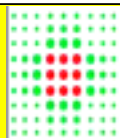




Le implicazioni sociali: quale futuro per i caregiver

P.A. Bonati



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



**Centro distrettuale Disturbi Cognitivi
di Reggio Emilia, AUSL Reggio Emilia**

L'Italia? Non è un paese per vecchi...
Firenze, 26-29 novembre 2008



contesto



**905,713 AD pari al 1,5%
della popolazione italiana**

Eurodem 2008

**80.000 AD I nuovi malati
ogni anno**

Segmento di popolazione in crescita e con problemi ampi e diversificati di cura ed assistenza che coinvolgono l'intera famiglia di chi si ammala, che ancor oggi pur in presenza di innegabili passi avanti, appare poco alla ribalta sia a livello di opinione pubblica che come priorità di intervento pubblico

Public Awareness and Concern



Alzheimer's Disease

- Care is provided mostly by family members
- Caregivers usually receive no professional assistance.
- Family members usually work as caregivers for an average of 20 hours per week.
- Many caregivers also have part time or full time paying jobs.
- Lack of guidance in how to care for an Alzheimer's patient.

Profilo caregiver (CENSIS 1999)

- Coniugi dedicati (30.7%, età 61-70 aa)
- Figlie multiruolo (19.1%, età 36-45 aa)
- Neo-caregiver (18.7%)
- Caregiver logorati (17.7%, età over 60 aa)
- Caregiver supportati (13.8%, età 21-35 aa)

Profilo malato/caregiver

- Donna
 - coniugata (50% circa)
 - Età media 77.8 aa
 - Vive nella propria abitazione
 - Nel 48% con il marito
 - Dipendente: 64% igiene complessa, 57% igiene intima, 49% incontinenti, 54% abbigliamento
- Donna
 - Moglie (se pz marito) Figlia (se pz madre)
 - Soprattutto fascia di età fra 46-60 aa
 - Non lavora (anche se il dato vs 1999 va riducendosi 53% vs 62%)
 - 30% donne che non vivono con il malato
 - Dedicano in media 6 ore assistenza diretta e 7 ore alla sorveglianza
 - 16.5% è solo nella gestione dell'assistenza
 - Solo 1/3 usufruisce di permessi lavorativi (legge 104/92)

Alzheimer's Disease

- Caring for a person with Alzheimer's Disease is very difficult do to the nature of the disease.
 - Forgetfulness
 - Functional decline- ADL assist
 - Psychosis and agitation
 - Weight loss
 - Restlessness and insomnia
 - Wounds
 - Anorexia
 - Need for special equipment
 - Safety precaution and fall precaution
 - Difficulty in making needs known (i.e. Confusion, memory fluctuation , repeated words)

Offerta socio-sanitaria nazionale

- Meno di un malato su cinque usufruisce dell'assistenza domiciliare(socio-assistenziale, integrata)
- Il 25% frequenta centro diurno (specializzato?) per 4 gg alla settimana per un numero medio di circa 30 ore settimanali)

Richiamo alla responsabilità verso il proprio familiare

-curare il proprio malato domiciliaramente: 70% nega la possibilità di usufruire di ricoveri temporanei di sollievo; 88% rigetta l'idea di ricoverare nelle diverse fasi della malattia (ad es. solo il 16% nelle fasi avanzate) definitivamente il malato in una struttura residenziale

Il sistema dei servizi: realtà

- UVA 47.6% (61% nord, 40% centro, 39% sud)
- Ambulatorio medico specialistico 14.7% (H o ASL)
- AIMA od altro 12%
- Studi medici di specialisti privati 10.7%
- MMG 4.2%

Cosa le manca?

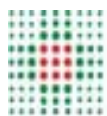
- 43% strutture specializzate
- 28% assistenti domiciliari professionalmente preparati
- 10% aiuti economici
- 10% sostegno morale (avvertono la mancanza di confronto con altri familiari ed esperti)
- 5% assistenza medica

Il sistema dei servizi: quali utili

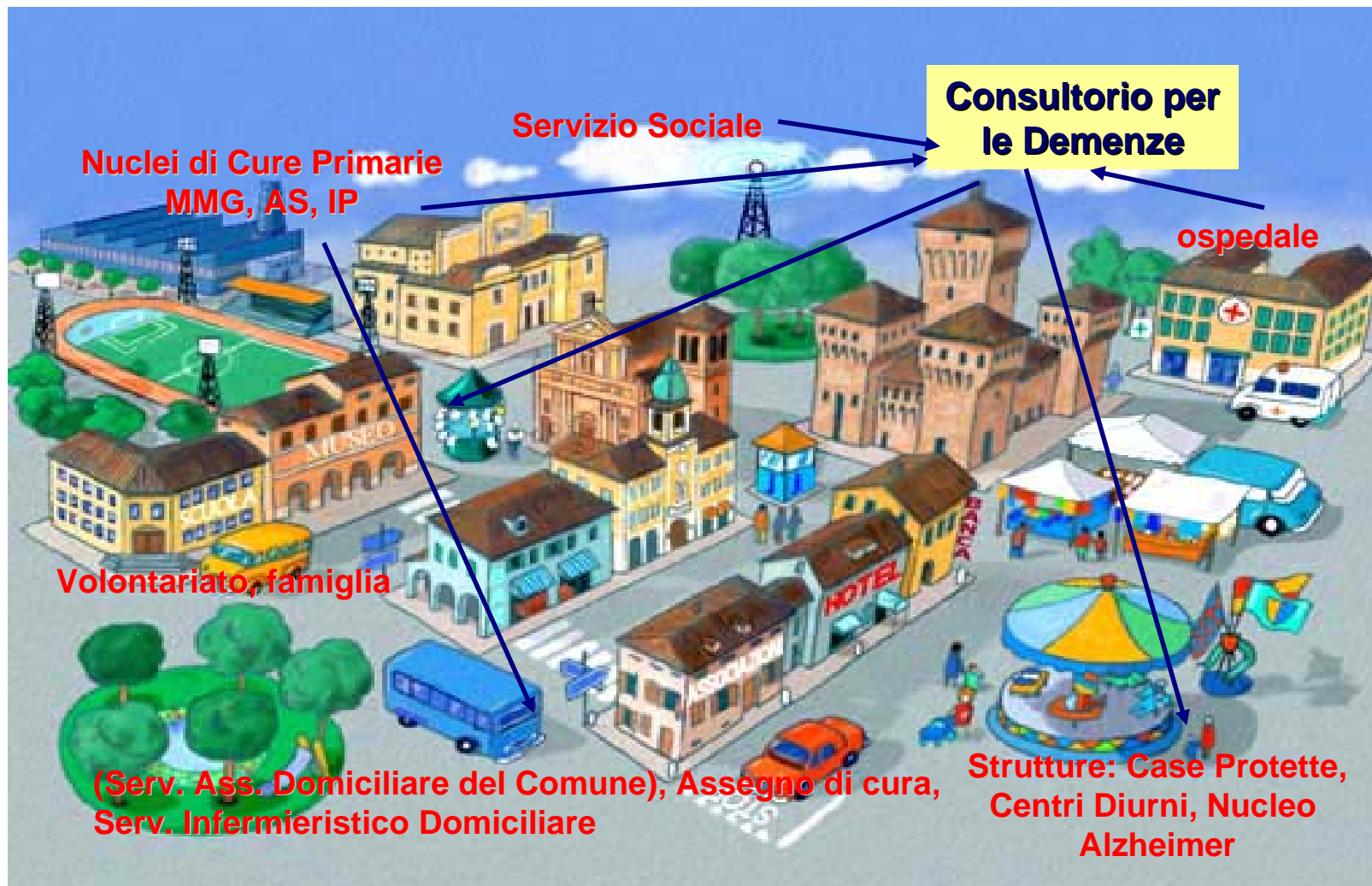
- UVA (54.4%)
- Centri diurni (23.9%)
- Farmaci gratuiti per il trattamento della malattia (11.7%)
- Nuclei Alzheimer (10.5%)
- ADI (9.2 %)
- ASA (7.7%)

