

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 19 settembre 2022, n. 1284

DM 23 dicembre 2021 - Riparto Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021/2023 - Approvazione del Piano triennale di attività demenze della Regione Puglia.

L'Assessore, sulla base dell'istruttoria espletata e confermata dalla Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza alle persone in condizioni di fragilità – Assistenza Sociosanitaria e dal Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

Con Accordo siglato il 30 ottobre 2014 la Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni e le Province autonome ha approvato il "Piano nazionale demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (PND). Tale Piano fornisce indicazioni strategiche per la promozione ed il miglioramento degli interventi nel settore, non soltanto con riferimento agli aspetti terapeutici specialistici, ma anche al sostegno e all'accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura.

Con deliberazione 14 luglio 2016, n. 1034 la Giunta regionale ha recepito il citato Accordo. Esso è costituito da quattro obiettivi primari, articolati ciascuno in azioni specifiche a sostegno della propria realizzazione.

Gli obiettivi riguardano:

1. Interventi e misure di politica sanitaria e sociosanitaria tramite un aumento della diffusione delle conoscenze su diagnosi tempestiva, trattamento e assistenza del paziente con demenza; sostenere, tramite la ricerca i progressi delle cure, il miglioramento della qualità di vita dei pazienti e dei loro *carers*; realizzare sistemi di rilevazione epidemiologica finalizzata alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza;
2. Creazione di una rete integrata per le demenze che sia interdisciplinare, con particolare attenzione all'integrazione sociosanitaria e finalizzata alla definizione di PDTA adeguati;
3. Razionalizzazione dell'offerta e miglioramento dell'appropriatezza con definizione di linee guida adeguatamente monitorate nella loro applicazione, e realizzazione di interventi formativi adeguati;
4. Aumento della consapevolezza e, soprattutto, riduzione dello stigma con particolare attenzione ai *caregivers*.

Al fine di dare attuazione alle azioni previste dall'Accordo, la medesima deliberazione rinviava a successivo provvedimento l'istituzione di apposito Gruppo di lavoro specifico per l'adozione di Linee Guida per la promozione di corrette pratiche preventive e clinico-assistenziali, nonché di un documento relativo ai percorsi di cura/percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA).

Il PND ha previsto l'attivazione nel 2015 di un Tavolo di confronto permanente sulle demenze tra il Ministero della salute e le Regioni, che si avvale del contributo scientifico dell'Istituto Superiore di sanità (ISS) nonché di quello delle Associazioni nazionali dei familiari dei pazienti, nell'ambito del quale monitorare il recepimento e l'implementazione del PND e dare avvio ad un lavoro sistematico su questo ambito.

Dal 2015 è operativo un Tavolo per il monitoraggio e l'implementazione del PND con il coordinamento del Ministero della Salute ed in collaborazione con l'ISS. Il predetto Tavolo ha prodotto negli anni 2015-2019 quattro documenti su tematiche di carattere generale così denominati :

- "Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali per le demenze", "Linee di indirizzo Nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze", documenti sanciti con Accordo della Conferenza Unificata nella seduta del 26 ottobre 2017 (Rep.Atti n. 130/CU);
- "Linee di indirizzo nazionali per la costruzione di Comunità amiche delle persone con demenza",

documento sancito con Accordo della Conferenza Unificata nella seduta del 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CU);

- “Raccomandazioni per la governance e la clinica delle persone con demenza”, documento approvato dalla Conferenza delle Regioni delle Province autonome nella seduta del 6 agosto 2020 (Regioni.it 3900 – 10/08/2020).

Nel dicembre del 2020 è stato formalizzato il Tavolo permanente sulle demenze presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria con il compito di:

- monitorare il recepimento del Piano Nazionale delle Demenze, a tal fine individuando specifici indicatori di misurazione per ciascuno degli obiettivi previsti dal piano;
- aggiornare e revisionare con cadenza quinquennale il Piano Nazionale delle Demenze;
- individuare eventuali criticità ed elaborare proposte per il superamento;
- definire indicatori e criteri di qualità per i servizi inclusi nella rete della gestione integrata;
- formulare linee di indirizzo per promuovere corretti approcci nelle fasi di comunicazione della diagnosi, nell’acquisizione del consenso informato e nell’utilizzo degli istituti giuridici;
- valutare gli aspetti etici, quali il tema delle direttive anticipate di trattamento, inclusa la possibilità di accedere alle cure palliative nella fase terminale della malattia;
- promuovere linee di indirizzo a supporto degli operatori coinvolti nell’assistenza e nella tutela delle persone con demenza;
- approfondire le problematiche legate alla specificità delle demenze e all’esordio precoce;
- redigere documenti di approfondimento del Piano Nazionale delle Demenze per la promozione e il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi integrati nel settore delle demenze;
- promuovere linee di indirizzo per il miglioramento della qualità di vita delle persone con demenza, anche attraverso la riduzione dello stigma e l’aumento della consapevolezza della cittadinanza.

Con Decreto della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del 15 giugno 2022 sono stati nominati i componenti del citato Tavolo permanente, tra cui due componenti regionali.

La 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 all’art. 1, comma 330 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 Ministero della Salute 23 dicembre 2021, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 75 del 30 marzo 2022 sono state definite le modalità di riparto tra le Regioni e le Province Autonome del predetto Fondo.

CONSIDERATO che l’allegato 1 del predetto Decreto, alla voce Criteri di riparto, al punto 1.4, prevede che in applicazione del PND le regioni predispongono linee di azione mediante Piani triennali di attività, volti ad affrontare, tra l’altro, 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, quali:

1. potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo neuro-cognitivo (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;
2. diagnosi tempestiva del DNC maggiore;
3. sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali;
4. 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;

5. sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza.

ATTESO che per la Regione Puglia è stato previsto nella tabella riepilogativa dell'allegato 1 al DM uno stanziamento pari a complessivi euro 812.978,25 per il triennio 2021/2023 per finanziare le attività programmate con il piano triennale di attività regionale;

CONSIDERATO che l'assegnazione delle predette risorse è condizionata alla positiva valutazione, da parte del Tavolo permanente sulle demenze del piano triennale di attività delle singole Regioni e Province Autonome da presentare al Ministero della Salute entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto stesso;

CONSIDERATO che la redazione del piano regionale demenze è stata effettuata nel rispetto dei format e delle linee guida messi a disposizione dall'ISS;

PRESO ATTO che fra le diverse alternative fornite dal DM in oggetto, il piano regionale demenze ha privilegiato le linee di intervento 1 e 5 e precisamente:

- AREA 1: Potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo neuro-cognitivo (DNC) minore/(Mild Cognitive Impairment - MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica;
- AREA 5: Sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza;

VISTA la pec del 13/06/2022 con la quale il predetto documento è stato inoltrato alla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, entro il termine previsto dal DM;

VISTA la pec del 27/06/2022 con cui è stato ritrasmesso il predetto documento alla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute;

VISTA la nota della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute 0032523-13/07/2022-DGPRES-MDS-P del 13 luglio 2022 con la quale la Regione Puglia ha avuto notizia dell'approvazione da parte del Tavolo permanente sulle demenze dei piani presentati da tutte le Regioni, inclusa la Puglia;

RITENUTO di poter conseguentemente approvare il piano triennale in questione, al fine di definire gli indirizzi operativi per le Aziende Sanitarie Locali e per il Centro per le malattie neurodegenerative e l'invecchiamento cerebrale dell'Università degli Studi di Bari "Card. G. Panico" – Tricase (Le) coinvolti per la sua attuazione e ripartire le relative risorse da assegnare alle stesse;

RITENUTO pertanto necessario approvare con il documento allegato il Piano triennale di attività sulle demenze di cui al DM 23 dicembre 2021, allegato A – parte integrante e sostanziale del presente atto;

CONSIDERATA la necessità di demandare la realizzazione delle attività declinate nell'allegato A al presente atto alle Aziende Sanitarie Locali ed al Centro per le malattie neurodegenerative e l'invecchiamento cerebrale dell'Università degli Studi di Bari "Card. G. Panico" – Tricase (Le) sotto la direzione del Responsabile Scientifico regionale ivi indicato - con la tempistica, i limiti e gli oneri di rendicontazione previsti nel DM in oggetto, nelle Linee guida (allegato B – parte integrante e sostanziale del presente atto) e nel piano triennale demenze approvato con il presente provvedimento;

PRESO ATTO che l'allegato 1 al DM prevede che la prima parte dell'importo (anno 2021) sarà trasferita alle singole Regioni a seguito della valutazione positiva del piano triennale demenze presentato; la seconda parte dell'importo (anno 2022), è erogata alle singole regioni e province autonome entro il 30 novembre 2022 sulla base di una relazione sulle attività svolte e una rendicontazione attestante l'impegno/spesa di almeno l'80%

della prima quota erogata, da presentare improrogabilmente al Ministero della Salute entro il 31 ottobre 2022. Il saldo, (anno 2023), è erogato entro il 30 novembre 2023 dietro presentazione di una relazione sulle attività svolte e della rendicontazione attestante le spese sostenute, da presentare entro e non oltre il 31 ottobre 2023;

RITENUTO di impegnare pertanto le Aziende Sanitarie Locali ed il Centro per le malattie neurodegenerative e l'invecchiamento cerebrale dell'Università degli Studi di Bari "Card. G. Panico" – Tricase (Le):

- a realizzare le attività di competenza descritte nell'allegato piano triennale di attività (allegato A), per la realizzazione degli obiettivi;
- a porre in essere le attività amministrative di competenza, necessarie alla realizzazione delle attività, adottando con tempestività, in particolare, gli atti di finalizzazione delle somme che saranno trasferite dalla Regione, nel rispetto delle istruzioni regionali e ministeriali, con speciale attenzione alle indicazioni e ai limiti di utilizzo delle risorse di cui alle Linee guida già citate (allegato A al presente atto) relative alla programmazione e rendicontazione finanziaria;
- a rendicontare le attività svolte e le somme impegnate e/o spese per la realizzazione delle attività secondo le indicazioni e la tempistica fissati, in modo da permettere alla Regione di rispettare gli impegni e le scadenze inderogabili previste nel DM in oggetto;

CONSIDERATO l'obbligo previsto nell'allegato 1 al DM per la Regione, e di rimando per le ASL e per il Centro per le malattie neurodegenerative e l'invecchiamento cerebrale dell'Università degli Studi di Bari "Card. G. Panico" – Tricase (Le) che ricevono tramite essa il finanziamento delle attività, di restituire le somme corrisposte e non spese, secondo modalità e tempi che saranno comunicati per iscritto dal Ministero della Salute;

RITENUTO di demandare ai Direttori Generali la responsabilità nei confronti della Regione delle attività amministrative di gestione e rendicontazione delle risorse assegnate alle ASL ed al Centro per le malattie neurodegenerative e l'invecchiamento cerebrale dell'Università degli Studi di Bari "Card. G. Panico" – Tricase (Le) per la realizzazione delle attività del Piano triennale demenze;

