

Workshop

La presa in carico globale della persona
con demenza in FVG



Dal Piano regionale demenze 2021 - 2023 al Piano 2024 -2026
e l'implementazione del PDTA regionale a livello locale:
un confronto a più voci.

Venerdì 31 gennaio 2025

Sala Imperatore Savoia Excelsior Palace - Riva Mandracchio 4, Trieste

IMPLEMENTAZIONE A LIVELLO LOCALE DEL PDTA REGIONALE DEMENZE: PROPOSTA OPERATIVA E RISULTATI ATTESI NEL TERRITORIO DI ASUGI

ANNA VITTORIA CIARDULLO

*DIRETTORE DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE
AREA GIULIANA*

TRIESTE
31 GENNAIO 2025

Progetto Fo per l'Alzheimer e le demenze

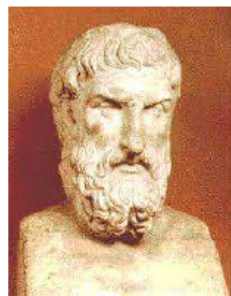
LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

ALLEGATO ALLA DELIBERA N 1413 DELL'8 SETTEMBRE 2023

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA
Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità

IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLE DEMENZE



"La vecchiaia subito incombe sul capo, rende irricognoscibile l'uomo e riversandosi intorno danneggia occhi e mente"
VII-VI a.C., Mimnermo

Prima Edizione, agosto 2023

La Regione Friuli Venezia Giulia possiede 1 PDTA regionale per le persone con demenza sviluppato nel settembre 2023.

Non risulta presente alcun PDTA aziendale per le 3 ASL della Regione attualmente in attività.

Il PDTA regionale ha ottenuto un punteggio complessivo di **30/43**, mostrando una moderata conformità rispetto alle Linee di indirizzo nazionali.

Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT NAZIONALE

Dominio 1. Contesto di riferimento. Tale dominio include, tra gli altri, elementi relativi a letteratura e normativa di riferimento per la stesura del documento, gli aspetti formali del PDTA e, in particolare, l'individuazione delle figure ufficiali (promotore, gruppo di coordinamento e committente) previste per lo svolgimento dei lavori, i riferimenti al lavoro in équipe multiprofessionale e multidisciplinare, le modalità di diffusione del documento, oltre che gli aspetti legati alla revisione formale del documento. Tale dominio si compone di 15 item e, dunque, il punteggio attribuibile è compreso tra **0 e 15**.

Dominio 2. Elementi del percorso e gestione integrata. Questo dominio riguarda la presenza di elementi essenziali riferiti alle principali componenti richieste per la costruzione di un PDTA, quali la presenza di équipe multidisciplinari e multiprofessionali coinvolte nell'assistenza e nella presa in carico della persona con demenza, il coinvolgimento attivo del paziente e dei caregiver all'interno del percorso, la presenza di sistemi di comunicazione tra professionisti e tra professionisti e pazienti/familiari. In questo dominio viene posta l'attenzione sul ruolo cardine del Medico di Medicina Generale (MMG) e sulla continuità delle cure. Questo dominio è costituito da 14 item e il punteggio complessivo è compreso tra **0 e 14**.

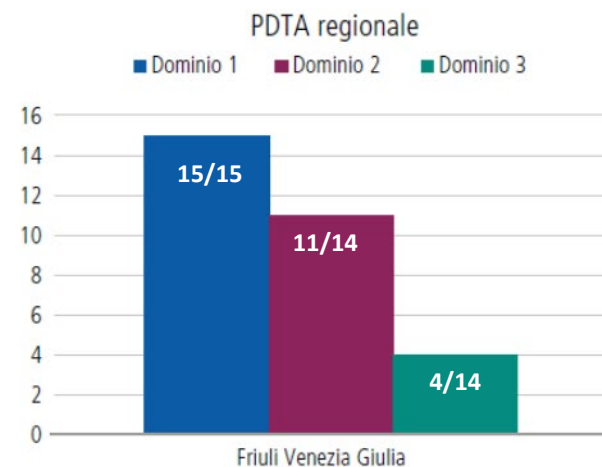
Dominio 3. Costruzione del percorso locale. Si tratta di un dominio **che riguarda lo sviluppo e l'attuazione del PDTA**. In particolare, si fa riferimento alla **parte operativa del documento**, con gli aspetti relativi alla rilevazione delle caratteristiche del problema, alla ricognizione delle modalità preesistenti nel contesto locale in merito alla gestione e presa in carico del paziente, all'identificazione dei traguardi assistenziali e degli outcome, oltre che delle criticità e delle aree di riorganizzazione. Inoltre, in questo dominio, c'è un forte riferimento alla fase dedicata al **monitoraggio con la valutazione della presenza di indicatori** (ad esempio, indicatori di struttura, processo ed esito). Si tratta dunque di un **dominio molto importante che pone un focus anche sul contesto locale** e si compone di 14 item con un punteggio complessivo compreso tra **0 e 14**.

Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT REGIONALE
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Figura 3.1 Distribuzione dei punteggi ottenuti alla checklist nei 3 domini dal PDTA della Regione Friuli Venezia Giulia



Punteggio
complessivo
30/43

Tabella 4.3 Checklist per la valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze

| Dominio 1. Contesto di riferimento (15 Item) |
|---|
| a. Presenza di analisi demografica della popolazione target |
| b. Letteratura scientifica o Linee guida a supporto del PDTA |
| c. Normativa di riferimento (nazionale e/o regionale) |
| d. Individuazione del committente |
| e. Presenza del mandato per il soggetto promotore |
| f. Presenza dell'atto formale della nomina del Gruppo di Coordinamento |
| g. Multidisciplinarietà del GdL |
| h. Multiprofessionalità del GdL |
| i. Coinvolgimento della figura del MMG nel GdL |
| j. Coinvolgimento dei rappresentanti dei pazienti e/o dei parenti nel GdL |
| k. Individuazione dei canali e dei documenti utili alla diffusione del percorso |
| l. Esplicitazione delle modalità di diffusione interna (istituzioni) |
| m. Esplicitazione delle modalità di diffusione esterna (popolazione) |
| n. Presenza della data di stesura |
| o. Presenza della data di revisione e/o aggiornamento |
| Dominio 2. Elementi del percorso e gestione Integrata (14 Item) |
| a. Coinvolgimento attivo di pazienti e familiari |
| b. Coinvolgimento di tutti i servizi elencati |
| c. Coinvolgimento di tutte le professionalità elencate |
| d. Referente del percorso (professionista, struttura o servizio) con contatto telefonico |
| e. Individuazione di un ruolo cardine del MMG |
| f. Sistema di comunicazione esterna (professionista-pazienti/familiari) |
| g. Sistema di comunicazione interna (professionista-professionista) |
| h. Messa a punto di un "Sistema Informativo Sanitario" (SIS) |
| i. Professionisti impegnati in più servizi all'interno della rete (connettori) |
| j. Attività di "counseling" presso le strutture e i servizi coinvolti nella rete |
| k. Adozione di linee guida e/o protocolli operativi utili a formalizzare la rete |
| l. Facilitatori del percorso (tavoli istituzionali o gruppi tecnici) |
| m. Presenza del diagramma di flusso del percorso |
| n. Presenza della rappresentazione a matrice del percorso |
| Dominio 3. Costruzione del percorso locale (14 Item) |
| a. Esplicitazione della tipologia del PDTA |
| b. Rilevazione delle caratteristiche del problema e dei bisogni specifici del contesto locale |
| c. Riconoscimento delle modalità esistenti di gestione e presa in carico dei disturbi cognitivi |
| d. Definizione del percorso di riferimento (cronoprogramma) |
| e. Identificazione di traguardi assistenziali e degli outcome attesi |
| f. Identificazione delle aree di cambiamento e ri-organizzazione |
| g. Sperimentazione del percorso di riferimento (studio pilota) |
| h. Definizione, attuazione e implementazione del PDTA locale |
| i. Monitoraggio e valutazione del PDTA locale |
| j. Presenza di indicatori qualitativi |
| k. Presenza di indicatori di struttura |
| l. Presenza di indicatori di processo |
| m. Presenza di indicatori di esito |
| n. Presenza di indicatori economico-amministrativi |

PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale; GdL: Gruppo di Lavoro; MMG: Medico di Medicina Generale. Modificata da Ministero della Salute, 2017¹¹

Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO DEMENZE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
(ANNI 2021-2023)

REPORT NAZIONALE

COSA SI INTENDE PER PDTA

I **P**ercorsi **D**iagnostico **T**erapeutici **A**ssistenziali (PDTA) sono schemi clinico-assistenziali-organizzativi che utilizzano la logica di gestione per processi per ricostruire l'iter assistenziale (o *Patient Journey*), visto come insieme di processi, sotto processi, attività, attori, confini (input e output) e responsabilità con il coinvolgimento delle diverse professioni e *stakeholders* coinvolti sul tema del PDTA.

