

**Format per i piani di attività 2021-2023
di regioni e province autonome
*(Fondo per l'Alzheimer e le demenze)***

DATI GENERALI

Regione: FRIULI VENEZIA GIULIA

Enti partecipanti: ASUGI (Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina)

Area progettuale: SPERIMENTAZIONE, VALUTAZIONE E DIFFUSIONE DI INTERVENTI DI TELERIABILITAZIONE TESI A GARANTIRE UN PROGETTO RIABILITATIVO MIRATO, CON LO SCOPO DI MIGLIORARE PARTECIPAZIONE, INCLUSIONE E QUALITA' DELLA VITA DEL PAZIENTE (Linea 4)

SPERIMENTAZIONE, VALUTAZIONE E DIFFUSIONE DEI TRATTAMENTI PSICOEDUCAZIONALI, COGNITIVI E PSICOSOCIALI NELLA DEMENZA (Linea 5)

Regione coinvolta: Veneto

È prevista la collaborazione con la Regione Veneto rispetto alla Linea 4

Risorse

(indicare quanto previsto nella tabella dell'allegato 1 del Decreto Fondo Alzheimer e demenze)

- Totale annualità: Euro 154.616,98

- Totale triennio: Euro 463.850,94

Referente scientifico:

Nominativo: dott. Antonino Riolo

Struttura di appartenenza: dirigente medico di psichiatria dell'ASUGI in comando presso la Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità della Regione FVG

tel: 040 3775570 E-mail: antonino.riolo@regione.fvg.it

Referente amministrativo:

Nominativo: dott. Antonio Zaccardi

Struttura di appartenenza: Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità della Regione FVG-

Struttura adempimenti amministrativi e contabili afferenti al settore sanitario

tel: 040 3775524 E-mail: antonio.zaccardi@regione.fvg.it

Allegato 1

ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO

Descrizione generale delle linee di azione predisposte rispetto alle aree progettuali identificate

Molti cittadini trascurano la loro salute cognitiva e le prime avvisaglie di deterioramento, sottostimando in condizioni di benessere il rischio di una eventuale involuzione cognitiva per sé e per i propri cari, portati prevalentemente a rivolgere la loro attenzione, anche in termini preventivi, verso altri sintomi e verso altri organi o apparati dell'organismo.

Per quanti ricevono una diagnosi di MCI o di Demenza in fase iniziale o lieve, non è prevista, nella nostra Regione, un'offerta sanitaria pubblica di matrice riabilitativa.

Solitamente, al termine dell'iter valutativo dello stato cognitivo di un soggetto non fa seguito una proposta volta ad intervenire su questo aspetto "core".

Al contempo l'insorgere di disturbi psicologici e comportamentali in demenza (BPSD) impatta fortemente sui CDCD, sui centri di salute mentale, sul circuito dell'emergenza, sollecitati ad erogare risposte prevalentemente se non esclusivamente psicofarmacologiche, parcellari, scotomizzando il concomitante scadimento delle performances cognitive che vengono poste in secondo piano e che non ricevono alcuna attenzione da parte del clinico, ricorrendo ad interventi volti ad assicurare il controllo comportamentale del paziente, senza una lettura approfondita dei bisogni della persona.

Le stesse terapie psicofarmacologiche sono indicate come possibili induttori di peggioramento cognitivo, stante la tendenza al procrastinarsi delle prescrizioni e delle relative somministrazioni, in particolare di benzodiazepine ed antipsicotici, utili in una prima fase per stabilizzare il quadro clinico benchè non vi siano evidenze di una loro efficacia nel medio-lungo periodo.

Si pone, allora, la questione dell'approccio complessivo ai BPSD e la necessità di ridisegnare una strategia che affronti sinergicamente, secondo un paradigma socio-sanitario integrato, i bisogni di questa fascia di popolazione, doppiamente fragile sul versante cognitivo e su quello psicopatologico.

