



Convegno

**Le progettualità del fondo demenze:
quali cambiamenti nella diagnosi ed assistenza
delle persone con demenza?**

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 26 settembre 2022

RIASSUNTI

A cura di
Nicola Vanacore (a), Antonio Ancidoni (a), Francesco Sciancalepore (a),
Guido Bellomo (a), Paola Ruggeri (b)

(a) Centro Nazionale di Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, ISS
(b) Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, ISS

Istituto Superiore di Sanità

Convegno. Le progettualità del fondo demenze: quali cambiamenti nella diagnosi ed assistenza delle persone con demenza? Istituto Superiore di Sanità. Roma, 26 settembre 2022. Riassunti.

A cura di Nicola Vanacore, Antonio Ancidoni, Francesco Sciancalepore, Guido Bellomo e Paola Ruggeri 2022, vii, 88 p.

Il Fondo per l'Alzheimer e le Demenze è un finanziamento pubblico che ha come obiettivo l'implementazione e il monitoraggio dell'attuazione del Piano Nazionale Demenze (PND). In applicazione del PND, le regioni e le province autonome sono dunque chiamate a predisporre linee di azione volte ad affrontare le criticità legate alla diagnosi e alla presa in carico delle persone con demenza. Il Convegno si propone di documentare i progetti delle regioni e province autonome su una o più linee progettuali previste dal Fondo, ovvero: diagnosi precoce, diagnosi tempestiva, telemedicina, teleriabilitazione e trattamenti psicoeducativi, di stimolazione cognitiva e di supporto ai caregiver.

Parole chiave: Demenza, Malattia di Alzheimer, Piano Nazionale Demenze, Fondo per l'Alzheimer e le demenze, Diagnosi, Telemedicina, Teleriabilitazione, Trattamenti psicoeducativi, Stimolazione cognitiva, Supporto ai caregiver.

Istituto Superiore di Sanità

Congress. The dementia fund's projects: what changes in the diagnosis and care of people with dementia? Istituto Superiore di Sanità. Rome, September 26, 2022. Abstract book.

Edited by Nicola Vanacore, Antonio Ancidoni, Francesco Sciancalepore, Guido Bellomo and Paola Ruggeri 2022, vii, 88 p. (in Italian)

The Fund for Alzheimer's and other Dementias is public funding aiming to the implementation and monitoring of the enforcement of the Dementia National Plan (DNP). In the view of the implementation of the DNP, regions and autonomous provinces are therefore called to define and promote specific action to address critical issues related to the diagnosis and care of people with dementia. This congress aims at gathering and reporting the projects of the regions and autonomous provinces on one or more action lines provided by the Fund, namely: early diagnosis, timely diagnosis, telemedicine, tele-rehabilitation and psycho-educational treatments, cognitive stimulation and caregiver support.

Key words: Dementia, Alzheimer's disease, National Dementia Plan, Fund for Alzheimer's and other dementias, Diagnosis, Telemedicine, Telerehabilitation, Psychoeducational treatments, Cognitive stimulation, Caregiver support.

Per informazioni su questo documento scrivere a: nicola.vanacore@iss.it

Il rapporto è disponibile online sul sito di questo Istituto: www.iss.it.

Si ringraziano Cristina Gasparrini e Patrizia Mochi del Servizio Comunicazione Scientifica per il contributo redazionale.

INDICE

Programma	iii
Note per la consultazione	vii
Introduzione	1
Linea Progettuale 1 Diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/MCI e sviluppo di una carta del rischio cognitivo	13
Linea Progettuale 2 Diagnosi tempestiva del DNC maggiore	35
Linea Progettuale 3 Interventi di Telemedicina	47
Linea Progettuale 4 Interventi di Teleriabilitazione	61
Linea Progettuale 5 Trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza	69
Indice degli autori	87

PROGRAMMA

Lunedì 26 settembre 2022

- 8.30 Saluti di Benvenuto
Silvio Brusaferrò, *Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità*
- Giovanni Capelli**, *Direttore Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità*
- Maria Assunta Giannini**, *Ministero della Salute*
- 8.45 Introduzione
Nicola Vanacore
- 9.00 L'Istituzione del Fondo Demenze
Fiammetta Landoni, Caterina Bianchi
- 9.15 Il punto di vista delle Associazioni dei familiari dei pazienti
Patrizia Spadin, *Associazione Italiana Malattia di Alzheimer*
- Mario Possenti**, *Federazione Alzheimer Italia*
- Manuela Berardinelli**, *Alzheimer Uniti Italia*
- 9.30 Le attività dell'Osservatorio Demenze-ISS
Nicola Vanacore

Linea Progettuale 1

DIAGNOSI PRECOCE DEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO (DNC) MINORE/MCI E SVILUPPO DI UNA CARTA DEL RISCHIO COGNITIVO

Moderatore: Nicola Vanacore

- 9.40 Regione Abruzzo
Marco Onofri
- 9.50 Regione Molise
Alfonso Di Costanzo
- 10.00 Regione Emilia Romagna
Annalisa Chiari
- 10.10 Regione Toscana
Antonella Notarelli

- 10.20 Regione Campania
Annalisa Di Palma
- 10.30 Regione Marche
Simona Luzzi
- 10.40 Regione Sardegna
Gianluca Floris
- 10.50 Regione Puglia
Giancarlo Logroscino
- 11.00 Regione Basilicata
Valeria Panetta
- 11.10 *Discussant*
Andrea Stracciari, Paolo Caffarra
- 11.20 Discussione

Linea Progettuale 2

DIAGNOSI TEMPESTIVA DEL DNC MAGGIORE

Moderatrice: Teresa Di Fiandra

- 11.30 Regione Lazio
Silvia Scalmana
- 11.40 Regione Toscana
Sara Madrigali
- 11.50 Regione Marche
Fabio Izzicupo
- 12.00 Regione Umbria
Anna Laura Spinelli
- 12.10 *Discussant*
Giuseppe Gambina, Anna Maria Bargagli
- 12.20 Discussione
- 12.30 Pausa pranzo

Linea Progettuale 3

INTERVENTI DI TELEMEDICINA

Moderatrice: Caterina Bianchi

- 13.30 Regione Lombardia
Pietro Tiraboschi
- 13.40 Regione Sicilia
Placido Bramanti
- 13.50 Regione Emilia Romagna
Federica Boschi
- 14.00 Regione Toscana
Gloria Tognoni
- 14.10 Provincia Autonoma di Bolzano
Francesca Lubian
- 14.20 Regione Basilicata
Valeria Panetta
- 14.30 *Discussant*
Piero Secreto, Maria Pia Cozzari
- 14.40 Discussione

Linea Progettuale 4

INTERVENTI DI TELERIABILITAZIONE

Moderatrice: Fiammetta Landoni

- 15.00 Regione Veneto
Pierangelo Spano
- 15.10 Regione Friuli Venezia Giulia
Antonino Riolo
- 15.20 Regione Calabria
Gennarina Arabia
- 15.30 *Discussant*
Andrea Capasso, Marina Gasparini
- 15.40 Discussione

Linea Progettuale 5

TRATTAMENTI PSICO-EDUCAZIONALI, COGNITIVI E PSICOSOCIALI NELLA DEMENZA

Moderatrice: **Teresa Di Fiandra**

- 15.50 Regione Abruzzo
Mariacristina Lupinetti
- 16.00 Regione Emilia Romagna
Andrea Fabbo
- 16.10 Regione Friuli Venezia Giulia
Antonino Riolo
- 16.20 Regione Liguria
Ernesto Palummeri
- 16.30 Provincia Autonoma di Trento
Micaela Gilli
- 16.40 Regione Piemonte
Franco Ripa
- 16.50 Regione Sardegna
Daniela Viale
- 17.00 Valle d'Aosta
Monica Seganfredo
- 17.10 *Discussant*
Antonio Guaita, Luisa Bartorelli
- 17.20 Discussione
- 17.30 Conclusioni

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Il presente lavoro raccoglie tutti i contributi presentati al Convegno “Le progettualità del fondo demenze: quali cambiamenti nella diagnosi ed assistenza delle persone con demenza?”.

Per comodità di consultazione gli abstract sono divisi nelle 5 Linee Progettuali e, all'interno di ognuna, in ordine alfabetico del primo autore. Alla fine del lavoro è comunque incluso un indice di tutti gli autori di ogni singolo contributo.

INTRODUZIONE

Vanacore Nicola

Centro Nazionale di Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il 30 marzo 2022 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il Decreto sul Fondo per l'Alzheimer e Demenze che stanZIA 14 milioni e 100.000 euro per le Regioni e le Province Autonome (PA) e 900.000 euro per l'ISS per l'esecuzione di una serie di attività progettuali orientate al perseguimento degli obiettivi del Piano Nazionale delle Demenze (PND). Il provvedimento era previsto dai commi 320, 321 e 322 della Legge n. 178 del 30 dicembre del 2020 (Legge di Bilancio 2021) e stanZIA 5 milioni di euro all'anno per il triennio 2021-2023.

Si tratta di un finanziamento specifico sulla demenza dopo quasi 8 anni dalla pubblicazione del PND che non prevedeva alcun sostegno economico. È nei fatti il primo finanziamento pubblico sulla demenza nella storia del nostro Paese e rappresenta, dopo il Progetto Cronos e la pubblicazione del PND, la più grande operazione di sanità pubblica su questo tema. I progetti delle Regioni e delle Province Autonome si sono focalizzati su una o più delle cinque linee progettuali previste dal Decreto (diagnosi precoce, diagnosi tempestiva, telemedicina, tele-riabilitazione e trattamenti psicoeducativi, di stimolazione cognitiva e di supporto ai caregiver).

- Linea progettuale 1 – Diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/MCI e sviluppo di una carta del rischio cognitivo si sono concentrate nove regioni (Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Marche, Molise, Puglia Toscana, Sardegna).
- Linea progettuale 2 – Diagnosi tempestiva del DNC maggiore ci sono quattro regioni (Lazio, Marche, Toscana, Umbria)
- Linea progettuale 3 – Interventi di Telemedicina ci sono quattro regioni ed una provincia autonoma (Basilicata, Provincia Autonoma di Bolzano, Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Sicilia).
- Linea progettuale 4 – Interventi di Teleriabilitazione ci sono tre regioni (Calabria, Friuli Venezia Giulia, Veneto)
- Linea progettuale 5 – Trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza ci sono otto regioni ed una provincia autonoma (Abruzzo, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Provincia Autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Val d'Aosta).

Il progetto si inserisce in un quadro epidemiologico e socio-sanitario di grande fragilità.

Nel mondo, secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, oltre 55 milioni di persone convivono con la demenza, una delle principali cause di disabilità e non autosufficienza tra le persone anziane. Un dato importante, ancora più eclatante in quanto cresce su base giornaliera, con previsioni che raggiungono i 78 milioni entro il 2030. L'OMS stima che la malattia di Alzheimer e le altre demenze rappresentano la settima causa di morte nel mondo. In Italia secondo stime dell'Osservatorio Demenze dell'Istituto

Superiore di Sanità circa 1.100.000 persone soffrono di demenza (di cui il 50-60% sono malati di Alzheimer, circa 600mila persone) e circa 900.000 con MCI. Inoltre circa tre milioni di italiani vivono con questi due milioni di persone con problemi cognitivi.

I pazienti con demenza e i familiari hanno pagato un tributo notevole alla pandemia. Basta ricordare la tragedia delle RSA e delle Case di Riposo che ha fatto emergere le criticità nell'assistenza territoriale nonché le difficoltà per le persone con demenza, soprattutto nella prima ondata della pandemia, ad accedere alle Terapie Intensive. Infine si sono acuite le differenze esistenti fra i 21 sistemi socio-sanitari regionali.

ISTITUZIONE DEL FONDO DEMENZE

Bianchi Caterina, Landoni Fiammetta
Ministero della Salute, Roma

Sintesi. L'articolo 1, comma 330, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, recante: "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023", ha previsto che "Al fine di migliorare la protezione sociale delle persone affette da demenza e di garantire la diagnosi precoce e la presa in carico tempestiva delle persone affette da malattia di Alzheimer, è istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, un fondo denominato «Fondo per l'Alzheimer e le demenze», con una dotazione di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023". Con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 23 dicembre 2021, pubblicato in GU n. del 30 marzo 2022, sono state definite le modalità di riparto tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del predetto Fondo. L'allegato al decreto descrive le attività che saranno portate avanti dal Ministero della Salute avvalendosi dell'Istituto Superiore di Sanità: redazione Linee Guida su diagnosi e trattamento delle demenze; aggiornamento del Piano Nazionale delle Demenze (PND); attività per realizzare specifici obiettivi previsti dal PND. Lo stesso prevede che Regioni e Province Autonome predispongano linee di azione mediante piani triennali di attività volti ad affrontare specifiche aree di criticità nella diagnosi e nella presa in carico delle persone con demenza, anche con soluzioni sperimentali e innovative, o con l'ausilio di apparecchiature sanitarie, secondo cinque specifiche aree progettuali.

Le aree progettuali sono le seguenti:

- 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;
- diagnosi tempestiva del DNC maggiore;
- sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali;
- sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di tele-riabilitazione tesi a garantire un progetto riabilitativo mirato, con lo scopo di migliorare partecipazione, inclusione e qualità della vita del paziente;
- sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza.

Il decreto prevede, inoltre, che il Tavolo permanente sulle demenze assicuri il monitoraggio dell'impegno delle somme, valutando i piani in base a: coerenza organizzativa degli interventi proposti; fattibilità tecnica e finanziaria; appropriatezza degli interventi proposti sulla base di evidenza scientifica; innovatività delle soluzioni previste.

Obiettivi. Al fine di realizzare quanto previsto dal decreto, si è provveduto a ricostituire il Tavolo permanente sulle demenze, già attivo dal 2015 e formalizzato nel 2021. Ad oggi, il Tavolo comprende rappresentanti di tutte le Regioni e Province Autonome, esperti, referenti di Associazioni di pazienti e famigliari, Società scientifiche, Agenzia Italiana del

Farmaco, Garante nazionale diritti persone private della libertà personale, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, Istituto Superiore di Sanità e Ministero della Salute.

Il Tavolo si è riunito durante i primi mesi del 2022 inizialmente per condividere uno schema per la stesura dei Piani che tenesse conto sia dei vincoli previsti dal decreto (aree progettuali, criteri di valutazione e monitoraggio) sia delle richieste specifiche di regioni e province autonome (% delle voci di spesa). Successivamente, sono state condotte numerose riunioni per condividere lo stato dell'arte dei piani, suggerire collaborazioni, superare criticità tecnico scientifiche ed amministrative. È stato messo a disposizione uno spazio virtuale per condividere e commentare le prime versioni dei singoli piani e sono state previsti ulteriori incontri in sottogruppi, per ognuna delle 5 aree progettuali, con rappresentanti di Regioni e Province Autonome, esperti del Tavolo e referenti ISS, per analizzare elementi di forza e di criticità e armonizzare i contenuti. Regioni e Province Autonome hanno quindi concluso la stesura ed inviato i Piani al Ministero entro la data prevista del 13 giugno 2022. Per la fase di valutazione, ogni componente del Tavolo avente diritto di voto ha provveduto a leggere e valutare i piani attraverso una check list contenente i criteri previsti dal decreto. Dopo una riunione del Tavolo per condividere l'esito delle valutazioni e delle possibili aree di miglioramento, è stata data la possibilità di ulteriore revisione dei piani anche sulla base delle indicazioni giunte dal Ministero su aspetti amministrativi. L'approvazione finale di tutti i piani definitivi è stata effettuata durante la riunione del Tavolo l'8 luglio 2022 e successivamente il Ministero ha provveduto ad erogare la prima quota del Fondo alle Regioni il 27 luglio 2022. L'iter proseguirà per l'anno in corso con l'inizio delle attività previste dai piani da parte di Regioni e Province autonome, l'invio del primo report semestrali, la valutazione e approvazione dei report da parte del Tavolo e la successiva erogazione della seconda parte dell'importo da parte del Ministero. Nel corso del 2023 proseguiranno le attività, il costante monitoraggio da parte del Tavolo fino al report con rendicontazione finale previsto per il 31 ottobre 2023.

Indicatori di risultato. I risultati di questa importante operazione di sanità pubblica sono già visibili grazie al lavoro condotto fino ad oggi che, con la stesura dei piani, ha portato alla elaborazione di un patrimonio culturale di interventi di prevenzione, diagnosi e trattamento per il miglioramento della presa in carico delle persone con demenze da diffondere e condividere sul territorio nazionale. Inoltre, l'attività di condivisione della stesura, valutazione e monitoraggio dei piani ha portato ad un rafforzamento della collaborazione operativa tra tutte le Regioni, Province Autonome e le altre componenti del Tavolo.

SALUTO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA MALATTIA DI ALZHEIMER – AIMA

Spadin Patrizia

Presidente AIMA, Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, Milano

Il Fondo per l'Alzheimer e le demenze rappresenta un segnale importante da parte delle istituzioni. A 22 anni dal Cronos, finalmente il primo stanziamento sulla demenza.

Tanti anni di lavoro per arrivare a questo: appelli, richieste, pressioni, contrasti, sciopero, mobilitazioni ...

AIMA nel 2020 ha fatto la sua parte per farsi portavoce diretta, con tutte le forze politiche, della necessità di questo segnale. Oggi celebriamo dunque un successo che è innanzitutto di noi associazioni e di chi si è speso in prima persona per rompere il trend dell'indifferenza che sembrava inevitabile.

L'attuazione del Fondo è stata laboriosa e bisogna dare atto, a chi ha saputo concertare questo processo, che si è arrivati ad un risultato rilevante. Dobbiamo però evitare di compiere l'errore di mettere al centro della nostra riflessione esclusivamente lo sforzo burocratico-amministrativo che è stato compiuto per dare attuazione alla norma di legge e dobbiamo invece farci la domanda che dovrebbe guidare le scelte e l'agire – almeno di noi associazioni: quello che stiamo facendo sta generando un valore sociale?

Ho in diverse occasioni condiviso alcune riflessioni sul Fondo, che mi preme recuperare oggi. La risposta alla domanda che ho appena posto non potrà essere positiva se non si verificheranno tre condizioni:

- dobbiamo essere in grado di valutare l'effetto sociale di questi progetti, cioè fare in modo che costruiscano risposte concrete per le persone con demenza e per le loro famiglie e non soltanto – permettetemi – risultati che confortano, soddisfano, gratificano o giustificano la nostra comunità ristretta di addetti ai lavori;
- dobbiamo essere in grado di far sì che il Fondo generi in futuro un piano di interventi coerente e non azioni “spot”;
- dobbiamo essere in grado di sviluppare il Fondo in modo che attiri nuovi investimenti pubblici.

Ragioniamo insieme: la spesa pubblica italiana ammonta a circa 900 miliardi di euro; il Fondo Sanitario Nazionale per il 2022 è pari a 124 miliardi di euro. Non possiamo pensare che 15 milioni a noi bastino: dobbiamo fare in modo che il Fondo diventi un volano di investimenti. Altrimenti, è chiaro che non ci saranno effetti sociali tangibili. La coerenza delle azioni però, dipende innanzitutto da come intendiamo lo spirito del Fondo: non deve essere uno strumento che affronta l'ordinario, le micro-necessità o che “mette le pezze” a situazioni disastrose.

Al contrario, bisogna intervenire su infrastrutture, personale, formazione, perché un fondo “potenziato” serva a “rammendare” i buchi, le lacune stratificate nel tempo, nei 22 anni trascorsi dal Cronos.

La scienza è andata avanti, la società è andata avanti: capacità diagnostica, consapevolezza delle cure e dei diritti, e, nonostante ciò, in alcune parti d'Italia siamo ancora all'anno 0 e in altre parti d'Italia, quelle dove più si è fatto in questi anni, anche lì si

può fare di più. Perché la malattia, nelle sue manifestazioni, è terribilmente concreta e piega e ferisce in maniera irreversibile un numero troppo grande di malati e familiari: bisogna smetterla di fare “quello che si può”, e decidersi a fare “quello che si deve”.

Il mio auspicio è che quanto stiamo facendo vada in questa direzione: il mio, il nostro impegno è che il Fondo possa essere affinato nel prossimo futuro nella direzione che abbiamo detto, quella di dare effetti sociali e risposte sanitarie ai bisogni dei nostri cari. L’augurio che faccio a noi tutti è quello di avere coraggio: il coraggio di smettere di guardarsi i piedi e di smettere di guardare quanto sono saldi nel posto dove sono, il coraggio di alzare lo sguardo per vedere quanta strada c’è da fare.

SALUTO DELLA FEDERAZIONE ALZHEIMER ITALIA

Possenti Mario

Federazione Alzheimer Italia, Milano

Ringrazio il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità per l'invito e il dott. Vanacore per l'organizzazione di questo convegno che si propone come vetrina delle iniziative che le Regioni hanno scelto a supporto delle persone con demenza.

Oggi sarò brevissimo per lasciare il giusto spazio ai progetti e non parlerò della Federazione, delle iniziative, dei suoi servizi o delle opportunità nate dalle comunità amiche delle persone con demenza. È il momento di lasciare la parola alle Regioni per ascoltare la loro strategia per l'utilizzo dei fondi del Piano Nazionale Demenze.

Mi preme però condividere con voi tutti una riflessione che nasce dal lungo percorso iniziato con l'approvazione, otto anni fa, del Piano che ci ha portati fino qui, oggi.

Ho avuto modo di leggere i progetti regionali, come tutti i componenti del Tavolo Permanente sulle Demenze, e vi confido che, a mio avviso, non tutte le attività centrano i reali bisogni delle persone con demenza, almeno non completamente. Per questo obiettivo, penso, ci vorrà tempo e sicuramente più fondi.

Non fraintendetemi, la Federazione è molto felice del finanziamento al Piano Demenze, d'altra parte ci siamo battuti per la sua implementazione, ed è la prima volta che si fa un'operazione di sanità pubblica di questa portata sulle demenze in Italia. Però dobbiamo renderci conto che non siamo all'avanguardia, siamo in ritardo estremo, siamo indietro di anni rispetto ad altri paesi europei e soprattutto le nostre istituzioni sono in debito nei confronti delle persone con demenza e dei loro familiari.

Quello che vorrei, in particolare, è che ci fosse la profonda consapevolezza da parte di tutti che si poteva fare di più e si doveva farlo prima.

Ricordo, se ce ne fosse bisogno, che il "Tavolo Demenze" ha operato per anni senza ufficialità e per colmare questa lacuna non occorre fondi particolari. È mancata la volontà politica? Sicuramente. È mancata la capacità di alcune regioni di comprendere l'urgenza della situazione e di creare strategie? Sicuramente.

Ora però è necessaria una cesura, quindi, avanti tutta con i progetti delle Regioni.

Ma attenzione, visto che si tratta della prima operazione di sanità pubblica coordinata sulle demenze da molto tempo, occorre essere estremamente attenti, rigorosi e trasparenti.

Innanzitutto è necessario prestare la massima attenzione affinché questi progetti non restino delle esperienze locali, non replicate e non replicabili. In un mondo di risorse scarse, e soprattutto in un momento di risorse scarse, non è accettabile portare avanti progetti che non siano condivisibili ed esportabili in altri territori. Monitorare queste caratteristiche e garantirne il rispetto deve essere uno degli obiettivi prioritari del Tavolo permanente sulle Demenze.

Non dimentichiamoci che i progetti presentati oggi sono destinati alle persone con demenza ed esse hanno il diritto di conoscere in ogni momento le attività che la loro regione ha pianificato e sta portando avanti, senza andarle a ricercare in qualche allegato di una delibera nascosta in un sito web. Per questo è strategico riunire in un luogo solo tutti i

progetti regionali affinché l'*accountability* non sia solo una brutta parola inglese ma anche un valore italiano che deve guidare *in primis* la pubblica amministrazione.

Siamo consapevoli che questi progetti da soli non aumenteranno la qualità di vita di tutte le persone con demenza ma io sono fiducioso si possa trattare solo dell'inizio di un percorso che porterà alla creazione di nuovi servizi, all'emersione di nuovi o vecchi bisogni ancora senza risposta e alla nascita di una nuova consapevolezza di quanto ancora ci sia da fare sulle demenze.

I progetti, però, da soli non bastano ma si devono inserire in una strategia nazionale che abbia una forte volontà politica alle spalle e un grande spirito di servizio da parte di tutti, in primis dei Ministeri coinvolti, non solo quello della Salute che porta su di sé grandi responsabilità e grandi aspettative.

Il lavoro di coordinamento di una vera e propria rete nazionale delle demenze è un compito davvero complesso ma è l'unica via se vogliamo avere flussi informativi coordinati, CDCD uniformi e multiprofessionali, una cartella clinica informatizzata, Linee guida e strategie che ci permettano di affrontare quella che anche le statistiche ci prospettano come un'emergenza indifferibile.

Il nostro sguardo non deve essere rivolto solo a oggi o al 2023, è opportuna una programmazione che vada oltre le legislazioni e le contingenze dell'immediato.

Occorrono maggiori fondi a livello Nazionale, è ovvio e palese, e il nuovo Governo che uscirà dalle urne dovrà occuparsene immediatamente ma la qualità dei progetti regionali oggi presentati, la precisione con cui saranno posti in essere, contribuiranno, insieme ad altri fattori, a spingere o meno nella direzione di maggiori risorse. Ecco che quindi è necessario estremo rigore, ne va del futuro delle persone con demenza.

Infine ne approfitto per fare un appello alle regioni che non lo hanno ancora fatto affinché mettano in campo tutte le forze necessarie per scrivere e pianificare, coinvolgendo tutti gli *stakeholder*, la loro strategia sulle demenze e che si lavori per l'adozione di un PDTA che garantisca una vera presa in carico del paziente e dei familiari.

Mai come ora sono indispensabili travasi di informazioni ed esperienza da una regione all'altra con vero spirito di condivisione. Le differenze di sistema non devono essere una scusa ma uno sprone per trovare soluzioni perché ogni impegno di risorse o di professionalità, oggi, rappresenta un investimento per il domani, anche il nostro.

SALUTO DELLA ALZHEIMER UNITI ITALIA

Bartorelli Luisa
Alzheimer Uniti Italia, Roma

Alzheimer Uniti Italia porge il suo saluto alle Autorità presenti, a tutti i convenuti istituzionali e ai rappresentanti del Terzo Settore, in una giornata che raccoglierà il frutto dell'importante lavoro portato avanti dal Tavolo per le Demenze dell'ISS, che viene da lontano e che oggi sfocia in progetti compiuti e in programmi da attuare con rapida competenza, soprattutto nei luoghi che più necessitano di un cambiamento di mentalità nell'approccio alle persone con demenza.