La **Regione Emilia-Romagna**, per far fronte al forte impatto sociale che la demenza impone, ha approvato il Progetto regionale sulle demenze senili (con **D.G.R. 2581/99**).

Un primo importante risultato del progetto è stata la creazione di una rete di 46 centri qualificati (consultori e centri esperti).

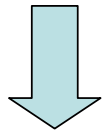


Modello assistenziale “a rete”

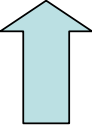
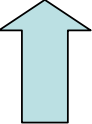
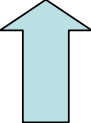
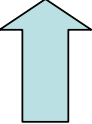
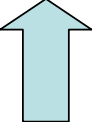


Punti di forza e criticità del sistema

MMG



Punti di forza e criticità del sistema

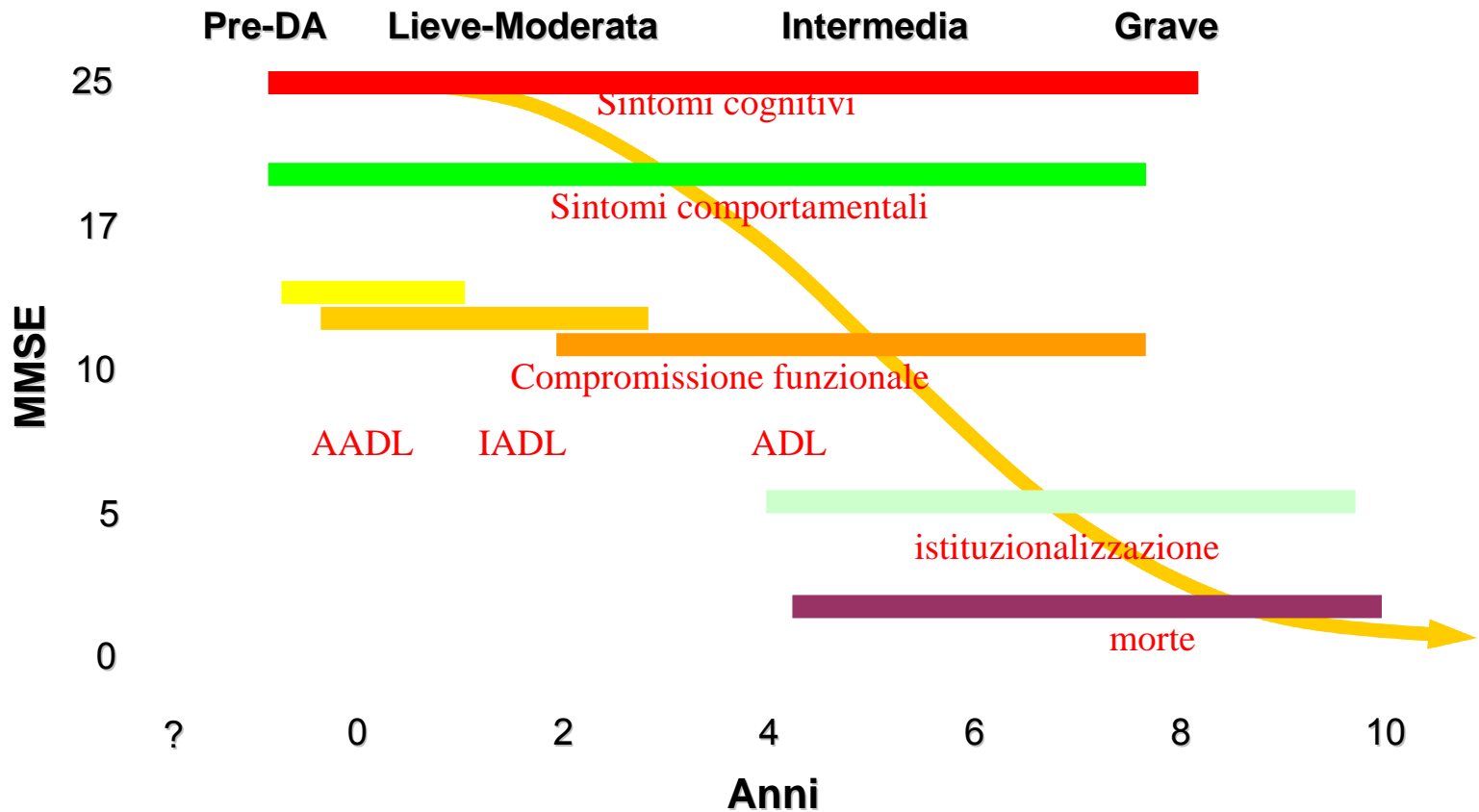
- Organizzazione 
- Crescita culturale dei team 
- Punto di riferimento per i caregivers 
- Definizione di nuovi aspetti funzionali e somatici non altrimenti rilevati 
- Evidenze di un sommerso diagnostico non solo cognitivo 

Le implicazioni sociali

- (14) Figlio, soccorri tuo padre nella vecchiaia,
non contristarlo durante la sua vita.
- (15) Sii indulgente, anche se perde il senno, e non
disprezzarlo, mentre tu sei nel pieno vigore.

