

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 694 del 12/05/2025

Seduta Num. 22

Questo lunedì 12 **del mese di** Maggio
dell' anno 2025 **si è riunita in** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA - modalità mista
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) de Pascale Michele	Presidente
2) Colla Vincenzo	Vicepresidente
3) Allegni Gessica	Assessore
4) Baruffi Davide	Assessore
5) Conti Isabella	Assessore
6) Fabi Massimo	Assessore
7) Frisoni Roberta	Assessore
8) Mammi Alessio	Assessore
9) Mazzoni Elena	Assessore
10) Paglia Giovanni	Assessore
11) Priolo Irene	Assessore

Funge da Segretario: Colla Vincenzo

Proposta: GPG/2025/317 del 27/02/2025

Struttura proponente: SETTORE ASSISTENZA TERRITORIALE
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: ADOZIONE DEL PROGRAMMA REGIONALE "FONDO ALZHEIMER E
DEMENTE ANNUALITÀ 2024-2026" - ASSEGNAZIONE E CONCESSIONE
RISORSE ALLE AZIENDE USL REGIONALI, IMPEGNI DI SPESA E
CONTESTUALE ACCERTAMENTO ENTRATE

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Fabia Franchi

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- l'accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta del 30 ottobre 2014 (Rep. atti n. 135/CU) concernente il «Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana 13 gennaio 2015, n. 9, che fornisce indicazioni strategiche per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore, non soltanto con riferimento agli aspetti terapeutici specialistici, ma anche al sostegno e all'accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura;
- l'accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta del 26 ottobre 2017 (Rep. atti n. 130/CU) sul documento concernente: "Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per le demenze" e sul documento concernente "Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze";
- il documento approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, nella seduta del 6 agosto 2020, concernente: "Raccomandazioni per la governance e la clinica nel settore delle demenze";
- la 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" che all'art. 1, comma 247 integra l'articolo 1, comma 330, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, aggiungendo il seguente periodo: «La dotazione del Fondo di cui al primo periodo è incrementata di 4.900.000 euro per l'anno 2024 e di 15.000.000 di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026»;
- il Decreto del Direttore Generale della Prevenzione sanitaria 11 febbraio 2021 con il quale è stato costituito il «Tavolo permanente sulle demenze», con il coordinamento del Ministero della salute e in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità (ISS) e che vede la partecipazione di tutti i soggetti istituzionali e associativi direttamente coinvolti nella definizione degli interventi di protezione sociale, diagnosi e presa in carico delle persone affette da demenze e Alzheimer;
- il decreto del direttore generale della prevenzione sanitaria 22 luglio 2022 con il quale è stato ricostituito il predetto tavolo;

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

- il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 5 settembre 2024 di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze per le annualità 2024-2026 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 235 serie generale del 07/10/2024;

Richiamate le principali deliberazioni regionali in materia:

- n. 2581 del 30 dicembre 1999, "Progetto regionale demenze: approvazione linee regionali e primi Interventi attuativi. Assegnazione finanziamenti Aziende U.S.L."

- n. 990 del 27 giugno 2016, "Aggiornamento del Progetto Regionale Demenze (DGR 2581/99) e recepimento del Piano Nazionale Demenze" relativa alla ridefinizione degli obiettivi del piano regionale demenze e alla realizzazione dei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) su tutto il territorio regionale;

- n. 858 del 16 giugno 2017, "Adozione delle linee attuative della L.R. n° 2 del 28 marzo 2014 - Norme per il riconoscimento e sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza)" contenente una serie di indicazioni per attuare interventi di sostegno e supporto anche ai caregiver di persone con demenza;

- n. 159 del 4 febbraio 2019, "Recepimento linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) per le demenze e linee di indirizzo nazionali sull'uso dei sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze" relativa alle indicazioni per la realizzazione dei percorsi di cura della persona con demenza e del suo caregiver e agli strumenti per la costruzione del sistema informativo regionale sulle demenze;

- n. 2062 del 6 dicembre 2021, "Approvazione linee di indirizzo per l'organizzazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale della persona con demenza ad esordio precoce nella Regione Emilia-Romagna che fornisce indicazioni sul percorso di cura per le demenze in persone di età inferiore ai 65 anni e di integrazione con il progetto demenze regionale;

- n. 1774 del 24 ottobre 2022 "Adozione del programma nazionale "fondo Alzheimer e demenze annualità 2021-2023". riparto, assegnazione e concessione alle aziende sanitarie. CUP E49G22000590001 - Accertamento di entrata";

- n. 357 del 4 marzo 2024 "Modifica piano finanziario generale approvato con propria deliberazione 1774/2022: "Adozione del programma nazionale "Fondo Alzheimer e demenze annualità 2021-2023". riparto, assegnazione e concessione alle aziende sanitarie. CUP E49G22000590001 - accertamento di entrata";

Considerato che:

- delle cinque aree di intervento proposte dal Tavolo permanente sulle demenze, la Regione ne ha individuate tre che riguardano la realizzazione degli interventi rivolti a potenziare e qualificare la diagnosi, cura ed assistenza alle persone con disturbi cognitivi e a supportare le loro famiglie:

1) linea 1, 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) linea 4, attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di teleriabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente fondo

3) linea 5, 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;

le linee strategiche 1 e 5 si collocano in continuità con gli interventi attivati dalla Regione nel Fondo per l'Alzheimer e demenze 2021-2023. Si è invece sospesa l'adesione alla linea strategica relativa alla diffusione degli interventi di telemedicina - avendo raggiunto obiettivi prefissati già con il precedente Fondo e non rilevando, tra le priorità attuali, ulteriori necessità di questi strumenti - a favore della partecipazione alla linea 4, per collaborare allo sviluppo di un protocollo di studio a carattere nazionale finalizzato a valutare l'efficacia e la sicurezza di software di stimolazione cognitiva;

- il Piano triennale di attività relativo alle aree di intervento 1 e 5 è stato predisposto con il coinvolgimento delle Aziende Sanitarie nell'ambito di incontri dedicati relativi alle diverse aree progettuali;

- nella seduta del Tavolo permanente sulle demenze dell'11/02/2025 è stata espressa valutazione positiva sul Piano triennale delle attività presentato dalla Regione Emilia-Romagna per il Fondo Alzheimer e demenze, in attuazione di quanto previsto nel citato DM 5 settembre 2024;

Dato atto che:

- il Piano triennale sarà attuato dalle Aziende sanitarie regionali attraverso il coordinamento del Settore Assistenza Territoriale;
- come previsto dal richiamato DM del 5 settembre 2024, il Tavolo permanente sulle demenze procederà ad acquisire con cadenza semestrale i report sulle attività svolte al fine di avere contezza dei:
 - punti di forza, eventualmente trasferibili ad altre realtà;
 - eventuali criticità;
 - necessarie ripianificazioni delle attività;
 - obiettivi raggiunti ovvero obiettivi riparametrati.

Dato atto che il citato decreto ministeriale del 5 settembre 2024 prevede inoltre le seguenti modalità di erogazione delle risorse:

- La prima annualità del finanziamento (anno 2024), pari a euro 4.600.000,00, è trasferita alle regioni per il 50% a seguito della presentazione dei piani triennali da parte delle regioni e per 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;
- 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 2 marzo 2026;

Considerato che alla regione Emilia-Romagna sono stati assegnati complessivamente 2.171.765,53 euro distribuiti su tre annualità come di seguito riepilogato:

Anno 2024	Anno 2025	Anno 2026	Totale Triennio
€299.105,43	€936.330,05	€936.330,05	€2.171.765,53

Dato atto, inoltre che sulla base delle valutazioni effettuate dalla competente struttura del Settore Assistenza Territoriale, le norme di cui l'articolo 11 della legge 16 gennaio 2003, n. 3 non risultano applicabili all'attività oggetto del finanziamento di cui al presente provvedimento;

Ritenuto di:

- adottare il Piano di attività 2024-2026 relativamente Fondo per l'Alzheimer e le demenze, come riportato nell'**allegato 1**, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- suddividere la cifra assegnata alla Regione Emilia-Romagna, per complessivi euro 2.171.765,53, sulla base dei seguenti criteri:
 - 840.000,00 euro in quota fissa alle aziende sanitarie che, in continuità con il piano precedente, hanno deciso di aderire alla nuova progettualità;
 - 100.000,00 euro assegnate alla AUSL di Modena per le attività di coordinamento e supporto tecnico;
 - 110.000,00 euro assegnate alla AUSL di Bologna per la progettualità della linea 4;
 - 1.121.765,53 euro suddivisi tra le AUSL regionali sulla base del criterio della popolazione residente al 1° gennaio 2024 con età >=65 anni;

Considerato che, con propria delibera n. 2391/2024, si è provveduto, tra l'altro, a dare mandato al competente Settore Ragioneria ad eseguire, tra le altre, la registrazione dell'impegno contabile riferito alla quota del Fondo Alzheimer e demenze anno 2024, pari ad euro 299.105,43, a valere sul competente capitolo del Bilancio finanziario gestionale 2024-2026, anno di previsione 2024, stabilendo che dette risorse, impegnate ai fini del rispetto dell'art. 20 del D.Lgs. 118/2011 in base alla specificità del principio di competenza finanziaria delineata dal Titolo II del predetto D.Lgs. 118/2011, sarebbero state assegnate, con successi-

vi provvedimenti, a favore degli Enti del Servizio Sanitario Regionale;

Dato pertanto atto che la suddetta somma di euro 299.105,43 è conservata al residuo n. 3024011453 del capitolo U51864 "TRASFERIMENTI AD AZIENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DELLE RISORSE A VALERE SUL FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE (ART. 1, COMMA 330, LEGGE 30 DICEMBRE 2020, N. 178) - MEZZI STATALI" del bilancio finanziario gestionale di previsione 2025-2027, gestione residui, sul quale la stessa è stata impegnata in attuazione della propria deliberazione n. 2391/2024;

Dato inoltre atto, in relazione alle risorse del Fondo Alzheimer e demenze delle annualità 2025 e 2026, che la spesa di complessivi euro 1.872.660,10 trova copertura a valere sulle risorse allocate al suddetto capitolo U51864 del bilancio finanziario gestionale 2025-2027, per un importo di euro 936.330,05 - anno di previsione 2025 e di euro 936.330,05 - anno di previsione 2026;

Ritenuto, sulla base delle tre aree progettuali su cui si è stabilito di intervenire, di assegnare e concedere alle Aziende USL regionali il "Fondo per l'Alzheimer e le demenze" per il triennio 2024-2026, secondo l'articolazione annua indicata, rispettivamente, alle colonne 1, 2 e 3 dell'allegato 2 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per complessivi euro 2.171.765,53, indicati alla colonna 4;

Ritenuto che ricorrano tutti gli elementi previsti dall'art. 20, Titolo II, del suddetto D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., e che, pertanto, si possa procedere con il presente atto all'assunzione degli impegni di spesa riferiti alla citata somma complessiva di euro 1.872.660,10 come specificato nel punto 4) del dispositivo del presente provvedimento;

Dato atto che è stato accertato che le previsioni di pagamento a valere sull'anno 2025 sono compatibili con le prescrizioni di cui all'art. 56, comma 6, del citato D.Lgs. n. 118/2011 e che analoga attestazione dovrà essere resa nei successivi provvedimenti nei quali si articolerà la procedura di spesa per l'anno 2026;

Dato inoltre atto che con la citata delibera di giunta regionale n. 2391/2024 si è provveduto ad integrare l'accertamento n. 6024001959 riferito alla quota 2024 del Fondo Alzheimer e demenze sul competente capitolo E02662 "ASSEGNAZIONE DELLO STATO A VALERE SUL FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE (ART. 1, COMMA 330-332, LEGGE 30 DICEMBRE 2020, N. 178)" del bilancio finanziario gestionale 2024-2026, anno di previsione 2024;