Infatti Alzheimer Uniti Italia ha sempre auspicato un approccio positivo ai problemi con un costante intento nel porre al centro la persona, valorizzare le sue capacità conservate, affiancarla per evitare l'insorgenza di disturbi del comportamento, rinforzarne l'autostima, mantenere il più a lungo possibile l'autonomia, sostenendo la qualità della vita. E ci pare infatti che di questi intenti e di queste proposte siano permeati oggi i progetti presentati dalle Regioni.

A questo scopo, Alzheimer Uniti Italia, assieme alle sue affiliate nelle varie sezioni locali, sperimenta nuovi modelli di assistenza basati sull'integrazione con le altre risorse del territorio. Infatti non vuole essere un'alternativa alle Istituzioni, ma un laboratorio d'innovazione per il miglioramento dei servizi. Partendo dalla conoscenza delle problematiche delle famiglie, collabora con i servizi socio-sanitari dedicati già esistenti, contribuendo alla presa in carico delle persone più fragili, con particolare attenzione alla condizione del caregiver e alla sua formazione. Non ultimo è il suo impegno alla costruzione di "comunità amichevoli".

In questa favorevole circostanza, data dal Fondo Demenze, che finalmente, attraverso specifici Progetti Regionali, può provocare un reale *cambiamento* nella vita delle persone, la nostra Associazione chiede di continuare a partecipare attivamente non solo al monitoraggio delle azioni intraprese, ma anche di poter agire nel territorio integrandosi con l'operatività delle Istituzioni.

La raccomandazione che la nostra Associazione sente di dover fare è quella di non sprecare questa reale opportunità per motivi burocratici o di altri ostacoli finanziari e proseguire su questa rotta tutti insieme *appassionatamente!*

ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Ancidoni Antonio (a), Sciancalepore Francesco (a), Bacigalupo Ilaria (a), Bellomo Guido (a), Canevelli Marco (a), Lacorte Eleonora (a), Lombardo Flavia Lucia (a), Lorenzini Patrizia (a), Palazzesi Ilaria (a), Piscopo Paola (b), Salvi Emanuela (c), Di Fiandra Teresa (a), Vanacore Nicola (a), a nome del Gruppo di Studio dell'ISS FONDEM*

(a) *Centro Nazionale di Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

L'Osservatorio Demenze dell'ISS è impegnato in collaborazione con le Regioni, le Province Autonome (PA) e con le associazioni dei familiari dei pazienti in sette specifiche attività così come riportate nel Decreto sul Fondo per l'Alzheimer e Demenze pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 30 marzo 2022. Le attività possono essere così sintetizzate:

1) "Linea Guida sulla diagnosi e trattamento della demenza" (LG) che prevede di aggiornare quella del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) del 2018: contiene 40 quesiti, 126 raccomandazioni di sanità pubblica e 26 raccomandazioni di ricerca. A questi ne sono stati aggiunti 14: 11 sul *Mild Cognitive Impairment* (MCI) e tre sulla demenza. La LG è condotta in accordo al Manuale metodologico del Sistema Nazionale delle Linee Guida e consentirà di disporre di raccomandazioni utili nella pratica clinica per perseguire in ogni territorio l'appropriatezza diagnostica e terapeutica nell'assistenza ai pazienti con demenza.

2) Survey nazionale per ognuno dei tre nodi assistenziali (Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze - CDCD, Centri Diurni, Residenze Sanitarie Assistenziali - RSA) per un numero complessivo di circa 5.000 strutture. Le informazioni raccolte saranno utili per aggiornare la mappa dei servizi presente sul sito dell'Osservatorio Demenze, stimare la numerosità e le caratteristiche delle persone con demenza che si rivolgono ai servizi; descrivere le complessità derivanti dall'approccio clinico e dalla presa in carico dei pazienti; esplorare le risorse e le barriere presenti a livello dei servizi nelle diverse regioni.

3) Indagine nazionale, in collaborazione con l'Associazione Alzheimer Uniti Italia, sulle condizioni sociali ed economiche dei familiari dei pazienti con demenza. Nello specifico l'indagine, che si pone l'obiettivo di raggiungere 10.000 familiari dei pazienti con demenza stratificati per la frequenza della patologia nelle diverse regioni, consentirà di acquisire un quadro aggiornato su: difficoltà e tempistiche che riguardano la fase della diagnosi di demenza; costi sostenuti dalle famiglie per la cura di persone con demenza; criticità che riguardano l'assegnazione di figure giuridiche di supporto (come quella di un tutore o di un amministratore di sostegno); effetti che l'epidemia pandemica da Covid-19 ha avuto sul percorso di diagnosi, presa in carico e servizi per le persone con demenza e sulle loro famiglie.

4) Elaborazione di una stima della prevalenza dei 12 fattori di rischio prevenibili per la demenza (diabete, ipertensione, obesità, scarse relazioni sociali, sedentarietà, problemi di

udito, traumi cerebrali, bassa scolarità, inquinamento atmosferico, depressione, eccessivo consumo di alcol, fumo) in tutte le Regioni e le PA in collaborazione con il Sistema di Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento. Con questa stima sarà possibile calcolare il numero di casi evitabili di Alzheimer e demenza vascolare in ogni regione e PA, fornendo, per la prima volta, ai Dipartimenti di Epidemiologia delle Regioni, la reale entità del fenomeno, al fine di sviluppare azioni di sanità pubblica più mirate nell'ambito degli aggiornamenti dei Piani Regionali di Prevenzione in essere.

5) Definizione di un programma formativo per i professionisti sanitari della riabilitazione e per i familiari e i caregiver dei pazienti che prevede la creazione di un corso da condurre sia nelle modalità in presenza che a distanza (corso FAD). Questi due corsi vanno a completare l'offerta formativa già in essere dell'Osservatorio Demenze, che organizza da anni un corso di epidemiologia clinica delle demenze, un corso sulla stesura di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) nella demenza, un corso per i medici di medicina generale e, infine, da quest'anno, un corso specifico sulla tematica demenza e migranti.

6) Disseminazione e implementazione di quattro documenti prodotti negli ultimi cinque anni dal Tavolo delle Demenze quali: le Linee di indirizzo per la definizione dei PDTA, quello sull'uso dei Sistemi Informativi e quelli sulla creazione delle Comunità Amiche delle demenze e il Governo Clinico della Demenza. Quest'ultimo documento, in particolare, include raccomandazioni sulla comunicazione della diagnosi, informazioni sulle figure giuridiche a tutela delle persone con demenza e sugli strumenti utili per definire la capacità e le competenze delle persone con demenza. Infine, l'ISS porterà al tavolo permanente delle Demenze una proposta di aggiornamento del Piano Nazionale delle Demenze.

7) Promozione dell'istituzione di una cartella clinica informatizzata nei 587 CDCD presenti sul territorio. La creazione di un flusso di dati provenienti dalle cartelle informatizzate di tutti i CDCD consentirà di intraprendere una strada che insieme alla validazione dei flussi sanitari correnti (prescrizioni di farmaci, ricoveri ospedalieri, esenzione, ricoveri in strutture residenziali e semiresidenziali, pronto soccorso) porterà alla costruzione di un sistema informativo nazionale sulla demenza così come previsto dal PND e confermato dal Fondo per l'Alzheimer e le demenze.

* Gruppo di studio FONDEM dell'ISS:

Antonio Ancidoni, Ilaria Bacigalupo, Guido Bellomo, Paolo Caffarra, Flaminia Camilli, Marco Canevelli, Giulia Carnevale, Daniela Coclite, Alessio Crestini, Francesco Della Gatta, Teresa Di Fiandra, Eugenio Distaso, Ylenia Druda, Sabrina Esposito, Elisa Fabrizi, Alice Fauci, Giorgio Fumagalli, Sabina Gainotti, Marina Gasparini, Francesco Giaquinto, Antonio Guaita, Eleonora Lacorte, Nicoletta Locuratolo, Flavia Lombardo, Patrizia Lorenzini, Gabriella Martelli, Fabio Matascioli, Saverio Mennini, Alberto Milanese, Sandra Morelli, Antonello Napoletano, Ilaria Palazzesi, Carlo Petrini, Paola Piscopo, Maria Cristina Porrello, Giulia Remoli, Luciana Riva, Roberto Rivabene, Luciano Sagliocca, Emanuela Salvi, Piero Secreto, Francesco Sciancalepore, Paolo Sciattella, Andrea Stracciari, Roberta Vaccaro, Martina Valletta, Nicola Vanacore, Nicola Veronese, Luca Vignatelli, Valerio Zaccaria.

Linea Progettuale 1

**Diagnosi precoce del disturbo neurocognitivo (DNC)
minore / MCI e sviluppo di una carta del rischio cognitivo**

Moderatore

Nicola Vanacore

REGIONE EMILIA ROMAGNA. DIAGNOSI PRECOCE DEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO MINORE / *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT* E SVILUPPO DI UNA CARTA DEL RISCHIO COGNITIVO

Chiari Annalisa (a), Maggio Marcello (b), Nardelli Anna (b), Spallazzi Marco (b), Capellari Sabina (c), Guarino Maria (d), Gragnaniello Daniela (e), Costa Manuela (f), Fabbo Andrea (g)

(a) Azienda Ospedaliero Universitaria, Modena

(b) Azienda Ospedaliero Universitaria, Parma

(c) Istituto delle Scienze Neurologiche, Bologna

(d) Azienda Ospedaliero Universitaria, Bologna

(e) Azienda Ospedaliero Universitaria, Ferrara

(f) Azienda USL, Modena

(g) Servizio Assistenza Territoriale, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare Regione Emilia-Romagna, Bologna

Sintesi. Il Disturbo Neurocognitivo Minore o *Mild Cognitive Impairment*, caratterizzato da un disturbo cognitivo lieve e senza impatto sull'autonomia nella vita quotidiana, può costituire la fase prodromica di una demenza. Tuttavia, non tutti i soggetti con Disturbo Neurocognitivo Minore sono destinati a sviluppare una demenza. Nei casi destinati a evolvere a demenza (*converters*) il danno neuropatologico sotteso ai sintomi è, almeno in linea teorica, controllabile. Per questo motivo è fondamentale garantire una diagnosi precoce (in grado di intercettare le fasi più iniziali di malattia) ed accurata (in grado di individuare la- o le- patologie sottese ai sintomi) del Disturbo Neurocognitivo Minore, allo scopo di a) fornire una corretta prognosi b) adottare precocemente programmi di stimolazione cognitiva e prevenzione secondaria, e c) individuare i candidati a terapie in grado di modificare la storia naturale di malattia (*disease modifying*) specifiche per patologia, quando saranno disponibili. Scopo del progetto migliorare la diagnosi e la gestione dei pazienti con Disturbo Neurocognitivo Minore.

Obiettivi. 1) Individuazione del maggior numero possibile di soggetti con Disturbo Neurocognitivo Minore. A questo scopo verranno organizzati eventi di formazione e aggiornamento rivolti ai Medici di Medicina Generale, che rappresentano i principali attori coinvolti nell'invio delle persone con sospetto disturbo cognitivo ai Centri Disturbi Cognitivi e Demenze. La formazione verterà sull'importanza della diagnosi tempestiva e precisa del Disturbo Neurocognitivo Minore, sull'importanza di una accurata raccolta anamnestica e sull'utilizzo dei test di primo livello previsti dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale delle aree in cui operano i Centri Disturbi Cognitivi e Demenze coinvolti. 2) Condivisione dei protocolli diagnostici di Disturbo Neurocognitivo Minore, sulla base di dati di letteratura condivisi, al fine di rendere omogenei i protocolli diagnostici applicati, in cui incorporare l'utilizzo sistematico di carte del rischio cognitivo validate. La strutturazione di protocolli diagnostici condivisi verrà effettuata per livelli di complessità crescente, in funzione delle caratteristiche cliniche e demografiche del paziente. 3)

Creazione di un modello di refertazione condiviso/clinica elettronica condivisa. In attesa di utilizzare la cartella condivisa prevista in Regione per tutti i pazienti con disturbo cognitivo, verrà utilizzato un modello di refertazione unico, integrato negli applicativi sanitari operativi nelle aziende che partecipano alla linea progettuale. L'utilizzo di un sistema di refertazione comune, inizialmente limitato ai Centri Disturbi Cognitivi e Demenze partecipanti ed in prospettiva su base regionale, faciliterà l'applicazione dei protocolli diagnostici condivisi. 4) Creazione di un database regionale in cui raccogliere dati demografici, clinici, biologici, neuropsicologici, di neuroimaging (per ogni categoria, di livello crescente di complessità sulla base delle caratteristiche cliniche e demografiche del paziente). 5) Creazione di un percorso per l'utilizzo condiviso delle banche biologiche esistenti: esplicitando le modalità di invio dei campioni per indagini diagnostiche immediate o differite. Inoltre, in prospettiva futura, i dati raccolti tramite le cartelle cliniche condivise, inseriti nel database regionale e associati ai dati provenienti da altre Regioni, serviranno per alimentare algoritmi di *machine learning* per la predizione del rischio di conversione da Disturbo Neurocognitivo Minore a demenza. Infine, la raccolta dati potrà fornire una base per la formulazione di interventi mirati di prevenzione secondaria.

Indicatori di risultato. I principali indicatori di risultato delle attività prodotte riguarderanno le campagne informative sulla prevenzione della demenza (almeno una campagna informativa di prevenzione del disturbo cognitivo sul totale delle campagne informative previste dal piano della prevenzione 2021-2025) e la realizzazione del database per la raccolta dati su Disturbo Neurocognitivo Minore (almeno 30% dei pazienti con Disturbo Neurocognitivo Minore inseriti nel database sul totale dei pazienti con Disturbo Neurocognitivo Minore valutati nei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze partecipanti).

REGIONE MOLISE. POTENZIAMENTO DELLA DIAGNOSI PRECOCE DI *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT* E SVILUPPO DI UNA CARTA DEL RISCHIO COGNITIVO

Di Costanzo Alfonso (a), Severino Carla (b), Oriunno Antonella (c)

(a) *Università del Molise, Campobasso*

(b) *Regione Molise, Campobasso*

(c) *Azienda Sanitaria Regionale Molise, Campobasso*

Sintesi. Il presente progetto si propone di potenziare la diagnosi precoce di *Mild Cognitive Impairment* (MCI) e sviluppare una nuova più accurata carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, attraverso: il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) che saranno invitati a individuare e inviare tempestivamente i loro assistiti con sospetto MCI ai Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD); il potenziamento del CDCD presente sul territorio molisano e l'istituzione di un nuovo CDCD; la raccolta di tutte le informazioni anamnestico-clinico-laboratoristico-strumentali attraverso una cartella clinica informatizzata, la presa in carico del paziente e l'istituzione di un registro di pazienti con MCI; la standardizzazione e la condivisione di un protocollo diagnostico per MCI che tenga conto delle possibili cause curabili di demenza e, in collaborazione con alcune delle Regioni dell'area progettuale 1, lo sviluppo di una nuova carta di rischio cognitivo per la pratica clinica; la raccolta di ulteriori informazioni laboratoristiche e strumentali in un campione di pazienti, per lo sviluppo futuro di algoritmi di intelligenza artificiale che possano migliorare l'accuratezza diagnostica del MCI.

Obiettivi. Il progetto ha un obiettivo generale, il potenziamento della diagnosi precoce del MCI e lo sviluppo di una nuova carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, e 6 obiettivi speciali. Obiettivo specifico 1: coinvolgimento attivo dei MMG nell'individuazione e invio ai CDCD regionali degli assistiti con MCI. Le attività previste includono la realizzazione di eventi formativi accreditati per MMG e altri operatori sanitari coinvolti nella gestione dei pazienti con demenza, in collaborazione con gli Ordini dei Medici di Campobasso e Isernia. I MMG verranno invitati: ad utilizzare la *General Practitioner assessment of Cognition* (GPCog) per la valutazione del deterioramento cognitivo e alcuni semplici strumenti per la diagnosi di disturbo depressivo; ad inviare tempestivamente gli assistiti con probabile MCI ai CDCD; e a condividere con questi ultimi, preferibilmente per via telematica, le informazioni anamnestiche, cliniche, laboratoristiche e strumentali dei pazienti inviati. Obiettivo specifico 2: potenziamento del CDCD di Campobasso e istituzione di un nuovo CDCD a Venafro. Le attività previste includono l'assunzione a tempo determinato, attraverso borse di studio, di alcune figure professionali (2 medici, 3 neuropsicologi e 1 infermiere), e l'acquisto di tablet e/o personal computer per la raccolta delle informazioni e di materiali per i vari test neuropsicologici. Inoltre, nell'organizzazione delle attività da svolgere presso il CDCD di Campobasso e il costituendo CDCD di Venafro, verranno coinvolte le associazioni per malati di Alzheimer operanti sul territorio. Obiettivo specifico 3: raccolta delle informazioni anamnestico-

clinico-laboratoristico-strumentali dei pazienti afferenti ai CDCD molisani attraverso una cartella clinica informatizzata. Le attività previste includono la raccolta dei dati anamnestici, clinici, neuropsicologici, neuroradiologici e laboratoristici al fine di costituire un minimum dataset, che tenga conto dei fattori di rischio cognitivo, attraverso l'implementazione e le opportune modifiche del fascicolo sanitario elettronico della regione Molise. Il *minimum dataset* sarà concordato e uniformato dai responsabili delle regioni che hanno deciso di collaborare nell'ambito dell'area progettuale 1, in modo da rendere omogenei e facilmente confrontabili i dati raccolti. Obiettivo specifico 4: standardizzazione e condivisione di un protocollo per la diagnosi di MCI. Le attività previste includono la diagnosi di MCI secondo protocolli condivisi e standardizzati, la presa in carico del paziente e la costituzione di un registro di pazienti con MCI. Particolare attenzione verrà dedicata alla ricerca di eventuali cause reversibili di demenza con un protocollo diagnostico che prevedrà, a seconda dei casi, indagini di primo livello seguite, se necessario, da indagini di II e/o III livello. Obiettivo specifico 5: individuazione dei soggetti a rischio di conversione e sviluppo di una nuova carta di rischio cognitivo per la pratica clinica. Le attività previste includono l'individuazione, attraverso una delle carte di rischio cognitivo validate, dei soggetti con MCI a rischio di conversione sui quali intraprendere un percorso di trattamento e prevenzione personalizzati. Nel contempo, in collaborazione con alcune regioni dell'area progettuale 1, si getteranno le basi per lo sviluppo di una nuova carta del rischio cognitivo che possa superare le limitazioni delle carte ad oggi pubblicate. A tale scopo, verrà utilizzato il minimum dataset concordato. Obiettivo specifico 6: selezione in un campione di pazienti con MCI da sottoporre ad ulteriori indagini laboratoristiche e strumentali concordate con alcune delle regioni dell'area progettuale 1. I risultati di tali indagini verranno impiegati in futuro per "addestrare" specifici algoritmi di *machine learning* a predire, con elevato livello di accuratezza, quali pazienti con MCI sono a rischio di conversione a demenza.

Indicatori di risultato. Obiettivo specifico 1: numero di partecipanti agli eventi/numero totale degli invitati; numero di nuove visite effettuate mensilmente nei CDCD molisani/numero medio delle visite effettuate mensilmente nel 2021. Obiettivo specifico 2: personale in servizio presso i CDCD molisani dopo le procedure di assunzione/personale in servizio nel 2021. Obiettivo specifico 3: numero di cartelle in formato cartaceo dopo l'avvio del progetto/numero di cartelle cartacee nel 2021. Obiettivo specifico 4: numero di nuove diagnosi di MCI/numero delle diagnosi di MCI effettuate nel 2021. Obiettivo specifico 5: numero di pazienti con MCI presi in carico dopo l'avvio del progetto/numero di pazienti presi in carico nel 2021. Obiettivo specifico 6: numero di soggetti reclutati/totale di soggetti con MCI.

REGIONE CAMPANIA. POTENZIAMENTO DELLA DIAGNOSI PRECOCE DEL DISTURBO NEURO-COGNITIVO MINORE / *MILD COGNITIVE IMPAIRMENT* E SVILUPPO DI UNA CARTA DEL RISCHIO COGNITIVO PER LA PRATICA CLINICA

Di Palma Annalisa (a), Capasso Andrea (b), Greco Annarita (c), Giordano Roberta (d), Marino Ciro (d)

(a) *ASL Napoli1 Centro, Napoli*

(b) *ASL Napoli 2 Nord, Napoli*

(c) *Regione Campania, Napoli*

(d) *Società Regionale per la Sanità SpA - So.Re.Sa. Agenzia Regionale, Napoli*

Sintesi. Il *Mild Cognitive Impairment* (MCI) è un'entità nosologica proposta da Petersen nel 1999 con la finalità di identificare la fase precoce della demenza, caratterizzata da una sfumata difficoltà in uno o più domini cognitivi, oggettivata attraverso i test neuropsicologici, tale però da non compromette le normali e quotidiane attività di una persona. L'introduzione del DSM-5 ha portato a una classificazione dei disturbi cognitivi in "*mild neurocognitive disorder*" (che potrebbe richiamare le caratteristiche del *mild cognitive impairment*) e in "*major neurocognitive disorder*" (che include le diverse tipologie di demenza). Nell'ultimo decennio molti sforzi nel campo della demenza sono stati dedicati alla diagnosi precoce dei disturbi cognitivi con l'obiettivo di identificare segni e sintomi, che potrebbero essere utilizzati come marker predittivi affidabili dello sviluppo della malattia. Pertanto, un corretto inquadramento diagnostico in fase prodromica consentirà una corretta gestione del soggetto con "*mild neurocognitive disorder*" (DNC minore). Partendo da questo assunto l'intento è di intercettare un maggior numero di soggetti con Disturbo Neuro-cognitivo minore e di definire una metodologia di lavoro strutturata, attraverso la raccolta sistematica di dati finalizzata alla conoscenza del fenomeno e basata sull'omogeneizzazione degli strumenti (schede-registro) e sulla standardizzazione delle procedure di reperimento dati ed elaborazione, che consenta alla Regione Campania sia un allineamento dei centri disturbi cognitivi e demenze di tipo metodologico e organizzativo che la costruzione di una piattaforma informativa sul fenomeno demenze.

Obiettivi. Il Piano si articola in 3 obiettivi specifici: 1) Incremento del numero di diagnosi di Disturbo Neuro-cognitivo minore; 2) creazione di un Dataset clinico-strumentale regionale; 3) implementazioni di specifici algoritmi di *Learning Machine* in grado di individuare le caratteristiche prodromiche dei soggetti affetti da Disturbo Neuro-cognitivo minore e implementazione di carte del rischio per la nostra popolazione. Per il primo obiettivo si rende importante il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nell'individuazione del maggior numero possibile di soggetti con sospetto Disturbo Neuro-cognitivo minore da inviare al Centro Disturbi Cognitivi Demenze. I Medici di Medicina Generale verranno coinvolti anche attraverso l'organizzazione di eventi accreditati, in cui verrà suggerito di utilizzare il *General Practitioner assessment of Cognition* (GPCog),

come strumento di valutazione cognitiva al posto degli strumenti in uso. Per il secondo obiettivo si rende necessario la creazione di una piattaforma di raccolta dati clinici con l'individuazione delle variabili oggetto della raccolta sistemica. I dati raccolti mediante il dataset clinico strumentale verranno impiegati per implementare una rete regionale fondata sul linkage di dati clinici e amministrativi raccolti in modo omogeneo attraverso un (*minimum*) dataset condiviso. Obiettivo ulteriore è rappresentato dall'implementazione e adattamento in ciascuna azienda sanitaria della Campania di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) elaborato da un gruppo multidisciplinare regionale. Per quest'ultimo punto, come tutti sappiamo il Piano Nazionale Demenze (PND), pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 13.01.2015, rappresenta un documento strategico per governare il fenomeno delle demenze sui territori. Dal PND sono scaturiti delibere e decreti in quasi tutte le Regioni e per la Campania è stato adottato il Decreto n. 52 del 29/05/2015 "Indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la presa in carico delle persone con demenza: verso il PDTA demenze". Di qui sono stati elaborati diversi PDTA Aziendali Territoriali ed un ulteriore obiettivo di questa linea di attività sarà la stesura del "PDTA REGIONALE", quale strumento di governo dei processi clinici ed organizzativi per il miglioramento della qualità ed appropriatezza dell'assistenza. Per il terzo obiettivo verrà sviluppato un modello in grado di rinvenire caratteristiche salienti tipiche del Disturbo Neuro-cognitivo minore in soggetti che abbiano effettuato un primo accesso al Centro Disturbi Cognitivi Demenze (CDCD) per deficit cognitivi soggettivi. Inoltre, per la definizione di carte di rischio verranno utilizzati i dati raccolti mediante il dataset clinico strumentale. Tale strumento potrà essere condiviso in maniera estesa, sul territorio, per l'individuazione precoce dei soggetti da indirizzare ai CDCD per approfondimenti mirati, in abbinamento al potenziamento dell'impiego di strumenti già esistenti (es. CAIDE, DRS, ecc.). La realizzazione di questo Piano, quindi, rappresenta una leva per la programmazione in Regione Campania nell'individuare e realizzare in un tempo definito azioni specifiche e concrete di servizi dedicati ai soggetti affetti da Disturbo Neuro-cognitivo minore e Disturbo Neuro-cognitivo maggiore. Inoltre, il raggiungimento degli obiettivi sopradescritti consente la definizione di buone pratiche per la messa in rete dei CDCD e rappresenta un'opportunità per mettere a punto "la raccolta dati" quale strumento operativo dei CDCD e non finalizzato al solo piano da attuare.

Indicatori di risultato. Nella valutazione e monitoraggio del Piano sono stati presi in considerazione gli indicatori di risultato per ogni obiettivo specifico. Per il primo obiettivo è stato individuato quale indicatore di risultato: l'adesione al programma di eventi dei Medici di Medicina Generale e operatori dei CDCD / numero di eventi organizzati (incontri, riunioni, webinar e corsi accreditati), la cui fonte di verifica sarà effettuata attraverso l'acquisizione di verbali e eventi organizzati. Per il secondo obiettivo è stato individuato quale indicatore di risultato: il numero schede registro inserite/ totale dei soggetti valutati nei CDCD, la cui fonte di verifica verrà acquisita attraverso i dati flussi informativi regionali So.Re.Sa. Per il terzo obiettivo è stato individuato quale indicatore di risultato: il numero di soggetti con profilo di rischio /totale dei soggetti con Disturbo Neuro-cognitivo minore afferenti ai CDCD, la cui fonte di verifica sarà effettuata attraverso i flussi derivanti dalla piattaforma.

