

XXVIII GIORNATA MONDIALE ALZHEIMER

«Inimitabili e unici nell'abbraccio della comunità»

21 SETTEMBRE 2021

9:00 - 13:00

CONVEGNO

*«Le strutture socio-sanitarie.
Quale futuro tra post-Covid, PNRR e riforma del
terzo settore:
sfide ed opportunità»*



Da Residenzialità Vs Domiciliarità a
Domiciliarità e Residenzialità - Progetto SOS
Demenze della Fondazione "E. Germani": per
una presa in carico dei bisogni delle famiglie
che convivono quotidianamente con i disturbi
neurocognitivi

Ivan Scaratti - D.G.

*Dott.ssa Isabella Salimbeni - Geriatra e D.S.
FONDAZIONE E. GERMANI ONLUS*

COSA PRESENTERO'

Come stiamo ragionando, riflettendo, pensando al futuro della nostra struttura.

Innanzitutto animati dalla voglia di non farsi schiacciare dall'emergenza che abbiamo e stiamo ancora vivendo (mi riferisco ovviamente alla Pandemia ma non solo perché in questi mesi viviamo anche il serio problema della carenza di operatori, non solo sanitari, ma da qualche mese anche asa, oss), che può essere un freno rispetto al «fermento» di idee e alla voglia e passione di fare e sviluppare servizi che circola al Germani.

Bensì riflettere, studiare, immaginare insieme scenari nuovi, nuovi orizzonti.

Potevamo:

- 1) Stare fermi ed aspettare che tutto ritornasse come prima, e cercare di risolvere nel migliore dei modi possibile gli attuali problemi, quindi rimanere chiusi nelle nostre problematiche, certezze o incertezze e difficoltà, col rischio di rimanervi schiacciati.
- 2) Affrontare le sfide con spirito nuovo, con coraggio, aprendoci ai cambiamenti, cercando di capirli, interpretarli, studiarli, trovare soluzioni da proporre; vivere cioè la crisi cercando di dargli una nostra direzione di futuro, uscire dal coro, aggiornare i propri orizzonti, andare oltre, con il testa il concetto di «rischio calcolato» e di «sostenibilità» ovviamente non trascurando i problemi attuali ma sforzarsi di dargli attenzione ed una soluzione, pensando alla Sostenibilità delle nostre idee.
- 3) Sapendo che il cambiamento è veloce e continuo.

Vi vogliamo rappresentare questi sforzi, che non sono miei o della sola dirigenza, bensì derivano da riflessioni e sforzi di un gruppo di persone che rappresentano la forza e la stabilità del Germani (Medici, Coordinatori, responsabili, anche amministrativi)

OGGI “STRUTTURA MULTISERVIZI”

AMBULATORIALE

AMBULATORI SPECIALISTICI

Geriatra; Fisiatra, Ortopedico,
Pneumologo; Cardiologo,
Psichiatra; Psicologo;
Neuropsicologo; Terapista
occupazionale; Logopedista;

FISIOTERAPIA: SSN, Priv

PUNTO PRELIEVI

DOMICILIO

SERVIZI DOMICILIO

- adi
- rsa aperta
- sad
- oper. pross. con pasti

SERVIZI DOM. PRIVATI

SOS DEMENZA

SEMI- RESID.

CDI (40 P.L.)

RESIDENZIALE

RIA: 20 p.l. G.G. e M.

RSA: 241 p.l. + 15

N.A.: 34 p.l.

RSD: 40 p.l.

GESTORE CRONICITA'





I servizi e la loro organizzazione



Le famiglie e i loro bisogni

- Frammentazione servizi e risorse;
- Raccordo tra S (H) e SS / Terr;
- Scarsa integrazione SA-SS-SO e svil. connessioni;
- Limiti nella presa in carico bisogni; (focus dom e non sui Bisogni);
- Adeguata residenzialità ma poco domiciliare e territorio;
- «baraccopoli» burocratiche (troppo 1000 € p.l.) invece di usare tali risorse per la «qualità»/Persone
- **Narrazione** negativa dei media per il Covid (luoghi di morte) invece con orgoglio rivendichiamo che siamo LUOGHI DI VITA, di BENESSERE, di RELAZIONE e AFFETTO;
- ES: commissione Paglia (**Res vs. Dom**);

SFIDE APERTE

SFIDE APERTE

- aumento costante Invecchiamento popolazione; Cambiamento Sist. Fam. (+ mono)
- Invecchiamento significa: A) SOLITUDINE (vive solo o in situazione non adeguate, senza relazioni); B) cronicità, demenze e nuovi bisogni; C) soli nell'affrontare il problema. E' CONDIZIONE PRINCIPALE CHE PORTA ALLA N.A.
- Forte domanda di SENSO (vita anche spirituale)
- I servizi ci sono ma c'è una ZONA «GRIGIA» dei bisogni senza risposte: a) le famiglie di auto-organizzano (care manager); b) servizi «informali» in nero o bandanti; c) PS per risposta rapida e gratuita ma inappropriata.

