



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Allegato alla Delib.G.R. n. 31/15 del 13.10.2022**

**Piano triennale delle attività**  
*(Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021-2023)*



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## ***DATI GENERALI***

**Regione:** Regione Autonoma della Sardegna

**Enti partecipanti:** Azienda regionale della salute (Ares); Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 1 di Sassari; Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 2 della Gallura; Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 3 di Nuoro; Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 4 dell'Ogliastra; Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 5 di Oristano; Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 6 del Medio Campidano; Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 7 del Sulcis; Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 8 di Cagliari; Azienda ospedaliera-universitaria (AOU) di Cagliari; Azienda ospedaliera-universitaria (AOU) di Sassari; Azienda di rilievo nazionale ad alta specializzazione (ARNAS) "G. Brotzu".

**Area progettuale 1:** *potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore (Mild Cognitive Impairment - MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso acquisto di apparecchiature sanitarie*

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

Regioni /Province Autonome coinvolte - *non sono previste collaborazioni a livello regionale*

**Risorse:**

- Totale annualità: € 169.655,53
- Totale triennio: € 508.966,59

**Referente scientifico:**

nominativo: dr. Gianluca Floris

struttura di appartenenza: Neurologia e Centro per i Disturbi Cognitivi dell'adulto (CDCD), AOU di Cagliari

n. tel: 349 4932435 E-mail: gfloris@aoucagliari.it

**Referente amministrativo:**

nominativo: dott. Stefano Piras

struttura di appartenenza: Direttore del Servizio Promozione e governo delle reti di cure – Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale

n. tel: 333 668449 E-mail: stpiras@regione.sardegna.it

Sostituta nominativo: dott.ssa Serena Meloni – coordinatrice del Settore promozione assistenza agli anziani e salute mentale

n. tel: 347 5464607 E-mail: sermeloni@regione.sardegna.it



## Allegato 1

### ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO

#### Area progettuale 1

Il seguente Piano triennale di attività per le demenze, elaborato dalla regione Sardegna di concerto con il gruppo di lavoro regionale per le demenze, istituito con determinazione dirigenziale n. 356 del 22 aprile 2022, è stato condiviso con tutti i nodi del Sistema sanitario regionale operanti nel settore nonché con le associazioni dei MMG, le società scientifiche e le associazioni dei familiari dei pazienti.

Detta proposta progettuale è volta ad affrontare due specifiche aree di criticità nella diagnosi e nella presa in carico delle persone con demenza, in particolare:

- 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;
- area 5, sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza.

La scelta delle due aree progettuali su cui sviluppare il presente Piano è stata frutto degli esiti di una survey sui servizi regionali per le demenze, condotta dagli uffici regionali nel mese di febbraio 2022.

Di seguito si rappresenta la proposta progettuale sviluppata attraverso le due aree progettuali - area 1 e 5.

Le demenze sono state recentemente indicate come una priorità per la sanità pubblica. Un interesse crescente è pertanto rivolto all'identificazione e implementazione di strategie preventive appropriate. La fase *pre-demenza* si configura come lo stadio ideale per l'attuazione di trattamenti tesi a prevenire o ritardare l'evoluzione della malattia. A tale riguardo due entità cliniche richiamano l'interesse della comunità scientifica ***Declino Cognitivo Soggettivo (SCD) e Mild Cognitive Impairment (MCI)***.

Il **SCD** è comunemente inteso come l'esperienza soggettiva di un calo dell'efficienza cognitiva che si manifesta in assenza di alterazioni oggettive alla valutazione neuropsicologica. La rilevanza clinica del SCD riconosce due motivazioni. Innanzitutto rappresenta una condizione molto comune nella popolazione generale, in secondo luogo è stato ripetutamente indicato come fattore di rischio per l'insorgenza di un futuro decadimento cognitivo oggettivo o demenza. È stato, pertanto, ipotizzato che il SCD possa rappresentare la prima fase di un lungo processo di "distacco" dalla normalità sotto il profilo cognitivo.

Il **Disturbo Neurocognitivo Minore o Mild Cognitive Impairment** è una condizione clinica caratterizzata dalla presenza di deficit cognitivi, riferiti dal paziente e confermati da una valutazione neuropsicologica strutturata, con conservazione delle autonomie funzionali. L'individuazione precoce di soggetti affetti da MCI permette la rilevazione di pazienti a rischio di sviluppare una demenza ed una loro presa in carico tempestiva. È noto infatti che gli interventi di prevenzione quali formazione ed educazione verso sani stili di vita, training cognitivi, mantenimento di adeguato coinvolgimento sociale e relazionale, attenzione al benessere psicologico, possono ritardare l'evoluzione e la conversione in DNC Maggiore.

