

RIUNIONE ANNUALE ADERENTI AL COORDINAMENTO ASSOCIAZIONI ALZHEIMER DEL PIEMONTE

Pippione (A.A.Asti)

Ringrazio gli amici del CAAP che sono presenti. Un saluto anche agli amici che non sono potuti venire. Speriamo che la rete di Associazioni Alzheimer si rinforzi e si allarghi.

La giornata si tiene in questo palazzo storico per darci lo spazio per incontrarci e discutere ed anche per ammirare la mostra di Giovanni Boldini: visita che avrà come guida il maestro prof. Ottavio Coffano già direttore dell'Accademia Albertina. Verso l'una potremo fare insieme un piccolo spuntino presso la vicina Caffetteria Mazzetti.

Ferlisi (A.I.M.A. Biella)

Buongiorno a tutti i presenti. Il CAAP era stato concepito, da me e dai promotori, con l'idea di lavorare insieme. Purtroppo alcune associazioni si sono perse col tempo. Ma qualcun'altra si è fatta avanti. L'importante è avere obiettivi comuni; questo ci accredita agli occhi degli Enti Locali.

a) Interagendo coi funzionari regionali ci ha permesso di discutere con le ASL per la DGR 19 (attuazione del PND).

Giova ricordare che con la riforma del Terzo Settore gli ETS devono interagire con gli Enti Locali (art. 55 DLGS 117 del 3/7/2017 "Codice del terzo Settore"). L'obiettivo è quello di integrarci con le ASL per offrire servizi. Ad esempio quando il Governo ha finanziato il PND, al Piemonte sono arrivati oltre 900000 € (49000 € per azienda sanitaria); in Regione non avevano idea. Noi abbiamo dato suggerimenti per l'attuazione delle terapie non-farmacologiche in tutta la regione. L'importante è dare/lavorare per una qualità di vita migliore del malato e della sua famiglia. Nelle pieghe della DGR 19 è contemplata la collaborazione tra ASL ed ETS. In questo modo l'ASL si può sgravare.

b) A proposito del PSDTA sulle demenze siamo in interlocuzione con i funzionari regionali, abbiamo dato spunti per la sua redazione finale.

c) Con la DGR 1 è stata variata la quota assistenziale della retta giornaliera (portata al 50% della retta totale secondo i LEA): è una prova di forza che farà chiudere vari Centro Diurni Alzheimer (CDA). A proposito di questo alcuni mesi fa in Regione non sapevano quanti fossero i CDA ancora attivi. Nonostante i dati pubblicati sul sito <https://welforum.it/centri-diurni-alzheimer/> al momento io, telefonando a tutti i Centri Diurni, so che esistono circa 350 posti autorizzati.

Malerba (Chieri): alla TO5 dopo il Covid hanno chiuso 3 CDA su 4.

Ferlisi: e questo ci dà la stima del problema.

Francesconi (Asti): il nostro CAAP è l'unico coordinamento in Italia. Alle 21 giornate Geriatriche Novaresi ho avuto modo di parlare con i funzionari regionali della Sanità: anche loro confidano nella fattiva collaborazione ASL-Associazioni per l'attuazione della DGR 19.

Bocca-Biolcati (A.M.A. Novara): anche in Campania si sta sviluppando un coordinamento perché delle Associazioni ci hanno chiesto il nostro documento fondativo.

Francesconi: A proposito dei CDA la nostra realtà (Asti) ,è toccata da vicino perché il 31 dicembre ha chiuso i battenti la Casa di Riposo della Città di Asti che aveva vari nuclei RSA ed un Centro Diurno Alzheimer. Dal momento che si tratta della più grande IPAB del Piemonte grande è la ripercussione mediatica e numerose sono le telefonate che riceviamo da familiari, politici e giornalisti anche perché io, coordinatore dell'UVG dal 1997 ero stato il promotore e referente del Centro Diurno dalla sua inaugurazione nel dicembre 1999 fino al 2001.

