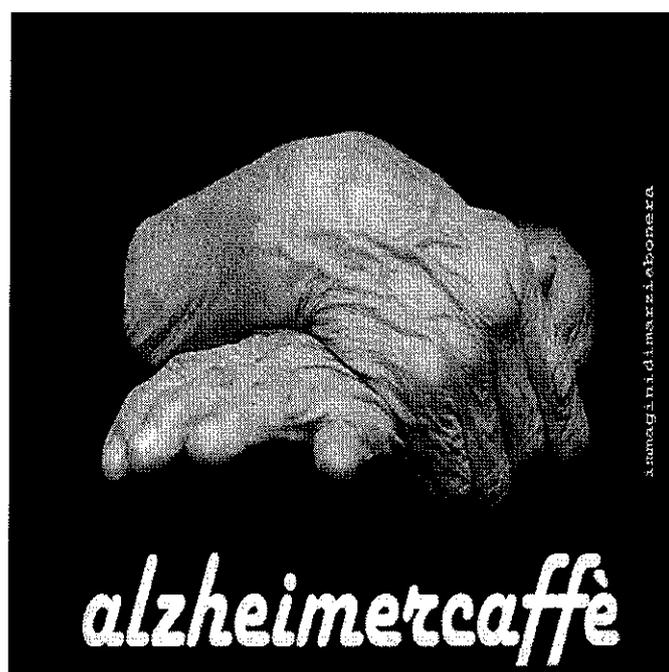


**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 28 "ORTONESE"**

Comune di ORTONA - Ente di Ambito Sociale

**DISTRETTO SANITARIO DI ORTONA**

**CENTRO DI SALUTE MENTALE DI ORTONA**



***ALZHEIMER CAFFÈ***

***"Condividere per comprendere e non sentirsi soli"***

**Referenti del progetto:**

**Distretto Sanitario di Ortona: dott.ssa Sandra Ferretti, dott.ssa Sara Antenucci**

**CSM di Ortona: dott. Francesco Nuccetelli, dott.ssa Francesca Sensi**

**Ente d'Ambito Sociale: dott.ssa Miriam Pennatini, dott.ssa Antonella Coccione**

## **1. INFORMAZIONI GENERALI**

### **1.1 Titolo Progetto:**

ALZHEIMER CAFFÈ – Condividere per comprendere e non sentirsi soli

### **1.2 Piano di riferimento:**

Piano di zona dei servizi sociali 2011-2013 dell'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese"  
Area Sociale Persone Anziane - Azione Centri Diurni per Anziani  
(Protocollo per l'Integrazione Socio-Sanitaria del 24/06/2011 – All. C al Piano di Zona)

### **1.3 Referenti del progetto:**

Distretto Sanitario di Ortona: dott.ssa Sandra Ferretti, dott.ssa Sara Antenucci  
CSM di Ortona: dott. Francesco Nuccetelli, dott.ssa Francesca Sensi  
Ente d'Ambito Sociale: dott.ssa Miriam Pennatini, dott.ssa Antonella Coccione

## **2. PROFILO SOCIALE E SOCIO-ASSITENZIALE DEL PROGETTO**

### **2.1 Analisi del contesto**

Negli ultimi decenni si è verificato un importante incremento della percentuale di popolazione anziana: si stima che in Europa il numero di ultrasessantenni aumenti di circa 2 milioni ogni anno e che in Italia, nel 2040, il numero di ultrasessantacinquenni salirà dal 20,3% al 31,3%, di cui circa la metà ultraottantenni (ISTAT, 2011). Tali cambiamenti hanno attirato l'attenzione del mondo scientifico e delle politiche sociali, tanto che la Commissione Europea ha lanciato la proposta di designare il 2012 come "Anno Europeo per l'Invecchiamento Attivo". I dati del ministero della Salute sottolineano che il 10% dei soggetti con più di settanta anni è affetto da comorbilità complesse e va incontro a un rapido deterioramento delle capacità fisiche e cognitive, raggiungendo lo status di "anziano fragile".

