

**TITOLO DELLO STUDIO:**

**Domicilio 2.0 a supporto dell'anziano con demenza e del suo caregiver**  
**Valutazione di efficacia e dell'impatto sociale dell'impiego di tecnologie e**  
**adattamenti ambientali nel domicilio**

**Promotore**

Fondazione Asphi Onlus Bologna via Zamboni 8 40126 Bologna

**Responsabile dello studio**

Cristina Manfredini Fondazione Asphi Onlus Bologna

**Principali sperimentatori**

Maria Lia Lunardelli Centro dei Disturbi cognitivi e delle Demenze Azienda Ospedaliera Policlinico Sant'Orsola

Elisa Ferriani UOC Psicologia Ospedaliera (Osp. Bellaria, AUSL di Bologna)

**Comitato Scientifico**

- Laura Nota - Università di Padova, Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)
- Maria Lia Lunardelli - Centro dei Disturbi Cognitivi e delle Demenze Policlinico Sant'Orsola
- Maria Macchiarulo - Centro dei Disturbi Cognitivi e delle Demenze Policlinico Sant'Orsola
- Simona Linarello - Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze Distretto Città di Bologna
- Antonella Tempestini - Centro Disturbi Cognitivi e Demenze Distretto Città di Bologna
- Elisa Ferriani - UOC Psicologia Ospedaliera (Osp. Bellaria, AUSL di Bologna)

**Centri partecipanti**

- Centro dei disturbi cognitivi e delle demenze Policlinico Sant'Orsola
- UOC Psicologia Ospedaliera (Osp. Bellaria, AUSL di Bologna), Centro per i disturbi cognitivi e demenze Distretto Città di Bologna

**Centri collaboratori**

- Servizi a domicilio e Meeting Center Margherita di ASP Bologna (Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Città di Bologna) - Irene Bruno
- Servizi a domicilio Meeting Center Calderino ASC Insieme (Azienda Servizi per la Cittadinanza - Azienda speciale Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia) - Michele Peri
- Università di Padova, Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA) - Laura Nota

## Indice

<b>Introduzione</b>	<i>pag 3</i>
<b>Obiettivi dello studio</b>	<i>pag 4</i>
- Obiettivi generali	
- Obiettivi specifici	
<b>Disegno dello studio</b>	<i>pag 6</i>
- Popolazione	
- Setting e interventi	
- Criteri di inclusione	
- Criteri di esclusione	
- Strumenti di valutazione	
<b>Raccolta dati</b>	<i>pag 10</i>
<b>Aspetti statistici</b>	<i>pag 11</i>
<b>Aspetti etici</b>	<i>pag 11</i>
<b>Bibliografia</b>	<i>pag 14</i>
<b>Allegati</b>	<i>pag 15</i>

## Introduzione

La Fondazione Asphi onlus opera da quasi quarant'anni sul territorio nazionale usando le tecnologie digitali per l'inclusione delle persone con disabilità nella scuola, nel mondo del lavoro e nella vita sociale. La profonda conoscenza di deficit funzionali anche complessi e di possibili ausili maturata in questi anni, ci ha permesso di trasferire l'esperienza in contesti con anziani fragili o non autosufficienti: dal 2011 abbiamo svolto numerose attività presso strutture residenziali o semiresidenziali per anziani. Gli interventi hanno fatto leva su tecnologie e ausili digitali, adeguatamente personalizzati, come strumenti di supporto al mantenimento delle abilità residue (sia di autonomia personale che di mobilità e relazione) e alla stimolazione della memoria e dell'attenzione, dell'autostima, dei desideri, delle capacità relazionali e di partecipazione. La risposta degli anziani all'introduzione delle tecnologie digitali è stata molto significativa: alla attesa diffidenza verso uno strumento per loro nuovo, si è presto sostituita la curiosità per quegli oggetti visti nelle mani dei nipoti e il piacere e l'orgoglio di saperli usare. Anche i giochi di stimolazione cognitiva, molto più piacevoli e stimolanti rispetto agli analoghi svolti con carta e matita, sono risultati molto graditi ed efficaci. In alcuni contesti sono stati sperimentati giochi multimediali e interattivi per la riabilitazione e il benessere neuromotorio, attraverso l'utilizzo di sensori per la lettura del movimento. I buoni risultati raggiunti<sup>1</sup> in strutture residenziali per anziani e centri diurni ci hanno incoraggiato a portare l'esperienza maturata anche in contesti di domicilio, con riscontri positivi (azioni svolte nell'ambito di programmi aziendali di welfare). Il portare la tecnologia nel domicilio aggiunge, a quelli già descritti, due vantaggi:

1. una maggiore personalizzazione rispetto alle esigenze e preferenze dell'utente
2. una maggiore continuità d'uso degli strumenti, con conseguente migliore efficacia degli esercizi proposti

Secondo dati del Ministero della Salute (Fonte "Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze"), la demenza è in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita dal Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di Alzheimer Disease International una priorità mondiale di salute pubblica, che richiede programmi a livello internazionale, nazionale, regionale e locale. Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età e, in una società che invecchia, l'impatto del fenomeno si preannuncia di dimensioni allarmanti. La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa dell'8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% dopo gli ottanta anni. In Italia, nel 2015, gli

---

<sup>1</sup> Vedi nei documenti allegati le tesi e presentazioni di progetti specializzati

ultrasessantacinquenni sono 13,4 milioni, il 22% del totale. La simultanea presenza di una elevata quota di persone di 65 anni e oltre e di una bassa quota di popolazione al di sotto dei 15 anni colloca il nostro Paese tra i più vecchi del mondo, insieme a Giappone e Germania. In Italia, il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre un milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari, con impattanti conseguenze anche sul piano economico e organizzativo.

Si intende perciò avviare una sperimentazione sul territorio di Bologna che coinvolga anziani con demenza lieve o moderata, residenti nel proprio domicilio, insieme ai loro caregiver di riferimento e in stretta collaborazione con alcuni enti di cura e assistenza, con l'obiettivo di svolgere un intervento sistematico, soggetto a misurazione scientifica dei risultati, così da delineare un modello replicabile su altri territori, regionali e nazionali. Il modello intende verificare il beneficio portato alla qualità di vita della coppia anziano-caregiver, nel domicilio e nel contesto di riferimento, dalla messa in campo di piccoli ausili, adattamenti domestici non invasivi, tecnologie digitali d'uso comune, a costo contenuto e facili all'uso. Inoltre si darà attenzione alla valutazione dell'impatto sociale, coinvolgendo per questo i beneficiari secondari, operatori socio sanitari, volontari, esperti in tecnologie per l'autonomia, familiari e amici della "coppia anziano caregiver".

## **Obiettivi dello studio**

### **Obiettivo generale**

Lo studio oggetto persegue l'obiettivo di contribuire al **miglioramento delle autonomie e della qualità di vita delle persone affette da demenza lieve e moderata e dei loro caregiver quotidiani, favorendo la permanenza nel contesto familiare;** ciò grazie all'inserimento nel modello di cura a domicilio e nei servizi, di conoscenze e competenze sulla personalizzazione di tecnologie d'uso comune e ausili, da usare come strumenti per il mantenimento di interessi e relazioni e come sostegno alle attività e autonomie quotidiane.

Lo studio intende valutare l'efficacia e l'impatto sociale di tale intervento, così da poter poi delineare un modello replicabile su altri territori regionali e nazionali, avendo a disposizione percorsi validati scientificamente. La diffusione del modello, supportata da strumenti di divulgazione operati da Asphi e dagli enti coinvolti (convegni, materiale documentativo, indicazioni per la ripetibilità, servizi di formazione e supporto) potrà consentire l'adozione di nuovi strumenti

e strategie nell'ambito dei percorsi di cura già in essere, migliorando la qualità di vita di persone anziane con demenza lieve e moderata e dei loro caregiver.

Anche se non oggetto di misurazione in questo studio riteniamo che per gli operatori del settore l'inserimento di strumenti di supporto nelle attività quotidiane, agisca su aspetti di motivazione e di crescita professionale. Inoltre si auspica l'interesse e l'attenzione per la replicabilità dell'esperienza, da parte di chi gestisce i servizi, dovendo considerare l'attuale cambiamento sociale, verso un utilizzo del digitale che permea le nostre vite e professioni.