PRECISATO che la presente deliberazione non comporta oneri di spesa a carico del bilancio regionale in quanto la copertura finanziaria troverà titolo giuridico nelle assegnazioni che verranno effettuate dal Ministero in base al D.M. 23 dicembre 2021

L'Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi della L.R. n. 7/97, art. 4, lett. K., propone alla Giunta:

- di prendere atto delle premesse che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di approvare l'allegato A al presente provvedimento, a farne parte integrante e sostanziale, contenente 1) il Piano triennale di attività del Fondo per l'Alzheimer e demenze della Regione Puglia di cui al DM 23 dicembre 2021 2) "Guida alla redazione dei piani di attività di Regioni e Province autonome (Fondo per l'Alzheimer e le demenze);
- di precisare che le Unità operative coinvolte nella realizzazione delle attività devono attenersi alle indicazioni operative contenute nell'allegato A al presente provvedimento parte relativa a "Guida alla redazione dei piani di attività di regioni e province autonome (Fondo per l'Alzheimer e le demenze);
- di prendere atto che il finanziamento assegnato alla Regione Puglia per la realizzazione delle attività ivi previste è pari a complessivi euro 812.978,25 per il triennio 2021/2023;
- di demandare alle Aziende Sanitarie Locali ed al Centro per le malattie neurodegenerative e l'invecchiamento cerebrale dell'Università degli Studi di Bari "Card. G. Panico" – Tricase (Le), in qualità di Unità Operative interessate alla realizzazione del Piano, le attività di competenza declinate nell'allegato A al presente atto per la realizzazione degli obiettivi ivi sviluppati;

- di impegnare le Aziende Sanitarie Locali ed il Centro per le malattie neurodegenerative e l'invecchiamento cerebrale dell'Università degli Studi di Bari "Card. G. Panico" – Tricase (Le) a:
 - realizzare le attività di competenza descritte nell'allegato piano triennale di attività;
 - a porre in essere le attività amministrative di competenza, necessarie alla realizzazione delle attività, adottando con tempestività, in particolare, gli atti di finalizzazione delle somme che saranno trasferite dalla Regione, nel rispetto delle istruzioni regionali e ministeriali, con speciale attenzione alle indicazioni e ai limiti di utilizzo delle risorse di cui alla Guida alla redazione dei piani di attività in relazione alla programmazione e rendicontazione finanziaria;
 - a rendicontare le attività svolte e le somme impegnate e/o spese per la realizzazione delle attività secondo le indicazioni e la tempistica fissati, in modo da permettere alla Regione di rispettare gli impegni e le scadenze inderogabili previste nel DM in oggetto;
- di demandare ai Direttori Generali la responsabilità nei confronti della Regione delle attività amministrative di gestione e rendicontazione delle risorse assegnate alle ASL ed al Centro per le malattie neurodegenerative e l'invecchiamento cerebrale dell'Università degli Studi di Bari "Card. G. Panico" – Tricase (Le) per la realizzazione delle attività del piano triennale in oggetto;
- di disporre che il presente atto sia notificato al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità, ai Direttori Generali delle ASL e del Centro per le malattie neurodegenerative e l'invecchiamento cerebrale dell'Università degli Studi di Bari "Card. G. Panico" – Tricase (Le) coinvolti nella realizzazione del progetto;
- di disporre di pubblicare il presente provvedimento sul B.U.R.P., sul sito istituzionale regionale e su www.sistema.puglia.it

**VERIFICA AI SENSI DEL D.LGS. N. 196/2003 E DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016
GARANZIE DI RISERVATEZZA**

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo sul sito Istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Valutazione di impatto di genere

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della DGR n. 302 del 07/03/2022.

L'impatto di genere stimato è:

diretto

indiretto

neutro

“COPERTURA FINANZIARIA DI CUI AL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II ”

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio Regionale.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio affidato è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto, ai fini

dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Dirigente del Servizio Strategia e Governo dell'Assistenza alle Persone
in condizioni di Fragilità – Assistenza Sociosanitaria
(Elena Memeo)

Il Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta
(Mauro Nicaastro)

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere, sulla proposta di delibera, osservazioni, ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.443/2015.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA
SALUTE E BENESSERE ANIMALE
(Vito Montanaro)

L'ASSESSORE
(Rocco Palese)

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema dalla Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza alle persone in condizioni di fragilità - Assistenza sociosanitaria e confermata dal Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di prendere atto delle premesse che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di approvare l'allegato A al presente provvedimento, a farne parte integrante e sostanziale, contenente 1) il Piano triennale di attività del Fondo per l'Alzheimer e demenze della Regione Puglia di cui al DM 23 dicembre 2021 2) "Guida alla redazione dei piani di attività di Regioni e Province autonome (Fondo per l'Alzheimer e le demenze);
- di precisare che le Unità operative coinvolte nella realizzazione delle attività devono attenersi alle indicazioni operative contenute nell'allegato A al presente provvedimento parte relativa a "Guida alla redazione dei piani di attività di regioni e province autonome (Fondo per l'Alzheimer e le demenze);
- di prendere atto che il finanziamento assegnato alla Regione Puglia per la realizzazione delle attività ivi previste è pari a complessivi euro 812.978,25 per il triennio 2021/2023;
- di demandare alle Aziende Sanitarie Locali ed al Centro per le malattie neurodegenerative e l'invecchiamento cerebrale dell'Università degli Studi di Bari "Card. G. Panico" – Tricase (Le), in qualità di Unità Operative interessate alla realizzazione del Piano, le attività di competenza declinate nell'allegato A al presente atto per la realizzazione degli obiettivi ivi sviluppati;

- di impegnare le Aziende Sanitarie Locali ed il Centro per le malattie neurodegenerative e l'invecchiamento cerebrale dell'Università degli Studi di Bari "Card. G. Panico" – Tricase (Le) a:
 - realizzare le attività di competenza descritte nell'allegato piano triennale di attività;
 - a porre in essere le attività amministrative di competenza, necessarie alla realizzazione delle attività, adottando con tempestività, in particolare, gli atti di finalizzazione delle somme che saranno trasferite dalla Regione, nel rispetto delle istruzioni regionali e ministeriali, con speciale attenzione alle indicazioni e ai limiti di utilizzo delle risorse di cui alla Guida alla redazione dei piani di attività in relazione alla programmazione e rendicontazione finanziaria;
 - a rendicontare le attività svolte e le somme impegnate e/o spese per la realizzazione delle attività secondo le indicazioni e la tempistica fissati, in modo da permettere alla Regione di rispettare gli impegni e le scadenze inderogabili previste nel DM in oggetto;
- di demandare ai Direttori Generali la responsabilità nei confronti della Regione delle attività amministrative di gestione e rendicontazione delle risorse assegnate alle ASL ed al Centro per le malattie neurodegenerative e l'invecchiamento cerebrale dell'Università degli Studi di Bari "Card. G. Panico" – Tricase (Le) per la realizzazione delle attività del piano triennale in oggetto;
- di disporre che il presente atto sia notificato al Ministero della Salute, all' Istituto Superiore di Sanità, ai Direttori Generali delle ASL e del Centro per le malattie neurodegenerative e l'invecchiamento cerebrale dell'Università degli Studi di Bari "Card. G. Panico" – Tricase (Le) coinvolti nella realizzazione del progetto;
- di disporre di pubblicare il presente provvedimento sul B.U.R.P., sul sito istituzionale regionale e su www.sistema.puglia.it

Il Segretario della Giunta

ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO



REGIONE PUGLIA

Fondo per l'Alzheimer e demenze

Piano Triennale di Attività

DATI GENERALI

Regione: PUGLIA

Enti partecipanti:

- Regione Puglia Servizio strategie e governo assistenza alle persone in condizioni di fragilità;
- Dipartimento di Ricerca clinica in neurologia UOC Malattie Neurodegenerative – Osp. Card. G. Panico di Tricase (Centro di riferimento di Regione Puglia per le Malattie Neurodegenerative e l’Invecchiamento Cerebrale Delibera Regione Puglia n. 1015/2016);

Area progettuale:

- **AREA 1:** Potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neuro-cognitivo (DNC) minore/MCI e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica;
- **AREA 5:** Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza.

Regioni /Province Autonome coinvolte:

ASL Bari, ASL BAT (Barletta - Andria – Trani), ASL Brindisi, ASL Foggia, ASL Lecce, ASL Taranto

Risorse:

- Totale annualità: Euro 270.992,75

- Totale triennio Euro 812.978,25

Referente Assessorato alla Salute Regione Puglia:

Dott.ssa Elena Memeo

Dirigente Servizio strategie e governo assistenza alle persone in condizioni di fragilità

Tel. 0805403113 – E-mail: e.memeo@regione.puglia.it

Referente scientifico:

Prof. Giancarlo Logroscino

Prof. Ordinario di Neurologia - Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze e Organi di Senso;

Direttore Centro per le Malattie Neurodegenerative e l’Invecchiamento Cerebrale – Uniba/Pia Fond. Card.

G. Panico – Tricase (Le)

tel: +39 0833773904 E-mail: giancarlo.logroscino@uniba.it

Allegato 1

ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO

AREE PROGETTUALI

1: Potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neuro-cognitivo (DNC) minore/MCI e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica.

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

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

Il Disturbo Neurocognitivo Minore (DNCMn), anche noto come Mild Cognitive Impairment (MCI) 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. Il deterioramento cognitivo è evidente per la persona che lo sperimenta e per chi interagisce con lei; tuttavia, non risulta sufficientemente grave da limitare il soggetto nello svolgimento delle attività di vita quotidiana. Studi di follow-up a lungo termine, indagini su pazienti con MCI di lunga data e studi su biomarcatori di neurodegenerazione hanno fornito prove coerenti che il MCI rappresenta un'entità prodromica allo sviluppo di un franco quadro di Disturbo Neurocognitivo maggiore (DNCMg). Il quadro sintomatologico evolve in vari stadi, da preclinico a clinico, con vari livelli di gravità, e può sottendere eziopatogenesi diverse: Malattia di Alzheimer (Alzheimer disease, AD), Demenza Vascolare, Demenza in Malattia di Parkinson (Parkinson disease PD), Demenza a Corpi di Lewy (Dementia Levy Body Dementia, DLB), Demenza Frontotemporale (Frontotemporal Dementia, FTD) o mista. Sebbene negli ultimi 10-15 anni sia stato fatto un grande sforzo per individuare terapie farmacologiche in grado di rallentare il declino cognitivo nei soggetti con MCI, ad oggi non esiste un trattamento farmacologico raccomandato. L'unica opzione terapeutica classificata come "Disease Modifying Therapy" (DMT, per una forma di DNC a eziologia neurodegenerativa da AD, è stata recentemente approvata negli Stati Uniti (Aducanumab, nome commerciale Adulhem, prodotto da Biogen) ma non ha ricevuto l'approvazione dell'EMA e non è pertanto disponibile in Europa.

D'altro canto, un crescente corpo di letteratura scientifica ha evidenziato i benefici apportati da interventi non-farmacologici multi-dominio, quali dieta, training cognitivo, esercizio fisico e monitoraggio del rischio cardiovascolare, nel migliorare il funzionamento cognitivo globale, le funzioni esecutive e la meta-memoria.