Sovente, il quadro cognitivo che muta viene processato come intrattabile nell'ottica di molti sanitari e ineluttabile nel vissuto di numerosi familiari, alimentando una sorta di destinalità di questo evento patologico.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Contribuire a diffondere in sanità pubblica una cultura generale sulla possibilità di ricorso alla riabilitazione cognitiva, nelle forme "face to face" e in quelle digitali, non come specialismo ma come diritto del soggetto a preservare la propria salute cognitiva, in una logica multi-professionale e in una prospettiva interdisciplinare, promuovendo l'interesse da parte dei cittadini verso la riabilitazione, disseminando evidenze tra gli operatori sanitari e sociali a partire comunque dall'analisi sistematica dei bisogni del paziente-utente, sia quelli esplicitati che quelli inespressi.

La tele-riabilitazione, quale articolazione della clinica, prevede l'impiego del software INFORMA, sviluppato e co-progettato da professionisti della riabilitazione all'interno del Centro Regionale Invecchiamento Cerebrale (CRIC) dell'Azienda Ospedale Università di Padova già nel 2018 insieme al Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione dello stesso Ateneo. Il software consente l'interfaccia tra assistito e terapeuta il quale può adattare le proposte riabilitative in funzione delle preferenze e delle necessità della persona. A sua volta, l'utente in virtù dell'interfaccia installata sul dispositivo mobile (tablet) può utilizzare in modalità asincrona le attività proposte.

La cultura e la prassi della riabilitazione cognitiva devono potersi allargare anche alla fascia dei cittadini con BPSD, secondo un approccio "sartoriale" che individui gli interventi più appropriati, integrandoli con altri di tipo psicosociale, a seconda del contesto e delle risorse presenti negli ambiti di prossimità del paziente.

Nel terreno della cognitiv  ci si propone di attuare alcuni interventi mirati ad aiutare pazienti e familiari nella loro quotidianit  per il raggiungimento di obiettivi realistici nel rispetto delle peculiarit  socio- culturali dei soggetti interessati, della loro storia di apprendimento e delle personali abitudini, riconducibili alla “cognitive rehabilitation”

L’offerta sanitaria pubblica deve poter prevedere il ricorso alla stimolazione cognitiva classicamente intesa, come per esempio la “*reminiscence therapy*” o al training cognitivo su particolari domini come l’attenzione, la memoria, il linguaggio, le funzioni esecutive, su utenti selezionati e interessati a prendere in considerazione queste offerte di trattamento.

In ogni caso, non si pu  prescindere dal coinvolgimento del caregiver in un’armonica condivisione e adesione al programma riabilitativo mirato, ponendo al centro la qualit  dell’interazione tra paziente e caregiver, sia formale che informale.

Specificata attenzione deve essere posta al linguaggio da usare nella comunicazione dell’offerta riabilitativa, senza alimentare aspettative miracolistiche nella cittadinanza, strutturando anche una posteristica accattivante da diffondere nei punti strategici dei servizi socio-sanitari, inclusi gli ambulatori dei MMG.

L’impatto sul servizio sanitario si auspica sia quello di disporre di evidenze aggiornate utili ad ampliare la capacit  di risposta, ma anche favorire la domanda, verso un problema a cos  forte ricaduta sul piano della coesione sociale, alla luce anche di alcuni concomitanti inconvenienti di natura psicosociale come il conflitto intergenerazionale che co-determina lo stress del caregiver, l’iper-consumo di risorse per l’assistenza e la deriva dell’ageismo.

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

L’ambito istituzionale   quello dei CDCD dei Distretti Sanitari dell’ASUGI per come verranno ridisegnati nella loro ri-distribuzione a seguito della recente approvazione degli atti aziendali in FVG.

La nuova geografia dei Distretti Sanitari, al cui interno sono collocati i CDCD, consentir  di applicare, verificandone la tenuta, il recente Piano Regionale per l’Anziano Fragile pubblicato nel 2021 sulla scorta del costruendo PDTA regionale per le demenze. Sono questi, pertanto, i riferimenti programmatici da linkare con i Piani di attivit  2021-2023 del Fondo per l’Alzheimer e le Demenze.

Fattibilit  /criticit  delle soluzioni e degli interventi proposti

In merito alla fattibilit  si prospetta come il ricorso a personale aggiuntivo che si affianca e si integra con quello gi  esistente all’interno dei CDCD, unitamente a nuove specifiche dotazioni strumentali per la teleriabilitazione nonch  a quote di finanziamento per interventi intensivi psicosociali nei territori sul modello del budget di salute, possano risultare efficaci nell’affrontamento del problema.