### **Obiettivi Specifici**

Gli obiettivi che con la sperimentazione ci si prefigge di analizzare andando a rilevarne il grado di miglioramento sono:

#### **Per la persona anziana:**

- mantenimento / miglioramento del quadro cognitivo misurato con la valutazione neuropsicologica completa (MMSE, BDM, TMT, FAB)
- miglioramento del tono dell'umore (misuratore: GDS)
- diminuzione dei disturbi del comportamento (es. irritabilità, depressione, stati di agitazione, ecc) - NPI e relativa prescrizione dei farmaci per tali disturbi
- mantenimento / miglioramento delle abilità funzionali di base e strumentali (ADL, IADL)

#### **Per il caregiver:**

- migliore qualità di vita - Quality of Life Scale. QdV
- miglior tono dell'umore (BDI, STAI II)
- calo del distress del caregiver e alleggerimento del carico assistenziale (NPI parte per il caregiver, CBI)

**Verrà anche indagato l'impatto sociale**, con riferimento all'anziano, al maincaregiver e agli altri familiari, indagando le seguenti dimensioni:

#### **Per la persona anziana:**

- Percezione di barriere e supporti alla vita partecipazione sociale e lavorativa
- Qualità della vita e senso dato alla propria vita e al contesto socio-economico

#### **Per il caregiver e altri familiari:**

- Percezione di barriere e supporti alla vita partecipazione sociale e lavorativa
- Qualità della vita e senso dato alla propria vita e al contesto socio-economico

- Percezione di partecipazione alla costruzione di contesti inclusivi
- Aspirazioni nei confronti del proprio futuro professionale
- Percezione di vantaggi/criticità e livello di soddisfazione associati al progetto

Lo studio di impatto sociale sarà svolto dall'equipe della prof. Laura Nota, che utilizza un approccio centrato sull'inclusione, i diritti umani e le capability.

## Disegno dello studio

Si tratta di uno studio interventistico non farmacologico a domicilio, che coinvolge pazienti con diagnosi di demenza lieve o moderata, valutati presso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze del Policlinico Sant'Orsola e presso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze del Distretto Città di Bologna. **L'intervento che coinvolge i pazienti insieme ai loro caregiver nel domicilio, consiste nell'impiego di tecnologie d'uso comune, ausili e semplici adattamenti ambientali.** Tecnologie e adattamenti ambientali vengono individuati e personalizzati in base ai limiti funzionali, al quadro cognitivo e comportamentale emerso alla valutazione di baseline e agli obiettivi di mantenimento / miglioramento degli aspetti considerati (autonomia e funzionamento nel quotidiano, quadro cognitivo, comportamentale ed emotivo, relazione con il caregiver).

