



REGIONE BASILICATA

Format per i piani di attività di regioni e province autonome (Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026)

DATI GENERALI

Regione: BASILICATA

Enti partecipanti:

Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" Potenza

Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)

Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM)

Regione Basilicata – Direzione generale per la salute e le politiche della persona

Aree progettuali:

Area progettuale: LINEA 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

Area progettuale: LINEA 3

Potenziamento della sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali

Risorse finanziarie

Tipo di indicator e demografico	Popolazione di età > 65 residente (rilevazione ISTAT 2023)	Percentuale su totale nazionale	Quota variabile	Quota fissa	Totale annualità 2024	Quota variabile	Quota fissa	Totale annualità 2025	Quota variabile	Quota fissa	Totale annualità 2026	Totale triennio
BASILICATA	133.711	0,94%	26.023,17	87.619,05	113.642,22	81.463,85	274.285,71	355.759,56	274.285,71	81.463,85	355.749,56	825.141,35

Referente scientifico:

Dr. Teodosio CILLIS

ASP Azienda Sanitaria di Potenza - POD di Venosa

tel: 0972/39386 – 333.8993548

e-mail: teodosio.cillis@aspbasilicata.it

Referente amministrativo

Dr.ssa Annarita DE BARTOLOMEO

Regione Basilicata- Direzione Generale Salute e Politiche della Persona

tel: 0971/668009

e-mail: annarita.debartolomeo@regione.basilicata.it

LINEA PROGETTUALE 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

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

La progressiva tendenza all'invecchiamento è confermata da stime statistiche mondiali che evidenziano che la percentuale dell'8% di ultra 65enni presenti negli anni '50, salirà nel 2050 al 30% della popolazione europea. Stessa tendenza si manifesta nella popolazione italiana, soggetta ad un processo di invecchiamento, derivante dalla contemporanea riduzione delle nascite e dall'aumento della aspettativa di vita. Negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione italiana è stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati e si stima che nel 2050 la quota di ultra65enni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne).

La Regione Basilicata è direttamente interessata dal problema visto che la popolazione lucana è, al momento, tra le più longeve d'Italia. Il rapporto Mondiale Alzheimer 2015 indica circa 1.200.000 i dementi in Italia (più del 50% di essi affetti da Alzheimer), saranno 1.609.000 nel 2030 e 2.272.000 nel 2050.

Dal *Report Nazionale Osservatorio demenze Istituto Superiore di Sanità (ISS) 2021-2023*: in Italia sulla base della popolazione residente al 1° gennaio 2023 (ISTAT) è possibile stimare 1.126.961 casi di demenza nella fascia d'età uguale o superiore ai 65 anni e 23.730 casi di demenza giovanile compresi nella fascia d'età 35-64. Il numero di persone con MCI è possibile stimarlo in 952.101.3. Nella popolazione residente straniera è possibile stimare 10.351 casi di demenza nella fascia d'età uguale o superiore ai 65 anni e 1.463 casi di demenza giovanile compresi nella fascia d'età 35-64. Il numero di persone straniere con MCI è possibile stimarlo in 23.893. Il numero stimato di persone coinvolte dal tema della demenza e del MCI è in Italia di circa 6 milioni, considerando circa 1.100.000 persone con demenza, 900.000 con MCI e 4 milioni di familiari (la composizione media dei nuclei familiari al 2022 è di circa 2,3 persone) (ISTAT).

Dal *Report Regione Basilicata Osservatorio demenze Istituto Superiore di Sanità (ISS) 2021-2023*: nella Regione Basilicata, sulla base dei residenti al 1° gennaio 2023 (ISTAT), è possibile stimare 10.683 casi di demenza nella fascia d'età uguale o superiore ai 65 anni e 224 casi di demenza early onset compresi nella fascia d'età 35-64 anni. È possibile stimare il numero di persone con MCI in 8.975. Il rapporto femmine/maschi è pari a 2,2 (≥65 anni) nella demenza late onset e a 1,1 in quella early onset (35-64 anni). Per quanto riguarda il MCI, il rapporto femmine/maschi è pari a 1,3.

Le risultanze del Fondo Demenze 2021-2023 al 31.03.2024 per la Regione Basilicata ha fatto registrare l'incidenza di 358 nuovi pazienti con diagnosi di MCI su 1.117 persone valutate così ripartite:

- ASP Venosa: n. 126
- ASM Matera: n. 146
- AOR S. Carlo Potenza: n. 86

L'attività è proseguita anche nel semestre successivo e alla data del 31.10.2024 ha fatto registrare l'incidenza di 153 nuovi pazienti con diagnosi di MCI su 598 persone valutate così ripartite:

- ASP Venosa: n. 78
- ASM Matera: n. 36
- AOR S. Carlo Potenza: n. 39

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.

Il numero stimato di casi con DNCMin/MCI, come sopra riportato, 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.

Nonostante il fallimento della maggior parte dei farmaci disease modifying, l'esigenza di una diagnosi precoce ed accurata del DNCMin/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. 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.

Il potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/(Mild Cognitive Impairment - MCI) – utilizzando nei CDCD anche le Linea Guida “Diagnosi e trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment* “ Versione 1.0 – gennaio 2024 ISS SNLG - e lo sviluppo di carte del rischio cognitivo per la pratica clinica rappresenta quindi un obiettivo prioritario. 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).

