All-To Det. n. 370/AV3
del 6 APR. 2016

Allegato "A"

CONVENZIONE

TRA

L'I.S.R.A.A. (Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza agli Anziani) della Città di Treviso, con sede legale in Treviso: Borgo Mazzini n. 48 – Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza, nella persona del Presidente pro tempore Luigi Caldato, domiciliato, per le questioni inerenti la carica, presso l'I.S.R.A.A., sito in Borgo Mazzini, 48, Treviso

E

Il Direttore dell'Area Vasta 3 Alessandro Maccioni, su delega, Prot. n. 38177/2015 del 9.11.2015, del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale, con sede in Ancona, Via Oberdan n.2, CAP 60100, CF/PI n. 0022175860424, nella persona del Direttore Generale pro tempore Alessandro Marini

E

Gli Ambiti Territoriali Sociali n. 17, con sede in San Severino Marche, Viale Mazzini, 29, CAP 62027, CF/PI n. 01874330432, nella persona del Presidente dell'Unione Montana Alte Valli del Potenza e dell'Esino, Gianluca Chiappa. e **n. 18**, con sede in Camerino, Via V. Varano, 2, CAP 62032, CF/PI n. 01874730433, nella persona del Presidente dell'Unione Montana Marca di Camerino, Alessandro Gentilucci

PREMESSO

che L'invecchiamento della popolazione è il dato demografico più rilevante della nostra società. Nella Regione Marche il fenomeno è particolarmente presente in quanto oltre 300.000 persone - quasi il 22% - ha più di 65 anni. In questo contesto, assieme ad altre patologie correlate all'invecchiamento, le demenze assumono particolare rilevanza per tre principali motivi:

- sono malattie ancora poco conosciute e per le quali non si sono ancora trovati rimedi efficaci;
- sono malattie che, per la propria specificità, comportano gravi conseguenze sul piano psicologico, sociale ed economico, con particolare riferimento alla propria famiglia;
- trattasi di malattie che sono la causa primaria di istituzionalizzazione.

CONSIDERATO

che nel Distretto di Camerino, in accordo con l'Ambito Territoriale e la Direzione Generale dell'ASUR, si vuole sperimentare un modello che consenta la realizzazione di una rete integrata di servizi per la presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da demenza i cui obiettivi/scopi sono riconducibili a:

1. migliorare la qualità di vita dei care- giver familiari di persone affette da malattia di Alzheimer;
2. promuovere la permanenza a domicilio delle persone affette da malattia di Alzheimer attraverso un'assistenza domiciliare personalizzata;

all.to Det. 320/AV3 / - 6 APR. 2016

3. costruire una rete dei servizi, dedicati alle demenze, che si caratterizzi per avere una regia, una partecipazione diffusa nel territorio che coinvolga e valorizzi le risorse già presenti (le strutture residenziali, le strutture territoriali, le associazioni di volontariato,ecc.);

APPURATO

che tali obiettivi non potranno essere perseguiti senza il pieno coinvolgimento degli attori, istituzionali e non, che attualmente stanno erogando servizi finalizzati al mantenimento a domicilio dei pazienti con malattia di Alzheimer;

TENUTO CONTO

che L'I.S.R.A.A. della Città di Treviso dispone di tutte le competenze didattiche, manageriali, informatiche e statistiche per l'attuazione della specifica formazione necessaria agli operatori al fine della realizzazione degli obiettivi della sperimentazione che si vuole implementare;

DATO ATTO

che l'ASUR Marche:

- ha come mandato istituzionale quello di garantire in modo costante ed uniforme la tutela della salute dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche;
- ha individuato per la partecipazione al progetto di sperimentazione il Distretto Sanitario di Camerino dell'Area Vasta n. 3;

VISTO

che gli AA.TT.SS. 17-18 hanno come mandato istituzionale quello di realizzare il "Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali";

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

Art. 1

Le sopracitate premesse fanno parte integrante della presente Convenzione.

Art. 2
(finalità e durata)

La presente Convenzione è strutturale alla realizzazione della sperimentazione di un sistema integrato di servizi nell'ambito della continuità assistenziale del paziente anziano affetto da demenza, presso il proprio domicilio.

