

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 ottobre 2025, n. 1424

D.M. 5 settembre 2024 - Riparto Fondo per l'Alzheimer e le Demenze 2024-2026 - Approvazione del Piano triennale di Attività Demenze della Regione Puglia.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Strategie e Governo dell'offerta, Servizio Strategie e Governo dell'assistenza alle Persone in condizione di Fragilità - Assistenza Sociosanitaria concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore alla Sanità, Benessere animale, Sport per tutti.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;
- c) *del parere di regolarità contabile, previsto dall'art. 79, co. 5, della L.R. 28/2001 e ss.mm.ii., e di attestazione di copertura finanziaria, espresso dal Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria o suo delegato*

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

1. di prendere atto dell'allegato A "Parere tecnico" che si intende parte integrante;
2. di approvare l'Allegato B alla presente Deliberazione, recante "Fondo per l'Alzheimer e demenze 2024-2026 - Piano Triennale di Attività" a farne parte integrante e sostanziale;
3. di prendere atto che il finanziamento assegnato alla Regione Puglia per la realizzazione delle attività ivi previste è pari a complessivi euro 1.951.017,85 per il triennio 2024/2026;
4. di demandare alle Unità Operative interessate alla realizzazione del Piano le attività di competenza declinate nell'allegato B al presente atto per la realizzazione degli obiettivi ivi sviluppati;
5. di demandare a un successivo provvedimento dirigenziale la liquidazione delle somme spettanti a ciascuna Unità operativa, così come dettagliato nel Piano allegato;

6. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali, dell'Ospedale "Card. G. Panico" di Tricase (LE), delle Aziende Ospedaliero Universitarie di Bari e Foggia, dell'Ospedale "Casa sollievo della sofferenza" di San Giovanni Rotondo (FG) e dell'Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti (BA);
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO

DOCUMENTO ISTRUTTORIO**D.M. 5 settembre 2024 - Riparto Fondo per l'Alzheimer e le Demenze 2024-2026 - Approvazione del Piano triennale di Attività Demenze della Regione Puglia.****Visti:**

- la Legge n. 241/1990 recante “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- la Legge Regionale 28 dicembre 1994, n. 36 “Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” e ss. mm. ii.; il D.Lgs. n. 33/2013 recante “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- la legge n. 190/2012 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;
- il D. Lgs. n. 33/2013 recante “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1974 del 07/12/2020, recante “Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo “MAIA 2.0”;
- la deliberazione di Giunta regionale 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”;
- la deliberazione di Giunta regionale 26 settembre 2024, n. 1295, recante “Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturali”;
- il Decreto del Presidente della Giunta n. 473 del 26.10.2024 avente ad oggetto “Assegnazione delle deleghe in materia di “Sanità, Benessere animale, Sport per tutti”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 398 del 31/03/2025 recante: “Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 “Modello Organizzativo Maia 2.0” e ss.mm.ii.. Proroga degli incarichi di direzione delle Sezioni di Dipartimento della Giunta regionale”;
- Vista la DGR n. 918 del 27/06/2025 di proroga degli incarichi di direzione delle Sezioni di Dipartimento della Giunta regionale al 31/07/2025;
- Vista la Determinazione Dirigenziale n. 00021 del 30/07/2025 del Dipartimento Personale e Organizzazione di proroga degli incarichi di direzione dei Servizi delle Strutture della Giunta regionale al 30/09/2025 in attuazione della DGR n. 918 del 27 giugno 2025;

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 stessa 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 taluni 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 Fondo per l’Alzheimer e le demenze.

Con Deliberazione di Giunta regionale n. 1284 del 19 settembre 2022 recante “*D.M. 23 dicembre 2021 - Riparto Fondo per l’Alzheimer e le demenze 2021/2023 - Approvazione del Piano triennale di attività demenze della Regione Puglia*” è stato approvato il Piano regionale di attività demenze per il triennio 2021/2023.

L’allegato 1 al Decreto Ministeriale citato ha previsto uno stanziamento a favore della Regione Puglia pari a complessivi euro 812.978,25 al fine di finanziare le attività in cui si articola il piano di attività regionale 2021/2023.

Le Unità operative coinvolte per l’attuazione del predetto Piano sono l’Ospedale “Card. G. Panico” di Tricase (LE) quale Unità di coordinamento scientifico e le sei Aziende Sanitarie Locali distribuite sul territorio pugliese.

Tra le diverse Linee di intervento previste dal Decreto surrichiamato, nel Piano regionale in questione sono state optate la numero 1, relativa al potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo neuro-cognitivo (DNC) minore/(Mild Cognitive Impairment - MCI) e allo sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica e la numero 5, inerente alla sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza.

Come da indicazioni ministeriali, la rendicontazione conclusiva del Piano suddetto è stata presentata in data 31 maggio 2024.

Il successivo Decreto del 5 settembre 2024 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, recante *"Riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze per le annualità 2024-2026"* ha stabilito i criteri e le modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze istituito ai sensi dell'art. 1, comma 330 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, la cui dotazione è incrementata, ai sensi dell'art. 1, comma 247 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, per gli anni 2024, 2025 e 2026.

Ai sensi del predetto Decreto, alla Regione Puglia risultano assegnati euro 1.951.017,85 per il triennio 2024/2026.

Le regioni e le province autonome sono tenute a presentare i piani triennali 2024-2026 entro quarantacinque giorni dalla data di entrata in vigore del decreto.

Sulla scorta di tale importo, è stato redatto il nuovo Piano di attività, nel rispetto delle indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità.

Nel Piano sono state coinvolte, oltre alle Aziende Sanitarie Locali e all'Ospedale Card. G. Panico di Tricase (LE) quale Unità di coordinamento insieme alla Regione Puglia, anche il Policlinico Universitario di Bari, il Policlinico Universitario di Foggia, l'Ospedale Generale Regionale F. Miulli di Acquaviva delle Fonti nell'ambito della provincia di Bari e l'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo in provincia di Foggia.

Le Linee di intervento selezionate, tra quelle indicate dal Decreto ministeriale, sono:

AREA 1: potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/Mild Cognitive Impairment (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie e proseguendo nell'osservazione dei soggetti con DNC/MCI arruolati fino all'eventuale conversione a demenza;

AREA 4: definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di teleriabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente Fondo;

AREA 5: consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (Centri per i disturbi cognitivi e demenze, Centri Diurni, RSA, cure domiciliari etc.) e comunque nei contesti di vita delle persone.

Il Piano redatto è stato valutato positivamente dal Tavolo permanente sulle Demenze, pertanto ne è necessaria l'approvazione da parte della Giunta regionale.

È opportuno precisare che, ai sensi dell'art. 3 del Decreto in oggetto, *"In ragione del rifinanziamento del Fondo per l'Alzheimer e le demenze, le risorse del precedente triennio, erogate dal Ministero e non completamente utilizzate entro il 31 marzo 2024 dalle regioni, non dovranno essere restituite e potranno continuare a essere utilizzate in continuità con le attività ancora in essere e secondo quanto previsto nei piani triennali approvati in data 8 luglio 2022. Le modalità di rendicontazione relative al completo utilizzo delle risorse del precedente finanziamento sono stabilite nell'allegato 1. Le regioni*

sono comunque tenute a inviare, entro il 31 maggio 2024, al Ministero della salute la relazione sulle attività svolte e la rendicontazione di spesa del precedente finanziamento fino alla data del 31 marzo 2024, in accordo con quanto previsto dal decreto di proroga".

Inoltre, il successivo articolo 4 prevede che il Tavolo permanente sulle demenze assicura il monitoraggio dell'impiego delle somme tramite l'acquisizione di report periodici da parte delle regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, secondo le modalità di cui all'allegato 1 del decreto stesso.

La prima annualità del finanziamento (anno 2024) è trasferita alle Regioni per il 50% a seguito della presentazione dei piani triennali e per il restante 50% a seguito dell'approvazione da parte del Tavolo permanente sulle demenze dei nuovi piani triennali e dell'attestazione da parte delle regioni della spesa del 100% del precedente finanziamento, di cui al decreto del 31 ottobre 2023 citato in premessa.

La seconda annualità del finanziamento (anno 2025) è erogata a seguito della valutazione positiva da parte del Tavolo permanente sulle demenze della relazione intermedia sulle attività svolte e della rendicontazione di spesa attestante l'impegno/spesa di almeno il 40% del totale finanziamento dell'annualità del 2024 da presentare al Ministero della salute entro il 28 febbraio 2025.

La terza annualità del finanziamento (anno 2026) è erogata a seguito della valutazione positiva da parte del Tavolo permanente sulle demenze della relazione intermedia sulle attività svolte e della rendicontazione attestante l'impegno/spesa dell'80% delle quote erogate relative alle annualità del 2024 e del 2025, da presentare entro il 2 marzo 2026.

Le regioni e province autonome potranno utilizzare le risorse fino al 30 luglio 2027.

Entro il 30 settembre 2027 le regioni e le province autonome inviano la relazione finale sulle attività svolte e la rendicontazione complessiva delle spese sostenute fino al periodo del 30 luglio 2027, relative al finanziamento triennale, che verranno sottoposte alla valutazione del Tavolo permanente sulle demenze. Ciascuna regione e provincia autonoma si impegna a restituire le somme ricevute dal Ministero della salute non spese, secondo modalità e tempi che saranno comunicati per iscritto dal Ministero della salute stesso.

Il Tavolo permanente sulle demenze procede alla valutazione e al monitoraggio periodico degli interventi previsti dai nuovi piani triennali 2024-2026 delle regioni e province autonome.

Alla valutazione e al monitoraggio dei piani procede il Tavolo permanente sulle demenze sulla base dei seguenti criteri:

- coerenza organizzativa degli interventi proposti;
- fattibilità tecnica e finanziaria;
- appropriatezza degli interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche;
- innovatività delle soluzioni proposte;
- collaborazione interregionale.

Il Tavolo permanente sulle demenze procede all'attività di monitoraggio con cadenza periodica 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.

LETTO il parere tecnico allegato al presente provvedimento (Allegato A);

RITENUTO OPPORTUNO approvare il Piano in parola, attesa l'adeguatezza dello stesso rispetto alla normativa nazionale e la necessità, tra le altre, di garantire continuità alle attività avviate in occasione del precedente piano di attività di cui alla Deliberazione di Giunta regionale n. 1284 del 19 settembre 2022 recante *"D.M. 23 dicembre 2021 - Riparto Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021/2023 - Approvazione del Piano triennale di attività demenze della Regione Puglia"* è stato approvato il Piano regionale di attività demenze per il triennio 2021/2023;

Garanzie di riservatezza

"La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o 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. 2016/679 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 in modo 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".