In conformità a quanto sopra descritto, emerge che la precoce individuazione del MCI 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 MCI, 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 progetto permetterà inoltre di definire un sistema sanitario regionale preparato al tempestivo inserimento di DMT per i soggetti con MCI e DNCMg che, al di là dell'attuale stato di fermo determinato dallo stop di EMA, si prevede saranno disponibili in Europa a partire dal 2025 essendoci nuove DMT che hanno terminato o sono prossime a terminare trial di fase 3.

Oltre alle ASL Pugliesi saranno coinvolti nel progetto anche gli Ospedali privati regionali classificati (Pia Fond. Card. Panico, Osp. Miulli) e IRCCS San Giovanni Rotondo.

Il progetto si propone di sviluppare attività nelle linee progettuali 1 e 5.

Linea 1 Potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neuro-cognitivo (DNC) minore/MCI e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica

OS1: Campagna d'informazione e sensibilizzazione rivolta ai medici di medicina generale (MMG), atta a migliorare il processo di individuazione di soggetti con possibile DNCMn/MCI. La campagna sarà indirizzata a tutti i MMG, già coinvolti nell'invio dei soggetti con deficit cognitivi ai Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) afferenti alle sei Aziende Sanitarie Locali (ASL) di Regione Puglia. Saranno organizzati eventi ECM sull'identificazione precoce di segni e sintomi associati al MCI, sarà suggerito di utilizzare uno strumento di screening standardizzato (i.e. la versione italiana del General Practitioner Assessment of Cognition Score, GPCOG) e sarà chiesto di condividere con i CDCD di riferimento le informazioni clinico-anamnestiche degli assistiti con sospetto di MCI.

OS2: 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 MCI e DNCMg.

OS3: Creazione di un protocollo clinico di valutazione, diagnosi, follow-up e quantificazione del rischio per il MCI, condiviso e standardizzato per tutti i CDCD di Regione Puglia. Questo obiettivo sarà raggiunto omogeneizzando gli 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.

OS4: Organizzazione e conduzione di Webinar e corsi FAD rivolti alle figure sanitarie che prestano servizio nei CDCD delle sei ASL di Regione Puglia. Si tratterà di corsi di aggiornamento professionale e formazione permanente su temi specifici, quali strumenti per la diagnosi precoce, scale di valutazione del rischio, management territoriale dei soggetti affetti da MCI.

OS5: Sviluppo di una piattaforma per la raccolta dei dati risultanti dal protocollo clinico e di valutazione del rischio sviluppato nell'OS3 e da implementare in ciascun'azienda sanitaria locale. L'intera raccolta dati sarà finalizzata alla creazione di un minimum dataset del MCI, per ottenere informazioni precise sul flusso regionale, al fine di calcolarne prevalenza e incidenza a due anni dall'inizio del progetto. La piattaforma avrà una "control room" gestita dal coordinamento scientifico individuato da Regione Puglia.

Soluzioni e interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche.

WP1 - Formazione e Sensibilizzazione MMG.

Per sostanziare il ruolo dei MMG nell'individuazione di soggetti con possibile MCI, è prevista l'organizzazione e conduzione di tre Webinar (accreditati ECM), in collaborazione con l'Ordine dei Medici di Regione Puglia e le UOC delle Cure Primarie, tenuti da personale sanitario e/o ricercatori con documentata esperienza nella diagnosi precoce e nella gestione del soggetto MCI. Tali eventi formativi riguarderanno strumenti clinici e diagnostici per la diagnosi precoce di MCI, training specifici sulla somministrazione di test di screening, percorsi diagnostici-terapeutici presso i CDCD, rete assistenziale territoriale per l'assistenza dei soggetti affetti da MCI o DNCMg. È inoltre previsto, unicamente per i MMG afferenti al comune di Tricase (Lecce), uno /due eventi formativo in presenza.

WP2 - Survey competenze CDCD.

Sarà eseguita un'indagine conoscitiva (survey) presso i CDCD ($n=31$, dati ISS) afferenti alle sei ASL di Regione Puglia, volta a indagare: a) disponibilità di competenze e figure sanitarie coinvolte nel processo di diagnosi e cura dei soggetti con MCI e DNCMg; b) scale cliniche e test neuropsicologici somministrati nel work-up clinico e diagnostico dei soggetti con sospetto MCI e c) flusso annuale di pazienti con diagnosi di MCI e DNCMg

WP3 - Protocollo clinico di valutazione, diagnosi, follow-up condiviso

Un gruppo multidisciplinare regionale, sulla base dei criteri diagnostici del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 5° edizione (DSM-V) e della più recente letteratura scientifica, formulerà un protocollo clinico, condiviso e standardizzato, per la valutazione del rischio, l'orientamento diagnostico e il follow-up dei soggetti affetti da MCI, in sintonia con il gruppo interregionale che è coinvolto sulla linea 1. Particolare importanza sarà data alla rilevazione dell'intervallo temporale fra la comparsa del primo sintomo e la diagnosi di MCI essendo questo un indicatore della qualità del protocollo clinico e miglioramento del processo diagnostico in fase precoce. La *valutazione del rischio* sarà condotta indagando il rischio cardiovascolare (Framingham Risk Score, FRS), lo stato nutrizionale e il pattern alimentare (Mini Nutritional Assessment – MNA, Food Frequency Questionnaire – FFQ), l'attività fisica (International Physical Activity Questionnaire – IPAQ, Physical Activity Scale for the Elderly – PASE), il sonno (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) e l'isolamento sociale/solitudine (Italian Loneliness Scale, ILS) e status socio-economico (Socio Economic Status Scale, SESS) . Sarà altresì calcolato uno score di rischio di sviluppare demenza (Cardiovascular Risk Factors, Aging, and Incidence of Dementia –CAIDE, Australian National University Alzheimer's Disease Risk Index – ANU-ADRI, Lifestyle for BRAin Health – LIBRA). L'*orientamento diagnostico* verrà formulato sulla base della raccolta anamnestica, dell'esame obiettivo e del profilo cognitivo emerso dai test neuropsicologici. È previsto l'utilizzo dei seguenti test per la valutazione neuropsicologica Mini Mental state Examination (MMSE), Digit span, Test di Corsi, 15 parole di Rey, Fig.complessa di Rey-Osterreith (copia e richiamo), Memoria di Prosa. Trail Making Test (TMT-A, TMT-B), Test delle Matrici Attentive, Test di Stroop, Denominazione visiva, Fluenza verbale (fonemica e semantica), Frontal Assessment Battery (FAB), Matrici Progressive di Raven, Test dell'Orologio, Weigl's Sorting, Test di Copia con e Senza Elementi di Programmazione, Copia di disegni Spinnler e Tognoni. Tale approccio permetterà sia una stratificazione dei soggetti con DNCMg in base al livello di gravità del declino cognitivo (i.e. "lieve", "moderato" o "severo" in base ai punteggi del MMSE) sia una stratificazione del livello di gravità del declino cognitivo nei soggetti con MCI in base alla tassonomia descritta da Petersen & Winblad (MCI singolo dominio o multi-dominio). Inoltre, le alterazioni cognitive e comportamentali emerse nel protocollo valutativo di cui sopra permetteranno, in accordo ai criteri clinici del DSM-V e alle più recenti linee guida disponibili in letteratura, di classificare in i pazienti in base all'eziopatogenesi sottostante in MCI da Malattia di Alzheimer (MCI-AD, (Albert et al. 2011)), MCI-Vascolare (Harrison et al., 2016), MCI da Malattia di Parkinson (MCI-PD, Litvan et al. 2012), MCI a Corpi di Lewy, (MCI-DLB, McKeith et al. 2020) e MCI Frontotemporale (MCI-FTD, Benussi et al. 2021). In base al sospetto diagnostico formulato è prevista l'esecuzione d'indagini di II e/o III livello (i.e. imaging, genetica e biomarcatori di neurodegenerazione) presso un centro di alta specializzazione presente sul territorio, Il *follow-up* sarà pianificato sulla base del profilo individuale di rischio e dell'orientamento diagnostico. Sarà promossa l'interazione con Centri territoriali ad alta specializzazione per approfondimenti diagnostici, qualora necessari.

WP4 - Formazione personale CDCD.

Organizzazione e conduzione di quattro Webinar (accreditati ECM) e di due eventi formativi in presenza per ognuna delle sei ASL. Gli eventi formativi saranno rivolti a medici (neurologi e geriatri) e neuropsicologi e riguarderanno aggiornamenti specifici su: a) scale cliniche e diagnostiche per la diagnosi precoce di MCI; b) scale cliniche e questionari per la valutazione multidimensionale del rischio; c) management dei soggetti affetti da MCI. Sarà altresì pianificata una survey di follow-up, per monitorare l'applicazione del protocollo di valutazione del rischio, diagnosi e follow-up, l'inserimento dati nella piattaforma dedicata, il miglioramento dell'approccio diagnostico e della presa in carico.

WP5 - Creazione di un sito/Piattaforma online per raccolta dati.

Come previsto dal PND, sarà importante creare un "network" di tutte le strutture coinvolte nel percorso del paziente con MCI e DNCMg. Pertanto, si prevede la creazione e implementazione di un sito web/piattaforma online per la raccolta di dati clinici, funzionali, neuropsicologici e di valutazione di rischio omogeneizzati presso tutti i CDCD di Regione Puglia nel WP3.

L'accesso alla piattaforma sarà effettuato tramite credenziali univoche, utente-specifiche. L'utente sarà abilitato alla visualizzazione e modifica del dataset relativo al proprio CDCD e avrà possibilità di visualizzare le statistiche descrittive del CDCD di afferenza. I dati raccolti mediante il WP3 saranno impiegati per ottenere informazioni dettagliate relative al flusso regionale del MCI nel sistema dell'assistenza regionale, finalizzate alla diagnosi, cura e gestione dei DNC.

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

- Regione Puglia Servizio strategie e governo assistenza alle persone in condizioni di fragilità;
- Dipartimento di Ricerca clinica in neurologia UOC Malattie Neurodegenerative – Osp. Card. G. Panico di Tricase (Centro di riferimento di Regione Puglia per le Malattie Neurodegenerative e l'Invecchiamento Cerebrale Delibera Regione Puglia n. 1015/2016);
- ASL Pugliesi (Bari, BAT, Foggia, Taranto, Brindisi, Lecce)

Atti regionali di riferimento: Delibera Direttore Generale della ASL Lecce n. 984 del 20.04.2017: Istituzione della Rete Aziendale dei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD).

*Elementi di fattibilità, criticità e innovatività delle soluzioni e degli interventi proposti***WP1 - Formazione e Sensibilizzazione MMG.**

Il coinvolgimento dei MMG avverrà con modalità Webinar (n=3), che consentirà la formazione su ampia scala. Unicamente per i MMG afferenti al Comune di Tricase, è previsto anche un corso formativo in presenza. È atteso che l'introduzione di una valutazione neurocognitiva di base all'interno dell'ambulatorio dei MMG avrà una ricaduta positiva, in termini di sensibilizzazione, sull'intera comunità. Ne conseguirà l'aumento del numero di diagnosi di MCI e la riduzione del ritardo diagnostico medio.

