

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE  
Erik LAVEVAZ

IL DIRIGENTE ROGANTE  
Massimo BALESTRA



---

REFERTO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia del presente atto è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal \_\_\_\_\_ per quindici giorni consecutivi, ai sensi dell'articolo 11 della legge regionale 23 luglio 2010, n. 25.

Aosta, lì \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE  
Massimo BALESTRA

Verbale di deliberazione adottata nell'adunanza in data 8 agosto 2022

In Aosta, il giorno otto (8) del mese di agosto dell'anno duemilaventidue con inizio alle ore otto e sei minuti, si è riunita, nella consueta sala delle adunanze sita al secondo piano del palazzo della Regione - Piazza Deffeyes n. 1,

**LA GIUNTA REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA**

Partecipano alla trattazione della presente deliberazione :

**Il Presidente Erik LAVEVAZ**

e gli Assessori

**Luigi BERTSCHY - Vice-Presidente**

**Roberto BARMASSE**

**Luciano CAVERI**

**Jean-Pierre GUICHARDAZ**

**Carlo MARZI**

**Davide SAPINET**

Si fa menzione che le funzioni di Assessore all'ambiente, trasporti e mobilità sostenibile sono state assunte "ad interim" dal Presidente della Regione e che l'Assessore Luigi BERTSCHY lascia la seduta alle ore 8.19 dopo l'approvazione della deliberazione n. 902.

Svolge le funzioni rogatorie il Dirigente della Struttura provvedimenti amministrativi, Sig. Massimo BALESTRA, \_\_\_\_\_

E' adottata la seguente deliberazione:

N° **900** OGGETTO :

APPROVAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI ATTIVITÀ PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE AI SENSI DEL D.M. 23 DICEMBRE 2021. PRENOTAZIONE DI SPESA.

L'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Roberto Alessandro Barmasse

a) richiama la seguente normativa statale:

a.1\_ il 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) e, in particolare, gli articoli 8-bis, 8-ter e 8-quater, i quali stabiliscono che le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza anche attraverso l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture che erogano prestazioni o esercitano attività sanitarie;

a.2\_ il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) e, in particolare, l'articolo 30 (Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti) che prevede:

- al comma 1: l'erogazione, previa valutazione multidimensionale e presa in carico di:
  - trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. La durata del trattamento estensivo di norma non supera i sessanta giorni;
  - trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti;
- al comma 2: che i trattamenti di cui al comma 1 sono a carico del Servizio sanitario nazionale per quanto concerne quelli estensivi, mentre i trattamenti di lungoassistenza sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50% della tariffa giornaliera;

a.3\_ la legge 30 dicembre 2020, n. 178 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023) e, in particolare, i seguenti commi dell'articolo 1:

- comma 330, ove si prevede 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”*;
- comma 331, ove si dispone che *“Il Fondo di cui al comma 330 è destinato al finanziamento delle linee di azione previste dalle Regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano in applicazione del Piano nazionale demenze - strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze, approvato con Accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza unificata, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 9 del 13 gennaio 2015, nonché al finanziamento di investimenti effettuati dalle Regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, anche mediante l'acquisto di apparecchiature sanitarie, volti al potenziamento della diagnosi precoce, del trattamento e del monitoraggio dei pazienti con malattia di Alzheimer, al fine di migliorare il processo di presa in carico dei pazienti stessi”*;

- comma 332, nel quale si stabilisce che *“Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati i criteri e le modalità di riparto del Fondo di cui al comma 330, nonché il sistema di monitoraggio dell’impiego delle somme”*;

a.4\_ il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze 23 dicembre 2021, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 30 marzo 2022, concernente *“Individuazione dei criteri e delle modalità di riparto del Fondo per l’Alzheimer e le demenze”* e, in particolare, l’allegato 1, nel quale, tra l’altro, si prevede che, in applicazione del Piano Nazionale sulle Demenze (PND), le Regioni e le Province autonome, ai sensi dell’art. 1, comma 331, della legge n. 178 del 2020, predispongono linee di azione mediante Piani triennali di attività, volti ad affrontare, tra l’altro, specifiche aree di criticità nella diagnosi e nella presa in carico delle persone con demenza quali:

- potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo neurocognitivo (DNC) minore/ (Mild cognitive impairment - MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l’acquisto di apparecchiature sanitarie;
- diagnosi tempestiva del DNC maggiore;
- sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi *setting* assistenziali;
- sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di tele-riabilitazione tesi a garantire un progetto riabilitativo mirato, con lo scopo di migliorare partecipazione, inclusione e qualità della vita del paziente;
- sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza;

b) richiama i seguenti Accordi sanciti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane:

b.1\_ in data 30 ottobre 2014 (Rep. atti n. 135/CU), sul documento recante *“Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”*, il quale fornisce indicazioni strategiche per la promozione e 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;

b.2\_ in data 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR), sul documento concernente il Piano nazionale delle cronicità;

b.3\_ in data 26 ottobre 2017 (Rep atti n. 130/CU), sui documenti recanti *“Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per le demenze”* e *“Linee di indirizzo nazionali sull’uso dei Sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze”*;

b.4\_ in data 20 febbraio 2020 (Rep. atti n. 17/CU), sul documento recante *“Linee di indirizzo nazionali per la costruzione di Comunità amiche delle persone con demenza”*;

c) richiama il documento approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, nella seduta del 6 agosto 2020, concernente “Raccomandazioni per la *governance* e la clinica nel settore delle demenze”;

d) richiama le seguenti leggi regionali:

d.1\_25 gennaio 2000, n. 5 (Norme per la razionalizzazione dell’organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella Regione) e, in particolare, l’articolo 2, che prevede che la Regione assicuri, mediante la programmazione sanitaria, lo sviluppo del servizio socio-sanitario regionale, al fine di garantire i livelli essenziali e appropriati di assistenza definiti dal Piano socio-sanitario regionale;

d.2\_23 luglio 2010, n. 23 (Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale. Abrogazione di leggi regionali) e, in particolare, l’articolo 19 (Contributi per il pagamento di rette in strutture socio-assistenziali, socio-sanitarie e riabilitative), il quale, disciplinando i requisiti di residenza per la concessione, prevede l’erogazione di “*contributi per il pagamento di rette in strutture socio-assistenziali, socio-sanitarie e riabilitative pubbliche o private a favore di persone non autosufficienti, affette da gravi patologie invalidanti, che non possono permanere al loro domicilio, al fine di garantire alle medesime un’adeguata assistenza*”;

e) richiama le seguenti deliberazioni della Giunta regionale:

e.1\_n. 267 in data 12 marzo 2018, concernente le direttive per l’istituzione della rete dei servizi per il trattamento e l’assistenza delle persone affette da disturbi cognitivi e/o demenza e i requisiti minimi per l’autorizzazione all’esercizio di attività socio-sanitaria nei nuclei residenziali e semi-residenziali per il trattamento delle persone affette da demenza, i quali potranno essere aggiornati alla luce dei fabbisogni segnalati, prevedendo anche i requisiti organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio di attività socio-sanitaria da parte di servizi psico-socio-educativi territoriali;

e.2\_n. 78 in data 31 gennaio 2022, concernente gli indirizzi e obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi e l’assegnazione all’Azienda USL della Valle d’Aosta del finanziamento della spesa sanitaria regionale di parte corrente e per investimenti per l’anno 2022 e, in particolare, l’Allegato B, “Area Assistenza territoriale”, nel quale è stata data indicazione all’Azienda USL della Valle d’Aosta, unica sul territorio, di individuare le aree di intervento prioritarie finalizzate al potenziamento della presa in cura dei pazienti con demenza e disturbi cognitivi, al fine di predisporre la programmazione triennale delle attività e degli investimenti finanziati con il fondo statale specificatamente dedicato;

e.3\_n. 394 in data 11 aprile 2022, concernente la proposta al Consiglio regionale di deliberazione concernente “Approvazione, ai sensi dell’articolo 2, comma 5, della l.r. 5/2000, del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022-2025”, nella quale, tra l’altro, è programmato l’insieme delle attività che si intende porre in essere, per una appropriata ed efficace presa in cura dei pazienti affetti da patologie croniche quali quelle di cui trattasi;

f) richiama il provvedimento dirigenziale n. 1265 in data 11 marzo 2019, della Struttura competente in materia di assistenza territoriale, con il quale è stato istituito il Tavolo regionale permanente di monitoraggio relativo ai disturbi cognitivi e alle demenze, composto dai referenti sia del Dipartimento Sanità e salute, sia del Dipartimento politiche

sociali dell'Assessorato sanità, salute, politiche sociali, dai referenti dell'Azienda USL della Valle d'Aosta e dai rappresentanti delle associazioni dei familiari dei pazienti affetti da demenza e disturbi cognitivi;