Il percorso diagnostico di un Disturbo Neurocognitivo Minore prevede una attenta anamnesi, una visita generale e neurologica, e un esame di neuroimaging strutturale (TAC cranio o Risonanza magnetica



dell'encefalo). Il Gold Standard per la diagnosi è rappresentato dalla valutazione neuropsicologica strutturata e estensiva che permetta lo studio dei diversi domini cognitivi (memoria, attenzione, funzioni esecutive, linguaggio, funzioni visuo-spaziali, funzioni gnosiche e prassiche). Va sottolineato che nel caso dell'MCI la valutazione neuropsicologica non costituisce un esame aggiuntivo, *ma è elemento necessario per la diagnosi*, e consente una valutazione *quantitativa e qualitativa* del tipo di deficit cognitivo. È possibile individuare un MCI singolo dominio, quando risulta deficitaria solo una funzione cognitiva (MCI amnesico e MCI-non amnesico) e un MCI multiplo dominio se sono coinvolte diverse funzioni cognitive.

Il presente piano ha l'obiettivo generale di standardizzare un percorso diagnostico omogeneo sul territorio regionale per la diagnosi di MCI con gli obiettivi specifici di coinvolgere e sensibilizzare il Medico di Medicina Generale nell'invio tempestivo dei pazienti; migliorare il *setting* diagnostico dei CDCD, troppo spesso carenti della figura professionale del neuropsicologo; sviluppare la carta di rischio cognitivo per la pratica clinica.

#### Bibliografia:

*World Health Organisation, Alzheimer's Disease International. Dementia: a public health priority 2012*  
*Petersen RC, Smith GE, Waring SC (1999) Mild Cognitive impairment. Clinicalcharacteritaton et outcomeArhives of Neurology 56: 303.308*  
*Albert MS, Dekosky ST, Dichson D et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer,s disease: reccomandation From de NIA-AA. Alzheimers Dementia 2011*  
*Kitwood, T. (2015). Riconsiderare la demenza. Edizioni Centro Studi Erickson.*

## ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO

### Area progettuale 5

Fra gli interventi non farmacologici per il trattamento dei pazienti con disturbo cognitivo troviamo gli interventi psicosociali e cognitivi. Trattasi di strategie globali o interventi comportamentali che possono alleviare lo stress, facilitare il *coping*, sostenere le risorse residue e massimizzare il funzionamento globale della persona con deficit cognitivo. Questi interventi, rivolti alle persone con demenza, assumono anche un ruolo riabilitativo, inteso non come recupero di una funzione persa, ma come valorizzazione delle capacità residue e il mantenimento delle autonomie funzionali, nella promozione delle strategie di coping, nel migliorare l'interazione con l'ambiente, tenendo conto dell'individuo e della patologia, in linea con la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la quale definisce la Riabilitazione come "(...) *insieme di interventi che mirano allo sviluppo di una persona al suo più alto potenziale sotto il profilo fisico, psicologico, sociale, occupazionale ed educativo, in relazione al suo deficit fisiologico o anatomico e ambientale*".

Gli interventi psicosociali possono avere delle importanti ricadute in termini di riduzione dei costi legati all'utilizzo dei farmaci e dei servizi legati all'assistenza nelle demenze e nei disturbi cognitivi. Numerosi sono i trattamenti non farmacologici, che hanno l'obiettivo di aumentare la qualità di vita e del benessere negli anziani con demenza e dei caregiver,

La riabilitazione cognitiva precoce ha infatti, effetti positivi sul piano psicologico, cognitivo, sociale e funzionale e permette alla persona di essere il più a lungo possibile attivamente inclusa e preservata nella propria partecipazione sociale e civile. Nelle forme più avanzate sono indicati approcci riabilitativi basati su metodiche compensative e di terapia occupazionale.



I pazienti affetti da DNC lieve e maggiore possono beneficiare di diverse tipologie di trattamenti riabilitativi quali psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali individualizzati sulla base del disturbo cognitivo identificato tramite valutazione neuropsicologica ed in funzione del grado di deterioramento.

I caregivers hanno un ruolo cruciale nella gestione della demenza, sono “terapisti” nella gestione informale di alcuni interventi psicosociali come la stimolazione cognitiva, la terapia occupazionale e la gestione delle alterazioni comportamentali (BPSD). Il supporto al caregiver è pertanto necessario per ridurre il *burden* e risulta fondamentale controllare il loro stato di salute per elevato rischio di depressione, problemi alcool-correlati e comorbilità medica. La presa in carico del caregiver è pertanto un elemento chiave della cura delle persone con demenza e la sua formazione è uno degli interventi cardine.