PIANO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

PROPOSTA ORGANIZZATIVA

LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2025

Parallelamente, nel 2025 le Aziende Sanitarie proseguono l'implementazione e perfezionamento del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale relativo alle persone con demenza in coerenza con le indicazioni del DGR 1413/23, tenendo in considerazione anche le risultanze emerse dai tavoli di coprogrammazione realizzati nell'ambito della sperimentazione Domiciliarità Comunitaria.

| cod. ob | Obiettivo | Indicatore | Target | Target aziende | | Ruolo ARCS | Ruolo DCS |
|---------|--|--|------------------|----------------|------------------|------------|-----------|
| 3.2.C | Implementazione del PDTA delle demenze secondo indicazioni (DGR 1413/2023) | Attivazione dei CDCD secondo le indicazioni del PDTA delle demenze | Entro 31.12.2025 | ASUGI | Entro 31.12.2025 | | |
| | | | | ASUFC | Entro 31.12.2025 | | |
| | | | | ASFO | Entro 31.12.2025 | | |

RISORSE DELLA COMUNITÀ

Risorse Terzo Settore mappate dalla co-programmazione di Domiciliarità Comunitaria DGR 1964/2021

Documento di restituzione dei lavori di co-programmazione delle attività, dei progetti e degli interventi relativi alle sperimentazioni di

Domiciliarità Comunitaria alla DGR

Ambito territoriale triestino

Sommario

Premesse

Il target

Il territorio

La composizione demografica

Stime epidemiologia demenza

La metodologia

Le tappe amministrative

Gli attori della co-programmazione

La fase preparatoria

Il cronoprogramma degli incontri di co-programmazione

Gestione del tavolo

I bisogni salienti delle persone

Proposte

Considerazioni

Conclusioni

Bozza Strumento Informativo

Attori

| | | ACLI | COOP AMICO | A.R.S.I. COOP | KCS/ITIS | TEA ONLUS | PROSENECTUTE | CASA EMMAUS | DE BANFIELD | |
|-------------------|--------------------------------|--|---|----------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------|--|-------------|-----------------------------|
| Area d'intervento | Formazione | Assistenti familiari | x | x | | x | | | x | |
| | | Care giver | x | x | | x | | x | x | |
| | Riabilitazione cognitiva | | | | | | | x | x | |
| | Assistenza | Accompagnamento delle persone affette da demenza | | x | X | | x | | | |
| | | Supporto a domicilio | | x | X | | x | x | | |
| | Sollievo | | x | | | x | x | x | x | |
| | Supporto pratiche burocratiche | Esenzione | x | x | x | | x | | | |
| | | FAP | x | x | | | x | | | |
| | | Interventi abitativi | | | x | | x | | | |
| | Trasporti | Con accompagnamento per persone non autonome | | x | | | x | | | |
| | | Per persone autonome | | x | x | | x | | | |
| | Socializzazione | | x | x | | | | x | | |
| | Altro | | gestione contratti abitativi | sportello sostegno psicologico | | formazione operatori | formazione operatori | servizi di cura alla persona | | Dementia Friendly Community |
| | | | ricerca assistente familiare | cura della casa | coordinamento con i servizi territoriali | prevenzione | cura della casa | centro diurno per disabili diventati anziani | | |
| | | | | supporto alla mobilità | assistenza burocratica | | infopoint assistenziale | | | assistenza burocratica |
| | | | affiancamento personalizzato | contrasto all'esclusione sociale | | autovetture attrezzate per trasporti | | | | |
| | | | pronto intervento | supporto ai | | centrale operativa | | | | |
| | | | momenti respiro in domiciliarità innovativa | affiancamento al lavoro | | | | | | |
| | | | servizi fiscali | | | | | | | |
| | | | amministratore di sostegno | | | | | | | |
| | | | agenzia per il lavoro | | | | | | | |
| | | | segretariato sociale | | | | | | | |