Oggetto della presente convenzione è la regolamentazione dei rapporti tra l'ASUR-AV3 /Distretto di Camerino/Ambiti Territoriali Sociali 17 e 18 e l'ISRAA di Treviso.

La durata della convenzione è fissata complessivamente in mesi 18 a partire dalla sottoscrizione della stessa.

Art. 3
(modalità)

L'**I.S.R.A.A.** della Città di Treviso si impegna a mettere a disposizione del Distretto di Camerino tutte le competenze didattiche, manageriali, informatiche e statistiche necessarie per l'attuazione

Allegato det. 370/AV3 / - 6 APR. 2016

della specifica formazione agli operatori al fine della realizzazione degli obiettivi della sperimentazione che si vuole implementare.

L'**ASUR** Marche/AV3, nello specifico il Distretto di Camerino e gli **AMBITI TERRITORIALI SOCIALI 17 e 18**, per quanto di specifica competenza, provvedono ad individuare gli operatori interessati che prenderanno parte alle attività progettuali nonché a garantire la di loro partecipazione ai seminari formativi.

L'**ASUR** Marche/AV3, nello specifico il Distretto di Camerino e gli **AMBITI TERRITORIALI SOCIALI 17 18** mettono a disposizione adeguati spazi formativi presso le proprie sedi per l'espletamento della formazione nei confronti degli operatori coinvolti nella ricerca.

L'**I.S.R.A.A.** della Città di Treviso si impegna ad espletare i corsi formativi, accreditati ECM, per gli operatori individuati dal Distretto di Camerino e dagli AMBITI TERRITORIALI SOCIALI 17 e 18, come definiti dal Responsabile dell'Ufficio Formazione dell'ASUR Marche/AV3.

Il progetto formativo riguarda, come meglio specificato nell'allegato A), i seguenti temi:

A. assessment neuropsicologico;
B. il miglioramento degli Interventi di Assistenza Integrata a Domicilio per le Demenze (AID.D) sia per quanto riguarda l'operatività degli operatori degli Ambiti Territoriali Sociali e di quelli afferenti al Distretto;
C. l'approfondimento delle tecniche per la gestione degli incontri di auto mutuo aiuto degli anziani e delle famiglie sul modello dei Caffè Alzheimer per il sostegno delle famiglie;
D. l'implementazione dei laboratori di stimolazione cognitiva (LSC);
E. il sostegno all'attivazione del progetto Palestramente;
F. il miglioramento dell'attività dei "caffe Alzheimer"che è già iniziata.

L'I.S.R.A.A. della Città di Treviso si impegna a mettere a disposizione della Direzione Generale dell'ASUR, della Direzione dell'AV3, oltre che dei Distretti Sanitari e degli AMBITI TERRITORIALI SOCIALI coinvolti, tutte le analisi ed i *report* riguardanti le azioni effettuate e qualsiasi azione orientata a contribuire e migliorare l'organizzazione del Servizio di Assistenza Domiciliare di quel territorio.

L'I.S.R.A.A. della Città di Treviso si impegna a realizzare le attività formative e di supervisione secondo lo schema allegato alla presente convenzione di cui è parte integrante e sostanziale.

Durante lo svolgimento del progetto potranno essere apportate eventuali modifiche al progetto stesso, previo accordo tra le parti.

Art. 4

(costo e modalità di finanziamento)

La risorse complessive del Progetto provengono dal finanziamento ASUR e sono quantificabili in € 30.000,00 a carico dell'**ASUR/AV3** ed € 10.000,00 a carico degli **AMBITI TERRITORIALI SOCIALI** 17 e 18.

Atto Det. 370/AV3 / - 6 APR. 2016

Le spese derivanti dalla presente convenzione, relative all'organizzazione ed allo svolgimento del progetto formativo, sono a carico di tali risorse sopracitate e non rappresentano costi aggiuntivi per i soggetti sottoscrittori della presente convenzione.