Esiti Valutazione di impatto di genere:

L'impatto di genere stimato è: neutro

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

Gli oneri derivanti dal presente provvedimento, pari complessivamente ad euro 1.951.017,85, trovano copertura a valere sulle risorse ripartite in favore della Regione Puglia con Decreto del Ministero della Salute del 5 settembre 2024 recante *"Riparto del Fondo per l'Alzheimer e le Demenze per le annualità 2024-2026"*.

Le suddetta somma è stata iscritta in bilancio regionale con Deliberazione della Giunta n. 1880/2024, come dettagliato nella tabella seguente:

BILANCIO VINCOLATO – GESTIONE SANITARIA

CRA: 15.02- Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

CAPITOLO	STANZIAMENTO E.F. 2024	STANZIAMENTO E.F. 2025	STANZIAMENTO E.F. 2026
E2037276/U1301106	268.703,06	841.157,40	841.157,40

Si precisa che la quota riferita all'anno 2024 è stata accertata e impegnata in ossequio a quanto disposto dell'art. 20 del D.Lgs 118/2011, come dettagliato nella tabella seguente.

CAPITOLO	IMPORTO	NR. ACCERTAMENTO/IMPEGNO	DD. ACCERTAMENTO/IMPEGNO
E2037276	268.703,06	6024132614	183/2024/636

U1301106		3024057440	183/2024/636
----------	--	------------	--------------

Tutto ciò premesso, al fine di approvare il Piano regionale in oggetto, ai sensi del Decreto Ministeriale 5 settembre 2024 e dell'art. 4, comma 4, lett. K) della L.R. 7/1997 si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto dell'allegato A "Parere tecnico" che si intende parte integrante;
2. di approvare l'Allegato B alla presente Deliberazione, recante "Fondo per l'Alzheimer e demenze 2024-2026 - Piano Triennale di Attività" a farne parte integrante e sostanziale;
3. di prendere atto che il finanziamento assegnato alla Regione Puglia per la realizzazione delle attività ivi previste è pari a complessivi euro 1.951.017,85 per il triennio 2024/2026;
4. di demandare alle Unità Operative interessate alla realizzazione del Piano le attività di competenza declinate nell'allegato B al presente atto per la realizzazione degli obiettivi ivi sviluppati;
5. di demandare a un successivo provvedimento dirigenziale la liquidazione delle somme spettanti a ciascuna Unità operativa, così come dettagliato nel Piano allegato;
6. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali, dell'Ospedale "Card. G. Panico" di Tricase (LE), delle Aziende Ospedaliere Universitarie di Bari e Foggia, dell'Ospedale "Casa sollievo della sofferenza" di San Giovanni Rotondo (FG) e dell'Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti (BA);
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

IL DIRIGENTE di Servizio "Servizio Strategie e Governo dell'assistenza alle Persone in condizione di Fragilità – Assistenza Socio-sanitaria"

Elena MEMEO

Elena
Memeo
18.09.2025
14:22:33
GMT+01:00

IL DIRIGENTE di Sezione Strategie e Governo dell'Offerta"

Mauro NICASTRO

Mauro Nicastro
19.09.2025
12:05:03
GMT+02:00

Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di D.G.R..

IL DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

Vito MONTANARO



Vito
Montanaro
21.09.2025
08:06:37
GMT+02:00

L' Assessore alla Sanità, Benessere animale, Sport per tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta Regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Raffaele PIEMONTESE



Raffaele Piemontese
22.09.2025 08:15:48
GMT+02:00

Il sottoscritto esprime parere di regolarità contabile positivo, ai sensi dell'art. 79, co. 5 della L.R. n. 28/2001, ed attestazione di copertura finanziaria.

Il Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria, o suo delegato



Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 22/09/2025 14:22
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026
InfoCertem Qualified Electronic Signature CA

ALLEGATO A

PARERE TECNICO

LETTO il Decreto del 5 settembre 2024 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, recante *"Riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze per le annualità 2024-2026"*, che ha stabilito i criteri e le modalità di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze istituito ai sensi dell'art. 1, comma 330 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, la cui dotazione è incrementata, ai sensi dell'art. 1, comma 247 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, per gli anni 2024, 2025 e 2026;

CONSIDERATO che, ai sensi del predetto Decreto, alla Regione Puglia risultano assegnati euro 1.951.017,85 per il triennio 2024/2026;

ATTESO che le regioni e le province autonome sono tenute a presentare i piani triennali 2024-2026 entro quarantacinque giorni dalla data di entrata in vigore del decreto e che sulla scorta di tale importo è stato redatto il nuovo Piano di attività, nel rispetto delle indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità;

VISTO che nel Piano sono state coinvolte, oltre alle Aziende Sanitarie Locali e all'Ospedale Card. G. Panico di Tricase (LE) quale Unità di coordinamento insieme alla Regione Puglia, anche il Policlinico Universitario di Bari, il Policlinico Universitario di Foggia, l'Ospedale Generale Regionale F. Miulli di Acquaviva delle Fonti nell'ambito della provincia di Bari e l'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo in provincia di Foggia;

VALUTATA l'adeguatezza del Piano stesso rispetto alla normativa nazionale e la necessità, tra le altre, di garantire continuità alle attività avviate in occasione del precedente piano di attività di cui alla Deliberazione di Giunta regionale n. 1284 del 19 settembre 2022 recante *"D.M. 23 dicembre 2021 - Riparto Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021/2023 - Approvazione del Piano triennale di attività demenze della Regione Puglia"* è stato approvato il Piano regionale di attività demenze per il triennio 2021/2023;

Si propone di approvare il Piano triennale di Attività Demenze della Regione Puglia 2024-2026.

Gli oneri derivanti dal presente provvedimento, pari complessivamente ad euro 1.951.017,85, trovano copertura a valere sulle risorse ripartite in favore della Regione Puglia con Decreto del Ministero della Salute del 5 settembre 2024 recante *"Riparto del Fondo per l'Alzheimer e le Demenze per le annualità 2024-2026"*.

Le suddetta somma è stata iscritta in bilancio regionale con Deliberazione della Giunta n. 1880/2024, come dettagliato nella tabella seguente:

BILANCIO VINCOLATO – GESTIONE SANITARIA

CRA: 15.02- Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

CAPITOLO	STANZIAMENTO E.F.	STANZIAMENTO E.F.	STANZIAMENTO
----------	-------------------	-------------------	--------------

	2024	2025	E.F. 2026
E2037276/U1301106	268.703,06	841.157,40	841.157,40

Si precisa che la quota riferita all'anno 2024 è stata accertata e impegnata in ossequio a quanto disposto dell'art. 20 del D.Lgs 118/2011, come dettagliato nella tabella seguente.

CAPITOLO	IMPORTO	NR. ACCERTAMENTO/IMPEGNO	DD. ACCERTAMENTO/IMPEGNO
E2037276	268.703,06	6024132614	183/2024/636
U1301106		3024057440	183/2024/636

LA PRESENTE PROPOSTA DI DELIBERAZIONE COMPORTA IMPLICAZIONI DI NATURA FINANZIARIA
SUL FONDO SANITARIO INDISTINTO SI NO ☐ ☒

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE PROPONENTE



ALLEGATO B



REGIONE PUGLIA

Fondo per l'Alzheimer e demenze 2024-2026

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 Neurocognitivo (DNC) minore/Mild Cognitive Impairment (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie e proseguendo nell'osservazione dei soggetti con DNC/MCI arruolati fino all'eventuale conversione a demenza;
- **AREA 4:** definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di teleriabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente Fondo
- **AREA 5:** consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (Centri per i disturbi cognitivi e demenze, Centri Diurni, RSA, cure domiciliari etc.) e comunque nei contesti di vita delle persone.

Regioni /Province Autonome coinvolte:

ASL Bari, ASL BAT (Barletta - Andria – Trani), ASL Brindisi, ASL Foggia, ASL Lecce, ASL Taranto, Policlinico Universitario di Bari, Policlinico Universitario di Foggia, Ospedale Generale Regionale 'F. Miulli', Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza

Risorse:

- Totale triennio euro 1.951.017,85

Referente Assessorato alla Salute Regione Puglia:

Dott.ssa Elena Memeo

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

Dipartimento Promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti

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 AREA 1: potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/Mild Cognitive Impairment (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie e proseguendo nell'osservazione dei soggetti con DNC/MCI arruolati fino all'eventuale conversione a demenza; AREA 4: definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di teleriabilitazione tesi a favorire l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente Fondo AREA 5: consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (Centri per i disturbi cognitivi e demenze, Centri Diurni, RSA, cure domiciliari etc.) e comunque nei contesti di vita delle persone. 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 che, 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. Le uniche opzioni terapeutiche classificate come "Disease Modifying Therapy" (DMT, per una forma di DNC a eziologia neurodegenerativa da AD, sono state recentemente approvate negli Stati Uniti (es. Aducanumab, Lecanemab, Donanemab) e il Lecanemab ha ricevuto l'approvazione dell'EMA in data 14/11/2024 segnando una svolta epocale nel trattamento di tali patologie. D'altro canto, un crescente corpo di letteratura scientifica ha evidenziato i benefici apportati da interventi non-farmacologici di vario tipo nel migliorare il funzionamento cognitivo globale, la funzionalità del soggetto e nel ridurre le alterazioni comportamentali e neuropsichiatriche. Il precedente progetto della Regione Puglia per il "Fondo per le Demenze e l'Alzheimer 2021-2023", promosso dal Ministero della Salute, ha mirato a migliorare il percorso diagnostico-assistenziale di pazienti affetti da Disturbo Neurocognitivo attraverso l'omogeneizzazione degli strumenti e dei percorsi clinici e attraverso la sensibilizzazione dei medici di medicina generale e degli specialisti sul territorio al fine di sviluppare un sistema sanitario regionale preparato all'imminente inserimento di "Disease Modifying Therapies" per i soggetti con Disturbo Neurocognitivo Minore. Il progetto, conclusosi il 31 Marzo 2024, ha visto il coinvolgimento di 23 CDCD su tutto il territorio pugliese, inclusi i policlinici universitari e i 3 enti ecclesiastici, con la partecipazione completa della sola ASL Lecce con 10 CDCD. All'interno della progettualità della Linea 1, nel periodo compreso tra il 1° Settembre 2023 e il 31 Agosto 2024 (finestra di incidenza di 1 anno), sono stati intercettati 2362 nuove diagnosi incidenti di Disturbo Neurocognitivo e raccolti i dati clinici e clinico-anamnestici sui fattori di rischio correlati per la strutturazione di studi di flusso ed

epidemiologici. Di queste nuove diagnosi, solo 1115 (47%) sono state le diagnosi di Disturbo Neurocognitivo Minore (stadio iniziale della patologia).

