

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

Progetto regionale demenze

L'esperienza piacentina dal 2001 al 2008

Indice pubblicazione

Questo documento ha lo scopo di fungere da passaggio di testimone nell'attuale fase di riorganizzazione: dalla sperimentality dell'esperienza progettuale aziendale dell'attività a favore delle demenze senili, al suo consolidamento come unità operativa all'interno del Dipartimento Cure Primarie

Questa testimonianza è anche un ringraziamento al team e ai singoli professionisti, che hanno contribuito all'esperienza, che si è svolta dal 2001 al 2008, esperienza in cui si è unita competenza e professionalità ad iniziative creative e di coinvolgimento anche sul piano personale.

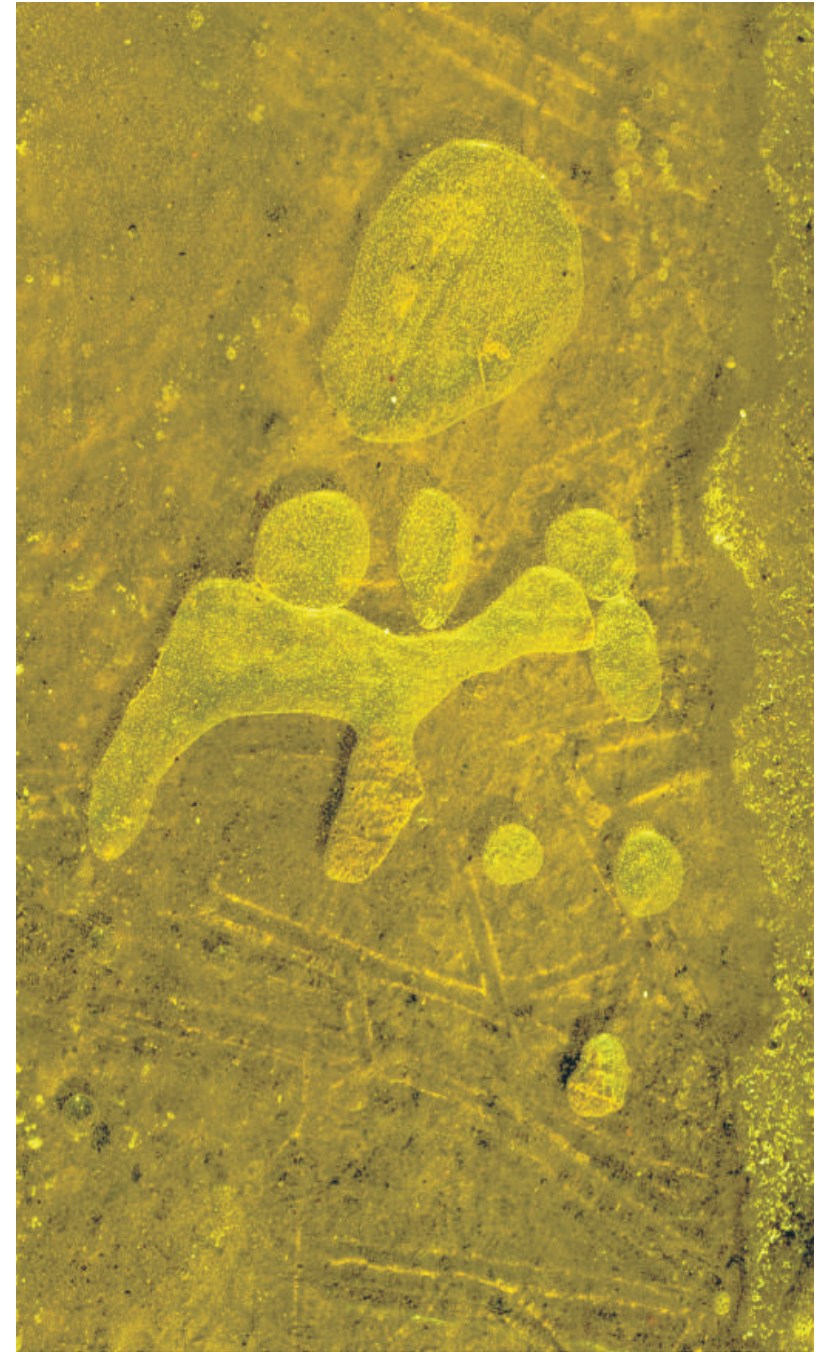
1 PARTE: Illustrazione normativa e storia del Progetto a Piacenza (Elisa Cavazzuti e Giordana Dordoni)

2 PARTE: La realizzazione del progetto:

- L'attività medica (Lucio Luchetti)
- L'attività psicologica (Giordana Dordoni e Mauro Bonomini)
- L'attività infermieristica (Lorella Villa)
- L'attività sociale (Andrea Albasi)

3 PARTE: Le esperienze locali: Distretto Ponente (Giovanni Perotti), Distretto Levante (Claudia Ghisoni e Mauro Bonomini), Distretto Città di Piacenza (Luigi Squeri)

Foto di Mauro Bonomini e di repertorio
Progetto grafico: Gianni Battini



I PARTE

Illustrazione normativa ed esperienza del Progetto a Piacenza

a cura di Elisa Cavazzuti e Giordana Dordoni

Premessa

Il sito che la Regione Emilia Romagna ha dedicato alle demenze, riporta:

“ Gli ammalati di demenza in Italia, secondo stime recenti, sono oltre un milione.

La malattia d'Alzheimer, che costituisce la causa più frequente di demenza, affligge 600.000 persone in Italia. In Emilia-Romagna gli ammalati sono circa 60.000, con un'incidenza di circa 10.000 casi l'anno.

Questa malattia colpisce, per la maggior parte, le persone oltre i 65 anni ed è caratterizzata da perdita della memoria e del senso del tempo, da disturbi nella sfera della personalità e del comportamento

La malattia è progressiva, di difficile diagnosi nella fase iniziale e può durare anche molti anni.

Per ogni persona ammalata c'è almeno un familiare impegnato nell'insostituibile ma molto faticoso compito d'assistenza e cura.

Per questi motivi, la Regione ha adottato tramite specifica deliberazione (DGR 2581/99) il “**Progetto regionale demenze**”, con l'obiettivo di dare risposte assistenziali appropriate agli ammalati attraverso una rete di servizi che comprenda anche l'assistenza domiciliare e di fornire un sostegno alle famiglie.”

In sintesi già nel sito dedicato, la Regione evidenzia l'incidenza e la drammaticità della patologia, solitamente senile, che ha impatti e costi umani (in termini psicologici, sociali, relazionali, familiari) ed economici notevoli.

Il riferimento alla normativa regionale permette l'evidenziazione di quanto la Regione ha attuato dal 2000 in poi tramite la Direttiva della Giunta Regionale 2581 che ha permesso avvio al Progetto Demenze anche a Piacenza.

La normativa regionale: la DGR 2581/99

La deliberazione della Giunta Regionale n.2581/99, è una direttiva abbastanza singolare, almeno rispetto all'epoca in cui è promulgata: una patologia clinica è affrontata principalmente in termini inusuali, poiché sono individuate due leve strategiche per la lotta alla malattia:



- 1. approccio globale ed integrato alla persona affetta da disturbi cognitivi**
- 2. sinergia con la rete integrata a livello sociosanitario e non separata per patologia**

Partendo dal presupposto che, fino a quando la ricerca scientifica non approderà ad una soluzione terapeutica soddisfacente, il lavoro con i pazienti dementi debba essere effettuato sul e con il contesto d'appartenenza del paziente, la direttiva individua azioni precise che attengono prevalentemente la sfera della presa in carico e della cura, essenziali per questo tipo di patologia, che si dispiega a volte nell'arco di decenni con un devastante impatto sulla famiglia.

La declinazione degli obiettivi del progetto demenze non è quindi solo di tipo strettamente diagnostico e clinico, ma amplia la propria visione , richiedendo :

- 1. una diagnosi tempestiva ed adeguata;**
- 2. la qualità delle cure e della vita degli anziani dementi e dei loro familiari;**
- 3. il mantenimento a domicilio degli anziani colpiti da sindromi demenziali;**
- 4. l'espansione e la specializzazione della rete dei servizi della presa in carico;**
- 5. il cambiamento delle relazioni tra servizi/anziani/famiglie;**
- 6. la qualificazione dei processi assistenziali interni agli ospedali nei reparti più interessati da ricoveri di soggetti affetti da sindromi demenziali.**

Solo dalla semplice lettura degli obiettivi indicati nella direttiva regionale citata, emerge con chiarezza l'approccio assolutamente innovativo assunto a livello regionale nei confronti della patologia in esame: l'enfasi è giustamente direzionata anche agli aspetti sociali e sociosanitari in un'ottica davvero globale del problema, con adeguata attenzione ad ogni dimensione di vita (aspetto medico, psicologico, sociale, giuridico, pedagogico/didattico, funzionalità della vita quotidiana ecc).

In questo senso importante è la valorizzazione del ruolo del **Medico di Medicina Generale** nelle varie fasi della malattia, prevedendo per questa figura professionale momenti d'informazione/formazione, ma anche le necessarie connessioni all'interno della rete.

Baricentro del sistema è il **Consultorio Demenze**.

Il Consultorio, Centro esperto per le demenze senili, presente in ogni Azienda Usl dell'Emilia-Romagna, ha funzioni d'indirizzo, controllo e coordinamento tra il medico di famiglia, i reparti ospedalieri e i servizi assistenza anziani del Distretto.

Offre servizi clinici, sanitari, assistenziali e consulenze neuropsicologiche, monitora l'erogazione dei farmaci, definisce percorsi per la riabilitazione cognitiva. Un fondamentale servizio del Consultorio è costituito dalle visite e dagli approfondimenti necessari per la diagnosi

precoce, particolarmente importante per intervenire sul nascere della malattia e ritardarne – con opportune terapie anche farmacologiche – l'evoluzione.

Viene individuato un Consultorio demenze per ogni Provincia della Regione, fulcro del sistema che agisce in stretta connessione con i “Centri Delegati”, che sono ambulatori dislocati nei territori distrettuali, per facilitare l'accesso dei cittadini nel luogo ove abitano.

L'obiettivo del Progetto Regionale è però principalmente quello di assicurare ai soggetti dementi, oltre una precoce valutazione e diagnosi, un'effettiva presa in carico da parte di tutta la rete, garantendo la **qualità delle cure e della vita degli anziani dementi e dei loro familiari**

Con la Direttiva summenzionata, la Regione Emilia Romagna individua come importante la presa in carico non solo da un punto di vista clinico del soggetto ma anche di diversi tipi d'interventi, sia fornendo ai familiari informazioni sulle risorse della rete esistente, sia favorendo l'attivazione di servizi di sollievo, sia predisponendo eventi di formazione ed aggiornamento dei caregivers informali, sia infine offrendo consulenza su problematiche assistenziali, legali, previdenziali e psicologiche.

La Regione privilegia come intervento **il mantenimento a domicilio degli anziani colpiti da sindromi demenziali** rafforzando attività d'adattamento dell'ambiente domestico alle esigenze del soggetto demente e di sostegno al lavoro di cura dei familiari (tramite assegno di cura, azioni di formazione per le assistenti familiari le cosiddette “badanti”, una competente assistenza domiciliare, posti di sollievo, supporto alle famiglie..).