WP2 - Survey competenze CDCD.

Ad ogni ASL verrà richiesta una descrizione puntuale di ogni CDCD di pertinenza, in termini di flusso di pazienti, figure professionali disponibili, strumenti diagnostici utilizzati, rapporti con Centri territoriali ad alta specializzazione. Tale survey rappresenterà il primo step per la pianificazione di interventi ottimali per l'implementazione dei CDCD, per l'abbattimento di differenze territoriali, per la creazione di una rete di interazione e per lo sviluppo di un protocollo di valutazione, diagnosi e follow-up.

WP3 - Protocollo clinico di valutazione, diagnosi, follow-up condiviso

Lo sviluppo di un protocollo condiviso vedrà il coinvolgimento di specialisti diversi e rappresentativi dei diversi CDCD. Le competenze specialistiche di ogni figura professionale coinvolta saranno tutelate e potenziate, attraverso una rete di interazione che faciliterà la condivisione di expertise, lo scambio di informazioni scientifiche aggiornate, la collaborazione con altri Centri territoriali. Mediante la valutazione del rischio sarà inoltre possibile promuovere interventi non farmacologici personalizzati potenzialmente in grado di rallentare l'evoluzione a DNCMg

WP4 - Formazione personale CDCD.

Il coinvolgimento di medici e neuropsicologi dei CDCD avverrà con modalità Webinar (n=4), in modo da consentire la formazione su ampia scala. Sono altresì previsti 2 corsi di aggiornamento in presenza per ognuna delle sei ASL. La definizione di una base di conoscenza condivisa inerente la diagnosi e la caratterizzazione del rischio del soggetto con MCI favorirà la diagnosi precoce di tale condizione.

WP5 - Creazione di un sito/Piattaforma online per raccolta dati.

La piattaforma, facilmente compilabile da ogni professionista nell'ambito delle valutazioni presso il CDCD, consentirà, da un lato, la disponibilità ordinata e facilmente consultabile di dati dei singoli pazienti, per confronti nel tempo; dall'altro la creazione di un database unico e condiviso per studi di epidemiologia clinica nei CDCD, per indagare costi economici e sociali della condizione di MCI, per sviluppare modelli predittivi attraverso imaging avanzato.

Trasferibilità delle soluzioni e degli interventi proposti ed eventuali collaborazioni con realtà extraregionali

Nel progetto sono coinvolte tutte le Aziende Sanitarie della Regione Puglia: ASL Bari, ASL BAT (Barletta - Andria - Trani) ASL Brindisi, ASL Foggia, ASL Lecce, ASL Taranto.

Uno studio pilota, relativo al WP1, riguarderà i MMG del Comune di Tricase, che saranno invitati a eventi in presenza di sensibilizzazione per l'identificazione precoce dei soggetti con possibile declino cognitivo e di formazione sugli strumenti di screening da utilizzare. Al fine di comparare l'efficacia dei diversi strumenti di screening per il declino cognitivo per i MMG, ai soli MMG afferenti al comune di Tricase sarà suggerito di utilizzare il TYM (Test Your Memory, Barulli MR. et al., 2021) come uno strumento di screening e saranno erogati training specifici per la somministrazione e interpretazione del test.

Linea 5 Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza

OS1: Creazione 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

OS2: Valutazione, implementazione e monitoraggio di interventi multidominio sui fattori di rischio modificabili estensivamente analizzati nel OS3-Linea 1 e sulla base della letteratura scientifica di riferimento prestando particolare attenzione alle macroaree di dieta, attività fisica e igiene del sonno.

OS3: Attuazione di interventi di tipo psico-educazionale per fornire una maggiore e migliore conoscenza della patologia e delle possibili difficoltà che il paziente e il caregiver potrebbero sperimentare nel decorso.

Questo step mira, inoltre, a modificare le false credenze/stigmi sociali riguardo la malattia. Gli interventi psico-sociali offriranno possibilità di socializzazione e inclusione, andando a ridurre i rischi di isolamento sociale e favorire una maggiore stimolazione mentale per il soggetto. Il soggetto erogatore dell'intervento dovrà gestire tutte le fasi di questo progetto pilota inclusa la valutazione pre e post intervento del profilo clinico/neuropsicologico e sullo status di qualità della vita di paziente, caregiver e nucleo familiare.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

WP1 - Stimolazione cognitiva e training cognitivo (diffusione sul territorio pugliese di trattamenti basati sulla stimolazione cognitiva/training cognitivi).

Per la stimolazione e il potenziamento delle varie domini cognitivi (attenzione, linguaggio, memoria, funzioni esecutive, orientamento temporale, spaziale e memoria topografica, percezione e riconoscimento), verrà utilizzato un training computerizzato con la possibilità di personalizzare il protocollo in base alle caratteristiche del soggetto, al suo grado di compromissione cognitiva e alle sue capacità funzionali residue.

WP2 - Interventi multidisciplinari su dieta, attività fisica e sonno (valutazione e diffusione sul territorio di trattamenti multispecialistici).

Saranno eseguite valutazioni e interventi multidisciplinari, attraverso l'uso di scale specifiche, dei vari fattori di rischio modificabili nei DNCMn e DNCMg e i soggetti saranno monitorati longitudinalmente per la rilevazione di cambiamenti e l'attuazione di cambiamenti nei piani terapeutici inizialmente indicati.

WP3 - Interventi psico-educazionali e psico-sociali rivolti ai pazienti e ai loro caregivers

Saranno messi a disposizione interventi psicoeducazionali e psicosociali, rivolti sia alla persona con MCI che al caregiver, attraverso l'attuazione di protocolli strutturati validati dalle più recenti evidenze scientifiche. In particolare, si prevede di sviluppare un intervento psicosociale a bassa soglia mirato ad accrescere il livello di consapevolezza sulla patologia, sui fattori di rischio potenzialmente modificabili associati all'MCI, sul concetto di "active aging" e sul ruolo di caregiver, aiutando allo stesso tempo a mantenere la funzionalità emotivo-sociale e cognitivo-comportamentale e contrastando al contempo l'isolamento sociale

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

- Regione Puglia Servizio strategie e governo assistenza alle persone in condizioni di fragilità;
- Dipartimento di Ricerca clinica in neurologia UOC Malattie Neurodegenerative – Osp. Card. G. Panico di Tricase (Centro di riferimento di Regione Puglia per le Malattie Neurodegenerative e l'Invecchiamento Cerebrale Delibera Regione Puglia n. 1015/2016);
- ASL Pugliesi: Lecce (OS1, OS2), Bari (OS3)
- Altri servizi territoriali per le demenze (cooperative sociali, centri diurni, comunità amiche)

Atti regionali di riferimento: Delibera Direttore Generale della ASL Lecce n. 984 del 20.04.2017: Istituzione della Rete Aziendale dei Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)

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

WP1 - Stimolazione cognitiva e training cognitivo (diffusione sul territorio pugliese di trattamenti basati sulla stimolazione cognitiva/training cognitivo).

L'implementazione di un modello condiviso e trasferibile di stimolazione e training cognitivi, anche attraverso l'introduzione di software computerizzati, consentirà una maggiore diffusione nei servizi territoriali e un più facile e ampio accesso, per gli utenti, a interventi non-farmacologici in grado potenzialmente di stabilizzare il profilo cognitivo in soggetti con DNCMn e DNCMg.

WP2 - Interventi multidisciplinari su dieta, attività fisica e sonno (valutazione e diffusione sul territorio di trattamenti multispecialistici).

Numerose sono le evidenze scientifiche riguardo i potenziali fattori di rischio correlati ai disturbi cognitivi e alle demenze. L'implementazione nei servizi territoriali di interventi multidisciplinari in fasi precoci della malattia rivestirà un ruolo critico nella riduzione del rischio di conversione in demenza o nel rallentamento del decorso della patologia, con un potenziale impatto significativo sulla qualità di vita dei soggetti stessi, dei loro familiari, sui tassi di ospedalizzazione e quindi sulle spese sanitarie nazionali.

WP3 - Interventi psico-educazionali e psico-sociali rivolti ai pazienti e ai loro caregivers

Lo sviluppo di un protocollo di interventi multidisciplinari, psico-educazionali e psico-sociali vedrà il coinvolgimento di specialisti diversi. Lo studio pilota permetterà di stabilire una base scientifica per la diffusione nei servizi territoriali di tali interventi, attuati sulla base delle conoscenze scientifiche e attraverso una rete di interazione che faciliterà la condivisione di expertise, lo scambio di informazioni scientifiche aggiornate e le collaborazioni multicentriche, rappresenta una attività innovativa nella Regione Puglia con il potenziamento di servizi più capillarmente diffusi e permetterà in futuro, di uniformare l'intervento in tutto il territorio regionale. Questi interventi hanno il potenziale di migliorare la qualità della vita delle persone con demenza e dei loro familiari supportando il loro empowerment e riducendo lo stigma attraverso l'ampliamento delle "Comunità Amiche" presenti nel territorio e la loro integrazione nelle reti dei Comuni di appartenenza. Inoltre, permettono di contrastare attivamente i danni collaterali connessi al disturbo neurocognitivo lieve come l'isolamento sociale, le assenze prolungate a lavoro e la perdita della normale funzionalità in ambito lavorativo, familiare e sociale.

Trasferibilità delle soluzioni e degli interventi proposti ed eventuali collaborazioni con realtà extraregionali

Nel progetto sono coinvolte le Aziende Sanitarie Locali di Bari, BAT e Lecce

Relativamente agli interventi di stimolazione cognitiva (OS1) sarà condotto uno studio pilota su 40 soggetti con MCI afferenti all'ASL LE della durata di 12 mesi.

Relativamente agli interventi multidominio su dieta/pattern alimentare, igiene del sonno e promozione di attività fisica (OS2) sarà condotto uno studio pilota su 80 soggetti con MCI afferenti all'ASL Lecce della durata di 12 mesi.

Relativamente agli interventi di stimolazione cognitiva e training cognitivo, psico-educazionali e psico-sociali (OS3), sarà condotto uno studio pilota su 40 soggetti con MCI afferenti alle ASL Bari della durata di 12 mesi.

Allegato 2

DESCRIZIONE LINEE ATTIVITA' (OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI)

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

OBIETTIVO GENERALE 1: Potenziamento della diagnosi precoce di MCI e identificazione di un profilo di rischio individuale

Razionale e descrizione dell'obiettivo

L'identificazione precoce dei soggetti affetti MCI risulta di primaria importanza, per porre in atto interventi diretti ai fattori di rischio modificabili e in grado di rallentare il declino cognitivo, nella indisponibilità attuale di terapia farmacologiche in grado di modificare il decorso della patologia. La caratterizzazione e implementazione dei CDCD regionali, la promozione di una rete tra CDCD e il coinvolgimento di Centri territoriali ad alta specializzazione, l'identificazione di un profilo di rischio individuale e di un piano diagnostico-terapeutico-assistenziale condiviso favoriranno la presa in carico ottimale dei soggetti affetti da MCI e consentiranno una migliore caratterizzazione della patologia, del suo decorso, delle sue implicazioni economiche e sociali.