REGIONE SARDEGNA. DIAGNOSI PRECOCE DEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO MINORE/MCI E SVILUPPO DI UNA CARTA DEL RISCHIO COGNITIVO

Floris Gianluca

Neurologia, Policlinico Duilio Casula, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Cagliari

Sintesi. Una delle finalità principali dell'istituzione del «Fondo per l'Alzheimer e le demenze» è la garanzia di una diagnosi precoce e della presa in carico tempestiva delle persone affette da malattia di Alzheimer. Con lo scopo di recepire il Piano Nazionale Demenze, predisponendo un piano triennale per l'erogazione dei servizi in materia a partire da febbraio 2022, l'Assessorato dell'Igiene e Sanità della Regione Sardegna ha condotto prima un'indagine nei vari Servizi regionali per le demenze per avere una prima radiografia dell'esistente, poi convocato i rappresentanti dei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) della Sardegna; quindi ad aprile ha istituito un gruppo di lavoro ristretto per la stesura del Piano triennale delle attività. Dalla prima indagine è emersa in Sardegna una notevole eterogeneità dei servizi per le demenze, una variabilità di denominazione delle strutture (CDCD, UVA, Centro UVA, UVD, ecc.), la rarità di centri con personale dedicato unicamente ai disturbi cognitivi dell'adulto, la carenza di varie figure professionali (medici, infermieri, psicologi, logopedisti, OSS, ...) ed in particolare di neuropsicologi, l'assenza di un PDTA regionale, la limitata erogazione di servizi psicoeducazionali, di *counselling*, cognitivi e psicosociali a pazienti e caregiver, la mancanza di una rete regionale integrata tra i servizi, l'assenza di un sistema di raccolta dati omogeneo sul territorio regionale e di flussi informativi. La Sardegna ha una popolazione di circa 1.600.000 abitanti distribuiti in maniera disomogenea su un'ampia superficie, elemento che rende difficile l'organizzazione uniforme e adeguata dei servizi sanitari. La popolazione over 65, a maggior rischio di patologie età correlate e delle principali demenze, è elevata (circa 400.000 persone). Sulla base dei dati nazionali si stima che le persone affette da demenza in questa regione sarebbero circa 24.000. Il Disturbo Neurocognitivo Minore o *Mild Cognitive Impairment* (MCI) è una condizione clinica caratterizzata dalla presenza di deficit cognitivi, riferiti dal paziente e confermati da una valutazione neuropsicologica strutturata, con conservazione delle autonomie funzionali. L'individuazione precoce di soggetti affetti da MCI permette la rilevazione di pazienti a rischio di sviluppare una demenza ed una loro presa in carico tempestiva. La fase predemenza si configura come lo stadio ideale per l'attuazione di trattamenti tesi a prevenire o ritardare l'evoluzione della malattia. La diagnosi di MCI richiede un invio precoce al CDCD da parte del Medici di Medicina Generale (MMG), una visita generale e neurologica, un esame di *neuroimaging* (preferibilmente risonanza magnetica dell'encefalo) e una valutazione neuropsicologica strutturata ed estesa.

Obiettivi. Partendo da questi dati si è ritenuta importante per la Sardegna l'area progettuale 1: potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso acquisto di apparecchiature sanitarie. L'obiettivo generale è

standardizzare un percorso diagnostico omogeneo sul territorio regionale per la diagnosi di MCI in modo da renderlo uniforme e disponibile su tutto il territorio regionale con gli obiettivi specifici di coinvolgere e sensibilizzare il MMG nell'invio tempestivo dei pazienti; migliorare il setting diagnostico dei CDCD, troppo spesso carenti della figura professionale del neuropsicologo; sviluppare la carta di rischio cognitivo per la pratica clinica. Obiettivo specifico 1: sensibilizzazione dei MMG verso i disturbi cognitivi fin dalla fase di MCI e definire criteri e percorsi per un invio precoce dei pazienti presso i CDCD. A tal fine sono previste le seguenti attività: programmare un evento formativo ECM della durata di una giornata, specifico per i MMG, da effettuarsi annualmente, per ogni ASL ed in sinergia con i servizi di cure primarie; attuazione di campagne di prevenzione e diffusione di documenti informativi per gli utenti da distribuire a tutti i MMG. Obiettivo specifico 2: migliorare il setting diagnostico dei CDCD. L'esame neuropsicologico è importante per la diagnosi di MCI. Diventa dunque prioritario la presenza di Neuropsicologi che operino nei CDCD e l'adozione di un protocollo neuropsicologico unitario che studi in maniera esaustiva i diversi domini cognitivi, assicurando uniformità e disponibilità di trattamento dalla diagnosi alla presa in carico. Per tale obiettivo sono previste le seguenti attività: assunzione di 4 Neuropsicologi, che lavorino nei vari CDCD; acquisto di materiale testistico uguale e aggiornato per le diverse strutture. Obiettivo specifico 3: creazione di una cartella informatizzata unica per tutti i CDCD e di una carta di rischio per MCI al fine di favorire interventi di prevenzione secondaria. Pertanto sono previste le seguenti attività: 1) creazione di una cartella clinica elettronica; 2) inserimento nella cartella clinica elettronica dei singoli fattori di rischio modificabili per calcolare uno score di rischio cognitivo personalizzato secondo i dati presenti in letteratura (CAIDE *Dementia Risk Score*). Il CAIDE *Dementia Risk Score* è uno strumento validato per predire il rischio futuro di sviluppo di demenza che permette di calcolare uno score basato sui seguenti fattori di rischio: età, scolarità, sesso, ipertensione, obesità, ipercolesterolemia, inattività fisica; 3) rilevazione di un flusso informativo dei pazienti afferenti ai CDCD.

Indicatori di risultato. Obiettivo generale: approvazione di un percorso per la diagnosi precoce del DNC/MCI. Obiettivo specifico 1: n. Medici di Medicina Generale che partecipano all'evento formativo annuale della ASL / tot. Medici di Medicina Generale della ASL. Obiettivo specifico 2: n. pazienti con sospetto MCI che effettua esame neuropsicologico / n. tot. pazienti con sospetto MCI che affrisce al CDCD. Obiettivo specifico 3: n. CDCD che adottano la cartella clinica elettronica / tot. CDCD presenti sul territorio regionale.

REGIONE PUGLIA. FERMARE LA DEMENZA PRIMA CHE ARRIVI: INTERVENTI NON-FARMACOLOGICI E PROFILAZIONE DEL RISCHIO INDIVIDUALE IN SOGGETTI CON DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE

Filardi Marco, Bramato Giulia, Vilella Davide, Musio Marco, Logroscino Giancarlo
Centro per le Malattie Neurodegenerative e l'Invecchiamento Cerebrale Università degli Studi Aldo Moro, Bari; Azienda Ospedaliera Pia Fondazione di Culto e Religione Cardinale Giovanni Panico, Tricase, Lecce

Sintesi. Il Disturbo Neurocognitivo Minore è una condizione clinica caratterizzata da un lieve, ma significativo, declino delle capacità cognitive (i.e., memoria a lungo termine, attenzione, linguaggio, ...) rispetto a soggetti di età e grado d'istruzione comparabili, che, tuttavia, non risulta sufficientemente grave da limitare la funzionalità del soggetto nelle attività di vita quotidiana. Studi scientifici su pazienti e su biomarcatori di neurodegenerazione hanno fornito prove coerenti che tale stadio rappresenta un'entità prodromica allo sviluppo di un quadro di Disturbo Neurocognitivo maggiore. Il quadro sintomatologico evolve in vari stadi, da preclinico a clinico, con vari livelli di gravità, e può sottendere eziopatogenesi diverse: Malattia di Alzheimer, Demenza Vascolare, Demenza in Malattia di Parkinson, Demenza a Corpi di Lewy, Demenza Frontotemporale o a eziopatogenesi mista. Sebbene negli ultimi 10-15 anni sia stato fatto un grande sforzo per individuare terapie farmacologiche in grado di rallentare il declino cognitivo, ad oggi non esiste un trattamento farmacologico raccomandato. Al contempo, molta letteratura scientifica ha evidenziato i benefici apportati da interventi non-farmacologici multi-dominio (dieta, training cognitivo, esercizio fisico) volti al monitoraggio del rischio cardiovascolare e al miglioramento del funzionamento cognitivo globale e del benessere psico-fisico. Da ciò, emerge che la precoce individuazione del Disturbo Neurocognitivo Minore apre una finestra di opportunità d'intervento per rallentare e, idealmente, bloccare l'evoluzione della neurodegenerazione a uno stadio precoce. Risulta, pertanto, fondamentale una gestione globale del paziente con Disturbo Neurocognitivo Minore, sia da un punto di vista diagnostico-prognostico che gestionale. In questo scenario, l'omogeneizzazione dei sistemi di rilevazione di dati clinici-neuropsicologici e la loro raccolta attraverso un sistema integrato e condivisibile può consentire, da un lato, di strutturare un percorso clinico-assistenziale definito e monitorabile mediante indicatori clinici e amministrativi, dall'altro di incentivare studi epidemiologici per una migliore programmazione delle cure. Il presente progetto mira a migliorare il percorso diagnostico-assistenziale di pazienti affetti da Disturbo Neurocognitivo attraverso la sensibilizzazione dei medici di medicina generale e degli specialisti sul territorio a fine di sviluppare un sistema sanitario regionale preparato al tempestivo inserimento di "*Disease Modifying Therapies*" per i soggetti con Disturbo Neurocognitivo Minore e Disturbo neurocognitivo maggiore. A tal fine saranno coinvolte le ASL Pugliesi, gli Ospedali privati regionali classificati (Pia Fond. Card. Panico, Ospedale Miulli) e l'IRCCS San Giovanni Rotondo.

Obiettivi. Linea 1: Potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo minore Obiettivo specifico 1: Promuovere campagne d'informazione e sensibilizzazione rivolta ai medici di medicina generale coinvolti nell'invio dei soggetti con deficit cognitivi ai Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) delle sei ASL di Regione Puglia. Saranno organizzati eventi ECM sull'identificazione precoce di segni e sintomi associati al Disturbo Neurocognitivo Minore, sarà suggerito di utilizzare uno strumento di screening standardizzato e chiesto di condividere con i CDCD di riferimento le informazioni clinico-anamnestiche degli assistiti con sospetto di Disturbo Neurocognitivo Minore. Obiettivo specifico 2: Indagine conoscitiva (survey) presso i CDCD di Regione Puglia, volta a indagare disponibilità di competenze e figure sanitarie coinvolte nel processo di diagnosi e cura dei soggetti con Disturbo Neurocognitivo Minore e Disturbo neurocognitivo maggiore. Obiettivo specifico 3: Creazione di un protocollo clinico di valutazione, diagnosi, follow-up e quantificazione del rischio per il Disturbo Neurocognitivo Minore, condiviso e standardizzato per tutti i CDCD di Regione Puglia attraverso l'omogeneizzazione degli strumenti di valutazione clinica e neuropsicologica, sulla base della cartella informatizzata efficacemente in essere presso la Regione Lazio. Relativamente alla quantificazione del rischio di sviluppare demenza, sarà potenziato l'impiego di strumenti disponibili in letteratura, indagando le macroaree dieta, attività fisica, sonno, rischio cardiovascolare e isolamento sociale/solitudine. Obiettivo specifico 4: Organizzazione di Webinar e corsi di formazione a distanza di aggiornamento professionale rivolti alle figure sanitarie che prestano servizio nei CDCD delle sei ASL di Regione Puglia per la formazione permanente sugli strumenti per la diagnosi precoce, le scale di valutazione del rischio e il management territoriale dei soggetti affetti da Disturbo Neurocognitivo Minore. Obiettivo specifico 5: Sviluppo e implementazione di una piattaforma per la raccolta dei dati risultanti dal protocollo clinico e di valutazione del rischio sviluppato nell'OS3, finalizzata alla creazione di un minimum dataset del Disturbo Neurocognitivo Minore e ad ottenere informazioni precise sul flusso regionale, al fine di calcolarne prevalenza e incidenza a due anni dall'inizio del progetto.

Linea 5: Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza. Obiettivo specifico 1: Sviluppo e implementazione di un protocollo di stimolazione, training cognitivo e riabilitazione funzionale condivisibile e trasferibile ad altri setting territoriali come Centri Diurni, servizi domiciliari e CDCD. Obiettivo specifico 2: Valutazione, implementazione e monitoraggio di interventi multidominio sui fattori di rischio modificabili analizzati nell'obiettivo-3. Obiettivo specifico 3: Attuazione di interventi psico-educazionali per fornire una maggiore e migliore conoscenza della patologia e delle possibili difficoltà che il paziente e il caregiver potrebbero sperimentare nel decorso, modificando le false credenze/stigmi sociali riguardo la malattia.

Indicatori di risultato. Inerente il potenziamento della diagnosi precoce di disturbo neurocognitivo minore, saranno raccolti e confrontati rispetto all'anno precedente, dati inerenti: il flusso di pazienti del CDCD; il ritardo diagnostico dall'insorgenza dei sintomi; il rapporto diagnosi di Disturbo Neurocognitivo Minore /totale pazienti valutati; la percentuale di conversione in demenza; il rapporto tra pazienti con Disturbo Neurocognitivo Minore segnalati da medici di medicina generale/totale pazienti con Disturbo Neurocognitivo Minore segnalati a CDCD e i pazienti con Disturbo Neurocognitivo Minore confermati da CDCD sul totale dei soggetti segnalati da medici di

medicina generale con sospetto Disturbo Neurocognitivo Minore. Inoltre, saranno valutate le differenze territoriali, sia rilevate mediante survey di follow-up inerenti all'uso degli strumenti diagnostici suggeriti, il lavoro in rete, e la promozione di interventi multidominio, sia in termini di numero e tempo di diagnosi di Disturbo Neurocognitivo Minore e della percentuale di casi di conversione a demenza. Per quanto riguarda gli interventi psico-educazionali, cognitivi e psicosociali la misura di outcome sarà il cambiamento pre-post trattamento nella performance ai test cognitivi di screening e nelle scale funzionali, nutrizionali, di qualità del sonno, tono dell'umore, isolamento sociale e caregiver burden.

**REGIONE MARCHE.
PROGETTO REGIONE MARCHE: POTENZIAMENTO
DELLA DIAGNOSI PRECOCE DEL DISTURBO
NEUROCOGNITIVO MINORE (*MILD COGNITIVE
IMPAIRMENT*) E SVILUPPO DI UNA CARTA
DEL RISCHIO COGNITIVO PER LA PRATICA CLINICA**

Luzzi Simona (a), Izzicupo Fabio (b), Angeloni Rossano (c), Carletti Cristina (d), Lalli Francesco (e), Logullo Francesco (f), Paci Cristina (g), Pelliccioni Giuseppe (h), Pesallaccia Martina (i), Pompili Marco (j) Masera Filippo (d)

(a) Università Politecnica delle Marche, Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, Ancona

(b) Area Vasta 2, ASUR Marche, Senigallia, Ancona

(c) Area vasta 4, ASUR Marche, Fermo

(d) Dipartimento Salute, Regione Marche, Ancona

(e) Area Vasta 1, ASUR Marche, Pesaro

(f) Azienda Ospedaliera Riuniti Marche Nord - AORMN, Pesaro

(g) Area Vasta 5, ASUR Marche, Ascoli Piceno

(h) Istituto Nazionale di Ricovero e Cura per Anziani, Ancona

(i) Area Vasta 3, ASUR Marche, Macerata

(j) Agenzia Regionale Sanitaria, Regione Marche, Ancona

Sintesi. Nella Regione Marche il 25% della popolazione ha un'età superiore ai 65 anni e si stima che i soggetti affetti da demenza siano intorno ai 35.000. A fronte di ciò, non esistono dati certi, né un registro che consenta di poter caratterizzare il problema con esattezza. L'operatività delle strutture deputate alla diagnosi e cura delle demenze su territorio marchigiano è molto eterogenea sia in termini di servizi offerti che di numero e funzioni degli operatori coinvolti. Nello stilare il presente progetto ci siamo attenuti agli obiettivi 1 e 2 del Piano Nazionale Demenze. Il presente progetto ha la finalità di potenziare la diagnosi del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore mediante quattro linee di azione: 1) Censire su territorio marchigiano tutti i casi incidenti (identificati come prime diagnosi eseguite presso i CDCD della regione Marche) di DNC minore. Le variabili demografiche saranno rilevate e registrate in forma anonima e consentiranno, per la prima volta su territorio marchigiano, di avere una stima dell'incidenza del DNC nella Regione Marche. Questa linea di azione consentirà di avere una disponibilità di informazioni in termini quantitativi (numero di soggetti con DNC che afferiscono annualmente ai CDCD della Regione Marche) e qualitativi (caratteristiche demografiche e distribuzione sul territorio) al fine di poter caratterizzare il fenomeno per azioni di miglioramento della qualità assistenziale. 2) Rilevare, mediante la compilazione di una carta del rischio, una serie di dati omogeneamente raccolti da tutti i CDCD che consentiranno di acquisire informazioni sulla distribuzione dei fattori di rischio, tra cui quelli potenzialmente modificabili nei soggetti che afferiscono per la prima volta ai CDCD a causa di disturbi cognitivo-

comportamentali. 3) Caratterizzazione neuropsicologica dei casi afferenti in base al profilo cognitivo mostrato che consentirà di operare una profilazione dei soggetti afferenti ai CDCD in termini di gravità di compromissione (DNC minore vs DNC maggiore). Permetterà inoltre di classificare il DNC minore nei diversi sottotipi e aiuterà nella formulazione della diagnosi e nella diagnosi differenziale del DNC maggiore. 4) Diffusione delle conoscenze relative al DNC minore tra gli operatori del settore ed i caregiver. A tal fine saranno effettuati una serie di eventi formativi per i diversi attori che sono implicati nell'assistenza dei pazienti affetti da DNC. Un interesse particolare sarà rivolto alla formazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) poiché costituiscono il primo operatore che individua i soggetti affetti da DNC. La campagna di sensibilizzazione ed informazione contribuirà a migliorare il livello qualitativo dal punto di vista diagnostico e consentirà di far afferire ai CDCD soggetti con un fondato sospetto di DNC determinando una riduzione degli accessi non corretti. Nell'ambito di questa linea di azione, inoltre, si procederà alla costituzione di un sito web informativo per operatori e per la popolazione che consentiranno, specularmente ai corsi di formazione, di aumentare la cultura di operatori e popolazione in ambito di DNC. Gli interventi saranno posti in essere in tutti i CDCD della Regione anche attraverso il potenziamento di alcuni di essi, che verranno individuati alla luce dei risultati della survey in atto e delle dimensioni del bacino d'utenza. Dove emerga la ridotta presenza e/o assenza di neuropsicologi, si prevedrà l'assunzione di tali figure professionali. L'aumento della diffusione delle informazioni e della consapevolezza prodotte dagli eventi formativi permetterà di migliorare la selezione dei pazienti, in particolare da parte dei MMG, per un conseguente corretto invio ai CDCD. La costituzione di un sito Web potenzierà le attività di formazione per gli operatori grazie alla presenza nel sito di una serie di informazioni teorico/pratiche relative sia agli aspetti organizzativi e contribuirà a diffondere cultura nella popolazione.

Obiettivi. Sono stati individuati quattro obiettivi specifici: Obiettivo specifico 1: rilevazione ed identificazione del numero totale di MCI che afferiscono ai Centri di Diagnosi e Cura delle Demenze (CDCD) nella Regione Marche. Tutti i nuovi casi afferenti ai diversi CDCD saranno profilati. Le variabili rilevate saranno distinte in anamnestiche (demografiche, fattori di rischio per demenza, comorbidità, farmaci assunti, storia del declino cognitivo) e laboratoristico-strumentali (comprensivi di esami di neuroimaging, esame liquorale ed indagine genetica se eseguiti). I dati saranno inseriti dagli operatori in un software e resi disponibili per successiva analisi. Obiettivo specifico 2: analisi e classificazione dell'MCI. La valutazione cognitiva verrà eseguita su tre livelli di complessità: a) valutazione di screening; b) valutazione neuropsicologica background (un test per ogni dominio comune a tutti i CDCD della Regione Marche per avere un minimum dataset); c) valutazione dominio specifica in base alle caratteristiche presentate dal soggetto. La valutazione neuropsicologica unita ai dati clinici consentiranno di formulare la diagnosi di MCI (ed identificare uno dei 4 sottogruppi previsti da Petersen) o di MBI. Saranno inoltre immessi i dati per i soggetti affetti da Disturbo Cognitivo soggettivo poiché rappresenta in oltre il 30% dei casi potenzialità di progressione a MCI e demenza. Obiettivo specifico 3: compilazione carta del rischio. I principali fattori rischio saranno rilevati (stile di vita, stimolazione cognitiva, fattori di rischio vascolare, apoE, ecc...) saranno immessi nel software predisposto dagli operatori e resi fruibili per successiva analisi. Obiettivo specifico 4: potenziamento delle conoscenze tra i diversi attori coinvolti nel processo diagnostico delle demenze, tra cui il Medico di Medicina Generale e la popolazione. Saranno eseguiti eventi

formativi diretti ai diversi operatori implicati nel complesso percorso di diagnosi e cura delle demenze. Sarà inoltre creato un sito web in cui verranno inserite informazioni per la popolazione, per i pazienti ed i loro caregiver e per gli operatori.

Indicatori di risultato. Obiettivo specifico 1: stima di incidenza: numero totale nuovi casi di MCI rilevati in un anno/ popolazione marchigiana. Obiettivo specifico 2: numerosità sottotipo MCI (A-SD-MCI, NA-SD-MCI, A-MD-MCI, NA-MD-MCI, MBI, SCD) /totale dei soggetti affetti da MCI arruolati. Il sottotipo di MCI sarà individuato in accordo alla letteratura ed in base ai punteggi inferiori alla norma nei diversi test neuropsicologici identificati. Obiettivo specifico 3: numero di soggetti per cui vengono inseriti i fattori di rischio/numero totale dei soggetti inseriti. Obiettivo specifico 4: numero di partecipanti/numero totale degli operatori contattati.

REGIONE TOSCANA. DIAGNOSI TEMPESTIVA DEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO MINORE

Notarelli Antonella, Bessi Valentina
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

Sintesi. La Regione Toscana (RT) partecipa alla linea progettuale 1 riguardante la diagnosi tempestiva del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore, con la consapevolezza di aderire alla condivisione dei risultati del progetto con le altre regioni, al fine di superare le disomogeneità tra territori e utilizzare strumenti standardizzati in tutti i CDCD. Capofila del nostro progetto sarà il CRIDEM (Centro di ricerca e innovazione per le demenze) della SOD Neurologia 1 della Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze, una struttura operativa che collabora con la Regione Toscana per definire modelli organizzativi innovativi e di ricerca da implementare nella pratica clinica. Sulla base della esperienza pluriennale relativa allo studio delle fasi precliniche e prodromiche del DNC, e cioè il disturbo cognitivo soggettivo e il *Mild Cognitive Impairment* (MCI), il CRIDEM propone la creazione, validazione e condivisione di un protocollo di valutazione e diagnosi per le due fasi che precedono l'insorgenza del DNC minore. Tale protocollo includerebbe indagini di tipo clinico, genetico, biologico, neurofisiologico e di neuroimaging, nell'ambito di un programma di prevenzione su popolazione a rischio di sviluppare un quadro di demenza.

Obiettivi. L'obiettivo specifico principale del progetto sarà quindi l'estensione di un Modello Organizzativo Clinico e di Ricerca a tutti i CDCD regionali per la valutazione e diagnosi del *Subjective Cognitive Decline* (SCD) e MCI con sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica (*Precision and Personalized Medicine*) e per questo verrà consolidato il modello di *machine learning* al fine di testarne l'affidabilità e la validità. Tale obiettivo sarà propedeutico alla creazione di linee guida regionali su SCD e MCI basate sulla medicina personalizzata e di precisione. Altro obiettivo sarà poi la creazione di una interfaccia web sui protocolli raccomandati per la diagnosi e la cura del SCD e MCI.

Indicatori di risultato. Per quanto riguarda il primo obiettivo gli indicatori di risultato saranno: il numero e la tipologia di esami (test cognitivi, RM encefalo, PET-FDG, Amy-PET, biomarcatori liquorali e sierici per neurodegenerazione, indagini genetiche) svolti da soggetti relativamente al percorso SCD/MCI Produzione flowchart che esemplifichi il percorso ideale ed il più possibile personalizzato per soggetti con SCD/MCI. Per quanto riguarda il secondo obiettivo specifico, l'indicatore di risultato sarà l'effettiva fruibilità della pagina web creata.

REGIONE BASILICATA. PIANI DI ATTIVITÀ DI REGIONI E PROVINCE AUTONOME FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE 2021-2023

Panetta Valeria (a), Matera Antonio (b)

(a) Azienda Sanitaria di Potenza, Presidio Ospedaliero Distrettuale, Venosa, Potenza

(b) Azienda Ospedaliera Regionale Ospedale San Carlo, Potenza

Sintesi. L'invecchiamento della popolazione ha determinato un aumento esponenziale dei casi di patologie cronico degenerative tra le quali le demenze rivestono un ruolo importante tanto che la OMS le ha identificate come una emergenza mondiale di sanità pubblica. La popolazione lucana è tra le più longeve d'Italia rappresentando gli ultra 65enni il 24,51% della popolazione totale. Si stimano più di 20.000 persone interessate al problema, di cui 11.000 con decadimento cognitivo francamente patologico (53,7% dei casi con malattia di Alzheimer) a cui vanno aggiunte circa 9.000 persone con un deficit cognitivo isolato *Mild Cognitive Impairment* (MCI). Gli studi di letteratura indicano che una percentuale stimata tra 10-15% di pazienti con diagnosi di MCI ogni anno sviluppa la demenza di Alzheimer; è stato dimostrato che alcuni dei fattori di rischio per lo sviluppo di malattia, sono legati allo stile di vita. La promozione di stili di vita salutari e un maggior controllo delle patologie che possono produrre un danno al sistema nervoso centrale possono avere un effetto reale in termini di prevenzione in quanto circa il 30% dei casi di demenza possono essere evitabili. Resta fondamentale pervenire ad una diagnosi il più precoce possibile che intercetti soggetti in cui sia presente un Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore, vuoi nelle more di un auspicabile futura disponibilità di farmaci *disease modifying* realmente efficaci sulla progressione del danno neurologico, vuoi per intraprendere azioni non farmacologiche (educazioni a sani stili di vita, training cognitivi, ...), uniche attualmente in grado di ritardare l'evoluzione vs un DNC max. Alla luce di questa evidenza è stata scelta la Linea di intervento 1: Potenziamento della diagnosi precoce del disturbo neuro-cognitivo (DNC) minore/MCI e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica. Nella Regione Basilicata sono presenti 3 CDCD a Potenza, Matera e Venosa. Il territorio Regionale non è omogeneamente coperto dal punto di vista della presenza dei servizi essendovi aree ad alta densità di popolazione (area sud della regione) che ne sono completamente prive e inoltre i 3 centri operano in maniera non coordinata tra loro. Inoltre, per le caratteristiche geografiche della nostra regione costituita da tanti piccoli comuni di montagna a volte distanti dai CDCD e per la grave carenza di strutture semiresidenziali, avere la possibilità da parte del familiare di interfacciarsi da remoto con un sanitario dei CDCD (medico, psicologo o infermiere) può rappresentare un grosso beneficio. Si è dunque scelto l'Obiettivo generale 3: Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali. La telemedicina è definita dal Ministero della Salute come "l'insieme di tecniche mediche ed informatiche che permettono la cura di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari da remoto e rappresenta il connubio perfetto tra nuove tecnologie di comunicazione e modalità tradizionali di assistenza medica.