Anziani e famiglie soli nell'affrontare il loro bisogno, spesso senza attivare supporti o servizi. Devono reagire all'«emergenza», senza sapere dove andare, ottenendo risposte ed interventi «settoriali». Si trovano in un circolo di «provider» che erogano «segmenti di cura» (per fortuna che in Lombardia ci sono e sono ben organizzati!!) – FENOMENO FLIPPER. E' richiesto un notevole sforzo delle famiglie in termini di tempi e costi.



SALTI DI PARADIGMA

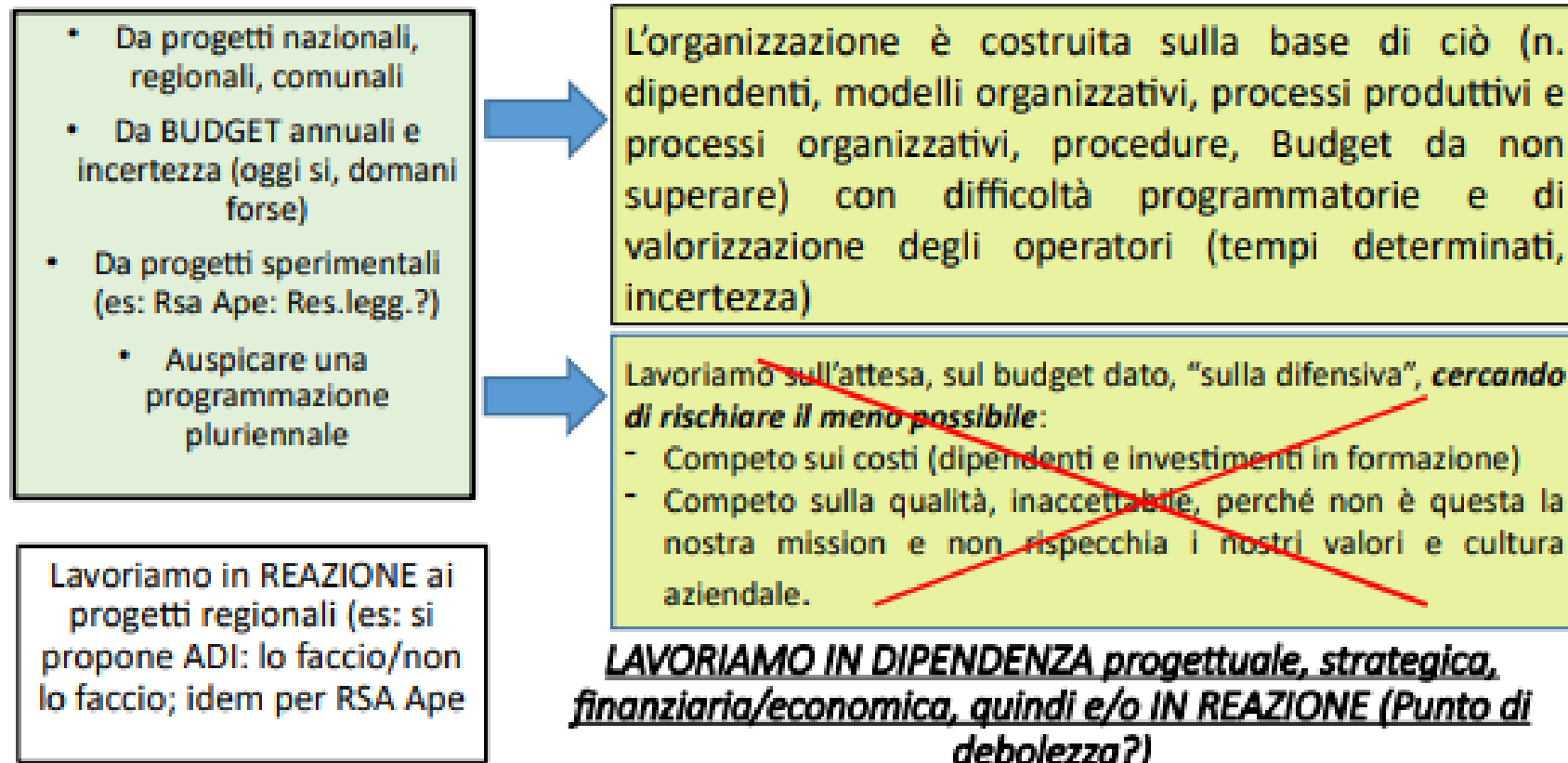
- *da acuzie a cronicità, da "cure" a "care".*
- *da centralità dell'ospedale alla centralità del territorio.*

- *da prestazione a servizio.*

Superare la logica prestazionale (per "silos" di risposte) per giungere ad una logica di "servizio" in cui diventano fondamentali la presa in carico globale della persone e quindi anche gli aspetti «relazionali».