Questi dati rilevano che esiste una rete nelle ASL pugliesi che si sta preparando per raggiungere standard necessari per consentire la diagnosi precoce di demenza e l'arrivo di nuove terapie farmacologiche. Il sistema, tuttavia, necessita ancora di miglioramenti in quanto è emerso che l'intervallo medio nella regione Puglia tra l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi finale è di 35,04 mesi e che, delle 2362 nuove diagnosi di Disturbo Neurocognitivo effettuate nei 23 CDCD, circa il 53% (1247 casi) dei casi sono ancora diagnosticati nella fase più avanzata della malattia in cui purtroppo le terapie farmacologiche e non farmacologiche hanno scarsa possibilità di successo.

Ciononostante, rispetto ai dati ottenuti dalla survey di ricognizione dei CDCD effettuata ad inizio del progetto, si è evidenziato un incremento nel numero di diagnosi incidenti mensili di DNCMn, al netto di un numero medio di diagnosi mensili complessive che è rimasto tendenzialmente simile. Questo dato suggerisce potenzialmente un miglioramento e una omogeneizzazione degli strumenti clinico-valutativi che ha portato ad una più accurata ed estesa valutazione del profilo di funzionamento cognitivo e del livello di funzionalità dei pazienti e che è stata possibile anche grazie alla assunzione e introduzione di figure professionali come i neuropsicologi all'interno dei CDCD operativi. Difatti, sebbene la precedente progettualità si sia conclusa ufficialmente in data 31 Marzo 2024 a livello di rendicontazione economica, la Regione Puglia ha deciso, attraverso l'implementazione di proprie risorse, di dare continuità ai servizi e alle attività prorogando i contratti dei Dirigenti Psicologi assunti attraverso i Fondi 2021-2023, risultando essere una delle poche Regioni ad aver conseguito questo obiettivo evitando una potenziale interruzione di pubblico servizio.

Il nuovo progetto di questo secondo triennio permetterà il consolidamento delle attività definite e svolte nella precedente progettualità pilota preparando il sistema sanitario regionale al potenziale inserimento di DMTs per i soggetti con MCI / DNCMn. Il progetto attuale, in linea con le attività svolte e gli obiettivi raggiunti nella precedente triennalità, si propone dunque:

- Continuare le attività di potenziamento e miglioramento dell'accuratezza della diagnosi clinica di DNCMn e DNCMg e della definizione diagnostica dell'eziologia del disturbo;
- Premettendo che, considerata la variabilità interna dei CDCD del territorio, il processo diagnostico e di definizione eziopatologica rimane incentrato sui criteri clinici del DSM-V-RT, si prevede l'implementazione nel processo diagnostico di uno schema di staging solo clinico di progressione della patologia sulla base di quello proposto dal "NIH Alzheimer's workgroup" del 2011 e, nella sola HUB di coordinamento scientifico del "Dipartimento di Ricerca clinica in neurologia UOC Malattie Neurodegenerative – Osp. Card. G. Panico di Tricase", di uno schema di staging clinico-biologico proposto da NIH Alzheimer's workgroup del 2018;
- Monitoraggio longitudinale dei pazienti con diagnosi di DNCMn, attraverso visite di follow-up regolari;
- Partecipazione ad una pooled analisi prospettica a livello nazionale delle subcoorti regionali di persone con MCI con la finalità di stimare il livello di conversione a demenza consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie soprattutto nell'uso individuale delle carte del rischio cognitivo. Redazione di un documento finale con indicazioni sia su come definire le azioni per la redazione dei futuri Piani Regionali di Prevenzione da includere nel Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2030 sia su come aggiornare i PDTA regionali ed aziendali.
- Estendere le attività previste a tutti i CDCD presenti sul territorio Pugliese e appartenenti alle 6 ASL;

Linea potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/Mild Cognitive Impairment (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie e proseguendo nell'osservazione dei soggetti con DNC/MCI arruolati fino all'eventuale conversione a demenza;

OS1: Formazione specialistica rivolta ai medici di medicina generale (MMG), atta a migliorare il processo di individuazione di soggetti con possibile DNCMn/MCI.

OS2: Seconda ricognizione esplorativa (survey) presso tutti i servizi territoriali e ospedalieri dedicati (CDCD) presenti in Regione Puglia;

OS3: *Istituzione di un Tavolo Tecnico Regionale e Creazione, stesura e approvazione di un PDTA regionale per la diagnosi e la gestione del Disturbo Neurocognitivo;*

OS4: *Pooled analisi interregionale e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica;*

OS5: *Formazione specialistica multidisciplinare per le figure sanitarie che prestano servizio nei CDCD delle sei ASL di Regione Puglia;*

OS6: *Implementazione e diffusione sul territorio della CCE sviluppata nella precedente progettualità;*

Soluzioni e interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche.

OS1 - Formazione e Sensibilizzazione MMG

In collaborazione con l'Ordine dei Medici di Regione Puglia e le UOC delle Cure Primarie, proseguirà l'organizzazione di eventi ECM in presenza e in modalità FAD, tenuti da personale sanitario e/o ricercatori con documentata esperienza nella diagnosi precoce e nella gestione del soggetto MCI. Tali corsi si focalizzeranno su: identificazione precoce di segni e sintomi associati al MCI, strumenti di screening standardizzati (es. GPCog), ruolo del MMG nel PDTA regionale, strumenti clinici e diagnostici per la diagnosi precoce di MCI, rete assistenziale territoriale per l'assistenza dei soggetti affetti da MCI o DNCMg.

OS2 – Nuova survey CDCD

Con la collaborazione degli uffici amministrativi delle ASL, sarà effettuata una seconda ricognizione esplorativa (survey) presso tutti i CDCD di Regione Puglia, volta a migliorare la mappatura e il censimento dei servizi territoriali nelle aree di riferimento delle singole ASL pugliesi e volta ad indagare disponibilità di competenze e figure sanitarie coinvolte nel processo di diagnosi e cura dei soggetti con MCI e DNCMg.

OS3 – Tavolo Tecnico Regionale e PDTA

Si avvierà il processo di istituzione di un Tavolo Tecnico Regionale che prevederà il coinvolgimento di tutte le rappresentanze delle figure professionali coinvolte nel percorso di diagnosi e cura dei pazienti con DNC, incluse le principali associazioni del terzo settore (*Dipartimento Salute Regione Puglia, ASL Lecce Referente Ospedaliero e Territoriale CDCD, ASL Bari Referente Ospedaliero e Territoriale CDCD, ASL Foggia Referente Ospedaliero e Territoriale CDCD, ASL Brindisi Referente Ospedaliero e Territoriale CDCD, ASL Taranto Referente Ospedaliero e Territoriale CDCD, ASL Barletta Referente Ospedaliero CDCD, Centro di Riferimento Pugliese per le Malattie Neurodegenerative. – Osp Panico, Associazione Familiari (le principali), Associazione Psicogeriatrica (AIP - Puglia), Associazione Neurologi del Territorio (AINAT- Puglia), Ordine degli Psicologi – Regione Puglia, Ordine dei Medici delle province di Bari, Lecce, Brindisi, Taranto, Foggia, Bat., Ordine/Rappresentante degli Assistenti Sociali, Referente Regionale dei Medici di Medicina Generale, Referente Ordine degli Infermieri, Ordine dei Logopedisti di Regione Puglia, Referente Associazione Radiologi, Referente Associazione Medici di Medicina Nucleare*)

Inoltre, con la collaborazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, sarà creato e approvato un PDTA regionale per la diagnosi e la gestione del Disturbo Neurocognitivo, documento che sarà redatto sulla base delle Linee Guida create dall'Istituto Superiore di Sanità. All'interno del PDTA, si darà una particolare enfasi su un protocollo clinico di valutazione, sulla diagnosi eziologica, follow-up e quantificazione del rischio per il MCI, condiviso e standardizzato per tutti i CDCD di Regione Puglia. Ulteriore rilievo sarà posto sul miglioramento dell'accuratezza della diagnosi di DNCMn/DNCMg attraverso l'utilizzo preciso di scale cliniche-funzionali come IADL/ADLs (Lawton et al.) e sulla riduzione sia del Disease Duration (tempo intercorso tra primo sintomo e diagnosi), sia sul tempo intercorso tra la presa in carico del paziente e la finalizzazione della diagnosi (con completamento di almeno una valutazione neuropsicologica estesa e di un esame di imaging).

OS4 - Pooled analisi interregionale e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica

Dovendo proseguire l'osservazione dei soggetti con MCI arruolati con il Fondo per l'Alzheimer e Demenze 2021-2023 e considerando l'intento a partecipare a questa linea strategica di varie regioni si è ritenuto, per poter dare una maggiore solidità all'osservazione della conversione o meno alla demenza di queste coorti regionali, di proporre un'analisi pooled a livello nazionale delle singole esperienze regionali. Questa attività vedrà:

- Definizione di un minimum data set anamnestico, clinico, cognitivo e delle variabili biologiche/strumentali tra tutte le Regioni partecipanti a questa linea strategica ed identificazione della carta del rischio individuale da utilizzare nella coorte dei pazienti con MCI arruolati con il Fondo 2024-26.;
- Definizione della CRF elettronica per l'acquisizione delle elaborazioni statistiche eseguite in ogni regione così

come previsto dal protocollo di ricerca. La CRF includerà sia le analisi sulla conversione a demenza che la stima del rischio individuale di convertire a demenza per ogni componente della coorte con l'uso di una carta del rischio cognitivo a livello regionale;

- Analisi pooled nazionale dei risultati della conversione a demenza e stima del rischio individuale di conversione a demenza applicando la carta del rischio cognitivo

OS5 - Formazione personale CDCD

Proseguiranno le attività di organizzazione e conduzione di eventi ECM in presenza, 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, il nuovo PDTA della Regione Puglia, scale di valutazione del rischio, management territoriale dei soggetti affetti da MCI e Line Guida nazionali nel trattamento del DNCMn;

OS6 - Implementazione e diffusione sul territorio della CCE sviluppata nella precedente progettualità

Vista il precedente lavoro svolto nella creazione di una CCE dedicata, attraverso una verticalizzazione della CCE già in essere in Regione Puglia, e visti i feedback ottenuti dal lancio pilota di tale piattaforma sulla usabilità e interfaccia, in questa nuova progettualità si prevede la diffusione di tale sistema in tutti i CDCD coinvolti. Questo aspetto permetterà una raccolta dei dati sistematica e più accurata, riducendo il numero di dati mancanti nella CRF attraverso l'inserimento "dell'obbligo di inserimento" per determinati campi anagrafici, anamnestici e clinici. Inoltre, si prevede l'inserimento di alcune ulteriori modifiche alla CRF, tra cui il sistema di staging di progressione della patologia del *NIH Alzheimer's workgroup (0-6)*, che dallo stadio 2 allo stadio 6 si basa sui dati obiettivi dei test neuropsicologici e sul livello di compromissione della funzionalità nella vita quotidiana (*Jack Jr, C. R., Andrews, J. S., Beach, T. G., Buracchio, T., Dunn, B., Graf, A., ... & Carrillo, M. C. (2024). Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup. Alzheimer's & Dementia*).

