



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

DATI GENERALI

Regione/ Provincia Autonoma: Regione Molise

Enti partecipanti: Azienda Sanitaria Regionale Molise (ASReM), Università del Molise

Area progettuale:

(indicare una o più aree tra le cinque descritte nel paragrafo 1, punto 4 dell'allegato 1 del Decreto Fondo Alzheimer e demenze)

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;

Regioni /Province Autonome coinvolte

(da indicare se sono state previste collaborazioni e su quali aree progettuali)

Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Basilicata

Risorse

(indicare quanto previsto nella tabella dell'allegato 1 del Decreto Fondo Alzheimer e demenze)

- Totale annualità: € 104.965,04

- Totale triennio: € 314.895,12

Referente scientifico:

nominativo: ...Alfonso Di Costanzo
struttura di appartenenza: ...ASReM/Università del Molise.....
n. tel: ...3389478552..... E-mail: ...alfonso.dicostanzo@unimol.it.....

Referente amministrativo:

nominativo: ... Antonella Oriunno
struttura di appartenenza:ASReM.....
n. tel: ...3296092374..... E-mail: ...antonella.oriunno@asrem.org.....

Allegato 1

ANALISI STRUTTURATA DEL PIANO

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

Il piano propone:

- 1) Individuazione e invio ai Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) dei soggetti con sospetto Disturbo Neurocognitivo lieve (DNCL)/Mild Cognitive Impairment (MCI) da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG), che saranno coinvolti nel progetto attraverso l'organizzazione di eventi ECM (Educazione Continua in Medicina) e l'interazione con la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) e gli Ordini dei Medici di Campobasso e Isernia. Agli eventi formativi saranno invitati anche tutti gli altri operatori sanitari coinvolti nella gestione dei pazienti con demenza, con lo scopo di diffondere le conoscenze relative alla prevenzione, alla diagnosi, al trattamento e all'assistenza del paziente con DNCL/MCI. Ai MMG verrà suggerito di utilizzare il General Practitioner assessment of Cognition (GPCog) [Brodsky et al, 2002] nella versione validata italiana [Pirani et al, 2010] come strumento di valutazione iniziale del deterioramento cognitivo e verranno forniti strumenti diagnostici semplici per la diagnosi di disturbo depressivo che non di rado può simulare l'esordio di una demenza. Inoltre, i MMG verranno invitati a condividere con i CDCD, preferibilmente per via telematica, le informazioni anamnestiche, cliniche e strumentali degli assistiti con sospetto MCI.
- 2) Potenziamento del personale in servizio presso l'unico CDCD molisano che ha sede a Campobasso ed istituzione di un altro CDCD presso il Palazzo De Baggis di Isernia. Tali azioni saranno necessarie per soddisfare il prevedibile aumento delle richieste di valutazioni. Le assunzioni saranno a tempo determinato, attraverso borse di studio e/o assegni di ricerca attivati dall'Università del Molise, e riguarderanno varie figure professionali, inclusi 2 medici, 3 neuropsicologi e 1 infermiere. Nell'organizzazione delle attività da svolgere presso il CDCD di Campobasso e il costituendo CDCD di Isernia, verranno coinvolte le associazioni per malati di Alzheimer operanti sul territorio.
- 3) Raccolta dei dati clinico-anamnestici, neuropsicologici, neuroradiologici e laboratoristici al fine di costituire un minimum dataset, quanto più omogeneo possibile, dei pazienti afferenti ai CDCD, ponendo particolare attenzione ai fattori elencati nelle carte del rischio cognitivo validate in letteratura [Licher et al, 2018]. Ciò verrà effettuato attraverso l'implementazione e le opportune modifiche della cartella informatizzata della Regione Lazio. Il minimum dataset sarà concordato e uniformato dai responsabili delle regioni che hanno deciso di collaborare nell'ambito dell'area progettuale 1, in modo da rendere omogenei e facilmente confrontabili i dati raccolti.
- 4) Diagnosi di MCI secondo protocolli condivisi e standardizzati e presa in carico del paziente con DNCL/MCI. Particolare attenzione verrà dedicata alla ricerca di eventuali cause reversibili di demenza con un protocollo diagnostico che prevedrà, a seconda dei casi, indagini di primo livello seguite, se necessario, da indagini di II e/o III livello, secondo un diagramma di flusso che verrà periodicamente rivisto allo scopo di rendere il più ottimale possibile il rapporto costi/benefici.
- 5) Individuazione attraverso una delle carte di rischio cognitivo validate, la Dementia Risk Score (DRS) [Walters et al, 2016], dei soggetti con DNCL/MCI a rischio di conversione a Disturbo Neurocognitivo maggiore (DNCm), sui quali intraprendere un percorso di trattamento e prevenzione personalizzati. Nel contempo, in collaborazione con le Regioni dell'area progettuale 1, si getteranno le basi per lo sviluppo di una nuova carta del rischio cognitivo che possa superare le limitazioni delle carte ad oggi pubblicate [Licher et al, 2018]. A tale scopo, verrà utilizzato il minimum dataset concordato (vedi file Excel allegato) che sarà applicato in maniera retrospettiva sulla popolazione dei pazienti già valutata presso il CDCD e in maniera prospettica sui nuovi pazienti esaminati.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Secondo il World Alzheimer Report 2021, il 75% di tutti i casi di demenza nel mondo non viene diagnosticato; l'ostacolo principale nell'effettuare una diagnosi corretta è la difficoltà di accesso a test diagnostici specializzati seguita dalla mancanza di formazione e conoscenze specifiche [Gauthier et al, 2021]. Inoltre, molti studi riportano un ritardo nella diagnosi che oscilla in media tra 1 e 2,5 anni [Helvik et al, 2018]. Tra le cause di questo ritardo va considerata la mancanza di biomarcatori con sensibilità, specificità e accuratezza diagnostica tali da essere raccomandati nella routine clinica [Gauthier et al, 2021]. Ne consegue che la diagnosi è spesso possibile solo quando il danno neuronale è avanzato, rendendo difficile ogni trattamento per rallentare o arrestare l'evoluzione della malattia. Dunque, sono necessarie