Art. 5
(obblighi)

Ciascuno dei contraenti è tenuto ad osservare, nei confronti di chiunque, il segreto delle informazioni, cognizioni, documenti ed oggetti di cui venga a conoscenza nell'applicazione della Convenzione, fatto salvo quanto specificatamente disposto dalle norme in vigore.
I dati raccolti sono patrimonio del Servizio Sanitario Regionale. I risultati, opportunamente elaborati, potranno essere concordemente utilizzati per pubblicazioni scientifiche e per scopi didattici.

Art. 6
(controversie)

La presente Convenzione non è soggetta ad IVA, che sarà registrata in caso d'uso e le spese di bollo e registrazione saranno a carico del contraente che avrà provocato la necessità della registrazione stessa. Le parti congiuntamente si accordano di eleggere quale foro competente, per qualsiasi controversia o contestazione, esclusivamente il Foro di Ancona, escludendo espressamente la competenza degli altri Fori.

li .....

LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO

Per l'I.S.R.A.A. della Città di Treviso
Il Presidente
Dr. Luigi Caldato

_____

Per l'Ambito Territoriale Sociale n. 17
Il Presidente dell'Unione Montana Alte Valli del Potenza e dell'Esino
Sig. Gianluca Chiappa

_____

Per l'Ambito Territoriale Sociale n. 18
Il Presidente dell'Unione Montana Marca di Camerino
Sig. Alessandro Gentilucci

_____

Su delega del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR Marche)
Il Direttore dell'A.V. n. 3
Dr. Alessandro Maccioni

_____

allato det. 370 | AU3 | 6 APR. 2016

Allegato alla convenzione

PROTOCOLLO DI SPERIMENTAZIONE

La proposta formativa ha come obiettivo la realizzazione, nel contesto territoriale del Distretto di Camerino, di un percorso di sviluppo dell'organizzazione e delle competenze professionali, avendo come modello concettuale di riferimento, culturale e metodologico, nonché esperienziale, la RETE ALZHEIMER dell'ULSS 9 di Treviso (bacino 420.000 abitanti) gestito da 10 anni dall'ISRAA di Treviso dove lo sviluppo di tale progettualità è previsto dai Piani di Zona dell'ULSS 9, approvato dalla Conferenza dei Sindaci e si sviluppa in piena integrazione con il distretto sociosanitario, i comuni e le diverse realtà pubbliche e private dell'area di riferimento.
L'ISRAA è un Ente Pubblico.

Premessa
L'invecchiamento della popolazione è il dato demografico più rilevante della nostra società. Nella Regione Marche il fenomeno è particolarmente presente in quanto oltre 300.000 persone - quasi il 22% - ha più di 65 anni. In questo contesto, assieme ad altre patologie correlate all'invecchiamento, assumono particolare rilevanza le demenze e ciò per tre principali motivi:
- sono malattie ancora poco conosciute e per le quali le scienze biomediche non hanno ancora trovato rimedi efficaci;
- sono malattie che, per la propria specificità, comportano gravi conseguenze sul piano psicologico, sociale ed economico, con particolare riferimento alla propria famiglia;
- è una malattia si evolve in tempi molto lunghi, ha una progressione numerica elevata, è la causa primaria di istituzionalizzazione.

Cosa sono le demenze
Le demenze sono processi degenerativi del cervello caratterizzati dal declino progressivo delle capacità di ricordare, di ragionare, di esprimersi ed agire.
Generalmente si suddivide la demenza in tre fasi successive, di progressiva gravità. La durata media della malattia è di 12 anni, ma in alcuni casi può durare sino a 15 o 20 anni.
Manifestazioni tipiche della demenza sono i disturbi cognitivi (ad es. problemi di memoria, attenzione, orientamento spazio temporale, ecc.), disturbi del comportamento (ad es. aggressività, deliri, allucinazioni, disinibizione, alterazioni del ritmo sonno veglia, ecc.) e deficit funzionali/motori.
L'Alzheimer è la forma più frequente di demenza (circa 50% del totale).