La piattaforma avrà una "control room" gestita dal coordinamento scientifico individuato da Regione Puglia.

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

Nell'ambito del Piano Nazionale delle Demenze, viene definito l'obiettivo 1: "Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria" con la finalità di "Aumentare le conoscenze della popolazione generale, delle persone con demenze e dei loro familiari, nonché dei professionisti del settore, ciascuno per i propri livelli di competenza e coinvolgimento, circa la prevenzione, la diagnosi tempestiva, il trattamento e l'assistenza delle persone con demenza con attenzione anche alle forme ad esordio precoce". Inoltre, nel nuovo Fondo Alzheimer e Demenze 2024-2026, è prevista, nel contesto dei progetti di linee strategiche regionali, la "potenziazione della diagnosi precoce del Disturbo neurocognitivo (DNC) minore/ Mild Cognitive Impairment (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie e proseguendo nell'osservazione dei soggetti con DNC/MCI arruolati fino all'eventuale conversione a demenza" (GU n.235 del 7 ottobre 2024).

Saranno coinvolti:

- Regione Puglia - Dipartimento Salute- Servizio strategie e governo assistenza alle persone in condizioni di fragilità;
- Centro per le Malattie Neurodegenerative e Invecchiamento Cerebrale di Uniba/ 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);
- Le 6 Aziende Sanitarie Locali Pugliesi (Bari, BAT, Foggia, Taranto, Brindisi, Lecce);
- I 3 Enti Ospedalieri Ecclesiastici presenti sul territorio pugliese;
- I Policlinici Universitari di Bari e Foggia.

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

OS1 - Formazione e Sensibilizzazione MMG.

Il coinvolgimento dei MMG avverrà sia in presenza sia modalità Webinar e FAD, aspetto che consentirà la formazione su ampia scala. È atteso che la formazione e aggiornamento dei MMG avrà una ricaduta positiva, in termini di sensibilizzazione, sull'intera comunità e sul flusso di invio ai servizi specialistici. Ne consegnerà l'aumento del numero di diagnosi di MCI e la riduzione del ritardo diagnostico medio.

OS2 - Nuova survey CDCD

Ad ogni Direzione amministrativa delle 6 ASL verrà richiesta un censimento dettagliato e una descrizione puntuale

di ogni CDCD di pertinenza, in termini di flusso di pazienti, figure professionali disponibili. Tale survey rappresenterà il primo step per la rimodulazione degli interventi e delle risorse, per la creazione di una rete di interazione e per la piena diffusione di un PDTA regionale.

OS3 – Tavolo Tecnico Regionale e PDTA

L'istituzione di un Tavolo Tecnico Regionale e di un PDTA ufficiale rappresenterà un punto di innovazione nella gestione del DNC all'interno della regione, promuovendo una collaborazione e una gestione integrata dei pazienti e dei loro familiari e creando una rete di interazione che faciliterà la condivisione di expertise, lo scambio di informazioni scientifiche aggiornate e la collaborazione con altri centri territoriali.

OS4 - Pooled analisi interregionale e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica

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

OS5 - Formazione personale CDCD.

Il coinvolgimento di medici e neuropsicologi dei CDCD avverrà con modalità Webinar e FAD, in modo da consentire la formazione su ampia scala. Sono altresì previsti almeno 1 corso di aggiornamento in presenza all'anno 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 il potenziamento diagnosi precoce di tale condizione.

OS6 - Implementazione e diffusione sul territorio della CCE sviluppata nella precedente progettualità

L'implementazione dell'apposita CCE permetterà una raccolta di dati sistematica, riducendo il rischio di "missing data" riscontrato nel precedente progetto. Questo permetterà anche una migliore qualità dei dati che saranno trasmessi centralmente per la pooled analisi prevista dal OS4 in coordinamento con l'Osservatorio Demenze.

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. Inoltre, saranno coinvolti i due Policlinici Universitari (Bari e Foggia) e i tre Enti Ecclesiastici. Per quanto riguarda la OS4 è prevista una collaborazione interregionale, coordinata dall'Osservatorio Demenze – ISS

- Anstey KJ, Cherbuin N, Herath PM, Qiu C, Kuller LH, Lopez OL, Wilson RS, Fratiglioni L. A self-report risk index to predict occurrence of dementia in three independent cohorts of older adults: the ANU-ADRI. PLoS One. 2014 Jan 23;9(1):e86141. doi: 10.1371/journal.pone.0086141.
- Anstey KJ, Zheng L, Peters R, Kootar S, Barbera M, Stephen R, Dua T, Chowdhary N, Solomon A, Kivipelto M. Dementia Risk Scores and Their Role in the Implementation of Risk Reduction Guidelines. Front Neurol. 2022 Jan 4;12:765454. doi: 10.3389/fneur.2021.765454
- Cullen, N.C., Leuzy, A., Janelidze, S. et al. Plasma biomarkers of Alzheimer's disease improve prediction of cognitive decline in cognitively unimpaired elderly populations. Nat Commun 12, 3555 (2021)
- Deckers K, Barbera M, Köhler S, Ngandu T, van Boxtel M, Rusanen M, Laatikainen T, Verhey F, Soininen H,
- Kivipelto M, Solomon A. Long-term dementia risk prediction by the LIBRA score: A 30-year follow-up of the CAIDE study. Int J Geriatr Psychiatry. 2020 Feb;35(2):195-203. doi: 10.1002/gps.5235.
- Fasano, F., Mitolo, M., Gardini, S, Venneri A, Caffarra P, Pazzaglia F. (2018) Combining Structural Magnetic Resonance Imaging and Visuospatial Tests to Classify Mild Cognitive Impairment. Current Alzheimer Research, 15 (3). pp. 237-246. ISSN 1567-2050
- Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, Ames D, Banerjee S, Burns A, Brayne C, Fox NC, Ferri CP, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Kivimäki M, Larson EB, Nakasujja N, Rockwood K, Samus Q, Shirai K, Singh-Manoux A, Schneider LS, Walsh S, Yao Y, Sommerlad A, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet. 2024 Aug 10;404(10452):572-628. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01296-0. Epub 2024Jul 31. PMID: 39096926.
- Massetti N, Russo M, Franciotti R, Nardini D, Mandolini GM, Granzotto A, Bomba M, Delli Pizzi S, Mosca A, Scherer R, Onofri M, Sensi SL; Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (ADNI); Alzheimer's Disease Metabolomics Consortium (ADMC). A Machine Learning-Based Holistic Approach to Predict the Clinical Course of Patients within the Alzheimer's Disease Spectrum. J Alzheimers Dis. 2022;85(4):1639-1655. doi:

10.3233/JAD-210573

- Ng TP, Lee TS, Lim WS, Chong MS, Yap P, Cheong CY, Yap KB, Rawtaer I, Liew TM, Gao Q, Gwee X, Ng MPE, Nicholas SO, Wee SL. Development, Validation and Field Evaluation of the Singapore Longitudinal Ageing Study (SLAS) Risk Index for Prediction of Mild Cognitive Impairment and Dementia. *J Prev Alzheimers Dis.* 2021;8(3):335-344. doi: 10.14283/jpad.2021.19.
- You J, Zhang YR, Wang HF, Yang M, Feng JF, Yu JT, Cheng W. Development of a novel dementia risk prediction model in the general population: A large, longitudinal, population-based machine-learning study. *EClinicalMedicine.* 2022 Sep 23;53:101665. doi: 10.1016/j.eclim.2022.101665. PMID: 36187723; PMCID:PMC9519470.
- Pirani A, Brodaty H, Martini E, Zaccherini D, Neviani F, Neri M. The validation of the Italian version of the GPCOG (GPCOG-It): a contribution to cross-national implementation of a screening test for dementia in general practice. *Int Psychogeriatr.* 2010 Feb;22(1):82-90. doi: 10.1017/S104161020999113X
- Ranson JM, Rittman T, Hayat S, Brayne C, Jessen F, Blennow K, van Duijn C, Barkhof F, Tang E, Mummery CJ, Stephan BCM, Altomare D, Frisoni GB, Ribaldi F, Molinuevo JL, Scheltens P, Llewellyn DJ; European Task Force for Brain Health Services. Modifiable risk factors for dementia and dementia risk profiling. A user manual for Brain Health Services-part 2 of 6. *Alzheimers Res Ther.* 2021 Oct 11;13(1):169. doi: 10.1186/s13195-021-00895-4
- Sindi S, Calov E, Fokkens J, Ngandu T, Soininen H, Tuomilehto J, Kivipelto M. The CAIDE Dementia Risk Score App: The development of an evidence-based mobile application to predict the risk of dementia. *Alzheimers Dement (Amst).* 2015 Jul 2;1(3):328-33. doi: 10.1016/j.dadm.2015.06.005
- Stephan BCM, Cochrane L, Kafadar AH, Brain J, Burton E, Myers B, Brayne C, Naheed A, Anstey KJ, Ashor AW, Siervo M. Population attributable fractions of modifiable risk factors for dementia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Healthy Longev.* 2024 Jun;5(6):e406-e421. doi: 10.1016/S2666-7568(24)00061-8. PMID: 38824956; PMCID: PMC11139659.
- Zhuang L, Yang Y, Gao J. Cognitive assessment tools for mild cognitive impairment screening. *J Neurol.* 2021 May;268(5):1615-1622. doi:10.1007/s00415-019-09506-7
- 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
- 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.00000000000009323](https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000009323)
- 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)
- Jack Jr, C. R., Andrews, J. S., Beach, T. G., Buracchio, T., Dunn, B., Graf, A., ... & Carrillo, M. C. (2024). Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup. *Alzheimer's & Dementia.*

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

OBIETTIVO SPECIFICO 1: definizione e organizzazione dell'infrastruttura progettuale finalizzata allo svolgimento delle attività di sviluppo del protocollo sperimentale e di conduzione del Trial Randomizzato Controllato volto alla valutazione del profilo di efficacia e sicurezza del software INFORMA 2.0.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: acquisizione delle risorse umane e dei beni (qualora necessario) finalizzati allo svolgimento delle attività progettuali previste dal protocollo di ricerca e formazione del personale coinvolto.

OBIETTIVO SPECIFICO 6: Conduzione di RCT multicentrico sulla base del protocollo steso dal CTS e approvato dal Comitato Etico

Soluzioni e interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche.