Gli interventi rivolti al caregiver sono strategie evidence-based globali che possono alleviare lo stress, facilitare il coping, sostenere le risorse residue e massimizzare il funzionamento globale della persona con demenza. Consentono la riduzione dei costi indiretti, valutabili in termini di perdita delle risorse per la collettività legata alla malattia (riduzione dei sintomi depressivi dei caregiver; riduzione giorni di assenza da lavoro etc).

Il presente piano ha l’obiettivo di rendere uniformi e accessibili in tutto il territorio regionale gli interventi psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali rivolti al paziente, ai caregivers ed alle famiglie fruibili in diversi contesti quali CDCD, CDI, RSA in relazione alla specificità dei casi (appropriatezza).

Per fare questo è necessario avviare programmi di formazione degli operatori per condividere metodologie e programmi evidence-based.

Le attuali criticità sono da individuarsi in:

- numero limitato di strutture semiresidenziali deputate alla riabilitazione globale delle persone con deficit cognitivi (CDI e RSA) distribuito in modo disomogeneo e non adeguato al bacino d’utenza;
- assenza delle figure professionali quali psicologo/neuropsicologo e logopedista nel CDCD per gli interventi cognitivi e psicosociali.

#### Bibliografia

- De Oliveira, A. M., Radanovic, M., Homem de Mello, P. C., Buchain, P. C., DiasVizzotto, A., Harder, J., ... & Forlenza, O. V. (2019). An intervention to reduce neuropsychiatric symptoms and caregiver burden in dementia: Preliminary results from a randomized trial of the tailored activity program—outpatient version. *International journal of geriatric psychiatry*, 34(9), 1301-1307.
- Gardini, S., Pradelli, S., Faggian, S., & Borella, E. (2021). *La terapia di stimolazione cognitiva: un intervento efficace per la persona con demenza: Programma base e di mantenimento della Cognitive Stimulation Therapy (CST)*. FrancoAngeli.
- Pozzi, C., Lanzoni, A., Lucchi, E., Bergamini, L., Bevilacqua, P., Manni, B., ... & Morandi, A. (2019). A pilot study of community-based occupational therapy for persons with dementia (COTID-IT Program) and their caregivers: evidence for applicability in Italy. *Aging Clinical and Experimental Research*, 31(9), 1299-1304.
- Saragih, I. D., Tonapa, S. I., Saragih, I. S., & Lee, B. O. (2022). Effects of Cognitive Stimulation Therapy for People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies: Cognitive stimulation therapy for dementia care. *International Journal of Nursing Studies*, 104181.
- Volkmer, A., Rogalski, E., Henry, M., Taylor-Rubin, C., Ruggero, L., Khayum, R., ... & Rohrer, J. D. (2020). Speech and language therapy approaches to managing primary progressive aphasia. *Practical Neurology*, 20(2), 154-161.



OMS (2001). *Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*. Trento. Erickson

Per i caregiver e i familiari:

Cozza, A., & Maccaferri, A. (2020). Il caregiving nelle patologie dementigene: dalla fatica della cura agli interventi integrati. *Il caregiving nelle patologie dementigene: dalla fatica della cura agli interventi integrati*, 55-64.

Masotti, G., Biagini, C. A., Cester, A., & Mossello, E. (2013). Linee di indirizzo per i centri diurni Alzheimer.

Parker, D., Mills, S., & Abbey, J. (2008). Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(2), 137-172.

Seike, A., Sumigaki, C., Takeuchi, S., Hagihara, J., Takeda, A., Becker, C., ... & Sakurai, T. (2021). Efficacy of group-based multi-component psycho-education for caregivers of people with dementia: A randomized controlled study. *Geriatrics & Gerontology International*, 21(7), 561-567.

Thompson, C. A., Spilsbury, K., Hall, J., Birks, Y., Barnes, C., & Adamson, J. (2007). Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC geriatrics*, 7(1), 1-12.



## 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.*

**Razionale e descrizione dell'obiettivo:**

Standardizzare un percorso per la diagnosi di Mild Cognitive Impairment (MCI) in modo da renderlo uniforme e disponibile su tutto il territorio regionale.

La diagnosi di MCI richiede un invio precoce al CDCD da parte del MMG, una visita generale e neurologica, un esame di neuroimaging (RMN encefalo) e una valutazione neuropsicologica estensiva.