Il contesto del progetto è quello dell'Ambito Territoriale Sociale n. 28 "Ortonese", che in base alla Legge Quadro n. 328/2000, è una zona ben delimitata del territorio coincidente con il territorio di più Comuni. I Comuni dell'Ambito Territoriale "Ortonese" sono: Ortona, Ari, Arielli, Canosa Sannita, Crecchio, Filetto, Giuliano Teatino, Orsogna, Poggiofiorito e Tollo

L'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" si inserisce a pieno titolo in tale processo poiché presenta un aumento consistente della sua popolazione anziana dovuto sia ad un allungamento della vita media delle persone che al fenomeno del drastico calo delle nascite.

All'interno dell'Ambito "Ortonese", comunque, la distribuzione demografica non è omogenea, la presenza di abitanti di età superiore ai 65 anni è maggiore specie nei Comuni territorialmente più interni (fenomeno particolarmente emergente nei Comuni di Canosa Sannita e Filetto in cui il peso della popolazione residente con età maggiore ai 65 anni è di quasi il 30%) rispetto ai Comuni limitrofi alla fascia costiera adriatica (in particolare il Comune di Ortona in cui il peso della popolazione residente con età maggiore ai 65 anni è di circa il 21%).

L'indice di vecchiaia relativo all'intero Ambito Sociale evidenzia che per 100 ragazzi (età < 14 anni) si contano 184 anziani (età > 65 anni) con differente distribuzione nei diversi Comuni. I Comuni con l'indice di vecchiaia più alto sono i Comuni di Filetto (con 262 anziani), Crecchio (con 248 anziani) e Canosa Sannita (con 229 anziani). Il Comune con l'indice di vecchiaia più basso è quello di Ortona con 169 anziani ogni 100 ragazzi.

**Tabella 1: Popolazione residente ultra 65enne e Indice di Vecchiaia**

COMUNI DELL'AMBITO ORTONESE	POPOLAZIONE AL 31/12/2001				POPOLAZIONE AL 31/12/2011			
	Pop. residente totale	Pop. residente >65 anni	Peso % su pop. residente	INDICE DI VECCHIAIA	Pop. residente totale	Pop. residente >65 anni	Peso % su pop. residente	INDICE DI VECCHIAIA
Arielli	1231	279	22,7	194,0	1.143	289	25,3	205,0
Canosa Sannita	1532	403	26,3	236,9	1.471	412	28,0	228,9
Crecchio	3146	796	25,3	210,8	3.033	798	26,3	247,8
Filetto	1167	368	31,5	266,9	1.008	291	28,9	262,2
Giuliano Teatino	1326	353	26,6	231,3	1.316	334	25,4	216,9
Orsogna	4006	886	22,1	174,0	4.160	1013	24,4	175,3
Ortona	23527	4859	20,7	147,9	23.911	5168	21,6	169,0
Poggiofiorito	947	209	22,1	193,9	963	221	22,9	182,6
Tollo	4189	989	23,6	181,5	4.183	970	23,2	196,0
<b>TOTALE</b>	<b>42417</b>	<b>9544</b>	<b>22,5</b>	<b>171,8</b>	<b>41.188</b>	<b>9496</b>	<b>23,1</b>	<b>184,0</b>

Fonte: Dati ISTAT - [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) - **INDICE DI VECCHIAIA**: rapporto % tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella inferiore e uguale a 14 anni

Un indicatore del livello di necessità e di assistenza della popolazione anziana può essere il numero di assistiti nel servizio di Cure Domiciliari del Distretto di Ortona della A.S.L. di Lanciano-Vasto-Chieti nel triennio 2009-2011.

Dai dati emerge che il numero di assistiti in regime di Cure Domiciliari è in costante aumento passando da un totale di assistiti pari a 2085 dell'anno 2009 a un totale di assistiti pari a 2166 dell'anno 2011. In particolare è il regime delle Cure Domiciliari Integrate (ADI) a registrare un aumento consistente di assistiti nel triennio di riferimento, aumento pari addirittura al 26,4%. Inoltre, sempre riguardo le cure domiciliari integrate (ADI) l'aumento è relativo specie agli assistiti con età maggiore ai 65 anni, passando da 409 nel 2009 a ben 534 nel 2011.