Obiettivi. Per raggiungere gli obiettivi e superare le criticità si sono previsti i seguenti interventi. 1) Reperire almeno 3 Neuropsicologi attraverso l'espletamento di un Bando regionale. Ciò per dare valenza di multidisciplinarietà ai CDCD altrimenti monchi di figure fondamentali, per creare un *trait-d'union* con la medicina di base, snellire il lavoro delle attuali UVA (il cui impegno diagnostico grava tutto sul personale medico presente e spesso non dedicato solo alle demenze), consentire lo studio di un maggior numero di utenti e la riduzione delle liste d'attesa; consentire infine di intraprendere un percorso anche di tipo riabilitativo per i pazienti e di supporto ai caregiver. 2) Coinvolgere i Medici di Medicina Generale: saranno organizzati due incontri annuali, uno per la formazione e uno per la verifica dei risultati; si adotterà su tutto il territorio regionale la scala GP-cog; saranno fornite schede per esecuzione standardizzata di esami di I e II livello da eseguire in soggetti con sospetto diagnostico di DNC min per ridurre i tempi di presa in carico da parte dei CDCD; sarà realizzato materiale informativo/formativo sia cartaceo che informatizzato. 3) Creare e utilizzare su tutto il territorio regionale una cartella informatizzata. Il Settore informatico della Regione Basilicata provvede alla modifica della cartella già presente in Regione (ad uso del DSM) da omologare a quella in uso nella Regione Lazio. All'interno della cartella verranno inseriti: dati anagrafici, valutazione clinica e comorbidità; anamnesi farmacologica, valutazione cognitiva e valutazione funzionale, diagnosi e i 12 fattori di rischio modificabili (sedentarietà, fumo, alcool, traumi cranici, isolamento sociale, grado di istruzione, obesità, ipertensione, dislipidemia, diabete, depressione, ipoacusia). L'intera raccolta dati sarà finalizzata alla creazione di un database dei DNC omogeneo su tutto il territorio regionale e di una piattaforma d'accesso condivisa. I dati saranno inviati ad un centro di raccolta regionale che provvederà alla realizzazione delle statistiche sul materiale ricevuto; per la Telemedicina: la Regione ha sviluppato una piattaforma (POHEMA) che verrà adottata per il progetto in corso e renderà possibile effettuare: visite di controllo per i pazienti impossibilitati a recarsi presso i centri CDCD, rinnovo dei piani terapeutici, prescrizione di ausili e presidi, colloqui con familiari e caregiver per fornire supporto psicologico. La disponibilità di questi nuovi strumenti per la diagnosi e monitoraggio a distanza permetterà di ridurre i costi dell'assistenza, fornire un appoggio alle famiglie dei pazienti con demenza, garantire l'accesso a pz in zone disagiate di difficile raggiungimento e limitare il rischio legato all'accesso in ospedale di persone così fragili.

Indicatori di risultato. Numero di psicologi vincitori del bando con documentata competenza nella diagnosi e/o assistenza della demenza / totale di psicologi che partecipano al bando con documentata competenza nella diagnosi e/o assistenza della demenza; numero di MMG che partecipano al progetto / numero di MMG contattati; numero CDCD con cartella informatizzata / totale del CDCD della regione; numero di CDCD con servizio di telemedicina / totale del CDCD della regione.

REGIONE ABRUZZO. POTENZIAMENTO DELLA DIAGNOSI PRECOCE DEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO MINORE TRAMITE IMPLEMENTAZIONE DI UN *MINIMUM DATASET* E DI TECNICHE DI INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Russo Mirella (a), Onofri Marco (a,b), Santini Sara (c), Sensi Stefano (a,c)

(a) *Università degli Studi G. d'Annunzio, Chieti-Pescara*

(b) *Centro Demenze e Disturbi del Movimento, Chieti*

(c) *Rete Aziendale Demenze, Pescara*

Sintesi. Il Disturbo Neurocognitivo minore, anche noto come *Mild Cognitive Impairment*, rappresenta un'entità tipicamente prodromica allo sviluppo di un franco quadro di demenza, anche detta "Disturbo Neurocognitivo maggiore". La principale differenza clinico-fisiologica fra le due entità è rappresentata dal livello di progressione dei deficit cognitivi, tali da impattare significativamente le attività quotidiane del paziente nel caso del Disturbo Neurocognitivo maggiore. Il Disturbo Neurocognitivo lieve rappresenta dunque una finestra d'opportunità nella quale il danno neurologico, in termini di neurodegenerazione, non abbia ancora determinato una irreversibile compromissione dell'autonomia. Da qui, risulta evidente la necessità di intercettazione precoce dei pazienti affetti da tale condizione, sì da poter mettere in atto strategie preventive che possano ridurre il rischio di conversione a demenza. Alcune criticità limitano l'efficace individuazione di questi quadri clinici. Il mancato impatto sull'autonomia e sulle attività quotidiane può determinare un mancato riconoscimento da parte del soggetto affetto, ma spesso anche da parte dei familiari e dei medici di medicina generale. Tale aspetto trarrebbe evidente beneficio dall'implementazione di strategie predittive, di intuitiva applicazione, nella normale pratica clinica. Sebbene siano già disponibili alcune carte del rischio (es. CAIDE, DRS, SLAS), queste sono state messe a punto in differenti realtà geografiche e socio-sanitarie, pertanto potrebbero non ottenere il massimo dell'efficacia in un contesto caratterizzato da differenti fattori di rischio ambientali e pool genetici. Le nuove tecnologie possono fortunatamente giungere in aiuto del clinico, come dimostrato dai più recenti studi sull'applicazione dell'intelligenza artificiale alla diagnostica della Malattia di Alzheimer e di altre patologie neurodegenerative. Tali metodiche consentono infatti di evincere, tramite un approccio *data-driven*, pattern salienti che sfuggirebbero al normale occhio umano e ai convenzionali mezzi statistici. Un fondamentale prerequisito per la loro implementazione è rappresentato dall'omogeneità e dalla mole dei dati impiegati. L'ottenimento di un dataset idoneo risulterebbe pressoché impossibile in assenza di omogeneizzazione delle procedure di valutazione e diagnosi, attualmente inficiate da cospicua eterogeneità anche all'interno di piccole realtà quali le Regioni – talora le stesse ASL. Una modifica di questo andamento viziato risulterebbe dunque doppiamente vantaggiosa, non solo per la fruibilità dei dati stessi, ma anche per la rettifica della disuguaglianza all'interno dell'offerta diagnostico-terapeutica dei vari CDCD.

Obiettivi. Per tali motivi, la Regione Abruzzo propone, nell'ambito della Linea Progettuale 1, i seguenti obiettivi specifici:

1. Costituzione di un *minimum dataset*. Tale obiettivo presuppone a) l'individuazione delle variabili oggetto di raccolta sistematica; b) l'individuazione dello strumento di condivisione dei dati; c) la raccolta integrata dei dati nei CDCD aderenti (ASL di Chieti, Pescara, L'Aquila) sino all'inserimento di almeno 200 pazienti. I dati raccolti verranno impiegati per l'implementazione di una rete regionale fondata sul linkage di dati clinici e amministrativi, raccolti in modo omogeneo attraverso un dataset condiviso, per effettuare un monitoraggio del flusso ai CDCD. Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021-2023 Linea Progettuale 1. Le informazioni verranno inoltre sfruttate per l'elaborazione condivisa di una proposta di PDTA per il Disturbo Neurocognitivo minore da parte di un gruppo multidisciplinare regionale.

2. Implementazione di tecniche di *machine learning* (ML) a scopi diagnostici e prognostici partendo da quanto realizzato in un recente progetto di ricerca, ossia da un algoritmo *Random Forest* finalizzato alla predizione della conversione del Disturbo Neurocognitivo minore in demenza, verranno elaborati e testati diversi modelli di *machine learning*. Algoritmo per diagnosi precoce: tramite l'individuazione automatizzata di caratteristiche salienti tipiche del Disturbo Neurocognitivo minore, verrà sviluppato un modello in grado di rinvenire le stesse in soggetti che abbiano effettuato un primo accesso al CDCD per Disturbo Cognitivo Soggettivo e, pertanto, di classificarsi come attualmente affetti da un Disturbo Neurocognitivo oppure come a rischio di svilupparlo. Tale strumento potrà dunque essere impiegato quale strumento di screening. Carte del rischio: per ovviare alla possibile mancanza di accesso a piattaforme elettroniche, verranno sfruttati gli elementi ottenuti dalla raccolta dati per il *minimum dataset* per la definizione di carte del rischio dall'impiego rapido e intuitivo. Tali strumenti potranno essere condivisi in maniera estesa, sul territorio, per guidare anche il personale medico meno specializzato (es. Medico di Medicina Generale) all'individuazione precoce dei soggetti da indirizzare ai CDCD per approfondimenti mirati, in abbinamento al potenziamento dell'impiego di strumenti già esistenti (CAIDE, DRS, SLAS), anche nell'ottica di un successivo confronto fra risultati.

Indicatori di risultato. Alcuni indicatori di risultato sono stati individuati per valutare l'efficacia dell'intervento proposto, come di seguito illustrato. Obiettivo specifico 1: fonti di verifica: report annuale e dataset. Standard di risultato: inserimento di almeno 200 pazienti nel dataset, report di monitoraggio del flusso di accesso ai CDCD, realizzazione di un Piano Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per il Disturbo Neurocognitivo minore. Obiettivo specifico 2: fonti di verifica: report periodici e report finale. Standard di risultato: generazione di almeno un algoritmo di machine learning con accuratezza >80%; realizzazione di almeno 3 modelli di carta del rischio; applicazione di carte del rischio in almeno 100 soggetti e applicazione dell'algoritmo di machine learning in almeno 100 soggetti. In conclusione, l'istituzione di un fondo per la Malattia di Alzheimer e le demenze, nonché l'individuazione della prima linea progettuale, rappresenta una notevole opportunità per la trasformazione di correnti criticità in potenziali punti di forza del nostro Sistema Sanitario. La costituzione di un *minimum dataset* per il Disturbo Neurocognitivo minore rappresenterebbe infatti un punto di svolta sia sotto il profilo organizzativo, eliminando ridondanze e grossolane discrepanze e disomogeneità nell'approccio diagnostico-terapeutico, sia per l'avanzamento della ricerca nel settore. È facilmente intuibile come tale balzo in avanti richieda cospicua padronanza dell'argomento sotto il

profilo teorico-pratico, padronanza perfezionabile solo tramite approccio *real-world* delle nuove tecnologie. Infine, il monitoraggio del flusso regionale risulterà propedeutico alla proposta di PDTA per la gestione del Disturbo Neurocognitivo minore, consentendo di coordinare al meglio l'allocazione delle varie risorse sulla base delle necessità microterritoriali, attualmente nebulose.

Linea Progettuale 2
Diagnosi tempestiva del DNC maggiore

Moderatrice
Teresa Di Fiandra

REGIONE MARCHE. DIAGNOSI TEMPESTIVA DEL DNC MAGGIORE

Izzicupo Fabio (a), Luzzi Simona (b), Lalli Francesco (c), Pesallaccia Martina (d), Angeloni Rossano (e), Paci Cristina (f), Logullo Francesco (g), Pompili Marco (h), Carletti Cristina (i), Masera Filippo (i)

(a) CDCD, Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche, AV2, Senigallia, Ancona

(b) CDCD, Università Politecnica delle Marche, Ancona

(c) CDCD, Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche, AV1, Pesaro

(d) CDCD, Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche, AV3, Macerata

(e) CDCD, Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche, AV4, Fermo

(f) CDCD, ASUR Marche, AV5, Ascoli Piceno

(g) CDCD Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, Pesaro

(h) Agenzia Regionale Sanitaria, Regione Marche, Ancona

(i) Dipartimento Salute, Regione Marche, Ancona

Sintesi. L'istituzione del Fondo Demenze, previsto dalla legge finanziaria del 30/12/2020, rappresenta uno spartiacque fondamentale nella presa in carico dei bisogni delle persone malate e dei loro familiari. Il disposto normativo ha prefigurato per quanto riguarda le Regioni, l'elaborazione di piani triennali il cui l'obiettivo è stato indirizzato "ad affrontare specifiche aree di criticità nella diagnosi e presa in carico delle persone con demenza, anche con soluzioni sperimentali e innovative". Nella scelta dei piani di azione triennale da predisporre, la Regione Marche ha utilizzato un approccio sistematico. La prima azione messa in campo è stata, nel dicembre 2021, quella di ricostituire il Gruppo Tecnico Regionale Demenze (GTRD). I membri di questo organismo, previsto dal Piano Nazionale Demenze (PND), hanno deciso di verificare sul campo le reali caratteristiche dei servizi coinvolti. Nella nostra Regione sono presenti 16 Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD). Tutti i CDCD sono stati coinvolti in una survey che ha avuto l'obiettivo di fotografare le modalità di lavoro nei singoli centri in modo da comprendere punti di forza e criticità nella pratica clinica quotidiana. I risultati, relativi alle attività del 2021, hanno fatto emergere una grande eterogeneità organizzativa, caratterizzata da rilevanti differenze sia dal punto di vista dei giorni di apertura, che della quantità e della tipologia del personale coinvolto e conseguentemente delle prestazioni erogate. Spesso i CDCD sono ambulatori mono-specialistici, aperti per poche ore alla settimana, privi delle figure necessarie per adempiere il compito, coerentemente al PND, di dare risposte dalla diagnosi all'*exitus*, attraverso un modello di gestione integrata. Alla luce di questi risultati è stato deciso di implementare il piano triennale attraverso due progettualità speculari, legate alle aree 1 e 2. Per quanto riguarda la progettualità relativa all'area 2 si è pensato, prendendo spunto dall'evidenza consolidata che per effettuare, appunto, una diagnosi tempestiva di demenza è necessario, tra gli altri, poter sottoporre il paziente anche ad una visita neuropsicologica ampia e dettagliata, di investire la quota economica maggiore del finanziamento all'assunzione di 5 neuropsicologi.

Obiettivi. Obiettivo specifico 1: rilevazione ed identificazione del numero totale di soggetti affetti da DNC maggiore che afferiscono ai centri di diagnosi e cura delle demenze (CDCD) nella regione Marche anche sviluppando un programma informatico che

consentirà di acquisire le principali informazioni demografiche. Obiettivo specifico 2: analisi e classificazione del DNC maggiore attraverso una prima visita medica per mezzo della quale si acquisiranno le informazioni essenziali che consentiranno al medico di formulare una ipotesi diagnostica e richiedere pertanto una valutazione cognitiva di screening e una valutazione cognitiva multidominio. Obiettivo specifico 3: rilevazione dei fattori di rischio di progressione di demenza. Anche nei soggetti affetti da demenza saranno registrati i fattori di rischio. È noto infatti che la loro rilevazione e riduzione determina una riduzione della progressione di demenza. Obiettivo specifico 4: potenziamento delle conoscenze tra i diversi attori coinvolti nel processo diagnostico delle demenze, tra cui il Medico di Medicina Generale (MMG) e la popolazione mediante una serie di incontri, convegni ed eventi informativi/formativi in cui i diversi attori, in particolare i MMG saranno resi edotti dell'attuale stato dell'arte in materia di MCI e saranno loro forniti una serie di strumenti per poter discriminare tra pazienti che debbono essere inviati presso i CDCD per valutazione o possono essere rivalutati a controllo dal MMG.

Indicatori di risultato. Obiettivo specifico 1: numero di nuovi casi /anno di DNC maggiore afferenti ai CDCD; Obiettivo specifico 2: numerosità forma di demenza (Malattia di Alzheimer, Demenza vascolare, ecc. ...) /totale dei soggetti affetti da DNC maggiore; Obiettivo specifico 3: numero di soggetti per cui vengono inseriti i fattori di rischio/numero totale dei soggetti inseriti; Obiettivo specifico 4: numero di partecipanti/numero totale degli operatori contattati.

REGIONE TOSCANA. FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE: PIANO DI ATTIVITÀ 2021-2023

Madrigali Sara (a), Notarelli Antonella (b), Tognoni Gloria (c)

(a) Settore Politiche per l'Integrazione Socio-Sanitaria, Regione Toscana, Firenze

(b) Neurologia I e Centro Ricerca e Innovazione per la Demenza, Azienda Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

(c) Neurologia-Neurofisiopatologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Pisa

Sintesi. Il Progetto presentato dalla Regione Toscana prevede il coinvolgimento delle 6 Aziende Sanitarie regionali e si concentra su 3 linee di azione. Rispetto alla linea di attività “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”, l’obiettivo mira alla messa a punto finale, validazione e condivisione di un protocollo di valutazione e diagnosi per le fasi precliniche e prodromiche di demenza. Uno dei target è quello di creare profili di rischio personalizzati per soggetti con MCI e SCD (*Subjective Cognitive Decline*), in modo da tarare in maniera congrua il follow-up clinico e di intercettare il più precocemente possibile potenziali convertenti a demenza, così da selezionarli per le future terapie disease modifying in fase di sperimentazione e validazione. Inoltre, mediante una scelta accurata di indicatori di flussi e di codici diagnostici dal nomenclatore regionale, sarà possibile creare una preliminare epidemiologia di MCI e SCD e ciò consentirà di stimare i numeri futuri di accesso ai CDCD e di poter predisporre in anticipo protocolli il più possibile mirati, in modo da concentrare le risorse economiche di sanità pubblica sui soggetti a maggior rischio di sviluppare demenza, intercettandoli in fasi molto precoci di malattia. Rispetto alla linea “Diagnosi tempestiva del DNCM” obiettivo del progetto è di rendere operativo lo specifico modello assistenziale delineato dalla programmazione regionale per migliorare la qualità di vita del paziente affetto da demenza e della sua famiglia, valorizzando e potenziando le professionalità esistenti, creando sinergie lavorative e relazionali grazie anche alle opportunità che la tecnologia offre. Lo scopo è quello di migliorare la gestione integrata e fornire una risposta appropriata e tempestiva per la gestione dei disturbi del comportamento grazie al miglioramento del funzionamento del sistema di “micro-rette” attraverso una conoscenza più puntuale dei servizi esistenti ed un loro appropriato utilizzo, una più organica integrazione tra Servizi/Strutture/Associazioni e tra gli operatori coinvolti, nonché all’implementazione di nuove soluzioni organizzative. Il modello che si intende implementare sarà strutturato sulla base delle realtà territoriali già in essere, con opportune modifiche e adattamenti in maniera da ottimizzare le competenze, i servizi e le risorse disponibili, garantire il coordinamento e la continuità tra i vari servizi specialistici e di assistenza e implementare le attività di prevenzione e tempestiva presa in carico. Per quanto riguarda la “Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina”, la pandemia da Covid-19 ha fatto esperire le criticità legate ad una mancanza di cure continuative e di conseguenza la necessità di sperimentare nuove metodologie per fornire cure e supporto adeguato alle persone che convivono con la demenza. La telemedicina può risultare essere molto utile per il monitoraggio e la cura a distanza, sia come approccio

alternativo nel corso di emergenze sanitarie sia come integrazione e potenziamento degli interventi in presenza. Tale modalità permette ai pazienti di essere regolarmente controllati da remoto, riducendo spese e spostamenti, i caregivers potranno trovare sostegno attraverso servizi a loro dedicati e il canale potrà inoltre facilitare e rafforzare la rete clinica per le demenze grazie al maggior scambio tra il medico specialista e il Medico di Medicina Generale (MMG), coinvolgendolo nell'iter di monitoraggio clinico. Gli obiettivi sono inoltre di ridurre le potenziali limitazioni quali le difficoltà nell'acquisizione e nell'interpretazione dei dati clinici, i rischi per la qualità e la continuità dell'assistenza e le barriere tecnologiche relative all'uso di strumenti tecnologici e al contempo fornire un protocollo fruibile a distanza sia di valutazione neuropsicologica per i pazienti con deficit cognitivo che di sostegno di gruppo per i caregivers.

Obiettivi. Potenziamento della diagnosi precoce del DNC minore/MCI e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica; condivisione con i CDCD regionali di un Modello Organizzativo Clinico e di Ricerca per la valutazione e diagnosi del SCD e MCI con messa a punto di protocolli di follow-up differenziati sulla base dei fattori di rischio (*Precision and Personalized Medicine*); creazione di interfaccia web sui protocolli raccomandati per la diagnosi e la cura del SCD e MCI; diagnosi tempestiva del DNCM; confrontare modelli di presa in carico zonali e individuare buone pratiche in termini di CDCD e reti multi-professionali, attraverso lo studio retrospettivo dei consumi e prestazioni sanitari e sociosanitari di pazienti affetti da demenze attraverso l'analisi dei flussi amministrativi; reclutamento e formazione dei MMG; riorganizzazione funzionale dei CDCD; sviluppo di una rete clinica integrata Formazione permanente degli operatori Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali; creazione e implementazione di un protocollo di valutazione cognitiva di secondo livello per i pazienti con deficit cognitivo fruibile a distanza; creazione e implementazione di un protocollo di sostegno per famiglie e caregivers che convivono con persone con demenza; sviluppo di una rete clinica per le demenze.

Indicatori di risultato. Numero soggetti con diagnosi SCD e MCI / numero totale soggetti afferenti alla prima visita neurologica e di controllo presso ambulatorio CDCD-CRIDEM (standard di risultato: >40%) numero e tipologia di esami (test cognitivi, RM encefalo, PET-FDG, Amy-PET, biomarcatori liquorali e sierici per neurodegenerazione, indagini genetiche) svolti da soggetti relativamente al percorso SCD/MCI (standard di risultato: >30%). Produzione flowchart che esemplifichi il percorso ideale ed il più possibile personalizzato per soggetti con SCD/MCI (standard di risultato: >30%) effettiva fruibilità della pagina (standard di risultato: >40%) riduzione tempi di attesa per la presa in carico del paziente con DNCM (2023 vs 2022) (standard di risultato: >60%) percentuale consumo farmaci antidemenza/totale diagnosi di demenza (standard di risultato: 40%). Numero MMG formati/numero totale MMG delle AFT coinvolte (standard di risultato: 60%) numero tipologia e percentuale di CDCD formalizzati con personale dedicato e che entrano a far parte della rete integrata/totale dei CDCD e del personale dedicato (standard di risultato: >50%) definizione di un codice per le prestazioni e di un centro di costo per i CDCD (standard di risultato: >50%) riscontro di una riduzione della lista di attesa per prima visita per gli accessi negli ambulatori dei CDCD in funzione della nuova riorganizzazione (standard di risultato: >50%) numeratore/ denominatore eventi formativi previsti/eventi formativi effettuati (standard di risultato: 100% eventi effettuati) incremento accessi in telemedicina (standard di risultato: n. 3 prestazioni in telemedicina al mese) raccolta di strumenti taratura con taratura italiana e validità diagnostica sia con la

somministrazione in presenza che da remoto (via telefonica o video) (standard di risultato: redazione n. 1 protocollo) incremento di richieste di accessi a gruppi di sostegno e incremento delle conoscenze legate alla gestione del paziente con demenza (standard di risultato: n. 1 ciclo di incontri per famiglie e caregivers che convivono con persone con demenza) incremento dei teleconsulti tra medico specialista e MMG (standard di risultato: n. 10 consulti).

REGIONE LAZIO. DIAGNOSI TEMPESTIVA DEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE

Scalmana Silvia

Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio, Roma

Sintesi. Nella Regione Lazio si stimano circa 100.000 persone affette da una forma di demenza e circa 86.000 affette da declino cognitivo lieve. L'emergenza pandemica ha accentuato la tendenza, già manifestata nell'ultimo decennio, ad intercettare il declino cognitivo ed effettuare la diagnosi di una forma di demenza in fase particolarmente tardiva. La chiusura di molti servizi dedicati alle persone affette da demenza e la riduzione degli accessi ai Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), durante il periodo dell'emergenza da Covid-19, spiegano la maggiore gravità e severità dei disturbi cognitivi e comportamentali presentati dalle persone che accedono alla valutazione per la prima visita e per le visite di follow-up. Pertanto si rende necessario coinvolgere il setting della Medicina Generale nell'intercettazione precoce del disturbo cognitivo. I Medici di Medicina Generale (MMG), attraverso la somministrazione di strumenti agili e condivisi utili a porre il sospetto di malattia, possono indirizzare tempestivamente il paziente al CDCD deputato alla conferma diagnostica, attraverso percorsi dedicati, assumendo un ruolo fondamentale nel potenziamento della diagnosi tempestiva. I CDCD regionali, ospedalieri e territoriali, sono caratterizzati da eterogeneità nell'organizzazione ed in particolare è stata evidenziata una generale carenza della figura professionale del Neuropsicologo, che interviene sia nelle fasi iniziali per la definizione e l'inquadramento dei disturbi cognitivi, sia nella successiva presa in carico. Il Progetto coinvolge 2 ASL dell'area metropolitana di Roma (ASL Roma 2 e Roma 3) e 2 ASL delle altre Province (Viterbo e Frosinone). Prevede: 1) Attività di formazione rivolta ai MMG che operano nelle ASL/Distretti individuati, volta a riconoscere i sintomi sentinella presenti in fase prodromica di malattia, alla somministrazione del test "*General Practitioner Assessment of Cognition*" (GPCog) e a promuovere la prevenzione primaria del deterioramento cognitivo, individuando i fattori di rischio per la demenza e gli stili di vita potenzialmente pericolosi. 2) Implementazione di un sistema di rete tra MMG e CDCD per il riferimento e la gestione congiunta dei pazienti.