Visto l'art. 20, comma 2, Titolo II del D.lgs. n. 118/2011 secondo il quale "Per garantire effettività al finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria, le regioni: a) accertano ed impegnano nel corso dell'esercizio l'intero importo corrispondente al finanziamento sanitario corrente, ivi compresa la quota premiale condizionata alla verifica degli adempimenti regionali, e le quote di finanziamento sanitario vincolate o finalizzate [...]";

Ritenuto necessario, in virtù del citato art. 20, comma 2 del D.lgs. n. 118/2011, procedere all'accertamento dell'entrata di complessivi euro 1.872.660,10, sul citato capitolo E02662 del bilancio finanziario gestionale 2025-2027, per euro 936.330,05 - anno di previsione 2025 e per euro 936.330,05 - anno di previsione 2026;

Ritenuto infine di:

- stabilire che le risorse saranno utilizzate dalle aziende sanitarie per attuare le azioni previste nel Piano triennale in coerenza con la relativa programmazione;
- stabilire altresì che il Settore Assistenza Territoriale, nel rispetto delle modalità indicate dal Ministero della Salute, si avvarrà di un professionista esperto nel monitoraggio e nella rendicontazione dei progetti che sarà individuato con apposita procedura, incaricato e retribuito dalla AUSL di Modena, con quota parte del finanziamento del fondo in oggetto;
- autorizzare il Dirigente regionale competente della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare alla adozione dei successivi atti di liquidazione delle risorse alle Aziende sanitarie a seguito dell'avvenuto trasferimento delle stesse da parte del Ministero della Salute, e ad eventuali ulteriori adempimenti richiesti a livello nazionale, oltre alle rimodulazioni del piano finanziario, previa assenso del Ministero, entro i limiti delle assegnazioni disposte con il presente provvedimento;

Richiamati:

- il decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, recante "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 articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", e

ss.mm.ii. ed in particolare il Titolo II "Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario;

- la L.R. 16 luglio 2018 n. 9/2018 "Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle Aziende sanitarie e Gestione Sanitaria Accentrata. Abrogazione della Legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50, e del Regolamento regionale 27 dicembre 1995, n. 61. Altre disposizioni in materia di organizzazione del Servizio Sanitario Regionale" e ss.mm.ii.;

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", e ss.mm.ii. e in particolare l'art. 22;

- la legge regionale 15 novembre 2001, n. 40 "Ordinamento contabile della Regione Emilia-Romagna, abrogazione delle leggi regionali 6 luglio 1977, n.31 e 27 marzo 1972, n. 4" per quanto applicabile;

- la legge 16 gennaio 2003, n. 3 "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione";

- la L.R. 26 novembre 2001 n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche e integrazioni;

- la legge regionale 31 marzo 2025, n. 2 "Disposizioni collegate alla legge regionale di stabilità per il 2025";

- la legge regionale 31 marzo 2025, n.3 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025-2027 (legge di stabilità regionale 2025)";

- la legge regionale 31 marzo 2025, n. 4 "Bilancio di previsione della regione Emilia-Romagna 2025-2027";

- la propria deliberazione n. 470 del 01/04/2025 "Approvazione del Documento tecnico di accompagnamento e del Bilancio finanziario gestionale di previsione della Regione Emilia-Romagna 2025-2027";

Richiamate altresì le proprie deliberazioni:

- n. 325 del 7 marzo 2022 "Consolidamento e rafforzamento delle capacità amministrative: riorganizzazione dell'ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale";

- n. 2319 del 22 dicembre 2023 "Modifica degli assetti organizzativi della Giunta regionale. Provvedimenti di

potenziamento per fare fronte alla ricostruzione post alluvione e indirizzi operativi”;

- n. 2077 del 27 novembre 2023 “Nomina del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza” per le strutture della Giunta della Regione Emilia-Romagna, a decorrere dal 1° dicembre 2023 e per la durata di anni tre;
- n. 876 del 20 maggio 2024 “Modifica dei macro-assetti organizzativi della Giunta regionale”;
- n. 157 del 29/01/2024 “Piano Integrato delle attività e dell’organizzazione 2024-2026. Approvazione” e succ. mod.;
- n. 2376 del 23 dicembre 2024, “Disciplina organica in materia di organizzazione dell’Ente e gestione del personale. Aggiornamenti in vigore dal 1° gennaio 2025”;
- n. 279 del 27/02/2025 “Conferimento incarico di Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare a dirigente regionale”;

Richiamate le determinazioni dirigenziali:

- n. 2335 del 9 febbraio 2022, recante “Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto Legislativo n. 33/2013. Anno 2022”;
- n. 6229 del 31 marzo 2022 “Riorganizzazione della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare. Istituzione aree di lavoro. Conferimento incarichi dirigenziali”;
- n. 14385 del 29 giugno 2023, recante “Modifica dell'assetto delle aree della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Conferimento incarico”;
- n. 27228 del 29 dicembre 2023, recante “Proroga incarichi dirigenziali presso la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare”;
- n. 3826 del 24 febbraio 2025 “Proroga incarichi dirigenziali nell'ambito della direzione generale politiche finanziarie”;
- n. 3968 del 26 febbraio 2025 “Proroga degli incarichi di elevata qualificazione nell'ambito della direzione generale “politiche finanziarie”.”;

Visti infine:

- il Regolamento Europeo 27 aprile 2016, n. 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati;
- il D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il “Codice in materia di protezione dei dati personali”, modificato ed inte-

grato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n.101 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)";

Richiamate le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017, relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, così come previsto dalla delibera di Giunta regionale n. 2376/2024;

Dato atto che il Responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri e dei visti di regolarità contabile Entrate e Spese, allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate, di adottare il Piano triennale 2024-2026 - Fondo per l'Alzheimer e le demenze della Regione Emilia-Romagna, allegato 1 e parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di assegnare e concedere alle Aziende USL regionali il "Fondo per l'Alzheimer e le demenze" per il triennio 2024-2026, secondo l'articolazione annua indicata, rispettivamente, alle colonne 1, 2 e 3 dell'allegato 2 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per complessivi euro 2.171.765,53, indicati alla colonna 4;
3. di dare atto che la quota del Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024, pari ad euro 299.105,43, indicata alla colonna 1 del citato Allegato 2, è conservata al residuo n. 3024011453 del capitolo U51864 TRASFERIMENTI AD AZIENDE ED ENTI DEL SER-

VIZIO SANITARIO REGIONALE DELLE RISORSE A VALERE SUL FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE (ART. 1, COMMA 330, LEGGE 30 DICEMBRE 2020, N. 178) - MEZZI STATALI" del bilancio finanziario gestionale di previsione 2025-2027, gestione residui, sul quale la stessa è stata impegnata in attuazione della D.G.R. n. 2391/2024;

4. di imputare contabilmente a favore delle aziende sanitarie la spesa complessiva di euro **1.872.660,10**, nel seguente modo:

quanto a euro **936.330,05** indicati alla colonna 2 del suddetto Allegato 2, registrati al n. **3025008833** di impegno sul capitolo n. U51864 "TRASFERIMENTI AD AZIENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DELLE RISORSE A VALERE SUL FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE (ART. 1, COMMA 330, LEGGE 30 DICEMBRE 2020, N. 178) - MEZZI STATALI" del bilancio finanziario gestionale 2022-2024 anno di previsione **2025**, approvato con propria deliberazione n. 470/2025 che presenta la necessaria disponibilità;

quanto a euro 936.330,05 indicati alla colonna 3 del suddetto Allegato 2, registrati al n. **3026001754** impegno sul capitolo n. U51864 "TRASFERIMENTI AD AZIENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DELLE RISORSE A VALERE SUL FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE (ART. 1, COMMA 330, LEGGE 30 DICEMBRE 2020, N. 178) - MEZZI STATALI" del bilancio finanziario gestionale 2022-2024 anno di previsione **2026**, approvato con propria deliberazione n. 470/2025 che presenta la necessaria disponibilità,

ed in relazione al quale capitolo, in attuazione del d.lgs.118/2011, la stringa concernente la codificazione della transazione elementare, risulta essere la seguente:

Missione	Programma	Codice economico	COFOG	Transazione UE
13	07	U.1.04.01.02.011	07.4	8
Codice gestionale SIOPE			C.I. spesa	Gestione sanitaria
1040102011			3	4

5. di accertare la somma complessiva di euro 1.872.660,10 quale credito nei confronti del Ministero della Salute, registrata come segue:

- quanto ad euro 936.330,05 registrati al n. di accertamento 6025001345 del capitolo E02662 "ASSEGNAZIONE DELLO STATO A VALERE SUL FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE (ART. 1, COMMA 330, LEGGE 30 DICEMBRE 2020, N. 178)" del bilancio finanziario gestionale 2025-2027, anno di previsione 2025, approvato con delibera n. 450/2025;
 - quanto ad euro 936.330,05 registrati al n. di accertamento 6026000241 del suddetto capitolo E02662 del bilancio finanziario gestionale 2025-2027, anno di previsione 2026, approvato con delibera n. 450/2025;
6. di stabilire che le risorse saranno utilizzate dalle aziende sanitarie per attuare le azioni previste nel Piano triennale in coerenza con la relativa programmazione;
 7. di stabilire altresì che il Settore Assistenza Territoriale, nel rispetto delle modalità indicate dal Ministero della Salute, si avvarrà di un professionista esperto nel monitoraggio e nella rendicontazione dei progetti che sarà individuato con apposita procedura, incaricato e retribuito dalla AUSL di Modena, con quota parte del finanziamento del fondo in oggetto;
 8. di prevedere che il dirigente regionale competente della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare provvederà alla adozione dei successivi atti di liquidazione delle risorse alle Aziende sanitarie a seguito dell'avvenuto trasferimento delle stesse da parte del Ministero della Salute, e ad eventuali ulteriori adempimenti richiesti a livello nazionale, oltre alle rimodulazioni del piano finanziario, previa assenso del Ministero, entro i limiti delle assegnazioni disposte con il presente atto;
 9. che si provvederà alle ulteriori pubblicazioni previste dal PIAO vigente, nonché dalla Direttiva di Indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione, ai sensi dell'art. 7 bis, del D.lgs. n. 33 del 2013.

Format per i piani di attività di regioni e province autonome

Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026

DATI GENERALI

Regione: Emilia-Romagna

Enti partecipanti: AUSL Piacenza, AUSL Parma, AUSL Reggio Emilia, AUSL Modena, AUSL Bologna, AUSL Imola, AUSL Ferrara, AUSL Romagna.

Enti coinvolti: Azienda Ospedaliera Universitaria Padova (linea strategica 4); Istituto Superiore di Sanità (linea strategica 1 e linea strategica 4).

Aree progettuali:

Linea strategica 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.

Linea strategica 4) Definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di teleriabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente fondo per l'Alzheimer.

Linea strategica 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.

Risorse finanziarie

	Totale 2024	Totale 2025	Totale 2026	Totale Triennio
Emilia-Romagna	€299.105,43	€936.330,05	€936.330,05	€2.171.765,53

Referente scientifico: Dr.ssa Barbara Manni

Settore Assistenza Territoriale- Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare Regione Emilia-Romagna

E-mail: barbara.manni@regione.emilia-romagna.it

Dirigente di settore: Responsabile Settore Assistenza Territoriale

Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare Regione Emilia-Romagna

Dr.ssa Fabia Franchi

n. tel. 051-5277320; mobile: 348-3916710 E-mail: fabia.franchi@regione.emilia-romagna.it

Referente amministrativo: Dr.ssa Claudia Bignami

Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare Regione Emilia-Romagna

n. tel: 051-5275578 E-mail: claudia.bignami@regione.emilia-romagna.it

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

ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO

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

Il Disturbo Neurocognitivo minore (DNCCMin), anche noto come Mild Cognitive Impairment, rappresenta un'entità che presenta tre diverse traiettorie: a) prodromica allo sviluppo di un franco quadro di demenza b) rimane stabile nel corso degli anni c) può convertire ad un profilo cognitivo normale. Il DNCCMin/MCI rappresenta dunque una finestra d'opportunità nella quale il danno neurologico, in termini di neurodegenerazione, non ha ancora determinato una irreversibile compromissione dell'autonomia. Nonostante il fallimento della maggior parte dei farmaci disease modifying, l'esigenza di una diagnosi precoce ed accurata del DNCCMin/MCI resta fondamentale per intercettare i possibili candidati quando saranno disponibili farmaci efficaci nel contrastare l'evoluzione della malattia, ma anche per adottare precocemente programmi di prevenzione secondaria e di stimolazione cognitiva. In tal senso, risulta fondamentale una valutazione capillare del paziente con i primi sintomi di tipo cognitivo, focalizzata non solo sull'aspetto diagnostico-prognostico ma anche gestionale.