Dal libro del Siracide (14-15 (NV))[gr.3, 2-6.12-14]

Storia naturale della DA



STADI DELLA AD

LIEVE

- deficit di memoria a breve termine
- disorientamento nello spazio
- difficoltà nel far fronte ai problemi quotidiani
- cambiamenti di personalità e alterata capacità di giudizio

MODERATA

- difficoltà nell'esecuzione delle normali attività quotidiane (alimentarsi, vestirsi, lavarsi)
- agitazione psico-motoria
- disturbi del sonno
- difficoltà nel riconoscere familiari ed amici

GRAVE

- disturbo di espressione e comprensione del linguaggio
- inappetenza e dimagrimento
- incontinenza
- totale dipendenza dagli altri

Le fasi della malattia

Fase 1

Demenza lieve (durata 2-4 anni)

Impatto sul caregiver: ricerca di un professionista che formuli la diagnosi e dia indicazioni/consigli su come gestire gli aspetti cognitivi e funzionali, stress emozionale

Fase 2

Demenza moderata (durata 2-10 anni)

Impatto sul caregiver: come affrontare i disturbi del comportamento; dove informarsi sulle caratteristiche della malattia, inserirsi in gruppi di supporto organizzati, imparare la ad affrontare la gestione non solo dei problemi routinari ma anche di quelli legati alla perdita delle autonomie, scegliere gestioni assistenziali alternative a quella domiciliare, stress fisico (burn out)

Fase 3

Demenza grave (durata media 3 anni)

Impatto sul caregiver: decidere quali terapie intraprendere e quali no (alimentazione artificiale, uso di sondini o “di terapie aggressive”), burden psicologico e stress fisico.

Caregiver Stress

- Caregiver burnout occurs when our body, mind, and spirit tell us to “stop putting everyone else’s needs first.” It is character, fed physical, mental, and emotional exhaustion
 - It leaves people feeling overwhelmed, trapped, irritable, negative, disillusioned, and totally used up.
 - Burnout diminishes self-esteem and results in a loss of zeal. Burnout is a process rather than an event. It can be healed, but it doesn’t go away by itself.

Paul Rozynes, MD.

Medical Director

Broward Program VITAS Hospice

PREDITTORI DEL *DISTRESS* NEL CAREGIVER DEL MALATO DI ALZHEIMER

Wierer Ulrike, et al. Istituto Superiore di Sanità Roma, 25 settembre 2008

Il nostro studio indica non tanto la presenza di aspetti legati alla malattia correlati allo sviluppo del *distress* nel *caregiver*, quanto l'influenza di specifici fattori personali (sesso femminile, negazione delle difficoltà, disordini sintomatici psichici) e contestuali (problemi familiari, situazione economica, esordio della malattia), che possono essere utili in un'ottica di intervento mirato.

Symptoms of Caregiver Burnout

- Depression
- Withdrawal/ less communication
- Alienation
- Impatience
- Irritability
- Fatigue
- Loss productivity
- Loss of purpose or meaning
- Low self-esteem
- Negative emotion (anger, frustration, guilt, resentment, fear, loneliness, hopelessness)
- Sensitivity to criticism
- Sleep disturbance
- Changes in appetite
- Fewer wants
- Psychosomatic illness and symptoms (i.e. pain and muscle tension)

Impatto dell'assistenza sui caregiver

	Lieve	Moderato	Grave	Totale
Non dorme a sufficienza	55,1	56,3	50,6	53,6
Ha perso peso, aumentato sensibilmente il peso	26,5	28,4	36,9	31,9
Si ammala più spesso	26,5	18,8	23,9	21,9
È dovuto ricorrere a supporto psicologico	20,4	21,6	25,6	23,2
Soffre di depressione	46,0	38,6	46,6	43,1
Si sente fisicamente stanco/stanca	83,7	89,2	86,4	87,3
È stato ricoverato in ospedale	4,1	4,5	5,1	4,7
Altro	-	-	1,1	0,5

indagine Censis, 2006

I costi sociali della demenza

- Costi economici
 - *Diretti* (visite, esami, trattamenti, ospedalizzazioni, interventi abitativi, supporto assistenziale, ecc.)
 - *Indiretti* (mancata produttività, assistenza della famiglia)
- Conseguenze del caregiving sulla famiglia (riduzione produttività, stress psicologico, impatto sulla salute)

Determinanti dei costi

- Severità del deficit cognitivo
- Livello di disabilità funzionale
- Presenza di disturbi comportamentali

Ernst et al, 1997

Beeri et al, 2002

Bianchetti et al, 2002

Wolstenholme et al, 2002

Studi

CO.DEM (2000)
(malati gravi)