OS1 - RCT

Il software INFORMA potrebbe configurare uno strumento pubblico per la riabilitazione delle persone con disturbo neurocognitivo. In particolare, dal momento che gli interventi di tele-riabilitazione possono essere condotti presso il domicilio delle persone con disturbo neurocognitivo, se forniti dal sistema sanitario pubblico, potrebbero consentire di superare le barriere legate al carico gestionale da parte delle famiglie, sia in termini organizzativi che economici. Nell'ambito della costruzione del percorso di cure fondate sulla centralità della persona e nel contesto di una presa in carico integrata e continuativa, tali approcci di trattamento sono contemplati nei PDTA per la demenza.

In tale contesto, l'Osservatorio demenze dell'ISS metterà a punto una attività di supporto ai CDCD/Regioni che parteciperanno a questa attività, per la conduzione di un trial clinico randomizzato controllato-RCT, il cui centro di coordinamento sarà l'Azienda Ospedale Università di Padova, Responsabile Principale della Ricerca il Dott. Carlo Gabelli, e Co-PI il Dott. Nicola Vanacore, volto a valutare il profilo di efficacia e sicurezza di un intervento di teleriabilitazione (app/software INFORMA) sul funzionamento cognitivo e sulle abilità funzionali di pazienti con MCI e demenza di grado lieve non istituzionalizzati.

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

Piano nazionale demenze.

Tra le attività del nuovo Fondo Alzheimer e Demenze 2024-2026, è prevista, nel contesto dei progetti di linee strategiche regionali, la "definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di tele-riabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente Fondo" (GU n.235 del 7 ottobre 2024).

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

Nella Regione Puglia saranno coinvolti:

- 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 TA

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

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

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

cognitivo. Il terapeuta può monitorare a distanza l'andamento dell'intervento in modo da adattare il percorso di trattamento, creare contenuti e caricarli sull'app, e raccogliere i dati.

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

Trasferibilità delle soluzioni e degli interventi proposti ed eventuali collaborazioni con realtà extraregionali
Tutte le Regioni e PA italiane.

Linea 5: Consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (Centri per i disturbi cognitivi e demenze, Centri Diurni, RSA, cure domiciliari etc.) e comunque nei contesti di vita delle persone

OS1: Consolidamento del protocollo di training cognitivo avviato come studio pilota nel precedente progetto.

OS2: Consolidamento del protocollo di interventi multi-dominio sui fattori di rischio modificabili prestando particolare attenzione alle macroaree di stimolazione cognitiva, dieta, attività fisica, igiene del sonno e gestione comorbidità (rischio cardiovascolare e metabolico)

OS3: Consolidamento delle attività di tipo psico-educazionale, psico-sociale e di supporto 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

OS1 - Stimolazione cognitiva e training cognitivo (continuazione studio su trattamenti basati sulla stimolazione cognitiva/training cognitivo).

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. Pertanto, sulla base delle criticità emerse nel precedente progetto, si rivaluteranno i possibili software in commercio sulla base delle evidenze scientifiche di intervento nel DNC e si procederà all'acquisto di un nuovo software (es. Brainer). Il protocollo prevederà un trattamento di almeno 6 mesi, in accordo con le linee guida. L'intervento, per quanto basato sull'utilizzo di un software, sarà svolto in presenza; quindi, non rappresenterà un protocollo di telemedicina. Questo permette la riduzione della variabilità inter-operatore nello svolgimento dello stesso.

OS2 - Interventi multidisciplinari su dieta, attività fisica e sonno (valutazione e diffusione sul territorio di trattamenti multispecialistici).

Considerate i risultati promettenti emersi dallo studio pilota del precedente Fondo, che hanno visto un miglioramento statisticamente significativo in scale quali la MNA e la SPPB e trend di miglioramento anche nel MMSE e scale sul tono dell'umore, si continuerà l'arruolamento di pazienti con DNCMn per l'intervento multi-dominio su stimolazione cognitiva, gestione comorbidità, dieta, attività fisica e igiene del sonno. I soggetti saranno monitorati longitudinalmente per la rilevazione di cambiamenti e l'attuazione di cambiamenti nei piani terapeutici inizialmente indicati. Si prevede un intervento della durata di 6 mesi per soggetto e l'arruolamento di 60 nuovi soggetti, con scadenza a Gennaio 2027. Questo permetterà l'utilizzo dei mesi restanti fino a luglio 2027 per il completamento dell'intervento nell'ultimo gruppo arruolato e il completamento delle analisi statistiche finali. Vedi allegato A per protocollo di intervento.

OS3 - Interventi psico-educazionali e psico-sociali rivolti ai pazienti e ai loro caregivers

Proseguirà la programmazione di eventi di sensibilizzazione e di interventi psicoeducazionali e psicosociali, rivolti alla popolazione generale am anche alla persona con MCI e al caregiver, sulla base del modello sviluppato nella

precedente triennialità. In particolare, si prevede lo svolgimento di 2 eventi di sensibilizzazione all'anno in ogni ASL, eventi mirati 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. Tali eventi saranno svolti anche all'interno di setting quali CD e RSA, con l'obiettivo di incrementare la conoscenza su questi temi anche per il personale sanitario e non-sanitario presente nelle strutture scelte. Inoltre, si cercherà di trasformare più realtà pugliesi in "Dementia Friendly Community (DFC)", sulla base dell'esempio fornito da Giovinazzo (BA).

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

OS1 - Training cognitivo (consolidamento di trattamenti basati sulla stimolazione cognitiva/training cognitivo).

L'implementazione di un modello condiviso e trasferibile di stimolazione e training cognitivo, 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

OS2 - Interventi multidisciplinari su dieta, attività fisica e sonno (consolidamento di trattamenti multispecialistici).

Numerose sono le evidenze scientifiche riguardo i potenziali fattori di rischio correlati ai disturbi cognitivi e alle demenze. Recenti evidenze scientifiche, hanno dimostrato le potenzialità di questi trattamenti e incrementando il focus della ricerca in questo ambito. Pertanto, lo studio dell'efficacia di interventi multidisciplinari in fasi precoci della malattia riveste un ruolo critico nella potenziale 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.

OS3 - Interventi psico-educazionali e psico-sociali rivolti ai pazienti e ai loro caregivers

Questi interventi hanno il potenziale di migliorare la qualità della vita delle persone con demenza e dei loro familiari supportando il loro empowerment, riducendo lo stigma l'isolamento sociale e la perdita della normale funzionalità in ambito lavorativo, familiare e sociale. L'esperienza della precedente triennialità ci ha mostrato il forte coinvolgimento e interesse della comunità su queste tematiche e uno degli aspetti maggiormente segnalati nei questionari di gradimento forniti alla fine degli eventi, è la necessità di svolgere più iniziative del genere. Inoltre, questo permetterà la creazione di un migliore network con le associazioni locali e nazionali, il cui coinvolgimento risulta di fondamentale importanza. Una possibile criticità potrebbe essere dovuta alle difficoltà burocratiche dei diversi comuni nell'attuazione delle procedure per la creazione di una DFC.

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

Nel progetto sono coinvolte le Aziende Sanitarie Locali di Taranto e Lecce

Relativamente agli interventi di stimolazione cognitiva (OS1) sarà condotto uno studio della durata di 36 mesi su un campione più ampio di soggetti con MCI.

Relativamente agli interventi multidominio (OS2) sarà condotto uno studio della durata di 36 mesi su un campione più ampio di soggetti con MCI.

Relativamente alle attività del OS3, le attività continueranno per tutti mesi previsti dalla progettualità.

- 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.

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 del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/Mild Cognitive Impairment (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie e proseguendo nell'osservazione dei soggetti con DNC/MCI arruolati fino all'eventuale conversione a demenza;

Le evidenze scientifiche sui fattori di rischio del DNC sono ampie e diversificate, identificando sia fattori genetici che ambientali. Tra i principali fattori di rischio, l'età avanzata è il più significativo, poiché il rischio di sviluppare una DNC aumenta con l'invecchiamento. Altri fattori genetici, come la presenza dell'allele APOEε4, sono associati a un rischio maggiore, in particolare per la malattia di Alzheimer. Tuttavia, la genetica non è l'unico determinante. Come evidenziato in letteratura e anche dalla Lancet Commission, fattori ambientali e comportamentali, come il basso livello di istruzione, il fumo, l'obesità, la sedentarietà e la sindrome metabolica, sono stati anch'essi riconosciuti come influenti nel predisporre all'insorgenza di DNC. Studi recenti suggeriscono che le malattie cardiovascolari e metaboliche, come l'ipertensione e il diabete, possano aumentare il rischio di declino cognitivo, così come anche la depressione e il trauma cranico ripetuto sono considerati fattori di rischio che possono accelerare il processo degenerativo. Quindi, la prevenzione attraverso l'adozione di uno stile di vita sano, che includa una dieta equilibrata, esercizio fisico regolare, stimolazione mentale e sociale, può ridurre il rischio o rallentare la progressione della malattia, supportando l'ipotesi che una prevenzione primaria e secondaria potrebbe limitare l'impatto della DNC nella popolazione e che quindi ulteriori ricerche, soprattutto a livello nazionale, sono di cruciale importanza.

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

Razionale e descrizione dell'obiettivo

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 creazione di un PDTA e quindi l'omogeneizzazione dei piani diagnostico-terapeutico-assistenziali nei CDCD regionali, l'identificazione di un profilo di rischio individuale, la promozione di una rete tra CDCD e il coinvolgimento di Centri territoriali ad alta specializzazione 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.

Pertanto, nell'ottica di una collaborazione interregionale su scala nazionale, vi sarà la definizione di un protocollo dello studio osservazionale di coorte che include casi incidenti e prevalenti di MCI

Evidenze

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

- Istituto Superiore di Sanità (ISS) (Italia). Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment. Roma: Istituto Superiore di Sanità (It); Gennaio 2024. Disponibile all'indirizzo:
https://www.iss.it/documents/20126/9140509/LG+Demenza+e+MCI_v3.0.pdf/45961ff0-aa16-5017-1244-8426403600ec?t=1707121203312
- Piano Nazionale Demenze:
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2015-01-13&atto.codiceRedazionale=15A00130&elenco30giorni=false
- Report Nazionale Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze. Osservatorio demenze ISS. <https://www.demenze.it/it-schede-10054-i-risultati-del-fondo-per-l-alzheimer-e-le-demenze-quali-prospettive-nella-diagnosi-ed-assistenza-d>

Target

Soggetti con sospetto MCI, segnalati ai CDCD dai MMG e/o da specialisti territoriali o ospedalieri e persone con diagnosi di Mild Cognitive Impairment (MCI).