Il numero stimato di casi con DNCCMin/MCI è pari in Italia a circa 952.000 (Report Nazionale Osservatorio demenze Istituto Superiore di Sanità (ISS) 2021-2023) con una proiezione a triplicarne il numero nei prossimi anni. Ciò implica la necessità di adottare strategie di sanità pubblica che coinvolgano il setting della medicina generale e quello specialistico, nonché gli ambiti più sociali.

Negli ultimi anni si sono andate sviluppando una serie di carte del rischio cognitivo dall'impiego rapido e intuitivo a livello individuale. Tali strumenti potranno essere condivisi in maniera estesa, sul territorio, per guidare anche il personale medico meno specializzato (Es. MMG) all'individuazione precoce dei soggetti da indirizzare ai CDCD per approfondimenti mirati, in abbinamento al potenziamento dell'impiego di strumenti già esistenti (es. GPcog, CAIDE, BDSI, ANU-ADRI, DRS, American Heart Association's 7-item tool). Appare urgente definire delle strategie a livello individuale per la prevenzione della demenza in modo tale che si possa considerare in modo integrato anche il livello di popolazione così come definito recentemente dalla Lancet Commission che ha proposto 14 fattori di rischio modificabili per l'insorgenza della condizione.

Una delle aree progettuali previste dal Fondo Alzheimer e Demenze 2021-2023 si è focalizzata sul **"potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo Minore (DNC)/Mild Cognitive Impairment (MCI) e sullo sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, inclusi l'acquisto di apparecchiature sanitarie"**. A questa iniziativa hanno aderito nove Regioni (Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Marche, Molise, Sardegna, Toscana, Puglia), arruolando complessivamente circa 7.400 persone con DNC/MCI. Tuttavia, a causa di difficoltà di natura amministrativa e scientifica, non è stato possibile valutare il fenomeno della conversione a demenza.

In particolare, la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato un dataset minimo condiviso tra tutte le unità operative coinvolte per standardizzare la raccolta anamnestica iniziale. Questo dataset include test neuropsicologici, esami di laboratorio e informazioni anamnestiche con un'attenzione specifica ai fattori di rischio per il declino cognitivo. Ogni unità operativa è responsabile della conservazione e del trattamento dei dati raccolti. Per quanto riguarda le analisi statistiche regionali, il campione di

riferimento sarà completato grazie al reclutamento previsto nell'ambito del Fondo Alzheimer 2024-2026.

Un aspetto rilevante emerso in questa area progettuale è stata la collaborazione tra centri clinici di eccellenza a livello regionale. Tale sinergia ha consentito di definire un dataset fondato su solide basi scientifiche ed evidenze rilevanti, rappresentando un punto di forza cruciale per il progetto.

1.1.2 Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Dovendo proseguire l'osservazione dei soggetti con MCI arruolati con il Fondo per l'Alzheimer e Demenze 2021-2023 e considerando l'intento a partecipare a questa linea strategica di quattro nuove regioni (Calabria, Umbria Valle D'Aosta, Veneto) si è ritenuto, per poter dare una maggiore solidità all'osservazione della conversione o meno alla demenza di queste coorti regionali, di proporre un'analisi pooled a livello nazionale delle singole esperienze regionali. Questa attività presuppone la definizione di un minimum data set anamnestico, clinico, cognitivo e delle variabili biologiche/strumentali tra tutte le Regioni partecipanti a questa linea strategica. L'analisi pooled dei risultati a livello nazionale prevede che ogni regione analizzerà il fenomeno della conversione a demenza adottando lo stesso protocollo condiviso a livello nazionale. Dalle informazioni raccolte al baseline si tenterà anche di applicare le carte del rischio cognitivo individuali maggiormente utilizzate nella comunità scientifica internazionale in modo tale da poter disporre alla fine del progetto, per la prima volta, di una contestualizzazione degli strumenti di grande rilevanza in termini di sanità pubblica, su dati raccolti nella popolazione italiana.

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

Nell'ambito del Piano Nazionale delle Demenze, viene definito l'obiettivo 1: "Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria" con la finalità di "Aumentare le conoscenze della popolazione generale, delle persone con demenze e dei loro familiari, nonché dei professionisti del settore, ciascuno per i propri livelli di competenza e coinvolgimento, circa la prevenzione, la diagnosi tempestiva, il trattamento e l'assistenza delle persone con demenza con attenzione anche alle forme ad esordio precoce". Inoltre, nel nuovo Fondo Alzheimer e Demenze 2024-2026, è prevista, nel contesto dei progetti di linee strategiche regionali, la "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" (GU n.235 del 7 ottobre 2024).

1.1.4 Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

L'attuazione del progetto e la successiva valutazione dei risultati, in particolare per quanto riguarda la caratterizzazione della conversione a demenza e la fattibilità dell'applicazione delle carte del rischio cognitivo individuale, saranno strettamente legate alla concreta realizzazione delle attività da parte delle Regioni partecipanti e alla disponibilità dei dati necessari per l'inserimento nell'analisi aggregata a livello nazionale.

A livello regionale, la principale criticità emersa nella raccolta dei dati relativi al fondo precedente, ancora in essere, riguarda l'assenza di una cartella unica informatizzata. Questa problematica è stata gestita mediante l'implementazione di un database esterno, soluzione che, pur efficace, richiede un impegno aggiuntivo per la compilazione manuale dei campi richiesti, aumentando il carico di lavoro.

Un'ulteriore criticità riscontrata riguarda l'interruzione dei contratti del personale sanitario (psicologi e neuropsicologi) nel periodo di transizione tra la conclusione del fondo Alzheimer 2021-2023 e l'entrata in vigore del fondo 2024-2026. Tale sospensione ha compromesso la continuità del progetto, causando interruzioni nei follow-up per un periodo non definibile a priori e mettendo a rischio la validità dei dati raccolti.

In alcuni casi, le unità operative sono riuscite a superare questa difficoltà anticipando la stipula dei contratti con il personale, pur in attesa di conferma dell'ammissibilità di tali spese nel fondo 2024–2026.

1.1.5 Elementi di innovatività delle soluzioni e degli interventi proposti

L'innovatività del progetto consiste nel disporre, per la prima volta su più della metà delle Regioni italiane, di una stima del fenomeno della conversione a demenza di soggetti con MCI arruolati nel setting specialistico della pratica clinica corrente. Il valore aggiunto, rispetto ai dati presenti in letteratura, è quindi nella trasferibilità delle acquisizioni all'intero sistema sanitario del Paese in modo tale da poter fornire indicazioni ai decisori politici per definire strategie di sanità pubblica orientate all'ottimizzazione del case finding nel setting della medicina generale e all'organizzazione dei servizi specialistici dedicati al fenomeno delle demenze.

Il progetto inoltre potrà contribuire a definire la fattibilità nell'applicazione del contesto italiano delle principali carte del rischio cognitivo individuale. L'insieme di queste acquisizioni sarà utile per definire le azioni dedicate alla demenza nel prossimo Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2030 nonché nell'aggiornare i PDTA in essere nella demenza a livello regionale ed aziendale.

1.1.6 Aree territoriali interessate e trasferibilità delle soluzioni e degli interventi proposti

Tutte le Regioni e PA italiane.

1.1.7 Bibliografia

Anstey KJ, Cherbuin N, Herath PM, Qiu C, Kuller LH, Lopez OL, Wilson RS, Fratiglioni L. A self-report risk index to predict occurrence of dementia in three independent cohorts of older adults: the ANU-ADRI. *PLoS One*. 2014 Jan 23;9(1):e86141. doi: 10.1371/journal.pone.0086141.

Anstey KJ, Zheng L, Peters R, Kootar S, Barbera M, Stephen R, Dua T, Chowdhary N, Solomon A, Kivipelto M. Dementia Risk Scores and Their Role in the Implementation of Risk Reduction Guidelines. *Front Neurol*. 2022 Jan 4;12:765454. doi: 10.3389/fneur.2021.765454

Cullen, N.C., Leuzy, A., Janelidze, S. et al. Plasma biomarkers of Alzheimer's disease improve prediction of cognitive decline in cognitively unimpaired elderly populations. *Nat Commun* 12, 3555 (2021)

Deckers K, Barbera M, Köhler S, Ngandu T, van Boxtel M, Rusanen M, Laatikainen T, Verhey F, Soininen H,

Kivipelto M, Solomon A. Long-term dementia risk prediction by the LIBRA score: A 30-year follow-up of the CAIDE study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020 Feb;35(2):195-203. doi: 10.1002/gps.5235.

Fasano, F., Mitolo, M., Gardini, S, Venneri A, Caffarra P, Pazzaglia F. (2018) Combining Structural Magnetic Resonance Imaging and Visuospatial Tests to Classify Mild Cognitive Impairment. *Current Alzheimer Research*, 15 (3). pp. 237-246. ISSN 1567-2050

Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, Ames D, Banerjee S, Burns A, Brayne C, Fox NC, Ferri CP, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Kivimäki M, Larson EB, Nakasujja N, Rockwood K, Samus Q, Shirai K, Singh-Manoux A, Schneider LS, Walsh S, Yao Y, Sommerlad A, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet*. 2024 Aug 10;404(10452):572-628. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01296-0. Epub 2024Jul 31. PMID: 39096926.

Massetti N, Russo M, Franciotti R, Nardini D, Mandolini GM, Granzotto A, Bomba M, Delli Pizzi S, Mosca A, Scherer R, Onofri M, Sensi SL; Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (ADNI); Alzheimer's Disease Metabolomics Consortium (ADMC). A Machine Learning-Based Holistic Approach to Predict the Clinical Course of Patients within the Alzheimer's Disease Spectrum. *J Alzheimers Dis*. 2022;85(4):1639-1655. doi: 10.3233/JAD-210573

Ng TP, Lee TS, Lim WS, Chong MS, Yap P, Cheong CY, Yap KB, Rawtaer I, Liew TM, Gao Q, Gwee X, Ng MPE, Nicholas SO, Wee SL. Development, Validation and Field Evaluation of the

Singapore Longitudinal Ageing Study (SLAS) Risk Index for Prediction of Mild Cognitive Impairment and Dementia. J Prev Alzheimers Dis. 2021;8(3):335-344. doi: 10.14283/jpad.2021.19.

You J, Zhang YR, Wang HF, Yang M, Feng JF, Yu JT, Cheng W. Development of a novel dementia risk prediction model in the general population: A large, longitudinal, population-based machine-learning study. EClinicalMedicine. 2022 Sep 23;53:101665. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101665. PMID: 36187723; PMCID:PMC9519470.

Pirani A, Brodaty H, Martini E, Zaccherini D, Neviani F, Neri M. The validation of the Italian version of the GPCOG (GPCOG-It): a contribution to cross-national implementation of a screening test for dementia in general practice. Int Psychogeriatr. 2010 Feb;22(1):82-90. doi: 10.1017/S104161020999113X

Ranson JM, Rittman T, Hayat S, Brayne C, Jessen F, Blennow K, van Duijn C, Barkhof F, Tang E, Mummery CJ, Stephan BCM, Altomare D, Frisoni GB, Ribaldi F, Molinuevo JL, Scheltens P, Llewellyn DJ; European Task Force for Brain Health Services. Modifiable risk factors for dementia and dementia risk profiling. A user manual for Brain Health Services-part 2 of 6. Alzheimers Res Ther. 2021 Oct 11;13(1):169. doi: 10.1186/s13195-021-00895-4

Sindi S, Calov E, Fokkens J, Ngandu T, Soininen H, Tuomilehto J, Kivipelto M. The CAIDE Dementia Risk Score App: The development of an evidence-based mobile application to predict the risk of dementia. Alzheimers Dement (Amst). 2015 Jul 2;1(3):328-33. doi: 10.1016/j.dadm.2015.06.005

Stephan BCM, Cochrane L, Kafadar AH, Brain J, Burton E, Myers B, Brayne C, Naheed A, Anstey KJ, Ashor AW, Siervo M. Population attributable fractions of modifiable risk factors for dementia: a systematic review and meta-analysis. Lancet Healthy Longev. 2024 Jun;5(6):e406-e421. doi: 10.1016/S2666-7568(24)00061-8. PMID: 38824956; PMCID: PMC11139659.