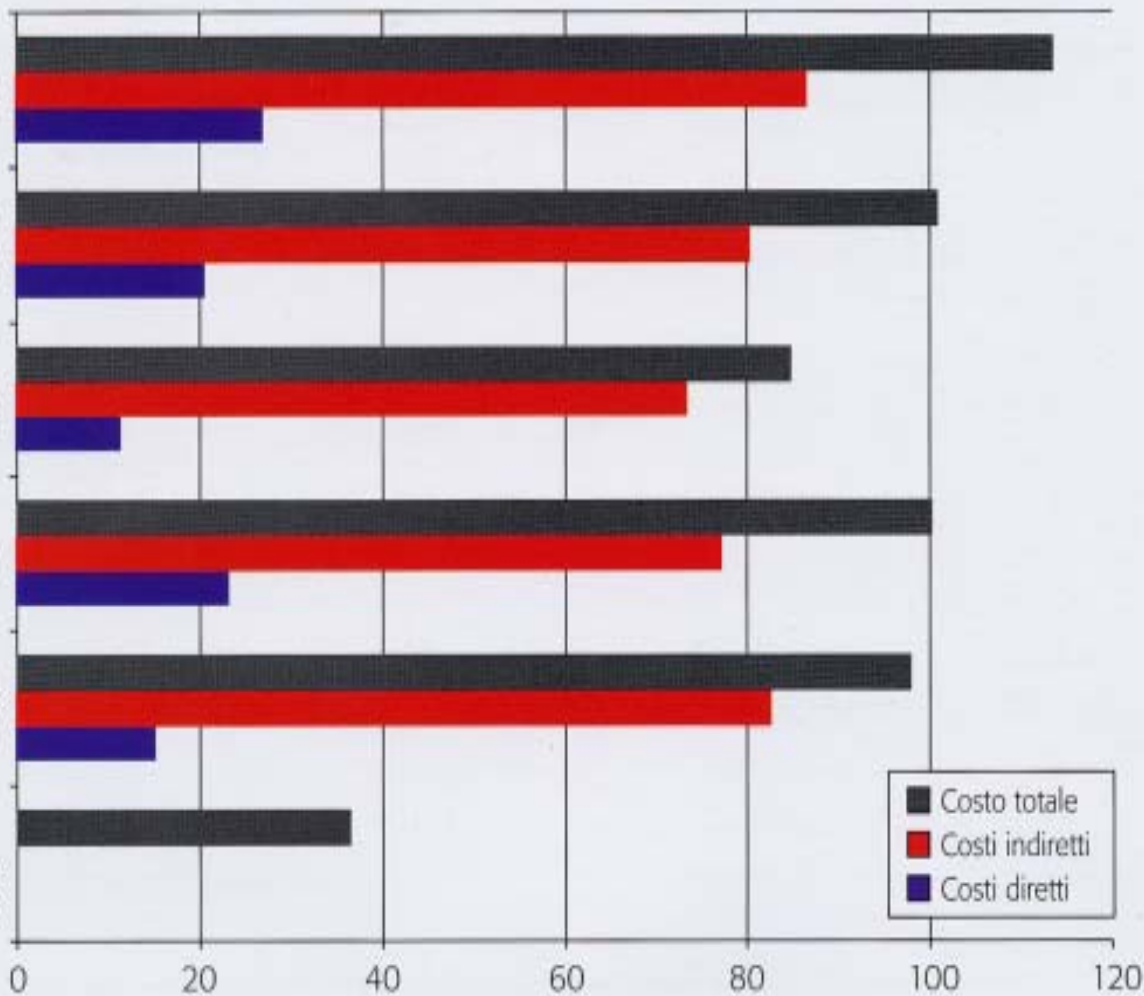
CO.DEM (2000)
(malati moderati)

CO.DEM (2000)
(malati lievi)

CO.DEM (1997)

Cavallo e Fattore
(1997)

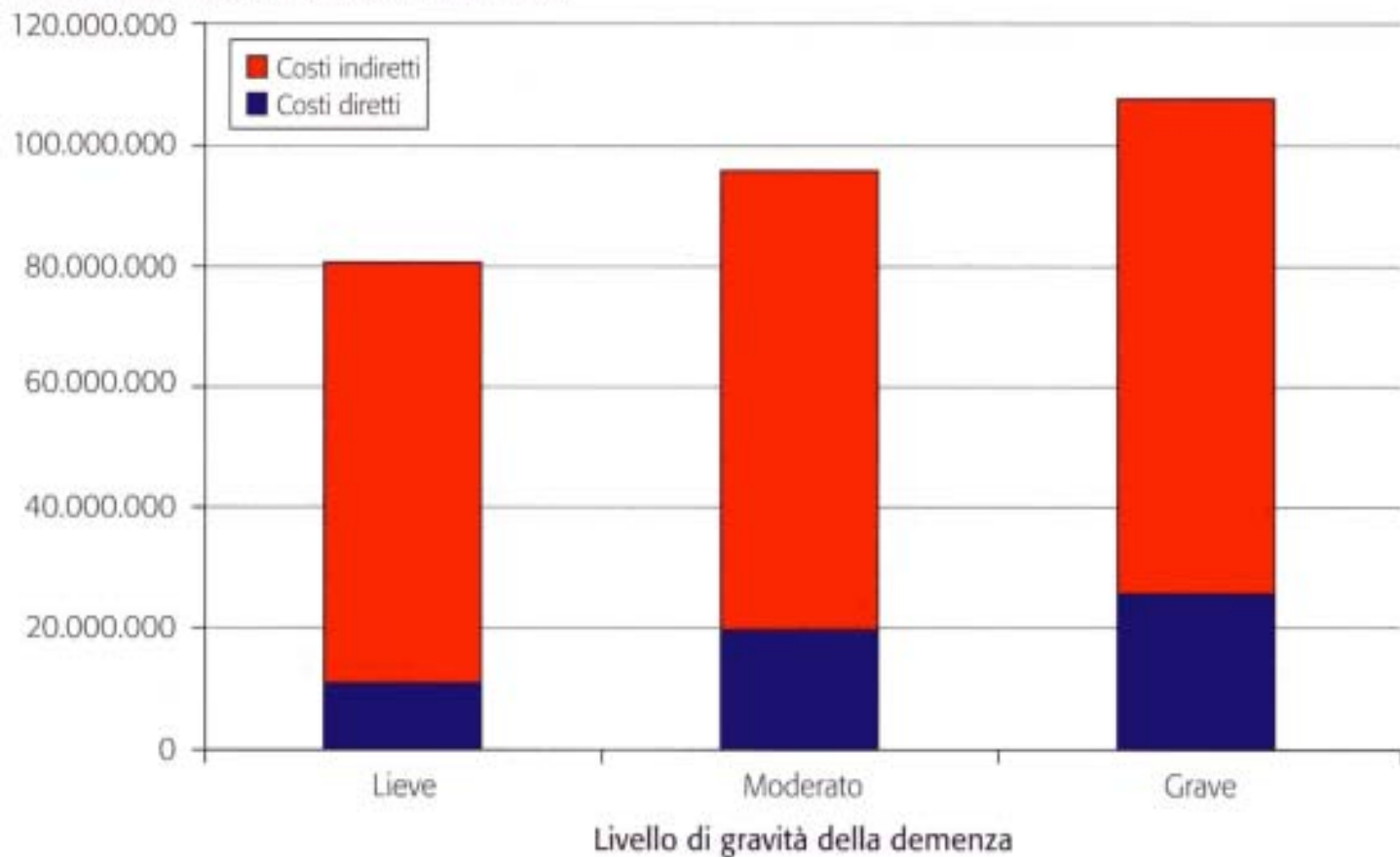
Cavallo e Fattore
(1994)