**Evidenze:** *si veda la bibliografia*

**Target:** soggetti che riferiscono difficoltà cognitive e/o soggetti inviati per disturbi cognitivi dal MMG

**Setting:** CDCD

**OBIETTIVO SPECIFICO 1:** *sensibilizzazione dei Medici di medicina generale verso i disturbi cognitivi fin dalla fase di MCI e definire criteri e percorsi per un invio precoce dei pazienti presso i CDCD.*

**Attività previste:**

- Programmare un evento formativo ECM, specifico per i MMG, della durata di una giornata da effettuarsi annualmente per ogni ASL ed in sinergia con i servizi di cure primarie;
- Attuazione di campagne di prevenzione e diffusione di documenti informativi per gli utenti da distribuire a tutti i MMG.

**Spesa:** organizzazione corso formativo ECM; costi materiale divulgativo

**Fattibilità:** supporto del Servizio Formazione e Area Comunicazione – Ufficio Stampa aziendale

**Criticità:** organizzazione degli eventi formativi ECM diffusi su tutto il territorio regionale e in presenza al fine di coinvolgere quanto più possibile gli MMG presenti sul territorio; eventuale rimodulazione online degli eventi sulla base dell'andamento della pandemia.

**Indicatore:**

N. MMG che partecipano all'evento formativo annuale della ASL / Tot. MMG della ASL

**Risultato atteso:** partecipazione massiva degli MMG agli eventi formativi ECM organizzati in ciascuna ASL territoriale

**Standard di risultato:** almeno il 30% degli MMG che partecipano all'evento formativo annuale



**Fonte di verifica:** registro partecipanti eventi formativi- Servizio Formazione e Area Comunicazione

### **OBIETTIVO SPECIFICO 2:**

*Migliorare il setting diagnostico dei CDCD.*

*L'esame neuropsicologico rappresenta il gold standard per la diagnosi di MCI. Diventa dunque prioritario la presenza di Neuropsicologi che operino nei CDCD e l'adozione di un protocollo neuropsicologico uniforme che studi in maniera esaustiva i diversi domini cognitivi, assicurando uniformità e disponibilità di trattamento dalla diagnosi alla presa in carico.*

#### **Attività previste:**

- Acquisizione di 4 Neuropsicologi, che lavorino nei vari CDCD;
- Acquisto di materiale testistico uguale e aggiornato per le diverse strutture.

**Fattibilità:** vedi budget

**Criticità:** distribuzione dei neuropsicologi nelle diverse aree territoriali- garantire la appropriatezza degli invii al CDCD solo dei pazienti con Disturbi cognitivi garantendo la presa in carico per le altre patologie dagli specialisti ambulatoriali (geriatri e neurologi). Potenziamento dell'organico dei CDCD esistenti con le figure professionali adeguate: medico, infermiere, logopedista - Definizione di orari e giorni dedicati per i CDCD sul territorio in proporzione alla popolazione.

#### **Indicatore:**

N. pazienti con sospetto MCI che effettua esame neuropsicologico/ N. tot. pazienti con sospetto MCI che afferra al CDCD

**Risultato atteso:** miglioramento della qualità diagnostica dei pazienti che afferiscono ai CDCD

**Fonte di verifica:** cartelle cliniche

**Standard di risultato:** somministrazione di test neuropsicologici ad almeno 50% dei pazienti che afferiscono al CDCD con sospetto MCI.

### **OBIETTIVO SPECIFICO 3:**

*Creazione di una cartella informatizzata unica per tutti i CDCD e di una carta di rischio per MCI al fine di favorire interventi di prevenzione secondaria.*

#### **Attività previste:**

1. Creazione una cartella clinica elettronica CCE
2. Inserimento nella CCE dei singoli fattori di rischio modificabili per calcolare uno score di rischio cognitivo personalizzato secondo i dati presenti in letteratura (CAIDE Dementia Risk Score).
3. Rilevazione di un flusso informativo dei pazienti afferenti ai CDCD.

**Indicatore:** N. CDCD che adottano la CCE / Tot. CDCD presenti sul territorio regionale

**Risultato atteso:** adozione della CCE nei CDCD rendendo uniforme, mediante digitalizzazione, la raccolta dei dati anamnestici, clinici e dei dati relativi ai fattori di rischio dei pazienti afferenti ai CDCD.