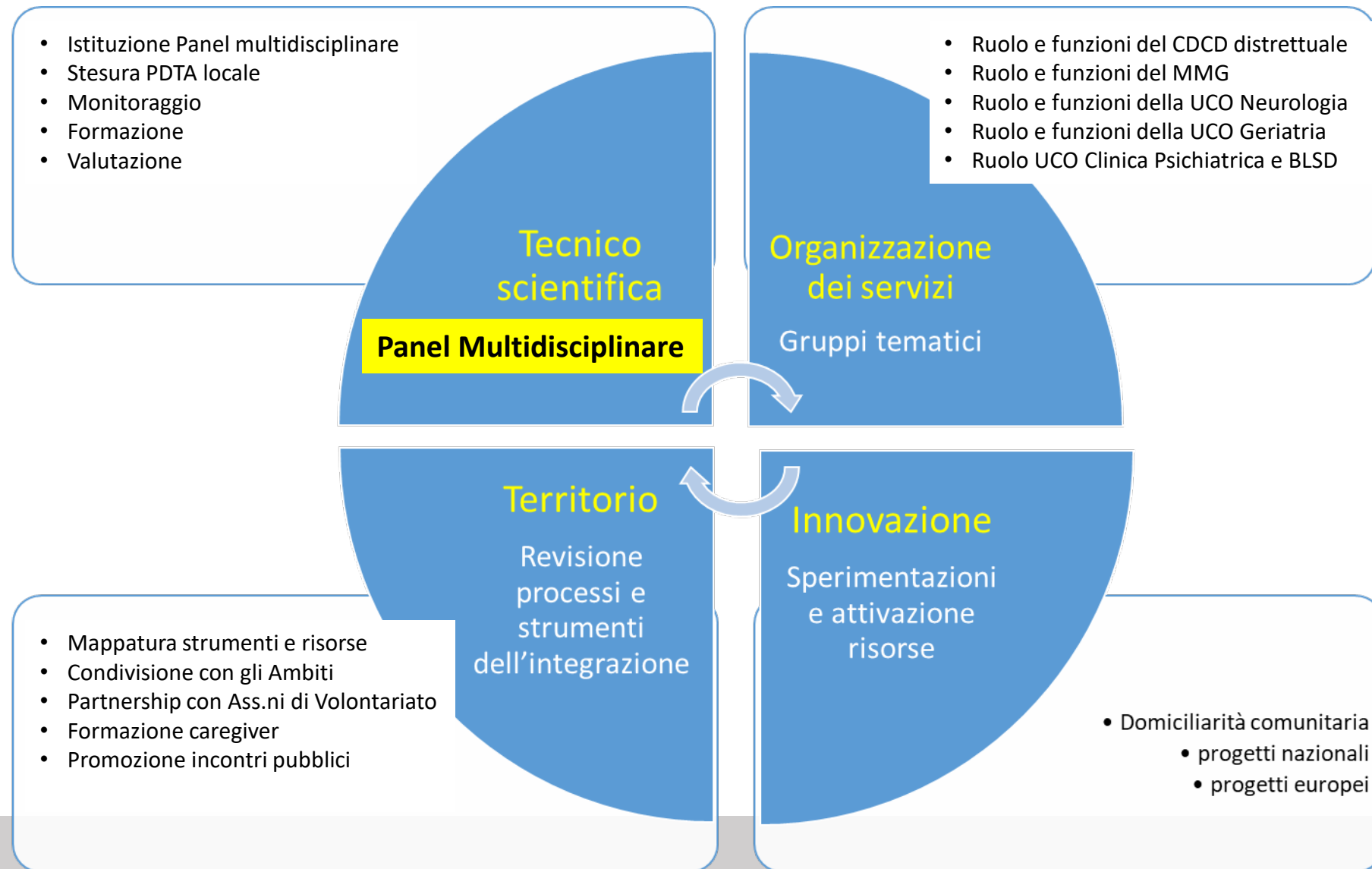
Implementare a livello locale il PDTA demenze
approvato dalla Regione FVG,

armonizzando tale programmazione con quella degli interventi di cui al
Piano nazionale Alzheimer e demenze
di cui vanno programmate e realizzate le attività non esaurite
nel periodo 2021-2023
e quelle del nuovo triennio di attività 2024-2026.