**Tabella 2: Report Cure Domiciliari – Totale assistiti per servizi di Cure Domiciliari Integrate (ADI) e di Cure Domiciliari Prestazionali**

DESCRIZIONE ATTIVITA'	ANNO 2009		ANNO 2010		ANNO 2011	
	Assistiti	Assistiti >65anni	Assistiti	Assistiti >65anni	Assistiti	Assistiti >65anni
Cure Domiciliari Integrate (ADI)						
- Cure domiciliari di I livello	284	273	355	330	476	422
- Cure domiciliari di II livello	119	101	85	75	82	71
- Cure domiciliari di III livello	46	35	53	45	52	41
<b>Totale Assistiti C.D. Integrate</b>	<b>449</b>	<b>409</b>	<b>493</b>	<b>450</b>	<b>610</b>	<b>534</b>
Cure Domiciliari Prestazionali						
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)	688	666	575	558	518	486
- Assistenza Infermieristica Domiciliare	560	531	536	522	542	417
- Assistenza Specialistica Domiciliare	388	373	550	548	496	483
<b>Totale Assistiti C.D. Prestazionali</b>	<b>1636</b>	<b>1570</b>	<b>1661</b>	<b>1628</b>	<b>1556</b>	<b>1386</b>
<b>TOTALE Assistiti Cure Domiciliari</b>	<b>2085</b>	<b>1979</b>	<b>2154</b>	<b>2078</b>	<b>2166</b>	<b>1920</b>

Fonte: Profilo Sociale Locale allegato al Piano di Zona 2011-2013 e Distretto Sanitario di Ortona

**Tabella 3: Utenti Ambulatorio Psicogeriatrico – Distretto di Ortona e CSM di Ortona**

DESCRIZIONE ATTIVITA	ANNO 2010	ANNO 2011	ANNO 2012
Fino a 64 anni	14	18	25
Da 65 a 75 anni	77	77	81
Oltre 76 anni	297	266	295
<b>Totale</b>	<b>388</b>	<b>361</b>	<b>401</b>

Fonte: *Profilo Sociale Locale allegato al Piano di Zona 2011-2013 – Ambulatorio Psicogeriatrico di Ortona*

Il Distretto Sanitario di Ortona in integrazione con il Centro di Salute Mentale di Ortona gestiscono l'Ambulatorio Psicogeriatrico che conta un'utenza con bisogni altamente specifici poiché spesso correlati a stati di demenza. Il numero degli utenti trattati è pari a 401 unità nel solo anno 2012.

Il report delle attività registrate per l'Ambulatorio Psicogeriatrico mostra una diversificazione delle prestazioni finalizzata alla presa in carico degli utenti con bisogni specifici.

**Tabella 4: Report Attività Ambulatorio Psicogeriatrico – Distretto Sanitario di Ortona e CSM di Ortona**

DESCRIZIONE ATTIVITA	ANNO 2011	ANNO 2012
Attività di accoglimento	89	101
Visite psicogeriatriche	386	370
Visite P. Cronos	153	184
Attività testistica	287	381
Certificazioni e prescrizioni presidi	104	101
Colloqui famigliari	198	202
Colloqui Psicologo	52	87
Visite domiciliari psicogeriatriche	52	82
Telefonate psicogeriatriche	19	11
Piani terapeutici/prescrizioni farmacologiche	527	705
<b>Totale</b>	<b>1867</b>	<b>2224</b>

Fonte: *Ambulatorio Psicogeriatrico di Ortona*

Le esigenze di natura psicogeriatrica scaturiscono direttamente dalle modificazioni che intervengono in età senile, influenzando in maniera determinante la "figura anziano":

- Modificazione biologica-fisiologica → esigenza sanitaria;
- Modificazione psicologica-affettiva → esigenza sociale;
- Modificazione socio-lavorativa → difficoltà economica/impiego del tempo.

## 2.2 Da uno studio di caso al progetto

L'EAS in integrazione con l'Ambulatorio Psicogeriatrico (Distretto Sanitario – C.S.M.) ha realizzato uno studio per comprendere i bisogni e descrivere i livelli di stress dipendenti dal carico assistenziale che grava sui familiari che si prendono cura di persone anziane affette da demenza.

Sono stati somministrati il Caregiver Burden Inventory e la Valutazione Rapida dello Stress per ottenere un profilo del carico assistenziale (oggettivo, evolutivo, fisico, sociale, emotivo) e la valutazione sociale per la predisposizione dei Piani Assistenziali Individualizzati.