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Standard di risultato:** almeno il 50% dei CDCD che utilizzano la CCE

**Fonte di verifica:** sistema informativo regionale

## **OBIETTIVO GENERALE 2:**

*Sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza*

### **Razionale e descrizione dell'obiettivo:**

Sperimentare, valutare e implementare un set di trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali per pazienti affetti da demenza e per i loro caregiver e familiari al fine di diffondere gli stessi in modo uniforme su tutto il territorio regionale (come da Linee Guida NICE).

Come previsto dal PND, attraverso interventi cognitivi e psico-sociali si può garantire una presa in carico globale del paziente con Disturbo cognitivo e dei caregiver formali e informali, mediante interventi riabilitativi, cognitivi, sostegno psicoeducazionale, e creazione di un sistema di rete socio-sanitario tra i servizi presenti sul territorio e le associazioni dei familiari.

Gli obiettivi di diffondere trattamenti evidence-based in modo uniforme su tutto il territorio regionale sono:

- Costruire alleanza terapeutica dalla diagnosi alla presa in carico;
- Mantenere l'autonomia del paziente, ridurre le alterazioni comportamentali e la conseguente prescrizione dei farmaci;
- Ridurre il carico dei caregiver;
- Ridurre i costi indiretti del caregiving;
- Ridurre il tasso di istituzionalizzazione, di ospedalizzazione del paziente, accessi impropri al PS e SPDC.

Al fine di raggiungere questi obiettivi si individuano le seguenti azioni:

1. Stratificazione, secondo criteri univoci su tutto il territorio regionale, dei pazienti sulla base della gravità a partire dal MCI;
2. Creazione di protocolli unici, destinati a tutti i CDCD regionali in prima battuta e, progressivamente, ai CDI e le RSA;



3. Creazione di uno schema-tipo di progetto di intervento personalizzato redatto da tutti i CDCD regionali;
4. Individuazione degli strumenti di misurazione dell'efficacia/valutazione di esito per ciascuna tipologia di trattamento.

**Evidenze:** vedi la bibliografia dell'analisi strutturata del Piano

**Target:** pazienti affetti da Disturbo Neurocognitivo Lieve e Maggiore, caregiver formali e informali.

**Setting:** CDCD, Centro Diurno Alzheimer, RSA, domicilio.

### **OBIETTIVO SPECIFICO 1**

Per i soggetti con DNC lieve e forme iniziali:

1. Coinvolgere il paziente e il caregiver in tutte le fasi del percorso terapeutico;
2. Uniformare le modalità per la comunicazione della diagnosi;
3. Promozione di adeguato stile di vita.

**Setting:** CDCD, CDI, RSA.

**Attività previste:**

1. Psicoeducazione del paziente sulla patologia;
2. Formazione e aggiornamento degli operatori dei CDCD al fine di uniformare le modalità sulla comunicazione della diagnosi;
3. Interventi di counselling da parte degli specialisti del CDCD per la promozione di stile di vita salutare (attività fisica, dieta, coinvolgimento sociale).

**Indicatore:** N. operatori dei CDCD che partecipano alla formazione di cui al punto 2) / N. tot. operatori CDCD

**OBIETTIVO SPECIFICO 2** per i pazienti con DNM di grado lieve/moderato/grave:

1. Ritardare la progressione del declino cognitivo, pianificare le cure anticipate (DAT);
2. Mantenere l'autonomia funzionale e strumentale;
3. Fornire supporto emotivo e strategie di management delle alterazioni comportamentali;

**Setting:** CDCD, CDI, RSA, domicilio

**Attività previste:**

1. Cicli di psicoeducazione sulla malattia e sui sintomi;
2. Terapia di stimolazione cognitiva trattamento logopedico in casi selezionati;
3. Terapia occupazionale (musicoterapia, terapia della bambola - doll therapy, snoezellen...) e cicli di supporto psicologico.

**Indicatore:** N. pazienti che ricevono almeno 1 intervento psicoeducazionale negli ultimi 6 mesi/ N. pazienti afferenti al CDCD



### OBIETTIVO SPECIFICO 3:

Formazione del caregiver (formali e informali):

1. Formazione sulla patologia, miglioramento della relazione di caregiving;
2. Riduzione del Caregiver Burden e miglioramento della qualità di vita del paziente e del caregiver.