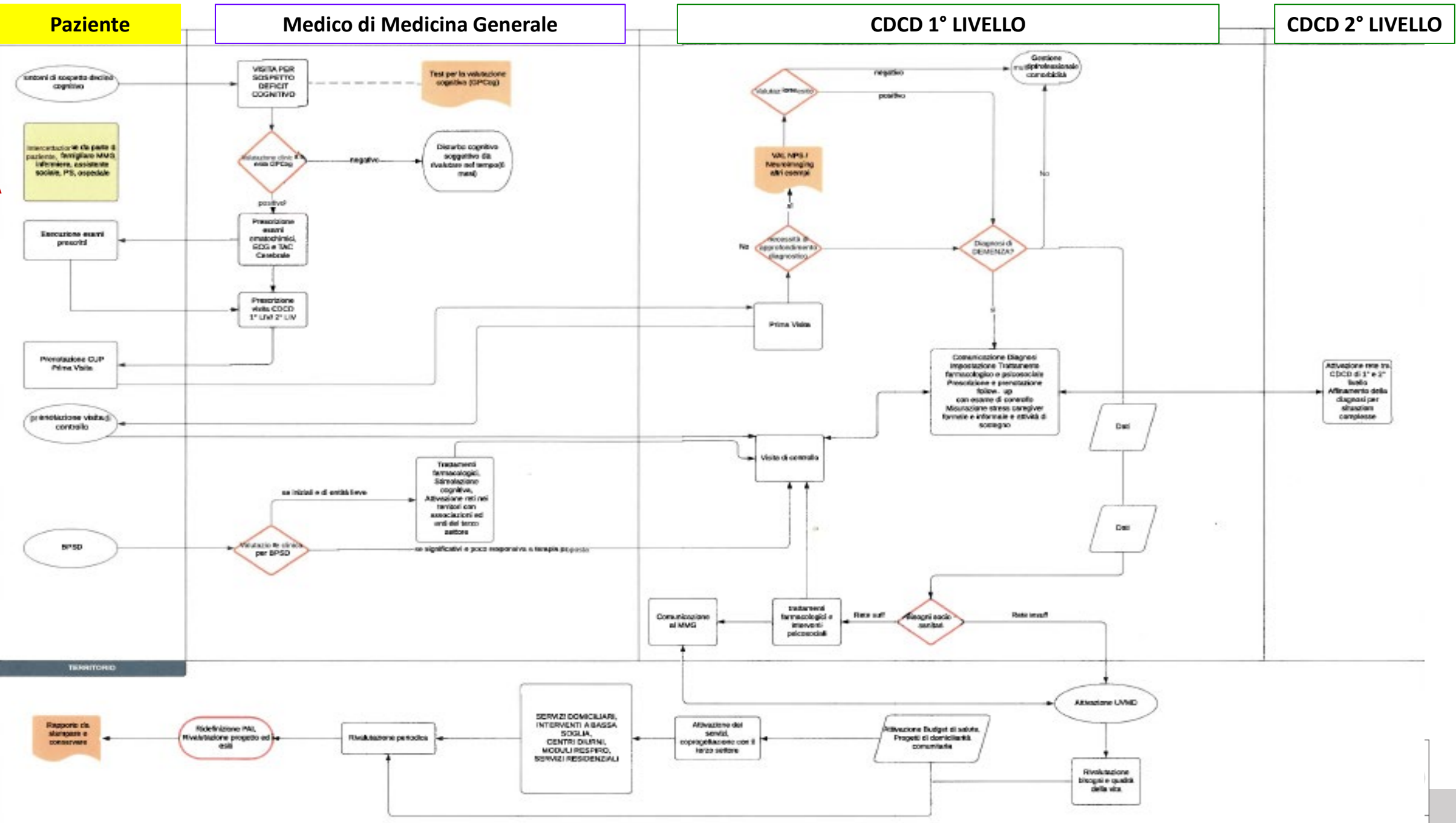
TEMI DI LAVORO DEL PANEL MULTIDISCIPLINARE - ASUGI

- Valorizzazione della rete dei servizi alla demenza
- Organizzazione dei servizi, processi e strumenti
- Il governo tecnico scientifico
- Le demenze nel DM 77/22
- Integrazione sociale-sanitario, pubblico privato sociale, lavoro di comunità
- Mettere in rete e attivare le risorse possibili
- Innovazione, sviluppo e sperimentazioni
- Monitoraggio e valutazione dei percorsi di cura
- Divulgazione e comunicazione

Le dimensioni di intervento del Piano di implementazione PDTA demenze in ASUGI



PDTA
FVG
FLOW
CHART



PDTA DEMENZE REGIONE FVG

| DS -DSS | | PANEL MULTIDISCIPLINARE ... | AMBITI |
|-------------------------|--|-------------------------------------|--|
| • Pittioni Daniele | Direttore Sanitario | • Adamo Giulia | Ambito Carso Giuliano |
| • Antonini Giulio | Direttore Sociosanitario | • de Candido Ambra | Ambito Comune di Trieste |
| • Daglio Maria Monica | Staff Direzione Sociosanitaria – RUP DC | • Chicco Stefano | |
| • Guidi Valentina | Staff Direzione Sociosanitaria | • Clementi Maura | Ambito Territoriale Collio Alto Isonzo |
| • Iurman Valentina | Staff Direzione Sociosanitaria | • Fontana Sabrina | Ambito Territoriale Carso Isonzo Adriatico |
| • Perossa Romina | Resp. SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditamento | DCS | |
| DPS | | • Riolo Antonino | Referente Regione FVG al Tavolo Nazionale per le Demenze |
| | | ASP | |
| • Spessot Tiziana | Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie | • Agosti Maria Teresa | Direttore Generale, ITIS |
| • D'Aliesio Marco | Resp. Piattaforma SID, Ambulatori e Microaree | • Marizza Deborah | Direttore Generale Pro Senectute A.S.P |
| • Frittitta Paolo | Resp. Piattaforma Distretto Basso Isontino | Associazioni di Volontariato | |
| • Skarlovaj Lara | Resp. Piattaforma Residenze | • Pacco Giovanna | Direttore Associazione Goffredo de Banfield ODV, Trieste |
| • Vallon Maria Cristina | Resp. Piattaforma Riabilitazione Territoriale | • Carneiro Solange | Ass.ne Alzheimer Isontino |
| • Verzegnassi Fabio | Resp. Piattaforma Area Isontina | | |
| • Vigliani Sabrina | Resp. Piattaforma COT, Continuità Assistenziale, Anziani | | |