Secondo me è un errore chiudere i Centri Diurni, pensate che nel Webinar dell'AIP del 9/12/22 sui Centri Diurni è stata illustrata la situazione dei Centri Diurni specie di quelli specifici per le demenze; in particolare è stato detto che in Lombardia ci sono ben 320 Centri Diurni collegati alle

RSA, mentre da noi sono solo 18 i Centri Diurni e alcuni NON hanno riaperto dopo il Covid. Occorre che siano al centro di una politica a reale sostegno della domiciliarità per le demenze, sollevando i familiari dallo stress, diventando punto di riferimento per buone pratiche, per formazione, per ascolto caregiver (insomma molte attività che, attualmente, sono svolte dalle nostre Associazioni). Gli Enti Gestori delle Funzioni Socio-Assistenziali potrebbero entrare in gioco per realizzare, magari, 3 centri Diurni, uno per Ente Gestore, col loro sostegno diretto per favorire la partecipazione delle persone.

*[Per migliore illustrazione della situazione sui Centri Diurni in Italia vedi le diapositive proiettate al Webinar A.I.P.]**

Mantovani (Chieri): occorre chiedere un incontro all'Assessore Regionale ed ai funzionari sul tema dei Centri Diurni.

Ferlisi: alcuni anni fa il CDA è stato fondamentale per la mia famiglia, allorché mia moglie, a 39 anni, si è ammalata. Non ci fosse stato il CDA non so come avrei potuto andare avanti, avendo anche un figlio di 16 anni.

Francesconi: il CDA, così come il Caffè Alzheimer, rappresenta un baluardo contro lo stigma della demenza, che la malattia causa del maggior numero di disabili: colpendo l'8% degli ultra65enni vuol dire che in un territorio di 50000 abitanti ultra65enni ci sono 4000 malati.

Ferlisi: altro punto che occorre rimarcare è la necessità della composizione dell'èquipe che lavora nei Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) delle ASL. Spesso mancano psicologi e assistenti sociali (servono di più gli assistenti sociali dei Consorzi perché a loro è deputata la valutazione sociale nell'ambito dell'UVG).

Nell'incontro con l'assessorato regionale occorre anche chiedere il rispetto della DGR sulla composizione dei CDCD.

Occorre anche rimarcare che nella rete dei servizi siano annoverati i Caffè Alzheimer. Per questo sarà necessario avere dei dati su tutte le nostre attività, sui nostri soci. Numeri e risultati.

Ci rendiamo conto che è importante marciare tutti insieme, tutto il CAAP. Occorre anche far capire in regione che, se siamo un CAAP, non possiamo sottostare al regime dei "progettifici annuali" che ci obbliga a fare sempre progetti diversi, ogni anno, col rischio di non dare continuità a nessuno!!!

Ricordate il progetto PieMEMONte ? Nel 2019 siamo andati benissimo con lo screening nelle farmacie e poi gli interventi a piccoli gruppi di stimolazione cognitiva: l'anno dopo abbiamo dovuto cambiare il progetto!!!!

Maggiore (Alzheimer Piemonte)

Sul nostro territorio (città di Torino) ci sono spesso problemi per quanto riguarda il percorso di Continuità Assistenziale Ospedale-territorio perché certe ASL fanno firmare in anticipo l'accettazione del percorso impegnando l'anziano "a priori" a pagare la retta dopo 30 giorni di permanenza in RSA. Dopo 60 gg si è costretti al pagamento della retta intera, come da DGR 1-5265 del 28/06/2022 e s.m.i. per utenti/famigliari /care giver.

Evidenzio all'attenzione di tutti quanto sta emergendo dalla proposta del DDL delega sulla NON-Autosufficienza ove viene previsto il ritocco dell'indennità di accompagnamento!!!.

Francesconi: la mia esperienza di componente/responsabile dell'UVG e responsabile del Nucleo di Continuità delle Cure dell'ASL-AT è sempre stata rispettosa dei problemi degli anziani, delle condizioni socio-economiche e sanitarie. Abbiamo sempre accompagnato i pazienti dimessi in RSA temporaneamente con degli appuntamenti periodici (nei 30 giorni) in cui l'UVG al completo (medico, infermiera, assistente sociale) rivedeva anziano e congiunto di riferimento per seguire il percorso di rientro.

Questa, secondo me, era una buona pratica di continuità assistenziale.