Evidenze

- Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413-446. doi:10.1016/S0140-6736(20)30367-6
- Ranson JM, Rittman T, Hayat S, et al. Modifiable risk factors for dementia and dementia risk profiling. A user manual for Brain Health Services-part 2 of 6. *Alzheimers Res Ther*. 2021;13(1):169. Published 2021 Oct 11. doi:10.1186/s13195-021-00895-4
- Huang X, Zhao X, Li B, et al. Comparative efficacy of various exercise interventions on cognitive function in patients with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review and network meta-analysis. *J Sport Health Sci*. 2022;11(2):212-223. doi:10.1016/j.jshs.2021.05.003
- Anstey KJ, Zheng L, Peters R, et al. Dementia Risk Scores and Their Role in the Implementation of Risk Reduction Guidelines. *Front Neurol*. 2022;12:765454. doi:[10.3389/fneur.2021.765454](https://doi.org/10.3389/fneur.2021.765454)
- Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, et al. Mild cognitive impairment--beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med*. 2004;256(3):240-246. doi:[10.1111/j.1365-2796.2004.01380.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01380.x)
- Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):270-279. doi:[10.1016/j.jalz.2011.03.008](https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.008)
- Litvan I, Goldman JG, Tröster AI, et al. Diagnostic criteria for mild cognitive impairment in Parkinson's disease: Movement Disorder Society Task Force guidelines. *Mov Disord*. 2012;27(3):349-356. doi:[10.1002/mds.24893](https://doi.org/10.1002/mds.24893)
- McKeith IG, Ferman TJ, Thomas AJ, et al. Research criteria for the diagnosis of prodromal dementia with Lewy bodies. *Neurology*. 2020;94(17):743-755. doi:[10.1212/WNL.0000000000009323](https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000009323)
- Harrison SL, Tang EYH, Keage HAD, et al. A Systematic Review of the Definitions of Vascular Cognitive Impairment, No Dementia in Cohort Studies. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2016;42(1-2):69-79. doi:[10.1159/000448213](https://doi.org/10.1159/000448213)
- Benussi A, Alberici A, Samra K, et al. Conceptual framework for the definition of preclinical and prodromal frontotemporal dementia. *Alzheimers Dement*. Published online December 7, 2021. doi:[10.1002/alz.12485](https://doi.org/10.1002/alz.12485)

Target

Soggetti con sospetto MCI, segnalati ai CDCD dai MMG e/o da specialisti territoriali o ospedalieri.

Setting

Ambulatori dei MMG, ASL e CDCD regionali, Centri territoriali ad alta specializzazione

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Informazione e sensibilizzazione dei MMG

Attività previste: seminari e webinar di discussione e aggiornamento, tenuti da specialisti esperti nella diagnosi dei disordini cognitivi, per condividere strumenti di valutazione rapidi e protocolli di follow-up o approfondimento diagnostico presso i CDCD.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Survey dei CDCD

Attività previste: formulazione di una survey, inviata per compilazione a ogni CDCD dalle ASL regionali di competenza, inerente bacino di utenza, figure professionali, strumenti diagnostici, flusso di pazienti, criticità e suggerimenti per la loro implementazione. Webinar e corsi di aggiornamento per i professionisti dei CDCD.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Protocollo clinico di valutazione, diagnosi, follow-up

Attività previste: formazione di un'equipe multidisciplinare, rappresentativa dei diversi CDCD, per la realizzazione di un protocollo condiviso di valutazione del rischio, diagnosi e follow-up

OBIETTIVO SPECIFICO 4:

Attività previste: seminari e webinar di discussione e aggiornamento, tenuti da specialisti esperti nella diagnosi dell'MCI, inerenti scale cliniche e test neuropsicologici per diagnosi, strumenti di valutazione del rischio, management del soggetto con declino cognitivo lieve.

OBIETTIVO SPECIFICO 5: Piattaforma per la raccolta dei dati

Attività previste: sviluppo di una piattaforma per inserimento, raccolta e consultazione dei dati. La piattaforma dovrà consentire una raccolta sistematica di dati inerenti ogni singolo paziente e la creazione di un database unico dal quale estrapolare dati da utilizzare per studi epidemiologici sulla malattia.

OBIETTIVO GENERALE 2: Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza*Razionale e descrizione dell'obiettivo*

Questa linea intende attuare interventi non-farmacologici in una fase precoce di malattia, volti a mantenere ottimi livelli di qualità e durata della vita attiva del paziente (active aging) e dell'assistenza a chi se ne prende cura (caregiver).

Attuare, monitorare e valutare le terapie non farmacologiche e psicosociali nei diversi setting di cura presenti nel territorio come Centro diurni e l'implementazione di servizi domiciliari multi-specialistici per persone con MCI permetterà di migliorare il funzionamento cognitivo globale, di mantenere l'autonomia funzionale, di migliorare la qualità della vita e ridurre il tasso di ospedalizzazioni dei soggetti, potenziando al contempo il sistema di presa in carico e di cure in regime domiciliare.

- Hill, N. T., Mowszowski, L., Naismith, S. L., Chadwick, V. L., Valenzuela, M., & Lampit, A. (2017). Computerized cognitive training in older adults with mild cognitive impairment or dementia: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 174(4), 329-340.
- Reynolds, G. O., Willment, K., & Gale, S. A. (2021). Mindfulness and cognitive training interventions in mild cognitive impairment: impact on cognition and mood. *The American Journal of Medicine*, 134(4), 444-455.
- Gates, N. J., Vernooij, R. W., Di Nisio, M., Karim, S., March, E., Martinez, G., & Rutjes, A. W. (2019). Computerised cognitive training for preventing dementia in people with mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Jean, L., Bergeron, M. È., Thivierge, S., & Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: systematic review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 281-296.
- McDermott O., Charlesworth G., Hogervorst E., Stoner C., Moniz-Cook E., Spector A., Csipke E., Orrell M. Psychosocial Interventions for People with Dementia: A Synthesis of Systematic Reviews. *Aging Ment. Health*. 2019;23:393-403. doi: 10.1080/13607863.2017.1423031. - DOI - PubMed

- Moniz-Cook E, Vernooij-Dassen M, Woods R, Verhey F, Chattat R, De Vugt M, Mountain G, O'Connell M, Harrison J, Vasse E, Dröes RM, Orrell M; INTERDEM group. A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. *Aging Ment Health*. 2008 Jan;12(1):14-29. doi: 10.1080/13607860801919850. PMID: 18297476.

Target

I soggetti con diagnosi clinica di MCI e i relativi caregiver afferenti ai CDCD o a servizi ospedalieri o distrettuali della regione Puglia.

Per gli studi pilota:

(OS1) 20 soggetti con diagnosi clinica di MCI afferenti ai CDCD o a servizi ospedalieri o distrettuali di ASL Lecce, (OS2) 80 soggetti con diagnosi clinica di MCI afferenti ai CDCD o a servizi ospedalieri o distrettuali di ASL Lecce e (OS3) 40 soggetti con diagnosi clinica di MCI e i relativi caregiver afferenti ai CDCD o a servizi ospedalieri o distrettuali di ASL Bari.

Setting

Domicilio, centri specialistici regionali ospedalieri, Centri diurni, CDCD. Le attività proposte possono essere svolte individualmente o in gruppi di 5-8 persone, appaiati per severità del decimo cognitivo comparabili.

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Stimolazione cognitiva e training cognitivo (diffusione sul territorio pugliese di trattamenti basati sulla stimolazione cognitiva/training cognitivi).

Per la stimolazione e il potenziamento delle varie aree cognitive (attenzione, linguaggio, memoria, funzioni esecutive, attività di orientamento temporale, orientamento spaziale e memoria topografica, percezione e riconoscimento), verrà utilizzato un training personalizzato in base alle caratteristiche del soggetto, al suo grado di compromissione cognitiva e alle sue capacità funzionali residue.

Le attività cognitive proposte sono le seguenti:

- Training cognitivo (individuale, di gruppo e/o con l'utilizzo di software computerizzati presenti in letteratura);
- Stimolazione cognitiva (gruppo o sessioni individuali);
- Reality Orientation Therapy (ROT);
- Sessioni di gruppo di musicoterapia;
- Sessioni di reminiscenza (rievocazione e condivisione di esperienze del passato in setting di gruppo)
- Terapia della validazione;
- Terapia occupazionale e stimolazioni multisensoriali;
- Gruppi di supporto psicologico per migliorare le capacità adattative all'ambiente e alla malattia
- Riabilitazione funzionale ed ecologica per la creazione di ambienti protesici volti alla compensazione di abilità perse.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Interventi multidisciplinari su dieta, attività fisica e sonno (valutazione e diffusione sul territorio di trattamenti multispecialistici).

Valutazione, implementazione e monitoraggio di interventi multidisciplinari sui potenziali e modificabili fattori di rischio di conversione in demenza, evidenziati nella letteratura scientifica di riferimento, come la dieta, l'attività fisica e il sonno.

Gli interventi proposti sono i seguenti:

- Valutazione nutrizionale (valutazione antropometrica: peso, altezza, BMI, circonferenza vita, WHR (indice vita/fianchi), analisi composizione corporea, valutazione livelli di attività fisica), e successive indicazioni personalizzate per piani alimentari specifici (dieta MIND).
- Valutazione strumentale e soggettiva del ciclo sonno/veglia e successive indicazioni su schemi sonno/veglia personalizzati in base al profilo del soggetto.
- Valutazione strumentale e soggettiva del profilo di attività fisica e successive indicazioni su regimi di attività fisica, personalizzati in base al profilo del soggetto, in accordo con le linee guida dell'OMS (150 minuti di attività moderata o 75 minuti di attività intensa o una combinazione equivalente).

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Interventi psico-educazionali e psico-sociali rivolti ai pazienti e ai loro caregivers

Attuazione di interventi di tipo psicoeducazionale per fornire una maggiore e migliore conoscenza della patologia e delle possibili difficoltà che il paziente e il caregiver potrebbero sperimentare nel decorso. Gli interventi psico-sociali offriranno possibilità di socializzazione e inclusione, andando a ridurre i rischi di isolamento sociale e favorire una maggiore stimolazione mentale per il soggetto.

Gli interventi proposti sono i seguenti:

- Gruppi di supporto familiare e supporto individuale.