**Setting:** CDCD, CDI, RSA.

**Attività previste:**

1. Attivazione di un Piano di Formazione regionale, inclusa affiancamento e supervisione, per gli operatori dei CDCD che effettuano gli interventi psicosociali e psicoeducativi;
2. Formazione dei MMG (tramite corsi ECM) sui trattamenti non farmacologici dei BPSD e sulle attività di supporto dedicate ai pazienti e caregiver con distribuzione di questionari di valutazione delle conoscenze acquisite;
3. Corsi psicoeducazionali per gruppi di caregivers (8/10 incontri a ciclo), due incontri all'anno, con valutazione delle competenze pre e post intervento;
4. Promozione e avvio di Gruppi AMA (Auto-Mutuo-Aiuto) e coinvolgimento di associazioni di familiari nella definizione e implementazione della rete dei servizi, in continuità e a completamento dei corsi psicoeducazionali di cui al punto 3);
5. Promozione di eventi di sensibilizzazione e divulgazione sulla patologia rivolti alla popolazione in collaborazione con le associazioni dei familiari.

**Indicatore:**

N. CDCD che hanno offerto almeno 1 ciclo completo di corsi psicoeducazionali / N totale CDCD regionali (valenza annuale)

### REFERENTI UNITA' OPERATIVE

#### UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale. Direzione generale della Sanità e Servizio promozione e governo delle reti di cura	- dott. Stefano Piras - dott.ssa Serena Meloni	predisposizione degli atti RAS utili al recepimento del progetto a livello regionale
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
Azienda regionale della salute (Ares)	Direttore generale dell'ARES dott.ssa Annamaria Tomasella	- espletamento procedure di reclutamento del personale; - acquisto e distribuzione dei test per la diagnosi precoce come da Piano di acquisti redatto dalle Aziende ospedaliere e locali. - implementazione del Piano di formazione per gli operatori coinvolti nella presa in carico e



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

		trattamento di SCD e MCI redatto dalle Aziende ospedaliere e locali; - supporto tecnico all'attività di formazione del personale.
<b>Unità Operativa 3</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 1 di Sassari,</li><li>- Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 2 della Gallura;</li><li>- Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 3 di Nuoro;</li><li>- Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 4 dell'Ogliastra;</li><li>- Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 5 di Oristano;</li><li>- Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 6 del Medio Campidano;</li><li>- Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 7 del Sulcis;</li><li>- Azienda socio-sanitaria locale (Asl) n. 8 di Cagliari;</li><li>- Azienda ospedaliera-universitaria (AOU) di Cagliari;</li><li>- Azienda ospedaliera-universitaria (AOU) di Sassari;</li><li>- Azienda di rilievo nazionale ad alta specializzazione (ARNAS) "G. Brotzu".</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ASL n. 1 di Sassari: Direttore sanitario f.f.: Dott. Vito Leonardo Giuseppe La Spina</li><li>- ASL n. 2 della Gallura: Direttore Sanitario f.f. Dott. Raffaele De Fazio</li><li>- ASL n. 3 di Nuoro: Direttore Sanitario f.f. Dott. Peppino Paffi</li><li>- ASL n. 4 dell'Ogliastra: Direttore Sanitario f.f. Dott. Luigi Ferrai</li><li>- ASL n. 5 di Oristano: Direttore Sanitario f.f. Dott. Antonio Maria Pinna</li><li>- ASL n. 6 del Medio Campidano: Direttore Sanitario Dott. f.f. Sergio Pili</li><li>- ASL n. 7 del Sulcis: Direttore Sanitario f.f. Dott. Giuseppe Pes</li><li>- ASL n. 8 di Cagliari: Direttore Sanitario f.f. Dott. Stefano Marcia</li><li>- AOU di Cagliari: Direttore sanitario Dott. Ferdinando Coghe</li><li>- AOU di Sassari: Direttore sanitario Dott. Francesco Luigi Bandiera direttore sanitario f.f.</li><li>- ARNAS: Direttore sanitario Raimondo Pinna f.f.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- sperimentazione e implementazione dei protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali sviluppati all'interno del presente piano;</li><li>- redazione del Piano di formazione per gli operatori dei DNC;</li><li>- redazione del Piano di acquisti dei test per la diagnosi precoce di SCD e MCI;</li><li>elaborazione dello schema-tipo di progetto di intervento personalizzato;</li><li>-elaborazione di un modello unico regionale di cartella clinica.</li></ul>



## Allegato 3

### VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

#### **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*

#### **Risultato atteso:**

standardizzare un percorso per la diagnosi di Mild Cognitive Impairment (MCI) in modo da renderlo uniforme e disponibile su tutto il territorio regionale

#### **Indicatore di risultato:**

approvazione di un percorso per la diagnosi precoce del disturbo Neurocognitivo (DNC) minore / (Mild Cognitive Impairment - MCI)