- g) dà atto che, nell'ambito delle attività del Tavolo medesimo, sono stati condivisi gli obiettivi prioritari da perseguire, in considerazione dei fabbisogni emersi sul territorio, della fattibilità degli interventi e della coerenza con le linee programmatiche statali e regionali per la presa in cura tempestiva, efficace ed appropriata delle persone con demenza e disturbi cognitivi e per il supporto alle loro famiglie e ai *caregiver*;
- h) dà atto che con nota prot. n. 3936/SAN, in data 13 giugno 2022, è stato trasmesso al Ministero della salute il Piano triennale di attività previsto nell'allegato 1 del citato decreto 23 dicembre 2021, predisposto dai referenti dell'Azienda USL della Valle d'Aosta e dell'Assessorato regionale competente, in coerenza con le indicazioni emerse durante gli incontri del Tavolo regionale dedicato;
- i) dà atto che, in data 16 giugno 2022, si è svolta la riunione di valutazione dei Piani triennali regionali da parte del Tavolo nazionale permanente sulle demenze, la quale ha avuto esito complessivamente positivo con riferimento al Piano della Regione Valle d'Aosta, sul quale sono stati altresì espressi alcuni contributi migliorativi con l'invito al recepimento dei medesimi;
- j) dà atto che con nota prot. n. 4245/SAN, in data 27 giugno 2022, è stato trasmesso al Ministero della salute il Piano triennale di attività definitivo, nella versione che ha recepito le osservazioni migliorative proposte dal Tavolo nazionale nella riunione di valutazione;
- l) dà atto che con nota prot. n. 0032523, in data 13 luglio 2022, anticipata per le vie brevi, il Ministero della Salute ha comunicato alla Regione la valutazione positiva definitiva del Piano di cui trattasi;
- m) ritiene pertanto necessario approvare il Piano triennale di attività per la presa in cura tempestiva, efficace ed appropriata dei pazienti con demenza e disturbi cognitivi e per il supporto alle loro famiglie e ai *caregiver*;
- n) dà altresì atto che, il citato decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 23 dicembre 2021, stabilisce che per ciascuna annualità 2021, 2022 e 2023 sono assegnati alla Regione autonoma Valle d'Aosta euro 95.690,98 per le attività previste nel Piano triennale citato;
- o) ritiene necessario, su indicazione della Struttura regionale competente in materia, prenotare, per l'anno 2022, la somma di euro 191.381,96 (comprensiva delle annualità 2021 e 2022) e per l'anno 2023, la somma di euro 95.690,98 sul capitolo di spesa U0026403 "Trasferimenti correnti all'Azienda USL della Valle d'Aosta, su fondi assegnati dallo Stato, per iniziative in materia di Alzheimer e Demenze" del bilancio finanziario gestionale della Regione autonoma Valle d'Aosta per il triennio 2022-2024, che presenta la necessaria disponibilità";
- p) ritiene necessario demandare all'Azienda USL della Valle d'Aosta, attraverso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), in collaborazione con la Struttura competente in materia di assistenza territoriale dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali e in condivisione con il Tavolo regionale permanente di monitoraggio relativo ai disturbi

cognitivi e alle demenze, la realizzazione delle azioni previste nel Piano di cui trattasi ed il coordinamento degli attori coinvolti;

q) ritiene necessario precisare, con riferimento alle attività demandate all'Azienda USL della Valle d'Aosta, concernenti l'impiego dei fondi sopra citati e all'uopo trasferiti all'Azienda medesima, riportate nel cronoprogramma contenuto nel Piano triennale medesimo, i seguenti adempimenti prioritari:

- l'attività di reclutamento diretto delle figure di terapeuta occupazionale e collaboratore amministrativo, precisando, altresì, che, come riportato nella guida alla redazione dei piani fornita dall'Istituto Superiore di Sanità, è possibile destinare risorse solo ed esclusivamente per il reclutamento di personale esterno all'Ente e, pertanto, sono ammissibili a rimborso solamente le spese di personale derivanti dalla stipula di contratti di lavoro flessibile (es. prestazioni professionali di lavoro autonomo da parte di esperti);

- l'attivazione tempestiva delle procedure per l'individuazione del soggetto esterno presso il quale acquistare i servizi finalizzati all'implementazione della formazione e degli interventi domiciliari;

p) ritiene, altresì, necessario precisare che, ai fini di ottemperare a quanto previsto dall'allegato 1 al decreto ministeriale 23 dicembre 2021 citato, l'Azienda USL Valle d'Aosta dovrà trasmettere alla Struttura competente dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, entro il termine del 15 ottobre 2022 una relazione sulle attività svolte e una rendicontazione attestante l'impegno/spesa di almeno l'80% della prima quota erogata ed entro il 15 ottobre 2023 una relazione finale sulle attività svolte e la rendicontazione attestante le spese complessivamente sostenute per le attività del Piano di attività di cui trattasi;

q) dà atto che il Dirigente della Struttura proponente ha verificato che il bilancio finanziario gestionale per triennio 2022/2024, nell'ambito del programma codice 13.007 – "Ulteriori spese in materia sanitaria", attribuisce alla propria Struttura le risorse necessarie per l'attività di cui trattasi.

#### LA GIUNTA REGIONALE

preso atto di quanto riferito dall'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Roberto Alessandro Barmasse, e su proposta dello stesso;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1713 in data 30 dicembre 2021, concernente l'approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio e del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2022/2024 e delle connesse disposizioni applicative;

visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dal Dirigente della Struttura assistenza territoriale, formazione e gestione del personale sanitario dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;