- *Presa in carico globale della persona (approccio olistico) e della famiglia,*
- *Modello non più orientato alla MALATTIA ma alla PERSONA che mette a fuoco le risposte ai bisogni o alle condizioni vulnerabili*

RIFLESSIONE INTERNA: DIPENDENZA



SFIDE APERTE

ABBIAMO LA FORZA E STRUMENTI PER QUESTO SALTO IMPRENDITORIALE?

CRITICITA' PERSONALE SANITARIO E DI BASE

NECESSITA' DI RI-MOTIVARE OPERATORI NEL POST COVID

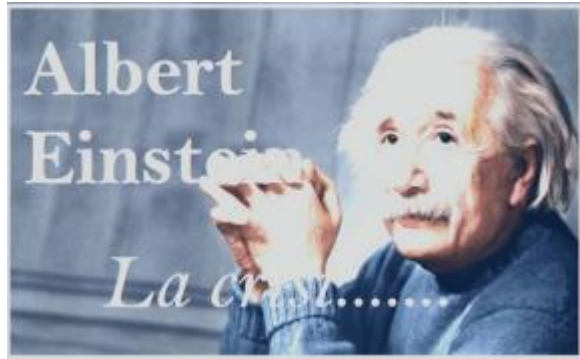
CULTURA DEL CAMBIAMENTO E DELL'INCERTEZZA

SPIRITO/APPROCCIO



E' un'opportunità. *"Il modo migliore per predire il futuro è crearlo"* (Druker Peter).

"Il cambiamento non lo puoi rifiutare: o lo governi e possibilmente lo anticipi, o ci sarà comunque. Senza di te" (Michael Porter)



La crisi è la più grande benedizione ... perché la crisi porta progressi. La creatività nasce dall'angoscia come il giorno nasce dalla notte oscura. **È nella crisi che sorge l'inventiva, le scoperte e le grandi strategie.** Chi supera la crisi supera se stesso senza essere "Superato".

1) CRISI come SFIDA PER IL CAMBIAMENTO:

- no difesa del proprio ruolo (perdente) ma sguardo al futuro (rischio calcolato e opportunità).
- sguardo ai cambiamenti del contesto normativo e territoriale.
- sguardo ai bisogni sempre più personalizzati, ai cambiamenti demografici e epidemiologici.

CRISI come occasione per **CREARE «INNOVAZIONE» E «VALORE» ALLA COMUNITÀ**, mediante un approccio di **SPERIMENTAZIONE E SCOPERTA**.

Innovazione non è sinonimo di invenzione, ma di scoperta, cioè è la capacità di leggere l'esistente con occhi diversi e di immaginare scenari futuro.

Robin Murray, Julie Caulier Grice e Geoff Mulgan - **“Libro bianco sull'Innovazione Sociale”**, l'innovazione sociale (social innovation) si concretizza come la creazione di nuove soluzioni che sono in grado, simultaneamente, di incontrare e rispondere ad un bene/bisogno sociale (più efficace rispetto alle soluzioni esistenti) portando a nuove o migliorate capacità e relazioni ed ad un migliore uso del patrimonio e delle risorse disponibili per concretizzarsi in un progetto che sia sostenibile e replicabile.

PER CREARE «VALORE» PER IL SINGOLO, LA COMUNITA', IL SISTEMA

SIAMO OBBLIGATI A «RIMETTERCI IN GIOCO» e ciò è difficoltoso, molto impegnativo ma sfidante ed affascinante



NORMATIVA:

- PNRR
- REVISIONE L.R. 23

PROSSIMITA', TERRITORIALITA'

RIFORMA 3^ SETTORE:

- ATTIVITA' DIVERSE/IMPRESA
- FUND RASING E LASCITI SOLIDALI
- IMPATTO SOCIALE

ANTICIPAZIONE DEI CAMBIAMENTI

DEMENZE E ALZHEIMER:

Servizi di FILIERA

PORTIAMO FUORI NEL
TERRITORIO ESPERIENZA,
PROFESSIONALITA',
SENSIBILITA', CULTURA
GERIATRICA

SPECIALIZZAZIONE E DIFFERENZIAZIONE

TECNOLOGIE:

- DIGITALIZZAZIONE (VIDEOCHIAMATE/RELAZIONE)
- ROBOTICA E INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Il futuro non sarà solo tecnologia (non sostituisce l'umanità) ma il futuro passerà dalla tecnologia

ANTICIPAZIONE DEI CAMBIAMENTI

PRIMA PROGETTUALITA'

UNA VISIONE NUOVA: FONDAZIONE COME CENTRO MULTISERVIZI DI PROSSIMITÀ

SCOPRE, PROPONE E IMPLEMENTA UNA SERIE DI SERVIZI A PARTIRE DAI BISOGNI CHE RILEVA.

