

Regione Campania

Piano di attività

Per l'utilizzo del Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021-2023

Linea 1 intervento.

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

DATI GENERALI

Regione Campania-Direzione Generale Salute

Enti partecipanti: So.re.sa. s.p.a. Società Regionale per la Sanità – società strumentale costituita da **Regione Campania** per la realizzazione di azioni strategiche finalizzate alla razionalizzazione della spesa sanitaria regionale

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

Regioni /Province Autonome coinvolte
Collaborazione con regione Abruzzo, Molise, Emilia-Romagna

Risorse

Importo annuo € 313.273,56
importo complessivo 939.820,68

Referente scientifico:

nominativo: ANNALISA DI PALMA
struttura di appartenenza: Regione Campania/ ASL NAPOLI 1 CENTRO

n. tel:3396631970 E-mail: dipalmaannalisa@gmail.com
nominativo: ANDREA CAPASSO
struttura di appartenenza: Regione Campania /ASL NAPOLI 2 NORD
n. tel: 3382320995 E-mail: andrea.capasso@aslnapoli2nord.it

Referente amministrativo: AVV ANTONIO POSTIGLIONE -direttore generale salute

Funzionari ANNARITA GRECO e NICOLETTA CARPENITO
struttura di appartenenza: DIREZ SALUTE UOD ASS.E INTERVENTI SOCIOSANITARI
n. tel:3471821657 E-mail: annarita.greco@regione.campania.it.
nicoletta.carpenito@regione.campania.it

Allegato 1

ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO
<p>Descrizione generale delle linee di azione predisposte rispetto all'area progettuale identificata</p> <p>Il mild cognitive impairment (MCI) è un'entità nosologica proposta da Petersen nel 1999 [1] con la finalità di identificare la fase precoce della demenza, caratterizzata da una sfumata difficoltà in uno o più domini cognitivi, oggettivata attraverso i test neuropsicologici, tale però da non compromette le normali e quotidiane attività di una persona. In Italia, secondo i dati stimati dell'Istituto superiore di sanità (Iss) vi sono circa 1 milione di persone affette da demenza e circa 900 mila affette da una condizione a rischio definita come Mild Cognitive Impairment. E' importante sottolineare che le stime di prevalenza del MCI negli studi di popolazione sono piuttosto variabili (dal 3% al 42%), secondo la definizione utilizzata e gli strumenti adottati.</p> <p>L'introduzione del DSM-5 [2] ha portato a una classificazione dei disturbi cognitivi in "mild neurocognitive disorder" (che potrebbe richiamare le caratteristiche del MCI) e in "major neurocognitive disorder" (che include le diverse tipologie di demenza). L'entità nosologica "mild neurocognitive disorder" ha delle caratteristiche fenotipiche diverse dal MCI (allargando lo spettro sintomatologico a manifestazioni non necessariamente cognitive) e sembra essere meno frequente nella popolazione generale [3]. Questo importante cambiamento nosologico ha condotto la maggior parte dei clinici a considerare nella loro pratica il MCI e successivamente anche il SCD come una patologia da identificare e trattare nella pratica quotidiana, piuttosto che come una condizione di rischio di demenza.</p> <p>Poiché gli studi di letteratura indicano che una percentuale stimata tra 10-15% di pazienti con diagnosi di Mild Cognitive Impairment ogni anno sviluppa la demenza di Alzheimer, gli sforzi dei ricercatori e dei clinici sono tesi a individuare le caratteristiche prodromiche, ossia precocissime e spesso visibili solo con l'ausilio di dati clinici, neuropsicologici, biomolecolari e strumentali, così da intervenire prima possibile con trattamenti specifici, farmacologici e non, se utili. Pertanto, un corretto inquadramento diagnostico in fase prodromica consentirà una corretta gestione del soggetto con decorso clinico del paziente con "mild neurocognitive disorder".</p> <p>Nelle recenti linee guida per il MCI (4), una meta-analisi ha stimato che le persone con MCI rispetto agli anziani sani hanno il triplo del rischio di ricevere una diagnosi di demenza di Alzheimer entro 2-5 anni (5).</p> <p>Le Linee guida OMS rappresentano una base di conoscenze per gli operatori sanitari che devono guidare i pazienti e la popolazione generale sulle azioni da compiere al fine di prevenire il declino cognitivo e la demenza, questo approccio può risultare un utile strumento ai governi, ai responsabili politici e alle autorità per la pianificazione, nello sviluppo di politiche e nella progettazione, di programmi che incoraggino stili di vita sani. La promozione di stili di vita salutari e un maggior controllo delle patologie che possono produrre un danno al sistema nervoso centrale possono infatti avere un effetto reale in termini di prevenzione in quanto circa il 30% dei casi di demenza e di MCI possono essere evitabili [6].</p> <p>Nell'ultimo decennio molti sforzi nel campo della demenza sono stati dedicati alla diagnosi precoce dei disturbi demenziali con l'obiettivo di identificare segni e sintomi che potrebbero essere utilizzati come marker predittivi affidabili dello sviluppo della malattia.</p> <p>L'applicazione del Machine Learning (ML) alla diagnostica del disturbo cognitivo [2] ha mostrato come dati Neuropsicologici, di Neuroimaging strutturale, nonché di tipo laboratoristico centrale e periferico, possano essere impiegati per "addestrare" un algoritmo di ML a predire quali pazienti affetti da MCI siano a rischio di conversione ad AD entro tre anni. Un progetto la cui potenziale concreta applicazione potrebbe cambiare significativamente l'approccio prognostico ai pazienti con DNCl.</p> <p>Partendo da questo assunto che trova la sua fondatezza negli articoli citati in bibliografia, l'intento è di definire una metodologia di lavoro strutturata che attraverso la raccolta sistematica di dati finalizzata alla conoscenza del fenomeno e basata sull'omogeneizzazione degli strumenti (schede-registro) e standardizzazione delle procedure di reperimento dati ed elaborazione che consenta un allineamento dei centri disturbi cognitivi e demenze di tipo metodologico e organizzativo e consenta alla regione Campania di costruire una piattaforma informativa sul fenomeno demenze.</p> <p>La regione Campania ha inteso aderire a tale linea progettuale nell'ottica della condivisione degli obiettivi comuni individuati dalle regioni aderenti alla linea 1 e definendo nell'ambito di tale quadro generale di condivisione attività individuate e definite in relazione ai propri ambiti organizzativi ed esigenze specifiche.</p> <p>L'obiettivo dell'applicazione del ML si configura quindi come obiettivo ultraneo che corona e conclude il lavoro di definizione di strumenti condivisi -in ambito regionale - per la raccolta dei dati, definizioni di procedure omogenee e condivise nell'ambito dei centri di disturbi cognitivi e demenze, modalità di</p>