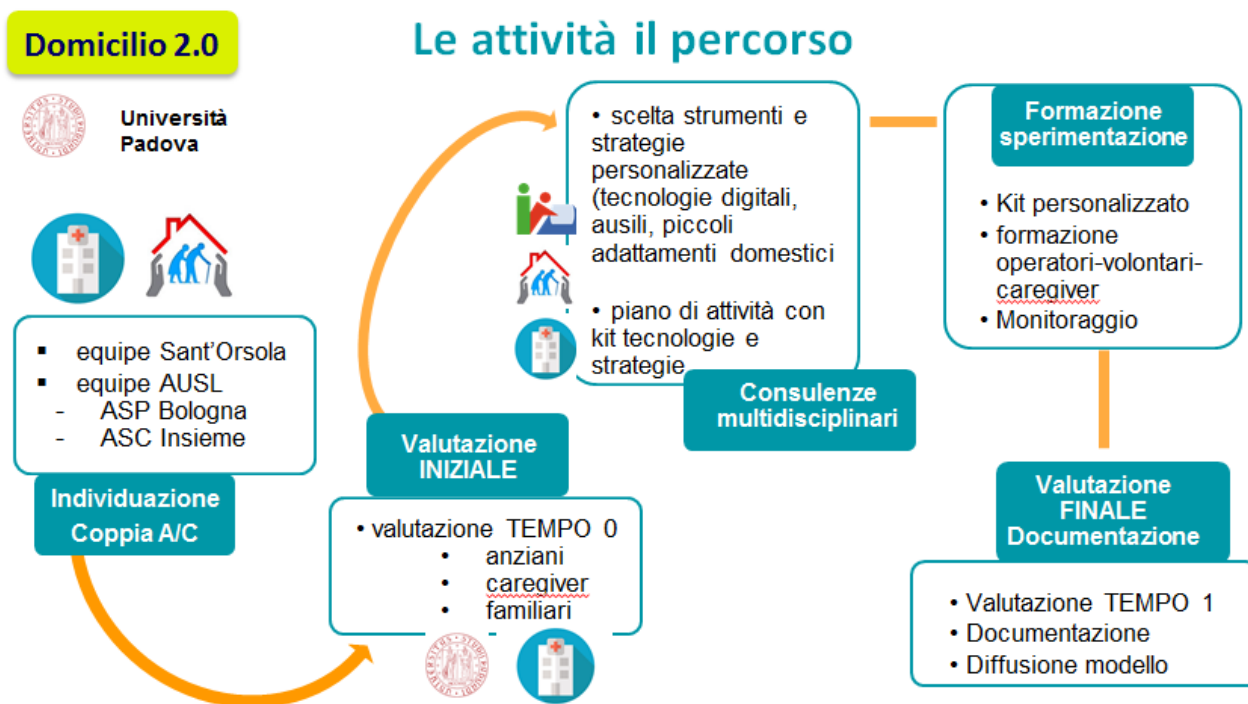
Lo studio intende coinvolgere 40 coppie di pazienti e caregiver, che in seguito ad una consulenza multidisciplinare verranno dotati di kit tecnologici e formati e supportati nell'uso. La sperimentazione degli strumenti e degli adattamenti ambientali durerà 6 mesi, è previsto in questo periodo un monitoraggio (con un diario della sperimentazione precedentemente definito) da parte degli operatori di ASP Bologna e ASC Insieme e volontari (precedentemente formati). I kit tecnologici, il supporto e il monitoraggio sono gratuiti per i partecipanti allo studio e sono forniti da Asphi grazie al finanziamento di banca Intesa San Paolo.

Le tecnologie da inserire nei kit individuali verranno scelte nell'ambito di un insieme che Asphi ha già sperimentato; in allegato viene fornita una panoramica esemplificativa (*Domicilio 2.0 tipologie di tecnologie*) dei tipi di tecnologie e adattamenti ambientali, che si intende utilizzare nello studio, di seguito alcuni esempi:

- **Tecnologie d'uso comune accessibili e personalizzabili:** telefoni semplificati amplificati, applicazioni per personalizzare l'interfaccia dello smartphone, portapillole con promemoria, orologi e applicazioni programmabili con promemoria, amplificatori, ingranditori, sensoristica di localizzazione in interni e geolocalizzazione in esterno, assistenti vocali, applicazioni o software personalizzabili per il mantenimento cognitivo e di

supporto alla memoria come agende e diari digitali, sistemi per l'accessibilità allo smartphone e tablet ecc.

- **Ausili anche prescrivibili dal sistema sanitario nazionale:** sistemi di amplificazione o ingrandimento, comunicatori alfabetici o simbolici (tradizionali o digitali).
- **Adattamenti ambientali di semplice realizzazione a domicilio:** semplificazione



dell'ambiente, etichettatura di oggetti e ambienti (approccio della Comunicazione Aumentativa Alternativa), uso dei contrasti di colore, promemoria giornalieri in punti strategici della casa , ecc.

Asphi come Centro Ausili della rete nazionale, ha competenza in ambito di ausili prescrivibili e in percorsi di valutazione. In parallelo la ricerca-azione di Asphi guarda al mondo delle tecnologie in commercio e gratuite, cercando soluzioni personalizzabili e sostenibili.

## Popolazione

Lo studio sarà condotto su persone con diagnosi di demenza lieve o moderata, coinvolgendo da un lato il Centro dei Disturbi cognitivi e delle Demenze del Policlinico Sant'Orsola e il Meeting Center di ASP Bologna, dall'altro il Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze del Distretto Città di Bologna e il Meeting Center gestito da ASC Insieme. I due "poli territoriali" coprono aree abitative con caratteristiche diverse, la prima è urbana, mentre l'altra aggrega comuni più rurali.

La sperimentazione verrà svolta su 40 coppie, ciascuna formata da un anziano e dal caregiver di riferimento, suddivise fra i due “poli territoriali”. Verranno altresì coinvolti ulteriori familiari (2 per anziano) ai fini dello studio dell’impatto sociale.