La Regione Basilicata ha attivato nell'anno 2000, nell'ambito del progetto Cronos, tre Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.), attualmente ri-denominati CDCD rispettivamente presso l'A.O.R. San Carlo di Potenza, il P.O. di Matera ed il Centro Integrato di Medicina dell'Invecchiamento - Azienda Sanitaria Locale di Potenza - P.O.D. di Venosa.

Allo stato attuale, in linea con quelli che erano gli obiettivi previsti nel precedente Format 2021-2023 per la realizzazione della LINEA 1 è stato istituito il Tavolo Tecnico Regionale Permanente sulle Demenze, previsto come da DM del Ministero della Salute del 23.12.2021, con Determina Dirigenziale – Uff Prestazioni sanitarie prot. N. 13 BF.2022-D00285 del 28 luglio 2022 (insediato in data 17 ottobre 2022); con Determina Dirigenziale – Direzione Generale per la Salute e le Politiche alla persona N. 13 BA.2024/D00347 del 22.10.24 vi è stato l'aggiornamento composizione del Tavolo tecnico Regionale Permanente sulle Demenze (insediato in data 28 ottobre 2024); Il Tavolo tecnico regionale permanente (altrimenti detto comitato scientifico centrale) garantisce l'integrazione tra Regione, Azienda Ospedaliera S. Carlo di Potenza, Azienda Sanitaria di Potenza, Azienda Sanitaria di Matera e territorio. I componenti del tavolo tecnico sono:

1. 1 Rappresentante Medico di ciascun CDCD
2. 1 Tecnico della regione
3. 1 Amministrativo della Regione
4. 2 rappresentanti dei MMG delle rispettive province (PZ e MT)
5. 1 Rappresentante degli Psicologi dei CDCD
6. 1 Rappresentante dell'associazione di malati.

Sono state reperite le figure di 5 Neuropsicologi (inizialmente reclutati 6, due per ogni Azienda. L'ASM di Matera conta attualmente 1 Neuropsicologo) attraverso l'espletamento di un bando ad hoc (la cui collaborazione è stata rinnovata attraverso apposita delibera dalle 3 Aziende Sanitarie fino al 31/12/2024). È stata modificata e semplificata la cartella informatizzata già presente e creata in Regione (PoINT – processi integrati territoriali), dedicata all'attività dei CDCD (denominata PoINT-Dem), che consente una raccolta dati omogenea e strutturata su tutto il territorio Regionale.–L'accesso al programma è stato uniformato ai 3 CDCD regionali e viene effettuato tramite credenziali utente-specifiche. Ciascun utente è stato abilitato alla visualizzazione e modifica del data-set relativo al proprio Centro, tuttavia per facilitare il passaggio di pazienti da un Centro all'altro, è stato attivato il trasferimento della Cartella Informatizzata.

È stato realizzato materiale formativo/informativo sia cartaceo che informatizzato (locandine informative su segni e sintomi riguardanti la demenza e i campanelli d'allarme; brochure su segni, sintomi e fattori di rischio; guida pratica per i familiari e guida ai servizi). Tale materiale viene distribuito ai familiari durante le visite, ma dovrà essere distribuito anche dai MMG presenti sul territorio Regionale.

Per quanto riguarda, invece, il coinvolgimento dei MMG è stato organizzato un incontro dedicato alla formazione degli stessi per l'utilizzo della scala GP-cog e si prevede di organizzare altri incontri formativi.

Sulla scorta di quanto detto sopra, la Regione Basilicata, intende proseguire con gli obiettivi ancora in fase di realizzazione: potenziare e consolidare il rapporto con i servizi delle cure primarie aumentando il coinvolgimento dei MMG risorsa fondamentale del territorio; la possibilità di penetrazione e la profonda conoscenza del tessuto sociale nel quale operano rende la figura di questi professionisti indispensabile alla realizzazione del Progetto.

Si intende realizzare la **sensibilizzazione, la formazione l'addestramento all'utilizzo di test** (tipo il GP-Cog) da somministrare per la individuazione di soggetti con sospetto deterioramento sia per intraprendere una prevenzione primaria sia da inviare ai CDCD territorialmente competenti; gli incontri previsti serviranno anche per fornire ai MMG, indicazioni sul percorso da seguire e sulle strutture verso cui indirizzare il proprio assistito. Si predisporrà una collaborazione con le UOC delle Cure Primarie delle aziende sanitarie aderenti e l'Ordine dei Medici delle province di Potenza e Matera, quale momento cardine della esecuzione del piano.

Inoltre, è previsto di aderire ai nuovi obiettivi per il Piani di Attività della LINEA 1 del Fondo Alzheimer e Demenze 2024-2026 che prevede la partecipazione di altre regioni, rendendo possibile una analisi accurata a livello nazionale delle singole esperienze regionali valutando in particolare il fenomeno della conversione da DNCCMin/MCI a demenza.

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 nell'ultimo semestre, considerando l'intento a partecipare a questa linea strategica di quattro nuove Regioni (nel Fondo 2021-2023 hanno partecipato 9 Regioni, compresa la Regione Basilicata, che hanno arruolato circa 7.400 persone con DNCCMin) 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 alla 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.

Ambito programmatico e territori 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, il "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).

Elementi di fattibilità, criticità e innovatività delle soluzioni e degli interventi proposti

La attuazione del Progetto e dunque la successiva valutazione dei risultati relativi alla caratterizzazione della conversione a demenza ed alla valutazione della fattibilità ad applicare le carte del rischio cognitivo individuale sarà vincolata alla effettiva conduzione delle attività nelle Regioni partecipanti al progetto e alla successiva disponibilità dei dati da inserire nell'analisi pooled di livello nazionale.