I numeri delle demenze
Dallo studio ILSA del CNR (2000), risulta che in Italia la prevalenza della demenza nella popolazione anziana ultra65enne è del 6,5%. In base a queste indicazioni, si stima che in ambito nazionale ci sia quasi un milione di persone affette da demenza, metà delle quali di tipo Alzheimer. Per quanto riguarda la Regione Marche, una stima prudenziale indica in circa 20.000 le persone con probabile diagnosi di demenza. La zona territoriale n. 10, interessata dal presente progetto, comprende 21 comuni su un'estensione territoriale montana di 1.200 Kmq, dove vivono quasi 49.000 persone. Di queste, oltre 13.000 (27% della popolazione) hanno più di 65 anni, si ipotizza, quindi, la presenza di oltre **800 persone** con di demenza.

Vivere la demenza, convivere con la demenza
Con la demenza la società è di fronte ad una malattia con grave impatto sociale.
Gli effetti principali della demenza possono essere così riassunti:
- è una patologia cronico degenerativa;
- stravolge le relazioni parentali ed amicali;
- determina un pericolo per sé e per gli altri che si presenta 24 ore al giorno;
- non è gestibile con interventi "una tantum" o ad "ore";
- non è trattabile farmacologicamente in modo soddisfacente;
- è mutevole nel tempo;
- esaurisce chi assiste il malato;

- ha altissimi costi economici, sociali, affettivi ed umani.

all. To del. 3704/3 - 06 APR. 2015

Per la specificità della malattia e lo stigma sociale che spesso comporta, non sempre i servizi sono a conoscenza della situazione domiciliare così come non sempre le famiglie conoscono quali sono i servizi ai quali rivolgersi per ottenere un aiuto. La maggior parte dei malati di demenza viene assistita a casa e ciò comporta un grande problema per le famiglie e per i servizi. Lo stress del familiare, in particolare della persona deputata a seguire il malato (caregiver), è uno degli aspetti primari collegati alla malattia.

Una nuova visione per una nuova strategia

Di fronte a questo quadro, un approccio sanitario classico non permette di andare oltre la diagnosi o, eventualmente, un ricovero ospedaliero (spesso incongruo). Talvolta il problema viene "risolto" con l'istituzionalizzazione in residenza per anziani. Tuttavia, questa soluzione non risolve il problema, ma si limita a "nasconderlo". I dati nazionali evidenziano che mediamente viene ricoverato in strutture solo il 20% delle persone con demenza, mentre circa l'80% rimane a casa propria assistita dai propri familiari.

Se non vogliamo essere travolti da questo problema, di natura organica ma di grande impatto sociale, ma soprattutto se vogliamo trovare qualche soluzione per fronteggiare questa patologia e dare un aiuto alle famiglie che vivono questa situazione, è necessario cercare nuove soluzioni e ad elaborare nuove strategie.

Nello specifico, il progetto "Tempo alle famiglie", così come è stato articolato nel territorio di Camerino, si è fondava su una diversa visione del problema, che richiede un cambio di paradigma nel <u>modo di concepire le demenze</u> ed un cambio di metodo nel <u>modo di organizzare i servizi</u>:

- *una nuova visione delle demenze*: di fronte alle demenze nulla sembra possibile, se l'obiettivo è la guarigione della patologia, in quanto si tratta di una malattia cronico degenerativa. Ma se ci poniamo come obiettivi il benessere della persona, una soddisfacente qualità della vita, nonostante la malattia, allora si aprono sconfinate possibilità di intervento sanitario e sociosanitario. Il tema sostanziale è spostare l'interesse dalla patologia alla salute della persona, al suo benessere, assumendo una visione globale e generale che contempli tutte le variabili biologiche, psicologiche e sociali. Una chiave di intervento in questo senso è la "*cura centrata sulla persona*", un metodo che consente di leggere il bisogno e di organizzare gli interventi tenendo conto:
  - 1) del danno neurologico,
  - 2) della condizione sanitaria della persona che invecchia,
  - 3) della sua storia personale,
  - 4) del suo carattere,
  - 5) delle sue relazioni sociali e ambientali.

  Si tratta, in definitiva, di cercare di leggere ed interpretare i suoi bisogni ed i suoi desideri creando le condizioni affinché questi possano, nel limite del possibile, essere risolti o realizzati.