ad unanimità di voti favorevoli

## **DELIBERA**

1. di approvare il Piano triennale di attività concernente le demenze e i disturbi cognitivi della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste", allegato alla presente deliberazione per formarne parte sostanziale e integrante;
2. di prenotare, per l'anno 2022, la somma di euro 191.381,96 (centonovantunomilatrecentoottantuno/96) e per l'anno 2023, la somma di euro 95.690,98 (novantacinquemilaseicentonovanta/98) sul capitolo di spesa U0026403 "Trasferimenti correnti all'Azienda USL della Valle d'Aosta, su fondi assegnati dallo Stato, per iniziative in materia di Alzheimer e Demenze" del bilancio finanziario gestionale della Regione autonoma Valle d'Aosta per il triennio 2022-2024, che presenta la necessaria disponibilità;
3. di rinviare a successivi provvedimenti dirigenziali della Struttura assistenza territoriale, formazione e gestione del personale sanitario, l'accertamento dell'entrata della quota di euro 287.072,94, il relativo impegno di spesa ed il trasferimento di detta quota all'Azienda USL della Valle d'Aosta, assegnata per le annualità 2021, 2022 e 2023, dallo Stato alla Regione autonoma Valle d'Aosta con il decreto del Ministero della Salute del 23 dicembre 2021, per le iniziative programmate nel triennio;
4. di demandare all'Azienda USL della Valle d'Aosta, attraverso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), in collaborazione con la Struttura competente in assistenza territoriale dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali e in condivisione con il Tavolo regionale permanente di monitoraggio relativo ai disturbi cognitivi e alle demenze, la realizzazione delle azioni previste dal Piano di cui trattasi ed il coordinamento degli attori coinvolti;
5. di precisare, con riferimento alle attività demandate all'Azienda USL della Valle d'Aosta, concernenti l'impiego dei fondi sopra citati e all'uso trasferiti all'Azienda medesima, riportate nel cronoprogramma contenuto nel Piano triennale medesimo, i seguenti adempimenti prioritari:
  - l'attività di reclutamento diretto delle figure di terapeuta occupazionale e collaboratore amministrativo, precisando, altresì, che è possibile destinare risorse solo ed esclusivamente per il reclutamento di personale esterno all'Ente e pertanto sono ammissibili a rimborso solamente le spese di personale derivanti dalla stipula di contratti di lavoro flessibile (es. prestazioni professionali di lavoro autonomo da parte di esperti);
  - l'attivazione tempestiva delle procedure per l'individuazione del soggetto esterno presso il quale acquistare i servizi finalizzati all'implementazione della formazione e degli interventi domiciliari;
6. di stabilire che, ai fini di ottemperare a quanto previsto dall'allegato 1 al decreto del Ministro della Salute 23 dicembre 2021, l'Azienda USL Valle d'Aosta trasmetta alla Struttura competente dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, entro il termine del 15 ottobre 2022 una relazione sulle attività svolte e una rendicontazione attestante l'impegno/spesa di almeno l'80% della prima quota erogata ed entro il 15 ottobre 2023 una relazione finale sulle attività svolte e la rendicontazione attestante le spese complessivamente sostenute per le attività del piano di attività di cui trattasi;
7. di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa all'Azienda USL della Valle d'Aosta per gli adempimenti di competenza, nonché al Tavolo regionale permanente di monitoraggio relativo ai disturbi cognitivi e alle demenze.

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

## ***DATI GENERALI***

Regione/ Provincia Autonoma: Regione autonoma Valle d'Aosta

Enti partecipanti: Assessorato regionale Sanità, salute e politiche sociali - Azienda USL della Valle d'Aosta – Tavolo regionale permanente di monitoraggio relativo ai disturbi cognitivi e alle demenze

Area progettuale:

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

Regioni /Province Autonome coinvolte

Provincia autonoma di Trento

Regione Piemonte

Risorse

- Totale annualità: 95.690,98

- Totale triennio: 287.072,94

Referente scientifico:

nominativo: dott. Franz De La Pierre (Responsabile CDCD)

struttura di appartenenza: S.C. Geriatria – Azienda USL della Valle d'Aosta

n. tel: 0165 543317 E-mail: [fdelapierre@ausl.vda.it](mailto:fdelapierre@ausl.vda.it)

Referente amministrativo:

nominativo: Alessandra Caci

struttura di appartenenza: Regione autonoma Valle d'Aosta – Assessorato Sanità, salute e politiche sociali

n. tel: 0165 274256 E-mail: [a.caci@regione.vda.it](mailto:a.caci@regione.vda.it)

## Allegato 1

### ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO

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

##### **Dati di contesto**

In Italia si stima che la demenza colpisca 1.241.000 persone (che diventeranno 1.609.000 nel 2030 e 2.272.000 nel 2050). I nuovi casi nel 2015 sono 269.000 e i costi ammontano a 37.6 miliardi di euro, tutto ciò senza tenere conto dei circa tre milioni di familiari che ruotano intorno al milione di persone stimate, e che incidono in misura considerevole sullo scenario globale del peso socio-sanitario e dei costi. La malattia di Alzheimer costituisce attualmente la più comune malattia degenerativa (si calcola che il 50%-70% delle persone affette da demenza soffrano di Alzheimer), comportando per la persona non solo un deterioramento a livello strutturale, funzionale e cognitivo, ma anche una perdita progressiva delle abilità legate alla gestione della vita quotidiana.

In Valle d'Aosta, considerando la popolazione al 1° gennaio 2022 (dati ISTAT), su 123.337 abitanti la stima dei casi, applicando i tassi di prevalenza per demenza (Bacigalupo et al) e MCI (Sachdev et al) alla popolazione regionale, è di **2.410 casi di demenza e di 2056 con MCI**.

Con riferimento all'anno 2019, l'incidenza delle nuove diagnosi di demenza sulla popolazione ultrasessantacinquenne in Valle d'Aosta è stata dello 0,79%. Le proposte di inserimento nei nuclei demenze sono state 76, delle quali 67 accolte e 9 esitate in altre soluzioni quali il domicilio o altra struttura residenziale (Fonte dati S.C. Geriatria- Relazione 2019 CDCD).

#### Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Le evidenze suggeriscono che occorre dedicare un'ampia riflessione in merito alla diagnosi e alla presa in carico delle persone con demenza in Valle d'Aosta. Partendo da una puntuale raccolta e organizzazione dei dati che dia un quadro più dettagliato della rete dei servizi attualmente disponibili, rendendoli maggiormente fruibili e organici.

Si intende sviluppare un nuovo modello di presa in carico che ponga al centro il paziente affetto da patologia neurodegenerativa e la sua famiglia attraverso l'applicazione del metodo del budget di salute e del quality of life, ponendo alcuni cardini sui quali incernierare il cambiamento:

- Aumentare le conoscenze della popolazione e dei professionisti circa la prevenzione, diagnosi tempestiva, trattamento e assistenza delle persone con disturbi cognitivi e demenze;
- creare una rete integrata di servizi per le persone con disturbi cognitivi e demenze;
- individuare ed attuare strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure;
- aumentare la consapevolezza e ridurre lo stigma, al fine di migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie.
- Raccogliere ed elaborare i dati dei pazienti in carico (vigilando sulle scadenze dei progetti personalizzati, delle verifiche e delle validazioni effettuate e da effettuare)

Il progetto intende realizzare e valutare interventi a domicilio. Numerosi sono infatti i caregiver che stremati dalle difficoltà di gestione scelgono poi una struttura socio-assistenziale nella quale fare trascorrere l'ultimo periodo di vita ai propri cari. Potrebbe invece essere una valida alternativa proporre il rientro a domicilio con un'assistenza e un sostegno adeguati (Carbone, 2013). Ciò alleggerirebbe il carico del caregiver che, correttamente seguito, potrebbe infatti continuare a gestire il proprio parente tra le mura domestiche, magari aiutato da un'assistente alla persona formata e competente. Inoltre tale soluzione è spesso auspicabile per la persona affetta da patologia neurodegenerativa, poiché avrebbe la possibilità di continuare a rimanere nel proprio ambiente senza perdere i propri riferimenti. È altresì osservabile come tale intervento potrebbe ridurre i costi sanitari, poiché la gestione non sarebbe a carico di una struttura e dei suoi annessi servizi, ma sarebbe in continuità presso l'abitazione della persona, permettendo così di procrastinare l'istituzionalizzazione, per mezzo di una gestione integrata del paziente affetto da demenza (Rivoiro, 2011).