Elementi di innovatività delle soluzioni e degli interventi preposti

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 saranno utili 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.

Aree territoriali interessate e trasferibilità delle soluzioni e degli interventi proposti

Tutte le Regioni e PA italiane.

Bibliografia

Report Nazionale Osservatorio demenze Istituto Superiore di Sanità (ISS) 2021-2023 - © Istituto Superiore di Sanità Prima edizione: gennaio 2024 Il Pensiero Scientifico Editore

Report Regione Basilicata Osservatorio demenze Istituto Superiore di Sanità (ISS) 2021-2023) - ISS - I edizione Gennaio 2024

Linea Guida Diagnosi e trattamento di demenza e *Mild Cognitive Impairment* Versione 1.0 – gennaio 2024 ISS SNLG

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 ATTIVITA' (OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI)

LINEA 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

OBIETTIVO GENERALE 1:

Continuare l'attività dei CDCD in collaborazione con i MMG per aumentare la possibilità di intercettare un maggior numero possibile di soggetti con DNCMin/MCI. Inoltre 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 ed identificazione delle principali carte del rischio cognitivo da utilizzare nel contesto della popolazione italiana.

Evidenze: valutazione delle conversioni 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 1.1: Coinvolgimento dei MMG

Attività previste:

1. Sarà organizzato un incontro annuale dedicato alla formazione e all'aggiornamento che verterà sull'importanza della diagnosi tempestiva e precisa del disturbo neurocognitivo minore, di una completa raccolta anamnestica ai fini della diagnosi, utilizzo dei test di primo livello (GP-cog e MMSE) con accreditamento ECM; inoltre sarà organizzato anche un evento formativo in modalità asincrona.
2. Sarà prevista la distribuzione di materiale informativo/formativo sia cartaceo che informatizzato da far arrivare negli studi dei MMG per essere distribuiti agli utenti: brochure esplicative su:
 - a) 10 campanelli d'allarme (difficoltà a svolgere compiti usuali, disorientamento, dimenticare parole e frasi comuni etc...);
 - b) la presenza di BPSD, da Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia e come affrontarli non farmacologicamente;
 - c) guida ai servizi presenti nelle varie aree regionali con indirizzi, numeri telefonici ed e-mail, misure di protezione giuridica, opportunità previdenziali, assistenziali e fiscali.
3. Si prevede l'adozione su tutto il territorio regionale della scala GP-cog;
4. I MMG saranno forniti di schede per l'esecuzione standardizzata di esami di I livello da eseguire in soggetti con sospetto diagnostico di DNC min (MCI) anche per una iniziale DD con forme reversibili di involuzione cognitiva;
5. I MMG saranno forniti, altresì, di una scheda contenente i fattori di rischio attualmente accettati, per lo sviluppo di una demenza.

OBIETTIVO SPECIFICO 1.2: Arruolamento di nuovi pazienti con Disturbo neurocognitivo minore e prosecuzione del follow-up di quei pazienti arruolati nel Fondo Alzheimer e demenze 2021-23 con analisi statistiche della conversione a demenza e della stima del rischio di conversione a livello regionale.

Attività previste:

1. Inclusione dei nuovi pazienti nella coorte da parte dei 3 CDCD Regionale;
2. Prosecuzione del follow-up dei pazienti arruolati nel Fondo Alzheimer e demenza 2021-23;
3. Elaborazione statistica della conversione a demenza dei pazienti (nuovi e vecchi) inclusi nella coorte;
4. Stima del rischio individuale di convertire a demenza per ogni componente della coorte con l'uso di una carta del rischio cognitivo;
5. Invio da parte della Regione del file contenente i dati aggregati raccolti dai 3 CDCD, ed elaborati dalla Regione, all'Osservatorio Demenze dell'ISS (Istituto Superiore di Sanità) che si occuperà dell'analisi pooled a livello Nazionale.

OBIETTIVO SPECIFICO 1.3: 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 2024-2026

Attività previste:

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;
2. stesura del protocollo relativo allo studio osservazionale;
3. valutazione del protocollo da parte del Comitato Etico.

OBIETTIVO SPECIFICO 1.4: 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.

Attività previste:

1. definizione di una CRF elettronica per il trasferimento dei dati dalla Regione all'Osservatorio Demenze dell'ISS che si occuperà dell'analisi pooled a livello nazionale.

OBIETTIVO SPECIFICO 1.5: Analisi pooled nazionale dei risultati della conversione a demenza e stima del rischio individuale di conversione a demenza applicando le carte del rischio cognitivo

Attività previste:

1. Analisi pooled dei risultati delle diverse subcoorti regionali.

REFERENTI UNITA' OPERATIVE		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
CDCD Ospedale di Potenza	Dr. Saverio Mascolo	-Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto Direzione generale aziendale e regionale-
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
CDCD Ospedale di Matera	Dr. Michele Greco	-Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto Direzione generale aziendale e regionale
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
CDCD Ospedale di Venosa	Dr. Teodosio Cillis	-Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto Direzione generale aziendale e regionale