Attore del sistema e motore di “trasformazione” dentro le dinamiche di cambiamento della società, in modo quindi pro-attivo, che diventi protagonista del territorio e si proponga come punto di riferimento della popolazione, delle Istituzioni, del 3^ Settore, delle imprese Profit e delle associazioni.

Centrale operativa territoriale di prossimità multiservizi, dove la famiglia potrà trovare interlocutori e servizi ed evitare in tal modo di sperimentare il c.d. “effetto flipper” quando deve affrontare un problema di salute.

Una “PARROCCHIA LAICA” del socio-sanitario, dove la gente possa “GUARDARE A NOI COME PUNTO DI RIFERIMENTO”, dove TROVA risposte, dove C'E' QUALCUNO CHE LA ACCOGLIE e ACCOGLIE IL SUO BISOGNO; una struttura INCLUSIVA (RELAZIONI – UMANITA')

“VENITE DA NOI”

sfida

**Fondazione con
u.d.o. «residenziali».**

**Fondazione
«APERTA»**

**FONDAZIONE «IN RETE» e
«PUNTO DI RIFERIMENTO»
PROATTIVO DEL TERRITORIO –
PRESIDIO DI PROSSIMITA'**

**Fondazione
EROGATORE DI
SERVIZI AL
TERRITORIO**

**A PRENDERSI CURA DELLA
COMUNITA' NELLE SUE
MOLTEPLICI ESPRESSIONI**

**CREARE «VALORE»,
«vendiamo servizi» cioè
«relazioni» e «valori»**

**«Avviare processi, tracciare percorsi, allargare
orizzonti, creare appartenenza» (The economy
of Francesco)**

**In un'ottica di "Welfare
generativo e trasformativo",
realizzando "reti" di comunità**



Fondamentale il RAPPORTO CON IL TERRITORIO

Non solo inteso come
apriamoci al territorio”
così evitiamola
cittadella chiusa

Attivare e consolidare rapporti con le istituzioni e la società come modo di intercettare i bisogni e le nuove esigenze. Molto del nostro futuro dipende da ciò. Quindi significa avere un ruolo più attivo, propositivo, proattivo senza delegare completamente il compito di leggere i bisogni alla Regione e senza così limitarci ad essere degli esecutori. (concetto di Sussidiarietà).

Anche il concetto di “Allargamento del perimetro d’offerta” va letto a partire dal cambio di questa Mission: significa mettere a disposizione la propria competenza e complessità organizzativa per leggere una particolare esigenza del territorio.

ABBATTERE LE BARRIERE (VITA DENTRO---VITA FUORI, INCLUSIONE). Un “luogo aperto”, anche di aggregazione (es. banale: corsi di ginnastica dolce..) per evitare la frammentazione della comunità (famiglie sole, sempre più anziani, meno coppie, più famiglie monognitaoriali, meno figli, ec...).

Alleanza

FAMIGLIE
CAREGIVER
ISTITUZIONI



ALTRI
EE.GG.

PROFIT

SINDACATI

M.M.G.