In merito ai devices questi devono essere dotati di display 10,5” WQXGA, 1600 x 2560 Px, scudo protettivo e pennino touch.

Ai fini della fattibilit    necessaria la presenza della rete Internet per scaricare le attivit  riabilitative e comunicare con il terapeuta ma dopo l’espletamento del download il funzionamento pu  avvenire anche off-line.

Il modello del budget di salute, nella forma della co-progettazione tra il soggetto pubblico e il privato sociale accreditato che co-opera,   stato fin qui poco sviluppato nel settore delle demenze, limitandosi a progetti per utenti con gravi disturbi psichici pre-esistenti, lungo-assistiti, che invecchiando sviluppavano gravi problemi cognitivi e gestionali anche nelle case di riposo.

Il budget di salute pu  trovare applicazione anche nelle situazioni di demenza iniziale con disturbi psichici e comportamentali, a partire da una analisi dei bisogni del paziente e di una lettura dei contesti nei quali si sviluppano e si stratificano i sintomi neuropsichiatrici.

In merito alle criticit  si identificano quali fattori ostativi e/o ritardanti il raggiungimento degli obiettivi l’insufficienza degli spazi all’interno dei CDCD e la stereotipata nonch  inappropriata modalit  comunicativa tra le organizzazioni distrettuali e i centri di salute mentale nella co-progettazione per gli interventi sui BPSD.

Elementi di innovativit  delle soluzioni e degli interventi proposti

Per quanto concerne la teleriabilitazione, il software sviluppato dai Ricercatori del Veneto permette di gestire a domicilio l'intervento in linea con il principio della casa come primo luogo di cura, secondo quanto stabilito dal Milestone EU M6C1-4 del PNRR in termini di reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, promuovendo altresì l'alfabetizzazione digitale e rafforzando nel complesso l'alleanza terapeutica nonché un senso di affiliazione verso l'organizzazione sanitaria da parte dell'utente e dei familiari. I dispositivi prestatati all'utenza possono costituire, nell'opinione pubblica, un argomento di cui parlare, un inedito, un qualcosa che accorcia la distanza tra cittadino e organizzazione che cura, privilegiando l'usabilità nell'ottica della co-progettazione con il cittadino-utente.

Il percorso di teleriabilitazione va sempre declinato sul caso concreto, coinvolgendo attivamente il caregiver che deve essere informato e supportato; una volta definito il progetto riabilitativo individuale, in seguito all'UVMD, verranno stabiliti i tempi durante i quali l'erogazione della prestazione avrà luogo.

In merito alla sfera degli interventi psicoeducazionali, questi vertono sul coinvolgimento delle assistenti familiari di cui si vuole aumentare il livello di competenze nella gestione dei BPSD con un supporto diretto ove necessario e con uno sportello di ascolto.

Sul piano degli interventi psicosociali si intendono sviluppare pratiche inclusive per attività nel territorio, con soggetti singoli o in forma grupppale ma sempre nel rispetto delle preferenze del paziente.

Ancora si intende implementare la funzione riabilitativa dei CDCD sulla base del maggior rischio cognitivo dell'utente in funzione di fattori ambientali sfavorevoli.

Aree territoriali interessate e trasferibilità delle soluzioni e degli interventi proposti

L'area interessata dal progetto corrisponde al territorio del capoluogo giuliano. La città di Trieste e il suo modesto circondario in termini di popolazione è per antonomasia città di anziani; storicamente, stante le caratteristiche della popolazione residente, la solitudine ha sempre costituito, qui più che in altri territori della regione, un elemento di criticità che ha favorito intensi percorsi di istituzionalizzazione sia per persone senza una effettiva rete familiare sia per coloro alle prese con relazioni parentali disfunzionali che fanno ugualmente esperire un senso e un vissuto di isolamento.

In generale, pur riconoscendo un carattere peculiare all'area territoriale prescelta, di fatto poggiata sul confine di Stato, trattasi pur sempre di una città di medie dimensioni, laddove la trasferibilità dell'eventuale efficacia degli interventi proposti, dalla teleriabilitazione agli interventi psicoeducazionali, psicosociali, cognitivi potrebbe trovare un riverbero in contesti urbani similari.

Bibliografia

T. Holthe et al.: Usability and acceptability of technology for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment and dementia: a systematic literature review. Clinical interventions in Aging 2018:13 863-886.

