativa *5 ASL TO3*		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale *Arruolamento personale sanitario per le finalità del progetto*	2 psicologhe con specializzazione in neuropsicologia dei DNC	***80.500***
Beni Materiale informatico, test neuropsicologici, cancelleria, materiale per stimolazione	*Abbonamenti riviste scientifiche, test neuropsicologici, testi e manuali, stampante e scanner*	**5.000**
Apparecchiature sanitarie Software riabilitativi e materiale	*Apparecchiatura e licenza d'uso MindLens, Software di realtà virtuale Become AugmentedLife Suite*	***15.180***
Servizi *Stamapa, legatoria, riproduzione grafica* *Convegni e corsi di aggiornamento professionale*	*Stampa brochure informative per caregiver*	***8.320***
Missioni Spese di viaggio e soggiorno	Partecipazione a convegni e a corsi di aggiornamento	**5.000**
Spese generali Costi indiretti	*Telefono, Energia, costi indiretti per gestione progetto*	**1.000**

Unità Operativa *6 AOU S.LUIGI GONZAGA*		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale Arruolamento personale sanitario per le finalità del progetto	2 psicologhe con specializzazione in neuropsicologia dei DNC 1 fisioterapista	**80.500**
Beni Materiale informatico, test neuropsicologici, cancelleria, materiale per stimolazione	Tablet e materiale informatico, abbonamento riviste scientifiche, attrezzatura specifica per attività motoria, cancelleria	**25.000**
Apparecchiature sanitarie - -	- - -	
Servizi - -	- -	***5.500***
Missioni Partecipazione a convegni e corsi di aggiornamento/formazione	Spese di trasposto, vitto e alloggio	**3.000**
Spese generali Spese di amministrazione per gestione progetti	Costi indiretti	**1.000**

Unità Operativa *7 AO ORDINE MAURIZIANO*		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale *Reclutamento personale dedicato*	Reclutamento neuropsicologi per attività progetto	***80.500***
Beni Acquisizione beni materiali	Acquisto beni materiali e di consumo connessi alla realizzazione del piano	**16.100**
Apparecchiature sanitarie - -	- - -	
Servizi Incontri/Convegni	Organizzazione convegni e giornate formative	***9.200***
Missioni Spese di trasferta	Spese di trasporto, vitto e alloggio per partecipazione a convegni e formazione7aggiornamento	**9.200**
Spese generali - -	- -	-

Unità Operativa 8 ASL CN1		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale -neuropsicologi -terapista occupazionale	- messa in atto di attività progettuali di stimolazione cognitiva - messa in atto di attività progettuali di counseling/psicoeducazione - messa in atto di attività progettuali di terapia occupazionale	**66000**
Beni - testistica neuropsicologica - sistema di stimolazione computerizzato - pc portatile - stampante - smartphone - cancelleria varia -…	- fornire gli strumenti per il raggiungimento degli obiettivi previste dalla linee progettuali previste (stimolazione cognitiva, counseling/psicoeducazione, attività motoria, terapia occupazionale	**10000**
Apparecchiature sanitarie **-** device detezione movimento da remoto **- …**	Garantire l'effettuazione delle attività al di fuori dell'ambito ospedaliero e monitoraggio in pazienti indice	**10000**
Servizi *- Attività Motoria Adattata* -...	- messa in atto di attività progettuali di attività motoria e di attività motoria+stimolazione cognitiva associata	**28000**
Missioni - raggiungimento domicilio pz in aree impervie da parte terapista occupazionale	-garantire la fattibilità di interventi a domicilio in aree impervie da parte dell'operatore	**500**
Spese generali	- -	**500**

Unità Operativa *9 ASL CN2*		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale *Arruolamento personale dedicato*	Assunzione 2 neuropsicologhe e di un educatore/terapista occupazionale	***80.500***
Beni Acquisto materiale informatico e materiale necessario per stimolazione cognitiva e attivtà motoria	*Acquisto attrezzatura, licenze software, materiale informatico*	**20.700**
Apparecchiature sanitarie - -	- - -	

Servizi *Convezione con Università SUISM*	*Convenzione per collaborazione personale AFA*	***13.800***
Missioni - -	- -	-
Spese generali - -	- -	-