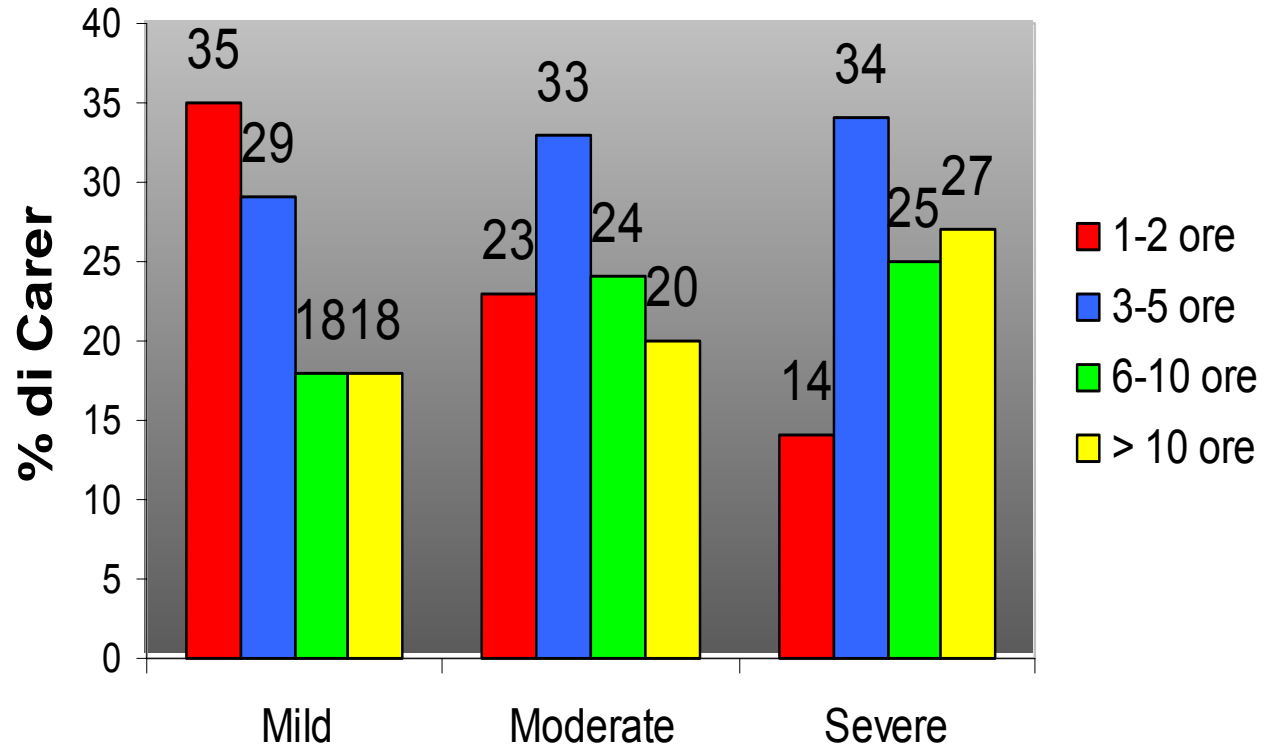
Costo medio annuo per paziente



Costi medi annui per paziente (Lire 1998)



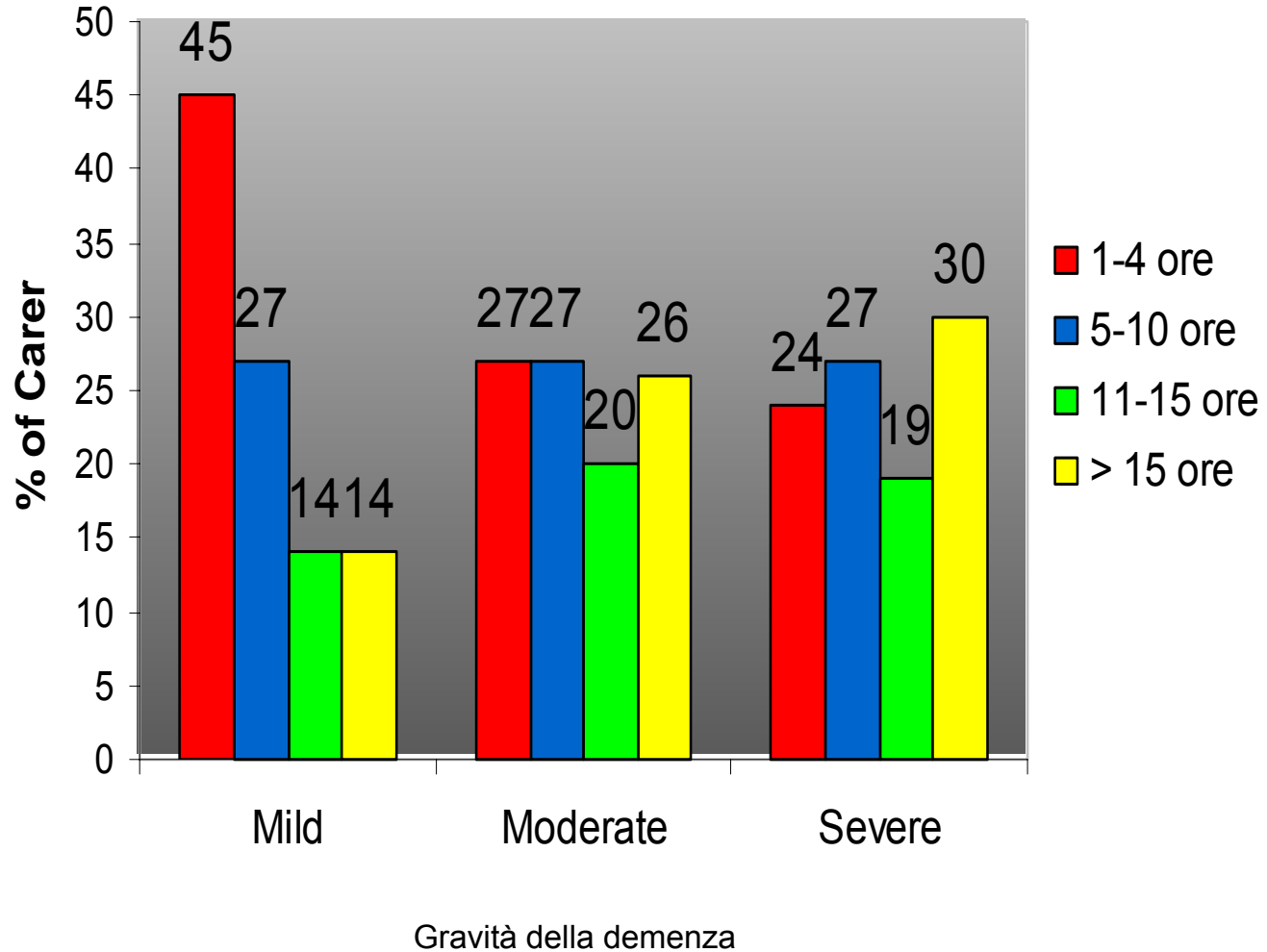
Ore quotidiane di assistenza



Gravità della demenza

Fonte: indagine Censis, 1999

Ore quotidiane di vigilanza



Fonte: indagine Censis, 1999

Stima dei costi sociali cfr 1999-2006

	Lire 1999	Euro	2006	Var.% reale 99/'06
Costi diretti (per acquisto servizi/prestazioni)	10.437.000	5.390,26	10.627,04	68,6
Costi indiretti (ore di assistenza e sorveglianza monetizzate)	83.600.034	43.175,81	43.355,82	- 14,1
Totale	94.037.034	48.566,07	53.982,86	- 4,9

Il costo medio annuo per paziente comprensivo dei costi familiari che di quelli a carico della collettività **è di circa 61.000 euro**

Fonte: indagine Censis 1999 e 2006

L'EUROPA LANCIA LA SFIDA ALL'ALZHEIMER

Il capo dello Stato francese Nicolas Sarkozy, da luglio presidente di turno dell'Unione Europea, ha annunciato il suo impegno personale per dare priorità alla cura di questa malattia

il presidente francese Nicolas Sarkozy ha deciso lo stanziamento di 1,6 miliardi di euro per un Piano quinquennale Alzheimer, dal 2008 al 2012. Sul totale della somma, 1,4 miliardi



Una nuova mappa dei problemi

- calo reti parentali e di vicinato
- aumento carico di lavoro di cura verso figli e anziani
- aumento precarietà lavorativa e retributiva
- aumento fragilità psichiche

Il dispositivo “badanti”

Si colloca all’incrocio di 3 fenomeni cruciali in questo tempo:

- immigrazione
- invecchiamento
- auto-organizzazione delle famiglie per far fronte a carichi di cura e necessità di mantenere il lavoro

Ha creato un mercato libero, auto-organizzato e *informale* che

- ha ridotto dal 2001 - in modo stabile- del 20% ad es. l’utenza dei Centri diurni
- aveva fatto calare del 36% le ore di Assistenza domiciliare (da 2 anni ritornata ai livelli precedenti)
- badanti come **cuneo** che sta scardinando l’attuale sistema di welfare (migliaia di operatrici private, non qualificate, ma estremamente flessibili, assunte in modo spesso irregolare)

dal Questionario

DUE TIPOLOGIE NETTAMENTE DIFFERENZIATE DI CARE GIVER

Tipologia A

- più dotati di **risorse economiche e reti sociali**
- **abitano** abbastanza **lontano** dai loro parenti anziani e rivolgono loro visite saltuarie
- hanno un **rapporto critico-esigente con i servizi** sociali pubblici –che utilizzano abbastanza poco-; tendono ad affidarsi di più ai servizi sanitari
- Il **perno** del loro sistema di sostegno verso il loro parente anziano non autosufficiente è la **badante**.
- Per ora **fanno da sé**. Se il sistema dei servizi pubblici vuole diventare interessante per questo tipo di clienti deve aumentare la propria **flessibilità**

Tipologia B

- di ceto **meno abbiente**, ma non poveri
- con **professioni meno “elevate”** nella gerarchia sociale
- con **reti sociali non particolarmente sviluppate**
- sono **care giver più “presenti”**: abitano nelle vicinanze (o nello stesso appartamento) della persona anziana
- hanno un **rapporto positivo e consolidato** –anche per tradizioni storiche e culturali- **con i servizi pubblici**, che utilizzano in maniera massiccia, benché anch’essi segnalino in testa ai loro desideri la badante
- per ora sono clienti vicini ai servizi, ma questo consenso non va dato per scontato: il desiderio di badanti è un segnale che va assunto non solo in termini di manutenzione dei rapporti fiduciari, ma soprattutto nel senso dell’**ascolto di difficoltà** a volte anche **poco visibili** e (perché no?) di valorizzazione di queste persone come risorse per costruire reti di comunità locale ampliando la fiducia verso le istituzioni.

AMBIVALENZA DEL DISPOSITIVO “BADANTE”

dal Questionario

- Alla domanda “*Se potesse per disponibilità di tempo e denaro (rispetto alla gestione del proprio parente anziano non autosufficiente) si rivolgerebbe a...*” oltre il 40% dei caregiver fa riferimento alla badante . Se aggiungiamo che il 53% del campione degli intervistati usufruisce già di badanti, si può dire che la totalità degli intervistati **ritiene che questa sia La Soluzione.**
- dunque anche le persone soddisfatte dei servizi aspirano alla badante
- Dal campione di caregiver presi in esame emerge che:
 - si possono permettere la badante famiglie sufficientemente benestanti
 - le badanti vengono reperite tramite il passaparola
 - il 40% sono senza contratto

“Sindrome della badante”

- Ci sono problemi nella somministrazione dei farmaci
- Spendono troppo a fare la spesa, non sanno gestire i soldi
- La loro cucina è troppo grassa
- Sono mercenarie anaffettive
- Sono aggressive, trattano male i nostri anziani
- Le criticità si accrescono quando l'anziano ha problemi cognitivi
- Non sono sincere
- La lingua è un problema
- Abbiamo l'ansia continua di perdere la badante
- A volte rientrano improvvisamente in patria senza dare spiegazioni, vien da pensare ad una rete malavitosa alle spalle
- Rifiutano di imparare questo mestiere
- Abbiamo ricevuto telefonate anonime con minacce
- Si fanno condizionare da connazionali inaffidabili

Quale futuro per i caregiver ?