<ul style="list-style-type: none"> -Centri di incontro (Meeting Center) e Alzheimer Cafè. -Comunità amiche delle persone con demenza. -Interventi psicoeducazionali sulla patologia e i fattori di rischio modificabili. -Attività di formazione (scuola delle famiglie). 		
REFERENTI UNITA' OPERATIVE		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Direzione Generale Salute e welfare della Regione Puglia; Centro per le malattie neurodegenerative e l'invecchiamento cerebrale dell'Università degli Studi di Bari "Card. G. Panico" – Tricase (Le).	Dott.ssa Elena Memeo Prof. Giancarlo Logroscino	Coordinamento Scientifico-gestionale e strategico del progetto
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
ASL BARI	Antonio Sanguedolce	Implementazione delle azioni previste dal progetto nei CDCD del territorio di competenza e sede del progetto pilota relativo a OS 3- Linea 5
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
ASL FOGGIA	Antonio Giuseppe Nigri	Implementazione delle azioni previste dal progetto nei CDCD del territorio di competenza
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
ASL BAT	Tiziana Dimatteo	Implementazione delle azioni previste dal progetto nei CDCD del territorio di competenza
Unità Operativa 5	Referente	Compiti
ASL BRINDISI	Flavio Maria Roseto	Implementazione delle azioni previste dal progetto nei CDCD del territorio di competenza
Unità Operativa 6	Referente	Compiti
ASL TARANTO	Vito Gregorio Colacicco	Implementazione delle azioni previste dal progetto nei CDCD del territorio di competenza
Unità Operativa 7	Referente	Compiti
ASL LECCE	Rodolfo Rollo	Implementazione delle azioni previste dal progetto nei CDCD del territorio di competenza e sede del progetto pilota relativo a OS2 - Linea 5 e OS3 - Linea 1.

Allegato 3**VALUTAZIONE E MONITORAGGIO****OBIETTIVO GENERALE 1: Potenziamento della diagnosi precoce di MCI e identificazione di un profilo di rischio individuale**

Risultati attesi: aumento del numero di diagnosi di MCI, riduzione del ritardo diagnostico, rallentamento del decorso della malattia mediante interventi multidominio.

Indicatore di risultato: flusso pazienti del CDCD (rispetto all'anno precedente), ritardo diagnostico dall'insorgenza dei sintomi (rispetto all'anno precedente), diagnosi MCI/totale pazienti valutati, diagnosi MCI/diagnosi DNCMg, % conversione a demenza (rispetto all'anno precedente)

Fonte di verifica: cartella informatizzata, piattaforma di raccolta dati

Standard di risultato: Aumento del numero di diagnosi annuali di MCI di almeno il 20%, riduzione del ritardo diagnostico, ritardo fra primo segno/sintomo presentato dal soggetto e diagnosi di MCI di almeno ¼ del tempo medio valutato nella survey di cui OS2

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Informazione e sensibilizzazione dei MMG

Risultati attesi: aumento del numero di segnalazioni di MCI ai CDCD da parte dei MMG

Indicatore di risultato: MCI segnalati da MMG/tot MCI segnalati a CDCD, % MCI confermati da CDCD sul totale dei soggetti segnalati da MMG sospetti per MCI

Fonte di verifica: piattaforma di raccolta dati, questionari di gradimento corsi formativi e rilevanza delle conoscenze acquisite ai fini della corretta identificazione del sospetto di MCI

Standard di risultato: obiettivo è avere almeno un tasso di partecipazione pari almeno al 70% dei MMG

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Survey dei CDCD

Risultati attesi: caratterizzazione dei CDCD, riduzione delle differenze territoriali

Indicatore di risultato: numero questionari compilati/nr questionari inviati

Fonte di verifica: Centro di Coordinamento Scientifico, gestionale strategico

Standard di risultato: Completamento della survey in almeno l'80% dei CDCD che partecipano all'area progettuale

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Protocollo clinico di valutazione, diagnosi, follow-up

Risultati attesi: creazione di un protocollo unico e condiviso, riduzione delle differenze territoriali, omogenizzazione del numero e del tempo di diagnosi;

Indicatore di risultato: differenze territoriali, rilevate mediante questionario di follow-up, inerenti all'uso degli strumenti diagnostici suggeriti, il lavoro in rete, la promozione di interventi multidominio; differenze territoriali nel numero e tempo di diagnosi di MCI e della % di conversione a demenza;

Fonte di verifica: survey di follow-up; piattaforma di raccolta dati;

Standard di risultato: Uniformazione delle scale cliniche, neuropsicologiche e di valutazione in almeno il 70% dei CDCD che partecipano all'area progettuale

OBIETTIVO SPECIFICO 4: Aggiornamento personale CDCD

Risultati attesi: Definizione di una base di conoscenza condivisa inerente la diagnosi, la caratterizzazione del rischio e il management del soggetto con MCI.

Indicatore di risultato: questionari di gradimento corsi formativi e rilevanza delle conoscenze acquisite ai fini della corretta identificazione del sospetto di MCI; CDCD che applicano il protocollo condiviso/CDCD totali; n. pazienti valutati/n. pazienti i cui dati sono inseriti su piattaforma online

Fonte di verifica: questionari somministrati al termine di Webinar e corsi FAD; survey di follow-up; piattaforma online.

Standard di risultato: adesione a Webinar, corsi FAD, survey di follow-up > 70% del personale dei CDCD; applicazione protocollo condiviso > 70% dei CDCD; inserimento dati di >70% dei pazienti valutati per ogni CDCD.

OBIETTIVO GENERALE 2: Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza

Risultati attesi: implementazione e omogenizzazione degli interventi non farmacologici nei servizi territoriali pugliesi

Fonte di verifica: report periodico gestito dal coordinamento scientifico, gestionale e strategico

Standard di risultato: aumento dell'erogazione e dell'accesso degli utenti a questa tipologia di servizi

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Stimolazione cognitiva e training cognitivo (diffusione sul territorio pugliese di trattamenti basati sulla stimolazione cognitiva/training cognitivo).

Risultati attesi:

Stabilizzazione del profilo cognitivo e sviluppo di strategie compensatorie per il mantenimento della funzionalità nell'ambiente familiare, sociale e lavorativo (IADL/ADL) e creazione di ambienti protesici.

Indicatori di risultato:

Indicatore 1:

RILEVAZIONE QUADRO COGNITIVO DEL PAZIENTE AFFETTO DA MCI	SOMMINISTRAZIONE SCALA MMSE (Folstein MF. et al., 1975; Magni E. et al., 1996)	N° PZ STABILIZZATI (%) N°PZ TOT CON MMSE >20/30	FREQUENZA MONITORAGGIO SEMESTRALE E STESURA REPORT GESTITO DAL COORDINAMENTO SCIENTIFICO, GESTIONALE E STRATEGICO	STANDARD DI RISULTATO >=70% DI STABILITA'
Indicatore 2:				
RILEVAZIONE QUADRO FUNZIONALE PAZIENTE AFFETTO DA MCI	SOMMINISTRAZIONE SCALA DAFS e IADL/ADL (Lawton M.P. e Brody E.M., 1969; Katz T.F. 1963).	N° PZ CON RIDUZIONE NON INFERIORE <u>A 5 PUNTI</u> (%) N°PZ TOT	FREQUENZA MONITORAGGIO SEMESTRALE E STESURA REPORT GESTITO DAL COORDINAMENTO SCIENTIFICO, GESTIONALE E STRATEGICO	STANDARD DI RISULTATO >=70% DI STABILITA'
<p>OBBIETTIVO SPECIFICO 2: Interventi multidisciplinari su dieta, attività fisica e sonno (valutazione e diffusione sul territorio di trattamenti multispecialistici).</p> <p><i>Risultati attesi:</i> Mantenimento/miglioramento del benessere psico-fisico, della funzionalità motoria e del tono dell'umore e riduzione dei fattori di rischio cardiovascolare</p> <p><i>Indicatori di risultato:</i></p>				
Indicatore 1:				
RILEVAZIONE QUADRO NUTRIZIONALE E FISICO DEL PAZIENTE AFFETTO DA MCI	SOMMINISTRAZIONE SCALA MNA (MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT) (Vellas B. et al. 1999)	N° PZ CON RIDUZIONE NON INFERIORE <u>A 5 PUNTI</u> (%) N°PZ TOT	FREQUENZA MONITORAGGIO SEMESTRALE E STESURA REPORT GESTITO DAL COORDINAMENTO SCIENTIFICO, GESTIONALE E STRATEGICO	STANDARD DI RISULTATO >=70% STABILITA'
Indicatore 2:				
RILEVAZIONE QUADRO CICLO SONNO/VEGLIA DEL PAZIENTE AFFETTO DA MCI	SOMMINISTRAZIONE SCALA PSQI (PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX) (Curcio G et al., 2013)	N° PZ STABILI O CON INCREMENTO INFERIORE <u>A 2 PUNTI</u> (%) N°PZ TOT	FREQUENZA MONITORAGGIO SEMESTRALE E STESURA REPORT GESTITO DAL COORDINAMENTO SCIENTIFICO, GESTIONALE E STRATEGICO	STANDARD DI RISULTATO >=70% STABILITA' E RIDUZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO IDENTIFICATI IN LINEA PROGETTUALE 1
Indicatore 3:				
RILEVAZIONE QUADRO UMORE PAZIENTE AFFETTO DA MCI	SOMMINISTRAZIONE SCALE CSDD E GDS (Alexopoulos GA et al., 1988; Massai P. et al 2018)	N° PZ CON UMORE ORIENTATO SUL VERSANTE NON <u>DEPRESSIVO</u> (%) N°PZ TOT	FREQUENZA MONITORAGGIO SEMESTRALE E STESURA REPORT GESTITO DAL COORDINAMENTO SCIENTIFICO, GESTIONALE E STRATEGICO	STANDARD DI RISULTATO >=60% STABILITA'

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Interventi psico-educazionali e psico-sociali rivolti ai pazienti e ai loro caregivers*Risultati attesi*

Mantenimento/miglioramento del benessere psico-fisico sia del soggetto con MCI che dei loro caregivers, riduzione del rischio di isolamento sociale e del “caregiver burden”

*Indicatore di risultato:***Indicatore1:**

RILEVAZIONE LIVELLO DI ISOLAMENTO SOCIALE	SOMMINISTRAZIONE SCALA ILS (Zammuner, 2008)	N° PZ CON MARCATO ISOLAMENTO SOCIALE (%) N°PZ TOT	FREQUENZA MONITORAGGIO SEMESTRALE E STESURA REPORT GESTITO DAL COORDINAMENTO SCIENTIFICO, GESTIONALE E STRATEGICO	STANDARD DI RISULTATO $\geq 70\%$ DI STABILITA' E RIDUZIONE DELL'ISOLAMENTO
---	---	--	---	---

Indicatore2:

RILEVAZIONE CARICO ASSISTENZIALE E LIVELLO DI STRESS NEL CAREGIVER	SOMMINISTRAZIONE SCALE CBI (Novak M. et al., 1989) E ZBI (Chattat R et al., 2011)	N° CAREGIVER CON PUNTEGGIO CBI E ZBI RIDOTTO DI <u>ALMENO 8 PUNTI</u> (%) N°CAREGIVER INTERVISTATI	FREQUENZA MONITORAGGIO SEMESTRALE E STESURA REPORT GESTITO DAL COORDINAMENTO SCIENTIFICO, GESTIONALE E STRATEGICO	STANDARD DI RISULTATO $\geq 70\%$
--	---	---	---	-----------------------------------

CRONOPROGRAMMA (in caso si prevedano più obiettivi generali, compilare per ognuno una scheda dedicata)