Unità Operativa *10 AO S.CROCE E CARLE CUNEO*		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale *Arruolamento personale dedicato*	Assunzione neuropsicologi per attività stimolazione cognitiva e personale per attività motoria e supporto al caregiver	***80.500***
Beni Acquisto beni di consumo per attività del progetto	*PC e/o neurotablet, giochi per stimolazione cognitiva, abbonamento riviste*	**5.000**
Apparecchiature sanitarie - -	- - -	
Servizi Incontri formativi, Convegni, interventi di umanizzazione, per i luoghi di cura	*Partecipazione a conegni e foormazione/aggiornamento, eventi formativi per personale RSA, interventi di pet therapy...*	***28.500***
Missioni - -	- -	**-**
Spese generali Spese gestione piano triennale	*Costi indiretti*	**1.000**

Unità Operativa 11 ASL NO		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale -psicologa - terapista occupazionale - supporto amministrativo	Professioni sanitarie attinenti alle finalità del Fondo	***80.500,00***
Beni -attrezzature informatiche	Eventuale aggiornamento informatico dei programmi in uso ed acquisto di programmi specifici	***3500,00***

Apparecchiature sanitarie **-** **-**	Apparecchiature sanitarie attinenti alle finalità del Fondo	***3000,00***
Servizi -Organizzazione incontri/convegni/eventi formativi	Acquisizione di servizi funzionali alla realizzazione del piano	***24.500,00***
Missioni -Spese viaggio e soggiorno -	Missioni svolte per la partecipazione a riunioni necessarie per l'avanzamento del piano	**1500,00**
Spese generali -Costi indiretti	*S*pese di cancelleria/telefoniche/energia ecc., sostenute dall'ente per la gestione amministrativa del piano	***2000,00***

Unità Operativa 12 ASL VC		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale - -	- - -	-
Beni Acquisto materiale per stimolazione cognitiva e attrezzatura per attività motoria	*Attivazione delle linee di azione previste dalla Linea 5*	**4.000**
Apparecchiature sanitarie - -	- - -	**-**
Servizi *Coinvolgimento con ente del terzo settore*	*Attivazione convenzione con Associazione Alzhiemer*	***110.000***
Missioni - -	- -	**-**
Spese generali Costi indiretti di gestione	- -	**1.000**

Unità Operativa 13 ***ASL VCO***		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale *-Psicologo*	-bando incarico libero professionale di Psicologo per sviluppo progetto regionale linea 1,3,5 – cfr. progetto clinico	***80.500***
Beni -	- -	

-	-	
Apparecchiature sanitarie ***-*** ***-***	- - -	
Servizi *-Convenzione con AFA VCO (Associazione Familiari Alzheimer)* -	-rinnovo convenzione con AFA VCO (Associazione Familiari Alzheimer) per sviluppo progetto regionale linea 4 – cfr. progetto clinico	***34.500***
Missioni - -	- -	
Spese generali - -	- -	

Unità Operativa *14 ASL BI*		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale - -	- - -	-
Beni - -	- - -	-
Apparecchiature sanitarie - -	- - -	
Servizi *Convenzione con Ente Terzo Settore/Assoziazione Alzheimer*	*Svolgimento delle linee progettuali presenti nel Piano*	**115.000**
Missioni - -	- -	-
Spese generali - -	- -	-

Unità Operativa *15 AOU OSPEDALE MAGGIORE NOVARA*		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale *Arruolamento personale*	Arruolamento di neuropsicologi per stimolazione cognitiva e fisioterpisti per attività motoria	***80.500***
Beni Acquisto materiale di consumo necessario per le attività	*Acquisto materiale informatico 8licenze, PC, neurotablet) per attività di stimolazione cognitiva, attrezzatura per*	**34.500**

	attività motoria, abbonamento riviste, giochi	
Apparecchiature sanitarie - -	- - -	
Servizi - -	- -	-
Missioni - -	- -	-
Spese generali - -	- -	-

Unità Operativa *16 ASL AL*		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale *Arruolamento personale*	Personale qualificato per stimolazione cognitiva, attività motoria, terapia occupazionale	***80.500***
Beni Acquisto materiale di consumo necessario per le attività	*PC e/o neurotablet, giochi per stimolazione cognitiva, abbonamento riviste*	**16.000**
Apparecchiature sanitarie - -	- - -	
Servizi *Organizzazioni eventi formativi, convegni, convenzioni terzo settore*	*Attivazioni servizi propedeutici al progetto*	***16.000***
Missioni - -	- -	**1.000**
Spese generali Gestione progetto	*Costi indiretti*	**1.500**