Nello specifico il caso studio ha comportato la sperimentazione di una metodologia integrata di analisi dei bisogni e di erogazione di prestazioni socio-sanitarie per ridurre il carico assistenziale e i livelli di stress del caregiver di pazienti malati di ALZHEIMER nel territorio dell'EAS 28 Ortonese.

*“Un tarlo che mangia il legno. Così è il morbo d'Alzheimer: un tarlo che nell'arco di 3-20 anni dai primi sintomi (non ricordare più dove è stata parcheggiata l'auto, dimenticare i nomi di amici e familiari, saltare un pasto convinti di averlo fatto) «sbriciola» il cervello. Unica differenza: il tarlo del legno è rumoroso, quello del cervello è silenzioso. Lo sentono però i familiari: momento per momento, nell'angoscia di non potere fare nulla” (Mario Pappagallo, Alzheimer, la famiglia è sola. Corriere della Sera. 10 dicembre 2007).*

Lo studio è stato presentato a:

- 11° Congresso Nazionale - PAZIENTE PSICOGERIATRICO E MEDICINA DELLA COMPLESSITÀ - Gardone Riviera (BS), 7-9 Aprile 2011
- IV Congresso Nazionale di Psicologia dell'Invecchiamento - Società Italiana di Psicologia dell'Invecchiamento, Chieti 27 – 28 Maggio 2011

I principali risultati del caso studio per la predisposizione di linee di intervento:

- Proposte di interventi per ridurre il carico assistenziale e liberare tempo al caregiver  
La restrizione del tempo personale è una delle principali fonti di stress da parte del caregiver, la necessità diventa quindi quella di incentivare quegli interventi che possono ridurre quotidianamente il tempo che il caregiver dedica all'assistenza.
- Proposte di interventi per supportare/sostenere psicologicamente il caregiver  
Gli interventi per il supporto psicologico del caregiver dovrebbero essere organizzati in modo da non richiedere un eccessivo impegno in termini di tempo, così da evitare un aumento paradossale del suo carico oggettivo.

Gli interventi sperimentali in corso di realizzazione :

- **Telesoccorso Alzheimer**  
Servizio rivolto ai pazienti affetti dal morbo di Alzheimer di grado lieve/ moderato segnalati dall'Ambulatorio Psicogeriatrico (D.S e C.S.M.), dove viene prevista la fornitura a ciascun paziente segnalato di un apposito apparecchio denominato Personal Tracker.  
Il *Personal Tracker* dotato di localizzatore GPS, permette alla Centrale Operativa di individuare la posizione dell'utente sia nel caso in cui questi esca da un perimetro di sicurezza preimpostato, sia in caso di richiesta di aiuto lanciata dal pulsante di emergenza.

**Figura del *Personal Tracker***



- **Percorsi assistenziali personalizzati**

Metodologia integrata di lavoro, Ambito Territoriale e Distretto Sanitario, per la presa in carico non solo del paziente/utente ma anche del caregiver con interventi finalizzati a ridurre il carico assistenziale e liberare tempo al caregiver per bisogni specifici anche attraverso la spesa di "ore di sollievo".

### **3. DETTAGLI DEL PROGETTO**

#### **3.1 Motivazione del progetto**

La malattia di Alzheimer è la forma più comune di demenza degenerativa ad esordio prevalentemente senile (oltre i 65 anni, ma può manifestarsi anche in epoca presenile - prima dei 65 anni). La malattia d'Alzheimer è caratterizzata prevalentemente da sintomi cognitivi ed in particolare da deficit nella Memoria a breve termine e quindi i pazienti mostrano difficoltà ad acquisire nuovi ricordi e ricordare eventi osservati recentemente. Inoltre possono essere presenti difficoltà nel linguaggio, sia di comprensione sia di produzione (afasia); difficoltà ad eseguire gesti volontari coordinati e diretti a un determinato fine (aprassia); disturbo della percezione che si esplicita nella difficoltà di riconoscere volti, persone, oggetti (agnosia). Nelle fasi più avanzate della malattia, accanto ai sintomi cognitivi, si presentano con una certa frequenza sintomi comportamentali quali aggressività, affaccendamento, vagabondaggio, confabulazioni ecc. e disturbi dell'umore.