C.Zucchella et al.: The multidisciplinary approach to Alzheimer's disease and dementia. A narrative review of non-pharmacological treatment. Frontiers in Neurology December 2018, Volume 9, Article 1058

G.Maresca et al.: Tele-neuro-rehabilitation in Italy: State of the art and future perspectives. Frontiers in Neurology September 2020, Volume 11, Article 563375

S.Bernini et al.: Cognitive telerehabilitation for older adults with neurodegenerative diseases in the covid-19 era: a perspective study. Frontiers in Neurology January 2021, Volume 11, Article 623933

Ministero della Salute. Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie. Versione 5.9 del 9 aprile 2021

R.Manenti et al.: Effectiveness of an innovative cognitive treatment and telerehabilitation on subjects with mild cognitive impairment: a multicenter, randomized, active-controlled study. Frontiers in Aging Neuroscience November 2020, Volume 12, Article 585988

K.Charras e M.Dramé: Treatment indications in clinical practice and applied research on psychosocial interventions for people with dementia. American Journal of Alzheimer's disease & other dementias 35:1-10, 2019

Ministero della Salute. Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare. Decreto 29 aprile 2022

Allegato 2

DESCRIZIONE LINEE ATTIVITA' (OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI)

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

OBIETTIVO GENERALE 1:

Razionale e descrizione dell'obiettivo: Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di teleriabilitazione tesi a garantire un progetto riabilitativo mirato con lo scopo di migliorare partecipazione, inclusione e qualità della vita del paziente. Malgrado da alcuni anni si stiano consolidando evidenze che le tecnologie possano preservare le performances cognitive, ad oggi prevale un interesse modesto a ricorrervi in sanità pubblica. Ci si propone, pertanto, di contribuire a superare barriere culturali e operative che impediscono l'aggiornamento dei percorsi di cura.

Evidenze: Shu S & Woo BK. Use of technology and social media in dementia care: current and future directions. World J Psychiatry 2021 Apr 19; 11 (4):109-123.

Target: Persone con MCI o Demenza in fase iniziale o lieve

Setting: Domicilio

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Acquisizione tramite noleggio e autorizzazione all'uso di 20 tablets per teleriabilitazione

Attività previste: Atto di convenzione tra la Regione FVG e l'ASUGI, Ente attuatore, nonché pubblicazione del relativo decreto. Siglatura accordo tra Azienda Ospedaliera di Padova ed Ente attuatore del progetto in FVG finalizzato all'acquisizione tramite noleggio dei dispositivi di teleriabilitazione. Reclutamento del Personale attraverso agenzia interinale e loro acquisizione tramite contratti di somministrazione nonché stipula di contratti di ingaggio con formatori esperti per tutta la durata del progetto

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Formare dirigenti e operatori sanitari e sociali afferenti ai CDCD dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina (ASUGI)

Attività previste: Incontri formali, riunioni strutturate e giornate di formazione sulla teleriabilitazione, divulgando i documenti ministeriali che affrontano il tema.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Verificare l'usabilità dei devices e la soddisfazione degli utenti

Attività previste: Selezionare e impiegare strumenti di customer satisfaction univoci con i colleghi del Veneto.

L'usabilità è definita come la misura con cui un prodotto può essere usato da specifici utenti per raggiungere specifici obiettivi in termini di efficienza, efficacia e soddisfazione in un particolare ambito d'uso. Il concetto di usabilità non può essere disgiunto dalla considerazione delle capacità, preferenze e motivazioni dell'utente ad usare le tecnologie. Implementare l'uso delle tecnologie deve altresì avvalersi di un network supportivo per l'utente ove l'aspetto delle medical humanities è parte integrante della proposta teleriabilitativa. Lo strumento tecnologico non può essere sostitutivo della relazione tra l'operatore e l'utente con MCI o demenza lieve o in fase iniziale ma deve facilitare l'ambito dei contatti sociali a partire dai rapporti di prossimità.