		Mese																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
LINEA PROGETTUALE 1	Obiettivo specifico 1: Informazione e sensibilizzazione dei MMG	Attività 1: Ricognizione dei CDCD e dei centri "Demenze" delle ASL Pugliesi; ricognizione dei Medici di Medicina Generale, mediante coinvolgimento dell'Ordine dei Medici																			
	Obiettivo specifico 2: Survey dei CDCD	Attività 3: Progetto pilota per formazione in presenza dei MMG di Tricase Attività 4: Corsi di formazione teorici, individuazione e nomina dei referenti regionali dei MMG Attività 5: Campagna promozionale interna alle ASL sul progetto																			
	Obiettivo specifico 3: Protocollo clinico di valutazione, diagnosi, follow-up	Attività 1: Formulazione di survey per la ricognizione dei CDCD della ASL Puglia Attività 2: Analisi dei dati ottenuti Attività 3: Individuazione delle figure coinvolte e dei referenti progettuali Attività 4: Formulazione di un protocollo clinico condiviso																			
	Obiettivo specifico 4: Formazione del personale dei CDCD	Attività 1: Eventi di aggiornamento professionale e formazione permanente su strumenti per la diagnosi precoce, scale di valutazione del rischio, management territoriale dei soggetti affetti da MCI Attività 2: Questionari di gradimento dei corsi formativi e rilevamento del potenziamento delle conoscenze. Attività 3: Survey per il monitoraggio dell'attuazione del protocollo condiviso e dell'aspiramento dati su piattaforma online. Attività 4: Progettazione della piattaforma informatizzata Attività 5: Fase di Test della piattaforma nell'area ASL LE																			
	Obiettivo specifico 5: Piattaforma per la raccolta dei dati	Attività 3: Istituzione della piattaforma in tutti i CDCD delle ASL Pugliesi Attività 4: Controllo della qualità ed analisi dei dati																			
LINEA PROGETTUALE 5	Obiettivo specifico 1: Stimolazione cognitiva e training cognitivo	Attività 1: Creazione, stesura e condivisione di un protocollo di stimolazione e training cognitivo Attività 2: Progetto Pilota OS 1 nella ASL BA Attività 3: Implementazione del protocollo di stimolazione e training cognitivo																			
	Obiettivo specifico 2: Interventi multidisciplinari su dieta, attività fisica e sonno	Attività 4: Monitoraggio dell'implementazione del protocollo nei servizi territoriali ed analisi dei dati ottenuti Attività 1: Creazione, stesura e condivisione di un protocollo di interventi multidisciplinari su dieta, attività fisica e sonno Attività 2: Progetto Pilota OS 2 nella ASL LE Attività 3: Implementazione del protocollo di interventi multidisciplinari su dieta, attività fisica e sonno Attività 4: Monitoraggio dell'implementazione del protocollo nei servizi territoriali ed analisi dei dati ottenuti																			
	Obiettivo specifico 3: Interventi psico-educazionali e psico-sociali rivolti ai pazienti e ai loro caregivers	Attività 1: Creazione, stesura e condivisione di un protocollo di interventi psico-educazionali e psico-sociali rivolti ai pazienti e ai loro caregivers Attività 2: Progetto Pilota OS 3 nella ASL BA Attività 3: Implementazione del protocollo di interventi psico-educazionali e psico-sociali rivolti ai pazienti e ai loro caregivers Attività 4: Monitoraggio dell'implementazione del protocollo nei servizi territoriali ed analisi dei dati ottenuti																			

Allegato 4**PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA**

Unità 1: Coordinamento Scientifico e strategico		
Risorse	Razionale della spesa	Totale in €
Personale*		
Biostatistico	Creazione delle Survey ed Analisi dei dati raccolti dalla piattaforma	140.000,00 €
Psicologi	Somministrazione dei test cognitivi e supporto al coordinamento scientifico e strategico e dei CDCD	
Psicoterapeuti	Attività di psicoterapia nei progetti Pilota legati alla linea 5	
Economisti	Studio sui costi della malattia per il SSR e per le famiglie	
Data Entry	Caricamento dati sulla piattaforma informatizzata e supporto al personale CDCD	
Beni		
Materiale di promozione	Materiale promozionale del progetto da collocare nelle ASL e nei CDCD	20.000,00 €
Software, hardware e/o altra piccola attrezzatura di IT	Attrezzatura IT per raccolta dati nei CDCD e programmi di riabilitazione	10.000,00 €
Servizi		
Creazione di una Piattaforma informatizzata	Lo strumento sarà utilizzato al fine di creare una rete virtuale dei CDCD dotata di una "control room" gestita dal coordinamento scientifico di Regione Puglia	220.000,00 €
Organizzazione di Eventi	Organizzazione di eventi formativi e di disseminazione dei risultati del progetto	
Missioni		
Spese di viaggio e soggiorno	Spese per missioni svolte dai referenti scientifici e clinici coinvolti nel progetto	5.000,00 €
Spese generali**		
Costi indiretti		11.489,12 €
Totale		406.489,12 €

Unità 2: ASL BARI		
Risorse	Razionale della spesa	Totale in €
Personale*		
Psicologi	Consulenti psicologi per potenziare i CDCD de territorio di competenza per la durata del progetto	89.728,77 €
Beni		
Software, hardware e/o altra piccola attrezzatura di IT	Attrezzatura IT per raccolta dati nei CDCD e programmi di riabilitazione	5.000,00 €
Servizi		
Eventi di formazione	Organizzazione eventi di formazione per MMG e per il personale sanitario che si occupa di demenze	5.000,00 €
Missioni		
		- €
Spese generali**		
Costi indiretti		2.130,12 €
Totale		101.858,90 €
Unità 3: ASL FOGGIA		
Risorse	Razionale della spesa	Totale in €
Personale*		
Psicologi	Consulenti psicologi per potenziare i CDCD de territorio di competenza per la durata del progetto	51.506,39 €
Beni		
Software, hardware e/o altra piccola attrezzatura di IT	Attrezzatura IT per raccolta dati nei CDCD e programmi di riabilitazione	3.000,00 €
Servizi		
Eventi di formazione	Organizzazione eventi di formazione per MMG e per il personale sanitario che si occupa di demenze	5.000,00 €
Missioni		
		- €
Spese generali**		
Costi indiretti		1.253,17 €
Totale		60.759,56 €

Unità 4: ASL BAT (Barletta-Andria-Trani)		
Risorse	Razionale della spesa	Totale in €
Personale*		
Psicologi	Consulenti psicologi per potenziare i CDCD de territorio di competenza per la durata del progetto	39.776,83 €
Beni		
Software, hardware e/o altra piccola attrezzatura di IT	Attrezzatura IT per raccolta dati nei CDCD e programmi di riabilitazione	3.000,00 €
Servizi		
Eventi di formazione	Organizzazione eventi di formazione per MMG e per il personale sanitario che si occupa di demenze	5.000,00 €
Missioni		
Software, hardware e/o altra piccola attrezzatura di IT	Attrezzatura per raccolta dati nei CDCD	- €
Spese generali**		
Costi indiretti		370,30 €
Totale		48.147,12 €
Unità 5: ASL BRINDISI		
Risorse	Razionale della spesa	Totale in €
Personale*		
Psicologi	Consulenti psicologi per potenziare i CDCD de territorio di competenza per la durata del progetto	42.673,83 €
Beni		
Software, hardware e/o altra piccola attrezzatura di IT	Attrezzatura IT per raccolta dati nei CDCD e programmi di riabilitazione	3.000,00 €
Servizi		
Eventi di formazione	Organizzazione eventi di formazione per MMG e per il personale sanitario che si occupa di demenze	5.000,00 €
Missioni		
Software, hardware e/o altra piccola attrezzatura di IT	Attrezzatura per raccolta dati nei CDCD	- €
Spese generali**		
Costi indiretti		588,35 €
Totale		51.262,18 €

Unità 6: ASL TARANTO		
Risorse	Razionale della spesa	Totale in €
Personale*		
Psicologi	Consulenti psicologi per potenziare i CDCD de territorio di competenza per la durata del progetto	51.583,92 €
Beni		
Software, hardware e/o altra piccola attrezzatura di IT	Attrezzatura IT per raccolta dati nei CDCD e programmi di riabilitazione	3.000,00 €
Servizi		
Eventi di formazione	Organizzazione eventi di formazione per MMG e per il personale sanitario che si occupa di demenze	5.000,00 €
Missioni		
		- €
Spese generali**		
Costi indiretti		1.259,00 €
-		
Totale		60.842,92 €
Unità 7: ALS LECCE		
Risorse	Razionale della spesa	Totale in €
Personale*		
Psicologi	Consulenti psicologi per potenziare i CDCD de territorio di competenza per la durata del progetto	72.765,14 €
Beni		
Software, hardware e/o altra piccola attrezzatura di IT	Attrezzatura IT per raccolta dati nei CDCD e programmi di riabilitazione	6.000,00 €
Servizi		
Eventi di formazione	Organizzazione eventi di formazione per MMG e per il personale sanitario che si occupa di demenze	5.000,00 €
Missioni		
		- €
Spese generali**		
Costi indiretti		- 146,71 €
Totale		83.618,43 €

PIANO FINANZIARIO GENERALE

PROSPETTO GENERALE		
Risorse	Totale in €	%
Personale		
<i>Biostatistici</i>		
<i>Psicologi</i>	488.034,88 €	60%
<i>Economisti</i>		
<i>Data Entry</i>		
Beni		
<i>Materiale promozionale del progetto nei CDCD e nelle ASL e piccola attrezzatura informatica per la raccolta dei dati nei CDCD e programmi di riabilitazione</i>	53.000,00 €	7%
Servizi		
<i>Creazione di una piattaforma informatizzata</i>	250.000,00 €	31%
<i>Eventi di formazione/Disseminazione dei risultati</i>		
Missioni		
<i>Spese per missioni svolte dai referenti scientifici e clinici coinvolti nel progetto</i>	5.000,00 €	1%
Spese generali		
<i>Costi indiretti</i>	16.943,36 €	2%
Totale	812.978,24 €	100%

* *Le spese complessive della voce "personale" non potranno essere superiori al 60% del costo totale del piano.*

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

**Guida alla redazione dei piani di attività
di regioni e province autonome ¹**
(Fondo per l'Alzheimer e le demenze)

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

1. STRUTTURA GENERALE DEL PIANO

La struttura generale è riportata nella griglia sottostante.