### **Setting e interventi**

Le coppie “paziente + caregiver” da coinvolgere nella sperimentazione saranno individuate dalle equipe dei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze di Sant’Orsola e Distretto Città di Bologna, in collaborazione con gli operatori di ASP Bologna e ASC Insieme, tra quelle che già sono seguite in setting ambulatoriale. A seguito dell’informazione e dell’ottenimento del consenso informato a partecipare allo studio, alle coppie saranno somministrati gli strumenti concordati al tempo T0 (giorno dell’arruolamento). Seguirà una seduta di consulenza con una equipe multidisciplinare, costituita da psicologo, pedagogista o educatore, operatore socio sanitario e tecnico esperto in ausili e strumenti per la qualità di vita, per individuare il kit strumentale e il percorso di attività da fornire alla coppia paziente + caregiver, per l’uso a domicilio.

Durante il periodo di sperimentazione della durata di 6 mesi la coppia anziano + caregiver continuerà a frequentare il Meeting Center, se d’abitudine e con la medesima frequenza. In tutti i casi riceverà a casa due volte al mese la visita da parte di operatori di ASC/ASP, oltre a visite da parte dei volontari di alcune associazioni. ASPHI, che fornisce un supporto di secondo livello, potrà intervenire in alcuni casi se necessario un supporto tecnico sugli strumenti. Le visite di operatori professionali e volontari sono mirate inizialmente ad addestrate all’uso del kit strumentale fornito e delle strategie correlate e risolvere eventuali difficoltà, in seguito a monitorare l’uso, fornire suggerimenti, documentare e redigere un diario delle attività.

Al tempo T1, ovvero dopo 6 mesi, verranno somministrati i medesimi strumenti della baseline.

Al tempo T0 e T1 verranno somministrati strumenti qualitativi e quantitativi volti all’analisi dell’impatto sociale.

### **Criteri di inclusione**

- Persone con diagnosi di demenza lieve e moderata (MMSE: 18 - 26)
- Eventuali disturbi del tono dell’umore (spettro ansia – depressione), disturbi della condotta (affaccendamento, wandering, ecc)
- Deve esserci un caregiver di riferimento presente e motivato
- Ottenimento del consenso informato.



## **Criteri di esclusione**

- Presenza di disturbi del comportamento gravi inerenti prevalentemente la sfera psichica (deliri, allucinazione, aggressività, ecc)
- Pregressi disturbi psichiatrici
- Comorbidità con altri disturbi neurologici
- Caregiver non disponibile

## **Strumenti di valutazione**

### **Per il paziente**

- 1) Valutazione neuropsicologica completa:
  - Mini Mental State Examination - MMSE (Folstein M.F., Folstein S., McHugh P.R., 1975) è un test di screening generale sulle abilità cognitive
  - Mental Deterioration Battery – MDB (Carlesimo et al., 1995; Caltagirone et al., 1989; Gainotti et al., 1980; Caltagirone et al, 1979) valuta: memoria verbale e visuo-spaziale, ragionamento logico concettuale, linguaggio, funzioni esecutive, prassia costruttiva
  - Trail Making Test – TMT (Reitan, 1958; Giovagnoli et al., 1996) valuta l'attenzione visiva selettiva ed alternata
  - Frontal Assesment Battery – FAB (Apollonio et al., 2005) valuta le funzioni esecutive
- 2) Misurazione del tono dell'umore: Geriatric Depression Scale – GDS (Yesavage JA, Rose TL, Lum O, Huang V, et al.; 1983)
- 3) Misurazione dei disturbi del comportamento: UCLA Neuropsychiatric Inventory (Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosemberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbei J, 1994)
- 4) Misurazione abilità funzionali di base (ATTIVITA' DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA - BADL (Katz S, Ford AB et al, 1963) e strumentali (ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA – IADL (Lawton M.P. e Brody E.M., 1969)

### **Per il caregiver**

- 1) Tono dell'umore: Beck Depression Inventory – BDI (AT Beck, 1967) valuta la presenza di depressione e State Trait Anxiety Inventory - STAI II (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) valuta l'ansia di tratto
- 2) Calo del distress del caregiver e alleggerimento del carico assistenziale: UCLA Neuropsychiatric Inventory – NPI parte per il caregiver (Cummings JL, Mega M, Gray K,

Rosemberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbei J 1994) e e Caregiver Burden Inventory – CBI (Novak M. e Guest C., 1989)

**Per la valutazione dell’Impatto sociale diverse procedure e strumenti di tipo quantitativo e qualitativo saranno utilizzati al fine di analizzare:**

- 1) la percezione di barriere e supporti alla vita indipendente e alla partecipazione sociale delle persone coinvolte (es. “Intervista barriere e Supporti” di Nota & Soresi, in press; “Intervista sul Coraggio” di Di Maggio et al., 2019)
- 2) i livelli di qualità e soddisfazione di vita delle persone coinvolte (es. QdV -Questionario sulla Qualità della Vita; Soresi & Nota, 2007)
- 3) la percezione di partecipazione alla costruzione di contesti inclusivi e le aspirazioni nei confronti del proprio futuro professionale (es. Intervista sul futuro, Di Maggio et al., (in press).
- 4) la percezione di vantaggi/criticità e livello di soddisfazione associati al progetto (es. Intervista validità sociale di Ginevra et a., 2017)

## **Raccolta dati**

I dati verranno raccolti in forma pseudononimizzata al fine di poter predisporre una relazione personalizzata per ogni partecipante finalizzata a far emergere i punti di forza a vantaggio del proprio futuro. Tale relazione sarà vincolata al segreto professionale e i dati personali raccolti verranno archiviati elettronicamente e saranno utilizzati esclusivamente per la stesura della relazione personalizzata e saranno vincolati al segreto professionale.

Per quel che riguarda la raccolta dati finalizzata agli obiettivi del progetto, i dati saranno utilizzati in forma anonima ed aggregata, in modo da non poter risalire ai singoli/alle singole partecipanti. Pertanto, i nomi dei/delle partecipanti che hanno preso parte alla ricerca non verranno mai divulgati, né verranno fornite informazioni che potrebbero consentirne l'identificazione. Inoltre sarà realizzata una documentazione digitale con foto e video per la racconta di esperienze e testimonianze.

## **Aspetti statistici**

Considerando gli scopi dello studio, saranno condotte diverse analisi qualitative (Consensual qualitative analyses; Spangler et al., 2012) e quantitative (General Lineal Model Analysis). Nello specifico, procedure di analisi qualitative basate sulla Consensual qualitative analyses verranno condotte al fine di indagare i temi principali sottostanti le narrazioni dei partecipanti coinvolti nello studio. Procedure di tipo quantitativo (General Lineal Model Analysis) verranno invece

condotte al fine di verificare la presenza di differenze significative nelle dimensioni oggetto di indagine associate al tempo, al gruppo e alla tipologia di partecipanti. L'analisi dei dati clinici e rispetto l'impatto sociale sarà realizzata dalla **Prof.ssa Laura Nota dell'Università di Padova**.

## **Aspetti etici**

### **Dichiarazione di Helsinki.**

La versione attuale della Dichiarazione di Helsinki (2013) è di riferimento per gli aspetti etici di questo studio interventistico non farmacologico a domicilio e sarà rispettata da tutti coloro che sono impegnati in questa ricerca.

### **Responsabilità dello sperimentatore**

Ogni Centro Sperimentatore è responsabile della conduzione dello studio in accordo con le attuali linee guida ICH/GCP di buona pratica clinica, che rappresentano lo standard internazionale di qualità per la progettazione, la conduzione e la divulgazione degli studi che coinvolgono soggetti umani. L'aderenza a questi standard garantisce che i diritti, la sicurezza e il benessere dei soggetti coinvolti nello studio siano salvaguardati, e che i dati ottenuti dallo studio siano credibili.

### **Comitato Etico**

Il protocollo, il consenso informato e qualsiasi altro materiale di accompagnamento fornito al paziente saranno sottoposti alla revisione da parte dei componenti del Comitato Etico (CE). L'approvazione da parte del CE deve essere ottenuta prima di iniziare lo studio. La relazione di approvazione del CE deve contenere i dettagli dello studio (titolo, numero di protocollo e la versione), i documenti valutati (protocollo, materiale, consenso informato) e la data di approvazione.