Unità Operativa 17 ASL AT		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale - -	- - -	
Beni -	*Tablet/PC, software e altro materiale da utilizzare per le attività attinenti alle*	***3.000***

-	*finalità del Fondo*	
Apparecchiature sanitarie **-** **-**		
Servizi - -	*Convenzione con Associazione Alzheimer Asti per acquisizione figure professionali specializzate e svolgimento attività progettuali*	***111.000***
Missioni - -	- -	
Spese generali - -	spese di cancelleria/telefoniche/energia ecc., sostenute dall'Associazione per la gestione amministrativa del piano	***1.000***

Unità Operativa 18 AOU ALESSANDRIA		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale	Personale per le attività del progetto (borse di studio, incarichi libero professionali …)	**79.200**
Beni	Materiale di consumo (cancelleria, software, hardware e/o piccola attrezzatura IT); attrezzature e beni per le attività del progetto.	**13.000**
Apparecchiature sanitarie	Strumentazione/apparecchiature sanitarie.	**8.000**
Servizi	Stampa, organizzazione eventi formativi, noleggio attrezzature.	**7.800**
Missioni	Trasferte (comprensive di vitto e alloggio) per il personale coinvolto nel progetto.	**2.000**
Spese generali	Costi indiretti.	**5.000**

Unità Operativa *19 PRESIDIO OSPEDALIERO BETATA VERGINE CONSOLATA*		
Risorse (voce e descrizione)	**Razionale della spesa**	**EURO**

Personale *Arruolamento personale dedicato*	Neuropsicologici Personale AFA Terapista occupazionale	***106.000***
Beni Acquisto materiale per terapia occupazionale e per attività motoria, materiale per valutazione cognitiva, implementazine materiale informatico già in uso	*Attuazione programma riabilitativo, acquisto materiale e attrezzatura per allestimento di "ambiente domestico"*	**19.700**
Apparecchiature sanitarie - -	- - -	
Servizi *Organizzazione incontri, convegni, eventi formativi*	*Aggiornamento e formazione* *Convegni*	***19.700***
Missioni Spese viaggio e soggiorno	Partecipazione a convegni/eventi	**4.550**
Spese generali Costi indiretti	*Costi indiretti*	**1587.35**

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	**Totale in €**
Personale* - -	**1.281.280**
Beni - -	**223.450**
Apparecchiature sanitarie - -	***36.180***
Servizi - -	***628.190***
Missioni - -	**31.750**
Spese generali** - -	**20687,35**
Totale	**2.221.537,35**

**** Le spese complessive della voce "personale" non potranno essere superiori al 70% del costo totale del piano di cui soltanto il 5% potrà essere eventualmente destinato al personale amministrativo, appositamente reclutato per le attività del fondo.***

Indicare la percentuale totale del personale	*Indicare eventuale percentuale del personale amministrativo*
58%	

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

Indicare la percentuale totale delle spese generali
1%

Ministero della Salute

Guida alla redazione dei piani di attività di regioni e province autonome [1]

(Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026)

1. STRUTTURA GENERALE DEL PIANO

La struttura generale è riportata nella griglia sottostante.

GRIGLIA DI PROGETTAZIONE	***FORMATO DOCUMENTO***
DATI GENERALI	1 pagina
ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO	max 4 pagine
DESCRIZIONE LINEE ATTIVITA' REFERENTI UNITA' OPERATIVE	secondo necessità max 1 pagina per l'elenco delle unità operative
VALUTAZIONE E MONITORAGGIO CRONOPROGRAMMA	secondo necessità
PIANO FINANZIARIO	secondo necessità

ANALISI STRUTTURATA

Al riguardo, si specifica che le linee di azione da predisporre mediante pianificazione regionale, in applicazione del Piano nazionale demenze, sono volte ad affrontare specifiche aree di criticità nella diagnosi e presa in carico delle persone con demenza, anche con soluzioni sperimentali e innovative o con l'ausilio di apparecchiature.