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO
OBIETTIVO GENERALE 1: LINEA 1 Risultato atteso: potenziamento della diagnosi precoce del disturbo neurocognitivo minore/mild cognitive impairment e partecipazione a un'analisi pooled a livello nazionale Indicatore di risultato: definizione di un protocollo che include casi incidenti e prevalenti di MCI e identificazione della carta del rischio cognitivo Fonte di verifica: invio report dei dati acquisiti Standard di risultato: 65%
OBIETTIVO SPECIFICO 1.1: Risultato atteso: organizzazione di un incontro annuale con i MMG Indicatore di risultato: numero di MMG che partecipano al progetto/ numero di MMG contattati. Fonte di verifica: lettere di invito alla partecipazione e foglio firma presenza. Standard di risultato: 25% OBIETTIVO SPECIFICO 1.2: Risultato atteso: arruolamento di nuovi pazienti e prosecuzione del follow-up di quelli inclusi con il Fondo 2021-23 Indicatore di risultato: numero di pazienti inclusi nell'analisi aggregata dei 3 CDCD della Regione/numero totale di pazienti inclusi nella nuova e precedente coorte Fonte di verifica: report di invio all'Osservatorio demenze dell'ISS Standard di risultato: 65% OBIETTIVO SPECIFICO 1.3: Obiettivo 1.3.1: identificazione della carta del rischio cognitivo 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. Obiettivo 1.3.2: stesura del protocollo relativo allo studio osservazionale Risultato atteso: completamento del protocollo da parte del Comitato Tecnico Scientifico (CTS) del progetto. Indicatore di risultato: definizione del protocollo contenente il minimum data-set e la carta del rischio cognitivo. Fonte di verifica: verbali delle riunioni del CTS con le regioni partecipanti alla linea strategica. Standard di risultato: condivisione del protocollo di studio con i 3 CDCD (100%).

Obiettivo 1.3.3: 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.

OBIETTIVO SPECIFICO 1.4:

Obiettivo 1.4

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 dei 3 CDCD (100%).

OBIETTIVO SPECIFICO 1.5:

Obiettivo 1.5

Risultato atteso: Stima della conversione a demenza di una coorte nazionale di persone con MCI e stima del rischio individuale di conversione a demenza applicando la carata del rischio cognitivo.

Indicatore di risultato: numero di regioni che invieranno le analisi statistiche della propria coorte.

Fonte di verifica: report relativo all'invio dell'analisi regionali.

Standard di risultato: analisi dei risultati di almeno il 70% delle regioni partecipanti alla linea strategica.

CRONOPROGRAMMA

Obiettivo generale 1- LINEA 1: potenziamento della diagnosi precoce del disturbo neurocognitivo minore/mild cognitive impairment e partecipazione a un’analisi pooled a livello nazionale

		2025												2026												2027						
	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Obiettivo specifico 1.1	Sarà organizzato 1 incontro annuale dedicato alla formazione dei MMG																															
Obiettivo specifico 1.2	Arruolamento di nuovi pazienti e prosecuzione del follow-up dei precedenti pazienti co analisi statistiche della conversione a demenza e della stima del rischio di conversione a livello regionale																															

LINEA PROGETTUALE 3**POTENZIAMENTO DELLA SPERIMENTAZIONE, VALUTAZIONE E DIFFUSIONE DI INTERVENTI DI TELEMEDICINA TESI AD ASSICURARE LA CONTINUITÀ DELLE CURE NEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI.*****Descrizione generale delle linee di azione predisposte rispetto all'area progettuale identificata***

In Italia l'aumento dei soggetti con età avanzata e/o con patologie croniche, impone agli erogatori di servizi correlati alla salute soluzioni innovative, al fine di rendere garantite e sostenibili le prestazioni assistenziali. Il tema della digitalizzazione dei processi sanitari risulta essere al centro di numerose azioni finalizzate alla diffusione dell'e-Health quale strumento per operatori, pazienti e cittadini per il miglioramento della qualità dell'assistenza e della produttività del settore sanitario. La realizzazione di un sistema di servizi integrati in rete assume notevole importanza in un quadro di profondo mutamento ed evoluzione del SSN caratterizzato da una quota di popolazione anziana sempre più preponderante e un'assistenza necessariamente più incentrata sui servizi territoriali.

Nel 2012 il Ministero della Salute ha pubblicato il documento "Linee di indirizzo nazionali" sulla Telemedicina, che definisce e classifica i servizi di telemedicina, da intendersi come "modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle *Information and Communication Technologies* (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/ terapeutico. Tuttavia la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario". Le finalità sono quelle di prevenzione secondaria, diagnosi, cura, riabilitazione, monitoraggio.

Uno studio pubblicato sulla rivista *American Journal of Geriatric Psychiatry* ha dimostrato che utilizzando la telemedicina si crea un maggior grado di resilienza e benessere sia nei pazienti che nei caregivers, rispetto al solo supporto telefonico, e i benefici sono visibili già dopo quattro settimane dall'intervento.

Nell'ambito delle patologie neurologiche, i pazienti con demenza potrebbero giovare in particolar modo di tali prestazioni. Esiste già un'ampia letteratura che documenta la validità e l'affidabilità della telemedicina nella diagnosi e soprattutto nel follow-up di persone affette da demenza, con buoni livelli di soddisfazione per il paziente.

Per le caratteristiche orografiche della nostra Regione - con una superficie di 9.992,24 KM2 di cui il 46,8% è montano, il 45,2% è collinare e solo l'8% è pianeggiante- costituita da tanti piccoli comuni di montagna, con una viabilità difficoltosa, spesso distanti dai CDCD, e considerata la grave carenza di strutture semiresidenziali, avere la possibilità da parte del familiare di interfacciarsi da remoto tramite la telemedicina con un sanitario dei CDCD (medico, psicologo, infermiere o terapeuta occupazionale, etc..) può rappresentare un grosso beneficio.