- *una nuova visione dei servizi*: in questo caso si tratta di passare da una logica di erogazione di prestazioni alla elaborazione di progetti, individuali e di sistema sanitario e sociosanitario, che hanno come obiettivo centrale l'elemento che rende così drammatici gli effetti di questa malattia: la *fragilità del sistema sociale* (caregiver, famiglia) nel quale la persona malata vive. Infatti, se la malattia cronico degenerativa riguardasse il sistema circolatorio, cardiologico, respiratorio, osteoarticolare, oppure fosse di natura tumorale, il tipo di intervento elettivo potrebbe rientrare tra quelli classici dell'assistenza ospedaliera e/o domiciliare. Di fronte alla demenza, proprio per i risvolti sociali, comportamentali, relazionali e cognitivi, è necessario leggere la malattia nella persona e la persona nel proprio contesto sociale. Perché il malato possa stare meglio e perché il sistema possa "tenere" di fronte alla continua richiesta di aiuto di queste famiglie, è necessario investire sulle stesse famiglie per trasformarle da problema a risorsa. Se la famiglia è abbandonata a sé stessa, non ci sono garanzie rispetto alla qualità di assistenza prestata, in casa, alla persona malata, se invece la famiglia viene "*presa per mano*" dai servizi ed accompagnata nel lungo percorso della malattia, la qualità della sua assistenza domiciliare migliora, diventa più adeguata, i familiari vivono l'idea di farcela, maturano la

allegato del. 370/AV3/ 6 APR. 2018

sensazione di essere utili, resistono più a lungo. In questo modo viene evitata la deriva sanitaria della famiglia che la letteratura riporta in un aumento delle malattie dei suoi componenti con un parallelo elevato uso di psicofarmaci per contenere lo stress, la depressione, la stanchezza.

Il progetto

Per trasformare le idee in realtà è necessario avere un progetto in grado di produrre, nei tempi stabiliti, i risultati attesi.

In questo l'Azienda ritiene importante poter integrare il progetto originale "Tempo alle famiglie" con specifiche azioni di supporto che agiscono su due livelli:

a) con una specifica formazione sanitaria e sociosanitaria degli operatori dei servizi affinché gli stessi possano approcciare le persone con demenza con una maggiore competenza rispetto alla condizione attuale;
b) coordinando i servizi che intervengono nel territorio considerato costruendo una rete integrata in grado di affrontare la patologia dementigena ed il contesto nella quale si manifesta secondo un approccio globale ed integrato.

L'obiettivo operativo che ci si pone, a partire dalle due azioni di cui sopra, è il seguente: intercettare almeno 80 persone malate di demenza, residenti nel territorio del Distretto di Camerino ed avviarle/inserirle/affiancarle in un percorso, specifico sul malato, gestito dalla "rete Alzheimer" che nel frattempo dovrà essere implementata . Per misurare l'entità del risultato raggiunto dovranno essere raccolti dati quantitativi (numero di partecipanti, valutazione condizioni cognitive, valutazione dello stress dei familiari…) e qualitativi (ad es. gradimento del servizio).

L'obiettivo secondario è la costruzione di una rete integrata dei servizi, dedicati alle demenze, che si caratterizzi per avere una regia, una partecipazione diffusa nel territorio che coinvolga e valorizzi le risorse già presenti (ad es. le strutture per anziani, le associazioni di volontariato, le associazioni dei familiari, l'assistenza domiciliare, i medici di medicina generale, l'ospedale…).

Nel percorso sarà interessante verificare la possibilità di trovare, in alcuni stakeholders locali, la disponibilità a diventare attori attivi della Rete Alzheimer, in modo tale che gli investimenti formativi di questo progetto possano mantenere la loro efficacia nel tempo. In questo senso risulterà centrale il ruolo svolto da alcune strutture per anziani, realtà già conosciute e presenti nel territorio, che potranno qualificarsi sulla modalità assistenziale degli anziani, ma anche per essere punti di riferimento sociosanitario territoriale per progetti specifici e particolari come la rete Alzheimer.