Vivere con un familiare malato di Alzheimer comporta un notevole peso fisico e psicologico che grava in maniera sempre più crescente sul familiare o caregiver, continuamente impegnato ad apprendere nuove nozioni e risolvere le differenti problematiche che man mano si presentano.

Il caregiver deve affrontare continuamente la difficoltà di mediare i propri bisogni con quelli della persona malata. Spesso si trova a esserne l'unico interlocutore e quindi, fatalmente, ne riceve gli sfoghi e le frustrazioni. Il rischio è che gli spazi e i bisogni personali vengano messi in secondo piano; infatti il carico assistenziale giornaliero si aggira, mediamente, su 7 ore di assistenza ed 11 di sorveglianza: ne deriva che il familiare ha solamente 2 ore al giorno da dedicare a se stesso.

Tutto questo porta ad un accumulo di tensione e stanchezza che nel tempo sfocia in una vera e propria depressione. Da ciò si palesa la necessità di un intervento concreto delle istituzioni atto a supportare in modo concreto il caregiver nello svolgimento del suo compito. Fondamentale è il contributo dei familiari e, allo stesso tempo, è necessario comprendere quanto anch'essi abbiano bisogno di accoglienza, ascolto ed attenzione.

#### **ECCO PERCHE' L'ALZHEIMER CAFFE'**

La finalità del nostro progetto è proprio quello di offrire un luogo di socializzazione e condivisione sia per il malato che per il familiare al fine di coinvolgerli e di "essere insieme". Gli operatori volontari, fortemente motivati, stimolano i malati a dedicarsi a ciò che più amano, utilizzando quelle capacità che la malattia non ha ancora portato via. Ma soprattutto, malati e famigliari, vengono ascoltati, possono condividere vissuti, emozioni ed informazioni ogni giorno, ogni ora, ogni minuto è possibile imparare qualcosa di nuovo: ecco perché diventano fondamentali il confronto e lo scambio d'informazioni per offrire e promuovere:

- Sostegno di tipo pratico;
- Sostegno di tipo emotivo.

### 3.2 Gli obiettivi che si vogliono conseguire

Gli obiettivi che l'intervento progettuale mette in campo sono diversi e a vari livelli:

- aiutare/sostenere i familiari nella preparazione alle fasi successive della malattia informandolo sugli aspetti medici e psicosociali della demenza;
- favorire il dialogo tra i familiari secondo modalità di aiuto e mutuo auto-aiuto;
- promuovere uno spazio di socializzazione per i malati di Alzheimer e i familiari;
- facilitare la rielaborazione dei propri vissuti tramite un dialogo individuale e di gruppo;
- partecipare ad un momento formativo – informativo dove il familiare può ricevere chiarimenti attraverso l'intervento di diversi specialisti, sulla malattia sulla sua evoluzione e su comportamenti, interventi ed accorgimenti da adottare;
- prevenire l'isolamento dei malati e dei loro familiari;
- combattere lo stigma legato alla parola "Alzheimer".

### 3.3 Destinatari del progetto:

Le attività sono rivolte sia ai malati di Alzheimer che ai loro familiari.

La stima del numero medio di partecipanti all'Alzheimer Caffè è circa 8-10 famiglie con malati di Alzheimer.

L'individuazione delle famiglie sarà realizzata dall'Ambulatorio Psicogeriatrico del Distretto Sanitario – Centro Salute Mentale di Ortona.

### 3.4 Le fasi di attuazione

Il progetto si struttura in diverse fasi di attività che presentano anche tempistiche diversificate:

<b>FASE</b>	<b>TEMPISTICA</b>
Fase 1: Attivazione e realizzazione dell'Alzheimer Caffè – Incontri informativi	I trimestre 2013
Fase 2: Sensibilizzazione e realizzazione della rete territoriale	II trimestre 2013
Fase 3: Programmazione e realizzazione di attività laboratoriali per i malati di Alzheimer anche in rete	II trimestre 2013
Fase 4: Prospettive per il consolidamento del gruppo di mutuo-aiuto	IV trimestre 2013

#### ***FASE 1: Attivazione e realizzazione dell'Alzheimer Caffè - Incontri informativi***

L'attivazione dell'Alzheimer Caffè è prevista entro il I trimestre del 2013 dopo attenta azione di individuazione dei locali idonei e di individuazione dell'utenza da parte dell'Ambulatorio Psicogeriatrico, servizio integrato del Distretto Sanitario di Ortona e del Centro di Salute Mentale di Ortona.