La disponibilità di questi nuovi strumenti per la diagnosi e monitoraggio a distanza permetterà di ridurre drasticamente i costi dell'assistenza, fornire un puntuale appoggio alle famiglie dei pazienti con demenza e limitare il rischio legato all'accesso in ospedale di persone così fragili.

Le Linee di Indirizzo nazionali sulla Telemedicina approvate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, le Province Autonome nella seduta del 20 Febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR del 20 Febbraio 2014) rappresentano il primo riferimento unitario nazionale per l'implementazione dei servizi di Telemedicina, ed individuano gli elementi di riferimento necessari per una coerente progettazione ed impiego di tali sistemi nell'ambito del SSN. Sono state approvate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome nella seduta del 17.12.2020 (Repertorio atti n. 215/CSR) le "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina" e le "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie"

del 18 novembre 2021 (Repertorio atti n. 231/CSR) le quali in relazione all'evoluzione delle tecnologie hanno lo scopo di garantire una progressiva estensione e applicazione degli strumenti tecnologici a tutti gli ambiti assistenziali, al fine di migliorarne la qualità.

La Regione Basilicata aderendo al Piano/Missione PNRR/M6 (Piano nazionale di ripresa e resilienza / Missione 6 Salute) ha approvato il “Modello Organizzativo dei servizi di telemedicina” tramite DGR n. 219 del 29 aprile 2023 e il “Piano Operativo dei servizi di Telemedicina” tramite DGR n. 254 del 5 maggio 2023, definendo i fabbisogni e le modalità con le quali intende implementare e gestire i servizi di telemedicina; avviando la progettazione e la progressiva implementazione di un sistema digitale regionale per supportare l'erogazione dei servizi socio-sanitari sul territorio e adoperare strumenti informatici e tecnologie digitali al fine di rendere operativo il funzionamento delle CdC, degli OdC, delle COT e per favorire lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, tramite le soluzioni di telemedicina migliorando quindi il percorso di cura dei pazienti e lo stato di salute della popolazione. La possibilità di implementare il servizio di Telemedicina anche per i pazienti affetti da demenza- utilizzando la stessa piattaforma informatica POHEMA, permetterà in futuro di rendere strutturale questo servizio.

Dunque, sulla base di quanto indicato, la Regione Basilicata continua a partecipare a questa linea strategica anche per il Fondo 2024-2026 per realizzare quanto previsto e non realizzato dal precedente Fondo 2021-2023 e a rendere strutturale, per quanto possibile, i servizi di telemedicina dedicati alle persone con disturbi neurocognitivi e demenze e loro caregiver.

Allo stato attuale, in linea con quelli che erano gli obiettivi previsti nel precedente Format 2021-2023 per la realizzazione della LINEA 3 si è provveduto:

- ad implementare la piattaforma informatizzata POHEMA;
- alla formazione dei medici specialisti, dei neuropsicologi reclutati dei 3 CDCD;
- a individuare le stanze da dedicare all'Ambulatorio;
- all'acquisto di materiale informatico (Hardware e software) per lo svolgimento delle attività;
- a provvedere alla stesura del Consenso informato e informativa privacy da parte il Responsabile DPO Regionale insieme ai Responsabili DPO Aziendali per procedere con prestazioni di telemedicina e di supporto psicologico ai caregiver.

Sulla scorta di quanto detto sopra, la Regione Basilicata, intende proseguire con gli obiettivi ancora in fase di realizzazione e aderire ai nuovi obiettivi quali: potenziamento della sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina per creare una rete integrata per la demenza che ha come scopo di facilitare la comunicazione ospedale-territorio, definendo e condividendo le rispettive funzioni tra i MMG, i C.D.C.D. e gli operatori socio-sanitari nelle diverse fasi del percorso; coerentemente con gli obiettivi del Piano Nazionale Demenze ed in particolare con la creazione di una Rete Integrata per le demenze la Regione tende ad indirizzare le proprie azioni verso lo sviluppo di modelli di collaborazione tra i diversi professionisti della salute al fine di promuovere un'assistenza multidisciplinare e attuare un intervento di gestione integrata.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Per le caratteristiche geografiche della nostra regione costituita da tanti piccoli comuni di montagna spesso distanti dai CDCD e per la grave carenza di strutture semiresidenziali, avere la possibilità da parte del familiare di interfacciarsi da remoto tramite la telemedicina con un sanitario dei CDCD (medico, psicologo, infermiere, terapeuta occupazionale, etc..) può rappresentare un grosso beneficio.

La disponibilità di questi nuovi strumenti per la diagnosi e monitoraggio a distanza permetterà di ridurre drasticamente i costi dell'assistenza, fornire un puntuale appoggio alle famiglie dei pazienti con demenza e limitare il rischio legato all'accesso in ospedale di persone così fragili.

La Regione Basilicata ha approvato una Delibera sulla Telemedicina e sulla Teleassistenza per favorire la gestione domiciliare delle cure alla persona) (DGR n. 202200219 del 29.04.2022) e ha sviluppato una piattaforma [POHEMA] (già utilizzata per la rilevazione delle disabilità gravissime da maggio 2021, nell'ambito del PROGETTO REGIONALE DISABILI DGR n.1037/2018 e DGR 1100/2018) che è stata adattata alle esigenze del Progetto in corso.