#### **Fonte di verifica:**

atto di approvazione regionale

#### **Standard di risultato:**

N 1 percorso di diagnosi di MCI a livello regionale

#### **OBIETTIVO SPECIFICO 1:**

*sensibilizzazione dei Medici di medicina generale verso i disturbi cognitivi fin dalla fase di MCI e definire criteri e percorsi per un invio precoce dei pazienti presso i CDCD*

#### **Risultato atteso:**

partecipazione massiva degli MMG agli eventi formativi ECM organizzati in ciascuna ASL territoriale

#### **Indicatore di risultato:**

N. MMG che partecipano all'evento formativo annuale della ASL /Tot. MMG della ASL

#### **Fonte di verifica:**

registro partecipanti eventi formativi

#### **Standard di risultato:**

almeno il 30% degli MMG che partecipano all'evento formativo annuale

#### **OBIETTIVO SPECIFICO 2:**

*migliorare il setting diagnostico dei CDCD*

#### **Risultato atteso:**

miglioramento della qualità diagnostica dei pazienti che afferiscono ai CDCD

#### **Indicatore di risultato:**

N. pazienti con sospetto MCI che effettua esame neuropsicologico / N. totale pazienti con sospetto MCI che afferisce al CDCD

**Fonte di verifica:** cartelle cliniche

**Standard di risultato:**



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

somministrazione di test neuropsicologici ad almeno 50% dei pazienti che afferiscono al CDCD con sospetto MCI

**OBIETTIVO SPECIFICO 3:**

*creazione di una cartella informatizzata unica per tutti i CDCD e di una carta di rischio per MCI al fine di favorire interventi di prevenzione secondaria.*

**Risultato atteso:**

adozione della CCE nei CDCD rendendo uniforme, mediante digitalizzazione, la raccolta dei dati anamnestici, clinici e dati relativi ai fattori di rischio dei pazienti afferenti ai CDCD

**Indicatore di risultato:**

N. CDCD che adottano la CCE / Tot. CDCD presenti sul territorio regionale

**Standard di risultato:**

almeno il 50% dei CDCD che utilizzano la CCE

**Fonte di verifica:**

sistema informativo regionale

**OBIETTIVO GENERALE 2:**

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

**Risultato atteso:**

uniformare su tutto il territorio regionale e promuovere i trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali evidence-based nella demenza

**Indicatore di risultato:**

creazione di un unico protocollo regionale per ciascuno dei trattamenti: psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza

**Fonte di verifica:**

atti di recepimento dei protocolli delle singole ASL

**Standard di risultato:**

adozione dei protocolli in almeno il 50% dei CDCD



### **OBIETTIVO SPECIFICO 1:**

#### **per i soggetti con DNC lieve e forme iniziali:**

1. coinvolgere il paziente e il caregiver in tutte le fasi del percorso terapeutico;
2. uniformare le modalità per la comunicazione della diagnosi;
3. promozione di adeguato stile di vita (come da Linee Guida NICE).

#### **Risultati attesi:**

aumento delle competenze degli operatori dei CDCD nella fase di comunicazione della diagnosi da misurarsi attraverso la partecipazione agli eventi formativi pianificati di almeno il 70% del totale degli operatori dei CDCD regionali

#### **Indicatore di risultato:**

N. operatori dei CDCD che partecipano alla formazione di cui al punto 2) / N. tot. operatori CDCD

#### **Fonte di verifica:**

registri presenze agli eventi formativi

#### **Standard di risultato:**

operatori dei CDCD che ricevono la formazione di cui al punto 2) pari almeno il 50% del totale degli operatori CDCD

### **OBIETTIVO SPECIFICO 2:**

per i pazienti con DNM di grado lieve/moderato/grave:

1. ritardare la progressione del declino cognitivo, pianificare le cure anticipate (DAT);
2. mantenere l'autonomia funzionale e strumentale;
3. fornire supporto emotivo e strategie di management delle alterazioni comportamentali;

#### **Risultati attesi:**

almeno un intervento come da protocolli regionali per il 70% del totale dei pazienti presi in carico dai CDCD, al fine della diffusione su tutto il territorio regionale dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza

#### **Indicatore di risultato:**

N. pazienti che ricevono almeno un intervento psicoeducazionale negli ultimi 6 mesi / N. pazienti afferenti al CDCD

**Fonte di verifica:** Cartella clinica

#### **Standard di risultato:**

pazienti che ricevono almeno un intervento psicoeducazionale pari almeno al 50% del totale dei pazienti presi in carico dai CDCD

### **OBIETTIVO SPECIFICO 3:**

formazione del caregiver (formali e informali):



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1. formazione sulla patologia, miglioramento della relazione di caregiving;
2. riduzione del Caregiver Burden e miglioramento della qualità di vita del paziente e del caregiver.