OBIETTIVO GENERALE 2:

Razionale e descrizione dell'obiettivo: Sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza

Evidenze: La ricerca, anche attraverso studi clinici randomizzati, sta evidenziando come i cosiddetti trattamenti non farmacologici abbiano un impatto positivo sui sintomi neuropsichiatrici, sulla cognitiv  e sulla qualit  di vita, migliorando l'interazione dell'utente con l'ambiente e riducendo i livelli complessivi di disabilit 

Target: Pazienti con BPSD

Setting: Domicilio

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Mettere a sistema gli interventi non farmacologici nell'ambito dell'operativit  dei cdcd

Attivit  previste: Reclutamento del Personale mediante contratti di lavoro somministrato. Ingaggio di due Formatori esperti per implementare e misurare l'efficacia degli interventi psicoeducazionali, psicosociali e di stimolazione cognitiva in presenza.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Identificazione e fruizione da parte dei cittadini degli interventi psicoeducazionali in ambito pubblico

Attivit  previste: Strutturare in spazi e tempi definiti, anche attraverso uno sportello di ascolto, attivit  di riconoscimento e azioni di contrasto verso lo stress del caregiver affinch  non venga esperita una percezione di incompetenza nonch  un vissuto di abbandono e isolamento, specialmente nella gestione domiciliare dei BPSD.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Implementare la stimolazione cognitiva e gli interventi psicosociali

Attivit  previste: In sede di unit  di valutazione multidisciplinare distrettuale definire nella relativa scheda gi  in uso quale tra gli interventi psicosociali e/o la stimolazione cognitiva possano essere proposti all'utente. Attivazione risorse economiche di progetto, sul modello del budget di salute, secondo il modello a committenza dei distretti come indicato dalla Legge Regionale 22/2019 di riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

REFERENTI UNITA' OPERATIVE		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
ASUGI	Dott. Vladimir Selmo	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinare campagna di sensibilizzazione nei CDCD per la fattibilità di percorsi riabilitativi nelle forme tradizionali e digitali - Favorire la compartecipazione dei MMG - Attivare la formazione multiprofessionale e interdisciplinare sugli interventi psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nei BPSD
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
		<ul style="list-style-type: none"> - - -
Unità Operativa	Referente	Compiti
		<ul style="list-style-type: none"> - - -

Allegato 3

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

OBIETTIVO GENERALE 1:

Risultato/i atteso/i: UTILIZZO DELLE TERAPIE DIGITALI NELLE DEMENZE

Indicatore di risultato: CDCD dell'ASUGI che hanno effettivamente utilizzato l'applicazione/Tutti i CDCD dell'ASUGI

Fonte di verifica: CONSENSI INFORMATI

Standard di risultato: 50% dei CDCD che hanno sperimentato i devices

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Risultato/i atteso/i: ACQUISIZIONE DEVICES

Indicatore di risultato: numero di devices ottenuti/numero di devices richiesti

Fonte di verifica: Atti amministrativi della Regione FVG e Decreto dell'ASUGI

Standard di risultato: 100% di disponibilità dei devices

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Risultato/i atteso/i: RECEPIMENTO DEI PRINCIPI DELLA TELERIABILITAZIONE NEI CDCD DEI DISTRETTI SANITARI

Indicatore di risultato: Operatori dei CDCD che hanno partecipato alle attività formative/tutti gli operatori afferenti alle attività dei CDCD

Fonte di verifica: Fogli di rilevazione delle presenze degli Operatori agli incontri formali, alle riunioni e alle giornate di formazione

Standard di risultato: 75% degli operatori

OBIETTIVO SPECIFICO 3:

Risultato/i atteso/i Utilizzo da parte degli utenti selezionati dei devices

Indicatore di risultato: Numero di Utenti che hanno utilizzato a domicilio il tablet/Numero Totale di Utenti che hanno aderito al progetto e ai quali è stato consegnato il tablet

Fonte di verifica: Schede delle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale

Standard di risultato: 75%

Allegato 4

PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1 (ASUGI)		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<p>Personale</p> <p>-n. 3 contratti per utilizzo di personale esterno all'Ente attuatore da reclutare con contratto di somministrazione per la linea 4</p> <p>-n. 5 contratti per utilizzo di personale esterno all'Ente attuatore da reclutare con contratto di somministrazione per la linea 5</p>	<p>-contratti di somministrazione per 1 Psicologo, 1 Terp, 1 Informatico per la linea 4</p> <p>-contratti di somministrazione per 1 Psicologo, 1 Terp, 1 Educatore Professionale, 1 Oss, 1 Fisioterapista per la linea 5</p>	-232.000,00
<p>Beni</p> <p>-n. 1 pc e 8 chiavette USB</p>	-pianificazione attività e raccolta dati	- 1.381,94
<p>Servizi</p> <p>-Ingaggio di n. 3 formatori</p> <p>-Materiale pubblicitario inerente i progetti</p> <p>-Noleggio n. 20 devices per la teleriabilitazione</p> <p>-Servizi di interpretariato</p> <p>-Incontri ed eventi formativi</p> <p>-Attività inclusive territoriali per pazienti con BPSD</p> <p>-Attività di matrice psicoeducazionale per caregiver nella gestione dei BPSD</p> <p>-Attività psicosociali per pazienti con BPSD</p> <p>-Attività riabilitative corporee per pazienti con BPSD</p>	<p>-Un formatore esperto per la teleriabilitazione per tutta la durata del progetto (linea 4), un formatore esperto nell'ambito della simulazione cognitiva (linea 5), un formatore esperto per interventi psicosociali nei BPSD (linea 5)</p> <p>-Poster da realizzare e distribuire nei distretti, studi degli mmg, servizi sociali dei comuni</p> <p>-Prestito di <i>tablets</i> da articolazioni sanitarie afferenti alla Regione Veneto</p> <p>-Utilizzo di Mediatori Culturali per pazienti immigrati e assistenti familiari</p> <p>-Organizzazione incontri tra operatori afferenti ai cdcd per la diffusione della teleriabilitazione e tra operatori dei csm con il personale dei cdcd per gli interventi psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nei BPSD</p> <p>-Interventi di riabilitazione cognitiva a domicilio in situazioni cliniche complesse</p> <p>-Interventi strutturati per caregiver formali e informali per ridurre i livelli di stress</p> <p>-Interventi inclusivi per partecipare attivamente, nei territori di vita delle persone, alla vita comunitaria secondo il modello delle comunità amiche delle demenze</p> <p>-Interventi fisioterapici per stimolare le attività motorie</p>	-173.000,00

Missioni -Spostamenti per attività formative e di esercitazione nonché attività domiciliari coerenti con la linea 4 -Spostamenti per attività domiciliari	-Spese per gli spostamenti intra-territorio aziendale ed extra-territorio aziendale del personale reclutato e del referente scientifico e per la partecipazione a incontri e brevi esperienze sul campo, coerenti con le attività del progetto -Spese di trasferta del personale che funge da formatore, appartenente ad Ente diverso da quello attuatore	-25.000,00
Spese generali	-Costi indiretti per le comunicazioni e gli adempimenti tributari -Costi per la gestione amministrativa del progetto	-32.469,00

Unità Operativa 2 (inserire la denominazione dell'UO)		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale	-	-
Beni -	-	-
Servizi -	-	-
Missioni -	-	-
Spese generali -	-	-

Unità Operativa ...(Inserire la denominazione dell'UO)		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale	- -	-
Beni -	- -	-
Servizi - -	- -	-
Missioni - -	- -	-
Spese generali -	- -	-

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
Personale* - -	232.000,00
Beni - -	1.381,94
Servizi - -	173.000,00
Missioni - -	25.000,00
Spese generali - -	32.469,00
Totale	463.850,94

* Le spese complessive della voce di personale non potranno essere superiori al 50% del costo totale del piano.

**Format per i piani di attività 2021-2023
di regioni e province autonome
(*Fondo per l'Alzheimer e le demenze*)**

DATI GENERALI

Regione: FVG

Enti partecipanti: ASUGI

Area progettuale:

*SPERIMENTAZIONE, VALUTAZIONE E DIFFUSIONE DEI TRATTAMENTI
PSICOEDUCAZIONALI, COGNITIVI E PSICOSOCIALI NELLA DEMENZA*

Regioni /Province Autonome coinvolte

(da indicare se sono state previste collaborazioni e su quali aree progettuali)

Risorse

(indicare quanto previsto nella tabella dell'allegato 1 del Decreto Fondo Alzheimer e demenze)

- Totale annualità:

- Totale triennio:

Referente scientifico:

nominativo:

struttura di appartenenza:

n. tel: E-mail:

Referente amministrativo:

nominativo:

struttura di appartenenza:

n. tel: E-mail:

Allegato 1

ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO

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

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

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

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

Elementi di innovatività delle soluzioni e degli interventi proposti

Aree territoriali interessate e trasferibilità delle soluzioni e degli interventi proposti

Bibliografia

Allegato 2

DESCRIZIONE LINEE ATTIVITA' (OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI)

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

OBIETTIVO GENERALE 1:

Razionale e descrizione dell'obiettivo

Evidenze

Target

Setting

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Attività previste

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Attività previste

OBIETTIVO SPECIFICO ...:

Attività previste

OBIETTIVO GENERALE 2:

Razionale e descrizione dell'obiettivo

Evidenze

Target

Setting

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Attività previste

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Attività previste

OBIETTIVO SPECIFICO ... :

Attività previste

REFERENTI UNITA' OPERATIVE**UNITA' OPERATIVE COINVOLTE**

Unità Operativa 1	Referente	Compiti
		- - -
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
		- - -
Unità Operativa	Referente	Compiti
		- - -

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

OBIETTIVO GENERALE 2:

Risultato/i atteso/i: DEFINIRE UN'OFFERTA PUBBLICA DI INTERVENTI NON FARMACOLOGICI DA PARTE DEI CDCD

Indicatore di risultato: numero di utenti che ricevono almeno un intervento non farmacologico/tutti gli utenti in carico ai CDCD

Fonte di verifica: reportistica delle UVMD

Standard di risultato: 100% dei CDCD predispongono un catalogo di interventi tra le aree psicosociale, cognitiva e psicoeducazionale.

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Risultato/i atteso/i: CAPACITA' DEI CDCD DI EROGARE INTERVENTI NON FARMACOLOGICI APPROPRIATI ATTRAVERSO LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Indicatore di risultato: numero di operatori in grado di attivare interventi non farmacologici/tutti gli operatori afferenti nei CDCD

Fonte di verifica: partecipazione degli operatori agli eventi formativi

Standard di risultato 50% di utenti seguiti dai CDCD ricevono interventi non farmacologici

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Risultato/i atteso/i MIGLIORARE LA QUALITA' DI VITA DEI CAREGIVERS

Indicatore di risultato: numero di caregivers con alto carico emotivo e sociale/numero complessivo di caregivers testati

Fonte di verifica: compilazione di strumenti di rilevazione per il carico dei caregivers

Standard di risultato 70% di caregivers supportati non superano il punteggio di 24 alla ZARIT BURDEN INTERVIEW

OBIETTIVO SPECIFICO 3:

Risultato/i atteso/i EROGARE PER UTENTI CON BPSD UN INTERVENTO DI STIMOLAZIONE COGNITIVA O UN INTERVENTO PSICOSOCIALE SUL TERRITORIO

Indicatore di risultato: numero di utenti con BPSD che ricevono un intervento non farmacologico /numero complessivo di utenti con BPSD

Fonte di verifica: realizzazione scheda di progetto per utenti con BPSD seguiti a domicilio

Standard di risultato 50% dei pazienti con BPSD usufruiscono di un budget di salute a carattere intensivo per la durata di una o due settimane

Allegato 4

PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1 (<i>inserire la denominazione dell'UO</i>)		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- - -	-
<i>Beni</i> - -	- - -	-
<i>Servizi</i> - -	- -	-
<i>Missioni</i> - -	- -	-
<i>Spese generali</i> -	- -	-

Unità Operativa 2 (<i>inserire la denominazione dell'UO</i>)		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- - -	-
<i>Beni</i> - -	- - -	-
<i>Servizi</i> - -	- -	-
<i>Missioni</i> - -	- -	-
<i>Spese generali</i> -	- -	-

Unità Operativa ...<i>(Inserire la denominazione dell'UO)</i>		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- - -	-
<i>Beni</i> - -	- - -	-
<i>Servizi</i> - -	- -	-
<i>Missioni</i> - -	- -	-
<i>Spese generali</i> -	- -	-

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
<i>Personale*</i> - -	
<i>Beni</i> - -	
<i>Servizi</i> - -	
<i>Missioni</i> - -	
<i>Spese generali</i> - -	
Totale	

** Le spese complessive della voce di personale non potranno essere superiori al 50% del costo totale del piano.*