nuove strategie di diagnosi che permettano di individuare i pazienti nello stadio prodromico di DNCI/MCI o disturbo cognitivo soggettivo (DCS), o addirittura preclinico, quando sono asintomatici, ma già stanno sviluppando le alterazioni neuropatologiche e biochimiche tipiche.

Il DNCI/MCI è una condizione clinica caratterizzata dalla presenza di deficit cognitivi documentati da test neuropsicologici, con conservazione dell'autonomia funzionale nelle attività di vita quotidiana. Il riconoscimento precoce di soggetti con DNCI/MCI potrebbe consentire, attraverso la loro presa in carico tempestiva, efficaci azioni di prevenzione che possono rallentare o bloccare l'evoluzione verso la demenza. La Lancet Commission on dementia prevention, intervention and care, infatti, suggerisce che il trattamento dei fattori di rischio modificabili potrebbe prevenire o ritardare fino al 40% i casi di demenza [Livingston et al, 2020]. Purtroppo, tale condizione è ancora poco conosciuta dai MMG e da altri operatori sanitari [Alzheimer's Association, 2022] e dunque vanno intraprese azioni che portino ad un maggiore coinvolgimento e sensibilizzazione di queste categorie professionali.

Un'ulteriore considerazione riguarda le cosiddette demenze "reversibili" che sono suscettibili di un trattamento risolutore, ma che non vengono sistematicamente ricercate [Day, 2019; Little 2018]. Dunque, è necessario allargare il numero delle indagini da effettuare nella routine diagnostica di una demenza proprio per individuare possibili cause reversibili di demenza.