**Risultati attesi:**

offrire almeno un ciclo completo di corsi psicoeducazionali per almeno il 70% del totale dei CDCD regionali al fine di migliorare le attività di caregiving e la diffusione delle competenze sul territorio regionale.

**Indicatore di risultato:**

N. CDCD che hanno offerto almeno un ciclo completo di corsi psicoeducazionali / N. tot. CDCD regionali (valenza annuale)

**Fonte di verifica:** registri presenze

**Standard di risultato:**

CDCD che ha offerto almeno 1 ciclo completo di corsi psicoeducazionali pari almeno al 50% del totale dei CDCD regionali.









REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

caregiver con distribuzione di questionari di valutazione delle conoscenze acquisite																				
Corsi psicoeducazionali per gruppi di caregivers (8/10 incontri a ciclo) x 2 volte l'anno								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promozione e avvio Gruppi AMA e coinvolgimento di associazioni di familiari nella definizione e implementazione della rete dei servizi								X	X	X	X	X	X							
promozione di eventi di sensibilizzazione e divulgazione sulla patologia rivolti alla popolazione														X	X	X	X	X	X	X



## Allegato 4

### PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

<b>Unità Operativa 2 Azienda regionale della salute (ARES)</b>		
<b>Risorse (voce e descrizione)</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<b>Personale</b>	- acquisizione figure professionali area medica - 4 neuropsicologi	305.379,00
<b>Beni</b>	- acquisto materiale divulgativo: 1000 Poster (mis 70 X 100) compreso di IVA 22%; 5000 Brochure pieghevoli formato A4 con scrittura in entrambi i lati compreso di IVA 22%; 5000 Depliant formato A 4 compreso di IVA 22%	27.150,00
	- Acquisto 1 tablet per n. 15 CDCD presenti sul territorio	12.000,00
	- Acquisto test psicometrici per n. 15 CDCD presenti sul territorio: VOSP, CORSI, WCST, RAVEN, WEIGL, TOKEN TEST, ESAME DEL LINGUAGGIO II	40.000,00
<b>Servizi</b>	-formazione MMG (spesa per 10 edizioni);	5.300,00
	- formazione operatori (spesa per 4 edizioni);	12.000,00
	- organizzazione di uno o più incontri formativi;	7.000,00
	- interventi sul sistema informativo regionale per la rilevazione del flusso informativo dei pazienti afferenti ai CDCD e creazione della cartella clinica	88.137,59
<b>Missioni</b>	- rimborso spese di viaggio per il personale acquisito con le risorse del presente progetto e destinato alla copertura di tutto il territorio regionale	7.000,00
<b>Spese generali</b>	- costi indiretti (spese cancelleria, etc...)	5.000,00



## PIANO FINANZIARIO GENERALE

<b>Risorse</b>	<b>Totale in €</b>
<b>Personale*</b> : acquisizione figure professionali area medica - 4 neuropsicologi	305.379,00
<b>Beni:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- acquisto materiale divulgativo: 1000 Poster (mis 70 X 100) compreso di IVA 22%; 5000 Brochure pieghevoli formato A4 con scrittura in entrambi i lati compreso di IVA 22%; 5000 Depliant formato A 4 compreso di IVA 22%</li><li>- Acquisto 1 tablet per n. 15 CDCD presenti sul territorio</li><li>- Acquisto test psicometrici per n. 15 CDCD presenti sul territorio: VOSP, CORSI, WCST, RAVEN, WEIGL, TOKEN TEST, ESAME DEL LINGUAGGIO II</li></ul>	27.150,00  12.000,00 40.000,00
<b>Servizi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- formazione MMG (spesa per 10 edizioni);</li><li>- formazione operatori (spesa per 4 edizioni);</li><li>- organizzazione di uno o più incontri formativi;</li><li>- interventi sul sistema informativo regionale per la rilevazione del flusso informativo dei pazienti afferenti ai CDCD e creazione della cartella clinica</li></ul>	5.300,00 12.000,00 7.000,00 88.137,59
<b>Missioni</b> rimborso spese di viaggio per il personale acquisito con le risorse del presente progetto e destinato alla copertura di tutto il territorio regionale	7.000,00
<b>Spese generali**</b> costi indiretti (spese cancelleria, etc...)	5.000,00
<b>Totale</b>	<b>508.966,59</b>

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

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