Bisogna riconoscere peraltro che il dettato normativo regionale pone particolare attenzione anche al contesto dei servizi, auspicando **l'espansione e la specializzazione della rete dei servizi di presa in carico** con azioni mirate all'adeguamento e di miglioramento dell'assistenza ai dementi, tramite un processo i cui supporti principali siano fondati sulla formazione specifica del personale e sull'adattamento protesico degli ambienti e delle strutture che ospitano i soggetti.

Ovviamente il lavoro che deve essere svolto non è dunque solo a livello strutturale (nel senso di reperire/attivare centri dedicati), ma assume una forte connotazione culturale, evidenziando con quest'ultimo termine **il cambiamento delle relazioni tra servizi/anziani/famiglie**, rendendo la rete dei servizi istituzionali capace di sostenere le famiglie e le reti d'aiuto informale, valorizzando l'apporto delle associazioni di volontariato.

Nella rete ospedaliera vanno introdotte modifiche in merito **alla qualificazione dei processi assistenziali interni agli ospedali nei reparti più interessati da ricoveri di soggetti affetti da sindromi demenziali**

La normativa dal 2008-2009

A questa direttiva sono seguiti vari documenti regionali contenenti proposte operative e linee guida per la qualificazione della vita delle persone dementi, sia presso il domicilio, sia presso le strutture ed indicazioni in merito all'adeguamento domestico e strumentale.

L'iniziale consistente finanziamento regionale del Progetto e quei contributi che nel tempo sono seguiti, hanno determinato in ogni territorio



provinciale l'avvio dei Consultori aziendali e di diverse iniziative, anche a carattere sperimentale.

Va anche aggiunto che la Regione Emilia Romagna ha accompagnato tramite i propri uffici ed esperti dell'Assessorato l'avvio e l'evoluzione del progetto nelle varie sedi provinciali, curando un flusso informativo costante, evidenziando così lo scostamento tra le diverse esperienze aziendali e la qualità dei loro servizi, spronando le varie sedi ad attuare quanto richiesto dalla normativa.

Dal 2006 in poi, l'istituzione del **Fondo Regionale per la Non Autosufficienza** (di seguito FRNA) e le direttive d'attuazione conseguenti hanno riaperto, nell'ambito del contesto complessivo della non autosufficienza e della cronicità, l'interesse sul tema della demenza, che assume dal 2007/08 nuove risorse economiche dalla fiscalità diretta del cittadino.

Il livello di pianificazione è ricondotto dalla nuova normativa alla sede distrettuale, superando la programmazione centralizzata del progetto a livello aziendale: in quest'ottica i **Comitati di Distretto** dei tre distretti piacentini (Città di Piacenza, Levante e Ponente) sono attualmente competenti rispetto alla governance territoriale dei servizi per non autosufficienti, ivi compresa la tematica della demenza.

Il Comitato si avvale a livello tecnico del nuovo **Ufficio di Piano**, che è definito come uno strumento di programmazione del Comitato di distretto.

Il **Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia Romagna** raccomanda nello specifico di promuovere la qualificazione dell'attività nei servizi della rete rivolti ai dementi ed ai loro familiari, anche attraverso una progressiva diffusione e messa a sistema delle sperimentazioni già realizzate nell'ambito del Progetto Demenze. Il Piano stesso e la normativa successiva all'istituzione del FRNA, tenendo in considerazione la rete già operante a livello regionale per i soggetti dementi, raccomanda il rafforzamento d'interventi particolari quali la realizzazione di posti di sollievo e l'Alzheimer Caffè.

Questi interventi sono ripresi e indicati come prioritari nell'**Atto di Indirizzo e Coordinamento per il triennio 2009-11** da parte della Conferenza Sociale e Sanitaria di Piacenza nella seduta del 13 ottobre 2008. Tale Atto fornisce infatti indicazioni e orientamenti per la pianificazione distrettuale.

Tutti i piani di zona distrettuali prevedono posti di sollievo ed interventi domiciliari specifici.

ESPERIENZA PIACENTINA: CENNI STORICI E REALIZZAZIONI

Il Consultorio Disturbi Cognitivi di Via Gadolini: organizzazione

Il Progetto regionale è stato attuato nel territorio provinciale alla fine del 2001 con l'avvio del **Consultorio dei Disturbi Cognitivi** in via Gadolini presso Padiglione Belvedere.

Si è preferito utilizzare a Piacenza il termine Consultorio Disturbi Cognitivi rispetto a quello tradizionalmente usato per le Demenze Senili, tenendo conto da un lato dell'impatto emotivo sull'utente e sui suoi familiari, dall'altro per segnalare una disponibilità ad approfondire ed affrontare tutta la tematica dei Disturbi Cognitivi, in un'ottica di prevenzione della malattia.

Importante, in una relazione che rimanda alla storia del servizio, è fare cenno ai "pionieri" dell'esperienza:

- Lucio Luchetti (geriatra coordinatore responsabile consultorio) tuttora in servizio;
- Giordana Dordoni (psicologa con competenze neuropsicologiche, da subito attiva anche a sostegno dei caregivers);
- Lorella Villa (ASV con preziose funzioni d'accoglienza);
- Francesco Nonino (neurologo poi trasferitosi al Ausl di Modena).

Questo primo team di lavoro ha operato in modo multidimensionale ed integrato, lavorando sull'informazione dei soggetti interessati e sull'avvio del consultorio, che da subito trova sede in via Gadolini, accanto, a quell'epoca, al reparto di Geriatria della sede ospedaliera Belvedere. Tale soluzione permetteva una stretta sinergia con il Reparto stesso, che ha sempre messo a disposizione le proprie migliori professionalità e collaborazioni, grazie alla sensibilità dei Primari di Geriatria e Neurologia.

All'interno del Consultorio si sono avvicendati diversi professionisti, mentre altri hanno fornito con continuità ed entusiasmo il proprio operato.

All'1/1/09 questo è l'assetto del consultorio e centri delegati:

Piacenza: responsabile : dr. Lucio Luchetti

Geriatrici: dr.ssa Anna Bolognesi

dr.ssa Sara Barbieri

dr. Antonio Lorido

Neurologo: dr. Andrea Mascolo

Psicologo: dott.ssa Giordana Dordoni

Ass. sociale: dott. Andrea Albasi

Infermiere: Stefania Mussi Savina Luvì

Tuttora tutti i professionisti che operano nella rete del Consultorio e Centri Delegati svolgono la loro attività a part time, spesso inseriti in unità operative diverse.

Questa è stata in parte una necessità, nel senso che la dotazione organica aziendale non permetteva

l'acquisizione immediata di personale a tempo pieno, ma in seguito anche una scelta, legata al fatto che il tipo di patologia richiede ed assorbe forti risorse emotive e relazionali, per questo l'opportunità di lavorare in altre sedi o di presentare in ogni caso un orario di lavoro ridotto nel settore specifico è stato alla fine vissuto dai professionisti come un fattore positivo.

Il consultorio è aperto per informazioni al cittadino dalle 9 alle 12 e riceve su appuntamento.

Il percorso dell'utente nell'ambito del Progetto si avvia su input di soggetti diversi, fra cui i più frequenti sono:

il Medico di Medicina Generale,

l'accesso diretto tramite Cup,

l'invio da parte dei Reparti Ospedalieri.

Una specifica unità di valutazione presso il Consultorio assicura l'approfondimento diagnostico necessario per l'erogazione, a carico del Servizio

sanitario, di tre farmaci per ammalati d'Alzheimer in fase lieve o moderata. Nella presente relazione l'attività medico-clinica è stata approfondita da specifico contributo del dr Lucio Luchetti, dai primi mesi 2009 referente per la Regione del progetto.

I CENTRI DELEGATI

A seguito dell'avvio del consultorio, avvenuto negli ultimi mesi del 2001, emerge l'esigenza di dotare anche gli altri territori d'ambulatori locali per la diagnosi precoce delle demenze: il primo Centro Delegato nasce allora nel Distretto della Montagna nel 2003, ubicato in due sedi diverse: Bettola, su cui gravitano gli abitanti dell'Alta Val Nure e Bobbio per l'Alta Val Trebbia.

E' chiaro che con questa scelta si è voluto privilegiare prioritariamente i residenti in territori più lontani dalla città.

Alla fine del 2003 si dà formalmente avvio anche al Centro Delegato della Val Tidone che nel 2004 presenterà inizialmente due sedi d'erogazione (Borgonovo e Castelsangiovanni).

Bisogna attendere i primi mesi del 2005 per l'attivazione del Centro Delegato a Fiorenzuola d'Arda con due sedi erogative: Cortemaggiore e Fiorenzuola d'Arda.

I Centri delegati, a seguito della nuova distrettualizzazione sono dislocati nel Distretto Levante e del Ponente e sono coordinati dal responsabile del Consultorio Demenze.

In questi ambulatori periferici operano a tutt'oggi:

Centro Delegato Distretto Levante:

Sedi: Fiorenzuola dr. Roberta Bonassi e infermiera Donatella Boni

Cortemaggiore dr. Lino Bartolini e inf. Tacchini Anna

Bettola: dr. Manucra Antonio e dr. Adriana Agnelli e Luisa Calandroni

Centro Delegato Distretto Ponente:

Sedi: Castelsangiovanni: dr. Maurizio Massarini e inf. Antonella Barbieri.

Dr. Elisabetta Tosca e Caposala Angelo Painsi

Bobbio dr. Luca Bertone e Inf. Angela Picchioni

LA COMMISSIONE TECNICA

Già nelle prime delibere aziendali d'avvio del progetto si è identificato, oltre al responsabile del Progetto una commissione tecnica di coordinamento, che aveva compiti di programmazione, verifica e controllo sul Progetto stesso.

I componenti di tale gruppo sono stati individuati non solo in base alla competenza professionale, ma anche alla rappresentatività dei diversi

“nodi” della rete:

- Responsabile di Progetto: Elisa Cavazzuti;
- Per il Consultorio Disturbi Cognitivi: Giordana Dordoni, Lucio Luchetti, Lorella Villa;
- Per i SAA: Franca Cordani e Giovanni Perotti;
- Per i Coordinatori Medici Case Protette: Paolo Pirotti;
- Per i MMG: Mauro Bonomini.

Le azioni più significative della commissione sono state:

- La documentazione “Terre Lontane “(il cui contributo fondamentale è stato di Mauro Bonomini- in allegato cd).
- La formazione dei MMG in collaborazione con l'Ufficio Formazione
- Il bando per l'individuazione e avvio del Centro Diurno Sperimentale
- L'opuscolo informativo per la popolazione (con contributo dell'U.O. Comunicazione e Marketing Ausl).
- La formazione agli operatori a livello distrettuale all'avvio dei Centri Delegati
- La formazione sulla stimolazione cognitiva, in collaborazione con l'UO Formazione dell'Ausl. Tale corso è stato avviato nel mese di febbraio 2006 con la partecipazione di 25 operatori di strutture protette e centro diurno sperimentale con qualifica di operatori sociosanitari, educatori, infermieri e psicologi
- La distribuzione capillare e mirata, supportata da figure professionali competenti, della pubblicazione regionale “Mi ricordo di te”.