L'attività dell'Alzheimer Caffè consisterà principalmente in quella della realizzazione di una serie di incontri informativi con cadenza minima mensile e massima bisettimanale. Gli incontri secondo il modello olandese della psicogeriatra Bere Miesen (1997), hanno cadenza almeno mensile, sempre nello stesso giorno della settimana e alla stessa ora. Ogni

appuntamento è suddiviso in quattro parti di trenta minuti ciascuna: è un avvicinarsi di momenti informali e momenti formali:

- nei primi trenta minuti viene presentato e trattato un argomento: chi tiene questa prima fase è un esperto (medico, psicologo, assistente sociale, avvocato); i temi trattati indagheranno i diversi aspetti cognitivi, emotivi e sociali legati alla malattia e al ruolo del caregiver (il funzionamento della memoria, come una persona vive la malattia, quali le possibili strategie di aiuto, i disturbi cognitivi e comportamentali, quali problemi incontrano i familiari, come vivono le loro emozioni etc);
- la seconda fase è un momento conviviale insieme durante il quale si beve un caffè, si chiacchiera, si ascolta musica;
- la terza fase prevede un dibattito aperto sulle tematiche trattate con un esperto o un familiare;
- la quarta fase, che conclude l'incontro, è ancora un momento conviviale in cui ci si parla informalmente, si sente musica, si beve qualcosa insieme.

### ***FASE 2: Sensibilizzazione e realizzazione della rete territoriale***

La finalità di un'azione di sensibilizzazione è quella di diffondere, nel territorio dell'Ortonese, sia i contenuti del progetto in tutte le sue varie fasi, sia gli stimoli necessari per la realizzazione di una rete territoriale di associazioni che a vario titolo lavorano con gli anziani o per attività di promozione e che sono interessate a mettersi a disposizione.

In primis si cercheranno di coinvolgere le associazioni di volontariato presenti sul territorio e quindi le associazioni culturali per richiedere esplicitamente le attività realizzabili e le risorse disponibili per l'eventuale programmazione e realizzazione di attività laboratoriali per i malati di Alzheimer.

### ***FASE 3: Programmazione e realizzazione di attività laboratoriali per i malati di Alzheimer anche in rete***

Le attività laboratoriali sono specificatamente rivolte ai pazienti. Si prevede di realizzare le attività presso la struttura del centro socio-educativo del centro diurno disabili di c.da Fontegrande con cadenza bisettimanale (indicativamente lunedì - mercoledì pomeriggio). Ogni incontro avrà una durata di circa due ore e sarà strutturato nella seguente modalità:

- gli appuntamenti prevedranno la compresenza di due figure professionali quali un educatore come figura di riferimento del gruppo e del percorso individuale programmato in fase di valutazione (UVM) e monitorato dall'ambulatorio psicogeriatrico; e un operatore specializzato nelle attività laboratoriali di riferimento che sarà quindi una figura variabile;
- ad ogni appuntamento l'educatore presenterà l'attività e l'operatore laboratoriale e fungerà da supporto alla realizzazione delle attività e alla gestione del gruppo;
- l'attività sarà realizzata in due tempi ciascuno avrà una durata massima di 40-45 minuti per rispettare i tempi di attenzione degli utenti, con un intervallo di circa 30 minuti in cui si potrà degustare un tè o caffè, ascoltare musica e chiacchierare;
- gli utenti saranno accompagnati al centro dal servizio di trasporto allo scopo di alleviare il caregiver da ulteriori carichi.

## **FASE 4: Prospettive per il consolidamento del Gruppo di mutuo-aiuto**

Le attività degli incontri informativi propri dell'Alzheimer Caffè e la costituzione della rete territoriale dovrebbero avere la prospettiva finale della costituzione di un gruppo di mutuo-aiuto riconosciuto e consolidato nella propria organizzazione e disponibilità nel far fronte alle esigenze specifiche della famiglia, del malato e di quanti possano svolgere funzioni di caregiver.

### **4. RISORSE UMANE**

#### **4.1 Professionalità coinvolte**

Psicologo Ambulatorio Psicogeriatrico

Geriatra/psichiatra Ambulatorio Psicogeriatrico

Infermiere Ambulatorio Psicogeriatrico

Assistente Sociale Servizio Sociale Professionale dell'EAS "Ortonese"

Educatore professionale EAS "Ortonese"

Operatori laboratori EAS "Ortonese" per la realizzazione delle attività proposte:

- Musicoterapica
- Laboratorio teatrale
- Laboratorio di lettura
- Restauro/decoro di piccoli oggetti
- Laboratorio di espressività

Per la realizzazione delle attività laboratoriali è possibile prevedere il coinvolgimento delle associazioni di volontariato presenti sul territorio.

#### **4.2 Ruolo dell'operatore:**

Il ruolo dell'Operatore è quello di essere il punto di riferimento per le persone che afferiscono al Caffè, il cosiddetto "padrone di casa" che nelle ore in cui è presente deve:

- ACCOGLIERE - un ambiente per essere familiare deve poter contare su persone che sappiano ospitare l'utenza con calore mettendola a proprio agio;
- COORDINARE - essere punto di riferimento sia per i malati che per i familiari, responsabilizzare i volontari nelle ore in cui non è presente ed organizzare attività in base ai bisogni dei singoli;
- COINVOLGERE - lavorare in rete. La struttura è inserita nella realtà locale, pertanto è opportuno coinvolgere i vari enti locali, le associazioni di volontariato e la cittadinanza;
- CONSIGLIARE - deve diventare un occhio vigile sulla vita quotidiana e domestica del malato ed offrire consigli su come relazionarsi al malato quando è a domicilio.

A tutti gli operatori che avranno contatto con l'utenza si prevede la strutturazione di un percorso formativo all'interno dell'ambulatorio psicogeriatrico, per fornire gli strumenti operativi e acquisire le capacità relazionali adeguate al target di riferimento.

## **5. IL PROGETTO NEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIO-INTEGRATI TERRITORIALI:**

I Servizi sociali e socio-sanitari del Piano di Zona che si integreranno con le attività progettuali seguiranno le procedure previste nel Protocollo di integrazione socio-sanitaria:

### **1. Area servizi essenziali generali**

#### **- Segretariato Sociale**

L'attività di Segretariato sociale è finalizzata a garantire: unitarietà di accesso, capacità di ascolto, funzione di orientamento, funzione di filtro, funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi.

#### **- Servizio Sociale Professionale**

Le funzioni del servizio sociale professionale sono finalizzate alla lettura e decodificazione della domanda, alla presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale, all'attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse in rete, all'accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione.

#### **- Punto Unico di Accesso - UVM**

### **2. Area servizi per persone anziane**

#### **- Assistenza Domiciliare per Anziani (SAD)**

L'assistenza domiciliare è diretta ad anziani con parziale o totale non autosufficienza con lo scopo di salvaguardare l'autonomia personale e la permanenza nel nucleo familiare. Può consistere in un sostegno domiciliare di aiuto domestico, somministrazione pasti e altri interventi connessi alla vita quotidiana, quali la cura e l'igiene della persona.

#### **- Assistenza Domiciliare Integrata per Anziani (ADI) non autosufficienti**

Servizio integrato a favore di anziani con mono o pluripatologie non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autosufficienza, finalizzato a fornire contemporaneamente a domicilio dell'assistito prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, a carico dell'ASL e socio-assistenziali, di competenza dell'Ambito, favorendo il mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente di vita quotidiano e familiare.

#### **- Servizio di Telesoccorso**

È un servizio per gli anziani in situazione di rischio per problemi sanitari. L'utente dispone di un radiocomando collegato alla linea telefonica che attiva, in caso di necessità, i soccorsi. Il Centro Operativo effettua periodicamente anche una serie di chiamate per verificare le condizioni dell'utente. Il servizio presenta un alto livello di integrazione socio-sanitaria e si raccorda con i servizi di pronto intervento sociale e pronto soccorso.

#### **- Servizio di Teleassistenza**

Il servizio è rivolto alle persone anziane parzialmente non autosufficienti e prive di supporto parentale in linea diretta nel comune di residenza. Gli utenti avranno accesso ai servizi attraverso un numero verde gratuito con il quale prenotare la prestazione anch'essa completamente gratuita:

- *Telespesa;*

- *Pagamento di bollette;*
- *Espletamento pratiche per prenotazioni di visite mediche, terapie o prelievi;*
- *Ritiro ricette mediche e consegna farmaci a domicilio;*
- *Telefono amico;*
- *Mensa a domicilio*

**Teleprenotazioni:** numero verde per prenotare visite specialistiche e accertamenti strumentali afferenti al servizio sanitario.

**Numero Verde di Emergenza Caldo:** riceve segnalazioni di situazioni di rischio e fornisce consigli, informazioni sulla prevenzione e rischi del calore, attivando servizi di emergenza.

- **Centro Diurno per anziani**

Il Centro diurno per gli anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti sono organizzati territorialmente per svolgere funzioni di socializzazione e di vita attiva dell'anziano attraverso la promozione e la realizzazione di attività di animazione, ginnastica dolce, balli di gruppo, attività ricreative, culturali e gite sociali.

**3. Area servizi per la disabilità**

- **Assistenza Domiciliare per Disabili (ADD)**

L'assistenza domiciliare è diretta a portatori di handicap con lo scopo di salvaguardare l'autonomia personale e la permanenza nel nucleo familiare. Può consistere in un sostegno domiciliare di aiuto domestico, somministrazione pasti e altri interventi connessi alla vita quotidiana, quali la cura e l'igiene della persona.

- **Assistenza Domiciliare Integrata per Disabili (ADI) non autosufficienti**

Servizio integrato a favore di persone disabili con mono o pluripatologie non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autosufficienza, finalizzato a fornire contemporaneamente a domicilio dell'assistito prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, a carico dell'ASL e socio-assistenziali, di competenza dell'Ambito, favorendo il mantenimento della persona disabile nel proprio ambiente di vita quotidiano e familiare.

- **Centro Diurno per disabili**

Il Centro diurno per disabili è una struttura semiresidenziale finalizzata alla prevenzione della istituzionalizzazione, al sostegno e sollievo al nucleo familiare ed al miglioramento e mantenimento dell'autonomia residua dell'adulto con disabilità.

**6. RISORSE ECONOMICHE**

Il budget preventivo del progetto, necessario per provvedere alla copertura delle spese da sostenere per lo svolgimento delle attività previste si presume essere di Euro 6.000,00.

**7. BIBLIOGRAFIA**

AA. VV., *Non so cosa avrei fatto oggi senza di te. Manuale per i familiari delle persone affette da demenza*, Regione Emilia Romagna, Modena 2003.

BARBOT D., *Fiori sotto zero. Manuale per la formazione degli operatori addetti all'assistenza dei malati di Alzheimer*, Franco Angeli, Milano 2003.

BELL V., TROXEL D., *Il malato di Alzheimer. Manuale per l'assistenza*, Armando Editore, Roma 2001.

CESTER A., PIERGENTILI P., SENIN U., *La valutazione multidimensionale geriatria ed il lavoro d'équipe*, Ediz. Vega, Belluno 1999.

CHIOZZOTTO M.G., ANDREONI G., *L'anziano e la demenza. Cause terapie e progetti*, Edizioni Vega, Belluno 1998.

MIODINI S., ZINI M., *L'Educatore Professionale. Formazione, ruolo, competenze*, Carocci Faber, Roma 2003.

SMITH T, *Convivere con l'Alzheimer*, Editori Riuniti, Roma 2001.

ZANETTI O., TRABUCCHI M., BOSCHIG., TONINI G., *Conoscere e vivere la Malattia di Alzheimer e le altre demenze*, [www.italz.it](http://www.italz.it), Federazione Alzheimer Italia 1998.

#### **SITI INTERNET**

[www.alzheimer.it](http://www.alzheimer.it)

[www.caregiver.org](http://www.caregiver.org)

[www.centromaderna.it](http://www.centromaderna.it)

[www.istat.it](http://www.istat.it)

[www.italz.it](http://www.italz.it)

[www.terzaeta.com](http://www.terzaeta.com)