Le aree progettuali, all'interno delle quali predisporre le linee di azioni, sono quelle indicate nel decreto del 5 settembre 2024 e qui di seguito riportate:

1. potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/Mild Cognitive Impairment (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie e proseguendo nell'osservazione dei soggetti con DNC/MCI arruolati fino all'eventuale conversione a demenza;
2. potenziamento della diagnosi tempestiva del DNC maggiore, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie;

[1] si rappresenta l'obbligo di osservare quanto previsto nel punto 5 "Piano finanziario" del presente documento relativamente alle spese ritenute ammissibili come da indicazioni della Ragioneria Generale dello Stato e della Corte dei Conti

3. potenziamento della sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure in tutti i contesti assistenziali;
4. definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di tele-riabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente Fondo;
5. consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (Centri per i disturbi cognitivi e demenze, Centri Diurni, RSA, cure domiciliari etc.) e comunque nei contesti di vita delle persone.

Nella definizione dei Piani triennali, le Regioni e le Province autonome dovranno:
- tener conto dei risultati raggiunti attraverso gli interventi previsti nei Piani triennali di attività in accordo con il decreto del 23 dicembre 2021 e il decreto di proroga del 31 ottobre 2023 (Fondo per l'Alzheimer e Demenze 2021-2023), valorizzando l'efficacia e l'efficienza delle iniziative intraprese.
- favorire la trasferibilità delle iniziative più efficaci ed efficienti ad altre Regioni e Province autonome.
- favorire il potenziamento dei risultati raggiunti e il corretto impiego delle risorse attraverso azioni di collaborazione interregionale.

Occorre, inoltre, tener conto delle risultanze emerse dalle attività promosse dal Ministero della salute attraverso il Tavolo permanente sulle demenze con il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità, previste dal suddetto decreto, nello specifico:
- "Linea Guida sulla diagnosi e trattamento della demenza e del Mild Cognitive Impairment" (MCI), pubblicata il 7 dicembre 2023 sul sito web del Sistema Nazionale Linee Guida;
- Report nazionale "Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze. Le attività dell'Osservatorio demenze dell'istituto Superiore di Sanità", nonché gli specifici report redatti per ogni singola Regione e Provincia autonoma.

Le linee d'azione dovranno essere redatte, utilizzando il format dedicato secondo le indicazioni di seguito riportate:
- indicare una o più soluzioni/interventi, tra quelle per le quali sussistono evidenze, esplicitando l'impatto sul sistema sanitario, ad esempio: in termini di maggiore disponibilità di informazioni, diffusione e sostegno di evidenze, miglioramento della qualità assistenziale, aumento della capacità di risposta, aumento dell'offerta di formazione, ecc.
- descrivere i metodi e l'approccio con il quale si intendono attuare le soluzioni/interventi proposte;
- descrivere in modo sintetico ed esauriente l'ambito istituzionale e programmatorio (piani regionali, piani aziendali, altro) di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti;
- valutare l'applicabilità del processo di intervento e la trasferibilità dell'efficacia dell'intervento in altre località della regione/provincia autonoma, nonché nella pratica generale del servizio sanitario nazionale; è opportuno esplicitare l'eventuale collaborazione di più regioni/province autonome su singole aree progettuali;
- verificare la coerenza degli interventi proposti con gli obiettivi del Piano nazionale demenze.

DESCRIZIONE LINEE ATTIVITA', OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI E REFERENTI

È possibile indicare uno oppure più obiettivi generali. Ogni obiettivo generale indicato deve coincidere con una delle cinque aree progettuali previste dal decreto del 5 settembre 2024

sopraripportate. L'obiettivo generale deve essere definito con precisione ed articolato in singoli obiettivi specifici tra loro coerenti.
Relativamente alle unità operative si segnala che, qualora siano previsti dei soggetti privati, il loro coinvolgimento deve essere ampiamente motivato e non a scopo di lucro. Inoltre, devono essere illustrati i criteri di scelta e richiamato il rispetto delle normative comunitarie in materia di appalti pubblici (D.lgs. n. 36/2023). Pertanto, nel caso di coinvolgimento di uno o più soggetti privati sarà necessario esplicitare nel piano le modalità con le quali verrà garantito il rispetto della normativa vigente. Nel caso di eventuali procedure di gara per la scelta del contraente non ancora completate, non sarà possibile indicare nel piano esecutivo un soggetto specifico, ma dovranno essere indicati i requisiti e le caratteristiche che il soggetto privato dovrà possedere. Si ribadisce che tali eventuali procedure non potranno costituire motivo di ritardo per l'avvio delle attività. La responsabilità delle procedure e del rispetto di quanto su indicato resta in capo alla Regione.

VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E CRONOPROGRAMMA

Si raccomanda di definire con chiarezza per ogni obiettivo generale e specifico risultati attesi, indicatori (numeratore/denominatore), fonte di verifica e standard di risultato.

Ai fini di una descrizione appropriata di quanto richiesto, si rammenta di tener conto dei criteri previsti nel decreto del 5 settembre 2024 in merito alla modalità di valutazione e monitoraggio dei Piani da parte del Tavolo permanente sulle demenze, e di seguito riportati:

- ✓ coerenza organizzativa degli interventi proposti;
- ✓ fattibilità tecnica e finanziaria;
- ✓ appropriatezza degli interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche;
- ✓ innovatività delle soluzioni proposte;
- ✓ collaborazione interregionale.

Si rappresenta, inoltre, la necessità di considerare nella redazione del piano di attività e del cronoprogramma, tutte quelle azioni volte a:

- sottoscrivere eventuali ulteriori accordi di collaborazione con le unità operative del piano o con altri soggetti pubblici idonei alla realizzazione delle attività;
- espletare procedure per il reclutamento del personale da utilizzare per la realizzazione delle attività previste nel piano.

Si rammenta che, ai fini del monitoraggio, il Tavolo permanente sulle demenze procede con cadenza periodica ad acquisire, da parte delle regioni e delle province autonome, dei *report* sulle attività svolte, al fine di avere contezza dei seguenti aspetti:

- ✓ punti di forza eventualmente trasferibili ad altre realtà regionali
- ✓ eventuali criticità
- ✓ necessarie motivate ripianificazioni delle attività
- ✓ obiettivi raggiunti/ obiettivi riparametrati

Relativamente alle modalità di erogazione del fondo, si rammenta la necessità di attenersi alle scadenze previste dall'allegato 1 del Decreto e di seguito riportate:

La prima annualità del finanziamento (anno 2024), pari a euro 4.600.000,00 è trasferita alle Regioni, secondo le seguenti modalità:

- *50% a seguito della presentazione dei piani triennali da parte delle Regioni e Province autonome*
- *il restante 50% a seguito dell'approvazione da parte del Tavolo permanente sulle demenze dei nuovi Piani triennali e dell'attestazione da parte delle Regioni della spesa del 100% del precedente finanziamento, di cui al decreto del 31 ottobre 2023 citato in premessa.*

La seconda annualità del finanziamento (anno 2025), pari a euro 14.400.000,00 è erogata a seguito della valutazione positiva da parte del Tavolo permanente sulle demenze della relazione intermedia sulle attività

svolte e della rendicontazione di spesa attestante l'impegno/spesa di almeno il 40% del totale finanziamento dell'annualità del 2024 da presentare al Ministero della salute entro il 28 febbraio 2025.
La terza annualità del finanziamento (anno 2026), pari a euro 14.400.000,00 è erogato a seguito della valutazione positiva da parte del Tavolo permanente sulle demenze della relazione intermedia sulle attività svolte e della rendicontazione attestante l'impegno/spesa dell'80% delle quote erogate relative alle annualità del 2024 e del 2025, da presentare entro il 02 marzo 2026.
Le Regioni e Province autonome potranno utilizzare le risorse fino al 30 luglio 2027.
Entro il 30 settembre 2027 le Regioni e le Province autonome inviano la relazione finale sulle attività svolte e la rendicontazione complessiva delle spese sostenute fino al periodo del 30 luglio 2027, relative al finanziamento triennale, che verranno sottoposte alla valutazione del Tavolo permanente sulle demenze.
Ciascuna Regione e Provincia autonoma si impegna a restituire le somme ricevute dal Ministero della salute non spese, secondo modalità e tempi che saranno comunicati per iscritto dal Ministero della salute stesso.

2. PIANO FINANZIARIO

Per ogni unità operativa sarà necessario indicare:

- nome dell'unità operativa
- descrizione della risorsa (voce di spesa)
- razionale della spesa
- importo

È necessario, per ogni risorsa che si intende utilizzare, prevedere una breve descrizione della stessa e indicarne il razionale, dal quale emergano le correlazioni con le attività sostenute per il raggiungimento degli obiettivi, ivi comprese le spese generali.