Fiducia

**CITTA' AMICA
SENSIBILIZZARE/CO
NSAPEVOLEZZA**

**SERVE +
COMUNITA'**

Connessioni



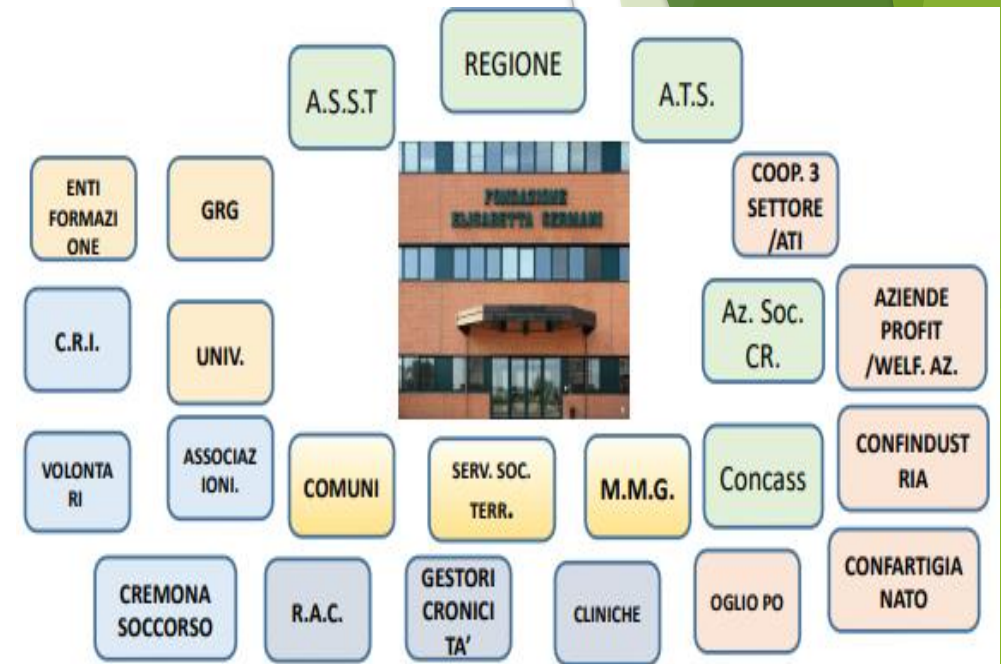
Informare



Comunicare



**Bilancio
Sociale**



GLI OPERATORI SONO LA RISORSA STRATEGICA FONDAMENTALE.
IL FATTORE UMANO È IL FATTORE CRITICO DI SUCCESSO E DI DISTINZIONE



valori

**COMPETENZE
& PROFESSIONALITÀ**

IDENTITÀ'

ORGOGGIO

appartenenza

ATTITUDINI

MOTIVAZIONE

**BENESSERE
ORGANIZZATIVO**

Responsabilità

LEADERSHIP

ADATTAMENTO

**DESIDERIO DI
SPERIMENTARE;
CURIOSITÀ'**

**RETRIBUZIONE E
VALORE DEL LAVORO**

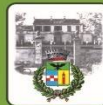
**CARRIERA
INTERNA**

**FORMAZIONE
CONTINUA**

CONOSCENZA/STUDIO

IL COMPORTAMENTO DEI COLLABORATORI SI MODIFICA QUANDO
IL MANAGEMENT È RIUSCITO A TOCCARNE IL CUORE" - KOTTER

CHANGE MANAGEMENT



"SOS DEMENZA E DINTORNI"

INTERVENTI DOMICILIARI DEDICATI A PERSONE CON DEMENZA,
PROBLEMI COGNITIVI E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Il servizio "SOS DEMENZA E DINTORNI" della **Fondazione E. GERMANI** di Cingia De' Botti (CR) consiste in **INTERVENTI DOMICILIARI MULTIPROFESSIONALI** per famiglie nella gestione quotidiana di un loro caro con **DEMENTIA E DISTURBI COGNITIVI O DEL COMPORTAMENTO**.

Il servizio "SOS DEMENZA E DINTORNI" garantisce:

SPORTELLO TELEFONICO DI ORIENTAMENTO

Consulenza telefonica di un operatore esperto che potrà indirizzare l'utente sul percorso da seguire già dal primo contatto.

Tel. 0375 960211



PROFESSIONISTI QUALIFICATI A CASA TUA!

- MEDICO GERIATRA
- INFERMIERE
- PSICOLOGO
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE
- LOGOPEDISTA
- FISIOTERAPISTA

Questi operatori qualificati, valutata la situazione, definiranno un **PROGETTO DI ASSISTENZA PERSONALIZZATO (PAP)** che prevederà controlli periodici della persona fragile gestiti al suo domicilio e interventi di supporto e sollievo ai famigliari che se ne prendono cura.



PERCHE' IL PROGETTO SOS DEMENZA?

SCENARIO EPIDEMIOLOGICO IN EVOLUZIONE:

La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa del 8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% dopo gli ottanta anni. Secondo alcune proiezioni, i casi di demenza potrebbero triplicarsi nei prossimi 30 anni nei paesi occidentali.



GLI ANZIANI ITALIANI IN CIFRE ANNI 2010-2050

Età	2010	2020	2030	2040	2050
Over 65 (in milioni)	12.301.537	13.980.623	16.261.428	19.107.010	19.637.079
Over 65 (% su popolazione totale)	20,29%	23,07%	27,06%	32,26%	34,07%
Over 85 (in milioni)	1.672.229	2.231.532	2.666.202	3.245.977	4.215.519
Over 85 (% su popolazione totale)	2,76%	3,68%	4,44%	5,48%	7,31%

L'Italia è uno dei paesi europei più anziani (età uguale o superiore a 65 anni) e circa il 23% della popolazione, ha superato i 65 anni di età. Sono pertanto in aumento tutte le malattie croniche, in quanto legate all'età, e tra queste le demenze.