### **Deviazioni dal protocollo e demendamenti**

Gli allegati al presente protocollo costituiscono parte integrante dello stesso. Gli investigatori non potranno fare modifiche al protocollo dopo l'approvazione del Comitato Etico. Qualsiasi cambiamento dovrà essere concordato con il Responsabile scientifico dello studio e sarà oggetto di emendamento, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

## **Informazioni al paziente e consenso informato**

Il consenso informato è un processo che inizia prima che il paziente acconsenta a partecipare allo studio e che continua per tutta la durata della sua partecipazione allo studio. Tutti i soggetti eleggibili devono essere informati sullo scopo dello studio, sui possibili rischi e benefici degli interventi proposti, e devono ottenere un documento informativo scritto in modo comprensibile, che spiega la natura, lo scopo e il decorso dello studio. Lo Sperimentatore deve illustrare lo studio al soggetto e rispondere a eventuali domande che possano emergere. Al soggetto verrà data l'opportunità di discutere lo studio con altre persone di sua fiducia e il tempo di riflettere prima di acconsentire a partecipare.

E' responsabilità del ricercatore ottenere la sottoscrizione del foglio informativo da parte di ciascun soggetto prima di arruolarlo nello studio. Il paziente che firma il consenso dovrà essere informato che la partecipazione allo studio è volontaria e che potrà ritirare il proprio consenso alla partecipazione in qualsiasi momento lo desideri.

Il consenso informato utilizzato dal ricercatore deve essere esaminato e approvato dal Comitato Etico. Una copia del consenso scritto firmato dal paziente sarà conservato in un apposito file.

## **Tutela dei dati personali**

I dati del soggetto in studio saranno riservati e utilizzati in conformità alla legislazione vigente sulla protezione dei dati sensibili e dalla normativa sulla privacy. I Centri tratteranno i dati personali dei soggetti partecipanti allo studio in qualità di autonomi Titolari, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs.196/2003, ciascuno per la parte di propria competenza esclusivamente in funzione della realizzazione della sperimentazione. I Centri nomineranno lo Sperimentatore Responsabile del trattamento ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs.196/2003 (Responsabile del trattamento ai sensi degli effetti del D.Lgs.196/2003).

L'informativa ai soggetti partecipanti alla sperimentazione conterrà l'indicazione dei Titolari ed e i Responsabili del trattamento, per la parte di competenza e responsabilità di ciascuno.

Il modulo di consenso informato sarà anche utilizzato ai fini della verifica dei dati, così che i rappresentanti del promotore, le autorità regolamentatorie e il Comitato Etico possano richiedere direttamente l'accesso ai dati.

## Bibliografia

- Di Maggio, I., Santilli, S., & Nota, L. (2019). Stories of courage in a group of adults with Substance Use Disorder. *Addictive Behaviors Reports*, 100203.
- Di Maggio, I., Shogren, K., Wehmeyer M. & Nota, L. (in press). Self-determination, and future goals in a sample of persons with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*
- Ginevra, M. C., Di Maggio, I., Nota, L., & Soresi, S. (2017). Stimulating resources to cope with challenging times and new realities: Effectiveness of a career intervention. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 17(1), 77-96.
- Nota, L., & Soresi, S. (in press). *Career counseling and vocational designing for an inclusive and sustainable future*. United States: Springer international publish..
- Soresi, N., & Nota, L. (2007). *ASTRID - portfolio per l'assessment, il trattamento e l'integrazione delle disabilità* [ASTRID- measures for assessment, treatment and integration of disabilities]. Firenze: Giunti.
- Spangler, P. T., Liu, J., & Hill, C. E. (2012). Consensual qualitative research for simple qualitative data: An introduction to CQR-M. In C. E. Hill (Ed.), *Consensual qualitative research: A practical resource for investigating social science phenomena* (pp. 269-283). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Stothart C. et al. 2015 – The attentional cost of receiving a cell phone notification
- Thorton B. et al, 2014 – The mere presence of a cell phone may be distracting implications for attention and task performance
- Monk C., et al., 2008 – The effect of frequent versus infrequent interruptions on primary task resumption
- Leiva L. et al., 2012 – Back to the app: the costs of mobile application interruptions
- Lee J. et al., 2015 – Emerging issues in smart learning
- Ophir, E. et al. 2009 – Cognitive control in media multitaskers
- Monsell S. 2003 – Task switching
- Moisala M. et al. 2016 – Media multitasking is associated with discredibility and increased prefrontal activity in adolescents and young adults
- Loh K. K., e Kanai R. 2015 – How has the internet reshaped human cognition?
- Minear M. et al. 2013 – Working memory, fluid intelligence and impulsivness in heavy media multitaskers