Obiettivi. Obiettivo generale: Diagnosi tempestiva del DNC maggiore. Obiettivo specifico 1: promozione della proattività e del coinvolgimento del setting della Medicina Generale nell'individuazione tempestiva del disturbo cognitivo lieve e della demenza ed invio al CDCD attraverso percorsi dedicati. Attività previste: 1. Definizione del Corso di Formazione e di un protocollo per l'invio dei pazienti da parte dei MMG (somministrazione GPCog, ecc...), nonché delle modalità di invio del paziente con sospetto DNC 2. Corso di Formazione rivolto ai MMG sul riconoscimento dei sintomi di deterioramento cognitivo, addestramento alla somministrazione del GPCog e sugli interventi di prevenzione primaria e secondaria. Obiettivo specifico 2: Diagnosi differenziale che preveda la Valutazione Neuropsicologica di II livello. Attività previste: 1. Potenziamento delle figure professionali

operanti nei CDCD deputate alla conferma diagnostica e alla presa in carico dei pazienti; 2. Definizione di protocolli condivisi e standardizzati per la conferma diagnostica di II livello. Valutazione cognitiva, comportamentale e funzionale minima comune tra i CDCD, con l'utilizzo di una cartella clinica condivisa in fase di implementazione informatica; 3. Valutazione dei pazienti inviati dai MMG attraverso l'utilizzo della cartella clinica condivisa per la raccolta dei dati anagrafici, anamnestici e clinici. Obiettivo specifico 3: Presa in carico delle persone con diagnosi confermata attraverso il potenziamento della gestione congiunta con il MMG ed implementazione del PDTA aziendale per le persone con demenza, sulla base delle linee indicate dal PDTA regionale. Attività previste: 1. Definizione di un protocollo operativo di gestione integrata tra il CDCD e il MMG (gestione delle acuzie, gestione delle complicanze, monitoraggio e individuazione dei possibili effetti collaterali legati alle terapie farmacologiche, gestione dei disturbi comportamentali); 2. Presa in carico dei pazienti con diagnosi confermata e attivazione tempestiva di trattamenti farmacologici e psicosociali (es. gruppi di Counseling e sostegno psicologico per i familiari e i caregiver). 3. Implementazione di un PDTA aziendale per le persone con demenza.

Indicatori di risultato. Per ciascun obiettivo del progetto vengono di seguito declinati gli indicatori di risultato principale e secondari. Obiettivo generale: Diagnosi tempestiva del Disturbo Neurocognitivo maggiore. Indicatore principale: numero nuove diagnosi nel CDCD nel periodo di attività del progetto rispetto alla media di analoghi periodi di tempo negli anni 2018 e 2019. Indicatori secondari: - differenza tra la media dei punteggi al MMSE e alle scale ADL e IADL dei soggetti inviati dai MMG nell'ambito del progetto e i pazienti incidenti nel CDCD nello stesso periodo; - incremento del numero delle persone con demenza catturate dall'algoritmo regionale sulla base dei Sistemi Informativi Sanitari (SIS) nel periodo del Progetto, rispetto alla media degli anni 2018 – 2019; - numero di persone trattate con inibitori dell'acetilcolinesterasi e memantina sul totale dei pazienti identificati dall'algoritmo basato sui Sistemi Informativi Sanitari, rispetto alla media degli anni 2018 e 2019. Obiettivo specifico 1: Promozione della proattività e del coinvolgimento del setting della Medicina Generale. Indicatore di risultato: numero di MMG partecipanti alla formazione sul totale dei MMG invitati a collaborare al progetto; Indicatori secondari: - numero pazienti valutati dai MMG sul totale della popolazione in carico (di età ≥ 50 anni); - numero pazienti inviati dai MMG al CDCD per valutazione neuropsicologica di II livello sul totale dei pazienti alla prima visita presso il CDCD; Obiettivo specifico 2: diagnosi differenziale con Valutazione Neuropsicologica di II livello. Indicatore di risultato: numero di pazienti sottoposti a prima visita con valutazione neuropsicologica estensiva (confronto media anni 2018-19 vs periodo del progetto); indicatori secondari: - numero di diagnosi eziologiche effettuate con e senza valutazione neuropsicologica estensiva (confronto media negli anni 2018-19 vs periodo del progetto); - miglioramento del livello di MMSE, IADL e ADL medio nei pazienti sottoposti alla prima visita dopo l'introduzione del modello assistenziale (confronto punteggi medi alla prima visita di MMSE, IADL, ADL tra la media anni 2018-19 vs periodo del progetto). Obiettivo specifico 3: presa in carico delle persone con diagnosi confermata attraverso il potenziamento della gestione congiunta con il MMG ed implementazione del PDTA aziendale. Indicatore principale: tempo medio di attesa in giorni di visite urgenti per eventuali criticità (disturbi comportamentali, complicanze, effetti collaterali) (confronto media anni 2018-19 vs 2023); indicatore secondario: atto istitutivo del PDTA aziendale per le persone con demenza.

REGIONE UMBRIA. DIAGNOSI TEMPESTIVA DEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE

Spinelli Anna Laura (a), Trequatrini Alberto (b), Magliotti Mariangela (a), Amici Serena (b), Calabresi Alessandro (a), Nicosia Viviana (a), Cenciarelli Silvia (c), Parnetti Lucilla (d), Mecocci Patrizia (e), Scarpelli Nando (f), Casucci Paola (f)

(a) *Unità Sanitaria Locale Umbria 2, Spoleto*

(b) *Unità Sanitaria Locale Umbria 1, Perugia*

(c) *Ospedale, Città di Castello, Perugia*

(d) *Neurologia, Azienda Ospedaliera, Perugia*

(e) *Geriatrics, Azienda Ospedaliera, Perugia*

(f) *Regione Umbria, Perugia*

Sintesi. La realizzazione di una rete di servizi per la diagnosi tempestiva e la gestione delle patologie ad evoluzione dementigena rappresenta l'obiettivo prioritario del progetto; già il Piano Cronicità della Regione Umbria (2017) aveva individuato nella sua disomogenea distribuzione una delle principali criticità. È attualmente impossibile avere dati epidemiologici aggiornati circa la prevalenza della demenza in Umbria, data la mancanza di una banca dati condivisa tra servizi, già stimata a 17.000 casi nel 2016. Al fine di assicurare una Gestione Integrata della persona con disturbi cognitivi, il presente progetto focalizza i propri obiettivi su due aspetti fondamentali: 1) la mappatura dei servizi dedicati (Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze - CDCD); 2) l'implementazione di un percorso condiviso tra Medici di Medicina Generale (MMG) e CDCD territoriali ed ospedalieri. Assicurare una diagnosi tempestiva comporta numerosi vantaggi: l'invio precoce al CDCD, l'ottimizzazione della cura sia farmacologica, che non farmacologica; la massimizzazione dell'autonomia decisionale in merito a trattamento ed assistenza. Figura centrale del processo è quella del MMG, in grado di intercettare quadri iniziali di deficit cognitivo, ancora non esitati nella franca demenza, allo scopo di inviarli rapidamente al CDCD, possibilmente attraverso un percorso preferenziale. Il test diagnostico proposto a tale scopo al MMG è il GpCOG, in quanto dotato di elevata sensibilità, facilità di somministrazione e punteggio, nonché inserito nelle più recenti linee guida o di indirizzo della Medicina Generale, presenti in letteratura. Per un corretto inquadramento diagnostico il MMG potrà anche effettuare esami biochimici e strumentali (Tc encefalo), allo scopo di procedere ad una diagnosi differenziale già nel setting delle Cure Primarie.

Obiettivi. Rappresentano obiettivi del progetto: la mappatura dei servizi e la ridefinizione dei CDCD nel territorio umbro, allo scopo di costruire una rete omogenea; dotazione di tutti i CDCD di una equipe minima di assistenza: medico specialista, neuro-Psicologo, infermiere; aggiornamento del PDTA regionale, allo scopo di assicurare l'applicazione di un 'unico modello di presa in carico' in tutta la regione, avente il CDCD come nodo principale di accesso alla rete; creazione di un sistema regionale informatizzato per la raccolta dati dei CDCD, inglobante una cartella informatizzata, capace di assicurare un collegamento diretto tra CDCD e Cure Primarie. Il progetto prevede una iniziale fase di

formazione degli attori coinvolti: MMG, medici specialisti dei CDCD, psicologi. Seguirà la fase di arruolamento da parte del MMG: saranno scrinati tutti i soggetti di età ≥ 65 anni e quelli di età < 65 anni con disturbi cognitivi, soggetti con DNC minore. Seguendo l'algoritmo proposto dai punteggi del GpCOG, gli stessi saranno inviati al CDCD di riferimento, per una tempestiva presa in carico. Le sedi di realizzazione del progetto sono due Distretti della USL Umbria 1 e Umbria 2, con coinvolgimento di un'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) per distretto, pari a 10 MMG coinvolti e almeno 120 pazienti arruolati. Anche le Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni parteciperanno al progetto, quella di Perugia assicurando la formazione del personale, la creazione di una cartella informatizzata (in collaborazione con la Regione), approfondimenti diagnostici di II livello per casi selezionati.

Indicatori di risultato. 1. Istituzione di un Tavolo Regionale Demenze con almeno 5 incontri verbalizzati; avvio della sperimentazione seguendo un preciso cronoprogramma; 2. Mappatura dei servizi e ridefinizione della rete; 3. Corsi di formazione documentati per MMG e le figure professionali dei CDCD (n. 2); 4. Numero MMG delle AFT partecipanti/ numero MMG dell AFT previsto: % prime visite al CDCD con test GpCog compilato, % prime visite al CDCD con esami prescritti, % di pazienti con diagnosi di evoluzione dementigena nei 12 mesi dello studio, rispetto all'anno precedente, riduzione tempi di attesa prima visita al CDCD rispetto all'anno precedente lo studio; 5. Verifica dell'utilizzo del sistema informatizzato da parte dei CDCD. Il Piano Finanziario per la gestione del Fondo Demenze prevede la peculiare destinazione della spesa alla assunzione di tre Neuropsicologi e alla creazione di un sistema informatizzato regionale. L'implementazione di un percorso di 'presa in carico' volto alla diagnosi tempestiva di DNC maggiore rappresenta un obiettivo prioritario per tutto il territorio umbro. Questo sarà realizzabile solo attraverso la riorganizzazione dei CDCD e la dotazione omogenea degli stessi di una equipe minima, includente la figura del neuro-psicologo, assente nella maggior parte dei casi. Psicologo che dovrà essere formato sulla valutazione neuropsicologica, procedura diagnostica riconosciuta da tutte le linee guida attualmente vigenti, come imprescindibile e poco costosa per porre diagnosi di disturbo cognitivo in fase precoce. Figura strategica nell'intercettazione della persona con iniziali disturbi cognitivi è il MMG che dovrà sottoporre i propri assistiti di età ≥ 65 anni, come pure i soggetti più giovani che lamentino problematiche cognitive, al test di screening GpCOG. L'intento è quello di arrivare ad una identificazione di casi meritevoli di approfondimento diagnostico, al fine di un riconoscimento precoce di malattia. È noto infatti come le alterazioni molecolari alla base delle malattie neurodegenerative ad evoluzione in demenza inizino molti anni prima che i segni clinici si manifestino. Procedere ad una diagnosi precoce risulta indispensabile al fine di mettere a punto strategie di prevenzione II (controllo fattori di rischio vascolare, stili di vita), intervenire con farmaci "*disease modifying*", la cui disponibilità si spera sia prossima, ma anche di affrontare le tante problematiche assistenziali (DAT) che la persona, ancora competente, potrà pianificare nelle fasi precoci di malattia.

Linea Progettuale 3
Interventi di telemedicina

Moderatrice
Caterina Bianchi

**REGIONE EMILIA ROMAGNA.
FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE:
IL PIANO DI ATTIVITÀ 2021-2023. SPERIMENTAZIONE,
VALUTAZIONE E DIFFUSIONE DI INTERVENTI
DI TELEMEDICINA TESI AD ASSICURARE LA
CONTINUITÀ DELLE CURE
NEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI**

Boschi Federica (a, b), Reno Chiara (c), Lunardelli Maria Lia (d), Malagù Susanna (e), Linarello Simona (f), Ciarrocchi Rosa Angela (f), Turano Pasquale Salvatore (g), Lucchetti Lucio (g), Mometto Nicola (g), Fabbo Andrea (a,h), Franchi Fabia (a)

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

(b) Azienda USL della Romagna, Lugo, Ravenna

(c) Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi, Bologna

(d) Azienda Ospedaliero-Universitaria, Bologna

(e) Azienda USL della Romagna, Forlì

(f) Azienda USL, Bologna

(g) Azienda USL, Piacenza

(h) Azienda USL, Modena

Sintesi. La proposta progettuale è volta a favorire l'adozione di strumenti di telemedicina in setting quali Case Residenze Anziani e Case della Comunità di aree remote o montane per facilitare un equo accesso ai servizi, la prossimità e la continuità delle cure per le persone con demenza. A questo scopo, si prevede la realizzazione di una rete tra i Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) aziendali e le equipe sociosanitarie delle Case Residenze Anziani/equipe delle Case della Comunità, coinvolgendo in particolare n. 1 Casa Residenza Anziani per Distretto Sanitario e n. 3 Case della Comunità per ogni Azienda partecipante. Prenderanno parte al progetto Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, Azienda Unità Sanitaria Locale Piacenza, Azienda Unità Sanitaria Locale Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. La fattibilità di questo progetto è sostenuta dalla rete strutturata dei CDCD aziendali che seguono le indicazioni del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Demenze già approvato dalla Regione Emilia-Romagna e implementato (DGR n. 159/2019) e dai piani di lavoro all'interno delle Case Residenze Anziani che rispondono ai criteri di accreditamento specifici per la gestione delle persone con demenza in Case Residenze Anziani (allegato DC DGR 514/2009). Inoltre, la possibilità di effettuare televisite/teleconsulto/teleconsulenza per pazienti residenti in aree remote o in Case Residenze Anziani rientra nell'ottica di facilitare l'accessibilità ai servizi anche con strumenti da remoto in coerenza con quanto previsto nel "Progetto Regionale Telemedicina" e definito nella DGR n. 1127/2021 "Indicazioni in merito all'erogazione di servizi di telemedicina nelle strutture del servizio sanitario regionale, in applicazione

all'accordo stato regioni del 17/12/2020». Di fatto, è attualmente attiva in Regione Emilia-Romagna una piattaforma regionale di telemedicina che consente la gestione da remoto di pazienti cronici al domicilio con broncopneumopatia cronica ostruttiva, diabete, scompenso cardiaco da parte delle equipe multidisciplinari operanti nelle Case della Comunità. Il servizio prevede l'esecuzione televisite/teleconsulti e telemonitoraggio (DGR 648/2016).

Obiettivi. Il progetto si snoda su tre obiettivi specifici. Obiettivo specifico 1: realizzazione di un sistema informatico di collegamento fra CDCD e Case Residenze Anziani e tra Centri Disturbi Cognitivi e Demenze e Casa della Comunità del territorio individuato. Obiettivo specifico 2: implementazione televisita/teleconsulto da parte del CDCD per persone con demenza residenti in Case Residenze Anziani o residenti in territori afferenti alle Casa della Comunità identificate. Obiettivo specifico 3: riduzione del consumo degli antipsicotici e riduzione degli accessi in Pronto Soccorso per disturbi comportamentali per persone con demenza residenti nelle Case Residenze Anziani e nei territori afferenti alle Casa della Comunità identificate.

Indicatori di risultato. Obiettivo specifico 1: evidenza documentale di progetto di telemedicina a supporto dell'attività dei CDCD per persone con demenza residenti in Case Residenze Anziani o residenti in territori remoti o montani afferenti alle Case della Comunità per competenza territoriale. Si prevede il coinvolgimento di almeno il 70% dei CDCD aziendali. Obiettivo specifico 2: avvio del percorso e incremento rispetto all'anno precedente delle televiste/teleconsulti (>30%). Obiettivo specifico 3: auspicata riduzione del consumo di antipsicotici e accessi in Pronto soccorso nelle persone con demenza residenti nelle Case Residenze Anziani identificate o afferenti alle Casa della Comunità identificate. Nonostante l'auspicato trend in decremento, sarà necessario comunque, nell'analisi dei dati, considerare che molti fattori intercorrenti possono influenzare il consumo di farmaci antipsicotici e gli accessi in Pronto Soccorso per disturbi comportamentali nelle persone con demenza.

REGIONE SICILIA. FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE: INTERVENTI DI TELEMEDICINA

Bramanti Placido, D'Arpa Maurizio

(a) *Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Centro Neurolesi Bonino-Pulejo, Messina*

(b) *Assessorato Regionale della Salute, Dipartimento Pianificazione Strategica, Servizio 9 Tutela delle Fragilità, Area Integrazione Sociosanitaria, Messina*

Sintesi. La malattia di Alzheimer e le demenze in generale, sono patologie cronico degenerative invalidanti a basso rilievo sanitario e a forte impatto sociale ed assistenziale. La demenza insieme alle altre patologie correlate all'invecchiamento, assumono particolare rilevanza per i seguenti motivi:

- sono malattie ancora poco conosciute e per le quali le scienze biomediche non hanno ancora trovato rimedi efficaci;
- sono malattie che, per la propria specificità, comportano gravi conseguenze sul piano psicologico, sociale ed economico, con particolare riferimento alla propria famiglia di appartenenza;
- sono malattie che si evolvono con una progressione quantitativa elevata e rappresentano la causa primaria di istituzionalizzazione dell'anziano malato.

Il progetto si propone la creazione di un sistema informativo per la gestione di percorsi di continuità assistenziale integrata attraverso la Teleassistenza, il Teleconsulto e la Teleriabilitazione cognitiva. Tali percorsi verranno realizzati attraverso lo sviluppo di una innovativa piattaforma software che consentirà la sperimentazione, la valutazione e la diffusione di interventi di telemedicina, secondo un modello "paziente-centrico" e, attraverso un *data set* clinico, l'alimentazione di un *data lake* per lo studio delle singole patologie. Le soluzioni proposte consentiranno come evidenziato in letteratura, la possibilità di operare una riduzione di costi sociali ed economici e un miglioramento della qualità di vita sia per i pazienti che per i caregiver. Inoltre, tali azioni sono coerenti con il Piano Nazionale delle Demenze e con i documenti d'indirizzo formulati a livello nazionale e con le linee d'azione individuate Tavolo nazionale delle demenze.

Obiettivi.

1. Realizzazione di un progetto pilota di Telemedicina per l'Alzheimer e le demenze. La prima attività prevista consiste nell'acquisto di piattaforma innovativa per la gestione integrata a distanza dei pazienti Alzheimer e il supporto ai loro caregiver. La piattaforma sarà costituita dalle seguenti componenti software, tra loro integrate: Presa in carico dei pazienti; gestione PDTA; Cartella Clinica Alzheimer comprensiva di indicatori di processo e di esito; Telemedicina (televisita, teleassistenza, teleconsulto, teleriabilitazione); Sistema di supporto clinico alle decisioni (gestione rischio farmacologico, accesso linee guida e protocolli EBM); Modulo per l'*empowerment* del caregiver; *Data lake* clinico.
2. Creazione di un Centro di coordinamento. Un tale progetto determina un forte impatto organizzativo, che rende fondamentale che la *leadership* e le organizzazioni

siano allineate. A tal fine, le soluzioni organizzative proposte tengono conto di alcuni criteri di fondo: regia e coordinamento unitario: viene istituita una Direzione di Progetto composta da rappresentanti della Regione Siciliana e il Centro di Coordinamento; alta specializzazione e complementarietà delle competenze nel gruppo di lavoro: la Direzione di Progetto viene supportata da professionisti che vantano una *seniority* ed una esperienza di alto livello sia in ambito informatico, sia in ambito sanitario, sia in ambito manageriale maturate in diversificate esperienze e contesti esteri, nazionali e regionali. Le attività saranno svolte da tutti i professionisti del Gruppo di Lavoro appartenenti alle strutture con competenze chiave nei processi da gestire. Ciò comporta di volta in volta la ricomposizione delle diverse competenze disponibili in funzione delle caratteristiche e degli specifici obiettivi del servizio e dei destinatari ed è garanzia di un'elevata flessibilità operativa e trasversalità.

3. Definizione di un protocollo operativo. I Centri Alzheimer coinvolti svilupperanno un protocollo operativo che definisca le modalità di gestione delle attività progettuali e di arruolamento di pazienti e caregiver. I centri coinvolti svolgeranno una costante valutazione, per verificare la corretta attuazione del progetto e le eventuali modifiche da effettuare, per ridefinire le attività e renderle maggiormente rispondenti alle esigenze reali e concrete dei soggetti presi in carico.

Indicatori di risultato. Obiettivo n. 1: pazienti utilizzatori della piattaforma / numero di pazienti arruolati. Obiettivo n. 2: numero di riunioni effettuate / numero di riunioni previste; Obiettivo n. 3: numero attività telemedicina realizzate / numero attività telemedicina programmate.

PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO. PROGETTO PILOTA DI TELEMEDICINA PER LE PERSONE AFFETTE DA DEMENZA E DISTURBI COMPORTAMENTALI RESIDENTI IN DUE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

Lubian Francesca (a), Melani Carla (b)

(a) Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Bolzano

(b) Osservatorio per la Salute della Provincia Autonoma, Bolzano

Sintesi. Fino al 2022 il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (*Memory Clinic*) di Bolzano effettuava consulenze “a chiamata” in ambito psicogeriatrico per le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) del Comprensorio Sanitario di Bolzano. Tali consulenze venivano svolte di persona da uno specialista dedicato. La maggior parte delle richieste verteva sulla gestione dei disturbi comportamentali nei residenti affetti da demenza. La pandemia ha reso l’esplicitamento delle consulenze sempre più difficile con ritardi anche nell’erogazione dei piani terapeutici. Da qui l’idea di un progetto pilota che coinvolga la *Memory Clinic* di Bolzano e due RSA (di Egna e di Collabo) del Comprensorio di Bolzano in modalità di telemedicina. Il progetto prevede la calendarizzazione di un appuntamento mensile in telemedicina (teleconsulto o televisita) tra lo specialista della *Memory Clinic* ed i Medici di Medicina Generale che hanno in carico le due Residenze considerate. Per i contatti verrà utilizzata la piattaforma di telemedicina POHEMA, recentemente acquistata dall’Azienda Sanitaria della Provincia di Bolzano e che va a sostituire la già esistente TELEVISIT. È prevista inoltre l’organizzazione di due corsi, uno da parte del personale tecnico dell’Azienda Sanitaria, sulle modalità di attuazione del teleconsulto per le parti coinvolte, con relativi adeguamenti tecnici, ed uno da parte degli specialisti della *Memory Clinic* sull’individuazione dei disturbi comportamentali nei soggetti con demenza rivolto al personale assistenziale delle residenze. Ad ogni contatto in telemedicina è prevista, oltre alla raccolta dei dati generali del paziente, la registrazione del numero di contenzioni fisiche nei soggetti affetti da demenza e disturbi comportamentali che hanno beneficiato del teleconsulto o della televisita, del numero di revisioni farmacologiche eseguite dallo specialista nei soggetti considerati (con particolare attenzione ai farmaci psicotropi) e del numero di accessi alle *Memory Clinic* ed ai pronti soccorsi del territorio nei soggetti trattati in telemedicina.

Obiettivi. L’obiettivo principale del progetto è quello di migliorare il trattamento dei disturbi comportamentali nelle RSA attraverso il coinvolgimento in regime di telemedicina (in teleconferenza o televisita) dello specialista della *Memory Clinic* e del Medico di Medicina Generale che ha in carico la struttura. Lo scopo è quindi quello di migliorare la gestione globale del soggetto affetto da demenza istituzionalizzato attraverso la riduzione dell’uso della contenzione fisica e attraverso una migliore appropriatezza prescrittiva anche al fine di ridurre reazioni avverse da farmaci e delirium. Il progetto si auspica inoltre di ridurre gli invii alle *Memory Clinic* ed ai Pronti Soccorsi del territorio provinciale per i soggetti con disturbi comportamentali. Un obiettivo altrettanto importante è quello di

favorire la collaborazione fra medico di medicina generale e specialista nel trattamento della demenza. La piattaforma di telemedicina inoltre permette la condivisione di dati sanitari con il Medico di Medicina Generale, cosa non possibile fino ad oggi mancando una connessione informatica fra l'ospedale ed il territorio. Non da ultimo va considerato il risparmio di tempo (vengono eliminati i tempi di percorrenza per raggiungere fisicamente le strutture) e di risorse (specialista impiegato più a lungo ed in trasferta con automezzo) che un contatto in telemedicina comporta rispetto ad una consulenza di persona.

Indicatori di risultato. Sulla base dei dati in Letteratura degli ultimi 2 anni sull'argomento il progetto si prefigge un aumento di almeno il 20% dei casi gestiti in collaborazione fra lo specialista della *Memory Clinic* ed il Medico di Medicina Generale. Questo dato sarà confrontato con i dati disponibili delle annate 2019 (anno pre-pandemia) e 2020 (anno della pandemia). Un altro indicatore di risultato è la percentuale di personale partecipante ai corsi di formazione (previsto almeno l'80% di partecipanti). Come indicatori di risultato specifici del progetto sono stati considerati il numero delle contenzioni fisiche negli ospiti gestiti in telemedicina (prevista una riduzione di almeno il 20% nel corso del primo anno), il numero di principi attivi potenzialmente dannosi per i loro effetti collaterali e per le interazioni nei soggetti gestiti in telemedicina (prevista una riduzione di almeno il 20% del numero di principi attivi dannosi per il paziente) ed il numero di accessi nelle *Memory Clinic* e nei pronti soccorsi della Provincia per i soggetti affetti da demenza e disturbi comportamentali trattati in telemedicina (prevista una riduzione del 50% nel corso del primo anno di osservazione).