Zhuang L, Yang Y, Gao J. Cognitive assessment tools for mild cognitive impairment screening. J Neurol. 2021 May;268(5):1615-1622. doi:10.1007/s00415-019-09506-7

DESCRIZIONE LINEE ATTIVITÀ

OBIETTIVO GENERALE:

Condurre un'analisi pooled a livello nazionale delle subcoorti regionali di persone con MCI con la finalità di stimare il livello di conversione a demenza consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie soprattutto nell'uso individuale delle carte del rischio cognitivo. Redazione di un documento finale con indicazioni sia su come definire le azioni per la redazione dei futuri Piani Regionali di Prevenzione da includere nel Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2030 sia su come aggiornare i PDTA regionali ed aziendali.

Razionale e descrizione dell'obiettivo: Definizione di un protocollo dello studio osservazionale di coorte che include casi incidenti e prevalenti di MCI

Evidenze: valutazione della conversione a demenza alla fine del follow-up dello studio e stima del rischio individuale di convertire a demenza per ogni componente della coorte con l'uso di una carta del rischio.

Target: Persone con diagnosi di Mild Cognitive Impairment (MCI)

Setting: CDCD delle Regioni partecipanti alla attività.

OBIETTIVO SPECIFICO 1: definizione di un minimum data set anamnestico, clinico, cognitivo e delle variabili biologiche/strumentali tra tutte le Regioni partecipanti a questa linea strategica ed identificazione della carta del rischio individuale da utilizzare nella coorte dei pazienti con MCI arruolati con il Fondo 2024-26.

Azione 1: Identificazione della carta del rischio cognitivo individuale utilizzabile in base alle informazioni presenti nel minimum data set anamnestico, clinico, cognitivo e delle variabili biologiche/strumentali.

Azione 2: stesura del protocollo relativo allo studio osservazionale

Azione 3: Valutazione del protocollo da parte del Comitato Etico.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Definizione della CRF elettronica per l'acquisizione delle elaborazioni statistiche eseguite in ogni regione così come previsto dal protocollo di ricerca. La CRF includerà sia le analisi sulla conversione a demenza che la stima del rischio individuale di convertire a demenza per ogni componente della coorte con l'uso di una carta del rischio cognitivo a livello regionale

Azione: definizione di una CRF elettronica per il trasferimento dei dati dalle regioni partecipanti all'istituzione che si occuperà dell'analisi pooled a livello nazionale

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Analisi pooled nazionale dei risultati della conversione a demenza e stima del rischio individuale di conversione a demenza applicando la carta del rischio cognitivo

Azione: Analisi pooled dei risultati delle diverse subcoorti regionali.

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

OBIETTIVO GENERALE 1:

Razionale e descrizione dell'obiettivo: definizione di un protocollo dello studio osservazionale di coorte che include casi incidenti e prevalenti di MCI e identificazione delle principali carte del rischio cognitivo da utilizzare nel contesto della popolazione italiana.

Evidenze: valutazione della conversione a demenza alla fine del follow-up dello studio e stima del rischio individuale di convertire a demenza per ogni componente della coorte.

Target: Persone con diagnosi di Mild Cognitive Impairment (MCI)

Setting: CDCD delle Regioni partecipanti alla attività.

OBIETTIVO SPECIFICO 1: definizione di un minimum data set anamnestico, clinico, cognitivo e delle variabili biologiche/strumentali tra tutte le Regioni partecipanti a questa linea strategica ed identificazione della carta del rischio individuale da utilizzare nella coorte dei pazienti con MCI arruolati con il Fondo 2024-26

Azione 1: Identificazione delle carte del rischio cognitivo individuale utilizzabili in base alle informazioni presenti nel minimum data set anamnestico, clinico, cognitivo e delle variabili biologiche/strumentali.

Risultato atteso: acquisizione delle carte del rischio cognitivo.

Indicatore di risultato: numero di carte del rischio cognitivo.

Fonte di verifica: documentazione relativa alle carte del rischio cognitivo.

Standard di risultato: acquisizione di almeno una carta del rischio cognitivo.

Azione 2: stesura del protocollo relativo allo studio osservazionale

Risultato atteso: partecipazione come Regione alle riunioni del coordinamento di questa linea strategica

Indicatore di risultato: condivisione del proprio dataset con il tavolo nazionale demenze e implementazione del nuovo dataset quando definito a livello nazionale

Fonte di verifica: verbali delle riunioni del CTS con le regioni partecipanti alla linea strategica.

Standard di risultato: condivisione del protocollo di studio con il 100% delle regioni partecipanti.

Azione 3: Valutazione del protocollo da parte del Comitato Etico.

Risultato atteso: acquisizione del parere relativo allo svolgimento del progetto da parte del Comitato Etico.

Indicatore di risultato: espletamento delle procedure di sottomissione e valutazione del protocollo.

Fonte di verifica: documentazione prodotta dal Comitato Etico.

Standard di risultato: parere favorevole del Comitato Etico a livello nazionale

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Definizione della CRF elettronica per l'acquisizione delle elaborazioni statistiche eseguite in ogni regione così come previsto dal protocollo di ricerca. La CRF includerà sia le analisi sulla conversione a demenza che la stima del rischio individuale di convertire a demenza per ogni componente della coorte con l'uso di una carta del rischio cognitivo a livello regionale

Azione 1: definizione di una CRF elettronica per il trasferimento dei dati dalle regioni partecipanti all'istituzione che si occuperà dell'analisi pooled a livello nazionale

Risultato atteso: definizione della CRF elettronica.

Indicatore di risultato: file della CRF elettronica

Fonte di verifica: verbali delle riunioni del CTS con le regioni partecipanti alla linea strategica

Standard di risultato: acquisizione della CRF elettronica da parte delle 100% delle unità operative della Regione partecipanti alla linea strategica

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Analisi regionale dei risultati della conversione a demenza e stima del rischio individuale di conversione a demenza applicando la carta del rischio cognitivo individuata in precedenza, ed invio di tali risultati all'istituzione che si occuperà dell'analisi pooled a livello nazionale.

Azione 1: Analisi della subcoorte regionale ed invio analisi ad ISS per le analisi nazionali.

Risultato atteso:

Stima della conversione a demenza di persone con MCI relativamente alla subcoorte regionale.

L'analisi verrà effettuata da una struttura interna o esterna appositamente identificata dal Tavolo regionale demenze

Indicatore di risultato:

invio delle analisi statistiche della coorte regionale all'ISS.

Fonte di verifica:

report relativo all'invio dell'analisi regionale.

Standard di risultato:

invio dei risultati ad ISS per le analisi nazionali entro i tempi che verranno stabiliti.

Azione 2: Stima del rischio individuale di conversione applicando la carta del rischio cognitivo individuata in precedenza.

Risultato atteso:

Analisi relativa alla stima del rischio individuale di conversione a demenza dei soggetti con MCI afferenti ai CDCD presenti sul territorio applicando la carta del rischio cognitivo.

Indicatore di risultato:

invio delle analisi statistiche della coorte regionale relative alle carte del rischio all'ISS.

Fonte di verifica

report relativo all'invio dell'analisi regionale.

Standard di risultato

invio dei risultati relativi alle carte del rischio ad ISS per le analisi nazionali entro i tempi che verranno stabiliti

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
AUSL BOLOGNA	Dr. Sabina Capellari Dr.ssa Maria Guarino	- Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto con Direzione Generale Aziendale e Regionale
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
AUSL Modena	Dr.ssa Annalisa Chiari Dr.ssa Manuela Costa	- Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto con Direzione Generale Aziendale e Regionale
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
AUSL Ferrara	Dr.ssa Daniela Gragnaniello	- Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto con Direzione Generale Aziendale e Regionale
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
AUSL Parma	Dr. Marcello Maggio Dr.ssa Maria Modugno Dr Marco Spallazzi	- Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto con Direzione Generale Aziendale e Regionale

Cronoprogramma linea strategica 1																																
		2025												2026												2027						
	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
Obiettivo specifico 1	Identificazione della carta del rischio cognitivo individuale utilizzabile																															
	Stesura del protocollo relativo allo studio osservazionale																															
	Valutazione del protocollo da parte del Comitato Etico																															
Obiettivo specifico 2	Definizione di una CRF elettronica per il trasferimento dei dati dalle regioni partecipanti all'istituzione che si occuperà dell'analisi pooled a livello nazionale																															
Obiettivo specifico 3	Analisi pooled dei risultati delle diverse subcoorti regionali.																															

Linea strategica 4

Definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di teleriabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente fondo.

ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO

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

Il Mild Cognitive Impairment (MCI) è una condizione caratterizzata da un decadimento cognitivo che non ha un impatto significativo sulle autonomie della vita quotidiana dell'individuo. Il quadro che caratterizza le persone con MCI può essere variabile. Similmente, la demenza è una condizione clinica contraddistinta da un progressivo declino delle funzioni cognitive che ha però un impatto significativo sulle autonomie dell'individuo. Ai deficit cognitivi, spesso esordienti sotto forma di disturbi di memoria e/o linguaggio, spesso si accompagnano disturbi di natura psico-comportamentale (Behaviour and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD; es. ansia, aggressività, deliri, allucinazioni, ecc.) che impattano sulla vita quotidiana della persona con demenza/MCI e dei suoi familiari.

In Italia oltre 2 milioni di persone sono affette da una forma di disturbo neurocognitivo, di cui, in accordo con le ultime stime circa 952.000 sono le persone con MCI/DN lieve (Report Nazionale Osservatorio demenze Istituto Superiore di Sanità (ISS) 2021-2023). Le stime di prevalenza per i prossimi venticinque anni indicano che questi numeri sono destinati a triplicare, costituendo una condizione prioritaria in termini di sanità pubblica. Pertanto, si rendono necessarie strategie ed attività specifiche mirate a fronteggiare il nuovo contesto epidemiologico, sanitario e sociosanitario, in termini di accesso alle cure caratterizzato da equità, appropriatezza, continuità e sostenibilità.

A dicembre 2023 è stata pubblicata, sul sito del Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS, la Linea Guida (LG) "Diagnosi e Trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment". Per quanto riguarda gli interventi non farmacologici, che manifestano un basso rischio di effetti avversi, le evidenze risultano spesso eterogenee, rendendo spesso difficile comprendere gli elementi associati all'efficacia di uno o più interventi. Questo sottolinea l'importanza di approfondire e promuovere la ricerca e l'applicazione di interventi non farmacologici per le funzioni cognitive e a supporto delle abilità funzionali, mantenimento dell'indipendenza e benessere delle persone con demenza o MCI. Le evidenze sulla utilità del training cognitivo nel MCI hanno permesso di formulare una raccomandazione forte di trattamento specifico in questo contesto, mentre hanno permesso di formulare una raccomandazione debole a favore del trattamento in persone con demenza di Alzheimer lieve. Le evidenze sulla stimolazione cognitiva hanno permesso di formulare una forte a favore dell'utilizzo di tale intervento in persone con demenza da lieve a moderata.