La logica di fondo che dovrà ispirare il progetto è la flessibilità e la modularità in funzione dello specifico bisogno della persona e della sua famiglia.

Il progetto si dovrà articolare concretamente nei seguenti sottoprogetti:

A. *Assessment neuropsicologico*: si tratta di migliorare le competenze valutative nell'iter diagnostico delle demenze, con particolare riferimento alle valutazioni neuropsicologiche ed alla loro integrazione nell'Unità di Valutazione Alzheimer;

B. *interventi di Assistenza Integrata a Domicilio per le Demenze (AID.D)*. La missione del progetto AID.D è di lavorare per il sostegno e lo sviluppo della "*rete primaria e secondaria del malato di demenza*". Il progetto prevede un intervento di otto incontri a domicilio, a cura di uno o più professionisti sanitari dedicati, con l'obiettivo di definire un percorso volto ad aumentare le competenze del caregiver. Una strategia di questo tipo permetterà di raggiungere l'obiettivo di mantenere il più a lungo possibile il malato nel proprio ambiente di vita e ritardare il processo di istituzionalizzazione, garantendo al contempo una buona qualità della vita sia al malato che alla propria famiglia;

C. *incontri di auto mutuo aiuto degli anziani e delle famiglie sul modello dei Caffè Alzheimer per il sostegno delle famiglie (CA)*. Per i familiari è importante trovare persone competenti da cui ricevere indicazioni su come comportarsi con il familiare malato, sulle forme di assistenza possibili e sul significato della malattia. Se da una parte è importante conoscere i disturbi della malattia, risulta fondamentale trovare persone con cui condividere la propria esperienza, con cui

all.To Det. 370/2013 / 6 APR. 2016

verificare se quello che si fa è fatto bene e da cui avere qualche consiglio pratico perché anche loro sono coinvolti nello stesso problema.

D. laboratori di stimolazione cognitiva (LSC). Intese come un trattamento di origine sanitaria in piccolo gruppo (6/8 partecipanti) indirizzato a persone affette da demenza di grado lieve e moderato. Si articola in 10 sessioni di stimolazione cognitiva.

E. *attivazione di posti di centro diurno sperimentale all'interno delle strutture per anziani esistenti (CD.A)*. L'obiettivo è di evitare la realizzazione di nuovi servizi in nuovi contesti, magari poco sostenibili sul piano economico, per facilitare l'avvio di servizi analoghi in contesti già strutturati, come ad es. le strutture per anziani già esistenti (centro diurno integrato);

F. *Attivazione del progetto Palestramente*. Si tratta di un'iniziativa che coniuga l'attivazione motoria con la stimolazione cognitiva in grado di produrre effetti di benessere nei malati e nei caregiver. Il progetto si articola in un percorso guidato, preferibilmente all'aperto, per un totale di 10 incontri, a frequenza settimanale, in piccoli gruppi di 8/10 partecipanti..

Le azioni di supporto allo sviluppo del progetto
La sperimentazione dovrà affrontare il tema delle demenze in modo sistemico. La volontà, infatti, non è quella di avviare un singolo servizio o un singolo progetto, ma quello di creare una rete integrata che coinvolga il maggior numero di risorse presenti nel territorio.
Per sviluppare questo progetto è necessario sviluppare un'azione formativa specifica che consenta da una parte lo sviluppo delle competenze sanitarie e sociosanitarie sul tema delle demenze al personale dei servizi coinvolti, dall'altra di supportare lo sviluppo organizzativo sotteso alla costruzione della rete Alzheimer.

Le aree nelle quali dovrà concentrarsi la formazione sono le seguenti:

1 – formazione del *gruppo di regia* del progetto, con particolare riferimento alla continuità di cura ed all'integrazione sanitaria e sociosanitaria. La formazione dovrà consentire la costruzione di un progetto organizzativo e gestionale (rete Alzheimer), attivando le risorse e rappresentando il progetto sul piano istituzionale, a supporto del progetto "Tempo alle famiglia";

2 – formazione per lo sviluppo delle competenze specifiche nel campo delle demenze rivolto a tutte le risorse dei servizi coinvolti. Si tratta di un'azione di formazione al tema delle demenze secondo l'approccio bio psico sociale;

3 – formazione per la predisposizione, la gestione e la valutazione dell'efficacia dei progetti di intervento della rete Alzheimer (a supporto del progetto Tempo alla famiglia) nei confronti dei malati e dei caregiver.

4 – supervisione in itinere nella realizzazione dei progetti, sino alla conclusione della sperimentazione. Lavorare bene con le persone con demenze è un risultato a cui si arriva nel tempo, confrontando continuamente il modello di assistenza con l'esperienza quotidiana. Per questo vengono previsti degli incontri di supervisione con lo scopo di stabilizzare le competenze che rimarranno tali anche dopo la conclusione della sperimentazione.

Quantificazione dell'attività formativa a supporto del progetto
Le attività formative da prevedere possono essere così definite:

Area 1. Formazione rivolta al gruppo di regia del progetto

- I temi trattati saranno legati alla creazione dei processi di continuità della cura, all'integrazione sociosanitaria, al coordinamento delle attività di intervento nei confronti dei malati, la strutturazione di strumenti e metodi (indicatori, report, schede…) utili al governo del progetto.

all. to det. 380A/3 | 6 APR. 2016

- Per questa attività vengono previste 8 giornate (una giornata/mese per la formazione continua, durante tutta la sperimentazione).
- L'attività si rivolge a un gruppo di circa 10 persone.

Area 2. Sviluppo delle competenze nel campo delle demenze

- I temi trattati riguardano l'inquadramento della demenza, evoluzione della malattia, correlati neurologici e neuropsicologici, le modalità della valutazione neuropsicologica e multidimensionale, l'approccio biopsicosociale alla demenza, il trattamento dei disturbi del comportamento, il sostegno al caregiver, le basi del modello di cura centrato sulla persona;
- Per questa attività vengono previste 15 giornate (6 x 2 giornate dedicate agli operatori, 3 giornate dedicate al personale che si occuperà nello specifico della valutazione neuropsicologica).
- L'attività si rivolge a circa 180 persone.

Area 3. Preparazione per la realizzazione dei progetti di intervento e supervisione nel percorso

- I temi trattati riguardano la pianificazione, la metodologia, la gestione operativa nei confronti dei malati e delle famiglie coinvolti nei seguenti progetti: Caffè Alzheimer, Palestramente, Laboratorio di stimolazione cognitiva, AID.D. Centro Diurno;
- Per questa attività vengono previste 8 giornate formative).
- L'attività si rivolge a circa 20 persone.

Area 4. Aspetti clinici delle demenze: valutazione, diagnosi e trattamento

- Verranno presentati i nuovi servizi a supporto della famiglia che si prende cura di una persona affetta da demenza a domicilio e il ruolo del medico di medicina generale e dell'UVA nel favorire la presa in carico globale e individualizzata. Verrà illustrato come la terapia farmacologica può influenzare la competenza cognitiva e comportamentale nella persona con demenza con particolare riferimento ai farmaci psico-attivi e al trattamento del dolore. Presentazione dei diversi approcci bio-psico-sociali attraverso i quali è possibile leggere i bisogni delle persone con demenza ed elaborare un piano di intervento.
  Verrà approfondita la modalità di interazione delle variabili che interagiscono nel determinare il "vivere con" la demenza all'interno di un contesto familiare o istituzionale.
- Per questa attività vengono previste 2 giornate formative.
- L'attività si rivolge a circa 50 persone.

Considerazioni finali

Nella fase di predisposizione della convenzione tra gli Enti, ovvero in seguito ad una formale manifestazione di intenti saranno definiti in modo più dettagliato sia 'articolazione del progetto, che le specifiche ai fini dell'accreditamento ECM.
Sarà definito nel dettaglio l'articolazione degli eventi secondo moduli formativi ed orari concordati tra le parti. Allo stesso modo, pure all'interno di un budget predefinito, verranno successivamente definiti i costi e le modalità di pagamento.
Verranno infine stabiliti i tempi di realizzazione dell'azione formativa e quindi della realizzazione del progetto.