... PANEL MULTIDISCIPLINARE

| DAD | | Università – Ospedale - DSM | |
|-------------------------|---|---|--|
| Benedetti Giacomo | Direttore S.C. Distretto Alto Isontino e Dipartimento Assistenza Distrettuale Area Isontina (DAD AI), ASUGI | Albert Umberto | UCO Clinica Psichiatrica, Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute, Università degli Studi di Trieste |
| Ciardullo Anna Vittoria | Direttore S.C. Distretto Trieste 1 e Dipartimento Assistenza Distrettuale Area Giuliana (DAD AG), ASUGI | Cattaruzza Tatiana | Responsabile del Centro per la diagnosi e cura delle demenze e dei disturbi della memoria e cognitivi presso SC Neurologia, Ospedale di Cattinara, ASUGI |
| Bonetti Monica | Direttore S.C. Distretto Trieste 2, ASUGI | Manganotti Paolo | Professore ordinario di neurologia, Direttore SC (UCO) Clinica Neurologica in UNITS |
| De Vuono Carlo | Direttore S.C. Distretto Basso Isontino, ASUGI | Oretti Alessandra | Dipartimento ad Attività Integrata Dipendenze e Salute Mentale (DDSM), ASUGI |
| Besanzini Luisa | Psicologa CDCD sede di Roiano, ASUGI | Rana Michele | SC Neurologia Gorizia – Monfalcone |
| Garavelli Erica | Psicologa CDCD sede di San Giovanni, DAD AG, ASUGI | Zanetti Michela | Direttore SC (UCO) Geriatria, ASUGI |
| | | Panel PDTA Regionale | |
| Ghersetti Daria | Psicologa CDCD sede di Valmaura, DAD AG, ASUGI | <ul style="list-style-type: none"> • Carlo De Vuono • Paolo Manganotti • Antonino Riolo • Matteo Sabini • Vladimir Selmo • Maria Teresa Squarcina | |
| Maschietto Luca | Medico di Medicina Generale, Segretario Regionale SIMG | | |
| Perazza Luca | Medico Resp. RSA e NGCA di Gorizia, ASUGI | | |
| Pol Rossella | Medico neurologo specialista ambulatoriale e CDCD, RDB SAI, ASUGI | | |
| Selmo Vladimir | Medico Resp. S.S. Gestione RSA Area Giuliana, ASUGI | | |
| Santon Laura | Medico specialista in geriatria CDCD sede di Via Pietà, DAD AG, ASUGI | | |
| Sergi Sara | Medico specialista in geriatria del CDCD sede di Roiano, DAD AG, ASUGI | | |
| Ticali Jessica | Medico specialista in fisiatria del CDCD sede di Valmaura, DAD AG, ASUGI | | |
| Tulliani Alessandro, | Medico specialista in geriatria, referente CDCD sede di S. Giovanni, ASUGI | | |
| Vella Filomena | Psicologa CDCD sede di Via Pietà, DAD AG, ASUGI | | |

Cronoprogramma 2025 del Panel Multidisciplinare

- **Entro febbraio 2025:** insediamento panel e presentazione dei partecipanti, illustrazione PDTA Demenze FVG, Formazione Sottogruppi di lavoro e mandato, Discussione del gruppo di lavoro
- **Entro marzo 2025:** ruolo e funzioni del CDCD Distrettuale, ruolo e funzioni del II e III livello specialistico, il ruolo del **Volontariato** nel dialogo con il CDCD e con il Centro di II e III livello – stesura bozza documento
- **Entro aprile 2025:** ruolo della Clinica Psichiatrica e dei CSM nel percorso della persona affetta da una forma di **demenza complicata da disturbi comportamentali**, il ruolo del **Volontariato** nel dialogo con i servizi psichiatrici – stesura bozza documento
- **Entro luglio 2025:** strumenti a disposizione della persona con demenza: **Ambiti EELL, Provveditorato, DAPOT**; Mappa della offerta disponibile del volontariato/Enti del Terzo Settore – stesura bozza documento
- **Entro luglio 2025:** ruolo del MMG e dell’Infermiere di Comunità nel percorso della persona affetta da una forma di **demenza**, criteri di invio al CDCD da parte dell’Ospedale, del MMG e degli Specialisti Territoriali, il ruolo del Volontariato nel dialogo con il MMG – stesura bozza documento
- **Entro novembre 2025:** condivisione e approvazione documento finale **“PDTA Locale Demenze”** – Programma condiviso di diffusione e comunicazione alla cittadinanza

Cronoprogramma 2025 - SOTTOGRUPPI tavoli tematici: tavolo organizzazione dei servizi 1

- **Entro marzo 2025:** ruolo e funzioni del CDCD Distrettuale, ruolo e funzioni del II e III livello specialistico, il ruolo del Volontariato nel dialogo con il CDCD e con il Centro di II e III livello
- **metà febbraio:** incontro con proposte di percorso tra livelli assistenziali:
 - a) percorso di invio al CDCD da domicilio/CDR (casa di riposo)
 - b) percorso di invio dal CDCD alla UCO Neurologia: diagnosi differenziale, ricovero programmato, nuovi farmaci, affiancamento ore di specializzandi presso CDCD ...
 - c) percorso di invio dal CDCD alla UCO Geriatria: ottimizzazione terapie, ricovero programmato, nuovi farmaci, stadiazione aggravamento, affiancamento ore di specializzandi presso ODC e Residenze con nucleo demenze
 - d) la partnership col Volontariato: supporto al caregiver, sollievo, ...
- **inizio marzo:** predisposizione congiunta indicatori di monitoraggio dei percorsi misurabili ed estraibili
- **fine marzo:** stesura bozza documento e invio allo staff DSS

Referenti: Dr. Tulliani, Prof. Manganotti, Dr. Rana, Prof.ssa Zanetti

Componenti:

- 2 Medici, 2 Psicoghe e 1 Neurologa dei CDCD
- 1 Medico e Psicologo UCO Neurologia
- 1 Medico e Psicologo UCO Geriatria
- 2 Operatori Piattaforma COT/Continuità Assistenziale/Anziani
- 1 Operatore Piattaforma Residenze
- 2 Rappresentanti del Volontariato

Cronoprogramma 2025 SOTTOGRUPPI tavoli tematici: tavolo organizzazione dei servizi 2

- **Entro aprile 2025:** ruolo della Clinica Psichiatrica e dei CSM nel percorso della persona affetta da una forma di demenza complicata da disturbi comportamentali, il ruolo del Volontariato nel dialogo con i servizi psichiatrici – stesura bozza documento
- **fine febbraio:** incontro con proposte di percorso tra livelli assistenziali:
 - a) percorso di attivazione del CDCD per disturbi comportamentali
 - b) percorso di invio dal CDCD alla UCO clinica Psichiatrica/DSM: valutazione e trattamento farmacologico del disturbo comportamentale, ricovero programmato per disturbi comportamentali
 - c) percorso di invio dal domicilio/CDR alla UCO Clinica Psichiatrica/DSM: consulenza domiciliare per ottimizzazione terapie, monitoraggio nuova terapia impostata a domicilio, eventuale ricovero programmato
 - d) la partnership col Volontariato: formazione al caregiver sulla gestione non farmacologica dei disturbi comportamentali a domicilio, sollievo,...
- **fine marzo:** predisposizione congiunta indicatori di monitoraggio dei percorsi misurabili ed estraibili
- **metà aprile:** stesura bozza documento e invio allo staff DSS

Referenti: Dr.ssa Santon, Prof Albert, Dr.ssa Alessandra Oretti

Componenti:

- 1 Medico, 1 Psicologa e 1 Neurologa dei CDCD
- 1 Medico e 1 Psicologo UCO Clinica Psichiatrica
- 1 Medico e 1 Psicologo DSM/SPDC
- 2 Rappresentanti del Volontariato

Cronoprogramma 2025 SOTTOGRUPPI tavoli tematici: tavolo organizzazione dei servizi 3

- **Entro luglio 2025:** ruolo del MMG e dell'Infermiere di Comunità nel percorso della persona affetta da una forma di demenza, criteri di invio al CDCD da parte dell'Ospedale, del MMG e degli Specialisti Territoriali, il ruolo del Volontariato nel dialogo con il MMG – stesura bozza documento
- **fine marzo:** incontro con proposte di percorso tra livelli assistenziali:
 - a) percorso di attivazione del CDCD da parte del MMG: valutazione nello studio del MMG, esami per la diagnosi differenziale, indicazioni
 - b) percorso di invio dal CDCD al MMG: follow up del MMG per quale stadio di malattia? Informazioni da dare al MMG in dimissione dal CDCD, criteri e modalità di invio in urgenza differita (Urgenza B), quando richiedere una visita domiciliare del CDCD
 - c) percorso di invio dal CDCD al Terapista/Fisioterapista/Logopedista: quando e per quali disturbi associati al decadimento cognitivo, quali trattamenti, ...
 - d) la patente di guida: quando inviare alla Commissione Medica Locale e con quali esami diagnostici
 - e) la partnership col Volontariato: supporto al MMG per il follow up del paziente, supporto al caregiver, sollievo, ...
- **fine maggio:** predisposizione congiunta indicatori di monitoraggio dei percorsi misurabili ed estraibili
- **metà luglio:** stesura bozza documento e invio allo staff DSS