Il primo professionista sanitario a ricevere richieste di intervento nei casi di riferiti disturbi cognitivi e/o modificazioni del comportamento è il Medico di medicina Generale. Si propone un intervento formativo

per l'utilizzo della piattaforma POHEMA rivolto ai MMG del territorio, con l'obiettivo di fornire indicazioni pratiche che consentano loro di poter svolgere al meglio il proprio ruolo all'interno di un'equipe integrata di professionisti sanitari avente lo scopo di offrire ai cittadini una presa in carico integrata.

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

Sono coinvolti nel progetto i 3 CDCD della Regione attualmente operativi (Potenza, Matera e Venosa). Le tre Aziende sanitarie dovranno lavorare in rete e in continuità uniformandosi.

Elementi di fattibilità, criticità e innovatività delle soluzioni e degli interventi proposti

La criticità al momento potrebbe riscontrarsi nella carenza di adeguato supporto informatico nelle famiglie di riferimento (si potrebbe prevedere la fruizione di supporti, laddove non presenti, sia provvedendo all'acquisto di tablet (15 per ogni CDCD) e sia mediante una collaborazione con la UOC Assistenza Domiciliare e Cure palliative che potrà fornire un operatore sanitario a domicilio a sostegno della famiglia); il coinvolgimento MMG.

L'innovatività del progetto consiste nello sviluppo su larga scala dei servizi di telemedicina che, come sottolinea anche il documento sulle Linee di indirizzo, è fondamentale definire ed implementare programmi di formazione/informazione: informazione al paziente e caregiver, in merito all'uso della Telemedicina e ai benefici che ne possono derivare, e formazione dei professionisti sanitari e dei pazienti e caregiver per l'uso delle nuove tecnologie.

Target: Pazienti con DNC max già in trattamento presso i CDCD di riferimento territoriale, caregiver, MMG

Setting: CDCD regionali.

Bibliografia

Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, et al. Prevalence of aging-associated cognitive decline in an Italian elderly population: results from cross-sectional phase of Italian PROject on the Epidemiology of Alzheimer's disease (IPREA). Aging Clin Exp Res 2010;22(5-6):440-9

United Nations. World population ageing 1950-2050 ([www.un.org/esa/population/...](http://www.un.org/esa/population/))

Rapporto Sanità elaborato dal Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità) - 17a edizione - dicembre 2021

Lezak, M.D. (1995). "Neuropsychological Assessment" (3rd ed.). New York: Oxford University Press

Spinnler, H. "La malattia di Alzheimer" in Manuale di neuropsicologia. Normalità e patologia dei processi cognitivi. Dennes, G., et Pizzamiglio, L. (a cura di) (1996). Zanichelli, Bologna

Spinnler, H., et Della Sala, S. "Il concetto di demenza e l'approccio diagnostico ad essa" in Manuale di neuropsicologia. Normalità e patologia dei processi cognitivi. Dennes, G., et Pizzamiglio, L. (a cura di) (1996). Zanichelli, Bologna

Am J Geriatr Psychiatry. 2020 Nov; 28(11): 1175–1184. "The Protective Impact of Telemedicine on Persons With Dementia and Their Caregivers During the COVID-19 Pandemic Frank Ho-yin Lai, Ph.D.,¹, Elaine Wai-hung Yan, M.P.H.,² Kathy Ka-ying Yu, B.S.W.,³ Wing-Sze Tsui, M.Soc.Sc, ⁴ Daniel Ting-hoi Chan, B.A.,¹ and Benjamin K. Yee, D.Phil¹

Ronald C. Petersen, Oscar Lopez, Melissa J. Armstrong et al. "Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment" Neurology 2018; 90: 126-135

Frank Jessen, Steffen Wolfsgruber, Birgitt Wiese et al “AD dementia risk in late MCI, in early MCI, and in subjective memory impairment” *Alzheimers Dement* 2014;10(1):76-83

Massetti N, Russo M, Franciotti R, et al. A Machine Learning-Based Holistic Approach to Predict the Clinical Course of Patients within the Alzheimer’s Disease Spectrum. *J Alzheimers Dis*. Published online December 2021. doi:10.3233/JAD-210573

Delibera Regione Basilicata n. 219 del 29/04/2022

Telemedicina Linee di indirizzo Nazionale- rep atti n.16/CSR del 20.02.’14

Piano Nazionale delle cronicità (15.9. 2016)

Piano Nazionale Demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze, *Gazzetta Ufficiale* n.9 del 13-1-2015.

Piano/Missione PNRR/M6 (Piano nazionale di ripresa e resilienza / Missione 6 Salute) “Modello Organizzativo dei servizi di telemedicina” DGR n. 219 del 29 aprile 2023; “Piano Operativo dei servizi di Telemedicina” DGR n. 254 del 5 maggio 2023.

DESCRIZIONE LINEE ATTIVITA' (OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI)

LINEA 3

OBIETTIVO GENERALE: SPERIMENTAZIONE, VALUTAZIONE E DIFFUSIONE DI INTERVENTI DI TELEMEDICINA TESI AD ASSICURARE LA CONTINUITÀ DELLE CURE NEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI

OBIETTIVO GENERALE 3

Razionale e descrizione dell'obiettivo:

Uno studio pubblicato sulla rivista *American Journal of Geriatric Psychiatry* ha dimostrato che utilizzando la telemedicina si crea un maggior grado di resilienza e benessere sia nei pazienti che nei caregivers, rispetto al solo supporto telefonico, e i benefici sono visibili già dopo quattro settimane dall'intervento.

Nell'ambito delle patologie neurologiche, i pazienti con demenza potrebbero giovare in particolar modo di tali prestazioni. Esiste già un'ampia letteratura che documenta la validità e l'affidabilità della telemedicina nella diagnosi e soprattutto nel follow-up di persone affette da demenza, con buoni livelli di soddisfazione per il paziente.

La Regione Basilicata, mira al potenziamento della sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina per creare una rete integrata per la demenza che ha come scopo di facilitare la comunicazione ospedale-territorio, definendo e condividendo le rispettive funzioni tra i MMG, i C.D.C.D. e gli operatori socio-sanitari nelle diverse fasi del percorso; coerentemente con gli obiettivi del Piano Nazionale Demenze ed in particolare con la creazione di una Rete Integrata per le demenze la Regione tende ad indirizzare le proprie azioni verso lo sviluppo di modelli di collaborazione tra i diversi professionisti della salute al fine di promuovere un'assistenza multidisciplinare e attuare un intervento di gestione integrata.

Evidenze:

La Regione Basilicata ha approvato una Delibera sulla Telemedicina e sulla Teleassistenza per favorire la gestione domiciliare delle cure alla persona (DGR n. 202200219 del 29.04.2022), ha approvato il "Modello Organizzativo dei servizi di telemedicina" tramite DGR n. 219 del 29 aprile 2023 e il "Piano Operativo dei servizi di Telemedicina" tramite DGR n. 254 del 5 maggio 2023, definendo i fabbisogni e le modalità con le quali intende implementare e gestire i servizi di telemedicina; ha sviluppato una piattaforma [POHEMA] (già utilizzata per la rilevazione delle disabilità gravissime da maggio 2021, nell'ambito del PROGETTO REGIONALE DISABILI DGR n.1037/2018 e DGR 1100/2018) che è stata adattata alle esigenze del Progetto in corso.

Il primo professionista sanitario a ricevere richieste di intervento nei casi di riferiti disturbi cognitivi e/o modificazioni del comportamento è il Medico di medicina Generale. Si propone un intervento formativo per l'utilizzo della piattaforma POHEMA rivolto ai MMG del territorio, con l'obiettivo di fornire indicazioni pratiche che consentano loro di poter svolgere al meglio il proprio ruolo all'interno di un'equipe integrata di professionisti sanitari avente lo scopo di offrire ai cittadini una presa in carico integrata.

Target: Pazienti con DNC max già in trattamento presso i CDCD di riferimento territoriale, caregiver, MMG

Setting: CDCD regionali

OBIETTIVO SPECIFICO 3.1

Attività previste:

Implementazione ed operatività nei 3 CDCD della piattaforma informatizzata POHEMA per rendere possibile l'effettuazione di visite da remoto per:

- Visite di controllo per i pazienti impossibilitati a recarsi presso i centri CDCD con:
 - Rinnovo dei PT
 - Prescrizione di ausili e presidi

OBIETTIVO SPECIFICO 3.2

Attività previste:

1. colloqui con familiari e caregiver.
2. supporto di tipo psicologico rivolto a caregiver formali e informali, per attenuare i disagi potenzialmente derivanti dall'isolamento sociale e dal mutato scenario dell'assistenza.

La disponibilità di questi nuovi strumenti per il monitoraggio a distanza permetterà di ridurre drasticamente i costi dell'assistenza, fornire un puntuale appoggio alle famiglie dei pazienti con demenza.

OBIETTIVO SPECIFICO 3.3:

Attività previste:

- a. Coinvolgimento dei MMG e sviluppo di modelli di collaborazione tra i professionisti della salute delle cure primarie (MMG) mediante:
 1. formazione per utilizzo della piattaforma informatica formazione per utilizzo della piattaforma informatica (Pohema) con l'obiettivo di garantire una puntuale e accurata comunicazione tra i diversi professionisti;
 2. distribuzione di materiale informativo/formativo sia cartaceo per implementazione della Telemedicina.

REFERENTI UNITA' OPERATIVE

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
CDCD Ospedale di Potenza	Dr. Saverio Mascolo	-Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto Direzione generale aziendale e regionale-
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
CDCD Ospedale di Matera	Dr. Michele Greco	-Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto Direzione generale aziendale e regionale
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
CDCD Ospedale di Venosa	Dr. Teodosio Cillis	-Coordinamento progetto - Rendicontazione progetto - Rapporto Direzione generale aziendale e regionale