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

2. ANALISI STRUTTURATA (allegato 1 del format)

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

Le aree progettuali, all'interno delle quali predisporre le linee di azioni, sono quelle indicate nel decreto del 23 dicembre 2021 e qui di seguito riportate:

1. *potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/(Mild Cognitive Impairment - MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie;*
2. *diagnosi tempestiva del DNC maggiore;*
3. *sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali;*
4. *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;*
5. *sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza.*

Le linee d'azione dovranno essere redatte utilizzando il format dedicato secondo le indicazioni di seguito riportate:

- nell'indicare una o più soluzioni/interventi, tra quelle per le quali sussistono evidenze, si dovrà esplicitarne l'impatto sul sistema sanitario, ad esempio, in termini di maggiore disponibilità di informazioni, diffusione e sostegno di evidenze, miglioramento della qualità assistenziale, aumento della capacità di risposta, aumento dell'offerta di formazione, ecc. Sarà altresì opportuno descrivere i metodi e l'approccio con il quale si intendono attuare le soluzioni proposte;
- sarà opportuno descrivere in modo sintetico ed esauriente l'ambito istituzionale e programmatico (piani regionali, piani aziendali, altro) di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti;
- per fattibilità si intende la capacità delle risorse (umane, strumentali, finanziarie, organizzative) di acquisire e mettere in atto le soluzioni proposte per implementare le attività, mentre per criticità si intendono gli elementi del contesto che potrebbero ritardare oppure ostacolare il raggiungimento degli obiettivi dichiarati;
- la proposta dovrà valutare l'applicabilità del processo di intervento e la trasferibilità dell'efficacia dell'intervento in altre località della regione/provincia autonoma, nonché nella pratica generale del servizio sanitario nazionale; è opportuno esplicitare l'eventuale collaborazione di più regioni/province autonome su singole aree progettuali;
- le proposte dovranno tenere conto ed essere coerenti con gli obiettivi del Piano nazionale demenze.

3. DESCRIZIONE LINEE ATTIVITA', OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI e REFERENTI (allegato 2 del format)

È possibile indicare uno oppure più obiettivi generali. Ogni obiettivo generale indicato deve comunque coincidere con una delle cinque aree progettuali previste dal decreto del 23 dicembre 2021 soprariportate, va definito con precisione e potrà essere articolato in singoli obiettivi specifici, altrettanto ben definiti e tra loro coerenti.

Relativamente alle unità operative, si segnala che qualora siano previsti dei soggetti privati, la sentenza della Corte di Giustizia Europea n.159 del 19/12/2012 ha richiamato al rispetto delle normative comunitarie in materia di appalti pubblici (Decreto Legislativo 12 aprile 2006 n.163). Pertanto nel caso di coinvolgimento di uno o più soggetti privati sarà necessario esplicitare nel piano le modalità con le quali verrà garantito il rispetto della normativa vigente. Nel caso di eventuali procedure di gara per la scelta del contraente non ancora completate, non sarà possibile indicare nel piano esecutivo un soggetto specifico, ma dovranno essere indicati i requisiti e le caratteristiche che il soggetto privato dovrà possedere. Si ribadisce che tali eventuali procedure non potranno costituire motivo di ritardo per l'avvio delle attività.

4. VALUTAZIONE, MONITORAGGIO e CRONOPROGRAMMA (allegato 3 del format)

Ai fini di una descrizione appropriata di quanto richiesto, si rammenta di tener conto dei criteri previsti nel decreto del 23 dicembre 2021 in merito alla modalità di valutazione e monitoraggio da parte del Tavolo permanente sulle demenze e cioè nello specifico:

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

Si rappresenta, inoltre, la necessità di considerare nel piano di attività e quindi anche nel cronoprogramma, tutte quelle azioni volte a:

- sottoscrivere eventuali ulteriori accordi di collaborazione con le unità operative del piano;
- l'espletamento delle procedure per il reclutamento del personale da utilizzare nel piano.

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

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

Relativamente alle modalità di erogazione del fondo, si ricorda che vanno considerate le scadenze previste dall'allegato 1 del Decreto di seguito riportate:

La prima parte dell'importo (anno 2021), complessivamente pari ad € 4.700.000,00 è ripartita tra le Regioni e Province Autonome a seguito della positiva valutazione, da parte del Tavolo permanente sulle demenze, del piano triennale di attività che le singole Regioni e Province Autonome devono presentare al Ministero della salute entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. I piani triennali di attività devono essere predisposti in modo da dare contezza delle quote del finanziamento destinate specificatamente alle attività e quelle destinate agli investimenti, anche di natura tecnologica e infrastrutturale.

La seconda parte dell'importo (anno 2022), complessivamente pari ad € 4.700.000,00 è erogata alle singole regioni e province autonome entro il 30 novembre 2022 sulla base di una relazione sulle attività svolte e una rendicontazione attestante l'impegno/spesa di almeno l'80% della prima quota erogata, da presentare, improrogabilmente, al Ministero della salute entro il 31 ottobre 2022.

Il saldo, pari ad € 4.700.000,00 (anno 2023), è erogato entro il 30 novembre 2023 dietro presentazione di una relazione sulle attività svolte e della rendicontazione attestante le spese sostenute, da presentare entro e non oltre il 31 ottobre 2023. Ciascuna Regione e provincia autonoma si impegna a restituire le somme corrisposte e non spese, secondo modalità e tempi che saranno comunicati per iscritto dal Ministero della salute. Il Tavolo permanente sulle demenze procede alla valutazione e al monitoraggio degli interventi previsti dai piani triennali di attività delle regioni e delle province autonome.

Il rapporto tecnico verrà elaborato indicando le azioni svolte nel periodo di riferimento, allo scopo di monitorare lo stato di avanzamento del piano, rispetto alla sequenza temporale prevista nel cronoprogramma; mentre il rapporto finanziario dovrà descrivere le spese sostenute nel periodo di riferimento per ogni voce inclusa nel piano finanziario.

5. PIANO FINANZIARIO (allegato 4 del format)

Per ogni unità operativa sarà necessario indicare:

- nome dell'unità operativa;
- descrizione della risorsa (voce di spesa)
- rationale della spesa.
- importo

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

Esempio:

Risorsa (voce e descrizione)	Razionale della spesa
Personale - statistico	- analisi ed elaborazione dei dati
Beni - reagenti	- materiale necessario per l'analisi dei campioni provenienti dalle UU.OO.
Servizi - sviluppo piattaforma web	- creazione e gestione di un sito web con possibilità di accesso riservato per i professionisti e aperto in un'area pubblica agli utenti, per inserimento dei dati e scambio di informazioni
Missioni - Spese di viaggio e soggiorno	- missioni svolte per la partecipazione a riunioni necessarie per l'avanzamento del piano
Spese generali - costi indiretti	- spese di cancelleria/telefoniche/energia ecc., sostenute dall'ente per la gestione amministrativa del piano

Il piano finanziario generale sarà il risultato della sommatoria di ciascuna voce di spesa.

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

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

Si segnala che, ogni eventuale successiva variazione rispetto alla quota di spesa prevista nel piano finanziario per le singole voci, fermi restando i limiti previsti per le voci del personale e delle spese generali, sarà valutata in fase di rendicontazione in base al criterio di coerenza con gli obiettivi che si intendono raggiungere.

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

Personale

Sotto questa voce è possibile destinare risorse **solo ed esclusivamente** per il reclutamento di personale esterno all'Ente e pertanto sono ammissibili a rimborso solamente le spese di personale derivanti dalla stipula di contratti di lavoro flessibile (es. prestazioni professionali di lavoro autonomo da parte di esperti).

A tal riguardo si specifica che il costo per contratti a tempo determinato, potrà essere riconosciuto ai sensi della legge finanziaria 2006 Art. 1 comma 188 per : “ l'Istituto superiore di sanità (ISS), l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGE.NA.S), l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), l'Agenzia spaziale italiana (ASI), l'Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile (ENEA), l'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID), nonché per le università e le scuole superiori ad ordinamento speciale e per gli istituti zooprofilattici sperimentali”, e ai sensi dell'art. 15 octies del Dlgs n.502 del 1992 “alle aziende unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere”.

Sarà possibile il ricorso ad assegni di ricerca, dottorati ed eventuali altre forme di reclutamento e /o finanziamento. Sarà inoltre possibile ricorrere alle borse di studio purché la formazione dei

soggetti beneficiari delle stesse, eventualmente prevista, sia esplicitamente correlata agli specifici obiettivi e attività previsti dal Fondo.

Resta inteso che la correttezza delle procedure di reclutamento del personale dovrà essere sempre verificata dall'ente esecutore nel rispetto della normativa vigente.

Si precisa, inoltre, che le spese complessive della voce di personale non potranno essere superiori **al 60%** del costo totale del piano. Nel piano finanziario per tale voce dovranno essere specificate le singole figure professionali senza indicare il relativo corrispettivo; l'importo da inserire a tale voce dovrà essere, infatti, solo quello complessivo. In fase di rendicontazione sarà invece necessario specificare per ciascuna figura professionale, la qualifica, il periodo di riferimento del contratto e relativi costi sostenuti e/o impegnati.

Beni

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

A titolo esemplificativo possono rientrare in questa voce le spese di:

- acquisto di materiale di consumo
- acquisto di cancelleria (ad eccezione di quella necessaria per la gestione amministrativa del piano da inserire tra le spese generali)
- acquisto di attrezzature
- software, hardware e/o altra piccola attrezzatura di IT

Non può assolutamente essere ricompreso sotto questa voce l'acquisto di arredi o di altro materiale di rappresentanza

Servizi

Sotto questa voce è possibile ricomprendere l'acquisizione di servizi funzionali alla realizzazione del piano quali ad esempio:

- traduzioni ed interpretariato
- stampa, legatoria e riproduzione grafica
- realizzazione e/o gestione di siti web
- organizzazione incontri/convegni/eventi formativi
- noleggio di attrezzature (esclusivamente per la durata del piano)
- servizi di laboratorio

Si rammenta, inoltre che la voce "Servizi" è principalmente finalizzata a coprire le spese per l'affidamento di uno specifico servizio ad un soggetto esterno. Infine sempre relativamente alla voce "Servizi" si precisa che la loro acquisizione deve conferire al piano un apporto integrativo e/o specialistico a cui l'ente esecutore non può far fronte con risorse proprie.

Missioni

Questa voce si riferisce alle spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) che unicamente il personale dedicato al piano deve affrontare in corso d'opera. Può altresì essere riferito alle spese di trasferta di personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto – per un tempo limitato – nel piano.

Rientrano in tale voce anche le eventuali spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) per la partecipazione del solo personale coinvolto nel piano a incontri/convegni/eventi formativi purché risultino coerenti con le attività del piano e si evidenzii l'effettiva necessità di partecipazione ai fini del raggiungimento degli obiettivi proposti. Rimane inteso il ristoro dei costi relativi ai pasti sarà

possibile solo nel caso in cui il personale coinvolto non benefici già di un trattamento di missione da parte dell'Amministrazione di appartenenza.

Spese generali

Per quanto concerne questa voce, si precisa che la stessa non può incidere in misura superiore al 7% sul finanziamento complessivo. Nel suo ambito sono riconducibili i cosiddetti costi indiretti (posta, telefono, servizio di corriere, collegamenti telematici, spese per adempimenti tributari ecc.), nonché i costi per la gestione amministrativa del piano, in misura proporzionale alle attività previste e al personale esterno utilizzato. Si specifica che in sede di verifica della rendicontazione, la quota dei costi indiretti sarà riproporzionata in relazione alle spese ritenute ammissibili.

Firmato digitalmente da:
MAURO NICASTRO
Regione Puglia
Firmato il: 15-09-2022 16:21:20
Seriale certificato: 644715
Valido dal 03-04-2020 al 03-04-2023