Non disponendo attualmente di una terapia risolutiva per il trattamento delle demenze, l'approccio che mostra i migliori risultati è quello che associa alla terapia farmacologica un intervento psicosociale, ovvero trattamenti non farmacologici. Al fine di rallentare il decorso del decadimento cognitivo delle persone con demenza o iniziale declino cognitivo in carico al CDCD, si ritiene opportuno proseguire ed implementare i trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali già avviati con buoni risultati sul territorio valdostano. A tal fine si intende ampliare la platea dei beneficiari di interventi di stimolazione cognitiva in modo capillare sul territorio

regionale, oltre al capoluogo, garantendo, come indicato nei LEA, anche cicli di mantenimento. Inoltre si vuole, attraverso questo importante finanziamento nazionale, cogliere l'occasione per sperimentare, con persone opportunamente selezionate ed affette da iniziale/medio decadimento cognitivo, un percorso di montagnaterapia. Secondo la definizione ormai "classica" di Scoppola et al. (2007), è "un originale approccio metodologico a carattere terapeutico-riabilitativo e/o socio-educativo, finalizzato alla prevenzione secondaria, alla cura e alla riabilitazione degli individui portatori di differenti problematiche, patologie o disabilità; esso è progettato per svolgersi, attraverso il lavoro sulle dinamiche di gruppo, nell'ambiente culturale, naturale e artificiale della montagna".

A partire da studi clinici e dalla letteratura a disposizione spicca tra le terapie non-farmacologiche per efficacia la Terapia di Stimolazione Cognitiva (Cove et al., 2014): studi randomizzati controllati hanno osservato - attraverso MMSE, CDR e ADAS-Cog- notevoli miglioramenti sia nel funzionamento cognitivo globale sia nella qualità di vita delle persone con demenza (Spector et al., 2003; Aguirre et al., 2013). L'attività di Stimolazione Cognitiva, come dimostrato da diversi studi condotti sul territorio nazionale, incrementa il linguaggio e la memoria, così come la qualità di vita ed il benessere psicologico (Hall et al., 2013 e Woods et al., 2012). La CST migliora le funzioni cognitive globali della persona con demenza, riducendo la tendenza all'isolamento e favorendo il livello di autostima, che si sente ancora parte di relazioni significative.

Alla luce dei dati scientifici sopra riportati sull'efficacia della Terapia di Stimolazione Cognitiva e i buoni risultati raccolti dal 2019 ad oggi di tale attività sul territorio valdostano, si ritiene opportuno dover rispondere in modo più efficace e continuativo alle richieste in arrivo, centralizzando la risposta in seno al SSN. Nel 2021 hanno usufruito del servizio di Palestra della Mente (PdM), Terapia di Stimolazione Cognitiva proposta dall'Ausl della Valle d'Aosta 36 persone, tra le quali 14 con deficit cognitivo lieve e 22 con deficit cognitivo medio. Nel totale 21 sono invii dalla Geriatria, 12 dalla Neurologia, 1 dal SERD, 1 Psichiatria e 1 MMG. Tutte le persone in carico alla PdM hanno potuto usufruire di un ciclo di Stimolazione cognitiva di 5/6 mesi per 1 o 2 ore settimanali in relazione al livello di valutazione neuropsicologica effettuata in ingresso.

Sulla base dei risultati positivi ottenuti dalle esperienze di montagnaterapia svolte con altre tipologie di utenza (utenti psichiatrici, disabili, giovani a rischio sociale, pazienti cardiopatici, affetti da disturbi del comportamento alimentare, persone in carico al SERD...) si ritiene utile sperimentare questo tipo di attività nell'area delle demenze. Nell'insieme, le evidenze disponibili suggeriscono che il potenziamento cognitivo e la montagnaterapia potenziano l'attività della corteccia prefrontale e parietale, coinvolte nell'attenzione spaziale e nelle funzioni inibitorie, inoltre l'attività motoria agisce supportando le funzioni esecutive ed esercitando effetti positivi sulla flessibilità cognitiva e sulla plasticità cerebrale (Colcombe et al., 2004). L'attività motoria esercita inoltre un effetto protettivo sul decadimento cognitivo associato all'invecchiamento e si osserva una correlazione inversa tra attività fisica e rischio di demenza (Hamer & Chida, 2009). Gli effetti positivi dell'esercizio fisico sulla perfusione cerebrale e sul funzionamento cognitivo appaiono confermati anche nel morbo di Alzheimer (Eggermont, Swaab, Luiten, & Scherder, 2005). Risulta infine sempre più chiara la presenza, accanto a sistemi anterogradi tramite i quali il sistema nervoso controlla la funzionalità muscolare, di sistemi retrogradi che, a partire da strutture periferiche, contribuiscono alla modulazione del funzionamento cerebrale. In questa prospettiva, l'attività muscolare appare in grado di influenzare le funzioni cognitive, la memoria e l'apprendimento e le corrispondenti controparti patologiche (Lista & Sorrentino, 2010)

Il progetto si pone in linea con il Piano Nazionale Demenze, che focalizza la propria attenzione sulle misure di sanità pubblica che possano promuovere interventi appropriati e adeguati, di contrasto allo stigma sociale, garanzia dei diritti, conoscenza aggiornata, coordinamento delle attività, finalizzati alla corretta gestione integrata della demenza. Nella pratica clinica e riabilitativa del CDCD non di rado si raccolgono esperienze personali di pazienti amanti della montagna, che potrebbero trovare giovamento nello svolgere un'attività motoria, ma che per diverse ragioni ed ostacoli presentano uno stile di vita sedentario.

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

Il progetto prevede una "**cabina di regia**" a coordinamento regionale che presieda ai lavori di attuazione e vede la presenza anche dei clinici, degli operatori socio sanitari coinvolti e degli operatori amministrativi che collaborano a pianificare le azioni di consolidamento dei servizi attraverso le opportune cornici burocratiche e con il supporto del Tavolo nazionale permanente sulle Demenze.

In Valle d'Aosta, con la deliberazione della Giunta regionale n. 267, in data 12 marzo 2018, sono state approvate le direttive per l'istituzione della rete dei servizi per il trattamento e l'assistenza delle persone affette da disturbi cognitivi e/o demenza e sono stati approvati i requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio di attività socio-sanitaria nei nuclei residenziali e semi-residenziali per il trattamento delle persone affette da demenza, in linea con gli Accordi siglati tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, province, comuni e comunità montane concernenti le indicazioni contenute nel Piano nazionale demenze (Rep. atti n. 135/CU, in

data 30 ottobre 2014), le linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per le demenze e le linee di indirizzo nazionali sull'uso dei sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze (Rep. Atti n. 130/CU, in data 26 ottobre 2017).

Con la deliberazione di Giunta regionale n. 78, in data 31 gennaio 2022, sono stati approvati gli indirizzi e obiettivi di salute per il funzionamento dei servizi per l'anno 2022 e, in particolare, è stata data indicazione all'Azienda USL della Valle d'Aosta, unica sul territorio, di individuare le aree di intervento prioritarie finalizzate al potenziamento della presa in cura dei pazienti con demenza e disturbi cognitivi, al fine di predisporre la programmazione triennale delle attività e degli investimenti finanziati con il fondo statale. Sono state inoltre avviate analisi finalizzate all'aggiornamento del fabbisogno di posti nei nuclei residenziali per il trattamento delle demenze, nonché nei nuclei semi-residenziali, ad oggi non attivati, ma la cui realizzazione è uno degli obiettivi prioritari, unitamente al potenziamento e alla diffusione dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psico-sociali già avviati.

Un ruolo fondamentale nella condivisione della programmazione regionale, affinché tutti i contributi utili e i bisogni possano essere messi in comune e accolti, è posto in capo al tavolo regionale permanente per i disturbi cognitivi e le demenze, istituito con Provvedimento dirigenziale n. 1265, in data 11 marzo 2019, composto da rappresentanti dell'Assessorato sanità, salute, politiche sociali, in rappresentanza sia dell'ambito sanitario, sia dell'ambito sociale, dell'Azienda USL della Valle d'Aosta (tra i quali il responsabile del CDCD) e delle associazioni dei familiari dei pazienti affetti da demenza e disturbi cognitivi.