Setting

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

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Formazione e Sensibilizzazione MMG

Attività previste: Corsi ECM in presenza e in modalità FAD e webinar aggiornamento professionale, tenuti da specialisti esperti nella diagnosi dei disordini cognitivi, per potenziamento delle conoscenze riguardo la diagnosi precoce, strumenti di screening, rete dei servizi e aspetti terapeutico-assistenziali.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Nuova survey CDCD

Attività previste: formulazione di una nuova survey di ricognizione e censimento dei servizi territoriali, inviata per compilazione a ogni CDCD dalle ASL regionali di competenza, inerente bacino di utenza, figure professionali, strumenti diagnostici, flusso di pazienti,

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Tavolo Tecnico Regionale e PDTA

Attività previste: formazione di Tavolo Tecnico Regionale con il coinvolgimento di tutte le rappresentanze delle figure sanitarie coinvolte nel processo di diagnosi e trattamento, delle società scientifiche e delle associazioni territoriali; stesura e approvazione di un PDTA ufficiale di Regione Puglia

OBIETTIVO SPECIFICO 4: Pooled analisi interregionale e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la

pratica clinica

- Definizione di un minimum data set anamnestico, clinico, cognitivo e delle variabili biologiche/strumentali tra tutte le Regioni partecipanti a questa linea strategica ed identificazione della carta del rischio individuale da utilizzare nella coorte dei pazienti con MCI arruolati con il Fondo 2024-26.
- Definizione della CRF elettronica per l'acquisizione delle elaborazioni statistiche eseguite in ogni regione così come previsto dal protocollo di ricerca. La CRF includerà sia le analisi sulla conversione a demenza che la stima del rischio individuale di convertire a demenza per ogni componente della coorte con l'uso di una carta del rischio cognitivo a livello regionale
- Analisi pooled nazionale dei risultati della conversione a demenza e stima del rischio individuale di conversione a demenza applicando la carta del rischio cognitivo.

OBIETTIVO SPECIFICO 5: Formazione personale CDCD

Attività previste: Corsi ECM in presenza e in modalità FAD/webinar di aggiornamento professionale, tenuti da specialisti esperti nella diagnosi dei disordini cognitivi, per potenziamento delle conoscenze riguardo la diagnosi precoce, Linee Guida del Ministero, protocolli valutativi e diagnostici, biomarcatori liquidi e di imaging, rete dei servizi e aspetti terapeutico-assistenziali.

OBIETTIVO SPECIFICO 6: Implementazione e diffusione sul territorio della CCE sviluppata nella precedente progettualità

Attività previste: Finalizzazione e implementazione in tutti i CDCD della Regione Puglia della CCE appositamente sviluppata e creata nel precedente progetto

OBIETTIVO GENERALE 2: definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di teleriabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente Fondo**Razionale e descrizione dell'obiettivo**

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

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

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

Evidenze

- Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze” (2017)
- Istituto Superiore di Sanità (ISS) (Italia). Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment. Roma: Istituto Superiore di Sanità (It); Gennaio 2024. Disponibile all'indirizzo:
https://www.iss.it/documents/20126/9140509/LG+Demenza+e+MCI_v3.0.pdf/45961ff0-aa16-5017-1244-8426403600ec?t=1707121203312
- Piano Nazionale Demenze:
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2015-01-13&atto.codiceRedazionale=15A00130&elenco30giorni=false
- Report Nazionale Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze. Osservatorio demenze ISS. <https://www.demenze.it/it-schede-10054-i-risultati-del-fondo-per-l-alzheimer-e-le-demenze-quali-prospettive-nella-diagnosi-ed-assistenza-d>
- Fantozzi, C., Zanella, A., Simoni, M., Gollin, D., Ruaro, C., Casa, M., Codemo, A., Gasparoli, E., & Gabelli, C. (2022). Towards Digital Therapy for Alzheimer's Disease and Other Forms of Neurocognitive Disorder: The INFORMA Software Platform. *Proceedings of the 2022 ACM Conference on Information Technology for Social Good*, 68–74. <https://doi.org/10.1145/3524458.3547238>
- Campisi, M., Cannella, L., Celik, D., Gabelli, C., Gollin, D., Simoni, M., Ruaro, C., Fantinato, E., & Pavanello, S. (2024). Mitigating cellular aging and enhancing cognitive functionality: Visual arts-mediated Cognitive Activation Therapy in neurocognitive disorders. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1354025>

Razionale e descrizione dell'obiettivo: Definizione protocollo RCT: valutazione di efficacia e sicurezza del software INFORMA 2.0; valutazione dell'usabilità del software INFORMA 2.0. Scale di valutazione/esiti: Montreal Cognitive Assessment e i suoi singoli domini, Disability Assessment for Dementia – Italian Version (DAD-I), Quality of Life – Alzheimer's disease (QoL-AD), Global Deterioration Scale (GDS), Zarit Burden Inventory.

Evidenze: valutazione endpoint primario e endpoint secondari definiti nel protocollo.

Target: persone con MCI e demenza lieve arruolati presso CDCD partecipanti.

Setting: CDCD delle Regioni e le PA partecipanti alla attività.

OBIETTIVO SPECIFICO 1: definizione e organizzazione dell'infrastruttura progettuale finalizzata allo svolgimento delle attività di sviluppo del protocollo sperimentale e di conduzione del Trial Randomizzato Controllato volto alla valutazione del profilo di efficacia e sicurezza del software INFORMA 2.0.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: acquisizione delle risorse umane e dei beni (qualora necessario) finalizzati allo svolgimento delle attività progettuali previste dal protocollo di ricerca e formazione del personale coinvolto.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Conduzione di RCT multicentrico sulla base del protocollo steso dal CTS e approvato dal Comitato Etico

OBIETTIVO GENERALE 3: Sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza

Le evidenze scientifiche sugli interventi non farmacologici nei disturbi neurocognitivi, sono cresciute significativamente negli ultimi anni, suggerendo che approcci mirati possano migliorare la qualità della vita dei pazienti e rallentare la progressione del deterioramento cognitivo, sia nelle fasi precoci che nelle fasi mild e moderate. Le nuove Linee Guida del Ministero della Salute italiano (2023), nel contesto degli interventi sulle funzioni cognitive, ha evidenziato in letteratura una notevole variabilità nelle definizioni di stimolazione cognitiva, allenamento cognitivo e riabilitazione cognitiva nelle persone con demenza. In particolare, l'allenamento cognitivo e la riabilitazione cognitiva vengono frequentemente utilizzati come sinonimi, nonostante appartengano a discipline differenti e abbiano scopi distinti. Inoltre, molti degli studi presentano una elevata variabilità in termini di protocolli usati.

Tuttavia, nel complesso, le LG confermano, attraverso una analisi della letteratura scientifica di riferimento, la potenziale efficacia di interventi non farmacologici come la stimolazione cognitiva, la terapia occupazionale, la musicoterapia, e l'intervento psicologico, sottolineando il loro ruolo fondamentale nel trattamento del DNC. Il training cognitivo e la stimolazione cognitiva, che mirano a mantenere e migliorare le funzioni cognitive attraverso attività strutturate, hanno mostrato effetti positivi sul miglioramento delle capacità mnemoniche e sull'autonomia

nelle attività quotidiane. La terapia occupazionale, orientata a preservare le abilità motorie e pratiche, è stata riconosciuta come utile nel migliorare l'indipendenza dei pazienti. Inoltre, approcci basati sulla reminiscenza e la musicoterapia hanno dimostrato di ridurre l'ansia, la depressione e il comportamento agitato, migliorando il benessere emotivo. Le Linee Guida evidenziano anche l'importanza di interventi psicosociali per i caregiver, poiché la formazione e il supporto adeguato ai familiari sono fondamentali per prevenire il burnout e garantire una gestione ottimale del paziente a domicilio. Questi interventi non farmacologici sono quindi considerati essenziali, complementari ai trattamenti farmacologici, nel fornire un approccio olistico al trattamento delle DNC, migliorando la qualità della vita dei pazienti e riducendo il carico assistenziale.

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.

Evidenze

- Istituto Superiore di Sanità (ISS) (Italia). Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment. Roma: Istituto Superiore di Sanità (It); Gennaio 2024. Disponibile all'indirizzo:
https://www.iss.it/documents/20126/9140509/LG+Demenza+e+MCI_v3.0.pdf/45961ff0-aa16-5017-1244-8426403600ec?t=1707121203312
- Piano Nazionale Demenze:
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2015-01-13&atto.codiceRedazionale=15A00130&elenco30giorni=false
- Report Nazionale Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze. Osservatorio demenze ISS. <https://www.demenze.it/it-schede-10054-i-risultati-del-fondo-per-l-alzheimer-e-le-demenze-quali-prospettive-nella-diagnosi-ed-assistenza-d>

Target

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

Setting

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: Training cognitivo (consolidamento 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 con l'utilizzo di software computerizzato, selezionato sulla base delle evidenze scientifiche);
- Reality Orientation Therapy (ROT);

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Interventi multidisciplinari su dieta, attività fisica e sonno (consolidamento di trattamenti multispecialistici).

Consolidamento di interventi multidisciplinari sui potenziali e modificabili fattori di rischio di conversione in demenza, evidenziati nella letteratura scientifica di riferimento, come la stimolazione cognitiva, gestione comorbidità, 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).
- Valutazione geriatrica per Frailty e gestione comorbidità (rischio cardiovascolare e metabolico).
- Colloquio psicologico per discutere attività per la stimolazione cognitiva da condurre in autonomia a casa con l'aiuto del caregiver (utilizzo di BrainHQ).

Vedi allegato A per protocollo di intervento.

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.
- Comunità amiche delle persone con demenza.
- Interventi psicoeducazionali sulla patologia e i fattori di rischio modificabili.
- Attività di formazione del personale delle RSA e dei CD
- Attività di sensibilizzazione della popolazione generale.