Nell'attuale fase di riorganizzazione legata al Fondo Regionale Non Autosufficienza e all'avvio di organismi di programmazione distrettuali e provinciali, il ruolo di questa Commissione è in parte superato e si ritiene conclusa come specifica esperienza al 31/12/2008.



DATI DI ATTIVITA'

I destinatari dei Consultori e Centri Delegati

Nella deliberazione regionale del 1999 già si anticipava che le demenze rappresentavano la quarta causa di morte nella popolazione anziana ultrasessantacinquenne nei paesi occidentali ed era anticipata una costante crescita di questa patologia nel futuro.

A dieci anni di distanza i dati di previsione regionale sono confermati nella provincia di Piacenza: a fronte di una aspettativa di **629** nuovi casi annui per il 1998 (pari all'11,9% di nuovi casi per 1.000 superiori a 65 anni), nel 2008 sono ormai più di **721** nuovi casi annui (pari a 10,53%) su 981 prime visite (di cui solo 41 escludono la demenza, mentre 203 sono a rischio di demenza o in definizione di diagnosi) e questo solo nei casi diagnosticati negli ambulatori medici del Consultorio di Piacenza e dei Centri Delegati della provincia.

Poiché la popolazione che si rivolge al consultorio è esclusivamente piacentina (eccezioni a parte), si deduce che su un'attesa di casi pari all'11,9% della popolazione ultrasessantacinquenne la quasi totalità dei nuovi casi (10,53%) si rivolge alla rete consultoriale della provincia di Piacenza.

Le tabelle che seguono evidenziano l'attività svolta dai centri, riferito al numero di prime visite e visite di controllo effettuate negli ambulatori di riferimento.

PRIME VISITE:

| | Urb. | Mont. | VT | VA | AZIENDA |
|-------------|--------------------|----------------|----------------|-----------|----------------|
| 2003 | 455 | 74 | 10 | 530 | |
| 2004 | 390 | 82 | 95 | 19 | 586 |
| 2005 | 440 | 49 | 124 | 190 | 803 |
| 2006 | 448 | 52 | 131 | 225 | 856 |
| 2007 | 448 | 90 | 138 | 254 | 930 |
| | Città di PC | Levante | Ponente | | |
| 2008 | 469 | 308 | 204 | | 981 |

CONTROLLI:

| | Urb. | Mont. | VT | VA | AZIENDA |
|-------------|--------------------|----------------|----------------|-----------|----------------|
| 2003 | 821 | 33 | 0 | 0 | 854 |
| 2004 | 861 | 85 | 135 | 5 | 1086 |
| 2005 | 966 | 86 | 198 | 254 | 1504 |
| 2006 | 1064 | 153 | 298 | 459 | 1974 |
| 2007 | 939 | 241 | 334 | 545 | 2059 |
| | Città di PC | Levante | Ponente | | Azienda |
| 2008 | 925 | 749 | 519 | | 2193 |

NB: I dati sono diversamente aggregati nel 2008 per la sopravvenuta diversa determinazione degli ambiti distrettuali

I grafici riportano visivamente con immediatezza il tendenziale aumento dell'attività svolta dagli ambulatori piacentini, sia nelle prime visite, sia nei controlli.

Si ritiene a questo punto opportuno segnalare il confronto dei dati d'attività con le altre realtà aziendali della Regione. Per questo abbiamo utilizzato l'ultima relazione annuale, pubblicata dall'Emilia Romagna- anno 2007: "Lo stato d'avanzamento del PROGETTO REGIONALE DEMENZE"

Dall'analisi dei dati, con riferimento alle prime visite pag. 9. Piacenza registra un minor utilizzo dei Consultori da parte della popolazione piacentina (pari al 26% ogni 1000 abitanti ultrasettantacinquenni con indice medio regionale pari a 33,2%).

Analizzando maggiormente i dati si osserva però che l'appropriatezza dell'invio da parte dei Medici di Medicina Generale nella provincia di Piacenza è davvero molto alta: addirittura il 94% degli invii nel 2007, contro una media regionale del 79,3%, risulta effettivamente preso in carico dopo la visita, perché riconosciuto affetto dalla patologia.

Ciò depone a favore della professionalità dei MMG piacentini, ma anche dell'importante lavoro di rete che il Consultorio, come centro "hub" del territorio ha saputo creare nella realtà locale.

Il dato non può che dare soddisfazione al sistema dei servizi sanitari della provincia.

Una nota dolente si riferisce invece alla lista d'attesa, che nel territorio provinciale è superiore di ben 8 giornate circa rispetto alla media regionale.

LA RETE FORMALE ED INFORMALE

Dai dati sopra richiamati è emerso un buon lavoro di sinergia e di rete con i Medici di Medicina Generale, grazie anche ai numerosi momenti formativi organizzati con loro e alle riunioni preparatorie per l'avvio del Consultorio e dei Centri Delegati organizzati a livello distrettuale.

Sulla base di questi momenti formativi si è mantenuta una consuetudine di rapporti con i Medici di Medicina Generale, che contattano direttamente il servizio e acquisiscono utili suggerimenti sui loro pazienti e sull'evoluzione della malattia.

Come ricordato nella premessa la deliberazione regionale evidenzia però una visione complessiva del problema della demenza, raccomandando non solo un lavoro di sistema a livello diagnostico e clinico sulla patologia, ma anche un lavoro sociosanitario sul contesto di vita del paziente e con la rete

| Tab. Prime visite anno 2007 | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|---|----------------------------|----------------------------|
| AUSL | PRIME VISITE | | | |
| | N° Pazienti con 1° Visita | N° Pazienti con 1° Visita presi in carico | % Pazienti presi in carico | 1° Visite su 1000 ab.>75aa |
| PIACENZA | 930 | 871 | 94% | 26,7 |
| PARMA | 1.687 | 1.487 | 88% | 33,6 |
| REGGIO EMILIA | 2.024 | 1.626 | 80% | 39,3 |
| MODENA | 2.417 | 2.182 | 90% | 34,1 |
| BOLOGNA | 3.734 | 3.056 | 82% | 36,5 |
| IMOLA | 163 | 157 | 96% | 11,0 |
| FERRARA | 1.620 | 1.291 | 80% | 35,8 |
| RAVENNA | 1.623 | 1.407 | 87% | 34,8 |
| FORLÌ | 497 | 289 | 58% | 22,4 |
| CESENA | 662 | 570 | 86% | 32,6 |
| RIMINI | 837 | 506 | 59% | 28,8 |
| REGIONE | 16.214 | 13.442 | 83% | 33,2 |

formale dei servizi coinvolti (Servizi Assistenza Anziani distrettuali, Servizi Sociali comunali, Associazioni dedicate ecc) e della rete informale (parenti, caregivers, volontari singoli ecc).

Per verificare il reale utilizzo della rete formale dei servizi da parte dei pazienti è stata svolta una ricerca a cura dell'Assistente Sociale del Consultorio nel corso del 2007-08, i cui risultati sono sinteticamente presentati nella presente pubblicazione.

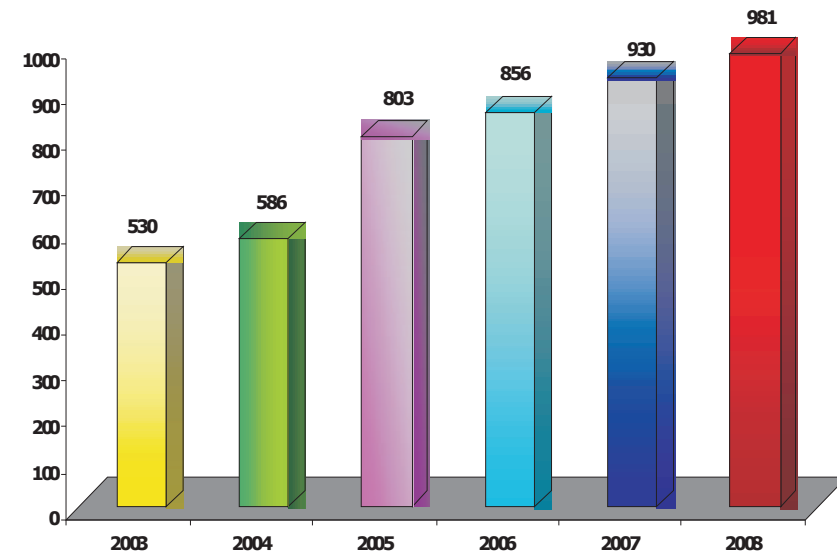
Un grosso contributo nella sistema dei servizi formali ed informali per i soggetti dementi proviene dalle **Associazioni di volontariato**, presenti sul territorio: è stato valorizzata la funzione di "ponte" tra la famiglia e le istituzioni e la conseguente messa in rete degli interventi territoriali locali.

Particolarmente significativa è stata la sinergia attuata rispetto ad incontri divulgativi sul tema alla popolazione piacentina o la realizzazione di vari momenti formativi dedicati a volontari di settore, in cui la competenza dei professionisti del Consultorio si è unita alla disponibilità e ai saperi del mondo del volontariato.

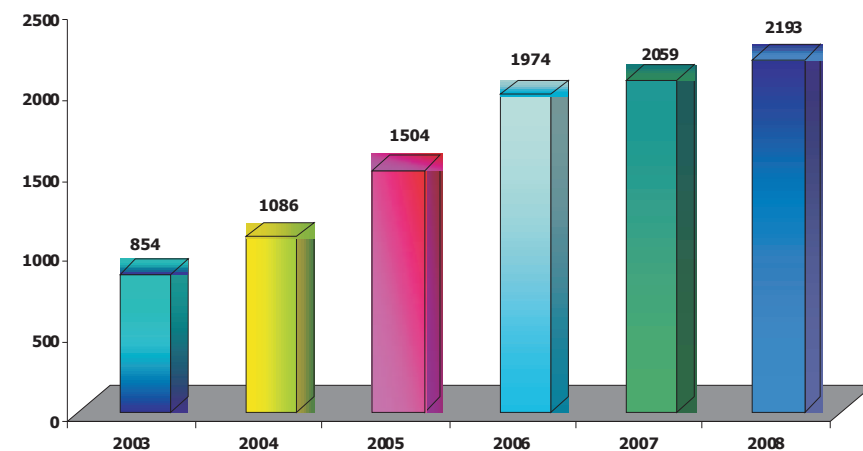
In particolare si ricordano le seguenti iniziative, organizzate da:

- **Associazione Alzheimer Italia** per corsi ed eventi seminariali, annualmente riproposti e realizzati con il contributo dei professionisti locali . In questi incontri si sono approfonditi aspetti sanitari, psicologici, di comportamento e di sicurezza legati allo sviluppo della malattia, all'adeguamento dell'abitazione alle necessità del malato, approfondimenti d'aspetti giuridici e previdenziali conseguenti alla malattia
- **Croce Rossa Italiana** con l'annuale iniziativa divulgativa curata dal dr. Renato Zurla tramite l'istallazione in una domenica nel mese di settembre di una tenda in una piazza del centro città, con dibattiti con esperti e applicazione di test.