Una delle aree progettuali definite all'interno del Fondo Alzheimer e Demenze 2021-2023 era dedicata a "Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di teleriabilitazione tesi a garantire un progetto riabilitativo mirato, con lo scopo di migliorare partecipazione, inclusione e qualità di vita del paziente". In questo contesto, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, e Calabria hanno condotto progetti specifici su questa attività, valutando l'usabilità di app/software dedicati alla teleriabilitazione. All'interno di un progetto interregionale che ha coinvolto 12 Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) e 219 pazienti, la regione Veneto, con il Friuli-Venezia Giulia, ha condotto uno studio di usabilità su persone con MCI e demenza lieve/lieve-moderata relativamente all'utilizzo dell'app/software INFORMA. Tale software di sanità pubblica per il training e stimolazione cognitivo-comunicativa è stato sviluppato tra il 2017 e 2022 dal Centro Regionale Invecchiamento Cerebrale (CRIC) dell'AOU di Padova in collaborazione con il Dipartimento di

Ingegneria dell'Informazione dell'Università di Padova. Questo Progetto rientra nel concetto di Cognitive Activation Therapy - CAT, un metodo integrato, multimodale per l'attivazione cognitivo-comunicativa della persona affetta da disturbo neurocognitivo di grado lieve-moderato.

4.1.2 Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Il software INFORMA potrebbe configurare uno strumento pubblico per la riabilitazione delle persone con disturbo neurocognitivo. In particolare, dal momento che gli interventi di tele-riabilitazione possono essere condotti presso il domicilio delle persone con disturbo neurocognitivo, se forniti dal sistema sanitario pubblico, potrebbero consentire di superare le barriere legate al carico gestionale da parte delle famiglie, sia in termini organizzativi che economici. 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 un trial clinico randomizzato controllato-RCT, il cui centro di coordinamento sarà l'Azienda Ospedale Università di Padova, Responsabile Principale della Ricerca il Dott. Carlo Gabelli, e Co-PI il Dott. Nicola Vanacore, volto a valutare il profilo di efficacia e sicurezza di un intervento di tele-riabilitazione (app/software INFORMA) sul funzionamento cognitivo e sulle abilità funzionali di pazienti con MCI e demenza di grado lieve non istituzionalizzati.

4.1.3 Ambito istituzionale e programmatico di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti Piano nazionale demenze.

Tra le attività del nuovo Fondo Alzheimer e Demenze 2024-2026, è prevista, nel contesto dei progetti di linee strategiche regionali, la “definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di tele-riabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente”.

Nel contesto del Fondo 2021-2023 l'Azienda Ospedale Università di Padova ha condotto uno studio di usabilità del Software INFORMA 1.0, i cui risultati sono presentati nel Report di attività della regione Veneto.

4.1.4 Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

La attuazione del Progetto e dunque la successiva valutazione dei risultati relativi a endpoint primari e secondari sarà vincolata alla effettiva conduzione del trial presso i CDCD partecipanti alla attività.

4.1.5 Elementi di innovatività delle soluzioni e degli interventi proposti

L'innovatività del software INFORMA 2.0 si basa sulla possibilità di svolgere le attività individualmente, personalizzate sulla base del grado di compromissione cognitiva, età, scolarità, e interessi della persona con disturbo neurocognitivo, in un setting appositamente studiato per il domicilio. L'applicazione consente una continua interazione tra terapeuta e paziente e comprende in totale 20 attività. Dodici di queste 20 attività vengono già usate dal CRIC nello svolgimento di sessioni d'intervento in presenza basate sulla Cognitive Activation Therapy, un protocollo di stimolazione cognitiva, e sono state adattate per lo svolgimento virtuale delle stesse; 3 erano usate in precedenza ma sono state modificate durante il processo di digitalizzazione; infine, 5 attività sono totalmente innovative rispetto all'intervento proposto in presenza. In particolare, INFORMA 2.0 propone attività di conversazione guidata, cruciverba, quiz, che sono contestualizzabili all'interno della stimolazione cognitiva, e attività di stime cognitive, conteggio, linguaggio, pianificazione, classificazione e attenzione (come ad esempio “Trova la parola”, “Cerca il dettaglio”) che si inseriscono all'interno del training cognitivo. Il terapeuta può monitorare a distanza l'andamento dell'intervento in modo da adattare il percorso di trattamento, creare contenuti

e caricarli sull'app, e raccogliere i dati.

Questa tipologia di intervento consentirebbe di aumentare l'accessibilità ai percorsi di riabilitazione delle persone con MCI/demenza, permettendo l'accesso a più persone e consentendo di effettuare trattamenti più continuativi rispetto ai soli trattamenti in presenza, nel rispetto dei criteri di equità e sostenibilità, sia in termini sanitari che economici.

4.1.6 Aree territoriali interessate e trasferibilità delle soluzioni e degli interventi proposti

Tutte le Regioni e PA italiane.

4.1.7 Bibliografia

Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze" (2017)

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_d

Fantozzi, C., Zanella, A., Simoni, M., Gollin, D., Ruaro, C., Casa, M., Codemo, A., Gasparoli, E., & Gabelli, C. (2022). Towards Digital Therapy for Alzheimer's Disease and Other Forms of Neurocognitive Disorder: The INFORMA Software Platform. Proceedings of the 2022 ACM Conference on Information Technology for Social Good, 68–74.

<https://doi.org/10.1145/3524458.3547238>

Campisi, M., Cannella, L., Celik, D., Gabelli, C., Gollin, D., Simoni, M., Ruaro, C., Fantinato, E., & Pavanello, S. (2024). Mitigating cellular aging and enhancing cognitive functionality: Visual arts-mediated Cognitive Activation Therapy in neurocognitive disorders. Frontiers in Aging Neuroscience, 16. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1354025>

DESCRIZIONE LINEE ATTIVITÀ

4.2.1 OBIETTIVO GENERALE:

Sviluppare un protocollo di studio per la conduzione di un trial clinico randomizzato per valutare il profilo di efficacia e sicurezza del software INFORMA 2.0 in relazione a funzionamento cognitivo e abilità funzionali di persone con MCI (criteri NIA-AA-Albert et al., 2011) e demenza di grado lieve (criteri NINCDS-ADRDA-McKhann et al., 2011) non istituzionalizzati. L'intervento con il software INFORMA 2.0 durerà 8 settimane con cadenza di 5 giorni a settimana. L'efficacia del trattamento con INFORMA 2.0 sarà valutata nel corso di 6 mesi su più misure di esito: uno orientato al miglioramento funzionale/globale, un secondo indirizzato ai cambiamenti nelle singole funzioni neuropsicologiche, e un terzo rivolto al mantenimento delle abilità funzionali. Verrà poi valutato l'effetto del trattamento sul burden dei caregiver. Gli strumenti di valutazione che saranno utilizzati per valutare gli effetti clinici sono quelli solitamente adottati nella pratica clinica corrente. Il trial sarà preceduto da uno studio di usabilità di INFORMA 2.0, una versione del software INFORMA 1.0 modificata sulla base dei suggerimenti e evidenze definite durante lo studio di usabilità di INFORMA 1.0 condotto nel Fondo 2021-2023.

Razionale e descrizione dell'obiettivo: Definizione protocollo RCT: valutazione di efficacia e sicurezza del software INFORMA 2.0; valutazione dell'usabilità del software INFORMA 2.0. Scale di valutazione/esiti: Montreal Cognitive Assessment e i suoi singoli domini, Disability Assessment for Dementia – Italian Version (DAD-I), Quality of Life – Alzheimer's disease (QoL-AD), Global Deterioration Scale (GDS), Zarit Burden Inventory. Evidenze: valutazione endpoint primario e endpoint secondari definiti nel protocollo Target: persone con MCI e demenza lieve arruolati presso CDCD partecipanti Setting: CDCD delle Regioni e le PA partecipanti alla attività
4.2.2 OBIETTIVO SPECIFICO 1: definizione e conduzione di uno studio di usabilità della versione modificata del software INFORMA 1.0, denominata INFORMA 2.0. Attività previste: - Definizione del protocollo di studio di usabilità - Arruolamento partecipanti per lo studio di usabilità; - Raccolta dati; - Analisi dei dati; - Redazione delle conclusioni dello studio. 4.2.3 OBIETTIVO SPECIFICO 2: Definizione protocollo Trial multicentrico, sperimentale, randomizzato, in parallelo, a due bracci, controllato con placebo, in cieco: intervento Software INFORMA 2.0, placebo da remoto. Saranno inclusi nello studio partecipanti con MCI (MoCA compreso tra 19 e 25), con demenza lieve MoCA compreso tra 14 e 18, in una proporzione del 50%, di età 50-85 anni. Sulla base delle evidenze scientifiche individuate in questo contesto dalla LG, e ulteriore revisione di letteratura aggiornata, è definito un disegno di studio a 2 bracci: Braccio A: intervento con software Informa 2.0 (da remoto): i partecipanti con MCI e con demenza lieve saranno sottoposti a sessioni quotidiane da remoto presso domicilio della persona (20-30 minuti) con l'applicazione Informa 2.0 lungo un corso di 8 settimane Braccio placebo (da remoto): ai partecipanti randomizzati in questo braccio sarà fornito del materiale informativo riguardante buone pratiche per la salute. Lo studio sarà condotto e monitorato in accordo con i principi di buona pratica clinica (GCP). Attività previste: - Definizione Protocollo RCT; - Calcolo della dimensione del campione; - Definizione endpoint primari e secondari; - Definizione dei metodi (es. Arruolamento del campione, analisi dei dati). 4.2.4 OBIETTIVO SPECIFICO 3: conduzione di uno studio pilota di outcome research sulla base del protocollo definito arruolando partecipanti da un singolo CDCD. Attività previste: - Individuazione del CDCD; - Arruolamento dei partecipanti; - Raccolta dei dati a baseline;

- Implementazione dell'intervento;
- Misurazione e raccolta dati degli *outcome* primari e secondari;
- Analisi dei dati.

4.2.5 OBIETTIVO SPECIFICO 4: conduzione di RCT multicentrico sulla base del protocollo predefinito e testato tramite lo studio pilota arruolando partecipanti da 24 CDCD (da definire) individuati mediante i referenti regionali presenti al Tavolo Permanente sulle demenze.

Attività previste:

- Arruolamento dei partecipanti;
- Raccolta dei dati a baseline;
- Implementazione dell'intervento;
- Misurazione e raccolta dati dell'outcome primario (proporzione di responder a 8 settimane; la risposta sarà definita come miglioramento al MoCA di almeno 1.5 punti);
- Misurazione e raccolta dati degli outcome secondari (proporzione di responder a 20 settimane; misure neuropsicologiche (domini MoCA), funzionali (DAD-I) e di benessere (QOL-AD, GDS) a 8 e 20 settimane; Tasso di eventi avversi gravi a 8 e 20 settimane);
- Analisi dei dati;

Scrittura e pubblicazione dei risultati del trial.

4.2.6 OBIETTIVO SPECIFICO 5: monitorare la compliance e l'aderenza al trattamento.

Azioni previste:

- Somministrazione o verifica di indicatore di compliance o aderenza al trattamento

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

4.3.1 OBIETTIVO GENERALE 4: Sviluppare un protocollo di studio per la conduzione di un trial clinico randomizzato per valutare il profilo di efficacia e sicurezza del software INFORMA 2.0 in relazione a funzionamento cognitivo e abilità funzionali di persone con MCI (criteri NIA-AA-Albert et al., 2011) e demenza di grado lieve (criteri NINCDS-ADRDA- McKhann et al., 2011) non istituzionalizzati. L'intervento con il software INFORMA 2.0 durerà 8 settimane con cadenza di 5 giorni a settimana. L'efficacia del trattamento con INFORMA 2.0 sarà valutata nel corso di 6 mesi su più misure di esito: uno orientato al miglioramento funzionale/globale, un secondo indirizzato ai cambiamenti nelle singole funzioni neuropsicologiche, e un terzo rivolto al mantenimento delle abilità funzionali. Verrà poi valutato l'effetto del trattamento sul burden dei caregiver. Gli strumenti di valutazione che saranno utilizzati per valutare gli effetti clinici sono quelli solitamente adottati nella pratica clinica corrente.