Nell'ambito delle attività previste nel Piano regionale per la Salute e il Benessere sociale 2022-2025, recentemente approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 394, in data 11 aprile 2022 per la successiva proposta al Consiglio regionale, è dedicato ampio spazio agli obiettivi previsti per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, in accordo con la missione 6 salute, componente 1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e in coerenza con i requisiti individuati nel documento "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN" approvato con Delibera del Consiglio dei Ministri 21 aprile 2022.

*È proprio nell'alveo degli interventi da avviare, finalizzati ad ampliare le prestazioni erogate sul territorio mediante il potenziamento e la nuova istituzione di strutture di prossimità e presidi territoriali (come le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità), l'estensione dei servizi di assistenza domiciliare ed una più efficace integrazione tra tutti i servizi socio-sanitari, che devono trovare spazio gli interventi di prossimità dedicati ai pazienti con disturbi cognitivi e demenze e alle loro famiglie. Tali interventi saranno organizzati in un'ottica di multidisciplinarietà, secondo una presa in cura globale e personalizzata dell'assistito anche secondo l'approccio del modello di budget di salute, puntando al potenziamento della rete dei servizi sanitari e socio-assistenziali.*

#### Fattibilità/criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

Il territorio circoscritto, l'esiguità della popolazione e, dal punto di vista dell'organizzazione del Servizio sanitario regionale, l'unicità dell'Azienda USL della Valle d'Aosta e dell'Ospedale regionale U. Parini, favoriscono il flusso delle indicazioni che parte dalla programmazione regionale e dispone gli indirizzi per l'organizzazione dell'attività dei servizi sanitari. Tuttavia, la tendenza a perpetuare procedure e percorsi non formalizzati, grazie alla personalizzazione e alla velocità di comunicazione propria dei piccoli contesti, non favorisce il monitoraggio e l'istituzionalizzazione degli interventi posti in essere, a scapito dell'organizzazione e razionalizzazione dei servizi.

L'obiettivo di migliorare gli interventi nell'area demenze e disturbi cognitivi, incentivato dall'attività proposta nell'ambito del tavolo nazionale per le demenze e alle indicazioni e buone prassi in esso condivise, è un'opportunità per avviare la riconduzione degli interventi finora posti in essere, verso percorsi diagnostico terapeutici assistenziali dedicati e istituzionalizzati.

Con riferimento, invece, alla difficoltà manifestata dall'Azienda USL della Valle d'Aosta nel reclutare direttamente il personale medico, le figure sanitarie necessarie a porre in essere gli interventi ipotizzati, con particolare riferimento agli educatori professionali, ai terapisti occupazionali, ai neuropsicologi, dovuta anche all'assenza sul territorio regionale dei corsi di laurea dedicati, si intende percorrere la via dell'acquisto di servizi presso enti del terzo settore che nella propria dotazione organica dispongano delle figure necessarie.

*Una possibile ulteriore criticità nell'implementazione del progetto nei tempi previsti, considerata la necessità di impiegare fondi stanziati per il triennio 2021-2023 in un arco temporale di 18 mesi (scadenza entro il 31 dicembre 2023), si rileva nei tempi di avvio delle procedure ad evidenza pubblica per l'acquisto di servizi e il reclutamento di personale, al quale bisognerà fare fronte con un'organizzazione efficiente e con obiettivi chiari.*

### Elementi di innovatività delle soluzioni e degli interventi proposti

Gli elementi di innovatività che il progetto vuole introdurre sono legati:

- all'applicazione del budget di salute,
- alla territorializzazione degli interventi osservativi e diagnostici del paziente e del suo contesto
- alla realizzazione di progetti a domicilio multidisciplinari
- all'applicazione della montagna terapia

### Aree territoriali interessate e trasferibilità delle soluzioni e degli interventi proposti

L'obiettivo di ampliare le aree di intervento implementando la presenza, attraverso la Palestra della Mente, non solo in città, ma anche in alta e bassa Valle, degli operatori sanitari specializzati sul territorio, aumentando le attività di "contatto" con i colleghi e i pazienti. Le attività saranno dunque di:

- Mappatura dei servizi esistenti
- Sportello di consulenza e ascolto a cadenza settimanale
- Realizzazione della carta di servizi e ammodernamento del sito
- Realizzazione di una locandina orientativa da apporre nei luoghi sensibili

Le strutture e i servizi pubblici e privati accreditati offrono un'ampia gamma di interventi, con differenti livelli di intensità assistenziale e per seguire in modo appropriato ed efficace l'evoluzione del singolo paziente nelle fasi del suo percorso terapeutico, riabilitativo ed esistenziale, occorre avere una regia stabile del progetto individuale. L'obiettivo è dunque quello di applicare il metodo descritto nel progetto e di sostenere i caregiver, rispondendo congruamente e flessibilmente ai bisogni del paziente e dei suoi famigliari senza dispersione di risorse e in maniera verificabile.

Le finalità sono:

1. ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati;
2. permettere un flusso da situazioni di acuzie verso il domicilio con l'accompagnamento di un progetto terapeutico individualizzato;
3. sostenere i pazienti nelle prime fasi della diagnosi.

Il percorso del singolo utente può prevedere interventi differenti nella medesima struttura, ma anche interventi in sequenza in differenti strutture e/o sul territorio. Tutti gli inserimenti di utenti residenti sono disposti dal CDCD, previa presa in carico dell'assistito e valutazione per il tramite degli ambulatori preposti alla diagnosi di decadimento cognitivo e demenza.

Il referente del paziente (casemanager) redige e propone alla valutazione del CDCD il progetto personalizzato condiviso con il paziente e il caregiver (PTI) per seguirlo nel corso della presa in carico, attraverso una restituzione puntuale a cadenza, in base alla gravità e al tipo di obiettivi da raggiungere, da parte dell'ente gestore del progetto e/o operatore interno al SSN. In seguito ad un primo periodo di osservazione viene redatto il Piano Terapeutico Riabilitativo Personale (PTRP), al quale devono seguire le verifiche e le validazioni da parte del CDCD. In un'ottica di governance in questa fase di implementazione dell'offerta non farmacologica territoriale si individuano tre referenti clinici affiancati dalla figura dell'educatore professionale, che ha competenze specifiche nella redazione e valutazione di progetti riabilitativi e può essere un utile servo meccanismo, che permette all'équipe multidisciplinare di focalizzarsi su una nuova modalità di presa in carico.

Come detto sopra si ritiene indispensabile intervenire tempestivamente nelle prime fasi di malattia attraverso la **diagnosi precoce in collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG)**. A tal fine si ritiene opportuno, per dare visibilità e conoscenza dell'attività svolta in regime ambulatoriale e di DH presso il Reparto SC di Geriatria, organizzare delle giornate di informazione con i MMG, affinché questi ultimi possano intervenire precocemente con invii appropriati all'esordire dei primi sintomi prodromici.

Si ipotizza inoltre di realizzare delle giornate finalizzate ad una prima valutazione aperte alla popolazione con il fine di sensibilizzare in merito alla patologia, ai possibili interventi precoci e dare la possibilità di conoscere i servizi presenti sul territorio.