Fonte: A.Sebastiano. Modelli di welfare e normativa Socio-Sanitaria. Slides Marsa 2019



- ✓ In Italia circa 1.200.000 di persone sono affette da demenza e circa 3 milioni di persone sono direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari
- ✓ In Lombardia circa 150.000 diagnosi di demenza e 80.000 con Malattia di Alzheimer
- ✓ La pandemia ha peggiorato condizioni pre-esistenti di decadimento cognitivo e ha avuto un impatto sfavorevole sui sintomi psicologici e comportamentali delle persone con disturbi neurocognitivi.



Un incremento del numero di persone con bisogno di assistenza, confermato dai nostri dati sul territorio

VISITE GERIATRICHE	anno 2019	anno 2020	anno 2021 (al 15/8)
Visite geriatriche private ambulatorio	23	14	15
Visite geriatriche private domicilio	30	57	47
totali visite geriatriche	53	71	62

RSA APERTA		
	PAZIENTI	ACCESSI
anno 2019	12	1044
anno 2020	17	388

Servizio A.D.I.	
	ACCESSI
anno 2019	3321
anno 2020	3463



A FRONTE DEL BISOGNO IN AUMENTO abbiamo osservato che esistono *alcune criticità* di sistema:

- ✓ difficoltà da parte della famiglia di intercettare servizi offerti dal settore pubblico e privato
- ✓ forbice esistente tra le risorse necessarie per far fronte alle cure e la domanda di assistenza
- ✓ bisogni (soprattutto sociali) non percepiti o non espressi
- ✓ ruolo non riconosciuto del caregiver: l'assistenza di un familiare è compito complesso e articolato in quanto non coinvolge soltanto la tutela dei bisogni fisici con l'assistenza personale (igiene e cura della persona) e la gestione della casa, ma anche la presa in carico della dimensione psichica e sociale. L'impegno del caregiver è in crescendo in relazione alla progressione della malattia stessa, neurodegenerativa progressiva.



L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

- ▶ Case Manager: professionista di riferimento della famiglia avente la funzione di ascoltare ed indirizzare la famiglia.
- ▶ Coordinatore dei servizi territoriali: responsabile del team di professionisti che operano nei servizi semiresidenziali e domiciliari. Garantisce un approccio di presa in carico globale della persona al fine di soddisfare bisogni assistenziali e socio-sanitari di concerto con l'assistente sociale.
- ▶ Infermiere e Fisioterapista con competenze specifiche in persone con disturbi cognitivi.
- ▶ Logopedista: può intervenire sia sul versante comunicativo che su quello del garantire una deglutizione sicura

L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE



- ▶ Terapista occupazionale:
 - calibra gli interventi a seconda del livello di gravità del deficit cognitivo e la presenza di disturbi del comportamento
 - attraverso programmi di stimolazione cognitiva sostiene memoria, attenzione, concentrazione e ragionamento le capacità cognitive della persona
- ▶ secondo il modello europeo di “cultura assistenziale al domicilio” informa ed educa la famiglia ed il care-giver, valutando e suggerendo quelle modifiche ambientali atte a consentire il più a lungo possibile la permanenza dell’anziano nella propria abitazione
- ▶ *L'intervento benefico della Terapia Occupazionale, legato al modello di salute bio-psico-sociale, si adatta all'approccio richiesto dalle specificità della non autosufficienza che richiede uno sguardo ampio sulla situazione dell'anziano e dei suoi congiunti, la capacità di essere un reale punto di riferimento delle famiglie e la costruzione di progetti riabilitativi personalizzati.*

L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE



- ▶ Medico Geriatra: offre un inquadramento diagnostico e terapeutico (farmacologico e non), in sinergia con il MMG ed attivando, se necessario, un approfondimento presso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) più vicino alla residenza
- ▶ Psicologo: agisce con un supporto psicologico al caregiver per affrontare le problematiche emotive, del comportamento e di accettazione della malattia, opera per un completamento diagnostico e per un monitoraggio con la valutazione neuropsicologica



VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Centralità della Valutazione Multidimensionale (VMD)

=

Multidisciplinare



VMD PREVISTA



- ↗ Valutazione stato mentale/funzioni cognitive:
- ✓ Mini Mental State Examination **MMSE**,
- ✓ Questionario breve dello stato mentale **SPSMQ**, se non applicabile **MMSE**
- ✓ Clinical Dementia Rating Scale **CDR**
- ✓ Test per la valutazione del delirium & del deficit cognitivo **Scala 4AT**
- ✓ Richmond Agitation-Sedation Scale **RASS**
- ↗ Valutazione dei sintomi psicologici e comportamentali :
- ✓ Neuropsychiatric Inventory **UCLA-NPI**
- ✓ Geriatric Depression Scale, **GDS**;