Il futuro

“Non si conoscono né il giorno, né l’ora...”.







-OH, NIENTE, COSE DELLA NONNA, CHE PASSA LE ORE
A PENSARE SUL DONDOLO, E POI LASCIA I SUOI RICORDI
SPARSI DAPPERTUTTO...

Modello di assistenza ideale per il caregiver?

fondato sulla domiciliarità, che richiede l'attivazione di una rete integrata di servizi pubblici a cui accedere facilmente e gratuitamente

I punti di forza del modello di rete per le persone affette da demenza

Accompagnamento di malati e famiglia in **tutte le fasi della malattia**, individuando possibili soluzioni “personalizzate” e facilitando l’accesso ai servizi disponibili

Rispetto della specificità dei bisogni del malato e famiglia e loro “individualità”

Valorizzazione delle diversità professionali e delle unità di offerta ed utilizzo di tutte le risorse presenti

Individuazione e condivisione delle strategie di integrazione e coordinamento degli interventi

Perchè incentivare l'integrazione fra diversi operatori e diversi servizi

Per la lunga durata della malattia

Per il notevole carico assistenziale richiesto

Per la varietà dei bisogni presenti

Per i numerosi attori coinvolti

Per la complessità del quadro clinico

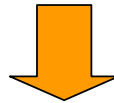


Lavorare in sintonia utilizzando al meglio competenze, professionalità e risorse, per trovare soluzioni e risorse ai bisogni a partire da ciò che è disponibile. Sono necessari **professionalità, capacità di ascolto e "creatività"**, orientate verso soluzioni possibili e adeguate al singolo caso.

L'importante in fondo è lo “spirito della cura”.
Esso permette di prendere in considerazione la
funzione terapeutica naturale della famiglia e di
coinvolgerla affinché essa possa a sua volta
coinvolgere il malato: “questo incastro di cure”
(curanti>famiglia>paziente) appare come
un buon modello di aiuto per i caregiver dei malati
di Alzheimer.

Progetto Da Badante ad Assistente Familiare

Esiti ancora in elaborazione.....



Positivo il coinvolgimento di diversi attori del sistema in termini di acquisizione di consapevolezza delle molteplici relazioni in gioco nelle azioni di promozione dell'assistenza familiare

Le rigidità del bando hanno limitato le potenzialità di una sperimentazione di rafforzamento delle competenze



Le Unità di Valutazione Alzheimer: QUALI PROSPETTIVE FUTURE

Le UVA perderanno il proprio ruolo di guida – diagnostica e terapeutica – nelle demenze se non sapranno rinnovare il proprio compito. Il rischio è che il risparmio sulla spesa sanitaria possa prevalere sul beneficio clinico del trattamento. Diventano perciò fondamentali coordinazione nella pratica clinica ed approfondimento scientifico (Rozzini et al., 2008). Il ruolo di un coordinamento sembra particolarmente importante: le UVA non possono permettersi di perdere di vista l'evoluzione scientifica (come la recente pubblicazione delle linee guida diagnostiche proposte su *Lancet Neurology* nel 2007) aggiornandosi con la necessità di confrontare/validare questa ipotesi ed i successivi approcci terapeutici (Dubois et al., 2007).

Le Unità di Valutazione Alzheimer: QUALI PROSPETTIVE FUTURE

Una possibile proposta è creare coordinamenti delle UVA a livello provinciale o regionale, sia per sviluppare linee guida diagnostiche terapeutiche (in particolare sull'uso dei sedativi), sia per una nuova raccolta dei dati clinici (osservazione della risposta al trattamento a otto anni dall'inizio del progetto, valutazione degli indici di prognosi)

Infatti, esistono una serie di fattori misurabili che potrebbero fornire importanti informazioni sulla prognosi: disturbi comportamentali, stato nutrizionale, eventi clinici avversi (dalle infezioni alle fratture di femore), istituzionalizzazione, mortalità, stress e malattie dei caregiver.

Inoltre, è importante rinforzare, anche a livello formale, il sistema a rete che unisce le UVA agli altri attori dell'assistenza: Centri Diurni,

Residenze Sanitarie Assistenziali, Nuclei Alzheimer.

Le Unità di Valutazione Alzheimer: QUALI PROSPETTIVE FUTURE

Il contatto con il medico di medicina generale è un altro fattore da implementare. Infatti, il collegamento con il professionista che segue nel quotidiano il malato è di grande importanza non solo per diagnosi precoce, quanto per il costante follow up del malato. Sviluppare una maggiore collaborazione formale (meeting, corsi di formazione/informazione/presentazione dei dati) aumenterebbe la sicurezza gestionale e la creazione di una rete casa-ospedale fortemente motivata.

Ways to Prevent Burnout

- Exercise regularly
- Rest
- Relax (pursue an interest, spend time with family and friends)
- Eat healthy food
- Identify negative emotions and practice coping skills
- Seek support from family, friends, a support group or counselor
- Learn to be assertive
- Ask for help from people who are realistically able to give help
- Accept help when offered
- Do good things for your spirit

Paul Rozynes, MD.

Medical Director

Broward Program VITAS Hospice

Technology Needs in Alzheimer's Disease

Maria Carrillo, Ph.D.

Director, Medical & Scientific Relations National Office

Technology for Improving Cognitive Function

June 29-30, 2006

Washington, DC

Enabling Technology per la Demenza

- *Smart Homes per persone con demenza:* tecniche che sostengono la memoria, controlli per la sicurezza, messaggi vocali registrati triggerati, tecniche di associazione di colori, apparecchi sonori per trovare oggetti, collegamenti audio/video con caregivers, ecc.