Esempio:

Risorsa (voce e descrizione)	Razionale della spesa
Personale - sanitario - …..	- professioni sanitarie attinenti alle finalità del Fondo - …….
Beni attrezzature informatiche - …..	- tablet e pc da utilizzare per attività attinenti alle finalità del Fondo - …..
Apparecchiature sanitarie …..	- apparecchiature sanitarie attinenti alle finalità del Fondo
Servizi - sviluppo piattaforma web -….	- creazione e gestione di un sito web -….
Missioni - Spese viaggio e soggiorno - …..	- missioni svolte per la partecipazione a riunioni necessarie per l'avanzamento del piano
Spese generali - costi indiretti	- spese di cancelleria/telefoniche/energia ecc., sostenute dall'ente per la gestione amministrativa del piano

Il piano finanziario generale sarà il risultato della sommatoria di ciascuna voce di spesa.
Tutti i costi dovranno essere documentabili e suddivisi per voci, nel rispetto di pertinenza, congruità e coerenza. Per ogni voce di spesa sarà necessario garantire il rispetto del principio di economicità proprio della pubblica amministrazione. A titolo di esempio, non verranno ammesse a rimborso spese per l'acquisto di attrezzature informatiche (ad es. personal computer) aventi caratteristiche e prestazioni al di sopra di quelle necessarie alla realizzazione del piano.

Si segnala la necessità di effettuare, a partire già dalla fase progettuale, un'analisi completa dei costi**,** al fine di pervenire ad un piano finanziario definitivo.

5.1 Rimodulazioni del piano finanziario

Il piano finanziario relativo al progetto potrà essere modificato, previa autorizzazione del Ministero, che valuterà la sussistenza di ragioni di necessità ed opportunità, unicamente nelle fasi di presentazione delle relazioni intermedie, ovvero:

- Relazione intermedia da presentare entro il 28 febbraio 2025;
- Relazione intermedia da presentare entro il 2 marzo 2026.

L'eventuale richiesta di rimodulazione dovrà essere sottoscritta dal referente scientifico e amministrativo, valutata positivamente dalla Regione, e dovrà fornire adeguate motivazioni, posto che la natura ed il contenuto delle modifiche siano coerenti con gli obiettivi che si intendono raggiungere.
In aggiunta alle rimodulazioni eventualmente presentate e autorizzate, secondo i suddetti criteri, e fermo restando l'invarianza del finanziamento complessivo, è consentito, in sede di rendicontazione finale da inviare entro il 30 settembre 2027, il trasferimento, tra ciascuna voce di spesa del piano finanziario senza la preventiva autorizzazione del Ministero, nel limite massimo del 10%.
Anche nella fase di rendicontazione finale, la Regione dovrà fornire adeguate motivazioni, posto che la natura ed il contenuto delle modifiche siano coerenti con gli obiettivi che si intendono raggiungere.

5.2 Descrizione delle voci di spesa

Per le voci di spesa, si chiarisce quanto di seguito.

- ***Personale***

Sotto questa voce è possibile destinare risorse esclusivamente per il reclutamento di personale esterno all'Ente e pertanto sono ammissibili a rimborso solamente le spese di personale derivanti dalla stipula di contratti a tempo determinato, previsti dalla normativa vigente.
Sarà possibile il ricorso ad assegni di ricerca, dottorati ed eventuali altre forme di reclutamento e /o finanziamento. Sarà inoltre possibile ricorrere alle borse di studio purché la formazione dei soggetti beneficiari delle stesse, eventualmente prevista, sia esplicitamente correlata agli specifici obiettivi e attività previsti dal Fondo.
Non è ammissibile il reclutamento di personale non direttamente connesso alle finalità del Fondo.
Resta inteso che la correttezza delle procedure di reclutamento del personale dovrà essere sempre verificata dalla Regione nel rispetto della normativa vigente.
Si precisa, inoltre, che le spese complessive della voce di personale non potranno essere superiori al 70% del costo totale del piano, di cui soltanto il 5% potrà essere eventualmente destinato al personale amministrativo, appositamente reclutato per le attività del fondo, atteso che le Regioni sono tenute a dichiarare la mancanza di risorse interne per la gestione delle procedure amministrative. Non sono ammessi incentivi per il personale interno.

Nel piano finanziario per tale voce dovranno essere specificate le singole figure professionali senza indicare il relativo corrispettivo; l'importo da inserire a tale voce dovrà essere, infatti, solo quello complessivo. In fase di rendicontazione sarà invece necessario specificare per ciascuna figura professionale, la qualifica, il periodo di riferimento del contratto e relativi costi sostenuti e/o impegnati.