elaborazione e lettura dei dati. Un obiettivo ulteriore non secondario che consentirà di definire una mappa del rischio demenze.

Partendo dai risultati raggiunti con il Progetto CCM demenze 2017 di cui la regione Campania era capofila e che è stato realizzato con il DEP Lazio, l'ARS Toscana, la regione Piemonte e l'Istituto Superiore di Sanità è stata elaborata una scheda-registro per le demenze che la società Soresa -società per la sanità-s.p.a. nell'ambito di tale progetto renderà fruibile su piattaforma informatizzata.

I risultati del Progetto CCM hanno evidenziato come l'uso di dati amministrativi in grado di intercettare e monitorare il fenomeno della demenza può consentire lo sviluppo di un "set centrale" di indicatori epidemiologici condivisi da raccogliere regolarmente. Pertanto, la Regione Campania, tenuto conto dell'esperienza acquisita dal Progetto CCM e dell'assenza di relazione tra CDCD territoriali ed ospedalieri, sta costruendo un dataset clinico-strumentale da implementare con il presente Piano.

Il piano attuale propone dunque:

- 1) la possibilità di intercettare un maggior numero di soggetti con DNCl attraverso il coinvolgimento dei MMG
- 1) la creazione di un dataset clinico-strumentale regionale al fine di costituire un minimum di dati – quanto più omogeneo – dei pazienti afferenti ai CDCD regionali. Ciò verrà effettuato tramite l'istituzione di una piattaforma in grado di raccogliere dati dei propri pazienti in maniera chiara, sintetica e univoca.
- 2) l'implementazione di specifici algoritmi di ML in grado di determinare, con elevato livello di accuratezza, la presenza di DNCl e di carte del rischio per la nostra popolazione.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Obiettivo specifico 1 Incremento del numero di diagnosi di DNCl