Il trial sarà preceduto da uno studio di usabilità di INFORMA 2.0, una versione del software INFORMA 1.0 modificata sulla base dei suggerimenti e evidenze definite durante lo studio di usabilità di INFORMA 1.0 condotto nel Fondo 2021-2023.

Risultato atteso: Miglioramento di almeno 1.5 punti del MoCA nel 15% del gruppo INFORMA 2.0 vs 5% nel gruppo placebo

Indicatore di risultato: rapporto tra numero di pazienti arruolati rispetto al numero dei pazienti previsti

Fonte di verifica: Report finale, pubblicazione scientifica, sito Osservatorio Demenze ISS

Standard di risultato: 90%

4.3.2 OBIETTIVO SPECIFICO 1: definizione e conduzione di uno studio di usabilità della versione modificata del software INFORMA 1.0, denominata INFORMA 2.0.

Risultato atteso: definizione e condivisione del protocollo e conduzione dello studio di usabilità

Indicatore di risultato: rapporto tra numero di pazienti arruolati rispetto al numero dei pazienti previsti

Fonte di verifica: Report finale, pubblicazione scientifica, sito Osservatorio Demenze ISS

Standard di risultato: 90%

4.3.3 OBIETTIVO SPECIFICO 2: Definizione protocollo Trial multicentrico, sperimentale, randomizzato, in parallelo, a due bracci, controllato con placebo, in cieco: intervento Software INFORMA 2.0, placebo da remoto. Saranno inclusi nello studio partecipanti con MCI (MoCA compreso tra 19 e 25) e con demenza lieve MoCA compreso tra 14 e 18, in una proporzione del 50%, di età 50-85 anni.

Risultato atteso: definizione e condivisione del protocollo

Indicatore di risultato: pubblicazione del protocollo dello studio sui siti pubblici (es. clinicaltrial.gov)

Fonte di verifica: consultazione siti pubblici che riportano i protocolli dello studio

Standard di risultato: pubblicazione del protocollo dello studio

4.3.4 OBIETTIVO SPECIFICO 3: conduzione di uno studio pilota di outcome research sulla base del protocollo definito arruolando partecipanti da un singolo CDCD.

Risultato atteso: conduzione dello studio pilota di outcome research

Indicatore di risultato: rapporto tra numero di pazienti arruolati rispetto al numero dei pazienti previsti

Fonte di verifica: Report finale, sito Osservatorio Demenze ISS

Standard di risultato: 90%

4.3.5 OBIETTIVO SPECIFICO 4: conduzione di RCT multicentrico sulla base del protocollo predefinito e testato tramite lo studio pilota arruolando partecipanti da 24 CDCD (da definire) individuati mediante i referenti regionali presenti al Tavolo Permanente sulle demenze.

Risultato atteso: conduzione dello studio RCT

Indicatore di risultato: rapporto tra numero di pazienti arruolati rispetto al numero dei pazienti previsti

Fonte di verifica: Report finale, pubblicazione scientifica, sito Osservatorio Demenze ISS

Standard di risultato: 90%

4.3.5 OBIETTIVO SPECIFICO 5: verifica dell'aderenza al trattamento

Risultato atteso: Aderenza al trattamento per i pazienti arruolati rispetto al protocollo loro proposto (in termini di utilizzo applicativo e partecipazione ai colloqui concordati).

Indicatore di risultato: misura self report o analisi di utilizzo da applicativo INFORMA 2.0.

Fonte di verifica: Report finale, estrapolazione dati, intervista o questionario self report.

Standard di risultato: 80%

REFERENTI DEL PROGETTO

P.I.: CARLO GABELLI

CO-P.I.: NICOLA VANACORE (Istituto Superiore di Sanità)

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova	Dr. CARLO GABELLI	Coordinamento dell'attività di definizione e conduzione RCT. Analisi dati di efficacia e sicurezza (endpoint primari e secondari)
AUSL Bologna	Dr.ssa Maria Guarino Dr.ssa Sabina Capellari	- Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto con Direzione Generale Aziendale e regionale

Cronoprogramma linea strategica 4

	2025												2026												2027					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Condivisione protocollo con CTS																														
Stesura progetto per Min Sal																														
Approvazione del CEN																														
Acquisizione professionisti																														
Gare fornitori (CRO, tablet)																														
Formazione professionisti																														
Reclutamento pazienti																														
Studio di usabilità + Studio pilota																														
Analisi statistiche studio pilota																														
Training a paziente e caregiver																														
Trattamento con Informa 2.0																														
Trattamento di controllo																														
Valutazioni NPS baseline																														
Valutazioni NPS a 8 settimane																														
Monitoraggio NPS a 20 settimane																														
Monitoraggio aderenza al trattamento																														
Analisi Statistiche																														
Stesura del report finale																														

Linea strategica 5

Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi psico- educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza

ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO**5.1 Descrizione generale delle linee di azione predisposte rispetto all'area progettuale identificata**

Con il termine di “interventi psicosociali” si intende l’insieme delle “strategie che possono alleviare lo stress, facilitare il coping o adattamento al contesto, sostenere le capacità conservate e massimizzare il funzionamento della persona” che oggi possiedono prove di evidenza scientifica per il loro utilizzo sia per la persona con demenza sia per il caregiver grazie all’impegno del gruppo di ricerca europeo INTERDEM (“Early detection and timely INTERvention in DEMentia” www.interdem.org) che negli anni si è accreditato nella comunità scientifica internazionale come un punto di riferimento in questo campo. Gli interventi psicosociali sono quindi tutti gli interventi che favoriscono l’interazione fra le persone a supporto della cognitivtà, delle emozioni, delle relazioni interpersonali e del senso di controllo rivolti alle persone con demenza ed ai loro caregivers sia attraverso “attività validate e significative” sia attraverso l’interazione sociale (Moniz-Cook et al. Aging and Mental Health, 2011). Nell’ambito della demenza, malattia cronica, lentamente evolutiva e ad elevata complessità, fortemente influenzata dal “contesto” e dalla rete sociale, gli interventi psicosociali assumono anche una valenza riabilitativa perché sono da intendersi non tanto come “recupero della funzione lesa” quanto piuttosto come “riattivazione globale” che comprende strategie non solo per la persona con demenza ma anche per il caregiver, l’ambiente, il sistema di cura , le tecniche e gli ausili al fine di migliorare, controllare o ridurre i disturbi cognitivi, le alterazioni del comportamento ed i deficit funzionali ad essa correlati. Mettere in atto un intervento psicosociale per la persona con demenza significa accurata conoscenza (ottenuta attraverso la valutazione multidimensionale che è l’approccio scientifico e tecnologico proprio della geriatria) dei problemi cognitivi, comportamentali e funzionali presenti, coinvolgimento attivo del caregiver ed adozione di una metodologia di lavoro che tenga conto non dei deficit funzionali ma delle “capacità conservate“ al fine di determinare un coinvolgimento attivo della persona stessa. Gli interventi psicosociali sono quindi interventi necessari per “riacquistare” delle potenzialità e rendere la persona più “abile” possibile nel proprio ambiente. Infatti, se la demenza rende la realtà circostante di difficile interpretazione (a causa dei problemi cognitivi), la semplificazione “dell’ambiente” (fisico e sociale) permette alla persona di adottare un comportamento più congruo alla realtà stessa che è in grado di percepire ed il supporto a chi assiste (intervento individuale o di gruppo, formazione, prevenzione del burnout, counselling psicologico ecc.) permette di affrontare meglio i problemi nella logica di “adattamento” al contesto. Le maggiori evidenze scientifiche relative a questi interventi riguardano essenzialmente la stimolazione cognitiva (CST) e la terapia occupazionale (TO), ma anche aiuto a domicilio ed interventi di formazione per i caregiver sia di tipo formale (operatori sanitari) che informali (famigliari), interventi di counseling e gruppi di supporto familiare, i Centri di Incontro/ Meeting Center. Questi interventi, oltre a migliorare la funzionalità quotidiana delle persone con demenza, migliorano il “senso di competenza” del caregiver, la qualità della vita di entrambi ed hanno anche una efficacia nel ridurre complicità e costi legati all’assistenza. Una recente revisione della letteratura che ha esaminato 22 revisioni sistematiche per un totale di 197 studi inclusi ha sottolineato che 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. La

ricerca in questo campo si arricchisce sempre di più di nuove evidenze e sempre di più servirà a fare chiarezza in mondo, quale è quello della cura della demenza, che ha bisogno di modelli efficaci e non improvvisati, di cultura e formazione appropriati e soprattutto di un grande impegno e di uno sforzo continuo verso la qualità che purtroppo, per vari motivi che richiederebbero un approfondimento adeguato, non sempre è garantita ma che tutti (persone con demenza, familiari, operatori, associazioni ed istituzioni) dovrebbero poter richiedere ed ottenere.

5.1.2 Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Sulla base dei risultati della ricerca scientifica in questo settore e su alcune esperienze già in essere sul territorio regionale questa area progettuale si propone di:

- effettuare una ricognizione e monitoraggio degli interventi psicosociali che vengono erogati sia dal CDCD sia da altri soggetti (come, per esempio, alcune associazioni di volontariato) che operano nel territorio su cui opera il CDCD stesso;
- rafforzare la coprogettazione distrettuale su questo tipo di attività;
- mettere in rete e potenziare in particolare gli interventi di maggiore efficacia per le persone con demenza e ad i loro caregiver sulla base delle differenti necessità territoriali

Questi obiettivi sono in continuità con quanto attivato nel Fondo per l'Alzheimer 2021/2023 e in sede di questo fondo vengono confermate per le unità operative già attive e vengono estesi ad altre unità operative per ampliare la diffusione sul territorio dei servizi per il cittadino.

Rispetto al fondo precedente, avendo aumentato il numero di unità operative coinvolte in questa linea strategica, sono state ampliate le possibilità di scelta tra interventi psicosociali da implementare o potenziare sui propri territori, per venire incontro alle importanti differenze territoriali. Verranno tuttavia prese come riferimento le raccomandazioni presenti sulle linee guida sulla diagnosi e trattamento della demenza e del MCI nell'atto di individuazione degli interventi proposti.

Prosegue l'intento di rafforzare la coprogettazione distrettuale, con maggiore coinvolgimento delle unità operative che precedentemente non hanno partecipato a questa linea progettuale.

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

Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia- Romagna Settore Assistenza Territoriale- Coordinamento regionale demenze

5.1.4 Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

Fattibilità: l'implementazione del progetto è favorito dalla presenza di un sistema strutturato di CDCD aziendali che seguono le indicazioni di un PDTA Demenze Regionale già approvato (DGR n. 159/2019) e che sono in rete sia con le istituzioni locali (Comuni, Aziende Pubbliche di servizi alla persona) sia con i privati (enti gestori come le Cooperative di servizi) sia con le associazioni dei familiari (25 associazioni Alzheimer presenti sul territorio regionale con progettualità condivise con le aziende sanitarie). Molte progettualità già in essere sono favorite dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) e dalle misure a sostegno del caregiver (DGR 858 del 16.06.2017

– Linee attuative Legge Regionale n° 2 del 28.03.2014 “Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare – persona che presta volontariamente cura ed assistenza”, DGR 2318/2019)

Criticità: tra le criticità segnaliamo una applicazione “disomogenea” sul territorio regionale con alcuni territori che hanno sviluppato negli ultimi anni progettualità più strutturate a differenza di altri che fanno più fatica (per motivazioni geografiche come le aree rurali e montane e per difficoltà nella progettazione condivisa) a realizzare questa tipologia di interventi. Per questo motivo le esperienze realizzate sono “a macchia di leopardo” e difformi nei contesti territoriali della Regione Emilia-Romagna, ma vi è il tentativo di mettere “a sistema” gli interventi con

dimostrazione di efficacia, le “buone pratiche” (best practices) e quelli con rapporto costo/beneficio favorevole. Questa criticità è stata parzialmente superata nel fondo precedente con la possibilità di assumere più personale che è riuscito a raggiungere località più remote e rendere maggiormente omogenea la distribuzione degli interventi psicosociali tra le diverse realtà locali. Rimane una criticità che si incontra a livello di territorio regionale, sebbene sia stata parzialmente superata a livello provinciale. Con l’adesione a questa linea strategica di altre unità operative si prospetta un maggior riallineamento dei servizi offerti, anche a livello del territorio regionale.