Bocca-Biolcati: a proposito di fondi e iniziative di ampio respiro non conviene valutare se far diventare il CAAP un'Associazione di secondo livello per avere un peso contrattuale più adeguato? Si potrebbe fare uno statuto. Calendarizzare gli incontri in presenza oppure online, come viene meglio.

Biolcati: un'associazione di secondo livello ha più facilità nella raccolta di fondi.

Tutti i partecipanti ritengono il suggerimento utile, da vagliare anche nelle singole sedi provinciali.

Galetti (Diaconia Valdese)

Noi non siamo un'associazione alzheimer; io ho lavorato alla RSA Rifugio Carlo Alberto fino al 2021 che era il riferimento per le demenze nel pinerolese. Adesso mi interessa di domiciliarità. Anche il nostro CDA è una realtà tra le varie maglie della rete assistenziale locale che è organizzata in maniera molto coesa tra ASL, Consorzi e RSA. Tutte le iniziative che teniamo in loco sono sempre organizzate in collaborazione socio-sanitaria. Da noi si considera importante tanto il malato quanto il familiare.

Facciamo due Caffè Alzheimer, sempre progettati insieme tra ASL e Consorzi e noi.

Il nostro CDA nel 2020 è stato chiuso solo 4 mesi; abbiamo fatto nostri i protocolli di prevenzione attuati dai Centri Diurni Handicap, li abbiamo rivisitati ed abbiamo ripreso solo dopo 4 mesi, mentre in molte realtà i CDA non hanno neanche ripreso a funzionare. Al nostro CDA, adesso, abbiamo 26 persone in lista d'attesa.

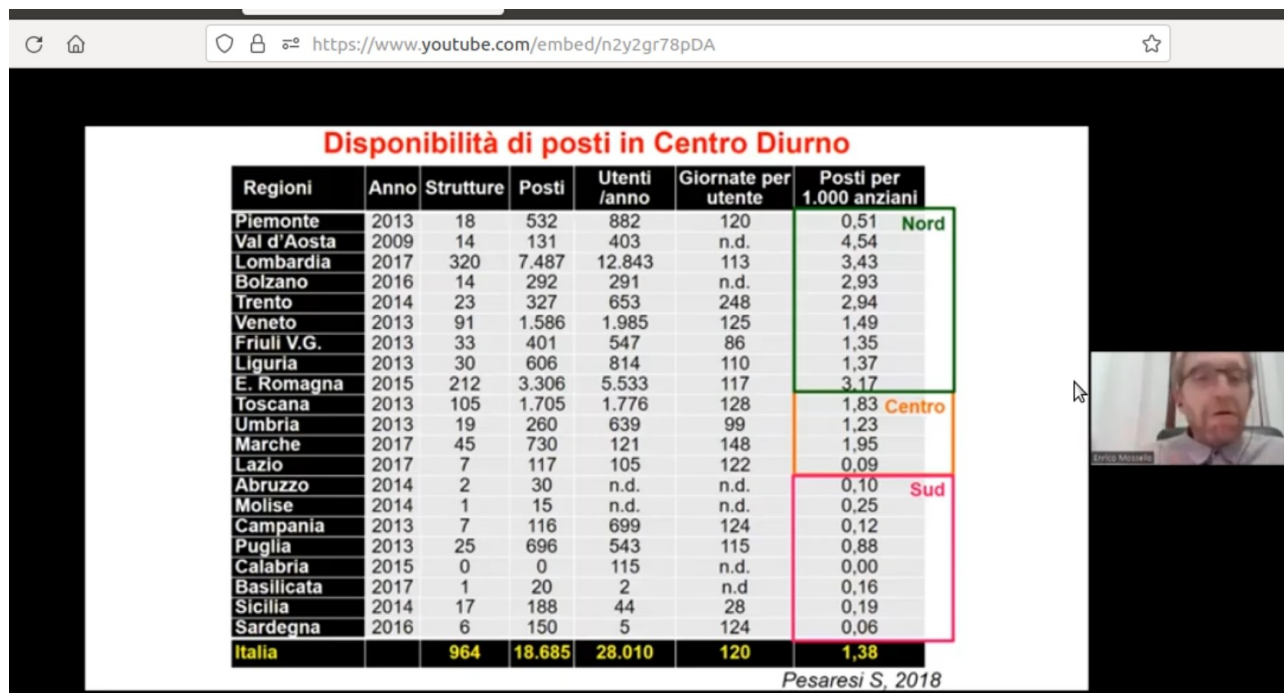
Qui tutto funziona in rete.

Sul territorio abbiamo anche attivato un progetto simile all'olandese "DemenTalent" per impegnare dei malati a domicilio sul territorio.

Mantovani: in Regione dobbiamo chiedere anche dell'applicazione delle sedute di riabilitazione cognitiva previste per il codice 029 "Malattia di Alzheimer" (decreto LEA).

*

Alcune diapositive presentate dal prof. Mossello durante il Webinar A.I.P. del 9/11/2022



The slide displays a table titled "Disponibilità di posti in Centro Diurno" (Availability of places in Day Center). The table lists data for various Italian regions from 2009 to 2017, categorized into Nord, Centro, and Sud. The columns are: Regioni, Anno, Strutture, Posti, Utenti /anno, Giornate per utente, and Posti per 1.000 anziani. A total row for "Italia" is provided at the bottom. The slide is attributed to "Pesaresi S, 2018".

Regioni	Anno	Strutture	Posti	Utenti /anno	Giornate per utente	Posti per 1.000 anziani	
Piemonte	2013	18	532	882	120	0,51	Nord
Val d'Aosta	2009	14	131	403	n.d.	4,54	
Lombardia	2017	320	7.487	12.843	113	3,43	
Bolzano	2016	14	292	291	n.d.	2,93	
Trento	2014	23	327	653	248	2,94	
Veneto	2013	91	1.586	1.985	125	1,49	
Friuli V.G.	2013	33	401	547	86	1,35	
Liguria	2013	30	606	814	110	1,37	
E. Romagna	2015	212	3.306	5.533	117	3,17	
Toscana	2013	105	1.705	1.776	128	1,83	Centro
Umbria	2013	19	260	639	99	1,23	
Marche	2017	45	730	121	148	1,95	
Lazio	2017	7	117	105	122	0,09	
Abruzzo	2014	2	30	n.d.	n.d.	0,10	Sud
Molise	2014	1	15	n.d.	n.d.	0,25	
Campania	2013	7	116	699	124	0,12	
Puglia	2013	25	696	543	115	0,88	
Calabria	2015	0	0	115	n.d.	0,00	
Basilicata	2017	1	20	2	n.d.	0,16	
Sicilia	2014	17	188	44	28	0,19	
Sardegna	2016	6	150	5	124	0,06	
Italia		964	18.685	28.010	120	1,38	

Pesaresi S, 2018

Quota di posti in Centro Diurno demenze

Regioni	Strutture	Posti	Posti per 1.000 anziani
Piemonte	18	304	0,28 Nord
Val d'Aosta	1	12	0,41
Lombardia	10	154	0,07
Bolzano	0	0	0,00
Trento	2	38	0,33
Veneto	3	48	0,04
Friuli V.G.	1	8	0,02
Liguria	8	336	0,76
E. Romagna	9	150	0,14
Toscana	23	312	0,33 Centro
Umbria	12	148	0,66
Marche	10	205	0,55
Lazio	2	36	0,03
Abruzzo	1	30	0,10 Sud
Molise	1	15	0,20
Campania	4	70	0,07
Puglia	14	395	0,45
Calabria	0	0	0,00
Basilicata	1	20	0,16
Sicilia	15	188	0,18
Sardegna	2	55	0,15
Italia	137	2.524	0,19

Pesaresi S, 2018

Posti in CD: Italia vs. Europa

Tabella 11 - L'offerta di servizi semiresidenziali per anziani in Europa

Nazione	Anno	Posti semiresidenziali per anziani. % sugli anziani
Grecia	2007	9,0
Estonia	2008	7,5
Finlandia	2008	3,4
Portogallo	2006	3,3
Islanda	2005	3,0
Danimarca	2008	2,4
Ungheria	2008	1,6
Macedonia	2009	1,0
Romania	2009	1,0
Spagna	2008	0,8
Svezia	2008	0,7
Polonia	2009	0,3
Slovenia	2009	0,2
Italia	2009-2017	0,1

Fonte: European Commission, 2012.

Pesaresi S, 2018