REGIONE BASILICATA. INTERVENTI DI TELEMEDICINA

Panetta Valeria (a), Cillis Teodosio (a), Matera Antonio (b)

(a) Azienda Sanitaria di Potenza, Presidio Ospedaliero Distrettuale, Venosa, Potenza

(b) Azienda Ospedaliera Regionale Ospedale San Carlo, Potenza

Sintesi. L'aumento dei soggetti con età avanzata e/o con patologie croniche, impone agli erogatori di servizi correlati alla salute soluzioni innovative; lo sviluppo di strumenti per la Telemedicina consente di trovare nuove risposte sia alla medicina tradizionale sia di creare nuove opportunità al fine di rendere garantite e sostenibili le prestazioni assistenziali. Nell'ambito delle patologie neurologiche i pazienti con demenza potrebbero giovare in particolare 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 telemedicina è un'area di ricerca di grande interesse e in costante sviluppo con diverse esperienze nei vari Paesi. In Europa: il 4 novembre 2008 comunicazione della Commissione europea al Parlamento Europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni sulla "Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società". In Italia: il 10 luglio 2012 l'Assemblea generale del Consiglio Superiore di Sanità approva "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali"; il 20 febbraio 2014 la Conferenza Stato-Regioni, considerate le diverse applicazioni della telemedicina sul territorio nazionale, sigla l'intesa sul documento al fine di garantire uno sviluppo coordinato, armonico e coerente della telemedicina nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale; dal 2018 le Regioni hanno recepito, con proprie delibere, le linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina; nel 2019 il Ministero della Salute, nell'ambito del lavoro della Cabina di regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, istituisce il Gruppo di lavoro sulla Telemedicina ed il Centro Nazionale per la Telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali dell'Istituto Superiore di Sanità; il 17 dicembre 2020 la Conferenza Stato-Regioni adotta il documento "Indicazioni nazionali per la erogazione di prestazioni di telemedicina"; nel 2020 l'esperienza Covid Sars-Cov2 ha determinato un'accelerazione della richiesta di strumenti e servizi a supporto della pratica clinica regolamentati con i Rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità Covid-19 del 13.04.2020 n. 12 «Indicazione ad interim per i servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria Covid-19» e del 10.10.2020 n. 60 "Indicazione *ad interim* per i sanitari di telemedicina durante e oltre la pandemia Covid-19»; il 18 novembre 2021 la Conferenza Stato-Regioni adotta il documento "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie". In Basilicata: prima e parziale esperienza di telemedicina nel 2017 da parte della UOC Oncologia critica territoriale e cure domiciliari palliative per la gestione ed il trattamento delle ulcere da pressione; il 29 aprile 2022 la Regione Basilicata con Delibera della Giunta Regionale n. 219 prende atto dei documenti della Conferenza Stato-Regione del 17.12.20 e 18.11.21 inerenti la telemedicina ed emana la "Direttiva alle Aziende Sanitarie della Regione per l'erogazione delle prestazioni in Telemedicina" istituendo specifico nomenclatore tariffario; nel gennaio 2021 è stato avviato "il Progetto di Telemedicina in Regione Basilicata" per

favorire la gestione domiciliare delle cure alla persona e sviluppato la piattaforma di *virtual care* [POHEMA] già utilizzata per la rilevazione delle disabilità gravissime nell'ambito del "Progetto Regionale Disabili"- come dalle Delibere della Giunta Regionale n. 1037/2018 e n. 1100/2018 - che prevede un ulteriore contributo di €500,00 per i pazienti con demenza e punteggio alla *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR) di CDR 4 (molto grave) e CDR 5 (terminale). Ad oggi, su un totale di 130 valutazioni, 57 sono state fatte in modalità Televisita. Nella Regione Basilicata attualmente sono presenti tre Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) a Potenza, Matera e Venosa sui 7 previsti; i tre centri operano in maniera non coordinata tra loro. Per le caratteristiche geografiche della nostra Regione, costituita da tanti piccoli Comuni di montagna a volte distanti dai CDCD, e per la grave carenza di strutture semiresidenziali, avere la possibilità da parte del familiare di interfacciarsi da remoto con un sanitario dei CDCD (medico, psicologo o infermiere) può rappresentare un grosso beneficio; si è dunque scelto la Linea di intervento 3: Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali.

Obiettivi. È previsto l'utilizzo della Telemedicina per seguire "pazienti con diagnosi di deficit neurocognitivo maggiore" già in trattamento presso i CDCD territoriali di Potenza, Matera e Venosa.

Indicatori di risultato. La Regione ha sviluppato una piattaforma (POHEMA) che verrà adottata per il Progetto in corso e renderà possibile effettuare: Obiettivo specifico 1: visite di controllo per i pazienti impossibilitati a recarsi presso i CDCD; rinnovo dei piani terapeutici; prescrizione di ausili e presidi. Indicatore di risultato: numero di visite di controllo in telemedicina nei CDCD / totale delle visite di controllo nei CDCD. Obiettivo specifico 2: colloqui con familiari e caregiver; supporto di tipo psicologico per attenuare i disagi potenzialmente derivanti dall'isolamento sociale e dal mutato scenario dell'assistenza. Indicatore di risultato: numero di familiari di pazienti contattati con servizio di telemedicina/totale dei pazienti in carico nei CDCD. La disponibilità di questi nuovi strumenti per la diagnosi e monitoraggio a distanza permetterà di ridurre i costi dell'assistenza, fornire un appoggio alle famiglie dei pazienti con demenza, garantire l'accesso a pazienti in zone disagiate di difficile raggiungimento e limitare il rischio legato all'accesso in ospedale di persone così fragili. Il Fondo per l'Alzheimer e le Demenze 2021-2023 prevede per la Regione Basilicata un importo di € 347.927,91.

REGIONE LOMBARDIA. PROPOSTA DI UN MODELLO DI ASSISTENZA MULTIDISCIPLINARE E DI GESTIONE INTEGRATA ATTRAVERSO STRUMENTI DI TELEMEDICINA PER PERSONE CON DEMENZA

Tiraboschi Pietro

Fondazione IRCCS, Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano

Sintesi. La telemedicina favorisce maggiore accessibilità delle cure, maggiore collaborazione multi-professionale e multidisciplinare, rendendo possibile miglioramenti della capacità assistenziale e, più in generale, un aumento della capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di persone con demenza e di chi presta loro cura e assistenza. In questa direzione, la costruzione di una piattaforma informatizzata, predisposta ad inserirsi in un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale e Riabilitativo (PDTAR) e tesa a valorizzare condivisione di dati e referti, così da permettere a differenti professionisti di fornire eventuali consulti a collaboratori e colleghi, rappresenta il metodo migliore per garantire una gestione integrata e condivisa da tutti gli attori della rete socio-sanitaria. Un'assistenza proficuamente coordinata non può che valorizzare il ruolo del medico di medicina generale (MMG), il primo professionista in ordine cronologico cui si rivolgono le persone preoccupate per un declino di memoria o per altri sintomi che potrebbero rappresentare le prime avvisaglie di una demenza. Sono noti tuttavia misconoscimento e ritardi diagnostici nella medicina primaria, carenze di comunicazione a paziente e familiari, scarso supporto ai bisogni dei pazienti e delle famiglie lungo il decorso della malattia, scarsa integrazione tra le strutture ospedaliere e territoriali e tra queste ultime tra di loro. Tutto ciò ostacola una efficace continuità di cura e di assistenza ai pazienti con demenza. Inoltre, la scarsa chiarezza di ruoli e compiti dei diversi attori della rete socio-sanitaria lungo il percorso della malattia (chi deve fare cosa e quando) determina prevedibili effetti "collaterali", come richieste di visite specialistiche inappropriate, accessi impropri a reparti di Pronto Soccorso (PS) ospedalieri, eccessivo consumo di farmaci sedativi. A questo proposito, nella ex-ASL Milano era stato attivato un PDTAR nella città di Milano, il cui aspetto più originale era stato quello di definire e condividere le rispettive funzioni tra MMG, Unità di Valutazione Alzheimer territoriali ed ospedaliere (ora Centri Disturbi Cognitivi e Demenze, CDCD) e operatori socio-sanitari del territorio. Il piano era dotato di un sistema di *Web-Service* per prenotazione online di visite specialistiche, condivisione di cartelle cliniche tra MMG e specialisti. Questa esperienza, attraverso una formazione degli operatori, aveva condotto ad un miglioramento di tutti gli indicatori precedenti (gli effetti "collaterali" summenzionati). Alla luce di questi risultati, il progetto corrente, della durata di tre anni, ha l'intento di estendere questa esperienza a tutto il territorio lombardo.

Obiettivi. Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata con strumenti di telemedicina avvalendosi di una piattaforma informatizzata. Condivisione di piani assistenziali e schede cliniche in collaborazione tra i professionisti della salute territoriali e ospedalieri attraverso la piattaforma informatizzata.

Indicatori di risultato.

- Realizzazione della piattaforma.
- Numero di operatori formati (ad es. numero di MMG formati/numero di MMG totali nel periodo di sperimentazione).
- Effettuazione di teleconsulti e prenotazioni di visite attraverso la piattaforma.
- Numero di soggetti riconosciuti come affetti da demenza da parte del MMG prima e dopo l'implementazione del progetto.
- Numero di soggetti con demenza trattati con neurolettici e/o benzodiazepine prima e dopo l'implementazione del progetto.
- Numero di accessi inappropriati al PS prima e dopo l'implementazione del progetto.
- Numero di invii inappropriati allo specialista prima e dopo l'implementazione del progetto.
- Dopo l'implementazione del progetto: numero di soggetti con demenza trattati con neurolettici e/o benzodiazepine nei CDCD regionali che hanno effettuato prenotazioni di visite e teleconsulti tramite la piattaforma informatica vs CDCD regionali che non l'hanno utilizzata.
- Dopo l'implementazione del progetto: numero di soggetti con demenza inviati impropriamente agli specialisti dei CDCD regionali che hanno effettuato prenotazioni di visite e teleconsulti tramite la piattaforma informatica vs CDCD regionali che non l'hanno utilizzata.
- Dopo l'implementazione del progetto: numero di soggetti con demenza pervenuti impropriamente a PS ospedalieri e seguiti nei CDCD regionali che hanno effettuato prenotazioni di visite e teleconsulti tramite la piattaforma informatica vs CDCD regionali che non l'hanno utilizzata.

REGIONE TOSCANA. TELEMEDICINA E TELE-NEUROPSICOLOGIA: DAL SETTING SANITARIO A QUELLO SOCIO-ASSISTENZIALE

Tognoni Gloria, Cintoli Simona, Giampietri Linda, Nicoletti Valentina, Baldacci Filippo,
Del Prete Eleonora, Siciliano Gabriele

Unità Operativa Neurologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa

Sintesi. Il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze UO Neurologia dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana ha aderito all’area progettuale della tele-assistenza in seguito all’esperienza positiva avviata durante il periodo dell’emergenza pandemica da Covid-19, quando l’utilizzo di interventi da remoto ha rappresentato una valida risposta per garantire la continuità delle cure e attenuare i disagi potenzialmente derivanti dall’isolamento sociale e migliorare la gestione del paziente con demenza. In previsione di una sempre maggiore diffusione e conoscenza degli strumenti digitali, è ragionevole proseguire il lavoro intrapreso e sperimentare nuove possibilità a potenziamento dei servizi assistenziali in presenza, con la creazione di protocolli fruibili, che utilizzino metodi e strumenti già in uso dalla Regione Toscana. In termini di fattibilità, all’interno del Centro esiste un’esperienza consolidata su tali servizi svolti da tempo in presenza: l’obiettivo è adattare il modello di assistenza attuale esportandolo in modalità “tele” con i dovuti accorgimenti. Tra le criticità di cui si dovrà tenere conto, al fine di un coinvolgimento a distanza nelle attività proposte, si annovera la diversa disponibilità e strumentazione delle famiglie, nonché le loro competenze informatiche: criticità che potrà essere superata con uno sforzo di alfabetizzazione informatica. Alla luce di tali considerazioni, il presente progetto si articola in tre azioni principali, con implicazioni e criticità diverse, e target distinti: 1) creazione e implementazione di un protocollo di valutazione cognitiva di secondo livello fruibile a distanza; 2) creazione e implementazione di un protocollo di sostegno da remoto per famiglie e caregivers che convivono con persone con demenza; 3) sviluppo di una rete clinica per le demenze, con il coinvolgimento degli “attori” che ruotano attorno al paziente (Medico di Medicina Generale, Servizi sociali, Associazioni del territorio).

Obiettivi. Obiettivo specifico 1: la tele-neuropsicologia al momento non può essere considerata sostitutiva alla valutazione in presenza ma può rappresentare una valida integrazione in contesti e target specifici, quali: monitoraggio clinico di pazienti già in carico agli ambulatori; screening cognitivo a supporto delle valutazioni standard in fase diagnostica; per garantire la continuità assistenziale in caso di sospensione prolungata della operatività; in caso di difficoltà di accesso ai servizi per problematiche di mobilità, accompagnamento, distanza, ecc. Per limitare le criticità e variabili legate alla tele-neuropsicologia, quali necessità di specifici supporti e competenze informatiche, il ridotto controllo ambientale da parte del clinico e la scarsa disponibilità di strumenti standardizzati, saranno seguite le linee guida sulle buone pratiche da utilizzare online e sarà proposta la modalità “tele” solo a pazienti selezionati con buona capacità comunicativa, un sufficiente livello di funzionamento sensoriale e cognitivo e praticità nell’utilizzo di strumenti digitali.

Inoltre, la valutazione sarà sempre preceduta da un colloquio preliminare allo scopo di illustrare le modalità di svolgimento della stessa, dare indicazioni circa l'ambiente in cui si svolgerà (presenza del familiare, distrazioni e ausili, corretto funzionamento dei dispositivi) e per la gestione del consenso informato e privacy. Il protocollo di valutazione cognitiva di secondo livello prevede l'utilizzo di test cognitivi standardizzati con taratura su campione italiano, che mantengono una buona accuratezza diagnostica anche con la somministrazione telefonica o in videoconferenza, in base a studi di convalida presenti in letteratura, pur essendo necessaria una cautela verso le molteplici variabili da controllare nella condizione di somministrazione da remoto. **Obiettivo specifico 2:** interventi di supporto ai caregivers sono fondamentali, come dimostrano le ricerche dedicate allo studio dell'effetto dell'isolamento sociale sulla salute mentale delle persone che convivono e si dedicano alla cura di persone con demenza: uno studio italiano sottolinea, infatti, che ben due terzi dei caregivers espedisce un aumento dei sintomi legati allo stress indipendentemente dallo stadio di demenza. Al fine di sostenere la figura del caregiver nella gestione del paziente, sono necessarie azioni mirate rivolte all'informazione sulla malattia e al contenimento dei sintomi correlati al peso della cura. In linea con le indicazioni della World Health Organization e del programma iSupport, proponiamo un protocollo formato da 5 incontri per caregivers di persone con demenza che affrontino tematiche quali: i disturbi cognitivi nelle malattie neurodegenerative; gestione dei comportamenti problema; attività quotidiane domiciliari; la comunicazione efficace; il vissuto del caregiver. **Obiettivo specifico 3:** in linea con il piano generale della Regione Toscana si prevede di ottimizzare e informatizzare azioni già esistenti coinvolgendo gli attori che ruotano attorno al paziente, allo scopo migliorare la presa in carico sinergica del paziente e facilitare la gestione socio-sanitaria alle famiglie. Nello specifico, attraverso piattaforme digitali già esistenti, in attesa di una cartella clinica informatizzata, saranno condivise informazioni cliniche con il Medico di Medicina Generale per rinnovo a breve dei piani terapeutici in caso di pazienti stabili; su richiesta del curante, sarà attivato un tele-consulto per revisione delle terapie e/o gestione del disturbo. Saranno attivate segnalazioni mirate ai Servizi Sociali allo scopo di ottimizzare la gestione del paziente e di pianificare interventi futuri. Saranno fornite informazioni alle famiglie riguardo alla presenza di Associazioni sul territorio, attività esistenti e podcast divulgativi sulla malattia quali "RadioAlzh".

Indicatori di risultato. 1. Numero dei pazienti presi in carico in modalità "tele"; rapporto valutazioni modalità da remoto/ modalità da remoto più modalità in presenza; numero di pazienti afferenti da remoto altrimenti non valutabili; valutazione del gradimento e della preferenza della modalità a distanza. 2. Numero di accessi a gruppi di sostegno; numero di caregivers afferenti da remoto altrimenti esclusi; valutazione del gradimento del percorso di sostegno e della conoscenza degli aspetti trattati da parte del familiare/caregiver con questionari creati *ad hoc*. 3. Numero di richieste di tele-consulti da parte del Medico di Medicina Generale; numero di segnalazioni a Servizi territoriali, numero di paziente contattati dai Servizi sociali; numero di segnalazioni ad Associazioni territoriali, numero di famiglie coinvolte in progetti delle Associazioni; numero di ascolti podcast dedicati alla demenza.

Linea Progettuale 4
Interventi di teleriabilitazione

Moderatrice
Fiammetta Landoni

**REGIONE CALABRIA.
PROGETTO DI VALUTAZIONE DELL'USABILITÀ
DELLA PIATTAFORMA APPLICATIVA
DI TELE-MEDICINA E DI TELE-RIABILITAZIONE
E DEI RELATIVI *DEVICES*, IN PAZIENTI CON DECLINO
COGNITIVO LIEVE (*MILD COGNITIVE IMPAIRMENT*)
O FASI INIZIALI DI DEMENZA**

Arabia Gennarina (a), Bernardi Maria Pompea (b), Cavallaro Francesco (c), di Lorenzo Raffaele (d), Seminara Paolo (b), Rizzo Liliana (b), Mannucci Elisa (b), Gambardella Antonio (a)

(a) *Unità Operativa Neurologia, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi Magna Graecia, Catanzaro*

(b) *Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari, Regione Calabria, Catanzaro*

(c) *Task Force PNRR Regione Calabria M6-Salute, Regione Calabria, Catanzaro*

(d) *Associazione per la Ricerca Neurogenetica, Lamezia Terme, Catanzaro*

Sintesi La finalità di questo progetto è di verificare l'usabilità di una piattaforma applicativa di Tele-Medicina e di Tele-Riabilitazione e dei relativi *devices*, secondo l'ergonomia della stessa e misurando vari parametri funzionali, al fine di verificare l'applicabilità e la sostenibilità di nuovi approcci di *Digital Health* sulla popolazione calabrese dei pazienti affetti da declino cognitivo lieve (*Mild Cognitive Impairment*, MCI) o fasi iniziali di demenza. L'obiettivo finale è di promuovere nella regione Calabria la partecipazione dei pazienti e dei caregivers ai programmi di assistenza e cura, stimolando percorsi di maggiore inclusione in reti sociali ed assistenziali, ed in ultima analisi, mirando al miglioramento della qualità di vita dei pazienti e dei caregivers.

Obiettivi. 1) Implementazione di un sistema, già esistente di Telemedicina, con lo sviluppo degli applicativi deputati alla riabilitazione delle funzioni cognitive, al supporto sanitario di pazienti e caregivers ed alla implementazione di una cartella clinica elettronica condivisa da tutti i centri partecipanti al progetto (Centri Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD operanti nelle Aziende Sanitarie Provinciali di tutte le 5 province calabresi). 2) Realizzazione di interventi psicosociali di supporto per pazienti e caregivers in Telemedicina con l'obiettivo di favorire il "*coping*" e l'adattamento della persona alla sua condizione di paziente/caregiver e di miglioramento la qualità di vita delle persone affette e delle famiglie. Riduzione dello stress, del carico familiare e incremento dell'inclusione sociale e della qualità di vita di pazienti e caregivers. 3) Coinvolgimento ed organizzazione delle attività dei CDCD partecipanti al progetto e designazione delle risorse umane coinvolte nei teams di lavoro di ogni singolo CDCD partecipante. Definizione delle risorse professionali esterne da selezionare e avvio procedure di reclutamento. 4) Definizione dei parametri per il monitoraggio e misurazione dell'usabilità degli strumenti utilizzati per la telemedicina e tele-

riabilitazione. Predisposizione e raccolta dei dati per verificare e validare l'usabilità del tablet e delle soluzioni di tele-riabilitazione e Telemedicina.

Indicatori di risultato. 1) Rispetto della tempistica per definizione ed operatività della piattaforma e degli applicativi per gli interventi mirati di tele-riabilitazione cognitiva e telemedicina sui pazienti affetti da MCI e demenza di grado lieve. 2) Individuazione di almeno n. 8-10 pazienti con MCI o demenza di grado lieve-moderato da sottoporre ad interventi di tele-riabilitazione e telemedicina da parte di ciascun CDCD e formazione di n. 8-10 coppie caregiver/paziente. 3) In relazione agli interventi psico-sociali in telemedicina: a. numero di pazienti/caregivers per ciascun CDCD che verranno accolti nelle sessioni online di consulto e supporto psicologico; b. frequenza e severità dei disturbi comportamentali nei pazienti al baseline / frequenza e severità dei disturbi comportamentali nei pazienti dopo gli interventi; c. valutazione stress caregiver al baseline/ valutazione stress caregiver dopo gli interventi; d. numero di report statistici effettuati/numero di report statistici previsti (70%). 4) Numero di interventi completati ogni 6 mesi e al termine del progetto/numero di trattamenti pianificati negli stessi *time-points*. Numero di *drop-outs* ed eventi avversi. 5) Misurazione e valutazione statistica delle variazioni dei parametri di usabilità e di compliance all'uso dei *devices*, al *baseline* ed al termine del progetto. Compliance dei pazienti e caregivers che utilizzano i *devices* e gli applicativi. Frequenza settimanale d'uso e durata di esecuzione dei compiti assegnati.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA. 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

Riolo Antonino

Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali, Disabilità, Regione Friuli Venezia Giulia, Trieste

Sintesi. Molti cittadini trascurano la loro salute cognitiva e le prime avvisaglie di deterioramento, non accedendo ai servizi preposti. Con la mediazione dei Medici di Medicina Generale e dei familiari, ove questi siano ancora presenti, è compito dei servizi pubblici cooperare perché la persona con *Mild Cognitive Impairment* (MCI), demenza in fase iniziale o lieve, riceva nel proprio domicilio un'offerta riabilitativa mirata anche nella forma delle terapie digitali, strumento utile specialmente per quelle persone che non possono spostarsi dal loro domicilio o che non dispongono di una rete assistiva.

Obiettivi. Contribuire a diffondere in sanità pubblica una cultura generale sulla possibilità di ricorrere alla teleriabilitazione non come specialismo ma come diritto del soggetto a preservare la propria salute cognitiva, in una logica multiprofessionale e in una prospettiva interdisciplinare, promuovendo l'interesse da parte dei cittadini verso la riabilitazione in generale nel settore delle demenze, disseminando evidenze tra gli operatori sanitari e sociali a partire dall'analisi dei bisogni specifici della persona, sia quelli esplicitati che quelli inespressi. Condurre nei Centri per disturbi cognitivi e demenze (CDCD) un lavoro di fattibilità per acquisire informazioni e dati in termini di usabilità del software INFORMA, sviluppato e co-progettato da professionisti della riabilitazione all'interno del Centro Regionale di Invecchiamento Cerebrale (CRIC) dell'Azienda Ospedale Università di Padova. L'usabilità dei *devices* non può essere disgiunta dal grado di soddisfazione degli utenti che aderiranno al progetto sperimentale. Il concetto di usabilità deve poter tenere conto della capacità, del livello motivazionale e delle preferenze del potenziale fruitore.

Indicatori di risultato. Riguardano il numero dei CDCD dell'Azienda Sanitaria selezionata per il progetto che hanno effettivamente utilizzato l'applicazione, il numero dei tablets impiegati, la numerosità degli Operatori dei CDCD che hanno partecipato alle attività formative e il numero di utenti che hanno utilizzato a domicilio il tablet loro consegnato dopo l'acquisizione dei consensi informati.

REGIONE VENETO. IL PIANO TRIENNALE 2021-2023 DEL FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE

Basso Cristina (a), Simoni Marco (b), Gollin Donata (b), Zapparoli Alessandra (c), Netti Silvia Tiozzo (a), Gagni Giuseppe (c), Gabelli Carlo (b), Spano Pierangelo (c)

(a) Azienda Zero, Regione Veneto, Padova

(b) Centro Regionale Invecchiamento Cerebrale, Azienda Ospedale Università di Padova

(c) Direzione Servizi Sociali, Regione Veneto, Venezia

Sintesi. La Regione Veneto, riconoscendo il Disturbo Neurocognitivo (DN) come disabilità, adotta un approccio centrato sulla persona, in cui la stessa svolge un ruolo attivo nel proprio percorso di cura, sostenuto dalle competenze multidisciplinari sviluppate anche nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale regionale e supportate da Una Mappa per le Demenze (DGR 570/2019; <https://demenze.regione.veneto.it/>). L'utilizzo di applicazioni attraverso i comuni *device* tecnologici è oramai parte integrante della quotidianità di un grande numero di utenti. Si evidenzia quindi la necessità di progettare sistemi digitali inclusivi, che possano essere utilizzati anche nel caso di impairment funzionali fisici e/o cognitivi, coinvolgendo attivamente i diretti interessati, raccogliendo i loro contributi attraverso l'utilizzo di protocolli di usabilità. In quest'ottica, il Piano triennale 2021-23 prevede l'implementazione, valutazione e diffusione di interventi di teleriabilitazione come opportunità terapeutica per la persona con DN lieve e maggiore (in fase iniziale-moderata), avvalendosi del supporto del software "INFORMA": un sistema informatico innovativo interattivo sviluppato *ad hoc* per la stimolazione e la riabilitazione cognitiva, co-progettato da professionisti della riabilitazione e clinici del Centro Regionale Invecchiamento Cerebrale, dell'Azienda Ospedale Università di Padova, del Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione dell'Università di Padova e con il coinvolgimento di persone con DN. Il software, che ha ottenuto l'avallo del Comitato Etico per la Pratica Clinica dell'Azienda Ospedale Università di Padova, prevede la raccolta di dati sull'usabilità dello stesso. Per ottenere soluzioni concrete che rispondano al meglio alle esigenze degli utilizzatori, favorendo quanto più possibile la loro autonomia, è stata inclusa la persona nel processo di co-progettazione e di valutazione dell'usabilità. Il progetto si propone di promuovere l'engagement coinvolgendo direttamente il paziente e il proprio familiare che diventano protagonisti del percorso di cura, di promuovere l'empowerment garantendo alla persona l'acquisizione di competenze tali da permettergli scelte consapevoli e indipendenti, e di garantire la personalizzazione dell'intervento offrendo opportunità riabilitative che rispondano agli interessi e ai bisogni della singola persona. Il progetto, trasferendo la riabilitazione nel contesto di vita del paziente, punta a garantire maggiore accessibilità ai percorsi riabilitativi, coinvolgendo un numero crescente di utenti, favorendo un aumento delle prestazioni erogate a parità di risorse umane coinvolte, nella logica del rispetto dei requisiti di sostenibilità sanitaria, economica e ambientale. Il Piano triennale 2021-23

coinvolge 12 Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) (uno per AULSS/Azienda Universitaria Ospedaliera della Regione Veneto) e prevede l'acquisizione di competenze nell'ambito della riabilitazione che siano dedicate e di supporto all'implementazione delle azioni previste dal Piano stesso.