5.1.5 Elementi di innovatività delle soluzioni e degli interventi proposti:

- possibilità di stimolare le aziende sanitarie ad erogare direttamente o a progettare con altri “partners” della rete dei servizi questa tipologia di interventi;
- possibilità di sperimentare soluzioni di basso impatto economico, ma ad alta capacità di contatto e di presa in carico della diade “persona con demenza- caregiver”;
- consolidare i modelli evidence-based

5.1.6 Aree territoriali interessate e trasferibilità delle soluzioni e degli interventi proposti AUSL Parma, AUSL Reggio Emilia, AUSL Modena, AUSL Imola, AUSL Ferrara, AUSL Romagna, AUSL Piacenza, AUSL Bologna

5.1.7 Bibliografia

Bennett S, Laver K, Voigt-Radloff S, Letts L, Clemson L, Graff M, Wiseman J, Gitlin L. Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019 Nov 11;9(11):e026308. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026308.

Feast A, Moniz-Cook E, Stoner C, Charlesworth G, Orrell M. A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being. *Int Psychogeriatr*. 2016 Nov;28(11):1761-1774.

Henderson C, Rehill A, Brooker D, Evans SC, Evans SB, Bray J, Saibene FL, Scorolli C, Szcześniak D, d'Arma A, Lion K, Atkinson T, Farina E, Rymaszewska J, Chattat R, Meiland F, Dröes RM, Knapp M. Costs and cost-effectiveness of the meeting centres support programme for people living with dementia and carers in Italy, Poland and the UK: The MEETINGDEM study. *Health Soc Care Community*. 2021 Nov;29(6):1756-1768. Epub 2016 Jun 27.

Kallio EL, Öhman H, Kautiainen H, Hietanen M, Pitkälä K. Cognitive Training Interventions for Patients with Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *J Alzheimers Dis*. 2017;56(4):1349-1372. doi: 10.3233/JAD-160810.

McDermott O, Charlesworth G, Hogervorst E, Stoner C, Moniz-Cook E, Spector A, Csipke E, Orrell M. Psychosocial interventions for people with dementia: a synthesis of systematic reviews. *Aging Ment Health*. 2018 Jan 17;1-11.

McLaren, A. N., Lamantia, M. A., & Callahan, C. M. (2013). Systematic review of non-pharmacologic interventions to delay functional decline in community-dwelling patients with dementia. *Aging and Mental Health*, 17, 655–666.

Piersol, C. V., & Jensen, L. (2017). Occupational therapy practice guidelines for adults with Alzheimer's disease and related major neurocognitive disorders. Bethesda, MD: AOTA Press. books/NBK51686.

Spector, A., Orrell, M., & Hall, L. (2012). Systematic review of neuropsychological outcomes in dementia from cognition-based psychological interventions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 34(3-4), 244–255.

OBIETTIVO GENERALE 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*

Razionale e descrizione dell'obiettivo: si esplica attraverso il tentativo di messa in rete degli interventi psicosociali che vengono messi in atto nei territori selezionati sia direttamente dal CDCD di riferimento sia da altri soggetti (come, ad esempio, le associazioni dei familiari) nei territori selezionati e di monitorarli all'interno dei PDTA già prodotti. L'obiettivo è di migliorare la qualità della vita delle persone con demenza e dei loro caregiver al fine di ritardare la comparsa di disabilità, evitare complicanze, ridurre ospedalizzazioni inappropriate e ritardare la istituzionalizzazione definitiva potenziando il sistema di presa in carico e di cure per il mantenimento a domicilio.

Evidenze: nell'ambito della demenza, malattia cronica, lentamente evolutiva e ad elevata complessità, fortemente influenzata dal "contesto" e dalla rete sociale, gli interventi psicosociali assumono anche una valenza riabilitativa perché sono da intendersi non tanto come "recupero della funzione lesa" quanto piuttosto come "*riattivazione globale*" che comprende strategie non solo per la persona con demenza ma anche per il caregiver, l'ambiente, il sistema di cura, le tecniche e gli ausili al fine di migliorare, controllare o ridurre i disturbi cognitivi, le alterazioni del comportamento ed i deficit funzionali ad essa correlati. Mettere in atto un intervento psicosociale per la persona con demenza significa accurata conoscenza (ottenuta attraverso la *valutazione multidimensionale* che è l'approccio scientifico e tecnologico proprio della geriatria) dei problemi cognitivi, comportamentali e funzionali presenti, coinvolgimento attivo del caregiver ed adozione di una metodologia di lavoro che tenga conto non dei deficit funzionali ma delle "capacità conservate" al fine di determinare un coinvolgimento attivo della persona stessa. Gli interventi psicosociali sono quindi interventi necessari per "riacquistare" delle potenzialità e rendere la persona più "abile" possibile nel proprio ambiente. Infatti, se la demenza rende la realtà circostante di difficile interpretazione (a causa dei problemi cognitivi), la semplificazione "dell'ambiente" (fisico e sociale) permette alla persona di adottare un comportamento più congruo alla realtà stessa che è in grado di percepire ed il supporto a chi assiste (intervento individuale o di gruppo, formazione, prevenzione del burnout, counselling psicologico ecc.) permette di affrontare meglio i problemi nella logica di "adattamento" al contesto.

Gli interventi psicosociali (che si suddividono in interventi rivolti alla persona con demenza, interventi rivolti al caregiver ed interventi rivolti al sistema di cura) sono schematizzati nella Tabella 1.

Tabella 1: Interventi psicosociali nella cura delle demenze

Interventi rivolti alla persona con demenza

Centrati sulla cognitività: stimolazione cognitiva (CST), training cognitivo, Reality Orientation Therapy (ROT), Reminiscenza

Centrati sulle emozioni: Reminiscenza, Musicoterapia, Validation

Centrati sulla sensorialità: stimolazione multisensoriale, ambiente Snoezelen

Centrati sul comportamento: contesto, relazione, PCC (Person Centred Care)

Ambiente protesico

Terapia occupazionale

Interventi rivolti al caregiver

Counseling e gruppi di supporto familiare

Centri di Incontro (Meeting Center) ed Alzheimer Cafè

Interventi di psicoeducazione e formazione

Assistenza domiciliare (training e supporto)

Interventi rivolti al personale di assistenza e al sistema di cura

Target soggetti: persone con demenza (Disturbo Neurocognitivo Maggiore) e MCI e caregiver che afferiscono ai CDCD delle aziende di questa area progettuale

Setting: domicilio e Case della Comunità (CdS) afferenti a CDCD delle aziende che partecipano a questa area progettuale.

OBIETTIVO SPECIFICO 1: ricognizione degli interventi psicosociali che vengono erogati nel territorio di riferimento dei CDCD delle aziende che partecipano all'area progettuale

Attività previste

- Ricognizione degli interventi effettuati suddivisi per tipologia (rivolti alla persona con demenza, al caregiver o al sistema di cura)

OBIETTIVO SPECIFICO 2: rafforzare la coprogettazione distrettuale per la realizzazione di questa tipologia di interventi

Attività previste

- Realizzazione di un "modello" di co-progettazione distrettuale fra CDCD, Enti Locali, soggetti e gestori privati, associazione dei familiari da inserire nei piani di attività e nella programmazione dei Piani di Zona per la Salute ed il Benessere sociale
- Raccordare le "risorse" presenti nel territorio di afferenza del CDCD sul modello del "Budget di Salute"

*

**Il budget di salute è stato definito dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità quale "strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale". I progetti terapeutici riabilitativi individualizzati interessano infatti non solo le aree sanitaria e sociale ma anche quella riferibile ai diritti individuali e di cittadinanza (apprendimento, habitat sociale, formazione e lavoro, affettività e socialità), nella logica della centralità della persona e del valore della comunità. Poiché strutturato sui bisogni della persona, il budget di salute si caratterizza come uno strumento flessibile, non legato ad un tipo particolare di servizio/intervento o ad uno specifico erogatore.*

- Implementare e monitorare lo sviluppo di "Comunità Amiche delle persone con demenza" secondo le indicazioni del documento *Linee di indirizzo nazionali per la costruzione di 'Comunità amiche' delle persone con demenza* elaborato dal Tavolo permanente di Monitoraggio del Piano Nazionale Demenze e approvato dalla Conferenza delle Regioni in data 20.02.2020

OBIETTIVO SPECIFICO 3: sviluppare ed implementare interventi per il sostegno alle persone con demenza ed ai loro caregiver

Attività previste

- Implementazione di attività quali la CST (Cognitive Stimulation Therapy) o di altri interventi psicosociali nei territori afferenti ai CDCD delle aziende che partecipano all'area

progettuale

- Interventi di formazione per operatori dei servizi (essenzialmente operatori a domicilio, dei Centri di Incontro/Caffè Alzheimer e dei Centri Diurni) presenti nei territori afferenti ai CDCD delle aziende che partecipano all'area progettuale

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

OBIETTIVO GENERALE 5: sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza

Risultato atteso: aggiornamento del sistema informativo regionale sugli interventi psicosociali erogati nei vari territori ed implementazione degli interventi a maggiore evidenza di efficacia

Standard di risultato: completamento degli obiettivi specifici

OBIETTIVO SPECIFICO 1: ricognizione degli interventi psicosociali che vengono erogati nel territorio diriferimento dei CDCD delle aziende che partecipano all'area progettuale

Risultato atteso: mappatura degli interventi psico-sociali realizzati nei territori

Indicatore di risultato: classificazione della tipologia di interventi

Numeratore/denominatore: n° interventi psicosociali per persone con demenza mappati ed inseriti nel registro/ totale degli interventi psicosociali per persone con demenza erogati nei territori oggetto dell'indagine

Fonte di verifica: sistema informativo regionale e documentazione prodotta dalle aziende/relazioni demenze annuali

Standard di risultato: 100 % dei CDCD partecipanti all'indagine

OBIETTIVO SPECIFICO 2: rafforzare la coprogettazione distrettuale per la realizzazione di questa tipologia di interventi

Risultato atteso: implementazione di co-progettazione a livello distrettuale

Indicatore di risultato: evidenza dei progetti dedicati agli interventi psicosociali nelle demenze

Numeratore/denominatore: n° progetti dedicati agli interventi psicosociali nella demenza, con valenza distrettuale, di nuova implementazione

Fonte di verifica: relazione annuale demenze

Standard di risultato: implementazione di 1 o più progetti di co-progettazione distrettuale da 1 o più aziende aderenti.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: sviluppare ed implementare interventi per il sostegno alle persone con demenza ed ai loro caregiver

Risultato atteso: attivazione di interventi psicosociali in base alle necessità dei singoli territori

Indicatore di risultato: attivazione o ampliamento di interventi psicosociali

Numeratore/denominatore: attivazione o mantenimento di almeno 1 intervento psicosociale per azienda

Fonte di verifica: relazione annuale demenze, registro regionale interventi psico-sociali

Standard di risultato: almeno 1 attività implementata o ampliata per azienda

UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
AUSL Parma	Dr.ssa Livia Ludovico	- Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto con Direzione Generale Aziendale e Regionale
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
AUSL Reggio Emilia	Dr.ssa Morena Pellati Dr Alessandro Marti	- Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto con Direzione Generale Aziendale e Regionale
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
AUSL Modena	Dr.ssa Barbara Manni Dr.ssa Manuela Costa	- Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto con Direzione Generale Aziendale e Regionale
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
AUSL Imola	Dr.ssa Mabel Martelli Dr.ssa Patrizia De Massis	- Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto con Direzione Generale Aziendale e Regionale
Unità Operativa 5	Referente	Compiti
AUSL Ferrara	Dr Franco Romagnoni	- Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto con Direzione Generale Aziendale e Regionale
Unità Operativa 6	Referente	Compiti
AUSL Romagna	Dr.ssa Federica Boschi Dr.ssa Susanna Malagù	- Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto con Direzione Generale Aziendale e Regionale
Unità Operativa 7	Referente	Compiti
AUSL Piacenza	Dr Pasquale Salvatore Turano Dr Lucio Luchetti Dr Nicola Mometto	- Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto con Direzione Generale Aziendale e Regionale
Unità Operativa 8	Referente	Compiti
AUSL Bologna	Dr.ssa Simona Linarello Dr.ssa Rosangela Ciarrocchi Dr.ssa Maria Macchiarulo	- Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto con Direzione Generale Aziendale e Regionale