Il presente piano ha l'obiettivo generale di potenziare la diagnosi precoce di MCI, attraverso il coinvolgimento dei MMG che saranno invitati a individuare e inviare tempestivamente i loro assistiti con sospetto MCI ai CDCD, il potenziamento del CDCD presente sul territorio molisano e l'istituzione di un nuovo CDCD, la raccolta di tutte le informazioni anamnestico-clinico-strumentali attraverso una cartella clinica informatizzata e la presa in carico del paziente con MCI, la standardizzazione e la condivisione di un protocollo diagnostico per MCI che tenga conto delle possibili cause curabili di demenza e, in collaborazione con le Regioni dell'area progettuale 1, lo sviluppo di una nuova carta di rischio cognitivo per la pratica clinica.

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

L'attività sarà svolta all'interno delle Strutture Sanitarie dell'ASReM con il coinvolgimento e la collaborazione dell'Università degli Studi del Molise, del CDCD presente presso il Distretto Sanitario di Campobasso e del costituendo CDCD presso il Palazzo De Baggis di Isernia. Saranno, inoltre, coinvolti gli ambulatori specialistici operanti presso le Strutture Sanitarie Distrettuali ed Ospedaliere regionali.

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

- 1) gli obiettivi proposti non dovrebbero presentare elementi di criticità fatta eccezione per la possibile scarsa adesione dei MMG alle attività di individuazione di DNCI/MCI tra gli assistiti.
- 2) non si rilevano elementi di criticità nell'invio dei soggetti ai CDCD. Il potenziamento del personale del CDCD esistente a Campobasso e l'attivazione del nuovo CDCD presso il Palazzo De Baggis di Isernia potrebbero risentire di rallentamenti nelle procedure di reclutamento del personale necessario.
- 3) non si rilevano particolari criticità nelle soluzioni e negli interventi proposti.
- 4) non vi sono criticità particolari. Eventuali problemi saranno superabili tramite interventi del personale informatico dedicato.
- 5) non si rilevano situazioni di criticità nella realizzazione degli interventi proposti.

Elementi di innovatività delle soluzioni e degli interventi proposti

- 1) Coinvolgimento attivo dei MMG nell'individuazione degli assistiti con sospetto MCI e diffusione delle conoscenze relative al MCI presso gli altri operatori sanitari.
- 2) Creazione di un nuovo CDCD nella Regione Molise che avrebbe bisogno di un ulteriore CDCD e potenziamento del personale del CDCD esistente a Campobasso in modo da poter fronteggiare la maggiore richiesta di valutazioni.
- 3) Digitalizzazione delle cartelle cliniche (e quindi progressivo abbandono del cartaceo) e maggiore omogeneità nella raccolta dei dati clinici.
- 4) Standardizzazione e condivisione del protocollo per la diagnosi di MCI e creazione di un registro di pazienti con MCI con la possibilità dunque di poter effettuare stime epidemiologiche affidabili.
- 5) Individuazione dei soggetti a rischio di conversione a DNCm sui quali concentrare le strategie preventive

Aree territoriali interessate e trasferibilità delle soluzioni e degli interventi proposti

Le azioni previste nell'attività progettuale coinvolgeranno l'intero territorio regionale attraverso il coinvolgimento delle Strutture Distrettuali ed Ospedaliere aziendali. **La gran parte delle soluzioni e degli interventi proposti sono di facile implementazione, non essendo ancorate a vincoli territoriali e mostrando basi ampiamente condivisibili in tutte le realtà di CDCD, e possono essere mantenute nel tempo anche dopo la fine del progetto. Il contributo maggiore sarà quello di ridurre al minimo le discrepanze e le disomogeneità nell'approccio diagnostico-terapeutico-assistenziale al paziente con DNCI/MCI su tutto il territorio molisano, ma anche in altre regioni. Inoltre, nel rispetto della privacy e delle normative vigenti, il database raccolto verrà condiviso con altre realtà nazionali allo scopo di sviluppare e implementare semplici strumenti di valutazione del rischio cognitivo che possono essere facilmente trasferite alla pratica clinica. Ancora, quanto proposto per i pazienti con DNCI/MCI può essere trasferito anche alla gestione dei pazienti con DNCm, migliorandone in egual misura l'approccio diagnostico-terapeutico-assistenziale.**

Bibliografia

1. Alzheimer's Association. 2022 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement.* 2022; 18(4):700-789.
2. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, Huppert FA. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(3):530-4.
3. Day GS. Reversible Dementias. *Continuum (Minneap Minn).* 2019;25(1):234-253.
4. Gauthier S, Rosa-Neto P, Morais JA, & Webster C. 2021. World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia. London, England: Alzheimer's Disease International.
5. Helvik AS, Engedal K, Šaltytė Benth J, Selbæk G. Time from Symptom Debut to Dementia Assessment by the Specialist Healthcare Service in Norway. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2018;8(1):117-127.
6. Licher S, Yilmaz P, Leening MJG, Wolters FJ, Vernooij MW, Stephan BCM, Ikram MK, Ikram MA. External validation of four dementia prediction models for use in the general community-dwelling population: a comparative analysis from the Rotterdam Study. *Eur J Epidemiol.* 2018;33(7):645-655.
7. Little MO. Reversible Dementias. *Clin Geriatr Med.* 2018 Nov;34(4):537-562.
8. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, Brayne C, Burns A, Cohen-Mansfield J, Cooper C, Costafreda SG, Dias A, Fox N, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Kivimäki M, Larson EB, Ogunniyi A, Orgeta V, Ritchie K, Rockwood K, Sampson EL, Samus Q, Schneider LS, Selbæk G, Teri L, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet.* 2020;396(10248):413-446.
9. Pirani A, Brodaty H, Martini E, Zaccherini D, Neviani F, Neri M. The validation of the Italian version of the GPCOG (GPCOG-It): a contribution to cross-national implementation of a screening test for dementia in general practice. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(1):82-90.
10. Walters K, Hardoon S, Petersen I, Iliffe S, Omar RZ, Nazareth I, Rait G. Predicting dementia risk in primary care: development and validation of the Dementia Risk Score using routinely collected data. *BMC Med.* 2016; 14:6.

Allegato 2

DESCRIZIONE LINEE ATTIVITA' (OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI)

(Il numero di obiettivi generali corrisponde al numero di aree progettuali identificate)

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

Il DNCI/MCI è una condizione patologica ad alto rischio di evoluzione verso una demenza, ma ancora poco conosciuta dai MMG e da altri operatori sanitari. L'individuazione precoce di pazienti con DNCI/MCI e la loro presa in carico possono consentire efficaci azioni di prevenzione, specie nei soggetti ad alto rischio di conversione a demenza. Inoltre, questi pazienti potrebbero essere sottoposti alle terapie "disease modifying" in corso di sperimentazione e che potrebbero essere licenziate nei prossimi anni. Il presente piano ha come obiettivo generale quello di potenziare la diagnosi precoce di MCI, attraverso le seguenti azioni: il coinvolgimento dei MMG che saranno invitati a individuare e inviare tempestivamente i loro assistiti con MCI ai CDCD, il potenziamento del CDCD presente sul territorio molisano e l'istituzione di un nuovo CDCD, la raccolta di tutte le informazioni anamnestico-clinico-strumentali attraverso una cartella clinica informatizzata e la presa in carico del paziente con MCI, la standardizzazione di un protocollo diagnostico per la diagnosi di MCI condiviso dai CDCD e, in collaborazione con le regioni dell'area progettuale 1, lo sviluppo di una nuova carta di rischio cognitivo per la pratica clinica.

Evidenze

- 1) Scarsa conoscenza del DNCI/MCI da parte dei MMG e di altri operatori sanitari.
- 2) Mancanza di una cartella clinica informatizzata dedicata ai disordini cognitivi.
- 3) Assenza di un minimum dataset per ciascun paziente con MCI.
- 4) Assenza di un protocollo diagnostico per MCI standardizzato e condiviso.
- 5) Mancato uso delle carte di rischio cognitivo per cercare di individuare i soggetti a rischio di conversione a DNCm.
- 6) Assenza di presa in carico dei pazienti con MCI e trattamento dei fattori di rischio modificabili.

Target

Soggetti con sospetto MCI inviati ai CDCD molisani.

Setting

CDCD molisani, ambulatori specialistici dell'ASReM, Ospedale Cardarelli di Campobasso, Università del Molise.

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Coinvolgimento e sensibilizzazione dei MMG verso il DNCI/MCI e invito a inviare tempestivamente gli assistiti con sospetto DNCI/MCI ai CDCD regionali

Attività previste

Realizzazione di eventi formativi ECM per MMG e altri operatori sanitari coinvolti nella gestione dei pazienti con demenza, in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) e gli Ordini dei Medici di Campobasso e Isernia. I MMG verranno invitati: ad utilizzare la GPCog come strumento di valutazione del deterioramento cognitivo e alcuni semplici strumenti per la diagnosi di disturbo depressivo; ad inviare rapidamente gli assistiti con sospetto MCI ai CDCD; e a condividere con questi ultimi, preferibilmente per via telematica, le informazioni anamnestiche, cliniche, laboratoristiche e strumentali dei pazienti inviati.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Potenziamento del CDCD di Campobasso e istituzione di un nuovo CDCD a Isernia.

Attività previste

Assunzione a tempo determinato, preferibilmente attraverso borse di studio e/o assegni di ricerca, di alcune

figure professionali (2 medici, 3 neuropsicologi e 1 infermiere) e acquisto di tablet e/o PC per la raccolta delle informazioni e di materiale per i vari test neuropsicologici. Inoltre, nell'organizzazione delle attività da svolgere presso il CDCD di Campobasso e il costituendo CDCD di Isernia, verranno coinvolte le associazioni per malati di Alzheimer operanti sul territorio.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Raccolta delle informazioni anamnestico-clinico-strumentali attraverso la cartella clinica informatizzata della Regione Lazio.

Attività previste

Raccolta dei dati anamnestici, clinici, neuropsicologici, neuroradiologici e laboratoristici al fine di costituire un minimum dataset, che tenga conto dei fattori di rischio cognitivo, attraverso l'implementazione e le opportune modifiche della cartella informatizzata della Regione Lazio. Il minimum dataset sarà concordato e uniformato dai responsabili delle regioni che hanno deciso di collaborare nell'ambito dell'area progettuale 1, in modo da rendere omogenei e facilmente confrontabili i dati raccolti.

OBIETTIVO SPECIFICO 4: Standardizzazione e condivisione di un protocollo per la diagnosi di DNCI/MCI.

Attività previste

Diagnosi di MCI secondo protocolli condivisi e standardizzati, presa in carico del paziente e costituzione di un registro di pazienti con DNCI/MCI. Particolare attenzione verrà dedicata alla ricerca di eventuali cause reversibili di demenza con un protocollo diagnostico che prevedrà, a seconda dei casi, indagini di primo livello seguite, se necessario, da indagini di II e/o III livello, secondo un diagramma di flusso che verrà periodicamente rivisto allo scopo di rendere il più ottimale possibile il rapporto costi/benefici.

OBIETTIVO SPECIFICO 5: Individuazione dei soggetti a rischio di conversione e sviluppo di una nuova carta di rischio cognitivo per la pratica clinica.

Attività previste

Individuazione attraverso la DRS, una delle carte di rischio cognitivo validate, i soggetti con DNCI/MCI a rischio di conversione a DNCm, sui quali intraprendere un percorso di trattamento e prevenzione personalizzati. Nel contempo, in collaborazione con le regioni dell'area progettuale 1, si getteranno le basi per lo sviluppo di una nuova carta del rischio cognitivo che possa superare le limitazioni delle carte ad oggi pubblicate. A tale scopo, verrà utilizzato il minimum dataset concordato (vedi file Excel allegato) che sarà applicato in maniera retrospettiva sulla popolazione dei pazienti già valutata presso il CDCD e in maniera prospettica sui nuovi pazienti esaminati.

REFERENTI UNITA' OPERATIVE		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
ASReM (CDCD di Campobasso, costituendo CDCD di Isernia, Presidio Ospedaliero A. Cardarelli di Campobasso)	Dott. Evelina Gollo (Direttore Sanitario ASReM)	<ul style="list-style-type: none"> - raccolta delle informazioni cliniche mediante cartella elettronica. - diagnosi di MCI mediante protocolli condivisi standardizzati. - presa in carico del paziente e definizione del percorso di prevenzione. - ricovero per eventuali ulteriori indagini quali rachicentesi diagnostica. - accertamenti diagnostici in regime ambulatoriale.
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
Università del Molise	Prof. Alfonso Di Costanzo	<ul style="list-style-type: none"> - reclutamento delle figure professionali necessarie mediante borse di studio e/o assegni di ricerca. - raccolta ed analisi di tutte le informazioni anamnestico-clinico-strumentali. - condivisione dei dati raccolti con le altre Regioni dell'areaprogettuale 1.

Allegato 3

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

OBIETTIVO GENERALE 1: Potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo (DNC) minore/(Mild Cognitive Impairment - MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie.

Risultato/i atteso/i: aumento delle diagnosi di DNCI/MCI.

Indicatore di risultato: numeratore/denominatore: numero di nuove visite effettuate mensilmente nei CDCD / numero medio delle visite effettuate mensilmente nel 2021.

Fonte di verifica: cartella clinica informatizzata e registro dei pazienti con MCI.

Standard di risultato: incremento del 30% di nuove diagnosi di MCI.

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Coinvolgimento e sensibilizzazione dei MMG verso il DNCI/MCI e invito a inviare tempestivamente gli assistiti con sospetto DNCI/MCI ai CDCD regionali.

Risultato/i atteso/i: partecipazione attiva dei MMG ed altri operatori sanitari agli eventi ECM di sensibilizzazione/formazione in tema di MCI; numero di pazienti MCI inviati ai CDCD.

Indicatore di risultato: numeratore/denominatore: numero di partecipanti agli eventi/numero totale degli operatori contattati.

Fonte di verifica: attestati di partecipazione, locandine degli eventi ECM.

Standard di risultato: partecipazione del 20% degli operatori contattati.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Potenziamento del CDCD di Campobasso e istituzione di un nuovo CDCD a Isernia.

Risultato/i atteso/i: incremento del personale in servizio presso il CDCD di Campobasso e creazione di un nuovo CDCD a Isernia.

Indicatore di risultato: numeratore/denominatore: personale in servizio presso i CDCD dopo le procedure di assunzione/personale in servizio nel 2021.

Fonte di verifica: pubblicazione ed espletamento delle procedure concorsuali.

Standard di risultato: incremento del 60 % del personale addetto ai CDCD

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Raccolta delle informazioni anamnestico-clinico-strumentali attraverso la cartella clinica informatizzata della Regione Lazio e presa in carico del paziente con MCI.

Risultato/i atteso/i: Incremento delle cartelle informatizzate e progressiva riduzione del formato cartaceo.

Indicatore di risultato: numeratore/denominatore: numero di cartelle informatizzate dopo l'avvio del progetto/numero di cartelle cartacee nel 2021.

Fonte di verifica: cartella clinica informatizzata e registro dei pazienti con MCI.

Standard di risultato: incremento del 30 % delle cartelle informatizzate.

OBIETTIVO SPECIFICO 4: Standardizzazione e condivisione di un protocollo per la diagnosi di MCI.

Risultato/i atteso/i: incremento delle diagnosi di DNCI/MCI secondo il protocollo condiviso.

Indicatore di risultato: numeratore/denominatore: numero di nuove diagnosi di MCI/numero delle diagnosi di MCI effettuate nel 2021.

Fonte di verifica: cartella clinica informatizzata e registro dei pazienti con MCI.

Standard di risultato: incremento del 30 % delle diagnosi di DNCI/MCI.

OBIETTIVO SPECIFICO 5: Individuazione dei soggetti a rischio di conversione e sviluppo di una nuova carta di rischio cognitivo per la pratica clinica.

Risultato/i atteso/i: Incremento dei pazienti sottoposti a programmi di prevenzione.

Indicatore di risultato: numeratore/denominatore: numero di pazienti con MCI presi in carico dopo l'avvio del progetto/numero di pazienti presi in carico nel 2021.

Fonte di verifica: cartella clinica informatizzata e registro dei pazienti con MCI.

Standard di risultato: incremento del 30 % di pazienti con MCI presi in carico.

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

	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Obiettivo specifico 1	Programmazione degli eventi ECM	X	X																						
	Erogazione degli eventi ECM			X	X																				
	Invio da parte dei MMG degli assistiti con sospetto MCI					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Obiettivo specifico 2	Avvio delle procedure di attivazione delle borse di studio e/o assegni di ricerca	X	X	X																					
	Espletamento delle prove concorsuali				X																				
	Assunzione del personale e inizio delle attività presso i CDCD				X	X																			
	Avvio delle procedure di attivazione per l'acquisto di tablet e/o PC e di materiali per i test	X	X	X																					
	Acquisto di tablet e/o PC e di materiali per i test			X	X																				
Obiettivo specifico 3	Implementazione ed eventuali modifiche della cartella informatizzata		X	X																					
	Raccolta dei dati clinici e strumentali				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Analisi dei dati raccolti																						X	X	

Allegato 4

PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1 (ASReM)		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale -	-	-
Beni - Tablet e/o PC - Materiali per test - Materiali di consumo	- Implementazione della cartella elettronica - Somministrazione dei test	- 20.000
Servizi - Organizzazione di eventi formativi - Implementazione della cartella elettronica - Organizzazione di attività varie (es. musicoterapia, teatroterapia, terapia occupazionale, ecc.)	- Eventi di informazione/sensibilizzazione di MMG e altri operatori sanitari - Eliminazione del cartaceo; realizzazione del registro pazienti. - Erogazione di attività per i pazienti afferenti ai CDCD	- 77.000
Missioni - Spese di trasferta	- Riunioni/convegni dedicati	- 2.000
Spese generali - Cancelleria - Utenze	- -	- 9.000

Unità Operativa 2 (Università del Molise)		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale -2 medici -3 neuropsicologi -1 infermiere	- Potenziamento del CDCD di Campobasso - Istituzione del CDCD a Isernia	- 104.000
Beni - Materiali di consumo - Kit per dosaggio di biomarcatori	- Acquisto di reattivi e altro materiale di consumo per analisi non effettuate di routine presso il Laboratorio Analisi Cardarelli.	- 40.000
Servizi - Servizi di laboratorio esterni	- Esecuzione di analisi non effettuate presso il Laboratorio Analisi Cardarelli.	- 60.000
Missioni - Spese di trasferta	- Riunioni/convegni dedicati	- 1.000
Spese generali - Cancelleria	-	- 1.895,12

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
Personale* -2 medici -3 neuropsicologi -1 infermiere	104.000
Beni - Tablet e/o PC - Materiali per test - Kit per dosaggio di biomarcatori	60.000
Servizi - Organizzazione di eventi formativi - Implementazione della cartella elettronica - Servizi di laboratorio esterni - Organizzazione di attività varie presso i CDCD (es. musicoterapia, teatroterapia, terapia occupazionale, ecc.)	137.000
Missioni - Spese di trasferta	3.000
Spese generali - Cancelleria - Utenze	10.895,12
Totale	314.895,12

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