Obiettivi. Obiettivo generale del progetto è quello di promuovere e diffondere la stimolazione e la riabilitazione cognitiva come opportunità terapeutica del DN (in fase iniziale-moderata) utilizzando anche modalità da remoto (teleriabilitazione) con il coinvolgimento delle persone con DN nel processo di co-progettazione e valutazione dell'usabilità; la realizzazione del Piano triennale si declina in sei obiettivi specifici, che prevedono: Obiettivo specifico 1: l'aggiornamento della mappatura relativa alla distribuzione dell'offerta riabilitativa nell'ambito del Disturbo Neurocognitivo; Obiettivo specifico 2: la promozione dell'utilizzo sul territorio regionale di nuovi modelli di intervento riabilitativo sostenibili in tele-riabilitazione con il supporto del software interattivo INFORMA privilegiando il setting domiciliare, rispettando bisogni e preferenze dell'utente, coinvolgendo il team multiprofessionale dei CDCD, il Distretto socio-sanitario e i Servizi Sociali del territorio di riferimento; Obiettivo specifico 3: la formazione del personale acquisito a supporto della realizzazione del progetto, includendo i diversi professionisti del team multiprofessionale già parte dell'organico del CDCD al fine di creare un patrimonio culturale comune; Obiettivo specifico 4: l'offerta di interventi di teleriabilitazione supportati dal software INFORMA con il coinvolgimento dei pazienti, rafforzando contestualmente la presa in carico integrata e continuativa della persona attraverso la discussione del Piano Assistenziale Individualizzato in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale; Obiettivo specifico 5: l'erogazione di interventi di teleriabilitazione supportati dal software INFORMA ai pazienti che ne possono beneficiare coinvolgendoli attivamente nel processo di co-progettazione e valutazione dell'usabilità della proposta riabilitativa; Obiettivo specifico 6: il raggiungimento della stabilità informatica del software al fine di evitare disservizi e assicurare la continuità del percorso terapeutico.

Indicatori di risultato. L'indicatore di risultato relativo all'obiettivo generale prevede la rilevazione del numero di Aziende ULSS/Aziende Ospedaliere Universitarie che aderiscono al progetto. L'indicatore di risultato relativo all'obiettivo specifico 1 prevede l'acquisizione del numero di Unità Operative che attualmente offrono riabilitazione nell'ambito del DN. Gli indicatori di risultato relativi all'obiettivo specifico 2 prevedono: il coinvolgimento del territorio (Distretto Socio-sanitario e dei Servizi Sociali) alla presentazione del progetto, rilevabile attraverso il foglio presenze e l'acquisizione dei professionisti a supporto, misurata dal numero di contratti di assunzione relativi al personale dedicato al progetto rispetto al numero di ambulatori coinvolti nel progetto. Gli indicatori di risultato relativi all'obiettivo specifico 3 prevedono: il numero di adesioni al percorso formativo rispetto al numero di professionisti coinvolti nel progetto e il punteggio medio ottenuto al questionario di valutazione e alla prova pratica previsti al termine del percorso formativo. Gli indicatori di risultato relativi all'obiettivo specifico 4 prevedono: 1) il numero di consensi raccolti rispetto al numero di pazienti coinvolti nel progetto, conseguentemente alla condivisione degli scopi e delle modalità di partecipazione al progetto con la persona interessata e il proprio caregiver con la raccolta del consenso informato alla partecipazione e la formazione dedicata ad entrambi per l'utilizzo del software e del tablet; 2) il numero di Unità di Valutazione Multidimensionale attivate rispetto al numero di pazienti coinvolti nel progetto

per la condivisione del percorso riabilitativo all'interno del Piano Assistenziale Individualizzato in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale. Gli indicatori di risultato relativi all'obiettivo specifico 5 prevedono: 1) il numero di atti sottoscritti relativi alla consegna del tablet rispetto al numero di consensi informati precedentemente sottoscritti e, relativamente al monitoraggio dell'usabilità, 2) rilevazione del *Task Completion Rate* (attività completate / numero totale di attività assegnate per ogni paziente) *100; 3) rilevazione del *Task Completion Time* (tempo medio di esecuzione delle attività nella prima settimana / tempo medio di esecuzione delle attività nell'ultima settimana); 4) compilazione di questionari di gradimento e usabilità per pazienti e caregiver (se presenti). L'indicatore di risultato relativo all'obiettivo specifico 6 prevede il numero di report relativi al monitoraggio del funzionamento tecnico-informatico del software INFORMA redatti e condivisi rispetto al numero di mesi di attività di teleriabilitazione.

Linea Progettuale 5
**Trattamenti psico-educazionali,
cognitivi e psicosociali nella demenza**

Moderatrice
Teresa Di Fiandra

REGIONE EMILIA ROMAGNA. SPERIMENTAZIONE, VALUTAZIONE E DIFFUSIONE DI INTERVENTI PSICO-EDUCAZIONALI, COGNITIVI E PSICOSOCIALI NELLA DEMENZA

Fabbo Andrea (a,b), Boschi Federica (a,b), Franchi Fabia (b)

(a) AUSL Romagna, Modena

(b) Regione Emilia Romagna, Bologna

Sintesi. 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 obiettivi del progetto si prefiggono essenzialmente di: 1) Implementazione di attività quali la CST (*Cognitive Stimulation Therapy*) nei territori afferenti ai Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) delle aziende che partecipano all'area progettuale; 2) 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.

Obiettivi. Gli obiettivi sono essenzialmente schematizzati nei seguenti punti: 1) attivazione di interventi *evidence-based* come la stimolazione cognitiva per il sostegno alla persona con demenza e al suo caregiver; 2) numero interventi formativi dedicati alla stimolazione cognitiva/totale interventi formativi erogati dai CDCD aziendali

Indicatori di risultato. Obiettivo 1: 1) n. interventi di stimolazione cognitiva effettuati nelle aziende sanitarie partecipanti al progetto (AUSL Parma, AUSL Reggio Emilia, AUSL Modena, AUSL Imola, AUSL Ferrara); numeratore/denominatore: n. interventi di stimolazione cognitiva/totale interventi psicosociali erogati nei territori dei CDCD aziendali; standard di risultato: >40%; 2) attivazione di interventi formativi sulla stimolazione cognitiva. **Obiettivo 2:** numero interventi formativi dedicati alla stimolazione cognitiva/totale interventi formativi erogati dai CDCD aziendali; standard di risultato: >80%.

PROVINCIA AUTONOMA TRENTO. PROGETTO DI REVISIONE DEL MODELLO DI NUCLEO PER PERSONE CON DEMENZE GRAVI NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

Gilli Micaela (a), Lombardi Alessandra (b)

(a) Dipartimento Salute e Politiche Sociali, Servizio Politiche Sanitarie e per la non Autosufficienza, Provincia Autonoma, Trento

(b) Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, UOCP, Distretto Centro Nord, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

Sintesi. Il progetto propone la revisione del modello di Nucleo per persone con demenze gravi e disturbi del comportamento in RSA, attraverso una presa in carico mirata e specializzata, tramite la caratterizzazione degli ambienti di vita e dei piani di cura, realizzati da professionisti formati e coordinati, che anche attraverso terapie psicoeducative e occupazionali si propongono di ridurre gli stati di agitazione e il ricorso a terapie farmacologiche. Il progetto si inserisce nella programmazione provinciale trentina, risponde infatti alla necessità di potenziare e diversificare la rete dei servizi in una logica di appropriatezza, che è uno degli obiettivi indicati dal Piano provinciale demenza, approvato nel 2015 ed aggiornato nel 2020. Ad oggi sono 23 i Nuclei demenza accreditati in Trentino e rappresentano uno spazio specialistico finalizzato ad obiettivi particolari quali l'assistenza a persone con demenze e gravi disturbi comportamentali. Sono inseriti in altrettante RSA, tra le 55 presenti sul territorio provinciale, e raggiungono complessivamente un totale di 210 posti letto dedicati. La capienza dei Nuclei varia tra i 5 e i 20 posti. Non tutti sono delimitati strutturalmente, nè organizzati in sezioni/reparti dedicati; la loro distribuzione territoriale, a partire dall'istituzione avviata nel 2002, deriva solo in parte da considerazioni epidemiologiche o da analisi dei profili di bisogno delle popolazioni relative al contesto geografico di competenza. In assenza di un riferimento preciso, ogni ente gestore ha organizzato tali nuclei con specificità locali. Allo scopo quindi di definire un modello organizzativo omogeneo per tali servizi, a partire dalla loro disposizione sul territorio e di rendere più uniformi i requisiti strutturali e di funzionamento (autorizzazione e accreditamento) e con l'intenzione di testare criteri imparziali per l'accesso e la dimissione, un sottogruppo del Tavolo provinciale di monitoraggio del Piano demenze ha partecipato alla definizione del progetto che prevedesse un'esperienza pilota ed un protocollo, con indicazioni puntuali sugli aspetti organizzativi e clinici della sperimentazione, come ad esempio: i requisiti di eleggibilità e di esclusione, i criteri di dimissione, la procedura per l'attivazione, gli strumenti di valutazione, gli elementi richiesti per la definizione del piano assistenziale individualizzato (PAI), le risorse professionali coinvolte, i dati e gli indicatori per il monitoraggio dell'attività, la definizione della tariffa sanitaria integrativa. La fase pilota ha durata prevista di un anno, coinvolge due RSA (RSA di Pinzolo gestita dall'APSP A. Collini e RSA S. Bartolomeo di Trento gestita dall'APSP Civica di Trento), due equipe CDCD (CDCD Unità Operativa Cure primarie distretto Centro nord e CDCD Unità Operativa Medicina Tione) e le due UVM dei territori di competenza. Il Tavolo mantiene un ruolo di supervisione e valuta semestralmente gli esiti del progetto di revisione del modello di Nucleo, da qui rinominato Centro demenze.

Obiettivi. Il progetto si propone di migliorare l'appropriatezza delle cure nei Centri demenze, intercettando in modo più accurato la popolazione target, attraverso l'inquadramento multidisciplinare e multidimensionale del paziente, realizzato da equipe integrate costituite dai professionisti delle RSA e dei CDCD, che in fase di inserimento verificano i requisiti di eleggibilità, in fase di rivalutazione riformulano i PAI e in fase di dimissione garantiscono continuità alle cure. Il progetto si prefigge inoltre di verificare la possibilità di individuare per ogni Distretto alcuni Centri di riferimento e supporto alle RSA prive di questo servizio, permettendo il trasferimento temporaneo di persone con demenza con BPSD severi. Si prefissa di testare anche la sostenibilità di un servizio di accoglienza temporanea specializzata, per ridurre il carico assistenziale delle famiglie che assistono a domicilio persone affette da demenza nelle fasi caratterizzate da gravi disturbi comportamentali che possono trovare indicazione ad un approccio clinico assistenziale residenziale ed i familiari possano trovare vantaggio da interventi psicoeducativi e formativi. La fase pilota del progetto ha infine l'obiettivo trasversale di verificare l'efficacia del nuovo modello prima di valutare la sua diffusione ad altri contesti dei territori provinciali.

Indicatori di risultato. Per monitorare l'andamento del progetto sono state previste due modalità di rendicontazione: la prima qualitativa, che prevede la presentazione di una relazione a 7 e a 13 mesi dall'attivazione della fase pilota; la seconda quantitativa, attraverso il monitoraggio semestrale di indicatori definiti dal protocollo, strutturati in quattro domini: Indicatori sulla qualità della vita: numero di persone che hanno avuto un miglioramento delle capacità funzionali, rispetto al totale degli inseriti; consumo di farmaci (neurolettici, lassativi, benzodiazepine); numero di prescrizioni per contenzioni nei giorni indice. Indicatori di esito: punteggio differenziale dell'NPI tra l'inserimento e dimissione; numero di persone per le quali la destinazione alla dimissione è coerente con l'obiettivo definito nel PAI; numero di persone con recidive di BPSD dopo la dimissione e che hanno comportato una nuova segnalazione. Indicatori di processo: numero di persone segnalate per inserimento; numero di persone dimesse; tempo di permanenza al centro (medio, minimo e massimo); numero di contatti e consulenze con il CDCD per rivalutazioni, distinguendo se in teleconsulto o in presenza e per richiedente (CDCD o centro); numero di colloqui con i caregiver; numero di contatti con la RSA di provenienza durante l'inserimento e dopo la dimissione. Indicatori di programmazione numero di persone segnalate per inserimento (distinte rispetto alla provenienza); numero di persone valutate in totale e numero di persone valutate eleggibili (distinzione rispetto alla provenienza). Dopo il primo report semestrale il sottogruppo del Tavolo potrà apportare modifiche o integrazioni al modello sulla base delle valutazioni emerse.

REGIONE ABRUZZO. REALIZZAZIONE, A LIVELLO AZIENDALE, DI SPORTELLI DI INFORMAZIONE, ORIENTAMENTO E SUPPORTO, DESTINATI A PAZIENTI CON DISTURBI NEUROCOGNITIVI E DEMENZA E AI LORO CAREGIVER

Lupinetti Mariacristina

Unità Operativa Semplice Psicogeriatría, CDCD Centro Diagnosi Assistenza Alzheimer, ASL, Pescara

Sintesi. A fronte di una erogazione nel complesso adeguata di valutazioni cliniche presso i Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), permane nella Regione Abruzzo una non completa integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali, talvolta anche tra centri allocati nelle stesse aree. Spesso accade che le persone affette da demenza e i loro familiari vivano difficoltà dovute alla mancanza di informazioni, di risorse e di aiuto necessari. Si riscontra pertanto di fondamentale rilevanza che i CDCD, in qualità di perno all'interno dell'intera rete dei servizi, garantiscano una reale integrazione dei servizi stessi. Tale ruolo può realizzarsi solo se al caregiver viene fornito un adeguato orientamento e un adeguato supporto, relativo sia all'iter sanitario (accesso alle prestazioni sia dei CDCD che della rete sanitaria), sia dell'iter sociale (dalla modalità di accesso nelle strutture semiresidenziali e residenziali, alla conoscenza delle RSA/RA presenti, dalla modalità di acquisizione di presidi alla conoscenza degli iter di carattere medico-legale). Non ultima, la necessità di garantire un contributo informativo/formativo sulla conoscenza della patologia stessa e sulla gestione del burden che grava sui caregiver e sulle famiglie, in particolare in relazione alla gestione dei disturbi del comportamento, che vada oltre quello che può essere il contributo informale delle varie equipe dei CDCD e delle associazioni (quando presenti e operative). La finalità della proposta progettuale della Regione Abruzzo è la costituzione e caratterizzazione di "sportelli di orientamento", con il precipuo scopo di avviare percorsi di informazione e formazione dei caregiver di pazienti affetti da disturbi neurocognitivi e demenze. Tali sportelli, grazie all'intervento di personale esperto dedicato (psicologi, assistenti sociali, case manager) avranno il compito di fornire assistenza, orientamento, ed informazione dedicata, sia in modalità in presenza sia in modalità telematica, a tutte le famiglie di pazienti con necessità di approcciare i CDCD del territorio, e successivamente durante tutto il percorso diagnostico-terapeutico.

Obiettivi. Gli sportelli di orientamento saranno ubicati, nel numero minimo di uno per ogni ASL, preferibilmente all'interno dei CDCD, oppure in luoghi di valenza socio-sanitaria facilmente accessibili alla popolazione generale. L'utenza potrà contattare il punto di orientamento sia telefonicamente che via mail/web esponendo la richiesta; seguirà appuntamento con consulto in presenza o con teleconsulto con la figura di competenza, qualora ritenuto indicato. La strutturazione del punto di orientamento prevederà anche la

destinazione formale di uno spazio, in collaborazione anche con le associazioni dei familiari, per incontri formativi/informativi (incontri/caffè), con lo scopo di favorire le conoscenze su aspetti medico-psico-sociali della malattia, di permettere l'interazione tra coloro che vivono le stesse problematiche nella gestione dei pazienti, di ridurre l'isolamento dei malati e dei loro familiari, di migliorare la qualità di vita mediante interventi rivolti ai caregiver e ai malati. Obiettivo specifico 1: nell'ambito del servizio ogni azienda definirà: la sede operativa e/o di erogazione del servizio con modalità in presenza; i giorni/orario di apertura al pubblico e le modalità di accesso al punto di orientamento; il personale/figure di riferimento quali: assistente sociale/psicologo/figura organizzativa-*case manager* (con attività di supporto e di coordinamento, raccolta e omogeneizzazione dati, monitoraggio risultati), figura di supporto amministrativo; la linea telefonica, mail di riferimento e spazio web dedicato, con eventuale area per utenti, che diano la possibilità di accedere ai consulti, con la duplice modalità; le modalità di collegamento con i MMG per segnalazione del caso e con il CDCD territorialmente più vicino (se gradito dall'utente). Obiettivo specifico 2: sarà prevista erogazione del servizio formativo/informativo con modalità telematica. Si provvederà a attivazione ed utilizzo di spazio web/piattaforma: l'utenza potrà contattare il punto di orientamento sia telefonicamente che via mail/spazio web esponendo la richiesta, a seguire eventuale invio al consulto con la figura di competenza, qualora ritenuto indicato. Obiettivo specifico 3: destinazione formale, all'interno della fascia di apertura dello sportello, di un Punto di incontro/spazio per pazienti e familiari, in collaborazione anche con le associazioni dei familiari, per incontri formativi/informativi (incontri/caffè). Obiettivo specifico 4: valutazione dell'efficacia dei servizi erogati mediante test di gradimento sull'utenza, con adozione di scheda e/o questionario di gradimento e creazione ed implementazione archivio flussi relativi a schede e/o questionari somministrati.

Indicatori di risultato. Obiettivo Generale: erogazione del servizio; indicatore di risultato: numero di prestazioni erogate / numero di richieste ricevute; fonte di verifica: rendicontazione semestrale di ogni ASL; standard di risultato: 75%. Obiettivo specifico 1: realizzazione di sportelli di orientamento; indicatore di risultato: n. sportelli / N. ASL; fonte di verifica: provvedimento aziendale di istituzione; standard di risultato: ≥ 1 (almeno n. 1 sportello per ASL). Obiettivo specifico 2: erogazione del servizio formativo/informativo con modalità a telematica, a distanza; indicatore di risultato: n. prestazioni erogate con modalità a distanza / n. prestazioni erogate; fonte di verifica: rendicontazione semestrale ASL; standard di risultato: 50%. Obiettivo specifico 3: realizzazione di punti di incontro/spazio; indicatore di risultato: n. punti di incontro-spazio / n. ASL; fonte di verifica: relazione di attivazione validata da parte delle Direzioni Sanitarie Aziendali; standard di risultato: ≥ 1 (almeno n. 1 punto di incontro/spazio per ASL). Obiettivo specifico 4: valutazione gradimento dell'utenza; indicatore di risultato: n. schede somministrate con esito positivo / n. totale schede somministrate; fonte di verifica: rendicontazione semestrale di ogni ASL; standard di risultato: $\geq 70\%$.

REGIONE LIGURIA. SPERIMENTAZIONE, VALUTAZIONE E DIFFUSIONE DEI TRATTAMENTI PSICO-EDUCAZIONALI, COGNITIVI E PSICOSOCIALI NELLA DEMENZA

Palummeri Ernesto (a), Alvino Serena (a), Ivaldi Claudio (b), Prete Camilla (c), Dijk Babette (d), Mannironi Antonio (e) Pardini Matteo (f) Leonardi Alessandro (g) Russo Giuseppe (h)

(a) *A.Li.Sa., Azienda Ligure di Sanità Genova*

(b) *Azienda Sanitaria Locale 3, Genova*

(c) *Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Genova*

(d) *Azienda Sanitaria Locale 4, Chiavari, Genova*

(e) *Azienda Sanitaria Locale 5, La Spezia*

(f) *Ospedale Policlinico San Martino, Genova*

(g) *Azienda Sanitaria Locale 1, Imperia*

(h) *Azienda Sanitaria Locale 2, Savona*

Sintesi. Attraverso la rete dei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) della Liguria ed in collaborazione con le associazioni dei familiari e di soggetti del terzo settore operativi nel campo dei disturbi cognitivi, si attivano sul territorio regionale, previa definizione di un protocollo comune di trattamento, interventi psicoeducazionali (Stimolazione Cognitiva, Reminiscenza, Musicoterapia, Arteterapia), trattamenti basati sulla attività motoria ed interventi psico-educazionali e psicocociali di sostegno ai caregiver.

Obiettivi. L'obiettivo generale si propone di generare un duplice impatto sul territorio: da un lato, la carenza sul territorio di un'offerta di trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali finalizzati a contrastare diverse forme di demenza (per tipologia e gravità) viene compensata attraverso il piano con attività mirate e coordinate che coinvolgono tutti i CDCD del territorio, in collaborazione con le associazioni no-profit e sotto la supervisione della Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa); dall'altro lato, l'implementazione di tali attività costituisce un'occasione per portare avanti attività di ricerca, valutazione e sperimentazione dei trattamenti, attraverso un approccio sinergico e coordinato a livello regionale che coinvolge l'intera Rete per le Demenze.

Indicatori di risultato. Per ogni tipologia di trattamento sono definiti indicatori specifici che misurano parametri diversi (es. *Mini Mental State Evaluation, Zarit Burden Interview*, Consumo di farmaci psicotropi, qualità della vita) confrontando il dato tra inizio e fine trattamento con follow up a 6 mesi. Per l'intervento basato sulla promozione dell'attività fisica si effettueranno anche valutazioni di test di *performance* muscolare (es. *Short Physical Performance Battery - SPPB*).

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA. SPERIMENTAZIONE, VALUTAZIONE E DIFFUSIONE DEI TRATTAMENTI PSICOEDUCAZIONALI, COGNITIVI E PSICOSOCIALI NELLA DEMENZA

Riolo Antonino

Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali, Disabilità, Regione Friuli Venezia Giulia, Trieste

Sintesi. La ricerca, anche attraverso studi clinici randomizzati, sta evidenziando come i trattamenti psico-educazionali, cognitivi, psicosociali abbiano una ricaduta positiva sull'evoluzione dei sintomi psicologici e comportamentali nelle demenze e sulla qualità di vita di utenti e caregiver. Nell'ambito di un paradigma socio-sanitario che definisca quali interventi siano da raccomandare nell'approccio ai sintomi psico-comportamentali, il progetto emette il suo focus sui bisogni di una fascia di popolazione doppiamente fragile sia sul versante cognitivo che su quello psicopatologico con rischio di incrementare stigma ed esclusione sociale. L'offerta sanitaria pubblica deve poter prevedere il ricorso alla stimolazione cognitiva, come per esempio la *reminiscence therapy* o il *training* su particolari domini come l'attenzione, la memoria, il linguaggio, le funzioni esecutive secondo un approccio sartoriale che individui l'intervento più appropriato per la persona nei micro-contesti della quotidianità.

Obiettivi. Mettere a sistema nell'ambito dei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) dell'Azienda Sanitaria selezionata gli interventi psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali a partire da una formazione specifica. Strutturare in spazi e tempi definiti, anche attraverso uno sportello di ascolto, attività di riconoscimento e azioni di contrasto verso lo stress del caregiver affinché non venga esperita una percezione di incompetenza nonché un vissuto di abbandono, specialmente nella gestione domiciliare dei BPSD. Attivare risorse economiche di progetto sul modello del budget di salute, secondo il modello a committenza dei Distretti.

Indicatori di risultato. Evidenziare il numero di utenti che ricevono almeno un intervento tra quelli psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali rispetto al numero di utenti afferenti ai CDCD. Definire gli operatori in grado di attivare questi interventi. Indicare quanti caregiver con alto carico sono raggiunti dal progetto rispetto al totale di caregiver testati. Individuare il numero di utenti con sintomi psico-comportamentali che ricevono un intervento alternativo o complementare a quello farmacologico.

REGIONE PIEMONTE. SPERIMENTAZIONE, VALUTAZIONE E DIFFUSIONE DEI TRATTAMENTI PSICO-EDUCAZIONALI, COGNITIVI E PSICOSOCIALI NELLA DEMENZA

Secreto Piero (a), Ripa Franco (b), Musso Marco (c)

(a) Presidio Ospedaliero Beata Vergine Consolata Fatebenefratelli, San Maurizio Canavese, Torino

(b) Direzione Sanità e Welfare, Settore Programmazione Sanitaria Assessorato alla Sanità Regione Piemonte, Torino

(c) Direzione Sanità e Welfare Assessorato alla Sanità Regione Piemonte, Torino

Sintesi. L'interesse a questa linea progettuale è dato dal ritenere che i trattamenti psico-educazionali e psico-sociali nella demenza abbiano una dignità propria ed indipendente dalla terapia farmacologica e che possano avere un impatto positivo sulla qualità di vita delle persone e delle famiglie nei diversi setting di cura (domicilio, residenzialità e semiresidenzialità nonché *day hospital*). Le persone con demenza lieve/moderata di tutti i tipi devono avere l'opportunità di partecipare a gruppi di stimolazione cognitiva strutturata svolti da operatori con formazione adeguata e supervisione indipendentemente da qualsiasi tipo di trattamento farmacologico (NICE-SCIE guida al management delle demenze 2018). Si ritiene che ci sia una importante necessità di disseminazione culturale e di potenziamento di questi strumenti di cura, possibilmente da attivare all'esordio della patologia e nelle diverse fasi della malattia comunque quando presa in carico. Si rende necessario strutturare e programmare sulla base delle conoscenze scientifiche programmi di riattivazione e riabilitazione cognitiva e funzionale superando le attuali improvvisazioni presenti alla base dell'esecuzione di molte di queste attività nei diversi setting dove queste sono proposte, e uniformare le attività allargandole a tutto il territorio regionale con particolare attenzione allo sviluppo domiciliare degli interventi psicosociali (tele riabilitazione o integrazione di percorsi CDCD domicilio, CDCD RSA, centri diurni domicilio). Le criticità presenti nel contesto regionale, sono sommariamente le seguenti: le terapie psicosociali sono ancora considerate interventi con scarsa rilevanza terapeutica e con modesto impatto sulla qualità di vita dei pazienti; in alcuni servizi/*setting* (prevalentemente RSA, centri diurni, "palestre cognitive" di associazioni di volontariato e pochi CDCD collegati con servizi territoriali) vengono eseguiti interventi sul paziente non strutturati, per lo più su base volontaristica, senza base scientifica, non personalizzati; l'assetto territoriale dei CDCD risulta ancora fortemente parcellizzato e frammentato con poche risorse umane, strumentali, finanziarie ed organizzative. Il metodo e l'approccio con il quale si intendono attuare le soluzioni proposte sono in parte già state realizzate ed in particolare: ricognizione delle attività, numero dei CDCD e loro integrazione col territorio attraverso questionario (2017 e 2021) con eventuale coinvolgimento delle associazioni regionali di parenti; richiesta alle Aziende Sanitarie Regionali di manifestazione di interesse a partecipare al progetto proposto dalla regione effettuata nel mese di febbraio 2022, con identificazione di 19 unità territoriali a cui sono assegnati riferenti di progetto. La fattibilità del progetto emerge dall'adesione totale di tutte le Aziende Sanitarie Regionali

all'azione progettuale proposta con l'auspicabile identificazione di un centro regionale di riferimento sul tema delle demenze che possa coordinare scientificamente gli interventi a supporto dell'amministrazione regionale, anche in funzione dell'elaborazione di un PDTA specifico per il tema. L'attività di coordinamento, supervisione e controllo della corretta effettuazione del progetto regionale verrà eseguita dal Referente scientifico del progetto o suo delegato, attraverso: la verifica trimestrale degli specifici indicatori di Qualità delle prestazioni erogate dai CDCD coinvolti nella progettazione; il periodico confronto con i referenti delle unità operative. Verrà inoltre valutata l'efficacia e la sostenibilità (anche economica) degli interventi erogati e il gradimento da parte del paziente e dei familiari delle attività erogate, e da parte degli operatori coinvolti. L'Attività di standardizzazione delle diverse tipologie di azione delle unità operative (CDCD) è stata definita attraverso la definizione di un protocollo comune condiviso per attività dai diversi CDCD.

Obiettivo generale area progettuale. Strutturazione, standardizzazione e programmazione, sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, di programmi di riattivazione e riabilitazione cognitiva e funzionale non farmacologica, nonché di inclusione sociale degli utenti presi in carico, con la tendenza ad omogeneizzare le attività per area omogenea allargandole a tutto il territorio regionale. Target: utenti in carico ai CDCD aziendali con Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore (MCI) e DNC maggiore di grado lieve-moderato e nuovi utenti segnalati dai servizi distrettuali e ospedalieri. Caregiver/Familiari dei pazienti in carico ai CDCD. Setting: CDCD regionali ospedalieri e territoriali; RSA, Centri diurni, DH Alzheimer, Domicilio. **Obiettivo specifico 1:** implementazione del numero degli utenti con disturbo neuro cognitivo maggiore di grado lieve-moderato, presi in carico dai servizi che sono coinvolti nelle attività psicosociali e psicoeducazionali e dei loro caregiver. **Obiettivo specifico 2:** sviluppo ed implementazione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali a domicilio e in altri setting di cura (RSA, Centri Diurni, *Day Hospital*, ecc). trattamenti proposti per il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, sulla base della manifestazione d'interesse espressa dalle Unità Operative coinvolte, da scegliersi ed identificarsi nel protocollo comune per la realizzazione dei trattamenti: 1) trattamenti basati sulla stimolazione cognitiva e sulla reminescenza. Risultato atteso: pazienti con DNC maggiore di grado lieve-moderato: recupero/stabilizzazione del deficit cognitivo, sviluppo di strategie compensatorie per il mantenimento della autonomia nelle ADL (Attività di Base della Vita Quotidiana) / IADL. (Attività strumentali della Vita Quotidiana) 2) terapia occupazionale. Risultato atteso: pazienti con DNC maggiore di grado lieve-moderato: sviluppo di strategie compensatorie per il mantenimento della autonomia nelle ADL (Attività di Base della Vita Quotidiana) / IADL. (Attività strumentali della Vita Quotidiana) 3) gruppi di supporto psicologico per migliorare le capacità adattative del paziente all'ambiente e alla malattia. Risultato atteso: accettazione della propria realtà attuale, con conseguente miglioramento del tono dell'umore, aumento dell'autostima e delle competenze sociali e con un incremento di alcune funzioni neuropsicologiche, quali memoria e attenzione. 4) attività motoria. Risultato atteso: Mantenimento/miglioramento funzionalità motoria e nelle ADL; miglioramento del tono dell'umore 5) trattamenti psico-educazionali e psico-sociali rivolti al caregiver. Interventi proposti: aiuto a domicilio e interventi di formazione per i caregivers; *counselling* e interventi di sostegno psicologico di gruppo/individuali; *meeting centers*; terapia occupazionale domiciliare. Risultato atteso: riduzione stress del caregiver/familiare.

Obiettivo generale area progettuale: strutturazione, standardizzazione e programmazione, sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, di programmi di riattivazione e riabilitazione cognitiva e funzionale non farmacologica, nonché di inclusione sociale degli utenti presi in carico, con la tendenza ad omogeneizzare le attività per area omogenea allargandole a tutto il territorio regionale. Risultato atteso: aumento dell'applicazione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali su scala regionale nei confronti dei pazienti con demenza e dei loro familiari. Indicatore di risultato: numeratore/denominatore = n. pazienti con trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali / n. pazienti presi in carico dai CDCD. Fonte di verifica: raccolta dati regionale sulla base di relazioni periodiche dell'attività CDCD Standard di risultato: 10% utenti, per ambito, in carico al CDCD con trend in crescita nel triennio Sono sub-indicatori monitorati contestualmente alla realizzazione dell'obiettivo generale: 1) valutazione efficienza trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali = n. pazienti mantenuti al domicilio/ n. pazienti totali; 2) rilevazione della capacità di coinvolgimento dei pazienti nelle attività = n. pazienti che partecipano alle attività per almeno il 60% delle sedute/n.ro totale pazienti coinvolti; 3) rilevazione gradimento attività del familiare = n. risposte positive a somministrazione questionario/ n. totale pazienti trattati 4) rilevazione del gradimento da parte degli operatori coinvolti nelle attività erogate.

Obiettivo specifico 1: implementazione del numero degli utenti con disturbo neuro cognitivo maggiore di grado lieve-moderato, presi in carico dai servizi che sono coinvolti nelle attività psicosociali e psicoeducazionali e dei loro care-giver. Risultato atteso: aumento utenti presi in carico dei CDCD che fanno trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali. Indicatore di risultato: numeratore/denominatore = rapporto fra numero utenti iniziali che facevano trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali rispetto al numero degli utenti finali del progetto $(nT1-nT0/\Delta t)$. Fonte di verifica: raccolta dati regionale sulla base di relazione dell'attività CDCD Standard di risultato: aumento del 10% per ambito di utenti che sono seguiti con terapie non farmacologiche.

Obiettivo specifico 2: sviluppo ed implementazione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali a domicilio e in altri setting di cura. Risultato/i atteso/i: raggiungere utenti in altri setting quali RSA, Centri Diurni e Domicilio con attivazione di interventi per il sostegno alla persona con demenza e il suo caregivd di risultato: coinvolgimento di almeno il 10% di utenti che hanno ricevuto interventi a domicilio e/o in altri setting. Comunque in un assetto territoriale dei CDCD ancora fortemente parcellizzato e frammentato consideriamo già primi importanti risultati del progetto l'occasione unica di creazione, condivisione e progettazione, all'interno della rete dei CDCD regionali, di una linea progettuale comune, condivisa e approvata consensualmente. L'omogeneizzazione di una linea di attività comune con occasione di confronto continuo, la ripresa della motivazione ed interesse da parte del personale dei singoli CDCD con l'occasione di "ripartire" ad erogare le prestazioni in una realtà ancora profondamente segnata dal periodo Covid e la ripresa e riformazione dei gruppi di lavoro all'interno delle unità operative/CDCD rappresentano importanti valori raggiunti. Ancora l'occasione di condivisione e collaborazione tra personale sanitario ed amministrativo e non ultima la condivisione e collaborazione con le aree del terzo settore e dell'associazionismo hanno gettato le basi di una progettualità di rete regionale specifica sulle Demenze a supporto dell'amministrazione regionale, anche in funzione della elaborazione di un PDTA specifico per il tema.

REGIONE VALLE D'AOSTA. FINALITÀ E IPOTESI DI CAMBIAMENTO AUSPICATE CON LA PROGETTUALITÀ DEL FONDO DEMENZA

Seganfredo Monica
Azienda USL Valle D'Aosta, Aosta

La progettualità del Fondo Demenze ha rappresentato per la Valle d'Aosta una preziosa occasione di riflessione in merito alla necessità di uscire da una situazione di autoreferenzialità, al fine di centralizzare maggiormente le scelte di programmazione e di progettazione in area socio-sanitaria e socio-assistenziale, passando ad una fase più pragmatica e operativa con attenzione al Piano Nazionale delle Demenze. Gli uffici regionali della Struttura assistenza territoriale, formazione e gestione del personale sanitario hanno introdotto, alla luce delle linee guida e del Tavolo Permanente sulle Demenze, una modalità di lavoro maggiormente partecipata che sicuramente è risultata più complessa, ma certamente più efficace nelle diverse fasi di analisi, studio, progettazione e attuazione del progetto. I componenti del tavolo demenze a regia regionale si sono interrogati sull'incidenza stimata dei casi. Considerando la popolazione valdostana al 1° gennaio 2022 (dati ISTAT), su 123.337 abitanti, la stima dei casi, applicando i tassi di prevalenza per demenza e MCI alla popolazione regionale, è di 2.410 casi di demenza e di 2.056 con MCI. Queste stime rapportate all'incidenza delle nuove diagnosi di demenza sulla popolazione ultrasessantacinquenne in Valle d'Aosta è stata dello 0,79%. Le proposte di inserimento nei nuclei demenze sono state 76, delle quali 67 accolte e 9 esitate in altre soluzioni quali il domicilio o altra struttura residenziale (Fonte dati S.C. Geriatria- Relazione 2019 CDCD). I dati purtroppo evidenziano una situazione di stallo e, in linea con le osservazioni e i bisogni emersi dalle associazioni di famigliari, dagli operatori dei nuclei e dagli operatori socio-sanitari che operano nelle strutture ospedaliere, hanno dato l'impulso all'avvio di un progetto finalizzato ad innescare un processo di cambiamento profondo e adatto a rispondere concretamente alle difficoltà analizzate, implementando ciò che di esistente e funzionante è già presente sul territorio. Nasce quindi la consapevolezza di sviluppare un nuovo modello di presa in carico del paziente affetto da patologia neurodegenerativa e della sua famiglia. Si intende sviluppare un nuovo modello di presa in carico del paziente affetto da demenza attraverso l'implementazione del budget di salute e del "Quality of life", con la redazione di un progetto terapeutico individualizzato che comprenda al suo interno le principali aree di cura, sostegno e assistenza. Oltre ad una più organica presa in cura delle persone, l'ambizione è quella di creare un'alternativa, ad oggi inesistente, rappresentata dalla possibilità di mantenere il paziente presso il proprio domicilio attraverso la guida degli operatori socio-sanitari, sulla base di un progetto individualizzato e con il supporto di un percorso di formazione e sostegno dei caregivers.

Azioni previste dalla progettualità per il fondo demenze. Attraverso la *governance* del CDCD la presa in carico del paziente con demenza sarà individualizzata, condivisa anche con la famiglia e orientata, grazie ad attività formative e interventi a domicilio, ai servizi presenti sul territorio. Il nuovo modello di presa in carico intende inoltre promuovere un

processo di cambiamento nella cultura e nel percepito riguardo ai disturbi neurodegenerativi in Valle d'Aosta, accompagnando la popolazione e gli operatori del settore verso una maggiore conoscenza e consapevolezza della malattia, favorendo l'applicazione delle best practise (fissare un passaggio culturale: "dalla mancanza di speranza e di prospettive alla consapevolezza di possibilità di intervenire sulla qualità di vita delle persone affette da disturbi neurodegenerativi e dei loro familiari"). La *governance* e la centralizzazione del CDCD risulta di fondamentale importanza per il coordinamento dei diversi servizi presenti sul territorio e si realizzerà attraverso l'attuazione delle seguenti attività:

1. Realizzazione e pianificazione del PDTA;
2. Individuazione di un referente del paziente (casemanager). Nell'ambito del modello proposto si distinguono le seguenti azioni e i seguenti strumenti:
il Piano di Trattamento Individuale (PTI), proposto al CDCD dal casemanager e condiviso con il paziente e il caregiver per l'inserimento in struttura o presso i servizi, deve contenere i seguenti elementi:
 - dati anagrafici con informazioni sul contesto familiare e sociale del paziente e diagnosi clinica e funzionale;
 - motivo dell'invio al CDCD;
 - osservazione delle problematiche rilevate;
 - obiettivi dell'intervento;
 - aree di intervento: descrivere il mix degli interventi previsti;
 - indicazione degli operatori coinvolti negli interventi;
 - indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche, sulla base delle quali il PTRP è progressivamente aggiornato, in relazione all'andamento del programma.

Il PTRP è definito ed elaborato dall'équipe della struttura residenziale, semi-residenziale o territoriale, in coerenza con il PTI e in accordo con il casemanager e il paziente e viene sottoposto alla validazione del CDCD.

3. Individuazione di tre referenti clinici interni al CDCD che presiedono le tre aree: residenziale, semi-residenziale e territoriale.
4. Interventi di informazione rivolti alla popolazione attraverso materiale divulgativo
5. Reclutamento di una figura amministrativa.

Il progetto prevede inoltre l'implementazione e la sperimentazione di interventi psico-educativi sul territorio. Le attività ipotizzate sono di seguito presentate alla luce delle evidenze scientifiche a disposizione:

1. Estensione e potenziamento della Terapia di Stimolazione Cognitiva Palestra della Mente.
2. Reclutamento di un terapeuta occupazionale a tempo pieno che si occuperà specificatamente della cura e riabilitazione dei soggetti ricoverati presso il Reparto SC di Geriatria permettendo alle risorse educative di operare sul territorio.
3. Sperimentazione di attività di Montagnaterapia.

Lo stato dell'arte della progettualità del fondo demenze a fine settembre 2022.

Mettere a terra il progetto richiede uno sforzo di collaborazione importante che spesso è ostacolato da molteplici fattori. Per questa ragione il progetto prevede una cabina di regia regionale che compia quelle azioni misurate e puntuali che siano di servo meccanismo agli operatori socio-sanitari e agli operatori amministrativi per trovare il giusto punto di intesa e

realizzare le azioni previste. Possiamo riassumere di seguito le azioni fino ad oggi (data del convegno) implementate:

- Approvazione della Delibera n° 900 del 8 agosto 2022 – Approvazione del piano di attività per l'Alzheimer e le demenze, ai sensi del DM 23 dicembre 2022- Prenotazione di spesa.
- Provvedimento Dirigenziale n° 4726 del 17.08.2022 - Trasferimento all'Azienda USL della Valle d'Aosta della somma assegnata dallo Stato per iniziative in materia di Alzheimer e demenze, per gli anni 2021, 2022 e 2023, ai sensi della legge 178/2020. Accertamento di entrata e impegno di spesa.
- La costituzione della cabina di regia a Coordinamento regionale di supporto alle attività di pianificazione e di programmazione necessarie per la realizzazione del progetto. I primi incontri di lavoro hanno dato seguito a:
 - lavoro per la stesura di un bando per la Co-progettazione con il terzo settore per la ricerca-azione del servizio a domicilio per la gestione del paziente;
 - reclutamento da parte dell'Azienda USL della Valle d'Aosta del segretario e del terapeuta occupazionale;
 - implementazione, da parte degli educatori del reparto di geriatria, della palestra della mente in alta valle;
 - procedure di individuazione delle figure professionali che saranno formate dall'Istituto Superiore di Sanità in merito al modello di Budget di Salute e di *Quality of Life*.

REGIONE SARDEGNA. SPERIMENTAZIONE, VALUTAZIONE E DIFFUSIONE DEI TRATTAMENTI PSICO-EDUCAZIONALI, COGNITIVI E PSICOSOCIALI NELLA DEMENZA

Viale Daniela (a), Putzu Valeria (b)

(a) *Unità Operativa Complessa Geriatria e Centro Disturbi Cognitivi Demenze Territoriale, Cagliari*

(b) *Centro Disturbi Cognitivi Demenze Territoriale, Azienda Socio-Sanitaria Locale, Cagliari*

Sintesi. Fra gli interventi non farmacologici per il trattamento dei pazienti con disturbo cognitivo troviamo gli interventi psicosociali e cognitivi. Trattasi di strategie globali o interventi comportamentali che possono alleviare lo stress, facilitare il coping, sostenere le risorse residue e massimizzare il funzionamento globale della persona con deficit cognitivo. Questi interventi, rivolti alle persone con demenza, assumono anche un ruolo riabilitativo, inteso non come recupero di una funzione persa, ma come valorizzazione delle capacità residue ed il mantenimento delle autonomie funzionali. Questi inoltre promuovono le strategie di coping e migliorano l'interazione con l'ambiente tenendo conto dell'individuo e della patologia, in linea con la definizione di "Riabilitazione" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Gli interventi psicosociali possono avere delle importanti ricadute in termini di riduzione dei costi legati all'uso dei farmaci e dei servizi di assistenza nelle demenze e nei disturbi cognitivi. Risulta quindi strategico nella presa in carico dei pazienti affetti da Disturbo Neurocognitivo offrire tipologie di trattamenti riabilitativi quali psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali personalizzati in base al disturbo identificato tramite valutazione neuropsicologica ed in funzione del grado di deterioramento. I caregivers hanno un ruolo "cruciale" nella gestione della demenza, sono "terapisti" nella gestione "informale" di alcuni interventi psicosociali come la stimolazione cognitiva, la terapia occupazionale e la gestione delle alterazioni comportamentali. Il supporto al caregiver è pertanto "necessario per ridurre il *burden*" e risulta fondamentale controllare il loro stato di salute per elevato rischio di depressione, problemi alcool-correlati e comorbilità medica. La presa in carico del caregiver è pertanto un elemento chiave della cura delle persone con demenza e la sua formazione è uno degli interventi cardine. Gli interventi rivolti al caregiver sono strategie *evidence-based* globali che possono alleviare lo stress, facilitare il *coping*, sostenere le risorse residue e massimizzare il funzionamento globale della persona con demenza. Consentono la riduzione dei costi indiretti, valutabili in termini di perdita delle risorse per la collettività legata alla malattia (riduzione dei sintomi depressivi dei caregiver; riduzione giorni di assenza da lavoro, ecc). Il piano realizzato dalla Regione Sardegna ha l'obiettivo di rendere uniformi e accessibili in tutto il territorio regionale gli interventi psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali rivolti al paziente, ai caregiver ed alle famiglie fruibili in diversi contesti quali Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), Centri Diurni Integrati (CDI), Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in relazione alla specificità dei casi. Per la realizzazione di questo piano si è ritenuto necessario avviare programmi di formazione per tutti gli operatori coinvolti al fine di

condividere metodologie e programmi *evidence-based*. Le attuali criticità sono da individuarsi in: 1) numero limitato di strutture semiresidenziali e ambulatoriali deputate specificatamente alla riabilitazione globale delle persone con deficit cognitivi (CDCD, CDI e RSA) distribuito in modo disomogeneo geograficamente e rispetto al bacino d'utenza locale; 2) assenza delle figure professionali quali psicologo/neuropsicologo e logopedista nel CDCD per gli interventi cognitivi e psicosociali.

Obiettivi. Sperimentare, valutare e implementare un set di trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali per pazienti affetti da Disturbo Neurocognitivo e per i loro caregiver e familiari al fine di diffondere gli stessi in modo uniforme su tutto il territorio regionale. In linea con le indicazioni del Piano Nazionale Demenze, tali interventi consentiranno di garantire una presa in carico globale del paziente con disturbo cognitivo e dei caregiver formali ed informali e favorire la creazione di un sistema di rete socio-sanitario tra i servizi presenti sul territorio e le associazioni dei familiari. Il Medico di Medicina Generale rappresenta in questo progetto uno snodo fondamentale per promuovere gli interventi proposti e facilitarne la diffusione. In particolare, mediante la diffusione di tali trattamenti, *evidence-based*, in modo uniforme su tutto il territorio regionale si mira a: costruire alleanza terapeutica dalla diagnosi alla presa in carico; mantenere l'autonomia del paziente, ridurre le alterazioni comportamentali e la conseguente prescrizione dei farmaci; ridurre il carico dei caregiver; ridurre i costi indiretti del caregiving; ridurre il tasso di istituzionalizzazione, di ospedalizzazione del paziente, accessi impropri al Pronto Soccorso e Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura. Obiettivo specifico 1: coinvolgimento del paziente e caregiver in tutte le fasi del percorso; uniformare le modalità di comunicazione della diagnosi promozione di adeguati stili di vita. Obiettivo specifico 2: contrastare la progressione del declino cognitivo e sensibilizzazione alla pianificazione delle Disposizioni Anticipate di Trattamento; mantenere l'autonomia funzionale e strumentale nelle attività della vita quotidiana; fornire supporto emotivo e strategie di management dei disturbi e alterazioni comportamentali. Obiettivo specifico 3: piano di formazione regionale, incluso affiancamento e supervisione per gli operatori che effettuano gli interventi psicosociali e psicoeducativi; formazione dei caregiver formali e informali sulla patologia e miglioramento della relazione di caregiving; riduzione del caregiver burden e miglioramento della qualità della vita del paziente e caregiver.

Indicatori di risultato. Numero di operatori dei CDCD che partecipano alla formazione/numero totale operatori CDCD. Numero di pazienti che ricevono almeno un intervento psicoeducazionale negli ultimi sei mesi /numero di pazienti afferenti al CDCD. Numero di CDCD che hanno offerto almeno 1 ciclo completo di corsi psicoeducazionali/numero totale di CDCD regionali su base annua.

INDICE DEGLI AUTORI

Alvino Serena.....	76	Gambardella Antonio.....	63
Amici Serena.....	44	Giampietri Linda.....	59
Ancidoni Antonio.....	10	Gilli Micaela.....	72
Angeloni Rossano.....	26; 37	Giordano Roberta.....	19
Arabia Gennarina.....	63	Gollin Donata.....	66
Bacigalupo Ilaria.....	10	Gragnaniello Daniela.....	15
Baldacci Filippo.....	59	Greco Annarita.....	19
Bartorelli Luisa.....	9	Guarino Maria.....	15
Basso Cristina.....	66	Ivaldi Claudio.....	76
Bellomo Guido.....	10	Izzicupo Fabio.....	26; 37
Bernardi Maria Pompea.....	63	Lacorte Eleonora.....	10
Bessi Valentina.....	29	Lalli Francesco.....	26; 37
Bianchi Caterina.....	3	Landoni Fiammetta.....	3
Boschi Federica.....	49; 71	Leonardi Alessandro.....	76
Bramanti Placido.....	51	Linarello Simona.....	49
Bramato Giulia.....	23	Logroscino Giancarlo.....	23
Calabresi Alessandro.....	44	Logullo Francesco.....	26; 37
Canevelli Marco.....	10	Lombardi Alessandra.....	72
Capasso Andrea.....	19	Lombardo Flavia Lucia.....	10
Capellari Sabina.....	15	Lorenzini Patrizia.....	10
Carletti Cristina.....	26; 37	Lubian Francesca.....	53
Casucci Paola.....	44	Lucchetti Lucio.....	49
Cavallaro Francesco.....	63	Lunardelli Maria Lia.....	49
Cenciarelli Silvia.....	44	Lupinetti Mariacristina.....	74
Chiari Annalisa.....	15	Luzzi Simona.....	26; 37
Ciarrocchi Rosa Angela.....	49	Madrigali Sara.....	39
Cillis Teodosio.....	55	Maggio Marcello.....	15
Cintoli Simona.....	59	Magliotti Mariangela.....	44
Costa Manuela.....	15	Malagù Susanna.....	49
D'Arpa Maurizio.....	51	Mannironi Antonio.....	76
Del Prete Eleonora.....	59	Mannucci Elisa.....	63
Di Costanzo Alfonso.....	17	Marino Ciro.....	19
Di Fiandra Teresa.....	10	Masera Filippo.....	26; 37
di Lorenzo Raffaele.....	63	Matera Antonio.....	30; 55
Di Palma Annalisa.....	19	Mecocci Patrizia.....	44
Dijk Babette.....	76	Melani Carla.....	53
Fabbo Andrea.....	15; 49; 71	Mometto Nicola.....	49
Filardi Marco.....	23	Musio Marco.....	23
Floris Gianluca.....	21	Musso Marco.....	78
Franchi Fabia.....	49; 71	Nardelli Anna.....	15
Gabelli Carlo.....	66	Netti Silvia Tiozzo.....	66
Gagni Giuseppe.....	66	Nicoletti Valentina.....	59

Nicosia Viviana.....	44	Santini Sara.....	32
Notarelli Antonella.....	29; 39	Scalmana Silvia.....	42
Onofrij Marco.....	32	Scarpelli Nando.....	44
Oriunno Antonella.....	17	Sciancalepore Francesco.....	10
Paci Cristina.....	26; 37	Secreto Piero.....	78
Palazzesi Ilaria.....	10	Seganfreddo Monica.....	81
Palummeri Ernesto.....	76	Seminara Paolo.....	63
Panetta Valeria.....	30; 55	Sensi Stefano.....	32
Pardini Matteo.....	76	Severino Carla.....	17
Parnetti Lucilla.....	44	Siciliano Gabriele.....	59
Pelliccioni Giuseppe.....	26	Simoni Marco.....	66
Pesallaccia Martina.....	26; 37	Spadin Patrizia.....	5
Piscopo Paola.....	10	Spallazzi Marco.....	15
Pompili Marco.....	26; 37	Spano Pierangelo.....	66
Possenti Mario.....	7	Spinelli Anna Laura.....	44
Prete Camilla.....	76	Tiraboschi Pietro.....	57
Putzu Valeria.....	84	Tognoni Gloria.....	39; 59
Reno Chiara.....	49	Trequattrini Alberto.....	44
Riolo Antonino.....	65; 77	Turano Pasquale Salvatore.....	49
Ripa Franco.....	78	Vanacore Nicola.....	1; 10
Rizzo Liliana.....	63	Viale Daniela.....	84
Russo Giuseppe.....	76	Vilella Davide.....	23
Russo Mirella.....	32	Zapparoli Alessandra.....	66
Salvi Emanuela.....	10		