TOTALE AZIENDALE - PRIME VISITE -
TREND 2003-2008



TOTALE AZIENDALE - CONTROLLI -
TREND 2003-2008



- **Auser** con il telefono per l'ascolto del caregiver con il progetto “mi ricordo di te”.

Quest'ultima esperienza è stata realizzata nel periodo 2007/2008, presso la sede Auser, gestita da volontari formati dal consultorio e supervisionati dallo psicologo dell'associazione la dott.ssa E.Uhunmwangho: è stata attiva su base sperimentale, una Help-Line telefonica d'aiuto ai familiari per l'ascolto/supporto nei momenti di difficoltà del compito di caregiving. Tale esperienza ha messo in luce la necessità che, per il futuro, l'intervento di supporto ai familiari debba essere accompagnato da un'assistenza domiciliare efficace e professionalmente competente, tale da garantire un effettivo sollievo ai familiari.

I risultati delle ricerche e delle esperienze avviate sono state consegnate all'Ufficio di Piano di Piacenza, che sta predisponendo gli interventi per i cittadini affetti da demenza senile, nell'ambito del Fondo Regionale della Non Autosufficienza.

Per quanto riguarda la collaborazione con la **rete informale** all'attività, inizialmente diretta più a livello clinico dal Consultorio, si sono accompagnati nel tempo interventi di supporto ai caregivers, da parte dello psicologo, delle Assistenti Sanitarie e recentemente dell'Assistente Sociale e momenti informativi e formativi che saranno specificamente illustrati nel presente documento, da parte dei diversi collaboratori del Progetto (qui in particolare si riportano i contributi della psicologa Giordana Dordoni, dell'Assistente Sanitaria Lorella Villa, dell'Assistente Sociale Andrea Albasi, del Medico di Medicina Generale Mauro Bonomini).

In questa relazione/resoconto è opportuno segnalare anche uno studio particolare della problematica dell'impegno dei caregivers, che è stato prodotto a cura del geriatra responsabile del Consultorio Lucio Luchetti, con i contributi degli psicologi E. Uzunwangho, M. Esposito e Giordana Dordoni, pubblicato su rivista della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, dal titolo “Il carico soggettivo dei care-givers d'anziani affetti da demenza: quali indicazioni d'intervento? Indagine sul territorio piacentino”. Dai risultati riportati nell'articolo emerge che per migliorare le condizioni del caregiver è bene intervenire in due direzioni: uno con servizi/interventi che alleggeriscano il carico di tempo che personalmente è dedicato dai caregivers (tramite ricoveri di sollievo, centri diurni), l'altro tramite sostegno psicoemotivo, al fine di meglio affrontare il senso di fallimento e lo stress fisico, connessa al lavoro di cura continuativa. Questo contributo potrebbe essere approfondito nell'ambito degli Uffici di Piano distrettuali, organismi tecnici attualmente preposti alla progettazione di iniziative volte alla popolazione non autosufficiente.

Altre iniziative nel piacentino

Pur essendo i Centri delegati connessi tramite un coordinamento centrale al Consultorio Disturbi Cognitivi di Piacenza, molte sono state le attività avviate a livello locale sulla tematica delle demenze, spesso con risorse proprie di enti pubblici/privati.

In particolare si ricordano le iniziative che sono state avviate da soggetti della rete periferica del **Distretto di Ponente:**

- Istituto Albesani
- Istituto Andreoli
- Servizio Assistenza Anziani di Castelsangiovanni
- Istituto formativo Don Orione di Borgonovo V.T.

Nella rete periferica del **Distretto di Levante:**

- Attività di formazione ed informazione organizzate dal Comune di Fiorenzuola
- Il Centro Diurno sperimentale Verani,
- Casa Protetta La madonnina di Caorso

Ed infine nel **Distretto Città di Piacenza**

- Centro Diurno e Casa Protetta Icos San Giuseppe
- Casa Protetta Vittorio Emanuele
- Attività di formazione ed informazione organizzate dal Comune di Piacenza

Alcune esperienze nel territorio provinciale sono riportate nella terza parte della presente pubblicazione.

2 PARTE: LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Attività medica, psicologica, infermieristica, sociale...)

L'ATTIVITA' MEDICA NEL PROGETTO DEMENZE A cura di Lucio Luchetti

“Quali sono gli outcome nella care di un paziente demente? La sfida è quella di riuscire a dare una risposta definitiva a questo interrogativo che vorrebbe dire aver capito i meccanismi più profondi della malattia” (Trabucchi 2001).

Nel 1999 era stato avviato un percorso di miglioramento nella u.o. di geriatria che individuava degli obiettivi specifici che connotavano diverse attività:

- mantenere la continuità assistenziale per tutti i pazienti tra l'ambulatorio geriatrico e il sistema dei servizi territoriali
- agevolare tutti gli utenti nelle procedure diagnostiche
- “counselling al caregiver”, ovvero trasmettere un'adeguata informazione al familiare sulla malattia, o a colui che assiste il paziente
- fornire informazioni sull'accesso al servizio a tutti i pazienti fruitori.

(standard di prodotto denominato “Percorso ambulatoriale per la diagnosi precoce delle demenze”, in “Costruzione e valutazione delle offerte sanitarie: un modello per la gestione dei percorsi e delle garanzie”, AUSL-Piacenza / Quaderno 4, dicembre 1999).

Nel corso di questi anni si è assistito ad un ampliamento dell'attività clinica con la costituzione del Consultorio aziendale per i Disturbi Cognitivi, in particolare con l'apertura dei Centri Delegati in tutti i distretti si è offerta la possibilità di avere un punto di riferimento stabile per la diagnosi e la cura del decadimento cognitivo.



Il *Progetto Cronos* è stato un modello di ricerca clinica mediante il quale il Ministero della Salute aveva integrato il processo registrativo e di rimborso dei farmaci con uno studio osservazionale su larga scala, utilizzando la rete dei propri centri specialistici. Il progetto si era posto l'obiettivo di garantire una continuità assistenziale tra strutture ospedaliere ed assistenza territoriale, per migliorare la qualità di vita e di salute delle persone colpite dalla malattia d'Alzheimer (*Gazzetta Ufficiale* 2000). Il progetto prevedeva la somministrazione di farmaci registrati a livello europeo (anticolinesterasici) per il trattamento della malattia di Alzheimer nella forma lieve e moderata, a cui si accompagnava uno studio osservazionale sui piani di trattamento farmacologico.

Inoltre, se da una parte il Progetto Cronos prevedeva la rimborsabilità di farmaci registrati per il trattamento della malattia d'Alzheimer, dall'altra si era posto come obiettivo quello di stimolare un'adeguata campagna d'informazione dedicata ai cittadini ed agli operatori sanitari, quali medici e farmacisti, oltre che alle famiglie dei pazienti, con il fine di sviluppare un progetto di gran respiro secondo un modello mai realizzato in Italia. Fu anche proposto ed attuato un programma complessivo di sorveglianza epidemiologica dell'uso dei farmaci anticolinesterasici.

Aldilà dell'aspetto farmacologico, la nascita nel 2000 del Progetto Cronos del Ministero della Salute ha segnato una tappa fondamentale nella diffusione della "*cultura geriatrica*" (in particolare l'utilizzo della valutazione multidimensionale) a favore della diagnosi e cura delle demenze ed in particolare della malattia d'Alzheimer ed ha rappresentato a tutti gli effetti il mezzo attraverso il quale "inventare un nuovo sistema d'assistenza" alla malattia d'Alzheimer.

In questi anni d'attività tuttavia il Consultorio ed i suoi Centri Delegati sono evoluti, raggiungendo risultati positivi che vanno al di là del programma iniziale. Infatti, se il progetto Cronos nasceva dalla necessità di sperimentare nel "*real world*" l'efficacia degli anticolinesterasici, il suo sviluppo ha reso fattivo ed organizzato un gruppo di servizi per la persona malata: diagnostico, clinico, comportamentale e socio-sanitario.

L'attività clinica e la prescrizione farmaco-terapeutica del Consultorio e dei Centri Delegati avviene attraverso l'aderenza alle linee guida di società scientifiche (p.e. Società Italiana di Neurologia, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, American Psychiatric Association) e secondo le prove d'efficacia evidenziate dalla letteratura scientifica.

Il Consultorio ed i Centri Delegati usufruiscono della possibilità della valutazione neuropsicologica e mantengono un collegamento fra gli ambulatori specialistici ed i centri di diagnostica (neuroradiologia, medicina nucleare, laboratorio), permettendo non solo la diagnosi cognitiva, quanto la valutazione delle patologie somatiche del paziente affetto da demenza ed il controllo periodico delle stesse.

Oltre alla terapia sintomatica cognitiva, è effettuata una valutazione dei disturbi psichici e del comportamento a cui segue, quando necessario, la prescrizione di un trattamento psicofarmacologico.



Alla terapia per i disturbi cognitivi si è aggiunta la possibilità di prescrivere i neurolettici atipici, oltre ai comuni neurolettici, per la gestione farmacologica dei disturbi comportamentali legati alla malattia.

Un aspetto innovativo nella cura del paziente affetto da demenza è stato l'avvio, dapprima sperimentale, di un Centro Diurno Specialistico per pazienti con disturbi comportamentali presso l'istituto "Verani" di Fiorenzuola d'Arda.

Se il primo obiettivo del progetto Cronos è stato la diagnosi e la conseguente prescrizione della terapia sintomatica cognitiva e tale fattore era imprescindibile dalla valutazione (e follow-up) delle condizioni somatiche dei malati affetti da demenza, un numero crescente di familiari si è affidato al Consultorio ed ai suoi Centri Delegati anche per il controllo delle altre patologie, con richiesta di una "cura globale" della persona malata.

Inoltre è stata mantenuta una costante attenzione alla valutazione e follow-up anche di pazienti affetti da demenza non-Alzheimer. Dopo la diagnosi anche pazienti affetti da demenza vascolare o altre forme di demenza (esempio la demenza insorta in corso di m. di Parkinson) hanno sempre potuto contare sulla presenza dello specialista (neurologo o geriatra) per il controllo sia cognitivo sia somatico nel tempo. Questo ha contribuito a rafforzare uno stretto legame fra famiglia, medicina generale, rete consultoriale ed unità operative ospedaliere (u.o. di neurologia ed u.o. di geriatria).

Compiti e funzioni del Consultorio per i Disturbi Cognitivi (CDC).

La funzione del Consultorio per le demenze è quella di:

- svolgere un ruolo di "indirizzo clinico", garantendo la diffusione delle linee guida e degli orientamenti regionali;

- fornire gli interventi necessari alla diagnostica di secondo livello:

 - direttamente, per quanto concerne quella neuropsicologica;

 - indirettamente, usufruendo di un canale preferenziale per la diagnostica strumentale e laboratoristica, secondo i criteri previsti dalle linee guida regionali relative al percorso diagnostico.