VMD PREVISTA



- Valutazione dello stato funzionale nonché dell'autonomia ed indipendenza:
 - Barthel Index **Scala ADL**
 - Instrumental activities of daily living **Scala IADL**
 - In questa dimensione viene inoltre valutato il rischio di caduta attraverso scale di valutazioni come Scala di **Tinetti**, Scala di **Coonley**, **Time up and go test**
- Valutazione dello stato di socializzazione e sulla Qualità della Vita:
 - Scala di **Kane**
- Valutazione del grado di fragilità:
 - **Clinical Frailty Scale.**
- Valutazioni delle co-morbidità
 - Cumulative Illness Rating Scale **C.I.R.S.**
- Valutazione della situazione ambientale che guida al trattamento / adattamento ambientale :
 - **Home Fast**



Progetto di Assistenza Personalizzato

- **BISOGNO**
- **OBIETTIVO/I**
- **STRATEGIE DI INTERVENTO** con accessi domiciliari di uno o più professionisti
- **RIVALUTAZIONI PERIODICHE, CONDIVISIONE COSTANTE COI FAMILIARI**

E' un PAP «tagliato su misura» e ispira al concetto di budget di cura

Progetto di Assistenza Personalizzato



Può prevedere anche una tra le seguenti prestazioni:

- ▶ interventi domiciliari di operatori sociosanitari, per la cura della persona (servizi erogati dal SSR o in regime privato);
- ▶ contributi economici per le spese di assistenza familiare e di altri interventi domiciliari;
- ▶ favorire l'inserimento in semi-residenzialità qualora indicato;
- ▶ inserimento temporaneo (di sollievo o allo scopo di stabilizzazione clinica) o permanente presso le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) anche nel modulo specialistico dedicato ai disturbi cognitivo-comportamentali se necessario;
- ▶ servizi e opportunità (gruppo di mutuo-auto-aiuto Progetto GAF, eventi organizzati sul territorio, etc);
- ▶ formazione ai caregiver (da remoto o in piccoli gruppi, con contributi video e bibliografici, etc).

L'ALTRO ALLEATO: LA TECNOLOGIA



- ▶ La Fondazione ha aderito al progetto HoCare2.0, finanziato dal programma Interreg CENTRAL EUROPE; il programma supporta vari soggetti, a partire da pubbliche amministrazioni e fornitori di servizi, fino a organizzazioni a sostegno del business, per lavorare insieme e migliorare l'innovazione.
- ▶ Attualmente sono in sperimentazione dispositivi per monitorare a domicilio l'evoluzione dello stato di salute e la condizione di benessere della persona mediante:
 - ▶ gestione delle emergenze;
 - ▶ rilevazione cadute e immobilità
 - ▶ rilevazione parametri vitali
 - ▶ riabilitazione cognitiva in realtà virtuale immersiva.

OBIETTIVI DEL PROGETTO



- ▶ Garantire un insieme sinergico di azioni orientate a supportare e sostenere le famiglie impegnate nella cura di un caro affetto da demenza, favorendo la ricomposizione del settore e migliorando il livello di presa in carico delle famiglie, mediante il dialogo fra pubblico e privato, in una logica di filiera nell'erogazione di servizi, con risposte allineate ai bisogni e al valore atteso dagli utenti, ottimizzando l'utilizzo di risorse
- ▶ Raggiungere la fascia vulnerabile della popolazione che ancora non usufruisce di servizi/interventi
- ▶ Valorizzare il ruolo del caregiver come parte attiva del processo, dedicando specifici interventi (la demenza è patologia dell'intero nucleo familiare)
- ▶ Creare relazioni e legami nella comunità, qualificandosi come centro di riferimento di prossimità territoriale
- ▶ Favorire un mantenimento dell'autonomia della persona fragile, con un minor ricorso a cure ospedaliere (accessi inappropriati all'ospedale per acuti e in Cure Intermedie) e un ridotto utilizzo di farmaci, ritardandone l'istituzionalizzazione