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO
OBIETTIVO GENERALE 3: LINEA 3 <u>Risultato atteso</u>: implementazione visite di controllo in remoto, diffusione dell'e-Health <u>Indicatore di risultato</u>: n. di CDCD con servizio di telemedicina/totale dei CDCD presenti in Regione <u>Fonte di verifica</u>: documento di attività sulla telemedicina <u>Standard di risultato</u>: 100%;
OBIETTIVO SPECIFICO 3.1: <u>Risultato atteso</u>: implementazione visite di controllo da remoto, diffusione dell'e-Health <u>Indicatore di risultato</u>: n. di visite di controllo in telemedicina nei CDCD/totale delle visite di controllo nei CDCD nei 12 mesi <u>Fonte di verifica</u>: N. di prestazioni effettuate in modalità televisita; somministrazione appositi questionari di gradimento a pazienti (se in grado di compilarlo) o caregiver <u>Standard di risultato</u>: 10 % e uniformità dei 3 CDCD nello svolgimento di tali attività; OBIETTIVO SPECIFICO 3.2: <u>Risultato atteso</u>: implementazione supporto ai caregivers dei pazienti per contrastare in modo efficace tutte le possibili conseguenze negative per il caregiver (burden) <u>Indicatore di risultato</u>: numero dei caregivers di pazienti trattati con servizio di telemedicina/totale dei pazienti in carico nei CDCD nei 12 mesi <u>Fonte di verifica</u>: N. di prestazioni effettuate in modalità teleassistenza; somministrazione appositi questionari di gradimento a caregiver <u>Standard di risultato</u>: 10% e uniformità dei 3 CDCD nello svolgimento di tali attività; OBIETTIVO SPECIFICO 3.3: <u>Risultati attesi</u>: formazione dei professionisti delle cure primarie formati all'utilizzo della piattaforma POHEMA <u>Indicatore di risultato</u>: numero di MMG che partecipano al progetto/ numero di MMG contattati. <u>Fonte di verifica</u>: lettere di invito alla partecipazione e foglio firma presenza. <u>Standard di risultato</u>: 25% e uniformità dei 3 CDCD nello svolgimento di tali attività.

Obiettivo generale 3 - LINEA 3: sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali

		2025												2026												2027						
	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	9	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Obiettivo specifico 3.1	Implementazione ed operatività nei 3 CDCD della piattaforma informatizzata POHEMA per rendere possibile l'effettuazione di visite da remoto per visite di controllo per i pazienti impossibilitati a recarsi presso i centri CDCD con: Rinnovo dei PT e Prescrizione di ausili e presidi																															
	Colloqui con familiari e caregiver.																															
Obiettivo specifico 3.2	Supporto di tipo psicologico rivolto a caregiver formali e informali, per attenuare i disagi potenzialmente derivanti dall'isolamento sociale e dal mutato scenario dell'assistenza.																															
	Coinvolgimento dei MMG e sviluppo di modelli di collaborazione tra i professionisti della salute delle cure primarie (MMG)																															
Obiettivo specifico 3.3	Formazione per utilizzo della piattaforma informatica																															
	Attività 3: distribuzione di																															

[illegible]

PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1 (Azienda Ospedaliera San Carlo)		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
Personale - -	- Costo contratto conferimento incarico di collaborazione Neuropsicologo n. 2	186.900,00
Beni - -	-16 tablet -3 pc portatili - 1 stampante multifunzione - Implementazione cartella software per tutti i 3 CDCD - software AI-enhanced per l'analisi automatica dell'imaging radiologico a supporto delle diagnosi per pazienti affetti da condizioni patologiche di demenza -	8.000 4.500 400 20.000 27.000
Apparecchiature sanitarie - -	- - -	0
Servizi - -	- stampa, legatoria e riproduzione grafica di materiale informativo	6.207,76
Missioni - -	- missioni svolte per la partecipazione a riunioni inerenti il piano intra ed extraregionali -	5.000
Spese generali - -	- spese di cancelleria, servizio di corriere, collegamenti telematici, costi per la gestione amministrativa del piano, ecc -	19.253,00

Unità Operativa 2 (Azienda Sanitaria di Potenza- Venosa)		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
Personale - -	- Costo contratto conferimento incarico di collaborazione Neuropsicologo n. 2	186.900,00
Beni - -	-16 tablet - 1 pc portatile - stampante multifunzione -Implementazione ed evoluzione del servizio di telemedicina per tutti i 3 CDCD -	8.000 1.500 400,00 45.000
Apparecchiature sanitarie - -	- - -	0
Servizi - -	stampa, legatoria e riproduzione grafica di materiale informativo, organizzazione eventi formativi MMG provincia PZ	6.000 12.000
Missioni - -	- missioni svolte per la partecipazione a riunioni inerenti il piano intra ed extraregionali	5.000
Spese generali - -	- spese di cancelleria, servizio di corriere, collegamenti telematici, costi per la gestione amministrativa del piano, ecc	19.253,00

Unità Operativa 3 (Azienda sanitaria di Matera)		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
Personale - -	- Costo contratto conferimento incarico di collaborazione Neuropsicologo n. 2	186.900,00
Beni - -	-16 tablet -1 pc portatile	8.000 1.500
Apparecchiature sanitarie - -	- - -	0
Servizi - -	- stampa, legatoria e riproduzione grafica di materiale informativo, organizzazione eventi formativi MMG provincia MT - creazione e gestione sito web per tre anni - organizzazione incontri e convegni a carattere regionale	6.000 12.174,59 15.000 10.000
Missioni - -	- missioni svolte per la partecipazione a riunioni inerenti il piano intra ed extraregionali	5.000
Spese generali - -	- spese di cancelleria, di corriere, collegamenti telematici, costi per la gestione amministrativa del piano, ecc	19.253,00

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
Personale*	560.700,00
-	
-	
Beni	124.300,00
-	
-	
Apparecchiature sanitarie	0
-	
-	
Servizi	67.382,35
-	
-	
Missioni	15.000
-	
-	
Spese generali**	57.759,00
-	
-	
Totale	825.141,35

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

<i>Indicare la percentuale totale del personale</i>	<i>Indicare eventuale percentuale del personale amministrativo</i>
70%	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>
7%

Data, 20.01.2025

Firma

Referente Cientifico

Referente Amministrativo