Referenti: Dr. Maschietto, Dr.ssa Sergi, Dr.ssa Ghersetti

Componenti:

- 1 Medico di Medicina Generale
- 1 Operatore Piattaforma Riabilitazione Territoriale
- 1 Infermiere UA Anziani
- 1 Operatore Piattaforma AI e BI
- 2 Rappresentanti del Volontariato

Cronoprogramma 2025 SOTTOGRUPPI tavoli tematici: **tavolo territorio**

- **Entro luglio 2025:** revisione processi e strumenti per l'integrazione a disposizione della persona con demenza: **Ambiti EELL, Provveditorato, DAPOT**; Mappa della offerta disponibile nel **Volontariato/Enti Terzo Settore** – stesura bozza documento
- **fine marzo-aprile:** incontro con proposte di percorso tra livelli assistenziali:
 - Mappatura strumenti e risorse: analisi ed aggiornamento della mappatura offerta sul territorio emersa dalla Co-Programmazione 2023
 - Condivisione con gli Ambiti Territoriali: percorso e strumenti tra CDCD e Ambiti, percorso e strumenti tra Famiglia e Ambiti
 - DAPOT: convenzioni in atto sul territorio con Associazioni, ASP, Residenze
 - Partnership col Volontariato/Terzo Settore: supporto al caregiver, supporto per adempimenti amministrativi della famiglia, Promozione incontri pubblici
- **Fine maggio:** predisposizione congiunta indicatori di monitoraggio misurabili
- **Fine giugno:** stesura bozza documento e invio allo staff DSS

Referenti: Staff DSS, Ambiti Territoriali

Componenti:

- Staff DSS: rapporti Volontariato/Terzo Settore e Servizio Sociale
- 1 Operatore Piattaforma Convenzioni DAPOT
- 1 Operatore Piattaforma SID + 1 Operatore Piattaforma Residenze
- 1 Rappresentante per ogni Ambito Territoriale
- 2 Rappresentanti del Volontariato/ETS
- 1 rappresentante Centri Diurni

Cronoprogramma 2025 del Panel Multidisciplinare

- **Entro febbraio 2025:** insediamento panel e presentazione dei partecipanti, illustrazione PDTA Demenze FVG, Formazione Sottogruppi di lavoro e mandato, Discussione del gruppo di lavoro
- **Entro marzo 2025:** ruolo e funzioni del CDCD Distrettuale, ruolo e funzioni del II e III livello specialistico, il ruolo del Volontariato nel dialogo con il CDCD e con il Centro di II e III livello – stesura bozza documento
- **Entro aprile 2025:** ruolo della Clinica Psichiatrica e dei CSM nel percorso della persona affetta da una forma di demenza complicata da disturbi comportamentali, il ruolo del Volontariato nel dialogo con i servizi psichiatrici – stesura bozza documento
- **Entro luglio 2025:** strumenti a disposizione della persona con demenza: *Ambiti EELL, Provveditorato, DAPOT*; Mappa della offerta disponibile nel *Terzo Settore* – stesura bozza documento
- **Entro luglio 2025:** ruolo del MMG e dell’Infermiere di Comunità nel percorso della persona affetta da una forma di demenza, criteri di invio al CDCD da parte dell’Ospedale, del MMG e degli Specialisti Territoriali, il ruolo del Volontariato nel dialogo con il MMG – stesura bozza documento
- **Entro novembre 2025:** **condivisione e approvazione documento finale “PDTA Locale Demenze”** [Panel Multidisciplinare] – **Programma condiviso di diffusione e comunicazione alla cittadinanza** [DS, DSS, DAD, SSD Comunicazione, Ambiti, ETS]



Dal Piano regionale demenze 2021 - 2023 al Piano 2024 -2026
e l'implementazione del PDTA regionale a livello locale:
un confronto a più voci.

Venerdì 31 gennaio 2025

Sala Imperatore Savoia Excelsior Palace - Riva Mandracchio 4, Trieste



Grazie per l'attenzione