Technology Challenges: To Alleviate Burden

- To remove the barriers that impede the translation of technologies or knowledge derived from research into practical applications for everyday care situations
- To communicate emergent technological applications in Alzheimer's care to product researchers and developers, as well as program and service providers and family members.

DEMENTIA COUNSELING, UN INTERVENTO NON FARMACOLOGICO NELLA DEMENZA DI ALZHEIMER: RISULTATI DI UNO STUDIO LONGITUDINALE

Veneziano M. et al. Istituto Superiore di Sanità Roma, 25 settembre 2008

- **Scopo.** Studio controllato e randomizzato per verificare l'efficacia di interventi di *Dementia Counseling* (DC) sul *Caregiver* (CG 48) e sui disturbi comportamentali del paziente.
- **Conclusioni.** Lo studio dimostra come interventi di DC producano significativi effetti sulla maggior parte degli indicatori dello stato di benessere dei CGs (burden, distress, stato d'ansia, depressione) e siano efficaci nel ridurre i sintomi psico-comportamentali del paziente.

Tali effetti si manterrebbero a 6 e 12 mesi dal termine dell'intervento.

Il carico soggettivo dei caregivers di anziani affetti da demenza: quali indicazioni di intervento? Indagine nel territorio piacentino

L. Luchetti* ****, et al. G Gerontol 2007;55:704-718

Conclusioni. I risultati suggeriscono che per migliorare le condizioni dei *caregiver* sarebbe utile intervenire in due direzioni: incentivare interventi che mirano a ridurre le restrizioni nel tempo personale, rendendo più accessibili ad anziani con demenza i ricoveri di sollievo ed i centri diurni. Dare ai *caregivers* la possibilità di usufruire di interventi finalizzati ad affrontare il senso di fallimento e lo stress fisico, fornendo sostegno psicologico individuale, quale *counseling* breve o supporto psicologico continuativo ed informale. Gli interventi di sostegno dovrebbero essere strutturati in modo da non richiedere al *caregiver* un eccessivo investimento di tempo personale e di risorse psicofisiche, per evitare un aumento paradossale del carico soggettivo.



CONVEGNO

DEMENZA:

dalla **complessità della diagnosi**
alla **complessità della cura**



Salone dei Convegni Palazzo Soragna
Strada al Ponte Capraiecca 6 - Parma

mercoledì 24 maggio 2006

Collaborating in the field of Dementia challenges and solutions

Erik Pedersen, MPP

Head of Department for Psychiatry and Substance
abuse

Frederiksborg County

epd@fa.dk

www.demensinfo.dk

Parma 24/05/2006

What is the challenge for the co-operation in the field of dementia?

**Behind every problem there is a frustrated dream
but the dream came first**

(Peter Lang)

What could be the dream of a person suffering from dementia and his/her family?

- **The demented person**

- As few contacts as possible
- To be examined as soon as possible
- Not to be left alone with his/her worries
- To get an overview of the possibilities of treatment and support
- After the examination there should be follow up
 - Get prompt and adequate support at the right time

- **The family**

- Not to be left alone with their worries
- To get adequate support to the family in a new and difficult position
- Feel themselves met and get individualized support as a unique family

What could be the dream of the of the general practitioner (GP)?

- **A well established co-operation with the specialist dementia examination unit**
 - The waiting time for the examination should be short
 - Quick response from the examination unit and relevant for the GP
 - The possibilities for supervision should be easy
 - Relevant, sufficient and updated scientific knowledge within dementia should be communicated continuously
 - That the patient and the family expressed an experience of a flexible and qualified
- **A well established co-operation with the municipality**
 - Access to the dementia advisor (coordinator) should be easy
 - Observations done by the dementia adviser should be communicated to the GPs
 - The medication and the ongoing control of the demented person should be coordinated between the dementia adviser, the GP and examination unit
- **A communication system**

What could be the dream of the of specialist examination unit?

- **The co-operation with the GPs should be improved**
 - Early identification and referral of mild and moderate demented persons to conclusive examination
 - Accurate referrals
 - Increase in the GP's focus on patients with dementia
 - Sharing information and co-operation regarding medication, if the GPs modify the treatment
- **Increase the attention on possible demented patients when hospitalized in somatic wards**
 - Attention on medication to demented patients in somatic wards
- **Co-operation with the municipality about individualized support**

What could be the common vision?

- **To ensure that the citizen is in the center of all solutions**
 - A common starting point in the demented person and his/hers families specific situation. In order to give a individualized coordinated, coherent offer of treatment and support based on the identified needs. In contrast to the system based “packages”
- **To ensure a prompt joint action plan**
- **To enable the family and other relations to be supportive** for the demented person and at the same time have their own needs recognized

What could be the common vision working in the field of dementia?

With the purpose of:

- Maintaining the integrity of the demented person and his/her family and their ability to create a meaningful life in all phases of the progressing illness

Basterà un CLIC?

The Journal of Neuroscience,
uno studio internazionale che apre nuove e consistenti prospettive per
il trattamento dell'Alzheimer, Michele Mazzanti,
proteina, denominata CLIC1,
radicali liberi dell'ossigeno (ROS), svolgono un'azione fortemente
neurotossica, responsabile della neuro degenerazione,
la proteina CLIC1, in presenza di un ambiente fortemente ossidante
la corrente di cloro dovuta a CLIC1 sostiene e mantiene la produzione
dei radicali liberi dell'ossigeno responsabili della
neurodegenerazione.

Avendo verificato che l'inibizione della corrente di cloro è in grado di
rallentare la produzione di ROS da parte dell'ossidasi di membrana,
lo studio apre la strada all'individuazione di un possibile obiettivo
farmacologico nel trattamento delle malattie neurodegenerative in
cui esista una forte componente neurodegenerativa dovuta ad un
accumulo di radicali liberi dell'ossigeno, in primis l'Alzheimer



**"Un sogno fatto insieme non è un utopia,
ma l'inizio di una nuova realtà"**

In viaggio con Luigi

Come affrontare una metamorfosi

di Carla Gandolfi e Piero Angelo Bonati



mercoledì 13 febbraio 2008, ore 17.30
Sala del Capitano del Popolo, Hotel Posta
Piazza del Monte, 2
Reggio Emilia