Ralph B. et al. 2013 – Media multitasking and failures of attention in everyday life

Ralph B. et al. 2015 – Media multitasking and behavioural measures of sustained attention

Lui K. F. H. e Wong A. C-N., 2012 – Does media multitasking always hurt? A positive correlation between multitasking and multisensory integration

Sparrow B. et al. 2011 – Google effects on memory: cognitive consequences of having information at our fingertips

Henkel L. A. 2013 – Point-and-shoot memories: the influence of taking photos on memory for a museum tour

Baumgardner S. E. et al. 2014 – The relationship between media multitasking and executive function in early adolescents

Wilmer H.H. 2017 - Smartphones and Cognition:A Review of Research Exploring the Links between Mobile Technology Habits and Cognitive Functioning

Cain M.S. et al. 2016 – Media multitasking in adolescence

Cain N. e Gradisar M. 2010 – Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: a review

Lim J. e Dinges D. F., 2008 – Sleep deprivation and vigilant attention

Lanaj K. et al. 2014 – Beginning the workday yet already depleted? Consequences of late-night smartphone use and sleep

Chen J. 2016 - General Deficit in Inhibitory Control of Excessive Smartphone Users: Evidence from an Event-Related Potential Study

Nasi MA 2013 - Internet and Everyday Life: The Perceived Implications of Internet Use on Memory and Ability to Concentrate

Yap 2013 - Media multitasking predicts unitary versus splitting visual focal attention

Alzahabi R e Becker M.W. 2013 - The Association Between Media Multitasking, Task-Switching, and Dual-Task Performance

Barr et al. 2015 - The brain in your pocket: Evidence that Smartphones are used to supplant thinking

Salmela-Aro et al. 2016 - The Dark Side of Internet Use: Two Longitudinal Studies of Excessive Internet Use, Depressive Symptoms, School Burnout and Engagement Among Finnish Early and Late Adolescents

## **Allegati**

- Parere Favorevole per lo studio con firme dei Direttori dei Dipartimenti coinvolti e dei referenti scientifici
- Lettere di adesione Centri collaboratori (ASP Bologna, ASC Insieme, Università di Bologna)
- Domicilio 2.0 tipologie di tecnologie (presentazione esemplificativa di tecnologie e adattamenti ambientali)
- Tesi e presentazioni di progetti specializzati in ambito tecnologie e anziani
- Statuto Fondazione Asphi Onlus
- Bilancio sociale 2018 Fondazione Asphi Onlus
- CV Cristina Manfredini di Fondazione Asphi Onlus
- Lettera contributo al progetto da parte Intesa San Paolo Fondo di Beneficienza

## **Assunzione di responsabilità a cura del Promotore Responsabile dello Studio**

DATA 24/07/19

### **Il Responsabile dello Studio**

Cristina Manfredini Pedagogista Coordinatrice area sociale per Fondazione Asphi Onlus

.....  
(Timbro e firma per esteso)

### **In allegato le firme di espressione favorevole allo studio da parte dei Direttori dei Dipartimenti coinvolti e dei referenti scientifici**

- Laura Nota - Professore ordinario Università di Padova, Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)
- Maria Lia Lunardelli – Direttore Centro dei disturbi cognitivi e delle demenze Policlinico Sant’Orsola
- Maura Coveri Direttore Dipartimento dell'Integrazione
- Mirco Vanelli Responsabile programmi cure intermedie
- Giovanni Frezza Direttore di Dipartimento Oncologico
- Gioachino Pagliaro Direttore UOC Psicologia Ospedaliera (Osp. Bellaria, AUSL di Bologna)
- Simona Linarello - Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze Distretto Città di Bologna
- Elisa Ferriani – UOC Psicologie Ospedaliera (Osp. Bellaria, AUSL di Bologna)
- Maria Macchiarulo – Centro dei Disturbi Cognitivi e delle Demenze Policlinico Sant’Orsola