REFERENTI UNITA' OPERATIVE

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Dipartimento Promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti 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	Luigi Fruscio (f.f. Direttore Generale)	Implementazione delle azioni previste dal progetto nei CDCD dell'area di competenza
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
ASL FOGGIA	Antonio Giuseppe Nigri (Direttore Generale)	Implementazione delle azioni previste dal progetto nei CDCD dell'area di competenza
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
ASL BAT	Tiziana Dimatteo (Direttore Generale)	Implementazione delle azioni previste dal progetto nei CDCD dell'area di competenza
Unità Operativa 5	Referente	Compiti

ASL BRINDISI	Maurizio De Nuccio (Direttore Generale)	Implementazione delle azioni previste dal progetto nei CDCD dell'area di competenza
Unità Operativa 6	Referente	Compiti
ASL TARANTO	Vito Gregorio Colacicco (Direttore Generale)	Implementazione delle azioni previste dal progetto nei CDCD dell'area di competenza e sede delle attività previste dalla linea 4 e del OS1 della linea 5
Unità Operativa 7	Referente	Compiti
ASL LECCE	Stefano Rossi (Direttore Generale)	Implementazione delle azioni previste dal progetto nei CDCD dell'area di competenza
Unità Operativa 8	Referente	Compiti
AOU POLICLINICO DI BARI	Antonio Sanguedolce (Direttore Generale)	Implementazione delle azioni previste dalla linea 1 OS4, sotto il coordinamento dell'Unità 1
Unità Operativa 9	Referente	Compiti
AOU POLICLINICO DI FOGGIA	Giuseppe Pasqualone (Direttore Generale)	Implementazione delle azioni previste dalla linea 1 OS4, sotto il coordinamento dell'Unità 1
Unità Operativa 10	Referente	Compiti
Ente Ecclesiastico MIULLI Acquaviva delle Fonti	Vitangelo Dattoli (Direttore Generale)	Implementazione delle azioni previste dalla linea 1 OS4, sotto il coordinamento dell'Unità 1
Unità Operativa 11	Referente	Compiti
IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza	Gino Gumirato (Direttore Generale)	Implementazione delle azioni previste dalla linea 1 OS4, sotto il coordinamento dell'Unità 1

Allegato 3

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

OBIETTIVO GENERALE 1: Potenziamiento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/Mild Cognitive Impairment (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie e proseguendo nell'osservazione dei soggetti con DNC/MCI arruolati fino all'eventuale conversione a demenza

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: Buona partecipazione ai corsi di formazione e aumento del numero di segnalazioni di MCI ai CDCD da parte dei MMG

Indicatore di risultato: aumento diagnosi di MCI segnalati da MMG;

Fonte di verifica: Lista iscritti ai corsi in presenza e in FAD, 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 50% dei MMG

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Nuova survey dei CDCD

Risultati attesi: ricognizione totale dei CDCD, del personale e dei servizi offerti.

Indicatore di risultato: numero totale questionari compilati

Fonte di verifica: Centro di Coordinamento Scientifico, gestionale strategico

Standard di risultato: Completamento della survey nel 100% dei CDCD della Regione Puglia

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Tavolo Tecnico Regionale e PDTA

Risultati attesi: Individuazione dei rappresentanti e istituzione del Tavolo Tecnico Regionale; Creazione di un gruppo multidisciplinare per la stesura e approvazione del PDTA ufficiale di Regione Puglia.

Indicatore di risultato: Creazione del Tavolo Tecnico Regionale e PDTA

Fonte di verifica: Delibera Regionale

Standard di risultato: Istituzione del Tavolo Tecnico Regionale e avvio del lavoro per la creazione di un PDTA

OBIETTIVO SPECIFICO 4: Pooled analisi interregionale e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica

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

Risultato atteso: acquisizione delle carte del rischio cognitivo.

Indicatore di risultato: numero di carte del rischio cognitivo.

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

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

Azione 2: stesura del protocollo relativo allo studio osservazionale

Risultato atteso: completamento del protocollo da parte del Comitato Tecnico Scientifico (CTS) del progetto.

Indicatore di risultato: definizione del protocollo contenente il minimum data-set e la carta del rischio cognitivo.

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

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

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

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

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

Fonte di verifica: documentazione prodotta dal Comitato Etico.

Standard di risultato: parere favorevole del Comitato Etico.

Azione 4: definizione di una CRF elettronica per il trasferimento dei dati dalle regioni partecipanti all'istituzione che si occuperà dell'analisi pooled a livello nazionale

Risultato atteso: definizione della CRF elettronica.

Indicatore di risultato: file della CRF elettronica

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

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

Azione: Analisi pooled dei risultati delle diverse subcoorti regionali.

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

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

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

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

OBIETTIVO SPECIFICO 5: Formazione 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: tasso di partecipazione, 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: registro iscrizioni eventi in presenza e in FAD, questionari di gradimento somministrati.

Standard di risultato: obiettivo è avere almeno un tasso di partecipazione pari almeno al 50% degli operatori sanitari dei CDCD.

OBIETTIVO SPECIFICO 6: Implementazione e diffusione sul territorio della CCE sviluppata nella precedente progettualità

Risultati attesi: Implementazione e diffusione della CCE in tutti i CDCD presenti sul territorio pugliese.

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: CCE presente sul sistema sanitario

Standard di risultato: Utilizzo della CCE in almeno il 70% dei CDCD pugliesi

OBIETTIVO GENERALE 2: Definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di teleriabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente Fondo

Risultati attesi: svolgimento dello studio RCT "Informa 2.0"

Fonte di verifica: report periodico gestito dal coordinamento tecnico-scientifico e dal centro promotore

Standard di risultato: Arruolamento del campione indicato per Regione Puglia e completamento delle attività previste

OBIETTIVO SPECIFICO 1: definizione e organizzazione dell'infrastruttura progettuale finalizzata allo svolgimento delle attività di sviluppo del protocollo sperimentale e di conduzione del Trial Randomizzato Controllato volto alla valutazione del profilo di efficacia e sicurezza del software INFORMA 2.0.

Azione 1: stesura del protocollo relativo al RCT INFORMA 2.0.

Risultato atteso: completamento del protocollo sperimentale da parte del Comitato Tecnico Scientifico (CTS) per la linea progettuale 4 del Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026.

Indicatore di risultato: numero di riunioni del CTS svolte / numero di riunioni del CTS programmate.

Fonte di verifica: verbale riunioni del CTS.

Standard di risultato: svolgimento di almeno il 50% delle riunioni del CTS.

Azione 2: Valutazione del protocollo RCT INFORMA 2.0 da parte del Comitato Etico.

Risultato atteso: acquisizione del parere relativo allo svolgimento del RCT INFORMA 2.0 da parte del Comitato Etico.

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

Fonte di verifica: documentazione prodotta dal Comitato Etico.

Standard di risultato: parere favorevole del Comitato Etico.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: acquisizione delle risorse umane e dei beni (qualora necessario) finalizzati allo svolgimento delle attività progettuali previste dal protocollo di ricerca e formazione del personale coinvolto.

Azione 1: selezionare uno psicologo per ogni CDCD incluso nella progettualità e un logopedista per il CDCD capofila (CRIC) da dedicare alle attività progettuali.

Risultato atteso: acquisizione di uno psicologo per ogni CDCD incluso nella progettualità e un logopedista per il CDCD capofila (CRIC).

Indicatore di risultato: numero di professionisti acquisiti / numero di posizioni lavorative bandite.

Fonte di verifica: delibera di acquisizione del personale.

Standard di risultato: acquisizione del 100% dei professionisti previsti dalle posizioni lavorative bandite.

Azione 2: acquisire tablet e PC (qualora necessario) per lo svolgimento delle attività progettuali.

Risultato atteso: acquisizione di 15 tablet e 1 PC.

Indicatore di risultato: numero di tablet e PC acquisiti / numero di tablet e PC necessari allo svolgimento delle attività.

Fonte di verifica: documentazione relativa all'acquisto dei beni.

Standard di risultato: acquisizione del 90% dei beni previsti dalla progettualità.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Conduzione di RCT multicentrico sulla base del protocollo steso dal CTS e approvato dal Comitato Etico

Azione 1: selezionare e valutare i partecipanti alla sperimentazione (braccio sperimentale e braccio placebo) sulla base dei criteri indicati nel protocollo del trial.

Risultato atteso: selezione dei partecipanti allo studio.

Indicatore di risultato: numero di partecipanti selezionati / numero minimo di partecipanti da selezionare, compliance al trattamento > 80% valutata tramite un diario appositamente creato che prevede la compilazione dello stesso da parte del paziente con supervisione del caregiver.

Fonte di verifica: firma del partecipante nel documento di Consenso Informato alla partecipazione alla sperimentazione.

Standard di risultato: raggiungimento di almeno il 80% dei partecipanti selezionati rispetto al numero minimo di partecipanti da selezionare.

Azione 2: effettuare gli incontri di training all'utilizzo di INFORMA 2.0 con i partecipanti selezionati (braccio sperimentale) e ai loro caregiver.

Risultato atteso: svolgimento del training all'utilizzo di INFORMA 2.0.

Indicatore di risultato: numero di partecipanti che hanno svolto il training / numero di partecipanti che inizieranno il percorso previsto per il braccio sperimentale.

Fonte di verifica: documento attestante la partecipazione al training.

Standard di risultato: il 100% dei partecipanti che inizieranno il percorso previsto per il braccio sperimentale deve aver svolto gli incontri di training. Azione 3: attivare il percorso di stimolazione cognitiva da remoto mediante il sistema INFORMA 2.0. Risultato atteso: attivazione del percorso di stimolazione cognitiva da remoto per i partecipanti selezionati per il braccio sperimentale. Indicatore di risultato: numero di atti sottoscritti relativi alla consegna del tablet / numero di Consensi Informati precedentemente sottoscritti dai partecipanti al braccio sperimentale. Fonte di verifica: atto di formalizzazione sottoscritto relativo alla consegna del tablet. Standard di risultato: almeno il 90% del numero di pazienti che hanno precedentemente sottoscritto il consenso. Azione 4: effettuare colloquio informativo in merito al trattamento placebo ai partecipanti selezionati per il gruppo di controllo e ai loro caregiver. Risultato atteso: svolgimento del colloquio informativo all'utilizzo del trattamento placebo. Indicatore di risultato: numero di partecipanti che hanno effettuato il colloquio / numero di partecipanti selezionati per il braccio placebo. Fonte di verifica: documento attestante la partecipazione al colloquio. Standard di risultato: il 100% dei partecipanti selezionati per il braccio placebo deve aver svolto il colloquio. Azione 5: attivare il trattamento placebo da remoto mediante tablet. Risultato atteso: attivazione del percorso per i partecipanti selezionati per il braccio placebo. Indicatore di risultato: numero di atti sottoscritti relativi alla consegna del tablet / numero di Consensi Informati precedentemente sottoscritti dai partecipanti al braccio placebo. Fonte di verifica: atto di formalizzazione sottoscritto relativo alla consegna del tablet. Standard di risultato: 90% del numero di pazienti che hanno precedentemente sottoscritto il consenso informato. Azione 6: effettuare valutazione neuropsicologica e funzionale post-intervento (sperimentale e placebo) secondo quanto definito dal protocollo del trial. Risultato atteso: valutazione neuropsicologica e funzionale a 8 e a 20 settimane dall'inizio del percorso. Indicatore di risultato: raccolta e analisi di dati neuropsicologici e funzionali. Fonte di verifica: documento redatto sulla base della Scheda Raccolta Dati da parte della CRO Standard di risultato: dati raccolti su almeno l'80% dei partecipanti.
OBIETTIVO GENERALE 3: Consolidamento e diffusione della sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducativi, cognitivi e psicosociali nella demenza in tutti i contesti assistenziali (Centri per i disturbi cognitivi e demenze, Centri Diurni, RSA, cure domiciliari etc.) e comunque nei contesti di vita delle persone. 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: <u>Training cognitivo (consolidamento di trattamenti basati sulla stimolazione cognitiva/training cognitivi)</u> Risultati attesi: Consolidamento del protocollo implementato nel precedente progetto e studio su campione più ampio. Indicatore di risultato: Scale cognitive, funzionali e del tono dell'umore somministrate pre- e post-trattamento: Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive (ADAS-Cog), Mini Mental Status Examination (MMSE), Frontal Assessment Battery (FAB), Instrumental and basic activities of daily living (IADL/ADL), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) / Geriatric Depression Scale (GDS). Fonte di verifica: monitoraggio semestrale e stesura report gestito dal coordinamento scientifico, gestionale e strategico. Standard di risultato: miglioramento di ≥ 2 punti al MMSE; trend di miglioramento o un risultato statisticamente significativo in una delle scale cognitive o del tono dell'umore OBIETTIVO SPECIFICO 2: <u>Interventi multidisciplinari su dieta, attività fisica e sonno (consolidamento di</u>

trattamenti multispecialistici).