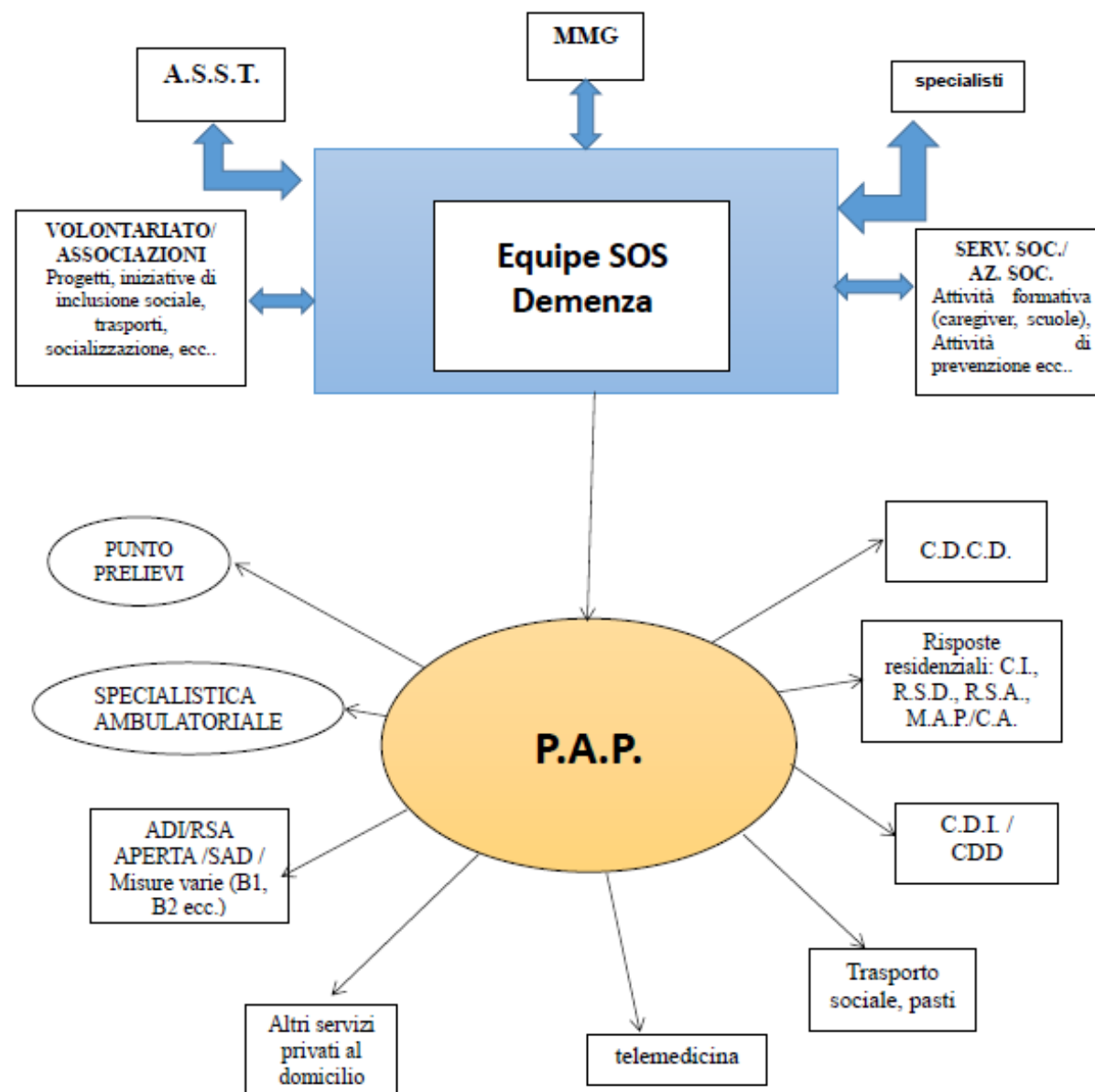
COSA C'E' DI INNOVATIVO?



- ▶ Presa in carico rapida, flessibile, altamente personalizzata e capace di modularsi secondo all'andamento e all'evoluzione della malattia
- ▶ Supporto attivo del caregiver, con ascolto, sostegno psicologico, percorso di formazione e riconoscimento del ruolo anche nella stesura del PAP
- ▶ Coinvolgimento di nuclei familiari non «eleggibili» alla fruizione di interventi pubblici
- ▶ Creazione di un modello di integrazione tra componente sanitaria (diagnosi, terapia, follow-up, interventi di natura sanitaria) e socio-assistenziale (interventi domiciliari di supporto sociale e assistenziale)
- ▶ Azione di prevenzione dei disturbi cognitivi in collaborazione con Comuni, associazioni di familiari, scuole, etc.
- ▶ Volontà di qualificarsi come un tassello del puzzle della rete di sinergia territoriale, promuovendo integrazione con Cure Primarie, CDCD, asst, associazioni di volontariato, enti del terzo settore, in sintonia con l'indirizzo, per esempio, del PNRR, legge 23 e DGR di revisione della L.R. 23.



RETE DI INTEGRAZIONE TERRITORIALE





RINGRAZIAMENTI