Tale processo diagnostico, che preferibilmente è espletato in regime di Day Service (D.S.) in quanto l'istituzionalizzazione è di per sé causa di maggior disorientamento, è importante soprattutto per le forme lievi di malattia, in altre parole nelle fasi iniziali, al fine di discriminare tempestivamente forme di *pseudodemenza* depressiva, di demenza secondaria ad altre patologie (pertanto potenzialmente guaribile) ed altre patologie (diagnosi differenziale e nosografica);

- definire l'intervento farmacologico sia cognitivo sia comportamentale nei casi necessari e fornire consulenza e follow-up periodico ai Medici di Medicina Generale che hanno in carico soggetti affetti da demenza a domicilio o in qualunque punto della sistema dei Servizi;

- prescrivere training di riabilitazione cognitiva;

- fornire consulenza ai Servizi Assistenza Anziani ed ai servizi della rete del territorio di riferimento per l'attuazione del progetto regionale sia per la gestione di casi complessi che per programmi (campagne informative, piani di miglioramento della assistenza di ogni servizio, etc.);
- assicurare collaborazione ai Servizi Assistenza Anziani del territorio di riferimento per la realizzazione di momenti informativi, educativi e di sostegno per i familiari dei malati, in linea con le linee guida regionali e in collaborazione con le Associazioni di familiari del territorio;
- assicurare collaborazione per la realizzazione, insieme ai Servizi Assistenza Anziani dei territori di riferimento, d'interventi formativi sulle demenze rivolti al Personale dei Servizi della rete, secondo le indicazioni regionali sui percorsi formativi;
- raccogliere ed elaborare dati riguardo la casistica in suo possesso.

Interfacce del Consultorio per i Disturbi Cognitivi:

- u.o. di geriatria ed u.o. di neurologia
- centri delegati distrettuali del CDC
- uu.oo. ospedaliere / dipartimenti
- Regione Emilia-Romagna: servizio governo dell'integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza
- strutture residenziali (Case Protette, RSA.).
- servizi sociali / servizi assistenza anziani – Unità di Valutazione Geriatrica
- MMG

Visite mediche e presa in carico del paziente:

- vengono eseguite da specialisti ospedalieri della u.o. di geriatria e della u.o. di neurologia, secondo una calendarizzazione mensile
- le prime visite, della durata media di 1 ora, avvengono tramite prenotazione a CUP
- le visite di controllo sono autogestite, con prenotazione diretta presso il CDC tramite l'infermiera, in relazione alla presa in carico del paziente; la durata media è di mezz'ora
- il paziente è preso in carico dal medico specialista che ha effettuato la prima visita
- nel corso della visita medica è effettuata una valutazione clinica del paziente, la prescrizione diretta d'esami ematici, strumentali, consulenze specialistiche e formulazione di piani terapeutici per farmaci in distribuzione diretta presso il CDC (anticolinesterasici ed antipsicotici atipici).
- le copie dei referti delle visite mediche e degli esami ematici/strumentali/consulenze/test cognitivi sono conservati in apposita cartella-paziente, archiviata in schedari dedicati da parte dell'infermiera del Consultorio/Centri delegati.

Piano terapeutico e distribuzione diretta dei farmaci autorizzati:

- il piano terapeutico è previsto per i farmaci inseriti nella nota AIFA 85 (ex progetto Cronos) e per gli antipsicotici atipici

- viene redatto dal medico secondo le indicazioni e modalità regionali ed aziendali

Un altro risultato da rilevare riguarda il rapporto tra il medico di medicina generale ed il medico specialista. Se da una parte è avvenuta una sensibilizzazione del medico di medicina generale ad un atteggiamento propositivo e non più pregiudizialmente rinunciatario di fronte ad un malato "storicamente" considerato senza alcuna speranza terapeutica, grazie al suo coinvolgimento diretto nella valutazione clinica di questa patologia complessa, dall'altra si è costituito un sistema di collaborazione tra medicina generale e medicina specialistica che permette di garantire una continuità assistenziale necessaria ad un paziente complesso anche per le modificazioni che subiscono nel tempo i suoi bisogni.

Il collegamento con il professionista che segue nel quotidiano il malato è infatti di grande importanza non solo per la diagnosi precoce, quanto per il costante follow-up del malato.

La sfida è quella di sviluppare una maggiore collaborazione formale che aumenterebbe la sicurezza gestionale e la creazione di una rete casa-ospedale fortemente motivata.

Attività di consulenza psicologica nell'ambito del Progetto Demenze

A cura di Giordana Dordoni e Mauro Bonomini

La presenza dello psicologo nell'ambito del consultorio per i disturbi cognitivi è prevista dal progetto regionale: la figura psicologica può espletare in quest'ambito sia la funzione clinica per i risvolti e le ricadute sul piano psichico che tale patologia comporta, sia per la valutazione neuropsicologica del funzionamento cognitivo del paziente.

L'attività dello psicologo presso il consultorio per i disturbi cognitivi è prevista sia per la sede di Piacenza che per i centri delegati ed è così declinata:

Esami neuropsicologici rivolti ai pazienti:

FIORENZUOLA (presenza c/o Rose selvatiche- CP Verani 1 volta al mese).

PIACENZA (presenza 1 giorno la settimana c/o Consultorio).

CASTEL SAN GIOVANNI (invio dei pazienti a Piacenza)



Sostegno psicologico rivolto ai familiari:

PIACENZA (presenza 1 giorno la settimana)

FIORENZUOLA (presenza 1 volta al mese)

Conoscenza malattia:

- 1) colloqui psicologici individuali
- 2) incontri d'informazione-formazione malattia, evoluzione, coping ecc.
- 3) supervisione attività d'ascolto telefonico infermieristico

Sostegno emotivo:

- 1) colloqui psicologici individuali (ansia, depressione, strategie di coping inadeguate)
- 2) gruppo di sostegno psicologico (cadenza mensile x 5 volte con media di 10 persone partecipanti ad incontro)
- 3) gruppo di rilassamento (cadenza settimanale x 6 volte con media di 10 persone partecipanti ad incontro con copresenza e conduzione dott. Bonomini).

Attività di formazione rivolte ad associazioni di volontariato:

ASSOCIAZIONE ALZHEIMER: attività di formazione rivolta ai familiari

AUSER: elaborazione e supervisione progetto "Mi ricordo di te" Help line telefonica

Attività di formazione rivolta ad esterni: personale impiegato in strutture e al domicilio

Attività di monitoraggio: degli interventi riabilitativi del centro diurno specialistico Verani per persone con patologie degenerative di grado moderato-severo con BPSD

L'attività clinica dello psicologo del Consultorio si esplica in particolare a favore di:

* PAZIENTI

Il paziente, inviato allo psicologo dallo specialista consultoriale o dal MMG, è accolto per un primo colloquio con il familiare per raccogliergli sia la storia personale sia di malattia.

In seguito è sottoposto a valutazione cognitiva, affettivo/comportamentale, funzionale e degli aspetti relazionali e di comunicazione.

Gli obiettivi della valutazione sono quelli di confermare il sospetto diagnostico di deterioramento cognitivo, definirne l'entità, **caratterizzarlo**

qualitativamente, contribuire all'inquadramento nosografico, fornire indicazioni di carattere prognostico e terapeutico. e programmare eventuali interventi riabilitativi ed assistenziali.

L'esame prevede quindi un colloquio clinico con il paziente e la somministrazione di una batteria testistica, un colloquio con il familiare e la discussione del caso con il medico consultoriale di riferimento. Il paziente viene monitorato nel tempo per seguire l'andamento della malattia e modulare gli interventi che si possono rendere necessari.

Gli interventi psicologici al paziente sono principalmente rivolti agli aspetti affettivi del proprio vissuto. In particolare nelle fasi iniziali della demenza ed alla presenza di sintomi depressivi e all'elaborazione della malattia e possibilità del percorso terapeutico

***FAMILIARI/CAREGIVERS**

L'aiuto rivolto al familiare prevede l'informazione concernente le caratteristiche peculiari della malattia, il probabile decorso nel tempo, le strategie gestionali ed i possibili cambiamenti nelle relazioni familiari ed i vissuti emotivi correlati. "Conoscere" infatti, significa sapere a cosa si va incontro ed essere preparati ad affrontare i cambiamenti. La malattia può produrre nelle familiari emozioni negative, legate alla perdita affettiva inflitta dalla patologia, alle difficoltà relazionali che insorgono nei confronti di una figura parentale altamente significativa ed ai cambiamenti nella vita personale e sociale del familiare stesso.

I familiari utilizzano lo spazio "privato" del colloquio quale momento per sé, in cui riflettere ed elaborare una nuova dimensione del vivere con la malattia e sperimentano modalità diverse di svolgere l'attività assistenziale con una ricaduta sulla relazione con il malato, e nella cura di sé.

L'analisi della domanda vale a dire il rilevamento dei bisogni della famiglia è indispensabile per formulare una risposta che può articolarsi in:

- intervento informativo con utilizzo di materiale adeguato predisposto
- intervento formativo per la gestione delle difficoltà del paziente in particolare per i sintomi comportamentali
- intervento di supporto sul piano emozionale

Presso il consultorio sono fornite consulenze individuali al familiare e sono attivi:

gruppi d'auto/mutuo aiuto

gruppi di rilassamento e gestione dello stress

esperienza di gruppo teatrale

GRUPPI D'AUTO/ MUTUO AIUTO

Gli incontri d'auto/mutuo aiuto hanno una frequenza media di dieci partecipanti a seduta, lo scopo degli stessi è accrescere le conoscenze relative alla patologia e far acquisire strategie di coping per fronteggiarne gli aspetti più problematici che si evidenziano nell'espletamento del ruolo di caregiving.

In questi incontri sono trattati tra gli altri temi quali:

- disturbi del comportamento;
- disturbi della sfera cognitiva;

complicanze;

processo d'accettazione della malattia.

I disturbi del comportamento come le allucinazioni, l'aggressività, l'agitazione psicomotoria, l'attività motoria aberrante, comportamenti alimentari particolari, la depressione, i deliri, l'alterazione del ritmo sonno-veglia, l'inerzia motoria e comportamentale, e la labilità del tono dell'umore rendono ancora più complessa e difficile l'assistenza ai malati.

Per quanto riguarda i disturbi della sfera cognitiva, la demenza colpisce le funzioni mentali che permettono ad ogni persona di conoscere e riconoscere il mondo circostante, gli stimoli, i segnali che da esso provengono, ma anche di identificare e riconoscere gli stimoli che provengono dal proprio corpo e dare loro un significato.

Le complicanze si presentano spesso nella fase intermedia/avanzata della malattia, in casi molto gravi spesso sono inevitabili, ma a volte con un'assistenza adeguata è possibile prevenirle o in ogni caso ritardarne la comparsa ed il gruppo ha l'obiettivo di fare conoscere al caregiver alcuni strumenti o tecniche per poter affrontare al meglio queste problematiche.

Altro tema fondamentale trattato nei gruppi è l'accettazione della malattia: il percorso psicologico che intraprende il familiare di una persona ammalata di demenza è molto simile a quello che si vive in una situazione luttuosa, ma questa è una perdita carica d'ambivalenza: il congiunto è vivo, ma ha perso la "propria identità" ed è quindi più che mai necessario elaborare tale perdita ed analizzare gli effetti prodotti sull'assetto psichico.

Confrontarsi con altri familiari, e con la loro esperienza, come avviene nei gruppi, serve a sentirsi meno soli, maggiormente compresi, a raccogliere indicazioni utili su comportamenti efficaci, scelte difficili, e interventi utili.

Durante gli incontri condotti dalla psicologa del consultorio i partecipanti al gruppo raccontano le proprie testimonianze e lo scambio che ne consegue tra i membri veicola non solo le valutazioni razionali dell'assistenza, ma anche gli stati d'animo e le emozioni.



Il ruolo dell'operatore in questa situazione è quello di facilitare la comunicazione e le dinamiche relazionali tra i partecipanti e di contenere le ansie e le preoccupazioni del gruppo.

GRUPPI DI RILASSAMENTO

I gruppi di rilassamento hanno frequenza settimanale; lo scopo dei gruppi è l'acquisizione di tecniche di rilassamento e di gestione dello stress provocato dall'impegno d'assistenza.

Le sedute di rilassamento sono effettuate presso la sede di Piacenza in un ambiente attrezzato appositamente (tinteggiatura delle pareti, poltrone da rilassamento...)...

Dal 2002 ad oggi sono stati realizzati sette moduli d'incontri di cinque sedute ciascuno, con una media di dieci partecipanti ad incontro.

I gruppi sono stati condotti dal medico dr. Mauro Bonomini con la collaborazione degli operatori del consultorio: psicologa, assistente sociale ed infermiere.

Il senso di questi gruppi è l'importanza di fare acquisire tecniche di controllo delle emozioni anche negative sperimentate nel rapporto assistenziale e tecniche che favoriscano la socializzazione e la coesione del gruppo attraverso la condivisione d'emozioni indotte dall'ascolto di musiche, profumi, sapori e dalle verbalizzazioni che ne conseguono.

Nell'ambito di quest'attività è stato realizzato dagli operatori del consultorio un filmato avente come attori i familiari dei pazienti che evidenzia tutte le tecniche di rilassamento utilizzate durante le sedute.

GRUPPO TEATRALE ZIO AL

Il Progetto "Zio Al" nasce come prosecuzione degli interventi svolti presso il Consultorio Disturbi Cognitivi dell'Ausl di Piacenza per il supporto ai famigliari di pazienti con demenza. Questi interventi vedono la partecipazione degli operatori del Consultorio in collaborazione con il Centro Studi e Formazione della Fondazione Verani-Lucca di Fiorenzuola e della Medicina di Gruppo Rose Selvatiche. Oltre ai gruppi d'auto-aiuto e alle tecniche di rilassamento, sensorialità, corporeità e gestione dello stress, sono state programmate un'esperienza di Teatro-terapia con l'intervento dell'Associazione Culturale Mimemask e la costruzione di un blog dedicato alle demenze. L'attività si è svolta durante il corso dell'anno 2008, in diversi incontri tra operatori e famigliari tenuti presso il Consultorio Disturbi Cognitivi. Le persone coinvolte hanno affrontato esperienze di tecniche di spettacolo: mimo, racconto, recitazione, incentrate anche a sperimentare la rappresentazione teatrale della malattia. Alla fine del percorso è stata organizzata una rappresentazione teatrale (Al Caffè dello zio AL) messa in scena nel marzo 2009 presso la Fondazione Verani-Lucca di Fiorenzuola, a cui hanno partecipato anche operatori dei servizi domiciliari del Comune di Fiorenzuola e della Fondazione stessa. Negli incontri riservati alla costruzione del blog si sono raccolte esperienze ed impressioni che hanno trovato anche collocazione nei testi utilizzati per lo spettacolo. Il blog è stato pubblicato in forma sperimentale nell'estate del 2008 (è visibile all'indirizzo www.zioal.splinder.com) e sarà inaugurato nella primavera del 2009.

L'esperienza teatrale ha sicuramente contribuito a rinforzare la motivazione e la relazione tra operatori e famigliari, ha rappresentato un eccezionale punto d'incontro, collaborazione e scambio tra componenti diverse dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari e ha offerto alla popolazione l'occasione di una presa di coscienza meno usuale e più coinvolgente sul tema della demenza. Per i famigliari l'approccio con la Teatro terapia ha permesso l'acquisizione di maggiore sicurezza e autostima personale, oltre che la sperimentazione diretta delle dimensioni esistenziali

delle persone affette da demenza. La disponibilità e l'umanità dei ragazzi e ragazze dell'associazione Mimemask hanno costituito un notevole valore aggiunto, dimostrando nei fatti la possibilità di coinvolgere età ed esperienze differenti su un tema delicato, ma che necessariamente avrà un'espansione notevole nel prossimo futuro.

L'ATTIVITA' INFERMIERISTICA NELL'AMBITO DEL PROGETTO DEMENZA

a cura di Lorella Villa

La demenza è uno dei più delicati problemi che si pone nell'assistenza infermieristica in età senile. E' una situazione clinica complessa e prendersi cura di una persona con questa patologia è un lavoro che richiede competenze professionali tecniche, ma soprattutto comunicative e relazionali.

E' un compito che richiede molta pazienza ed elevata sensibilità professionale. Si devono accettare i limiti del paziente e dei suoi familiari, ma bisogna imparare anche a confrontarsi con i limiti dell'agire terapeutico.

La figura dell'infermiere, insieme alle altre figure presenti all'interno del Consultorio è di riferimento a tutto il percorso diagnostico-terapeutico e riabilitativo del paziente demente, accompagna i familiari nella conoscenza e nell'accettazione della malattia e li indirizza verso nuove modalità relazionali. La conoscenza più approfondita del paziente e del suo nucleo familiare che si instaura nel tempo favorisce la funzione di filtro, che l'operatore svolge: si devono spesso riconoscere le reali motivazioni che inducono l'utente o il familiare a contattare il Servizio, distinguendo una richiesta di sostegno/aiuto da una reale esigenza di controllo medico.

In particolare le consulenze telefoniche sono un aspetto importante del lavoro nel Consultorio: il paziente chiama per un senso d'incertezza che lo pervade o d'inquietudine legata all'insorgenza di disturbi cognitivi, mentre il caregiver chiama perché prevale un senso di solitudine e di bisogno di relazionarsi con qualcuno esterno alla famiglia: "Non ce la faccio più ed ho



bisogno di parlarne con qualcuno”, “Sono solo a gestire tutto questo, i miei figli abitano lontano”.

I familiari chiedono informazioni sulla gestione quotidiana e suggerire azioni semplici può ridurre l'ansia del paziente e facilitare il compito di chi assiste: è più utile per esempio accompagnare il paziente in bagno e fargli “ da specchio” esemplificando le azioni senza parlare, piuttosto che descrivere a parole le azioni che si chiedono di eseguire.

Il percorso terapeutico del paziente inizia in consultorio con la raccolta di dati anamnestici da parte della figura infermieristica e poi con la pianificazione di prestazioni diagnostiche ad accesso privilegiato.

Con la presa in carico del soggetto affetto da demenza e dei suoi familiari continua la fase terapeutica, tramite la distribuzione diretta dei farmaci anticolinesterasici e antipsicotici atipici, si attua un monitoraggio costante dell'assunzione della terapia e si individuano eventuali effetti collaterali con segnalazione al medico ed individuazione dei successivi controlli specialistici, prescritti dal medico consultoriale.

La distribuzione diretta di questi farmaci comporta anche tutta l'organizzazione del loro approvvigionamento e controllo, in collaborazione con la farmacia ospedaliera. Durante l'assunzione di questa terapia medica sono previsti esami elettrocardiografici di monitoraggio che sono programmati ed eseguiti direttamente presso il Consultorio.

Infine l'infermiere interviene nei momenti di Formazione e Sostegno dei familiari, organizzati nell'ambito della programmazione annuale, insieme con altre figure presenti nel Consultorio (Medico Specialista, Psicologo, Assistente Sociale) per garantire:

- la presa in carico congiunta di malato e del caregiver principale,
- la valorizzazione del familiare come risorsa,
- il coinvolgimento del familiare nella predisposizione del piano d'assistenza individualizzato,
- un Programma di formazione periodico per i familiari degli anziani in carico al Servizio
- collaborazione nella stesura del Piano d'Assistenza individualizzato quale strumento cardine nella personalizzazione della cura e nell'organizzazione degli interventi assistenziali.

Tali contenuti formativi evidenziano l'importanza di una corretta lettura del bisogno, che nello specifico professionale diventa strumento sistematico e costantemente aggiornato sia per l'invio a specifiche competenze professionali quali il medico, lo psicologo, lo specialista sia per la pianificazione ed adeguamento dei piani di trattamento sia nell'ambito di un rapporto di fiducia che si instaura nella relazione di cura tra figura infermieristica e caregivers.

L'ATTIVITA' DELL'ASSISTENTE SOCIALE

a cura di Andrea Albasì

ATTIVITA' SOCIALE IN AMBITO CONSULTORIALE

Nel Consultorio Disturbi Cognitivi aziendale opera dalla fine 2006, con presenza settimanale, un Assistente Sociale: la sua attività consiste in una consulenza socioassistenziale rivolta ai familiari (caregiver) d'anziani affetti da deterioramento cognitivo.

L'attività si articola in cinque fasi: una prima d'accoglienza e rilevazione del bisogno, una seconda fase rivolta alla guida dei servizi, una terza fase d'invio alla rete dei servizi, una quarta fase d'accompagnamento all'utente e alla sua famiglia nel percorso assistenziale ed un'ultima fase di monitoraggio dell'attività.

1° Fase: Accoglienza e Rilevazione del bisogno

Questa fase consiste nell'accoglienza del caregiver, il quale è portatore di un bisogno, attraverso il colloquio professionale; viene rilevato il bisogno, che può essere di tipo: economico, assistenziale, di supporto sociopsicologico e relazionale.

2° Fase: Guida ai servizi

In questa fase al familiare sono illustrati i possibili servizi ai quali possono accedere, descrivendo dettagliatamente ogni tipo d'intervento che il sistema socio-sanitari organizza.

I servizi/prestazione della rete socioassistenziale a cui i familiari possono accedere di norma sono:

assistenza domiciliare: Insieme d'attività integrate erogate a favore delle famiglie che assistono una persona in condizioni di dipendenza e realizzate attraverso interventi integrati di medici di famiglia, infermieri e terapisti della riabilitazione. Le prestazioni erogate prevedono assistenza diretta alla persona, aiuto domestico, prestazioni igienico-sanitarie e segretariato sociale.

Strutture semi-residenziali (centri diurni) che assistono anziani



parzialmente auto o non autosufficienti, in fasce orarie diurne, attuando programmi di riabilitazione e socializzazione. Al termine della giornata l'anziano fa rientro nella propria abitazione.

Strutture residenziali destinate prevalentemente ad anziani in condizioni di non autosufficienza fisica o psichica, per i quali non è possibile il mantenimento nel proprio ambito familiare e sociale.

Contributi economici ovvero contribuzioni giornalieri/mensili per es: assegno di cura previsto per le famiglie che garantiscono, prestazioni socio-assistenziali nell'ambito di un complessivo programma d'assistenza individualizzato definito dall'Unità di Valutazione Geriatrica.

3° Fase: Invio alla rete dei servizi

In questa fase il familiare è inviato al servizio della rete territorialmente competente (dopo verifica anagrafica dell'anziano), tale da permettere l'adeguata presa in carico da parte dell'assistente sociale comunale *“responsabile del caso”*.

La rete dei servizi per anziani si attiva su segnalazione dello stato di bisogno dell'anziano, segnalazione che può essere eseguita da chiunque venga a conoscenza di una situazione critica (anziano stesso, parente, medico di base, reparti ospedalieri, assistente sociale, volontario, ecc.)

La richiesta d'intervento deve essere presentata al Servizio sociale del Comune di residenza dell'anziano.

L'Assistente sociale del Comune di residenza dell'anziano raccoglie la documentazione necessaria e trasmette il fascicolo completo al Servizio assistenza anziani (SAA) distrettuale

Il Servizio Assistenza Anziani (SAA) distrettuale attiva la Commissione Unità di valutazione geriatrica.

La stessa Commissione UVG esegue la visita domiciliare e certifica l'autosufficienza o la non autosufficienza dell'anziano e predispone quindi il programma assistenziale individualizzato (PAI) e indica il tipo di servizio più idoneo per la persona.

A questo punto si evidenziano due percorsi:

- Inserimento nel servizio indicato (tramite autorizzazione e documentazione socio-sanitaria che il Servizio Assistenza Anziani invia al responsabile della struttura protetta o del servizio territoriale)

- Inserimento del nominativo in lista d'attesa, in mancanza di posto disponibile o non gradito dall'utente o familiari.

Il Servizio assistenza anziani rappresenta dunque il punto di riferimento per il coordinamento e l'integrazione delle attività socio-sanitarie per l'anziano in stato di bisogno.

Come si evidenzia il percorso è ben definito per tutti gli anziani non autosufficienti che necessitano d'interventi sociali e sanitari. Compito dell'Assistente Sociale del Consultorio è quello di favorire il contatto tra i familiari del soggetto affetto da demenza e la suddetta rete territoriale, in particolare connettendosi con l'Assistente Sociale comunale *“responsabile del caso”*, competente per la presa in carico di soggetti non autosufficienti del territorio comunale.

4° Fase: Accompagnamento all'accesso dei servizi

In questa fase vi è l'accompagnamento all'accesso dei servizi attraverso contatti telefonici con il *“Responsabile del Caso”*, tale da favorire l'adeguata presa in carico da parte del servizio competente.

5° Fase: Monitoraggio attività

In quest'ultima fase vi è un'attività di registrazione degli invii ai servizi attraverso una scheda di *“rilevazione attività assistente sociale”* aggiornata mensilmente, tale da favorire il continuo monitoraggio e con funzione d'integrazione con i servizi della rete.

L'INDAGINE SULL'UTILIZZO DELLA RETE

Nel corso del periodo tra l' 1/11/2007 al 1/11/2008 è stata realizzato a cura dell'Assistente Sociale Consultoriale un'inchiesta tesa a verificare la reale presa in carico dei servizi territoriali dei pazienti affetti da demenza senile, tramite un campione di familiari, come sotto descritto.

Il senso della ricerca era quello di verificare se i servizi attuali a favore di soggetti non autosufficienti rispondono e in che misura ai bisogni di anziani affetti da demenza senile.

Il campione analizzato fa riferimento alla totalità di *“schede riassuntive dei servizi”* raccolte dalla data 01/11/2007 all'01/11/08 dal Consultorio per i disturbi cognitivi, pari al 37% dei pazienti in carico al consultorio alla data sopraccitata.

Le schede sono state successivamente rielaborate attraverso l'utilizzo del data base in uso al Servizio Assistenza Anziani, ciò ha permesso di avere dati certi su servizi come:

Assegni di Cura

Centri Diurni

Case protette e R.S.A.

S.A.D. e S.A.D. di Sollievo.

Ricoveri Temporanei di Sollievo

Dai risultati ottenuti, il dato più evidente è che il numero di persone che non usufruiscono di servizi è pari al 39% e si evidenzia come la maggioranza degli utenti faccia utilizzo d'assistenza privata 21%, i ricoveri in struttura sono solo il 5,2%.

Emerge un importante dato già empiricamente noto agli addetti al lavoro: i familiari tendono, infatti, a mantenere presso il proprio domicilio le persone affette da deterioramento cognitivo.

L'analisi dei dati mostra altresì che sebbene sussista questa volontà, vi è uno scarso utilizzo dei servizi domiciliari: solo il 3,8% delle persone usufruiscono dell'assegno di cura; solo il 2,4% usufruiscono del servizio domiciliare e sempre solo il 2,4% del servizio di sollievo, altro dato analizzabile è lo scarso utilizzo del ricovero temporaneo di sollievo, dove si sono registra solamente lo 0,6%.

Ultimo dato evidenziabile è l'utilizzo del Centro Diurno, anche in questo caso solo il 3,8% di persone ne usufruiscono o ne hanno usufruito.

In particolare i dati sono rappresentati nel prospetto seguente:

TIPOLOGIA SERVIZI DI CUI IL PAZIENTE USUFRUISCE:

- ❑ ASSISTENZA PRIVATA: 21 %
- ❑ ADI: 0,6 %

- ❑ ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE: 2,4 %
- ❑ PROGETTO SOLLIEVO (COMUNALE): 2,4 %
- ❑ VOLONTARIATO: 0,4 %
- ❑ ASSEGNO DI CURA: 3,8 %
- ❑ INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO: 7 %
- ❑ CENTRO DIURNO: 3,8 %
- ❑ RSA TEMPORANEA: 0,6 %
- ❑ RICOVERO IN STRUTTURA: 5,2 %
- ❑ PERSONE CHE NON USUFRUISCONO DI SERVIZI: 39 %
- ❑ PERSONE CHE HANNO EFFETTUATO RICHIESTE (in attesa di usufruire dei servizi): 13,8 %



Il limitato utilizzo dei servizi esistenti da parte di anziani affetti da demenza senile, è motivato dagli utenti e nel vissuto degli operatori che lavorano a stretto contatto dell'utenza, dalla poca flessibilità dei servizi, dall'orario limitato d'assistenza domiciliare, dalla mancanza di competenza specifica sull'anziano demente da parte degli operatori, dalle difficoltà e problemi legati alle caratteristiche individuali del paziente demente ed ad un legame abbastanza esclusivo che si determina tra chi accudisce un demente e il paziente stesso.

La segnalazione di questi problemi ha contribuito alla definizione d'obiettivi e d'azioni specifiche che si ritrovano nei nuovi piani di zona sociali e sanitari elaborati per il triennio 2009-11 presso ciascun Distretto della provincia.

Tutti i piani prevedono, infatti, il finanziamento d'iniziative ed interventi per facilitare l'accesso ai servizi.

TERZA PARTE: LE ESPERIENZE DISTRETTUALI

L'ESPERIENZA DEL DISTRETTO PONENTE a cura di Giovanni Perotti

La rete sociosanitaria per anziani del Distretto di Ponente e prima dell'ex Distretto Val Tidone è stata particolarmente attiva nell'individuare interventi e servizi a favore di soggetti affetti da demenze senile.

Probabilmente tale sensibilità è legata ad una tradizione locale, che vede un territorio, soprattutto quello della Val Tidone, molto ricco d'esperienze di strutture residenziali per anziani non autosufficienti, tanto che molti residenti degli altri territori distrettuali della Provincia hanno utilizzato e utilizzano in quella zona i posti convenzionati, essendo gli stessi attualmente in esubero rispetto alla popolazione della vallata.

Era naturale dunque che la problematica dell'anziano affetto da disturbi cognitivi fosse oggetto di specifici interventi, soprattutto nelle due più grandi Case Protette convenzionate, direzionato non solo ad interventi di stimolazione cognitiva all'interno delle due strutture (Albesani ed Andreoli), ma anche avviando progetti di sostegno alla domiciliarità a favore di soggetti dementi, da parte della Casa Protetta Albesani.

Il progetto, che l'Istituto Albesani ha realizzato, consiste in un modulo assistenziale d'interventi domiciliari per alleviare il carico del care-giver ed è partito, in base alla DGR 2750/03 da giugno 2006 con finanziamento regionale e dei Comuni.

Sin dall'inizio il progetto è stato attuato, a favore dei Comuni dell'ex Distretto Val Tidone, dalla Casa protetta Albesani con una media d'utenza di circa 15 anziani l'anno, tramite la rete del Servizio Assistenza Anziani.

Dal 2008 l'istituto Albesani ha proseguito il progetto per i Comuni dell'ex Distretto con un'utenza di circa 23 anziani, per un totale di n. 3.133 ore d'assistenza, n. 648 ore di trasferimenti e per un costo complessivo di circa € 73.000,00.

Per la sub-area della bassa Val Trebbia – Val Luretta il progetto è attuato dai singoli Comuni; attualmente è stato avviato dal Comune di Gragnano Tr. con due utenti.

Dal 1° ottobre 2008 il progetto è stato ampliato sul territorio dell'alta Val Trebbia e ora sono in carico 21 anziani; l'ente attuatore è la



Comunità Montana.

Il procedimento d'integrazione socio-sanitaria prevede l'invio del paziente da parte del MMG al Consultorio dei disturbi cognitivi, il coinvolgimento dell'assistente sociale, l'invio della pratica al SAA, l'elaborazione da parte dell'UVG del PAI, contenente l'indicazione del pacchetto d'ore d'assistenza domiciliare da garantire.

Dal 2008, in un'ottica di sostegno alle famiglie d'anziani non autosufficienti ed in particolar modo come ulteriore opportunità alla domiciliarità, sono stati attivati nel Distretto n. 5 posti di sollievo presso le strutture del territorio.

Inoltre il SAA dell'ex Distretto Val Tidone considerando l'importanza della formazione degli operatori, ha promosso in collaborazione con l'Istituto Don Orione di Borgonovo alcuni corsi d'aggiornamento per OSS:

Anno 2002: " Morbo d'Alzheimer. Come gestire l'anziano " corso di 50 ore a cui hanno aderito n. 24 partecipanti;

Anno 2003/2004: " Metodologia d'approccio all'anziano affetto da demenza nelle strutture per anziani " corso di 50 ore a cui hanno aderito n. 26 partecipanti;

Anno 2006: " Sviluppo di capacità professionali per gestire l'anziano affetto da demenza " corso di 50 ore a cui hanno aderito n. 23 partecipanti;

L'ESPERIENZA DEL DISTRETTO DI LEVANTE

a cura di Mauro Bonomini e Claudia Ghisoni:

IL PROGETTO

La progettazione del Centro Diurno Specialistico per pazienti dementi con gravi comportamenti cognitivi prende il via dall'esperienza pluriennale della Casa Protetta Prospero Verani di Fiorenzuola. In questa struttura, infatti, da una situazione in cui alcuni pazienti erano ancora parzialmente autosufficienti, si era arrivati con gli anni ad avere una netta predominanza (da un minimo dell'80% ad un massimo del 94%) di ospiti con demenza. La Casa Protetta si era quindi attivata per formare il personale a questa particolare contingenza, mettendo in atto anche momenti organizzati di Stimolazione Cognitiva, ROT formale e informale, terapie occupazionali individualizzate, momenti di simulazione didattica per i meno deteriorati.

La considerazione che molte famiglie con pazienti dementi con disturbi del comportamento lamentavano la mancanza di un servizio semiresidenziale, che permettesse loro di mantenere a domicilio i propri familiari nelle ore serali e notturne e l'avvio di un Progetto Demenze

della Regione Emilia-Romagna, in cui erano previsti specifici finanziamenti per l'avvio di centri diurni ha permesso la realizzazione della struttura semiresidenziale.

Nel 2001 l'Azienda USL di Piacenza ha promosso un bando di concorso per l'individuazione di Centri Diurni Sperimentali a livello provinciale dedicato a questa tipologia di utenti e il finanziamento è stato assegnato alla struttura Verani.

Il Progetto del Centro è stato condiviso nella sua realizzazione con l'AUSL di Piacenza e il Comune di Fiorenzuola d'Arda.

La progettazione è stata concordata in particolare con esperti del settore (Dott.ssa Silvano, Dott. Bruzzi, Dr. Pirotti), professionisti più volte individuati come componenti di commissioni regionali sull'argomento.

L'inaugurazione del Centro Diurno Sperimentale Verani risale al 2002.

DESCRIZIONE DELL'AMBIENTE

L'ambiente ottenuto è protesico, ciò significa che per la costruzione sono state seguite le indicazioni degli esperti ed è quindi un ambiente idoneo alla cura di pazienti con demenza e gravi disturbi comportamentali.

In particolare si è tenuto conto delle esigenze peculiari di questo tipo di pazienti: spazi liberi da ostacoli, percorsi sicuri per il wandering, mancanza d'elementi disturbanti (specchi e superfici riflettenti), arredamento semplice, illuminazione diffusa e senza ombre, zona esterna adeguatamente protetta, accessi controllati.

Per l'allestimento di un contesto di vita adeguato la Fondazione ha completamente e profondamente ristrutturato gli ambienti del piano terra dell'edificio storico.

Le varie sale (6) a disposizione sono utilizzate in momenti diversi come spazi multifunzionali con zone per le attività di stimolazione cognitiva, per le attività ludiche, sale da pranzo (sia con gruppi, che per individui singoli), per il riposo.

Tutte queste stanze sono dotate di percorso senza ostacoli, comunicanti con percorso libero e quindi non limitative per il wandering dei pazienti.

I colori delle pareti e dei pavimenti sono tenui e diversificati per favorire il contrasto, le luci sono dislocate in modo da non creare zone d'ombra mantenendo una buona illuminazione per favorire la funzione visiva. L'arredamento è composto da mobili d'epoca (credenze, comò, comodini, cassettiere, divani, poltrone, sedia a dondolo, tavoli, sedie, bauli), privi di spigoli o vetri che possano causare pericolo.

L'ambiente è sicuro, facilmente esplorabile e gli ospiti qui trovano materiali manipolabili per favorire la stimolazione tattile e la funzione motoria (pupazzi, bambole, oggetti domestici, biancheria, canovacci, borsette, cappelli ecc.).

E' presente una zona soft-corner per favorire il riposo, un bagno attrezzato per l'igiene personale degli ospiti ed altri quattro bagni dislocati nel reparto facilmente individuabili ed usufruibili dagli ospiti sia in autonomia che in supervisione.

Una cucina è riservata agli ospiti per attività di terapia occupazionale, mentre il locale lavanderia, opportunamente chiuso, permette agli operatori di far fronte a piccole richieste di piccolo bucato e pulizia. Un'infermeria è riservata alle prestazioni infermieristiche, alla gestione e conservazione dei farmaci, dei documenti sanitari e alla compilazione della modulistica socio-sanitaria.

All'esterno un giardino con accorgimenti per la sicurezza, quali una recinzione che isola dalla visione dell'esterno, ben utilizzato nella bella

stagione. E' presente una stanza per la psicomotricità.

Alle porte d'ingresso sono installati codici di sicurezza. L'orario d'apertura è dalle 8,00 alla 17,00 ed è flessibile, per andare incontro ancora di più alle esigenze delle famiglie e degli ospiti stessi.

L'ATTIVITA'

L'accesso al Centro Diurno Demenze (d'ora in poi indicato con sigla CDD) è autorizzato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale del Distretto di Levante e i pazienti sono seguiti in collaborazione con il Consultorio Ausl per i Disturbi Cognitivi, Centro Delegato di Fiorenzuola, presente nello stesso stabile.

Il Centro Diurno accoglie un massimo di 20 ospiti: su richiesta il Centro è attivo anche nelle giornate festive ed è offerto, in casi di necessità, un ricovero notturno di sollievo presso la RSA della Fondazione Verani.

La permanenza nel CDD riduce drasticamente gli episodi d'agitazione psicomotoria degli ospiti, con un evidentissimo miglioramento dello stress dei care-giver (riduzione netta dei valori, in misurazioni successive, dell'indice di stress, 60 su 68 familiari).

Dal 2001 al 2008 sono stati ricoverati presso il CDD 68 ospiti. Tra questi 11 hanno visto migliorare le loro prestazioni cognitive tramite misurazione scala standardizzata, 17 sono rimasti stazionari, 19 hanno peggiorato la loro performance. Per i restanti 21 ospiti, il test non era somministrabile già all'ingresso. Questi valori sono ampiamente giustificati dalle condizioni di demenza grave presentate da tutti i pazienti.

La risposta del CDD è preziosa e insostituibile per quelle famiglie che, altrimenti, sarebbero costrette ad inserire il paziente in strutture residenziali. Questa soluzione garantisce loro un periodo della giornata attivo e libero da preoccupazione e la limitazione nei disturbi comportamentali che s'instaura nel paziente permette un migliore e meno stressante gestione della permanenza serale e notturna a domicilio.

Una particolare attenzione è posta nella relazione con il paziente e con i suoi famigliari, che sono coinvolti sin da subito nelle dinamiche terapeutiche. Un diario condiviso raccoglie eventi, impressioni e note che operatori e famigliari raccolgono secondo i rispettivi ruoli.

Per ogni ospite è elaborato un Progetto Assistenziale Individuale, che si avvale della valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale. Il Progetto è costantemente verificato, aggiornato con l'evolversi della malattia con la condivisione di tutti gli operatori e in seguito dei famigliari.

Un Geriatra consulente incaricato dall'AUSL funge da riferimento medico e da collegamento con il Medico di Famiglia del paziente.

IL PERSONALE E LA SUA FORMAZIONE

Il personale ha seguito un particolare percorso di selezione/formazione iniziale, con test attitudinali e motivazionali e un corso specifico gestito dalla Psicologa Dott.ssa Silvano. Il gruppo degli operatori ha seguito un successivo training rivolto alla relazionalità e gestione dello stress ed è inserito nel programma di Formazione Permanente coordinato dal Centro Studi e Formazione della Fondazione, diretto dal Dr. Mauro Bonomini.

Con regolarità gli operatori partecipano, secondo le direttive del Centro Studi e Formazione di Fiorenzuola, ad un piano di verifica dell'attività

svolta che permette di fare il punto sulla situazione operativa, sulle criticità e sulle variabili corrette. Durante questi incontri sono proposte soluzioni e strategie per il miglioramento continuo della qualità del lavoro e richieste di bisogni formativi che troveranno seguito nell'ambito della programmazione della formazione continua, sia del Centro sia degli operatori dell'intera Fondazione.

INTERAZIONI CON LA RETE DEI SERVIZI

Il CDD è integralmente parte della rete dei servizi, come lo sono tutte le strutture gestite dalla fondazione. Il contatto continuo con il Nuovo Ufficio Piano, il Servizio Assistenza Anziani, le assistenti sociali titolari dei casi, la collaborazione stretta e il coinvolgimento dei familiari è un valore importante e fondante di tutta l'attività, come lo è l'integrazione completa con le strutture della Casa Protetta Verani, che si prestano sia ad appoggi di sollievo, sia alla condivisione e all'approfondimento di tutte le strategie operative di cure rivolte agli ospiti.

Il Consultorio dei Disturbi Cognitivi supervisiona, controlla e offre consulenza agli ospiti, ai familiari e agli operatori, ad iniziare dal momento dell'indicazione all'ingresso, sino alla dimissione. Anche la collaborazione con la parte medica è importante, in particolare il rapporto con il Medico di Medicina Generale che è contattato e informato con regolarità dagli operatori del CDD. Per quanto il lavoro sia in ogni modo difficile ed impegnativo, a volte anche fisicamente "a rischio sicurezza" per gli operatori, in ognuno è presente una forte motivazione e quell'empatia che permette un migliore avvicinamento alla patologia.

L'ESPERIENZA DEL DISTRETTO DI PIACENZA

a cura di Luigi Squeri

Il Servizio Sociale del Comune di Piacenza si è avvalso della collaborazione del Consultorio Disturbi Cognitivi sia per situazioni specifiche ai fini di una consulenza clinica sia per indicazioni riabilitative a familiari ed operatori per sostenere l'assistenza domiciliare per questo specifico target di utenza.

Nell'ambito di questa attività domiciliare è stato realizzato in particolare il servizio di sollievo, che si caratterizza per una proficua collaborazione con il consultorio Disturbi Cognitivi

A partire da luglio 2002 il Comune di Piacenza grazie a un finanziamento regionale ha potuto avviare la sperimentazione del servizio di sollievo domiciliare, ulteriore segmento di servizio che ha arricchito le opportunità di risposta delle cure domiciliari. Il servizio di sollievo consiste in tre ore continuative di assistenza per due pomeriggi a settimana finalizzate a dare "sollievo" a chi si prende cura di un anziano con disturbi cognitivi. Terminata la sperimentazione il servizio è stato reso stabile e progressivamente ampliato con risorse comunali visto l'elevato gradimento delle famiglie.

In sostanza il servizio di sollievo domiciliare offre ai familiari impegnati nella cura di anziani affetti dalla malattia di Alzheimer o da altri disturbi comportamentali o cognitivi l'opportunità, per due pomeriggi a settimana, di "staccare" dall'attività di cura. E offre la garanzia di un operatore professionale esperto e preparato che sostituisce il familiare nella cura dell'anziano.

Il servizio di sollievo domiciliare ha assicurato un costante incremento del numero degli utenti e del numero di ore erogate :

- da 30 utenti nel 2002 a 52 del 2008
- con un impegno progressivo da 2.440 ore nel 2002 a oltre 9.500 ore nel 2008.

Inoltre nel triennio 2006- 2008 l'attività formativa realizzata dal soggetto gestore dei servizi domiciliari del Comune di Piacenza si è proprio incentrata sui temi delle demenze e dei disturbi cognitivi e/o comportamentali. Si è trattato di un percorso articolato, di 24 ore annue cui hanno partecipato l'88% delle assistenti domiciliari impiegate nei servizi. Peraltro sono stati coinvolti in qualità di docenti proprio esperti del Consultorio Disturbi cognitivi.

Attraverso l'erogazione di contributi a parziale finanziamento dei progetti presentati, il Comune di Piacenza ha inoltre sostenuto l'azione formativa e informativa dell'Associazione Alzheimer