Risultati attesi: Consolidamento del protocollo implementato nel precedente progetto e studio su campione più ampio.

Indicatore di risultato: Scale cliniche somministrate pre- e post-trattamento per la rilevazione quadro nutrizionale e fisico, quadro ciclo sonno/veglia, quadro di gestione delle comorbidità e del tono dell'umore attraverso scale quali Mini Mental Status Examination (MMSE), Frontal Assessment Battery (FAB), Instrumental and basic activities of daily living (IADL/ADL), Mini Nutritional Assessment (MNA), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)/Geriatric Depression Scale (GDS), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Short Physical Performance Battery (SPPB), Frailty Index scale (FRIED), The Groningen Activity Restriction Scale

Fonte di verifica: monitoraggio semestrale e stesura report gestito dal coordinamento scientifico, gestionale e strategico.

Standard di risultato: miglioramento di ≥ 1 punti ad una delle scale cliniche; trend di miglioramento o un risultato statisticamente significativo in una delle scale cliniche o del tono dell'umore.

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

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: tasso di partecipazione, variazioni di punteggi a scale cliniche sul caregiver burden.

Fonte di verifica: Scale cliniche sul caregiver burden e sul tono dell'umore somministrate pre- e post-trattamento: Caregiver Burden Inventory (CBI) e flyer /foto eventi svolti; numero di nuove DFC in Puglia

Standard di risultato: Organizzazione di almeno 2 eventi all'anno in ognuna delle 6 ASL pugliesi, ≥ 2 nuove DFC; riduzione ≥ 3 punti nelle scale sul caregiver burden.

PIANO FINANZIARIO

REGIONE PUGLIA

PROSPETTO GENERALE			
RISORSE	RAZIONALE	IMPORTO	%
Personale	Psicologi e personale amministrativo a supporto del Dipartimento di Regione Puglia nella gestione del progetto, nella somministrazione delle valutazioni NPS, nella raccolta dati, nell'analisi e nella reportistica del progetto	1.365.712,49 €	70%
Beni	Materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del piano.	214.611,96 €	11%
Servizi	Costi per pubblicazioni, organizzazione di eventi, noleggio di attrezzature, servizi di laboratorio, gestione comunicazione istituzionale del progetto	195.101,78 €	10%
Missioni	Missioni del personale assunto sul progetto e personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto per un tempo limitato nel piano.	39.020,36 €	2%
Spese generali**	Costi indiretti	136.571,25 €	7%
TOTALE		1.951.017,85 €	100%

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

Indicare la percentuale totale del personale	Indicare eventuale percentuale del personale amministrativo
70%	5%

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

Indicare la percentuale totale delle spese generali
7%

Unità 1: Coordinamento Amministrativo Regione e Coordinamento Scientifico Osp. "Card. G. Panico" di Tricase (LE)		
Risorse	Razionale della spesa	Euro
Personale - Psicologi per 86.799,65 Euro; - Amministrativi per 68.285,60 Euro.	Psicologi e personale amministrativo a supporto del Dipartimento di Regione Puglia nella gestione del progetto, nella somministrazione delle valutazioni NPS, nella raccolta dati, nell'analisi e nella reportistica del progetto.	155.085,25 €
Beni	Materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del piano.	45.068,51 €
Servizi	Costi per pubblicazioni, organizzazione di eventi, noleggio di attrezzature, servizi di laboratorio, gestione comunicazione istituzionale del progetto	40.971,38 €
Missioni	Missioni del personale assunto sul progetto e personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto per un tempo limitato nel piano.	8.194,28 €
Spese generali	Costi indiretti	28.679,96 €
Totale		277.999,37 €

Unità 2: ASL BARI		
Risorse	Razionale della spesa	Euro
Personale - Dirigenti psicologi	Dirigenti psicologi per le attività del progetto nei CDCD territoriali e Ospedalieri	245.121,09 €

Beni	Materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del piano.	38.519,03 €
Servizi	Attività di disseminazione dei risultati, organizzazione eventi	35.017,30 €
Missioni	Missioni del personale assunto sul progetto e personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto per un tempo limitato nel piano.	7.003,46 €
Spese generali	Costi indiretti	24.512,11 €
Totale		350.172,99 €

Unità 3: ASL FOGGIA		
Risorse	Razionale della spesa	Euro
Personale <i>- Dirigenti psicologi</i>	Dirigenti psicologi per le attività del progetto nei CDCD territoriali e Ospedalieri	152.489,88 €
Beni	Materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del piano.	23.962,69 €
Servizi	Attività di disseminazione dei risultati, organizzazione eventi	21.784,27 €
Missioni	Missioni del personale assunto sul progetto e personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto per un tempo limitato nel piano.	4.356,85 €
Spese generali	Costi indiretti	15.248,99 €
Totale		217.842,68 €

Unità 4: ASL BAT		
Risorse	Razionale della spesa	Euro
Personale <i>- Dirigenti psicologi</i>	Dirigenti psicologi per le attività del progetto nei CDCD territoriali e Ospedalieri	115.877,90 €
Beni	Materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del piano.	18.209,38 €
Servizi	Attività di disseminazione dei risultati, organizzazione eventi	16.553,99 €
Missioni	Missioni del personale assunto sul progetto e personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto per un tempo limitato nel piano.	3.310,80 €

Spese generali	Costi indiretti	11.587,79 €
Totale		165.539,86 €

Unità 5: ASL BRINDISI		
Risorse	Razionale della spesa	Euro
Personale <i>- Dirigenti psicologi</i>	Dirigenti psicologi per le attività del progetto nei CDCD territoriali e Ospedalieri	124.920,44 €
Beni	Materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del piano.	19.630,35 €
Servizi	Attività di disseminazione dei risultati, organizzazione eventi	17.845,78 €
Missioni	Missioni del personale assunto sul progetto e personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto per un tempo limitato nel piano.	3.569,16 €
Spese generali	Costi indiretti	12.492,04 €
Totale		178.457,77 €

Unità 6: ASL TARANTO		
Risorse	Razionale della spesa	Euro
Personale <i>- Dirigenti psicologi</i>	Dirigenti psicologi per le attività del progetto nei CDCD territoriali e Ospedalieri	152.731,87 €
Beni	Materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del piano.	24.000,72 €
Servizi	Attività di disseminazione dei risultati, organizzazione eventi	21.818,84 €
Missioni	Missioni del personale assunto sul progetto e personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto per un tempo limitato nel piano.	4.363,77 €
Spese generali	Costi indiretti	15.273,19 €
Totale		218.188,38 €

Unità 7: ASL LECCE		
Risorse	Razionale della spesa	Euro
Personale <i>- Dirigenti psicologi</i>	Dirigenti psicologi per le attività del progetto nei CDCD territoriali e Ospedalieri	192.171,82 €
Beni	Materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del piano.	30.198,43 €
Servizi	Attività di disseminazione dei risultati, organizzazione eventi	27.453,12 €

Missioni	Missioni del personale assunto sul progetto e personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto per un tempo limitato nel piano.	5.490,62 €
Spese generali	Costi indiretti	19.217,18 €
Totale		274.531,17 €

Unità 8: AOU POLICLINICO DI BARI		
Risorse	Razionale della spesa	Euro
Personale - <i>Psicologi</i>	Psicologi per le attività del progetto Fondo Alzheimer e Demenze	89.757,16 €
Beni	Materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del piano.	3.755,71 €
Servizi	Attività di disseminazione dei risultati, organizzazione eventi	3.414,28 €
Missioni	Missioni del personale assunto sul progetto e personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto per un tempo limitato nel piano.	682,86 €
Spese generali	Costi indiretti	2.390,00 €
Totale		100.000,00 €

Unità 9: AOU OSP RIUNITI DI FOGGIA		
Risorse	Razionale della spesa	Euro
Personale - <i>Psicologi</i>	Psicologi per le attività del progetto Fondo Alzheimer e Demenze	89.757,16 €
Beni	Materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del piano.	3.755,71 €
Servizi	Attività di disseminazione dei risultati, organizzazione eventi	3.414,28 €
Missioni	Missioni del personale assunto sul progetto e personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto per un tempo limitato nel piano.	682,86 €
Spese generali	Costi indiretti	2.390,00 €
Totale		100.000,00 €

Unità 10: Ente Ecclesiastico MIULLI Acquaviva delle Fonti (Bari)		
Risorse	Razionale della spesa	Euro
Personale - <i>Psicologi</i>	Psicologi per le attività del progetto Fondo Alzheimer e Demenze	23.899,97 €
Beni	Materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del piano.	3.755,71 €
Servizi	Attività di disseminazione dei risultati, organizzazione eventi	3.414,28 €

Missioni	Missioni del personale assunto sul progetto e personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto per un tempo limitato nel piano.	682,86 €
Spese generali	Costi indiretti	2.390,00 €
Totale		34.142,81 €

Unità 11: IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza San Giovanni Rotondo (Foggia)		
Risorse	Razionale della spesa	Euro
Personale <i>- Psicologi</i>	Psicologi per le attività del progetto Fondo Alzheimer e Demenze	23.899,97 €
Beni	Materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del piano.	3.755,71 €
Servizi	Attività di disseminazione dei risultati, organizzazione eventi	3.414,28 €
Missioni	Missioni del personale assunto sul progetto e personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto per un tempo limitato nel piano.	682,86 €
Spese generali	Costi indiretti	2.390,00 €
Totale		34.142,81 €



Mauro
Nicastro
19.09.2025
12:05:03
GMT+02:00



REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
SGO	DEL	2025	108	22.09.2025

D.M. 5 SETTEMBRE 2024 - RIPARTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE 2024-2026 - APPROVAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI ATTIVITÀ DEMENZE DELLA REGIONE PUGLIA.

Si esprime: PARERE DI REGOLARITA'CONTABILE POSITIVO
LR 28/2001 art. 79 Comma 5

ANNOTAZIONE:

Responsabile del Procedimento
E.Q.-CARMEN PARTIPILO

Dirigente
D.SSA REGINA STOIL