Intervento 1 il processo di diagnosi di DNCl può essere declinato nelle seguenti fasi:

- MMG (uso del GPcog o di un insieme di informazioni anamnestiche e cliniche degli assistiti)
- invio di un paziente con sospetto DNC lieve al CDCD
- diagnosi di DNC lieve al CDCD secondo protocolli condivisi e standardizzati

L'impatto della pandemia da infezione SARS-COV2 sulla sanità è stato ingente sotto diversi punti di vista. Con il passare dei mesi si è sviluppata sempre più un altro tipo di emergenza: la gestione dei pazienti non-COVID. I medici di medicina generale hanno segnalato una compromissione della loro capacità di assistenza, come conseguenza sia del cambio di focus sulla pandemia, sia del fatto che i pazienti li abbiano consultati meno frequentemente per problemi non correlati al COVID. Le cure croniche sono state per lo più rinviate e questo avrà conseguenze che si estenderanno e diventeranno tangibili nel medio e lungo termine. Inoltre, la sensazione di isolamento e la condizione di disagio psicologico hanno condotto spesso all'adozione di abitudini meno sane. Questi aspetti hanno determinato potenziali ritardi nelle diagnosi di malattie clinicamente rilevanti e impattanti sulla salute e sulla qualità della vita della popolazione.

Pertanto, si rende importante il coinvolgimento dei MMG nell'individuazione del maggior numero possibile di soggetti con sospetto DNCl da inviare al CDCD. I MMG verranno coinvolti anche attraverso l'organizzazione di eventi ECM, in cui verrà suggerito di utilizzare la GPCog, come strumento di valutazione cognitiva al posto degli strumenti in uso.

Obiettivo specifico 2 Dataset clinico-strumentale

Intervento 1 Creazione piattaforma di raccolta dati clinici con l'individuazione delle variabili oggetto della raccolta sistemica.

- L'accesso a tale dataset verrà effettuato tramite credenziali univoche, utente-specifiche. Ciascun utente sarà abilitato alla visualizzazione e modifica del dataset relativo al proprio Centro.

Questo dataset clinico-strumentale renderà, inoltre, più facile il passaggio di "dati pazienti" da un Centro all'altro nel momento in cui sarà possibile il trasferimento degli stessi nella cartella informatizzata (come da obiettivo dell'ISS nell'introdurre tale strumento informativo nazionale in tutti i CDCD). Allo stato, il Clinico avrà a disposizione una homepage nella quale poter visualizzare-le statistiche descrittive del proprio Centro (es. n. visite effettuate dall'inizio dell'anno, età media, distribuzione per sesso). Tramite apposito menù potrà dunque accedere all'archivio dei pazienti del proprio centro, oppure inserire un nuovo record. Il dataset del paziente sarà organizzato in "visite", per cui i record più recenti non saranno sovrascritti sui precedenti, fornendo così un'osservazione longitudinale precisa ed omogenea.

La protezione della privacy dei pazienti sarà garantita da sofisticati sistemi di criptazione del portale nonché dal sistema di verifica dell'utente prima dell'assegnazione delle credenziali.

L'intera raccolta dati sarà finalizzata alla creazione di un minimum dataset dei DNC.

Intervento 2 Flusso regionale DNC: i dati raccolti mediante il dataset clinico strumentale verranno impiegati per implementare una rete regionale fondata sul linkage di dati clinici e amministrativi raccolti in modo omogeneo attraverso un (minimum) dataset condiviso. Le informazioni saranno relative a:

- a. dati anagrafici (età, sesso, scolarità)
- b. presenza dei 12 fattori di rischio
- c. stili di vita
- d. comorbidità (CIRS)
- e. valutazione clinica (patologie cardiovascolari e respiratorie, endocrino metaboliche, gastroenteriche, epatiche, renali e genito-urinarie, oncologiche attive)
- f. valutazione disturbi comportamentali (con particolare attenzione alla depressione)
- g. anamnesi farmacologica in corso (terapie per il disturbo cognitivo/comportamentale e terapie per altre patologie)
- h. valutazione cognitiva
- i. valutazione funzionale

Intervento 3 PDTA: implementazione e adattamento in ciascuna azienda sanitaria della Campania di un PDTA elaborato da un gruppo multidisciplinare regionale, i cui indicatori di monitoraggio siano ottenibili dal data set di cui all'intervento 1.

Obiettivo specifico 3 Implementazioni di tecniche di ML a scopi diagnostici

Un recente progetto di ricerca di Massetti et al. (2) ha identificato un algoritmo Random Forest finalizzato alla predizione della conversione del DNCl in DNCm, sviluppando un modello ad alto valore predittivo relativamente al rischio di conversione in 3 anni. Questo obiettivo specifico, pur non prevedendo la valutazione di un modello di rischio di conversione, intende sviluppare un modello di individuazione automatizzata di caratteristiche salienti tipiche del DNCl e di implementazione della carta del rischio.

Intervento 1 Algoritmo per diagnosi precoce: tramite l'individuazione automatizzata di caratteristiche salienti tipiche del DNCl, verrà sviluppato un modello in grado di rinvenire le stesse in soggetti che abbiano effettuato un primo accesso al CDCD per deficit cognitivi soggettivi e, pertanto, di classificarsi come attualmente affetti da un DNC oppure come a rischio di svilupparlo (Es. presenza di signatures biologiche, assenza di quadro sintomatologico oggettivamente compatibile con deterioramento). Tale strumento potrà dunque essere impiegato, in modo tale da inserire i pazienti quanto prima negli specifici percorsi terapeutici.

Intervento 2 Carta del rischio: per ovviare alla possibile mancanza di accesso a piattaforme elettroniche, verranno sfruttati gli elementi ottenuti dall'obiettivo specifico 2 per la definizione di carte di rischio dall'impiego rapido e intuitivo. Tali strumenti potranno essere condivisi in maniera estesa, sul territorio, all'individuazione precoce dei soggetti da indirizzare ai CDCD per approfondimenti mirati, in abbinamento al potenziamento dell'impiego di strumenti già esistenti (es. CAIDE, DRS, , SLAS).

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

Saranno coinvolte tutte le Aziende Sanitarie Locali/ Aziende Ospedaliere/ Aziende Universitarie dove insistono CDCD. Per ogni Azienda coinvolta, verrà individuato un Responsabile di riferimento. Con gli stessi, verranno organizzati incontri di formazione e coordinamento, kick-off meetings e riunioni cadenzate per il monitoraggio dell'attività durante lo svolgimento del progetto.

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

Obiettivo specifico 1 Incremento del numero di diagnosi di DNCl

Intervento 1 L'intervento proposto non prevede problemi ipotizzabili e consentirebbe di superare il periodo di "vacatio COVID correlato" delle attività di valutazione precoce del DNCl, favorendo la salute cognitiva. La criticità risiede nel numero di MMG che aderiranno.

Obiettivo specifico 2 – Dataset clinico-strumentale

Intervento 1 Creazione piattaforma e minimum dataset: riguardo alla definizione concettuale del data set minimo non vi sono rischi o problemi ipotizzabili. L'eventuale difficoltà tecnico/organizzativa dell'implementazione delle modifiche delle schede ambulatoriali di ogni piattaforma aziendale di refertazione potrà essere superata grazie alle risorse dedicate previste per ogni UO.

Intervento 2 Flusso regionale DNC: la fattibilità tecnica del progetto è subordinata alla esistenza dei presupposti giuridici al trattamento dei dati previsti dal progetto. La puntualizzazione e/o definizione dei suddetti presupposti giuridici è in capo alla Regione Campania e dovrà precedere l'avvio dell'infrastruttura tecnica qui proposta.

Intervento 3 PDTA: sarà necessario prevedere la creazione di un gruppo di lavoro regionale e di un referente aziendale del progetto in ciascuna azienda sanitaria (locale, ospedaliera e universitaria).

Obiettivo specifico 3- Implementazioni di tecniche di ML a scopi diagnostici

Si prevede la collaborazione con specialisti nel campo del ML per la realizzazione dell'obiettivo. Tale team tecnico verrà tuttavia coordinato e guidato sulla base di rigorosi principi di biostatistica e di neuroscienze applicate all'ambito clinico. Una potenziale difficoltà potrebbe risiedere nel raggiungimento di una potenza campionaria sufficiente per il training e il test degli algoritmi di ML.

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

Le soluzioni proposte risulterebbero di facile implementazione anche a livello extraregionale, non essendo ancorate a vincoli territoriali bensì mostrando basi ampiamente condivisibili in tutte le realtà di CDCD.

Traslazione generalizzata

La strategia è stata elaborata in accordo con le seguenti regioni italiane: Abruzzo, Puglia, Campania, Molise ed Emilia-Romagna. È dunque prevista l'elaborazione di strumenti omogenei e dalla semplice traslazione sin dalla fase di progettazione.

Bibliografia

1. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol 1999; 56: 303-8.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013
3. Lopez-Anton R, Santabàrbara J, De-la-Cámara C, et al. Mild cognitive impairment diagnosed with the new DSM-5 criteria: prevalence and associations with non-cognitive psychopathology. Acta Psychiatr Scand 2015; 131: 29-39.
4. Ronald C. Petersen, Oscar Lopez, Melissa J. Armstrong et al. "Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment" Neurology 2018; 90: 126-135
5. Frank Jessen , Steffen Wolfgruber , Birgitt Wiese et al "AD dementia risk in late MCI, in early MCI, and in subjective memory impairment" Alzheimers Dement 2014;10(1):76-83.
6. Norton S, Matthews FE , Barnes DE et al. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. Lancet Neurol 2014; 13: 788-94.
7. Massetti et al. "A Machine Learning-Based Holistic Approach to Predict the Clinical Course of Patients within the Alzheimer's Disease Spectrum", Journal of Alzheimer's Disease (JAD) 2022

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

Individuare un maggior numero di soggetti con DNCl e considerare i possibili fattori di rischio di insorgenza della demenza ed espressioni più ampie di una fragilità cognitiva. Dalla letteratura esistente, si evince come un gran numero di soggetti con Disturbo Neurocognitivo minore non andrà incontro all'insorgenza di demenza e una quota rilevante di soggetti con queste condizioni può anche ritornare, con potenziali interventi di prevenzione, ad un profilo cognitivo normale.

Creare un registro regionale di pazienti affetti da Disturbi Neurocognitivi per raccolta dati strutturata.

Definire il flusso regionale del DNCl e un PDTA aggiornato sulla base delle evidenze acquisite

Implementazione carta del rischio

Evidenze

Attuale mancanza di un minimum dataset regionale relativo ai Disturbi Neurocognitivi con necessità di:

- implementare una rete regionale fondata sul linkage di dati clinici e amministrativi raccolti in modo omogeneo attraverso un (minimum) dataset condiviso
- applicabilità dei dati raccolti in maniera omogenea al fine di determinare Carte del Rischio ancorate alla realtà geografica di effettiva applicazione (i fattori di rischio sono infatti estremamente variabili fra popolazioni e aree geografiche);

Target

Soggetti con disturbo cognitivo soggettivo e/o Disturbo Neurocognitivo lieve che accedono ai CDCD.

Setting

CDCD della Regione Campania

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Incremento del numero di diagnosi di DNCl

Attività previste

1. Coinvolgimento delle AFT dei MMG tramite Incontri/riunioni/webinar
2. Organizzazione di eventi formativi
3. Valutazione cognitiva presso i CDCD

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Dataset clinico-strumentale

Attività previste

1. Creazione piattaforma informatica
2. Definizione del flusso regionale DNC
3. Riunioni referenti aziendali a cadenza stabilita
4. Elaborazione PDTA regionale aggiornato (partendo da eventuali PDTA Aziendali già definiti)

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Implementazioni di tecniche di ML a scopi diagnostici

Attività previste

1. Algoritmo ML per diagnosi precoce
2. Implementazione di carte del rischio

OBIETTIVO GENERALE 2:

Evidenze

Target

Setting

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Attività previste

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Attività previste

OBIETTIVO SPECIFICO 3:

Attività previste

OBIETTIVO SPECIFICO 4:

REFERENTI UNITA' OPERATIVE

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Regione Campania	Di Palma Capasso	Coordinamento attività definizione caratteristiche dataset, algoritmi, elaborazione carta del rischio elaborazione PDTA definizione attività coinvolgimento AFT
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
Soresa	Roberta Giordana Marino	definizione caratteristiche dataset, algoritmi, elaborazione carta del rischio gestione addestramento/formazione operatori sviluppo piattaforma informativa monitoraggio attività

Unità Operativa 3	Referente	Compiti
ASL AVELLINO	A. MARRO	valutazione e inserimento pazienti partecipazione venti formativi -
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
ASL BENEVENTO	G. MAIO	valutazione e inserimento pazienti partecipazione eventi formativi -
Unità Operativa 5	Referente	Compiti
ASL CASERTA	G. CERQUA	valutazione e inserimento pazienti partecipazione eventi formativi
Unità Operativa 6	Referente	Compiti
ASL NAPOLI 1	A. DI PALMA	valutazione e inserimento pazienti partecipazione eventi formativi -
Unità Operativa 7	Referente	Compiti
ASL NAPOLI 2	A. CAPASSO	valutazione e inserimento pazienti partecipazione venti formativi Coinvolgimento delle AFT dei MMG
Unità Operativa 6	Referente	Compiti
ASL NAPOLI 3 SUD	A. COPPOLA	valutazione e inserimento pazienti partecipazione eventi formativi -
Unità Operativa 7	Referente	Compiti
ASL SALERNO	G. REA	valutazione e inserimento pazienti partecipazione eventi formativi acquisizione personale per le aziende sanitarie coinvolte nelle attività
Unità Operativa 8	Referente	Compiti
A.O.U.P. VANVITELLI	TEDESCHI-PUOTI-RIZZO	valutazione e inserimento pazienti partecipazione eventi formativi -
Unità Operativa 9	Referente	Compiti
A.O.U. FEDERICO II	E.SALVATORE G.FEMINELLA	valutazione e inserimento pazienti partecipazione eventi formativi -
Unità Operativa 10	Referente	Compiti
A.O.U.P. RUGGI D'ARAGONA	P.BARONE	valutazione e inserimento pazienti partecipazione eventi formativi -
Unità Operativa 11	Referente	Compiti
A.O.RN. CASERTA	G.VARRICCHIO	valutazione e inserimento pazienti partecipazione eventi formativi -
Unità Operativa 13	Referente	Compiti
AORN Cardarelli	V.ANDREONE	valutazione e inserimento pazienti partecipazione eventi formativi -
Unità Operativa 14	Referente	Compiti
AORN MOSCATI	S.CELLA	valutazione e inserimento pazienti partecipazione eventi formativi

		-
Unità Operativa 15	Referente	Compiti
AORN RUMMO	DI MUCCIO	valutazione e inserimento pazienti partecipazione eventi formativi -
Unità Operativa 16	Referente	Compiti
AORN OSPEDALE DEI COLLI	A.IAVARONE B.RONGA	valutazione e inserimento pazienti partecipazione eventi formativi -

Allegato 3

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

OBIETTIVO GENERALE 1	Potenziamento della diagnosi precoce del DNCI attraverso
Risultato/i atteso/i	Numero maggiore di diagnosi di DNCI
Indicatore/i di risultato: NUMERATORE/DENOMINATORE	Numero persone con DNC minore/ numero di nuovi casi
Fonte di verifica	Indagini strumentali/valutazione cognitiva nei CDCD/piattaforma soresa
Standard di risultato	> 30%

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Incremento del numero di diagnosi di DNCI
Risultato/i atteso/i	Convolgimento MMG in Incontri/ riunioni/ webinar/ eventi ECM
Indicatore/i di risultato: NUMERATORE/DENOMINATORE	Adesione al programma di eventi dei MMG / numero di Incontri/ riunioni/ webinar/ eventi ECM organizzati
Fonte di verifica	Verbalì – eventi organizzati
Standard di risultato	> 60%

OBIETTIVO SPECIFICO 2	Dataset clinico-strumentale
Risultato/i atteso/i	Creazione database regionale Messa a punto scheda/registro
Indicatore/i di risultato: NUMERATORE/DENOMINATORE	Numero schede registro inserite/ totale dei soggetti valutati nei CDCD
Fonte di verifica	Dati influssi informativi regionali SORESA/ valutazione cognitiva nei CDCD
Standard di risultato	> 60%

OBIETTIVO SPECIFICO 3	Implementazione tecniche di ML
Risultato/i atteso/i	Creazione di algoritmo Messa a punto e test
Indicatore/i di risultato: NUMERATORE/DENOMINATORE	Numero di soggetti con profilo di rischio /totale dei soggetti con DNCI afferenti ai CDCD
Fonte di verifica	Flussi derivanti dalla piattaforma
Standard di risultato	> 60%

CRONOGRAMMA

[illegible]

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

Unità Operativa SO.RE.SA.		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>		0
Beni Strumenti per la raccolta dati, test	Software, pc, strumenti utili alla raccolta dati, acquisto test specifici	88.100,00
Servizi Sviluppo gestione piattaforma, formazione, elaborazione dati	creazione e gestione di una piattaforma dedicata alla ai cdcd per inserimento dei dati e scambio di informazioni Monitoraggio delle attività progettuali, analisi dei dati, Corsi di Formazione	220.000,00
<i>Missioni</i>		
<i>Spese generali</i>		0
<i>totale</i>		308.100,00

Unità Operativa REGIONE CAMPANIA		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>		0
<i>Beni</i>		0
<i>Servizi</i>		0
Missioni Incontri e convegni inerenti alla materia del piano	Partecipazione a Congressi, Convegni, eventi scientifici	2.041,23
Spese generali	Cancelleria, utenze	65.787,45
Totale		67.828,68

Unità Operativa ASL Salerno		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale. L'asl Salerno curerà la procedura per l'acquisizione di figure professionali per tutte le aziende della regione Campania per somministrazione test/imputazione/gestione dati</i>	borsa di studio/contratto a tempo per personale da impegnare nei cdcd nella raccolta dati e somministrazione test	563.892.00
<i>Beni</i>		0
<i>Servizi</i>		0
<i>Missioni</i>		0
<i>Spese generali</i>		0
<i>Totale</i>		563.892,00

Piano finanziario Generale

Regione Campania		
Risorse (voce e descrizione)	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale. L'asl Salerno curerà la procedura per l'acquisizione di figure professionali per tutte le aziende della regione Campania per somministrazione test/imputazione/gestione dati</i>	borsa di studio/contratto a tempo per personale da impegnare nei cdcd nella raccolta dati e somministrazione test	563.892.00
Beni Strumenti per la raccolta dati, test	Software, pc, strumenti utili alla raccolta dati, acquisto test specifici	88.100,00
Servizi Sviluppo gestione piattaforma, formazione, elaborazione dati	creazione e gestione di una piattaforma dedicata alla ai cdcd per inserimento dei dati e scambio di informazioni Monitoraggio delle attività progettuali, analisi dei dati, Corsi di Formazione	220.000,00
Missioni Incontri e convegni inerenti alla materia del piano	Partecipazione a Congressi, Convegni, eventi scientifici	2.041, 23
<i>Spese generali</i>	Cancelleria, utenze	65.787,45
<i>totale</i>		939.820.68

* 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



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio 6, Prevenzione delle dipendenze, doping e salute mentale
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Trasmissione elettronica
N° protocollo DGPRE in DOCSPA

Alla c.a. di Regioni e Province Autonome

area.salute.regione@pec.rupar.puglia.it
assistentzateritoriale@postacert.regione.emilia-romagna.it
dg.500400@pec.regione.campania.it
dg.sanita@cert.regione.basilicata.it
dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it
direzionesanita.regione@postacert.umbria.it
dpf010@pec.regione.abruzzo.it
protocollo@pec.regione.liguria.it
regione.marche.direzionesociosan@emarche.it
regionemolise@cert.regione.molise.it
regionetoscana@postacert.toscana.it
reteterritorio@regione.lazio.legalmail.it
salute@certregione.fvg.it
san.dgsan@pec.regione.sardegna.it

OGGETTO: Comunicazione avvenuta erogazione prima quota Fondo Alzheimer e demenze.

A seguito dell'approvazione formale dei Piani triennali regionali relativi al Fondo Alzheimer e demenze da parte Tavolo permanente nella seduta dell'8 luglio 2022, si comunica che in data 27 luglio 2022 si è provveduto all'erogazione della prima quota sui rispettivi conti di tesoreria intestati alle Regioni.

Si resta in attesa di ricevere la copia della delibera di Giunta regionale di approvazione del Piano triennale relativo al Fondo Alzheimer e demenze.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO
(Dr.ssa Maria Assunta Giannini)
(Firmato digitalmente)

Per informazioni:
Dr. Fabrizio Sparaco
06-59942244 f.sparaco@sanita.it



MARIA ASSUNTA
GIANNINI
01.08.2022
08:40:19 UTC