- ***Beni***

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

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)
- 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.

- ***Apparecchiature sanitarie***

Sotto questa voce è possibile ricomprendere l'acquisizione di apparecchiature sanitarie strettamente correlate alle finalità del Fondo.

- ***Servizi***

Sotto questa voce è possibile ricomprendere l'acquisizione di servizi funzionali alla realizzazione del piano 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 piano)
- 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 la Regione non può far fronte con risorse proprie.
Le spese relative a cene sociali/servizi di catering/coffee break, etc., pur se riferite a incontro/convegno/evento formativo, non sono ammissibili.

- ***Missioni***

Questa voce si riferisce alle spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) che unicamente il personale dedicato al piano 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 evidenzi l'effettiva necessità di partecipazione ai fini del raggiungimento degli obiettivi proposti. Rimane inteso che 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.

- ***Spese generali***

Per quanto concerne questa voce, si precisa che la stessa non può incidere in misura superiore al 7% sul finanziamento complessivo. 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. Si specifica che in sede di verifica della rendicontazione, la quota dei costi indiretti sarà riproporzionata in relazione alle spese ritenute ammissibili.

6. SISTEMA DI MONITORAGGIO DELL'IMPIEGO DELLE SOMME

In accordo con quanto previsto dall'art 4 del Decreto del 5 settembre 2024, il Tavolo permanente sulle demenze assicura il monitoraggio dell'impiego delle somme tramite l'acquisizione di report periodici da parte delle Regioni e Province autonome. In merito a quanto previsto dall'allegato tecnico del suddetto decreto, si rappresenta che i report periodici/relazioni intermedie e la relazione/rendicontazione finale dovranno essere trasmesse utilizzando il format del Ministero (rispettivamente allegato 1 e allegato 3), unitamente alla dichiarazione di conformità, a firma dei responsabili scientifico/amministrativo (allegato 2), delle spese sostenute e contestuale attestazione che le procedure in materia di reclutamento del personale, acquisizione di beni, servizi e apparecchiature sanitarie sono conformi a quanto previsto dalla normativa vigente.

In sede di rendicontazione finale il Ministero si riserva la facoltà di richiedere alla Regione copia della documentazione giustificativa delle spese, riportate nei rendiconti finanziari, di cui all'allegato 1 e 3.

Il Ministero può richiedere in qualsiasi momento di conoscere lo stato di avanzamento delle attività e delle rendicontazioni.

7. QUESITI/RICHIESTE DI CHIARIMENTI

Qualsiasi tipologia di quesito/richiesta di chiarimento dovrà essere trasmesso unicamente per il tramite della Commissione della Salute, al seguente indirizzo pec: dgprev@postacert.sanita.it

-

ALLEGATO B					
AREA	**ASR**	**Budget complessivo assegnato**	**ANNUALITA' 2024**	**ANNUALITA' 2025**	**ANNUALITA' 2026**
AREA OMOGENEA "TORINO"	ASL CITTA' DI TORINO	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
	AOU CITTA' DELLA SALUTE	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
	ASL TO4 COMPRESA QUOTA per il PRESIDIO OSPEDALIERO BEATA VERGINE DELLA CONSOLATA (coordinamento scientifico)	€ 266537,35 (115000+151537,35)	€ 33960,23 (16000+17960,23)	€ 116288,56 (49500+66788,56)	€ 116288,56 (49500+66788,56)
	ASL TO5	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
AREA OMOGENEA "TORINO OVEST"	ASL TO3	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
	AOU S.LUIGI GONZAGA	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
	AO ORDINE MAURIZIANO	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
AREA OMOGENEA "PIEMONTE SUD OVEST"	ASL CN1	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
	ASL CN2	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
	AO S.CROCE E CARLE CN	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
AREA OMOGENEA "PIEMONTE NORD EST"	ASL NO	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
	ASL VC	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
	ASL VCO	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
	ASL BI	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
	AOU NOVARA	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
AREA OMOGENEA "PIEMONTE SUD EST"	ASL AL	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
	ASL AT	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
	AOU ALESSANDRIA	€ 115.000,00	€ 16.000,00	€ 49.500,00	€ 49.500,00
	TOTALE	€ 2.221.537,35	€ 305.960,23	€ 957.788,56	€ 957.788,56