## Bibliografia

- Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze», Accordo sancito dalla Conferenza unificata nella seduta del 30 ottobre 2014 (Rep. atti n. 135/CU)
- Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per le demenze - Accordo sancito dalla Conferenza unificata nella seduta del 26 ottobre 2017 (Rep. atti n. 130/CU)
- Raccomandazioni per la *governance* e la clinica nel settore delle demenze - approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, nella seduta del 6 agosto 2020
- Linee di indirizzo nazionali per la costruzione di Comunità amiche delle persone con demenza - Accordo sancito dalla Conferenza unificata nella seduta del 20 febbraio 2020 (Rep. atti n. 17/CU)
- Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Economia e delle Finanze dell'Unione Europea del 13 luglio 2021
- Rivoiro, C., Galeotti, F., & Vanacore, N. (2011). Qual è l'effetto dei programmi di gestione integrata nel ritardare l'istituzionalizzazione delle persone affette da demenza? I risultati di una revisione sistematica della letteratura. *Politiche Sanitarie*, 12 (3), 116-125.
- Rivoiro, C., Galeotti, F., & Vanacore, N. (2011). Qual è l'effetto dei programmi di gestione integrata nel ritardare l'istituzionalizzazione delle persone affette da demenza? I risultati di una revisione sistematica della letteratura. *Politiche Sanitarie*, 12 (3), 116-125.
- Carbone, G. et al. (2013). Un modello multidisciplinare per l'assistenza domiciliare della demenza. *Ann Ist Super Sanità*, 49, 34-41.
- Novak, M., Guest, C. (1989). Caregiver Burden Inventory (CBI), *Gerontologist*, 29, 798-803.
- Menghini, V., Rusmini, G. (2019). L'assistenza ai malati di demenza: uno sguardo internazionale dall'ultimo Rapporto OECD. *I Luoghi della Cura Online*, 2, 1-18.
- Cartabellotta, A., Eleopra, R., Quintana, S., Pingani, L., Ferrarese, C., Starace, F., Masina, M. & Mancardi, G. (2018). Linee guida per la diagnosi, il trattamento e il supporto dei pazienti affetti da demenza. *Evidence*, 10 (10), 1-7.
- Guaita, A. (2019). Le persone con demenza nella società di oggi: il passaggio dalla quantità alla qualità. *I Luoghi della Cura Online*, 5, 1-4.
- Bruschart, V., Bokde, A.L., Hampel, H., (2010), "Cognitive Intervention in Alzheimer Disease". *Nat. Rev. Neurol.*, 6. pp. 508-17
- Hosseini, S.M., Kramer, J.H., Kesler, S.R. (2014), "Neural Correlates of Cognitive Intervention in Persons at Risk of developing Alzheimer's Disease", *Front. Aging Neurosc.*, 26 (6), p. 231
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., Orrell, M.(2003), "Efficacy of an Evidence-based Cognitive Stimulation Therapy Programme for People with Dementia: Randomised Controlled Trial", *British Journal of Psychiatry*, 183, pp. 248-54
- Leoni, C., Pavan, L., Brega, A. (2016). Potenziamento cognitivo e montagnaterapia. *Formazione & insegnamento XIV-3-2016*
- Bonini, L., Maccioni, N., Tamanza, G. (2021). *Andando a piedi. Teoria e pratica della Trekking Talk Therapy*. Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A. Trento
- Gigli, A., Melotti, G., Borelli C. (2020). Lo stato dell'arte dei progetti nature-based in ambito educativo, formativo, terapeutico e ricreativo in Italia; quadro concettuale e una possibile categorizzazione dei settori/contesti. *Formazione & insegnamento XVIII-1-2020*

- Di Benedetto, P. & Scoppola, G. (2009). Riabilitazione psichiatrica e montagna. In Commissione Centrale Medica del CAI (eds.), *Medicina e Montagna* (Vol. 1, pp. 231-239). Milano: CAI.

- Le Breton, D., Marcelli, D., Ollivier, B. (2012). *Marcher pour s'en sortir*. Editions Eres

## 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: Sviluppo di un nuovo modello di presa in carico del paziente affetto da patologia neurodegenerativa e della sua famiglia**

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

Si intende sviluppare un nuovo modello di presa in carico del paziente affetto da demenza attraverso l'implementazione del budget di salute e del "Quality of life", con la redazione di un progetto terapeutico individualizzato che comprenda al suo interno le principali aree di cura, sostegno e assistenza.

Il percorso del singolo utente prevedrà interventi differenti nella medesima struttura, ma anche interventi in sequenza in differenti strutture e/o sul territorio. Tutti gli inserimenti di utenti residenti sono disposti dal CDCD, previa presa in carico dell'assistito e valutazione, per il tramite degli ambulatori preposti alla diagnosi di decadimento cognitivo e demenza.

Pertanto, attraverso la governance del CDCD la presa in carico del paziente con demenza sarà individualizzata, condivisa anche con la famiglia e orientata, grazie ad attività formative e di interventi a domicilio, ai servizi presenti sul territorio.

Il nuovo modello di presa in carico intende inoltre promuovere un processo di cambiamento nella cultura e nel percepito riguardo ai disturbi neurodegenerativi in Valle d'Aosta, accompagnando la popolazione e gli operatori del settore ad un incremento della conoscenza e della consapevolezza della malattia, favorendo l'inserimento delle *best practise* (fissare un passaggio culturale: "dalla mancanza di speranza e di prospettive alla consapevolezza di potere intervenire sulla qualità di vita delle persone affette da disturbi neurodegenerativi e dei loro famigliari).

##### *Evidenze*

Secondo le "Linee guida per la diagnosi, il trattamento e il supporto dei pazienti affetti da demenza" (Cartabellotta et al., 2018), risulta di fondamentale importanza identificare un coordinamento centrale delle azioni che abbia il compito di coordinare gli interventi assistenziali dei pazienti affetti da demenza e di coinvolgere il paziente stesso con i suoi familiari. Si occupa anche della stesura di un piano terapeutico individualizzato, monitorandolo, valutandolo e registrando i progressi verso gli obiettivi terapeutici prefissati. È ritenuto, inoltre, indispensabile (ibidem) che il lavoro di presa in carico vada svolto da un'équipe multidisciplinare che garantisca l'appropriatezza degli interventi considerati e prevenga acutizzazioni o ricoveri evitabili. Tale evidenza scientifica va a sostegno con quanto si prefissa l'obiettivo generale, che intende sviluppare un modello di presa in carico a sostegno dei pazienti affetti da demenza e dei familiari che abbia un coordinamento centrale che indirizzi i pazienti e i familiari all'utilizzo di nuovi servizi e di quelli già presenti sul territorio.

Le Pubblicazioni Internazionali riassunte nell'articolo di Guaita del 2019 portano in evidenza la necessità non solo di far conoscere alla popolazione le dimensioni della malattia in questione, ma anche di porre attenzione alla dimensione soggettiva, sia del malato, sia di chi lo cura, della qualità di vita e dei servizi presenti per le persone con demenza e per i loro famigliari. Il nuovo modello di presa in carico che si vuole attuare prevede quindi uno spostamento dell'attenzione dalla cura alla vita e dai bisogni di base alla necessità di garantire una qualità di vita migliore al malato e a chi lo cura, garantendo una convivenza non distruttiva fra persona e malattia ed andando ad intaccare lo "stigma" spesso legato alla cultura relativa alla patologia in questione (ibidem).

##### *Target*

Il nuovo modello di presa in carico intende rivolgersi a pazienti affetti da patologia neurodegenerativa secondo tre livelli di gravità (lieve, moderata, grave), ai loro familiari e caregiver e agli operatori coinvolti nell'implementazione di tale modello progettuale.

## *Setting*

La sperimentazione, a regia del Centro regionale per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), istituito con la DGR 267/2018 presso l'AUSL della Valle d'Aosta, prevede un nuovo modello di presa in carico, con interventi multipli, orientati ai diversi setting, finalizzati alla formazione, al sostegno e all'attuazione di azioni a domicilio e negli altri ambiti territoriali.

### **OBIETTIVO SPECIFICO 1:**

#### **Governance e centralizzazione del CDCD all'interno di una rete di servizi**

La governance e la centralizzazione del CDCD risulta di fondamentale importanza per il coordinamento dei diversi servizi presenti sul territorio e si realizzerà attraverso l'attuazione delle seguenti attività:

**1. Realizzazione e pianificazione del PDTA regionale, in applicazione del modello nazionale, nonché in accordo con le disposizioni regionali di cui alla DGR 964/2019 in materia di predisposizione di PDTA.**

**2. Individuazione di un referente del paziente (casemanager)** che redige e sottopone alla valutazione del CDCD il progetto personalizzato condiviso con il paziente e il caregiver (PTI) per seguirlo in tutta la presa in carico. Attraverso una restituzione puntuale e a cadenza, in base alla gravità e al tipo di obiettivi da raggiungere, da parte dell'ente gestore del progetto e/o operatore interno al SSN, in seguito ad un primo periodo di osservazione, viene redatto il Piano Terapeutico Riabilitativo Personale (PTRP), al quale devono seguire le verifiche e le validazioni delle stesse da parte del CDCD.

Nell'ambito del modello proposto si distinguono le seguenti azioni e i seguenti strumenti:

- il **Piano di Trattamento Individuale (PTI)** proposto dal casemanager e condiviso con il paziente e il caregiver al CDCD per l'inserimento in struttura o presso i servizi, sulla base del quale si valuta l'appropriatezza dell'inserimento, deve contenere i seguenti elementi:
  - o dati anagrafici con informazioni sul contesto familiare e sociale del paziente e diagnosi clinica e funzionale;
  - o motivo dell'invio dal CDCD;
  - o osservazione delle problematiche rilevate;
  - o obiettivi dell'intervento;
  - o aree di intervento: descrivere il mix degli interventi previsti;
  - o indicazione degli operatori coinvolti negli interventi:
    - geriatra/neurologo
    - infermiere
    - fisioterapista
    - logopedista
    - assistente sociale
    - educatore professionale
    - OSS
    - MMG
    - neuropsicologo
  - o indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche, sulla base delle quali il PTRP è progressivamente aggiornato, in relazione all'andamento del programma;
- il **Piano Terapeutico Riabilitativo Personale (PTRP)** è definito ed elaborato dall'équipe della struttura residenziale, semi-residenziale o territoriale, in coerenza con il PTI, e in accordo con il casemanager e il paziente e viene sottoposto alla validazione del CDCD.

Il PTI e il PTRP saranno condivisi e controfirmati dal paziente o dal suo caregiver che ne riceveranno copia.

**3. Individuazione di tre referenti clinici interni al CDCD** che presiedono le tre aree: residenziale, semi-residenziale e territoriale. Gli stessi saranno affiancati dalla figura dell'educatore professionale, che ha competenze specifiche nella redazione e valutazione di progetti riabilitativi, permettendo all'équipe multidisciplinare di focalizzarsi su una nuova modalità di presa in carico.

**4. Interventi di informazione rivolti alla popolazione** attraverso materiale divulgativo (depliant, brochures, carta dei servizi ...) e attraverso la realizzazione di uno sportello di consulenza e ascolto, al fine di orientare gli utenti verso i servizi a disposizione, limitando dispersioni e frammentazioni nella cura e nella presa in carico.

**5. Reclutamento di una figura amministrativa e gestione della documentazione**, dei flussi, delle verbalizzazioni degli incontri e dell'attività di segreteria.

#### **OBIETTIVO SPECIFICO 2: Attività formativa e di supporto indirizzata ad operatori e familiari ed interventi a domicilio**

L'obiettivo specifico si concretizza attraverso le seguenti azioni:

**1. Fornire un'adeguata preparazione agli operatori socio-sanitari e agli educatori** che saranno formati circa la gestione del paziente affetto da disturbi neurodegenerativi attraverso lezioni frontali e attraverso un periodo di formazione pratica presso il nucleo residenziale per il trattamento delle demenze. È infatti risaputo che l'operatore socio-sanitario, durante il suo percorso formativo, sviluppa un bagaglio di conoscenze pratiche e teoriche utili alla gestione di un'ampia casistica di pazienti. Al fine di applicare tali competenze all'interno dello specifico contesto delle patologie neurodegenerative, risulta necessario implementare le competenze professionali con conoscenze mirate e con strumenti pratici per una migliore gestione del quadro cognitivo e comportamentale del paziente affetto da demenza.

**2. Fornire un'adeguata preparazione ai familiari ed eventualmente agli assistenti alla persona** coinvolti nel processo di sostegno al malato che verranno formati circa la gestione del paziente affetto da disturbi neurodegenerativi e circa le pratiche di assistenza e cura (mobilizzazione, gestione dei pasti e dell'igiene personale). Essi verranno anche coinvolti in un percorso di sostegno psicologico ed emotivo che offrirà loro uno spazio di ascolto, di condivisione e di confronto nel quale potere esprimere emozioni e vissuti relativi al difficile periodo in corso.

**3. Individuazione di ente esterno** in grado di provvedere al reclutamento di personale OSS, educatori, neuropsicologi.

**4. Attivazione di interventi a domicilio** che forniscano a coloro che sono affetti da patologia neurodegenerativa la continuità assistenziale tra le mura domestiche. Si vuole pertanto dotare il caregiver di capacità e di servizi utili alla cura e alla gestione del malato dopo la permanenza presso il nucleo residenziale per il trattamento delle demenze o, in misura preventiva, precedentemente ad un eventuale ingresso al suddetto nucleo. Gli interventi saranno promossi da un'équipe multidisciplinare che dopo un'accurata anamnesi in setting non specialistico (domicilio), della durata di circa un mese di osservazione, redigerà il PTRP. Quest'ultimo, dopo una sua valutazione da parte del CDCD, darà luogo al progetto di intervento domiciliare.

L'équipe multidisciplinare sarà composta da un operatore socio-sanitario, da un educatore e da uno psicologo che attraverso passaggi a cadenza settimanale seguiranno la famiglia e l'utente per una durata stabilita dal CDCD ed esplicitata nel PTI e nel PTRP.

#### **OBIETTIVO SPECIFICO 3: Sperimentazione di interventi psico-educazionali sul territorio**

Le attività ipotizzate vengono di seguito presentate alla luce delle evidenze scientifiche a disposizione:

**1. Estensione e Potenziamento della Terapia di Stimolazione Cognitiva Palestra della Mente.** Data l'attuale presenza dell'attività Palestra della Mente centralizzata e con lista d'attesa, si intende coprire il territorio valdostano ampliando a 3 sedi il servizio. Verranno quindi aperte due sedi aggiuntive della Palestra, in alta e in bassa Valle, le quali si aggiungeranno all'attuale sede attiva presso il capoluogo. L'attività si compone di sessioni mirate a stimolare le seguenti funzioni cognitive: attenzione uditiva, attenzione visiva, memoria visiva, immaginazione, orientamento e memoria spaziale, orientamento personale e temporale, memoria verbale, abilità lessicali, memoria per termini e significati, memoria affettiva, memoria per un testo, memoria per facce e nomi, logica. Coinvolge pazienti che hanno diagnosi di deterioramento cognitivo di entità lieve o moderata e

intende fornire, laddove ne emergesse la necessità, supporto ai familiari degli utenti partecipanti. Anche in questo caso i pazienti accedono a tale servizio attraverso l'attivazione di un PTI.

2. Al fine di consentire agli educatori professionali formati sulla Terapia di Stimolazione Cognitiva e già attivi sui gruppi di Palestra della Mente di implementare il loro carico lavorativo, **si recluterà un terapeuta occupazionale** che si occuperà specificatamente della cura e riabilitazione dei soggetti ricoverati presso il Reparto SC di Geriatria.

3. **Sperimentazione di attività di Montagnaterapia** per un gruppo selezionato di pazienti afferenti al CDCD, attraverso il PTI e per 10 sedute. La sperimentazione è finalizzata a rispondere alle problematiche di iniziale deterioramento cognitivo di grado lieve-moderato affiancandosi all'ordinaria pratica clinica ambulatoriale del geriatra, neurologo e neuropsicologo e all'attività di Palestra della Mente. Nello specifico, i pazienti selezionati saranno dapprima sottoposti a una valutazione clinica (presso l'ambulatorio di medicina di montagna) e neuropsicologica, al fine di ottenere un inquadramento dello stato iniziale e precedente all'attività prevista. Quest'ultimo sarà confrontato con la medesima valutazione al termine delle sedute di Montagnaterapia e sarà integrato da un'indagine sulle possibili variazioni percepite relativamente alla qualità di vita.

REFERENTI UNITÀ OPERATIVE		
UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Azienda USL della Valle d'Aosta	SC Geriatria – dott. Franz De La Pierre	- Responsabile scientifico

## Allegato 3

### VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

#### **OBIETTIVO GENERALE 1: Sviluppo di un nuovo modello di presa in carico del paziente affetto da patologia neurodegenerativa e della sua famiglia**

##### *Risultato/i atteso/i*

- Implementazione e stabilizzazione del nuovo modello di presa in carico del paziente affetto da patologia neurodegenerativa e della sua famiglia.
- Attivazione della raccolta dati da parte del CDCD e monitoraggio dei flussi.

##### *Indicatore di risultato: numeratore/denominatore*

- Numeratore: numero di pazienti presi in carico nell'arco temporale di 10 mesi.
- Denominatore: numero di pazienti presi in carico dal CDCD in un anno.

##### *Fonte di verifica*

- Raccolta dati e compilazione di un registro presenze e di accesso ai servizi.
- Stesura dei PTI e PTRP e delle valutazioni e validazioni.

##### *Standard di risultato*

Dato il numero calcolato sull'anno 2019 dei pazienti presi in carico dall'ambulatorio di geriatria del CDCD, corrispondente a 224 utenti, si stima di raggiungerne il 20% entro i 10 mesi di sperimentazione.

#### **OBIETTIVO SPECIFICO 1: Governance e centralizzazione del CDCD all'interno di una rete di servizi**

##### *Risultato/i atteso/i*

- Incremento della presa in carico e della stesura dei piani individualizzati che orientino i pazienti ai servizi presenti.

##### *Indicatore di risultato: numeratore/denominatore*

- Numeratore: Numero di PTI e PTRP redatti e valutati
- Denominatore: Numero di pazienti che si intende coinvolgere con questa nuova modalità di presa in carico (20% dei pazienti sul totale del 2019)

##### *Fonte di verifica*

- Raccolta dati e compilazione di un registro presenze e di accesso ai servizi.
- Stesura dei PTI e PTRP e delle valutazioni e validazioni.

##### *Standard di risultato*

- Stesura di almeno 44 PTI e PTRP.

## **OBIETTIVO SPECIFICO 2: Attività formativa e di supporto indirizzata ad operatori e familiari ed interventi a domicilio**

### *Risultato/i atteso/i*

- Incremento delle conoscenze teoriche e pratiche negli operatori socio-sanitari, negli educatori e nei familiari coinvolti nel progetto.
- Acquisizione di consapevolezza circa l'andamento della malattia, di capacità emotive e di coping nell'affrontare la patologia in questione.

### *Indicatore di risultato: numeratore/denominatore*

- Numeratore 1: Numero di operatori formati.
- Denominatore 1: Numero di operatori coinvolti nel progetto.
  
- Numeratore 2: Numero di familiari/caregiver formati.
- Denominatore 2: Numero di familiari coinvolti nel progetto.
  
- Numeratore 3: Numero di "Caregiver Burden Inventory" somministrati ai familiari/caregiver.
- Denominatore 3: Numero di familiari/caregiver coinvolti nel progetto.
  
- Numeratore 4: Numero di attivazioni di interventi a domicilio.
- Denominatore 4: Numero di pazienti che si intende coinvolgere con questa nuova modalità di presa in carico (20% dei pazienti sul totale del 2019)

### *Fonte di verifica*

- Raccolta dati e compilazione di un registro presenze e di accesso ai servizi.
- Stesura dei PTI e PTRP e delle valutazioni e validazioni.
- Somministrazione del "Caregiver Burden Inventory".

### *Standard di risultato*

- Formazione di 10 operatori socio-sanitari e 3 educatori (il 100% degli operatori coinvolti).
- Formazione e supporto proposta al 100% dei caregiver con relativa somministrazione del "Caregiver Burden Inventory"; ci si aspetta che risponda almeno l'80% dei caregiver che si intende coinvolgere con questa nuova modalità di presa in carico.
- Interventi a domicilio indirizzati al 50% dei pazienti che si intende coinvolgere con questa nuova modalità di presa in carico.

## **OBIETTIVO SPECIFICO 3: Sperimentazione di interventi psico-educazionali sul territorio**

### *Risultato/i atteso/i*

- Incremento delle attività di Palestra della Mente presenti sul territorio attraverso la realizzazione di 2 gruppi di Palestra della Mente (uno in alta e uno in bassa Valle)
- Attivazione di un progetto di Montagnaterapia

### *Indicatore di risultato: numeratore/denominatore*

- Numeratore 1: numero di partecipanti che aderiscono alle attività proposte di Palestra della Mente.
- Denominatore 1: numero di PTI e PTRP redatti nel corso della sperimentazione
- Numeratore 2: numero di partecipanti che aderiscono alle attività proposte di Montagnaterapia
- Denominatore 2: numero di PTI e PTRP redatti nel corso della sperimentazione

*Fonte di verifica*

- Valutazioni cliniche e neuropsicologiche condotte pre e post intervento.
- Somministrazione questionari QoL
- Stesura dei PTI e PTRP e delle valutazioni e validazioni.

*Standard di risultato*

- Ci si aspetta di raggiungere con l'intervento di Palestra della mente oltre il 30% dei pazienti che si intende coinvolgere con questa nuova modalità di presa in carico
- Ci si aspetta di raggiungere con l'intervento di Montagnaterapia il 20% dei pazienti che si intende coinvolgere con questa nuova modalità di presa in carico





## Allegato 4

### PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITÀ OPERATIVA

Unità Operativa 1 AUSL della Valle d'Aosta		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
<b>Personale</b> -terapista occupazionale -amministrativo - borsista	- implementazione dell'offerta riabilitativa per la presa in carico del paziente  - lavoro di segreteria e raccolta dati	45.000,00
<b>Beni</b> -Acquisti di cancelleria -Realizzazione di materiale informativo	- realizzazione di brochures informative - realizzazione della carta dei servizi - aggiornamento del sito web	3.000,00
<b>Servizi</b> - Esternalizzazione del servizio a ente esterno per la formazione e gli interventi domiciliari          - Formazione	- reclutamento e formazione di 10 OSS e 3 educatori per l'attivazione degli interventi a domicilio - reclutamento di 4 psicologi/neuropsicologi per l'attivazione degli interventi a domicilio - formazione e sostegno ai caregiver e ai famigliari  formazione del personale impiegato nel CDCD circa l'applicazione del nuovo modello di presa in carico	223.977,84
<b>Missioni</b> - Spese varie di trasferta	- trasferimenti sul territorio per la realizzazione delle sedute di montagna terapia e di palestra della mente - trasferimenti interregionali per la realizzazione del progetto (collaborazioni con la Regione Piemonte e la PA di Trento)	5.000,00
<b>Spese generali</b>	- realizzazione dell'attività di montagna terapia	10.095,10

## PIANO FINANZIARIO GENERALE

<b>Risorse</b>	<b>Totale in €</b>
<b><i>Personale*</i></b> - terapeuta occupazionale a tempo pieno - figura amministrativa a tempo parziale (80%)	45.000,00
<b><i>Beni</i></b> - Acquisti di cancelleria - Realizzazione di materiale informativo	3.000,00
<b><i>Servizi</i></b> - Esternalizzazione del servizio a ente esterno per la formazione e gli interventi domiciliari	223.977,84
<b><i>Missioni</i></b> - Spese varie di trasferta	5.000,00
<b><i>Spese generali**</i></b>	10.095,10
<b>Totale</b>	<b>287.072,94</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*