Cronoprogramma linea strategica 5																																
		2025												2026												2027						
	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
Obiettivo specifico 1	Riunioni di progetto a cadenza stabilita																															
	Stesura attività																															
	Ricognizione interventi e mappatura																															
Obiettivo specifico 2	Riunioni di progetto a cadenza stabilita																															
	Raccordo enti del territorio																															
	Implementazione Comunità Amiche delle persone con demenza																															
Obiettivo specifico 3	Riunioni di progetto a cadenza stabilita																															
	Formazione operatori																															
	Implementazione e mantenimento interventi psicosociali																															

PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITÀ OPERATIVA
Unità operativa (LS= Linea Strategica)

Unità Operativa 1 Azienda USL di Piacenza - Linea strategica 5		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- uno o più personale sanitario e non sanitario (statistici, informatici, etc) attinenti alle finalità del Fondo	100.000,00
<i>Beni</i>	- materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del Fondo	15.000,00
<i>Apparecchiature sanitarie</i>	- apparecchiature sanitarie attinenti alle finalità del Fondo	0,00
<i>Servizi</i>	- 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 - affidamento di specifici servizi a soggetti esterni	20.000,00
<i>Missioni</i>	- missioni svolte per la partecipazione a riunioni attinenti alle finalità del Fondo	5.000,00
<i>Spese generali</i>	- spese di cancelleria/telefoniche/energia ecc., sostenute dall'ente per la gestione amministrativa del Fondo	3.679,45
<i>TOTALE</i>		143.679,45

Unità Operativa 2 Azienda USL di Parma - Linea strategica 1 e 5		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- uno o più personale sanitario e non sanitario (statistici, informatici, etc) attinenti alle finalità del Fondo	170.000,00
<i>Beni</i>	- materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del Fondo	8.885,80
<i>Apparecchiature sanitarie</i>	- apparecchiature sanitarie attinenti alle finalità del Fondo	0,00
<i>Servizi</i>	- 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 - affidamento di specifici servizi a soggetti esterni	70.000,00
<i>Missioni</i>	- missioni svolte per la partecipazione a riunioni attinenti alle finalità del Fondo	0,00
<i>Spese generali</i>	- spese di cancelleria/telefoniche/energia ecc., sostenute dall'ente per la gestione amministrativa del Fondo	0,00
<i>TOTALE</i>		248.885,80

Unità Operativa 3 Azienda USL di Reggio Emilia - Linea strategica 5		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- uno o più personale sanitario e non sanitario (statistici, informatici, etc) attinenti alle finalità del Fondo	130.000,00
<i>Beni</i>	- materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del Fondo	23.593,63
<i>Apparecchiature sanitarie</i>	- apparecchiature sanitarie attinenti alle finalità del Fondo	0,00
<i>Servizi</i>	- 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 - affidamento di specifici servizi a soggetti esterni	23.100,00
<i>Missioni</i>	- missioni svolte per la partecipazione a riunioni attinenti alle finalità del Fondo	2.000,00
<i>Spese generali</i>	- spese di cancelleria/telefoniche/energia ecc., sostenute dall'ente per la gestione amministrativa del Fondo	13.490,00
<i>TOTALE</i>		192.183,63

Unità Operativa 4 Azienda USL di Modena - Linea strategica 1 e 5		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- uno o più personale sanitario e non sanitario (statistici, informatici, etc) attinenti alle finalità del Fondo - personale di coordinamento (in libera professione)	239.000,00 70.000,00
<i>Beni</i>	- materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del Fondo	18.717,28
<i>Apparecchiature sanitarie</i>	- apparecchiature sanitarie attinenti alle finalità del Fondo	0,00
<i>Servizi</i>	- 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 - affidamento di specifici servizi a soggetti esterni	54.500,00
<i>Missioni</i>	- missioni svolte per la partecipazione a riunioni attinenti alle finalità del Fondo	0,00
<i>Spese generali</i>	- spese di cancelleria/telefoniche/energia ecc., sostenute dall'ente per la gestione amministrativa del Fondo	28.500,00
<i>TOTALE</i>		410.717,28

Unità Operativa 5 Azienda USL di Bologna - Linea strategica 1, 4 e 5 *		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
Personale	- uno o più personale sanitario e non sanitario (statistici, informatici, etc) attinenti alle finalità del Fondo - personale amministrativo	308.100,00 5.000,00
Beni	- materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del Fondo	27.302,00
Apparecchiature sanitarie	- apparecchiature sanitarie attinenti alle finalità del Fondo	13.000,00
Servizi	- 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 - affidamento di specifici servizi a soggetti esterni	76.602,28
Missioni	- missioni svolte per la partecipazione a riunioni attinenti alle finalità del Fondo	16.507,48
Spese generali	- spese di cancelleria/telefoniche/energia ecc., sostenute dall'ente per la gestione amministrativa del Fondo	26.800,00
TOTALE		473.311,76

* di cui destinati all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova per la linea strategica 4		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
Personale	- personale per implementazione protocollo di ricerca	4.603,18
Beni		0,00
Apparecchiature sanitarie		0,00

<i>Servizi</i>	- 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 - affidamento di specifici servizi a soggetti esterni - polizza studio - diffusione e disseminazione risultati - CRO - formazione	38.809,53
<i>Missioni</i>		0,00
<i>Spese generali</i>		0,00
<i>TOTALE</i>		43.412,71

Unità Operativa 6 Azienda USL di Imola - Linea strategica 5		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- uno o più personale sanitario e non sanitario (statistici, informatici, etc) attinenti alle finalità del Fondo	70.000,00
<i>Beni</i>	- materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del Fondo	10.000,00
<i>Apparecchiature sanitarie</i>	- apparecchiature sanitarie attinenti alle finalità del Fondo	16.952,95
<i>Servizi</i>	- 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 - affidamento di specifici servizi a soggetti esterni	0,00
<i>Missioni</i>	- missioni svolte per la partecipazione a riunioni attinenti alle finalità del Fondo	0,00
<i>Spese generali</i>	- spese di cancelleria/telefoniche/energia ecc., sostenute dall'ente per la gestione amministrativa del Fondo	7.148,22
<i>TOTALE</i>		104.101,17

Unità Operativa 7 Azienda USL di Ferrara - Linea strategica 1 e 5		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- uno o più personale sanitario e non sanitario (statistici, informatici, etc) attinenti alle finalità del Fondo	165.000,00
<i>Beni</i>	- materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del Fondo	28.000,00
<i>Apparecchiature sanitarie</i>	- apparecchiature sanitarie attinenti alle finalità del Fondo	0,00
<i>Servizi</i>	- 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 - affidamento di specifici servizi a soggetti esterni	30.000,00
<i>Missioni</i>	- missioni svolte per la partecipazione a riunioni attinenti alle finalità del Fondo	8.000,00
<i>Spese generali</i>	- spese di cancelleria/telefoniche/energia ecc., sostenute dall'ente per la gestione amministrativa del Fondo	9.035,16
<i>TOTALE</i>		240.035,16

Unità Operativa 8 Azienda USL di Romagna – Linea strategica 5		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- uno o più personale sanitario e non sanitario (statistici, informatici, etc) attinenti alle finalità del Fondo	250.000,00
<i>Beni</i>	- materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del Fondo	53.651,28
<i>Apparecchiature sanitarie</i>	- apparecchiature sanitarie attinenti alle finalità del Fondo	20.000,00
<i>Servizi</i>	- 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 - affidamento di specifici servizi a soggetti esterni	10.000,00
<i>Missioni</i>	- missioni svolte per la partecipazione a riunioni attinenti alle finalità del Fondo	0,00
<i>Spese generali</i>	- spese di cancelleria/telefoniche/energia ecc., sostenute dall'ente per la gestione amministrativa del Fondo	25.200,00
<i>TOTALE</i>		358.851,28

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
Personale*	
- Personale amministrativo e di coordinamento	75.000,00
- Personale incaricato ad Hoc per raccolta e analisi dei dati statistici e personale sanitario (psicologo, neuropsicologo, infermiere, educatore, ...) mediante contratti in libera professione, specialistica ambulatoriale o borse di studio non finalizzate alla formazione come previsto da linee guida del presente fondo	1.432.100,00
Beni	
- attrezzature informatiche da utilizzare per attività attinenti alle finalità del Fondo (computer, tablet, attrezzature software e hardware)	185.149,99
- materiale di consumo	
- acquisto di cancelleria per attività altre rispetto alla gestione amministrativa	
Apparecchiature sanitarie	49.952,95
Apparecchiature sanitarie inerenti alle attività del fondo	
Servizi	284.202,28
Stampe, infografiche, gestionali, organizzazione convegni/eventi formativi, noleggio attrezzature unicamente per la durata del fondo	
Servizi di laboratorio, servizi di affidamento di un esercizio a soggetto esterno	
Docenze/relazioni di relatori esterni	
Iscrizioni a convegni/eventi formativi/seminari in presenza o online	
Missioni	31.507,48
Spese di trasferta, trasporto, vitto, alloggio per partecipazione a convegni/incontri/eventi formativi	
Spese generali**	113.852,83
- Costi indiretti (posta, corriere, internet, affitti, collegamenti telematici, adempimenti tributari)	
- Gestione amministrativa del fondo	
Totale	2.171.765,53

** 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.*

<i>Indicare la percentuale totale del personale (compreso personale amministrativo)</i>	<i>Indicare eventuale percentuale del personale amministrativo</i>
69,4%	5,0%

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

<i>Indicare la percentuale totale delle spese generali</i>
5,2%

Assegnazione alle aziende sanitarie	CF	Anno 2024 (1)	Anno 2025 (2)	Anno 2026 (3)	Totale Assegnato (4)
		Capitolo 51864	Capitolo 51864	Capitolo 51864	
AUSL Piacenza	91002500337	19.788,19	61.945,63	61.945,63	143.679,45
AUSL Parma	01874230343	34.277,68	107.304,06	107.304,06	248.885,80
AUSL Reggio Emilia	01598570354	26.468,41	82.857,61	82.857,61	192.183,63
AUSL Modena	02241850367	56.565,86	177.075,71	177.075,71	410.717,28
AUSL Bologna	02406911202	65.186,64	204.062,56	204.062,56	473.311,76
AUSL Imola	90000900374	14.337,27	44.881,95	44.881,95	104.101,17
AUSL Ferrara	01295960387	33.058,74	103.488,21	103.488,21	240.035,16
AUSL Romagna	02483810392	49.422,64	154.714,32	154.714,32	358.851,28
Totale		299.105,43	936.330,05	936.330,05	2.171.765,53

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Fabia Franchi, Responsabile di SETTORE ASSISTENZA TERRITORIALE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 468/2017 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2025/317

IN FEDE

Fabia Franchi

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Lorenzo Broccoli, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 468/2017 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2025/317

IN FEDE

Lorenzo Broccoli

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Riccardo Natali, Responsabile di SETTORE BILANCIO E FINANZE esprime, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale n. 2376/2024 e s.m.i., visto di regolarità contabile nella procedura dell'entrata in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2025/317

IN FEDE

Riccardo Natali

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Simona Lodesani, Responsabile di SETTORE RAGIONERIA esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2376/2024 e s.m.i., visto di regolarità contabile nella procedura di spesa in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2025/317

IN FEDE

Simona Lodesani

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 694 del 12/05/2025

Seduta Num. 22

OMISSIS

Il Segretario

Colla Vincenzo

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi