

# **AZIENDA SANITARIA LOCALE BI**

Via Marconi n. 23 – BIELLA

*DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE*

## **IL DIRETTORE GENERALE**

*Dr. Pier Oreste BRUSORI*

*(nominato con D.G.R. n. 65-7819 del 17.12.2007)*

L'anno duemilanove, il giorno 31 del mese di Marzo in Biella, presso la sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale BI di Via Marconi n. 23

*ha assunto la seguente deliberazione:*

**DELIBERAZIONE n. 200 del 31-03-2009**

**OGGETTO:** APPROVAZIONE DEL PROGETTO PER LA PROMOZIONE DI STRATEGIE CONDIVISE FINALIZZATE ALLO SVILUPPO E RIQUALIFICAZIONE ALL'ASSISTENZA AI MALATI DI ALZHEIMER FRA CONSORZIO IRIS, CONSORZIO CISSABO, SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI BIELLA, A.I.M.A. BIELLA E ASL BI.

# AZIENDA SANITARIA LOCALE BI

Via Marconi n. 23 – 13900 Biella

## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

*N. 200 del 31-03-2009 - Pagina 1 di 2*

**OGGETTO:** Approvazione del Progetto per la promozione di strategie condivise finalizzate allo sviluppo e riqualificazione all'assistenza ai malati di Alzheimer fra Consorzio Iris, Consorzio Cissabo, Servizi Sociali del Comune di Biella, A.I.M.A. Biella e ASL BI.

### **IL DIRETTORE GENERALE**

Su proposta del Direttore del Dipartimento Ospedale Territorio inserita al n. 21 delle proposte della Struttura Complessa Direzione Medica Ospedale dalla cui istruttoria si evince che:

- il 29 Maggio 2007 l'ASL BI di Biella ha definito con il Comune di Biella, i Consorzi Iris e Cissabo, le OO.SS., i Coordinamenti delle Case di Riposo, un accordo relativa al sistema di servizi per anziani non autosufficienti con la finalità di fronteggiare alcuni problemi immediati ed adottare strategie pluriennali;
- attualmente l'impegno dell'ASL BI a favore dei malati di Alzheimer e di demenza si esplica:  
sul Territorio attraverso i 2 Centri Diurni Alzheimer situati in ciascun distretto, un nucleo Alzheimer temporaneo presso il Cerino Zegna di Occhieppo Inferiore le Strutture Residenziali, dove il 50% dei ricoveri è stimato sia costituito da soggetti affetti da demenza. La Struttura Complessa Post-acuzie e Geriatria è il riferimento principale della gestione dei malati anziani con demenza. Il personale Medico della Geriatria svolge a livello distrettuale attività di diagnostica e di terapia prevista dal progetto Cronos, inoltre il personale Medico della Geriatria segue gli aspetti del CDA e NAT sul Territorio;  
nel Presidio Ospedaliero l'attività relativa all'unità di rilevazione Alzheimer è garantita dalle Strutture di Neurologia e Geriatria con attività ambulatoriale, Day Service e Day Hospital;
- si è constatato che sul territorio sono presenti molti degli elementi necessari alla costituzione di una rete di servizi efficiente, tuttavia la principale carenza è la mancanza di coordinamento fra di esse;
- si è concordato pertanto con i Consorzi Iris e Cissabo, Servizi Sociali del Comune di Biella, l'AIMA di Biella e il Dipartimento Ospedale-Territorio di quest'ASL la necessità di attivare un Progetto di sviluppo e riqualificazione dell'assistenza agli anziani con M. di Alzheimer e sindromi correlate con la finalità di unificare i percorsi di continuità assistenziale intra ed extra ospedaliera e per l'integrazione tra servizi sanitari, socio-assistenziali ed associazioni presenti sul territorio.

CONDIVIDENDO i contenuti del Progetto per la promozione di strategie condivise finalizzate allo sviluppo e riqualificazione all'assistenza ai malati di Alzheimer elaborato e condiviso nella sua interezza fra Consorzio Iris, Consorzio Cissabo, Servizi Sociali del Comune di Biella, A.I.M.A. Biella e ASL BI;

ASSUNTA la correttezza del processo istruttorio correlato la cui responsabilità è riconducibile all'ambito dirigenziale;

RITENUTO di condividere la sopra richiamata proposta;

# AZIENDA SANITARIA LOCALE BI

Via Marconi n. 23 – 13900 Biella

## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

*N. 200 del 31-03-2009 - Pagina 2 di 2*

PRESO ATTO dei pareri conformi del Direttore Amministrativo, Dr. Eugenio ZAMPERONE e del Direttore Sanitario, Dr.ssa Ida GROSSI, ai sensi del D.Lg.vo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni;

### **DELIBERA:**

- 1) Di approvare il Progetto per la promozione di strategie condivise finalizzate allo sviluppo e riqualificazione all'assistenza ai malati di Alzheimer elaborato e condiviso nella sua interezza fra Consorzio Iris, Consorzio Cissabo, Servizi Sociali del Comune di Biella, A.I.M.A. Biella e ASL BI, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- 2) Di dare mandato alla Struttura Complessa Affari Generali e al Dipartimento Ospedale-Territorio di adempiere ai provvedimenti consequenziali.

# **AZIENDA SANITARIA LOCALE BI**

**Via Marconi n. 23 – BIELLA**

***DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE***

DELIBERAZIONE N. 200 del 31-03-2009

Per approvazione  
IL DIRETTORE GENERALE

f.to Dr. Pier Oreste Brusori

ASL Biella  
**PROGETTO DI SVILUPPO E RIQUALIFICAZIONE  
DELL'ASSISTENZA AI MALATI DI ALZHEIMER**

PREMESSA

**EPIDEMIOLOGIA DELLE DEMENZE**

Con il termine demenza si intende una sindrome clinica caratterizzata da perdita delle funzioni cognitive, tra le quali invariabilmente la memoria, di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative del paziente. Oltre ai deficit cognitivi sono presenti disturbi che riguardano la sfera della personalità, l'affettività, l'ideazione e la percezione, le funzioni vegetative, il comportamento

Le demenze rappresentano la quarta causa di morte nella popolazione anziana ultrasessantacinquenne dei paesi occidentali e la diffusione delle diverse forme di demenza è in costante crescita in conseguenza dell'allungamento della speranza di vita e dei tassi di incidenza e prevalenza che, sulla base degli studi epidemiologici, risultano correlati all'età

I dati del Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR indicano prevalenze per l'Italia in linea con quanto atteso sulla base dei dati della letteratura internazionale:

Sono attesi 11.9 nuovi casi all'anno per ogni 1.000 abitanti con età superiori a 65 anni, corrispondenti a circa 96.000 nuovi casi all'anno a livello nazionale.

L'incidenza è correlata all'età, passando da 4.1 casi per 1.000 abitanti fra le età fra 65 e 69 anni, a 29.9 per le età fra 80 e 84 anni e la diffusione è in costante crescita in conseguenza anche dell'aumento di speranza di vita.

Nella Provincia di Biella, applicando i criteri ministeriali per il calcolo della prevalenza e dell'incidenza della demenza, si possono fare le seguenti stime:

Totale popolazione anno 2005: 187.619					
	Maschi	%	Femmine	%	Totale
Over 65 (incremento annuo 2%)	18.083	20,15	27.565	28,16	45.648
Demenze	958	5,30	1.985	7,20	2.943
Nuovi casi/anno	180	1,0	358	1,3	538

Il 50-60% dei soggetti con demenza è affetto da malattia di Alzheimer, il resto è costituito da forme vascolari, a corpi di lewy, fronto temporali e altre più rare.

Considerando che nel "progetto Cronos" (il progetto di ricerca per il potenziamento e la riqualificazione dell'assistenza ai pazienti affetti dal morbo di

Alzheimer, lanciato nel settembre 2000 dal Ministero della Salute, attraverso il quale si integra il processo registrativo e di rimborso dei farmaci con uno studio osservazionale su grande scala) sono inseriti circa 500 pazienti con malattia di Alzheimer, tenuto conto di chi non è inserito per limiti di età e vari motivi e di chi non ha patologie degenerative si può rilevare una discreta coincidenza delle proiezioni statistiche con la realtà.

## UNA MALATTIA DELLA FAMIGLIA

Solo una parte degli anziani colpiti da demenza nei diversi stadi della malattia usufruisce della rete dei servizi (centri diurni, assistenza domiciliare sociale, assistenza domiciliare integrata, assegni di cura), la maggior parte risiede a domicilio, tanto che è indubbio che attualmente il maggior peso assistenziale gravi sulle famiglie.

Il coinvolgimento della famiglia nella cura, nell'assistenza, nel sostegno psicologico e nella tutela dell'anziano diventa progressivamente totale e devastante nei diversi stadi della malattia, ma sino ad oggi questo peso è stato, sia in termini di risorse economiche che di risorse umane, in larga parte ignorato dalle strutture istituzionali.

L'attività di assistenza, nel lungo percorso della malattia, che mediamente copre un periodo di 10 anni, richiedendo un crescente assorbimento di risorse, si sovrappone allo svolgimento di altri ruoli: professionali, familiari, genitoriali, fino a renderli spesso subordinati, con conseguenze drammatiche sull'equilibrio della famiglia e costringendo spesso all'abbandono del lavoro.

Secondo studi realizzati in altri paesi occidentali il costo sociale globale annuo medio per ogni anziano demente è di migliaia di euro. Tale stima si riferisce non soltanto ai costi per assistenza e per le cure, ma anche ai costi sociali indiretti (perdita di reddito, perdita di giornate di lavoro, assistenza informale, ecc.), che rappresentano circa l'80% del totale e gravano per lo più direttamente sulle famiglie.

L'impatto di questi costi sociali complessivi è rilevante e nettamente superiore a quelli sanitari e pone l'esigenza di un profondo adeguamento delle politiche di intervento.

Inoltre, le profonde modifiche degli assetti familiari (aumento delle famiglie unipersonali, aumento dell'instabilità delle unioni familiari, riduzione del tasso di nuzialità, aumento degli anziani che vivono soli, diminuzione degli anziani che vivono con i figli), pongono un ulteriore interrogativo sulla sostenibilità sociale dell'attuale situazione.

## GLI ASPETTI ECONOMICI:

### I COSTI SOSTENUTI DALLA SOCIETÀ

L'evoluzione epidemiologica sta spostando progressivamente la prevalenza dei bisogni dagli interventi in acuzie agli interventi per la cronicità e la lungo-assistenza. Se aggiungiamo a questi altre tipologie di bisogni, emerge un quadro molto complesso, tale da evidenziare come l'assistenza sociosanitaria rappresenti

una delle più grandi sfide per tutti i sistemi di welfare: in termini di capacità di risposta e in termini di sostenibilità.

I costi di una malattia sono quantificati in:

- Diretti: indicano le spese direttamente monetizzabili per l'acquisto di beni e servizi. Sono rappresentati dalla procedura diagnostica, dalla terapia farmacologica, dalle visite ambulatoriali, dai programmi di assistenza presso strutture istituzionali, dall'assistenza ospedaliera, dall'assistenza domiciliare professionale e dall'assistenza domiciliare per le faccende domestiche.
- Indiretti: sono la conseguenza di una perdita di risorse. L'assistenza domiciliare prestata dal familiare viene valorizzata economicamente come mancato reddito da lavoro riferito sia alla persona malata che ai suoi familiari, che, per prestare le cure, vedono modificate le proprie abitudini di vita e di lavoro.
- Intangibili: costi che si esprimono in termini di sofferenza fisica e psicologica del malato e della sua famiglia. Sono quelli di più alta rilevanza sociale. Al di là delle sensibili differenze legate alle oggettive condizioni del paziente, in media, tre quarti della giornata del care-giver sono assorbiti da compiti di cura; questo comporta un notevole stress fisico e mentale spesso "caricato" su un unico familiare.

I costi legati alla gestione di un malato di Alzheimer sono riassunti nella tabella seguente:

Composizione del Costo Medio Annuo per Paziente (CMAP), affetto da Malattia di Alzheimer, per stadio di gravità e in toto (val. in Euro) – Anno 2002				
GAMBINA G., BROGGIO E., MARTINI M.C., MERZARI L., GABURRO G., FERRARI G. Divisione di Neurologia, Azienda Osp. di VERONA, O..C..M. -- Facoltà di Economia dell'Università di VERONA.				
Voci di costo	Lieve	Moderata - Grave	Molto Grave	In toto
Assistenza informale (fornita dai famigliari)	14.793,45	40.969,50	42.124,65	34.737,05
Assistenza formale (fornita dalle istituzioni)	2.157,15	3.702,62	10.464,55	4.584,40
Diagnosi	82,36	76,25	75,80	77,71
Farmaci	2.248,40	1.602,82	675,25	1.587,75
Analisi e visite	142,14	146,49	492,64	233,33
Ausili non farmac.	2,11	590,73	1.545,53	695,43
Ausili meccanici	1,27	9,96	202,82	56,75
Modifiche abitazioni	81,18	198,53	564,39	263,1
CMAP totale	19.508,06	47.296,90	56.145,60	42.235,53

Una parte di questi costi, spesso difficilmente sostenibile, grava sul bilancio delle famiglie, mentre una parte cospicua pesa sui bilanci Sanitari e Socio-Assistenziali.

Quest'ultima parte è destinata ad incrementarsi con la maggiore percezione, da parte dei cittadini, dei diritti ad essi garantiti dalle normative e in particolare quelle previste dai LEA.

L'attività di una struttura specifica, attraverso la diagnosi precoce, la razionalizzazione del percorso sanitario/assistenziale, nonché la diffusione di conoscenze adeguate, che possono prevenire i disturbi comportamentali, può contribuire a recuperare notevoli risorse economiche.

Una migliore gestione dei percorsi terapeutici ed assistenziali, favorendo l'accesso a servizi di Assistenza Domiciliare ed a Centri Diurni, può differire nel tempo l'istituzionalizzazione del malato con evidenti ricadute economiche per le famiglie e le istituzioni.

#### RIDUZIONE DEI COSTI ATTUALI

Una attenta razionalizzazione dei percorsi di gestione della malattia, quali:

- mantenere il paziente a domicilio il più a lungo possibile;
- una migliore gestione dei sintomi e dell'assistenza;
- procrastinare nel tempo l'istituzionalizzazione;
- la prevenzione dei disturbi del comportamento;

produce una significativa riduzione dei costi complessivi dell'assistenza socio-sanitaria, pur in presenza di un servizio qualitativamente e quantitativamente più qualificato.

#### MOTIVAZIONI E FINALITA'

Il Progetto nasce dalla convinzione che un tempestivo inquadramento diagnostico, collegato all'attuazione degli interventi di assistenza adeguati alle condizioni del soggetto, contribuiscano a facilitare l'adattamento della famiglia alla nuova condizione del familiare e che la possibilità di poter contare su sostegni professionali ed una rete di servizi collegata, porti a superare il senso di isolamento che colpisce i familiari ed il soggetto demente al momento dell'insorgere della malattia.

Il Progetto prevede pertanto un complesso sistema di interventi per garantire adeguato sostegno al paziente ed ai suoi familiari lungo tutto il periodo di evoluzione della malattia ed assicurare risposte articolate e qualificate oltre alla diagnosi.

Concorre a raggiungere questo obiettivo la definizione di un chiaro percorso assistenziale, all'interno del quale sono definiti funzioni, compiti e relazioni tra i diversi servizi e professionisti., l'informazione sulle risorse esistenti e la disponibilità di percorsi individuali di assistenza e terapia strutturati.

#### LA SITUAZIONE ATTUALE

Il 29 Maggio 2007 l'ASL Biella ha definito, con il Comune di Biella, i Consorzi IRIS e CISSABO, le OO.SS., i Coordinamenti delle Case di Riposo, un accordo relativo al sistema dei servizi per gli anziani non autosufficienti, con la finalità di fronteggiare alcuni problemi immediati ed adottare strategie pluriennali.

L'aspetto fondamentale sul quale si è concordato è che la programmazione di una risposta adeguata ai principali problemi degli anziani non autosufficienti deve

essere basata su una rete di servizi socio-assistenziali e sanitari pubblici, privati e del terzo settore, che abbia come caposaldo l'obiettivo di mantenere l'anziano, il più a lungo possibile e nel miglior modo possibile, nel proprio contesto abitativo e relazionale, privilegiando quindi il settore delle Cure Domiciliari nella loro accezione più ampia.

Nel documento sono riepilogate le opportunità assistenziali, le tipologie di intervento, i costi relativi sostenuti dall'ASL Biella ed è descritto il nuovo assetto organizzativo dell'Unità di Valutazione Geriatrica.

L'impegno dell'ASL 12 a favore dei malati di Alzheimer e di demenza si esplica nelle seguenti forme:

#### A- TERRITORIO :

Sono in funzione due centri diurni Alzheimer (C.D.A.), situati in ciascuno dei due distretti (ad Occhieppo Inferiore con 15 posti ed a Trivero, con 7 posti) e un Nucleo Alzheimer temporaneo (N.A.T.) con 20 posti letto, situato presso l'istituto Cerino Zegna di Occhieppo Inferiore.

L'attività di queste strutture nel corso degli anni 2006-2007 si può così riassumere:

	2006		2007	
SEMIRESIDENZIALE	SPESA €	pres. Medie (su 230 gg)	SPESA STIM.	pres. Medie (su 230 gg)
C.D.A. CERINO ZEGNA	151.200,00	11,1	158.000,00	11,3
C.D.A. TRIVERO	81.542,16	6,9	88.000,00	7,2
TOTALI Semiresidenziali	232.742,16	18,0	246.000,00	18,5
RESIDENZIALE				
NAT CERINO ZEGNA	320.762,00	18,9	354.000,00	19,2
TOTALI GENERALI	553.504,16	36,9	600.000,00	37,7

La valutazione dell'U.V.G. per l'inserimento nel C.D.A. viene organizzata 2-3 volte l'anno (ogni 6 mesi c.ca), per la valutazione di un certo numero di domande (almeno 6/7 per volta). Tali valutazioni vengono messe in lista nel momento in cui si creano posti liberi.

#### Nucleo Alzheimer temporaneo Cerino Zegna:

Destinato a soggetti anziani affetti da demenza e da gravi turbe del comportamento, soltanto dal 2007 ha funzionato in modo più adeguato ai suoi fini; è costituito da 20 posti convenzionati.

Il personale del N.A.T. svolge circa 3 colloqui/ richieste a settimana

#### Strutture Residenziali:

Si stima inoltre che il 50 % dei ricoveri in strutture residenziali sia costituito da soggetti affetti da demenza in varie fasi, e che quindi la spesa relativa al budget a carico dell'ASL, sia quantificabile in 4 milioni di €/anno e 13.000 € per ciascun ricovero, come si può desumere dalla seguente tabella:

Anno 2006	Posti Letto	% su > 65 anni	Costo	Costo/ospite
RSA e RAF (alta e media intensità assistenziale)	611	13,9	8.134.481	13.313,39
TOTALE RESIDENZIALE	673	15,3	10.043.132	14.922,93

## B- PRESIDIO OSPEDALIERO

U.V.A. : l'attività relativa alla Unità di Valutazione Alzheimer viene svolta nel presidio ospedaliero dell'ASL Biella:

- In Neurologia – si svolge un ambulatorio di 1 ora alla settimana dedicato ai deterioramenti cognitivi; per la diagnostica avanzata si avvale di indagini liquorali, di radiologia funzionale, del reparto di Neurofisiologia e del Day Hospital.
- In Geriatria – All'ambulatorio diagnostico sono dedicate 5 ore settimanali.

L'accesso può avvenire su richiesta del Medico di Medicina Generale o dello specialista Geriatra ove siano riscontrati dubbi di patologie dementigene.

L'U.V.A. per il Biellese orientale non è specificamente formalizzata, ma il Geriatra del Distretto 2 svolge attività diagnostica e le terapie previste nel "progetto Cronos".

Day Hospital e Day Service Geriatrico: il 50% delle attività è dedicato alla diagnostica delle demenze.

S.C. Post-Acuzie / Geriatria: E' la Struttura di riferimento principale per la gestione clinico/organizzativa dei malati anziani con demenza.

Il personale Medico del reparto segue gli aspetti specifici dei CDA e del NAT sul territorio, dedicando un Geriatra per 20 ore al Biellese occidentale e 7 a quello orientale.

Il personale Medico del reparto, inoltre, esegue le visite Geriatriche in urgenza ai soggetti con problemi di Demenza che afferiscono al dipartimento di Emergenza.

## LE CRITICITA'

Sul territorio:

Nel Biellese sono presenti molti degli elementi necessari alla costituzione di una rete di servizi efficiente, tuttavia la principale carenza è la mancanza di coordinamento fra di esse.

E' evidente la necessità di un centro esperto ed autorevole, con funzioni di indirizzo e coordinamento, dedicato specificamente alla malattia di Alzheimer e alle demenze, che governi ed indirizzi le risorse sanitario-assisenziali disponibili e ne consenta ai cittadini la conoscenza e l'utilizzo razionale, in modo da superare il concetto assai diffuso che l'unica alternativa alla famiglia sia il ricovero in casa di riposo.

E' di evidenza il dato che ad oggi i pazienti valutati dall'U.V.A. e sottoposti al "progetto Cronos" sono circa 500 e rappresentano solo un terzo dei malati di Alzheimer stimati sul territorio Biellese; quindi, per circa 1000 casi, si tratta di persone che, nella migliore delle ipotesi, rimangono assistiti al proprio domicilio o usufruiscono autonomamente di strutture, ma che in molti casi vivono invece

una condizione assai problematica, non conoscendo la rete di servizi che può aiutarli ad entrare nel percorso assistenziale più adatto ed essendo di conseguenza sconosciuti ad essa.

In dettaglio, le principali criticità sanitarie rilevabili sul territorio sono:

1. Mancanza di dati epidemiologici precisi e di conseguenza scarsa conoscenza della dimensione del problema degli anziani non autosufficienti che non ricorrono alle strutture o non figurano nelle liste di attesa;
2. Le liste di attesa predisposte dall'U.V.G., oltre ad essere eccessivamente lunghe, non sono in grado di discriminare le diverse motivazioni delle domande;
3. E' in generale carente l'offerta di posti in Centri Diurni Integrati (C.D.I.) in grado di ospitare soggetti dementi senza apprezzabili disturbi del comportamento;
4. Le diagnosi vengono effettuate in media con due anni e mezzo di ritardo, per una sottovalutazione complessiva delle problematiche iniziali, sia da parte della famiglia che dei Medici di Medicina Generale;
5. Il C.D.A. di Trivero ha problemi di personale: l'infermiera è presente per un tempo molto limitato, la Psicologa interviene saltuariamente dalla Casa di Riposo e il terzo operatore O.S.S. viene cambiato frequentemente.

Nel settore sanitario ospedaliero:

1. Carezza di formazione specifica del Personale Medico ai fini di una maggiore intercambiabilità fra i diversi professionisti;
2. Mancanza di una figura infermieristica specificamente formata all'accoglienza dei soggetti dementi;
3. In Geriatria una sola Infermiera è addetta al Day Service e non può accompagnare in modo soddisfacente i pazienti nei percorsi diagnostici all'interno della struttura ospedaliera;

## RETE INTEGRATA, GLOBALE E NON SEPARATA

Attualmente inguaribili (ad eccezione delle più rare forme reversibili), le demenze sono curabili, nel senso che molto è possibile fare per "prendersi cura" del soggetto nel suo percorso di progressione della malattia.

E' perciò possibile attivare interventi diversi, non esclusivamente sanitari, che, se posti in essere ritardano la progressione della malattia, migliorando la gestione e la qualità della vita dell'anziano e dei familiari.

Il progetto vuole offrire opportunità ai soggetti nei diversi contesti nei quali vivono (a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali) e promuovere interventi sia sanitari sia sociali per assicurare, attraverso un alto livello di integrazione, il più alto livello di benessere possibile.

Il progetto si propone di procedere ad una revisione complessiva dell'assetto del sistema delle cure e ad una ridefinizione degli obiettivi e degli strumenti per valutare gli interventi, nel momento in cui la guarigione non rappresenta un esito

possibile. (poichè non vi è guarigione occorre programmare l'assistenza lungo tutte le fasi del declino )

Per un approccio globale ed integrato, è necessaria la costituzione di una struttura dedicata ai disturbi cognitivi, con compiti di sviluppo, qualificazione e specializzazione della rete socio-sanitaria esistente, con particolare attenzione ai nodi specializzati della rete (i centri diurni Alzheimer e il nucleo Alzheimer di ricovero temporaneo).

La struttura proposta ha anche lo scopo di accumulare e diffondere cultura assistenziale qualificata e di fungere da stimolo per integrare l'intera rete dei servizi.

## SCELTE STRATEGICHE

Scelte strategiche del progetto sono:

1. La costituzione di una struttura di tipo consultoriale dedicata alla malattia di Alzheimer e sindromi correlate
2. Il sostegno alle famiglie in tutto il percorso della malattia e nella relazione con le varie articolazioni della rete
3. La riorganizzazione dell'utilizzo delle risorse della rete in funzione della malattia di Alzheimer e delle demenze;
4. La riqualificazione degli Operatori della rete attraverso programmi specifici di formazione ed ECM; (domicilio, centro diurno, servizi residenziali, etc.).

## OBIETTIVI

Il progetto è finalizzato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

### 1 - MASSIMA ACCESSIBILITÀ

Favorire l'accesso di chi ha problemi per orientare, prendere in carico ed accompagnare i malati in tutto il percorso clinico-assistenziale;

### 2 - DIAGNOSI ADEGUATA E TEMPESTIVA.

L'attuale situazione è caratterizzata dalla difficoltà nell'ottenere una diagnosi precoce: il tempo che trascorre tra la fase di insorgenza dei primi sintomi e la diagnosi è mediamente superiore ai 2,5 anni.

Uno dei problemi prioritari è il riconoscimento delle differenze tra sindromi demenziali, forme di declino cognitivo fisiologico legato all'età e sindromi depressive, il cui trattamento può prevenire l'insorgere nel tempo della demenza.

Una diagnosi accurata e tempestiva è il risultato di uno scrupoloso ed approfondito processo valutativo, importante:

- A. per riconoscere ed intervenire nelle forme potenzialmente reversibili (ed arrestabili), stimate tra il 5 ed il 20 % dei casi;
- B. per intervenire sullo sviluppo della malattia nelle forme irreversibili, rallentandone la progressione e migliorando la qualità della vita del paziente e dei familiari;
- C. per la corretta impostazione di un piano globale di assistenza, delle terapie farmacologiche e dei trattamenti riabilitativi idonei;
- D. per fornire al paziente ed ai familiari informazioni più precise circa il decorso della malattia, gli atteggiamenti e le modalità di relazione più appropriate, i servizi e le risorse disponibili.
- E. per migliorare la qualità delle cure e della vita degli anziani dementi e dei loro familiari, riducendo il tempo che intercorre tra la fase di insorgenza della malattia e la diagnosi, che è spesso un periodo di profondo travaglio per i familiari.

### 3 - ALLEANZA "TERAPEUTICA" CON I FAMILIARI.

I familiari hanno un ruolo centrale nella gestione del paziente demente; infatti rappresentano la risorsa principale per l'assistenza e l'elemento che può ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione.

Chi fornisce assistenza a soggetti affetti da demenza è particolarmente a rischio di accusare sintomi quali nervosismo, astenia, inappetenza ed insonnia; è frequentemente rilevabile depressione dell'umore; ciò si correla ad un consumo di farmaci psicotropi significativamente superiore rispetto alla media.

Per questo si ritiene di importanza strategica il sostegno psicologico ai familiari, in parallelo con la gestione medica del malato.

Nell'ambito delle forme di collaborazione ed integrazione è necessario che la rete dei servizi riconosca la "soggettività" e l'iniziativa dei familiari, non soltanto quali "oggetto" di attenzione e sostegno, ma quali attori decisivi del processo di cura.

Il lungo percorso che contraddistingue la progressione della malattia richiede interventi differenti nei diversi stadi della stessa.

E' essenziale modificare il tradizionale approccio "rete dei servizi/paziente/familiari" per realizzare un modello di "presa in carico territoriale", centrato sulla:

- collaborazione/integrazione tra servizi, famiglia, associazioni e risorse informali del territorio,
- competenza dei team interprofessionali,
- continuità assistenziale e monitoraggio dell'evolversi della malattia (follow-up),
- attenzione ai bisogni dei familiari che prestano assistenza e cura.

### 4 - FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

E' prioritario elaborare con continuità percorsi formativi delle persone coinvolte ad ogni titolo nell'assistenza, per le diverse professionalità e per i familiari, da realizzare con la collaborazione dei Consorzi IRIS e CISSABO e dell'AIMA di Biella; Il principale strumento per migliorare la "cura" dei soggetti dementi è la formazione dei caregivers professionali e informali, in quanto le caratteristiche delle demenze sono tali da impedire un corretto approccio ad esse in mancanza di una preparazione adeguata, specifica e permanente.

Le conoscenze sono in grado di motivare e sollevare i famigliari e, favorendo un corretto processo di accettazione e di rapporto con il malato, assumono una valenza terapeutica fondamentale.

### 5 - LA CURA DELL'AMBIENTE

Risulta particolarmente significativo favorire il mantenimento a domicilio ed incentivare l'adattamento dell'ambiente domestico alle esigenze del soggetto demente.

La persona colpita da demenza perde la dimensione temporale dell'esistenza, tutto si cristallizza in un presente apparentemente senza radici e senza prospettive; inoltre, l'impossibilità di apprendere nuove informazioni impedisce alla persona di conoscere nuovi luoghi e di attribuire significati vitali a nuovi spazi.

In ogni fase della malattia l'ambiente può compensare (assumendo una valenza protesica) o al contrario accentuare i deficit cognitivi e condizionare perciò lo stato funzionale ed il comportamento.

Le modifiche ambientali, pur non incidendo sulla storia naturale della malattia e sul declino delle funzioni cognitive, possono prevenire o ridurre i problemi comportamentali (quali agitazione, affaccendamento, wandering, aggressività, insonnia), i sintomi psicotici e rallentare il declino delle capacità funzionali.

Lo spazio e l'ambiente vitale rappresentano perciò, da un lato il motivo scatenante di molte alterazioni del comportamento e dall'altro una risorsa terapeutica, spesso sotto utilizzata.

Lo spazio vitale va considerato come un sistema integrato, che comprende aspetti architettonici e componenti legate all'organizzazione ed al contesto sociale.

Lo sforzo dedicato al miglioramento dell'ambiente di vita delle persone affette da demenza, sebbene non incida probabilmente sulla durata biologica della malattia, certamente prolunga e migliora la qualità della vita dei pazienti e delle famiglie e rappresenta a tutt'oggi uno dei pochi risultati realmente terapeutici ottenibili nella cura della demenza.

E' necessario offrire alle famiglie un aiuto e dei suggerimenti per realizzare gli adeguamenti necessari, in quanto la possibilità di realizzare adattamenti dell'ambiente domestico contribuisce a migliorare le condizioni di vita del soggetto a domicilio e riduce lo stress dei familiari. Vanno pertanto elaborati e proposti criteri per la realizzazione e l'adattamento di "ambienti" adeguati alle esigenze dei soggetti colpiti da demenza nelle abitazioni e nelle strutture e nei servizi semiresidenziali e residenziali.

## 6 - ADEGUAMENTO E SPECIALIZZAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI

E' necessario che l'intera rete, in ogni suo punto, sia messa in condizione di migliorare la propria offerta, sviluppando in modo diffuso le "competenze" per prendersi cura adeguatamente dei soggetti dementi. Grande attenzione va quindi prestata ai servizi socio-sanitari nella "presa in carico" e "cura" di soggetti dementi, stimolando l'impegno congiunto di enti locali, ASL, Ipad, privato sociale e soggetti privati.

Il progetto mira ad ottenere la diffusione generalizzata di un processo di qualificazione dell'assistenza nei diversi servizi e a dotarsi di strumenti di verifica dell'adeguatezza delle strutture che vengono a fare parte della rete.

## 7 - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La Struttura prevista da questo progetto è l'elemento unificante dei percorsi di continuità assistenziale intra ed extra ospedaliera ed è garante dell'integrazione fra servizi sanitari, socio-assistenziali ed associazioni.

La costruzione di un chiaro e condiviso percorso assistenziale (dal sospetto diagnostico alla diagnosi, dalla definizione alla gestione del piano di assistenza e al follow-up necessario) è la preconditione per garantire "la continuità assistenziale", che nel caso delle demenze assume connotati particolari in conseguenza del periodo prolungato del ciclo della malattia.

L'equipe della Struttura, fornisce quindi indicazioni per la definizione di percorsi assistenziali: per la ASL, i Medici di Medicina Generale, i Servizi Assistenza Anziani dei Comuni, per giungere alla condivisione di chiari percorsi e responsabilità che siano di guida ai malati, ai loro familiari ed agli operatori dei servizi.

#### 8 - STIMOLO E SOSTEGNO DEL RUOLO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

I Medici di Medicina Generale (MMG) hanno un ruolo chiave nella individuazione precoce dei casi e nella gestione del paziente al domicilio. Il coinvolgimento dell'MMG risulta decisivo per ridurre i tempi tra la comparsa dei sintomi e la "presa in carico" da parte dei servizi e la riduzione dell'area di elusione del problema demenze.

L'equipe della Struttura, in base a specifici fabbisogni formativi, propone alla S.C. di sviluppo delle risorse umane dell'ASL Biella appropriati programmi di aggiornamento.

#### 9 - SOSTEGNO ALLA RICERCA

Ad assetti organizzativi del Consultorio stabilizzati, potrà avviarsi un'attività di fattiva collaborazione con Università e centri di ricerca su temi specifici, epidemiologia e sperimentazione di nuovi farmaci.

#### 10 - STATISTICA ED EPIDEMIOLOGIA

Sarà mantenuto un accurato riscontro delle attività in modo da poter elaborare dati epidemiologici e statistici essenziali per la programmazione delle risorse da assegnare nel tempo ai vari elementi della rete e per le future scelte strategiche.

ASL Biella  
**PROGETTO DI SVILUPPO E RIQUALIFICAZIONE  
DELL'ASSISTENZA AI MALATI DI ALZHEIMER**

ALLEGATO TECNICO

FINALITÀ

La Struttura che si propone di costituire ha la finalità di:

- porsi come punto di accesso per le necessità assistenziale,
- indirizzare l'utenza ai servizi più appropriati,
- affidare il malato o il caregiver in stato di bisogno ad un tutor che lo accompagni nel tragitto attraverso i Servizi,
- garantire dal punto di vista sanitario una diagnosi corretta, un approfondimento se necessario, l'indirizzo terapeutico, la consulenza al MMG nel follow up,
- offrire una continuità assistenziale al malato tra ospedale, strutture, domicilio,
- fornire consulenza psicologica, di tutela legale, ambientale alla famiglia,
- dare consulenza all'UVG per l'inserimento nei vari setting di assistenza,
- promuovere la formazione specifica per i Medici di Medicina Generale e tutti gli addetti, formali o informali, all'assistenza al malato di Alzheimer.

Il progetto si prefigge di ottimizzare i nodi della rete esistenti, sia sanitari che socio-assistenziali, qualificandoli e orientandoli maggiormente alle patologie demenziali, al fine di razionalizzare l'approccio e di renderlo facilmente accessibile e fruibile all'utenza, con una miglior integrazione dei Servizi e una corretta continuità assistenziale, oltre che garantire una appropriata competenza degli operatori.

MOTIVAZIONI.

I problemi nascono dall'incontro tra le tre componenti (malattia, nucleo malato/caregiver, servizi) e sono:

- la diagnosi è spesso tardiva (alcuni studi hanno rilevato un periodo di 2.5 anni dai primi segni);
- i familiari si sentono spesso inadeguati e soli e avvertono la necessità di un punto di ascolto e di indirizzo attraverso i servizi;
- i familiari sentono la mancanza di supporti immateriali e di formazione per loro e le loro assistenti
- si avverte la carenza di risposte immediate e congrue ad eventi catastrofici (improvvisa indisponibilità del caregiver, comparsa di gravi disturbi del comportamento);
- i servizi non sono dedicati alla demenza: pur non richiedendo un circuito parallelo, si sente la necessità di una "qualificazione" mirata alla demenza;

- il percorso attraverso i servizi è frammentato e non si intravede una continuità assistenziale né una vera integrazione tra i Servizi;
- l'accesso ai servizi è difficile e casuale;
- anche per i contorni sfumati e la non guaribilità della malattia, esiste a tutti i livelli una scarsa preparazione e una competenza gestionale non del tutto adeguata;
- mancano linee guida condivise sia per la conferma diagnostica che per il follow up;
- mancano dati epidemiologici convincenti a disposizione dei decisori politici;

## OBIETTIVI.

### INTERMEDI

1. facilitare gli accessi,
2. accogliere l'utente, ascoltarlo e indirizzarlo verso le sedi più corrette per una risposta appropriata;
3. offrire diagnosi precoce, indirizzi clinici, supporto al medico di Medicina Generale
4. emettere linee guida tarate sulla realtà territoriale,
5. promuovere e concordare con ASL, Comuni, Consorzi e Associazioni i percorsi formativi;
6. favorire la capacità di resistenza della famiglia impegnata nel compito di assistere un demente;
7. preparare (e verificare il livello di assistenza ) nelle strutture protette;
8. Integrare al suo interno l'attività di U.V.A., costituire un raccordo tra le sedi di assistenza e cura (ospedale, domicilio, residenzialità e semiresidenzialità) al fine di garantire una corretta ed efficace continuità assistenziale e integrazione istituzionale;
9. verificare i bisogni, gli interventi necessari, gli aspetti epidemiologici, i servizi essenziali attraverso la raccolta di dati e i flussi informativi;
10. costruire, con l'UVG, i migliori percorsi assistenziali;
11. costruire un supporto tecnico ai vari Enti nella gestione dei servizi e nella realizzazione di nuovi;
12. supportare le Associazioni di volontariato nella loro attività di sostegno ai familiari, attraverso i gruppi di auto-aiuto, l'informazione, la formazione degli operatori dell'assistenza, in stretto raccordo con le Istituzioni;
13. verificare in ogni sede gli standard dell'assistenza erogata ai dementi.

La Struttura proposta deve essere il perno del percorso clinico-assistenziale non solo per quanto offre direttamente, ma anche come strumento di governo del sistema socio-sanitario che si prende carico del demente.

### FINALI

1. fornire le risposte migliori e più complete al nucleo di malattia (demente + familiare) supportandolo materialmente, psicologicamente e organizzativamente;
2. garantire un approccio globale e appropriato ai problemi sanitari: diagnosi precoce e precisa, corretta terapia della malattia, delle comorbilità e delle

- complicazioni, follow up con monitoraggio rigoroso delle variazioni e dei problemi emergenti;
3. preparare i professionisti di ogni ordine, dal medico all'OSS, senza escludere operatori non direttamente coinvolti, né di altri tipi di assistenze;
  4. razionalizzare, governare, rendere complementari i vari nodi della rete, qualificandoli al contempo per dare maggior attenzione e considerazione alla demenza.

## DESTINATARI

- pazienti affetti da malattia di Alzheimer e demenze e loro familiari,
- Operatori dei servizi sociali e sanitari;
- altri operatori informali di assistenza al demente (es. Assistenti familiari);
- Associazioni di volontariato.

## ATTIVITÀ

A - La valutazione del soggetto demente, rispettando in ogni fase del percorso di cura il principio della globalità e multidimensionalità, che nello specifico significa la valutazione delle seguenti aree: funzioni cognitive, stato funzionale, sintomi non cognitivi e depressione, comorbidità somatica, stress dei caregivers.

A queste aree, specifiche delle demenze, si aggiunge, come in ogni valutazione multidimensionale dell'anziano, la valutazione del network e dei problemi di tipo sociale ed economico.

B - Per l'attività di diagnosi la Struttura proposta utilizza i seguenti percorsi:

- accesso privilegiato alla diagnostica strumentale e di laboratorio;
- collegamento strutturato con i reparti ospedalieri dotati di competenze specifiche nella gestione delle sindromi demenziali, anche per ricoveri tempestivi o programmati a fini diagnostici;
- gestione degli interventi necessari alla diagnostica di secondo livello, direttamente, per quanto concerne quella neuropsicologica, indirettamente per la diagnostica strumentale e di laboratorio. E' preferibile l'utilizzo del regime di ricovero diurno (D.H.) in quanto l'istituzionalizzazione è di per sé causa di maggior disorientamento per il malato.

C - Definizione dell'intervento farmacologico per i problemi cognitivi e comportamentali; consulenza e collaborazione con i Medici che hanno in carico soggetti dementi (a domicilio o in qualunque punto della rete dei Servizi) nel follow-up periodico o nelle necessità emergenti;

D - Prescrizione e monitoraggio dell'efficacia di training di riabilitazione cognitiva;

E - Consulenza ai Servizi Assistenza Anziani ed ai Servizi della rete, sia per la gestione di casi complessi che per programmi (campagne informative, piani di miglioramento della assistenza di ogni servizio, etc.);

F – Realizzazione di momenti informativi, educativi e di sostegno rivolti ai familiari dei malati ed al Personale dei Servizi della rete, con la collaborazione dell'AIMA Biella.

G - Raccolta ed elaborazione di dati relativi ad indicatori e flussi informativi. Per la valutazione dell'impatto del progetto è indispensabile predisporre un sistema di rilevazione ed analisi dei dati che consentano di monitorare:

- il grado di attuazione e diffusione degli interventi proposti;
- il ricorso alla rete ed i percorsi assistenziali seguiti;
- le caratteristiche dei soggetti che utilizzano la rete;
- il modificarsi dei bisogni degli anziani affetti da demenza e dei loro familiari;

H – Promozione della diffusione di linee guida condivise per la valutazione e diagnosi, la terapia e la predisposizione di piani assistenziali globali.

## RISULTATI ATTESI

1. elevata soddisfazione dell'utenza con coerenza tra bisogni e proposte assistenziali;
2. precisa conoscenza dei bisogni e delle risposte indispensabili a supporto dei decisori per la realizzazione di servizi;
3. verifica della qualità dei servizi ai dementi, in particolarità in semiresidenzialità e residenzialità;
4. prolungamento sin quando possibile del tempo di assistenza al domicilio prima dell'istituzionalizzazione.

## INDICATORI

1. programmi di formazione per tutti gli addetti
2. studio del tempo di attesa tra primi sintomi e diagnosi (questionario ad un gruppo di MMG volontari, all'inizio del Progetto e 2 anni dopo, su campione)
3. studio epidemiologico sugli anni di permanenza al domicilio (intervallo tra diagnosi e ingresso in struttura su un campione di istituzionalizzati all'inizio del Progetto e dopo 2 anni)
4. monitoraggio su dementi in ADP (numero di segnalazioni di problematiche al Consultorio)
5. numero di utenti che si rivolgono spontaneamente al Consultorio (trend e tipologia di richieste).

## PERSONALE

La Struttura di base dedicata al Progetto di sviluppo e riqualificazione dell'assistenza ai malati di M. di Alzheimer e sindromi correlate è assegnata al Dipartimento Ospedale-Territorio ed è composta da:

- 1 Infermiere a tempo pieno della ASL Biella
- 1 Assistente Sociale a tempo pieno dei Consorzi Socio-Assistenziali

Il personale della Struttura sarà coordinato da un Coordinatore infermieristico del Dipartimento Ospedale-Territorio.

## ALTRE PROFESSIONALITÀ INTERNE ALLA ASL BIELLA:

- Medici della S.C. di Post-acuzie/Geriatria, con competenza ed esperienza nella gestione di sindromi demenziali, con funzione di referenti clinico-organizzativi principali per il personale della Struttura di base;
- Medici della S.C. di Neurologia, con funzioni di approfondimento diagnostico anche su problematiche neurologiche complesse
- Psicologo (con formazione ed esperienza in ambito psico-geriatrico, nella gestione delle sindromi demenziali e dei rapporti con familiari dei malati di demenza);
- Medici della S.C. di Psichiatria, per gestione di disturbi psicotici o depressivi e casi dubbi con necessità di diagnosi differenziale
- Terapista occupazionale, con funzione di verifica ambientale, familiare e counseling a tempo parziale (20%);
- Assistenti sociali dell'ospedale

## PROFESSIONALITÀ PROVENIENTI DA ENTI ESTERNI,

Su richiesta dell'équipe della Struttura di base collaborano, nell'ambito delle attività istituzionali dei rispettivi Enti e attraverso procedure di collaborazione da definire nei dettagli:

- Esperto legale ed amministrativo indicato dall'Ufficio di pubblica tutela della Provincia di Biella (consulenza);
- AIMA Biella: supporto psicologico ai caregivers, centro di ascolto, auto aiuto e attività varie di formazione;

## ORARI DI ATTIVITÀ

Si ipotizza l'apertura della Struttura al pubblico per almeno 15 ore settimanali durante il primo anno di sperimentazione. Tale orario verrà successivamente rivalutato ed aggiornato in base alle esigenze ed ai problemi organizzativi riscontrati, fino a raggiungere l'obiettivo, a fine progetto, dell'apertura dell'Ambulatorio per 28 ore settimanali.

## ATTIVAZIONE

### FASI DI REALIZZAZIONE

L'attivazione della struttura può avvenire nelle seguenti fasi:

1- Avvio sperimentale con le risorse attualmente disponibili e descritte in precedenza, con l'intento di razionalizzare l'attività esistente, potenziare l'attività di U.V.A., consolidare la collaborazione con i Consorzi socio-assistenziali e con AIMA ed avviare il superamento delle criticità rilevate. Questa prima fase si esplica attraverso:

- a. Localizzazione della Struttura di base in spazi adeguati, presso l'area dove sono attualmente situati gli ambulatori della S.C. Post-acuzie/Geriatria;
- b. Disponibilità di personale Amministrativo del Dipartimento a supporto eventuale per la raccolta dei dati e l'organizzazione dell'archivio;

- c. Predisposizione (con il supporto di AIMA Biella) di un programma di sostegno psicologico alle famiglie e di verifica ambientale, operativamente integrato nella struttura di base.

Sin da questa prima fase si ritiene indispensabile programmare periodiche riunioni dell'equipe della Struttura di base e la predisposizione di appositi protocolli di definizione dei percorsi di cura ed assistenza in collaborazione con i servizi di diagnosi e cura e con i servizi socio-assistenziali.

2- Conclusione della fase sperimentale (presumibilmente in contemporanea con il trasferimento presso il nuovo Ospedale), verifica dei risultati raggiunti e ridefinizione della Struttura rispetto agli spazi disponibili ed al personale.

## PARTNERSHIP

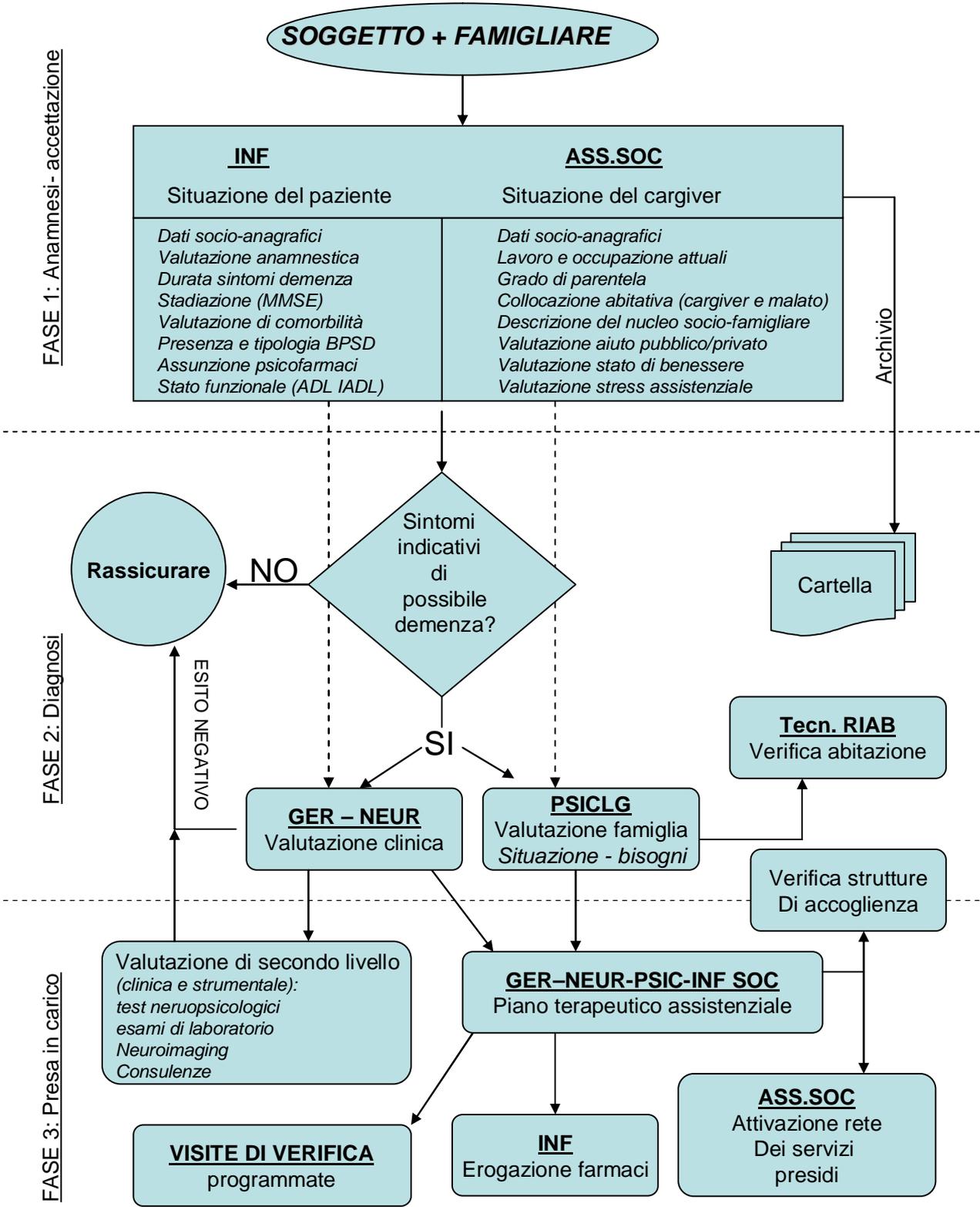
Per il funzionamento della rete, si rende indispensabile un coordinamento con numerosi Enti e strutture territoriali che dovranno partecipare, con la ASL di Biella, all'iniziativa:

- Consorzi IRIS e CISSABO
- Comune di Biella
- A.I.M.A. Biella
- Strutture residenziali per anziani
- Il Filo di Arianna
- Associazioni di volontariato

Con queste ed altre istituzioni saranno definiti eventuali ulteriori protocolli di intesa per il migliore funzionamento della Struttura.

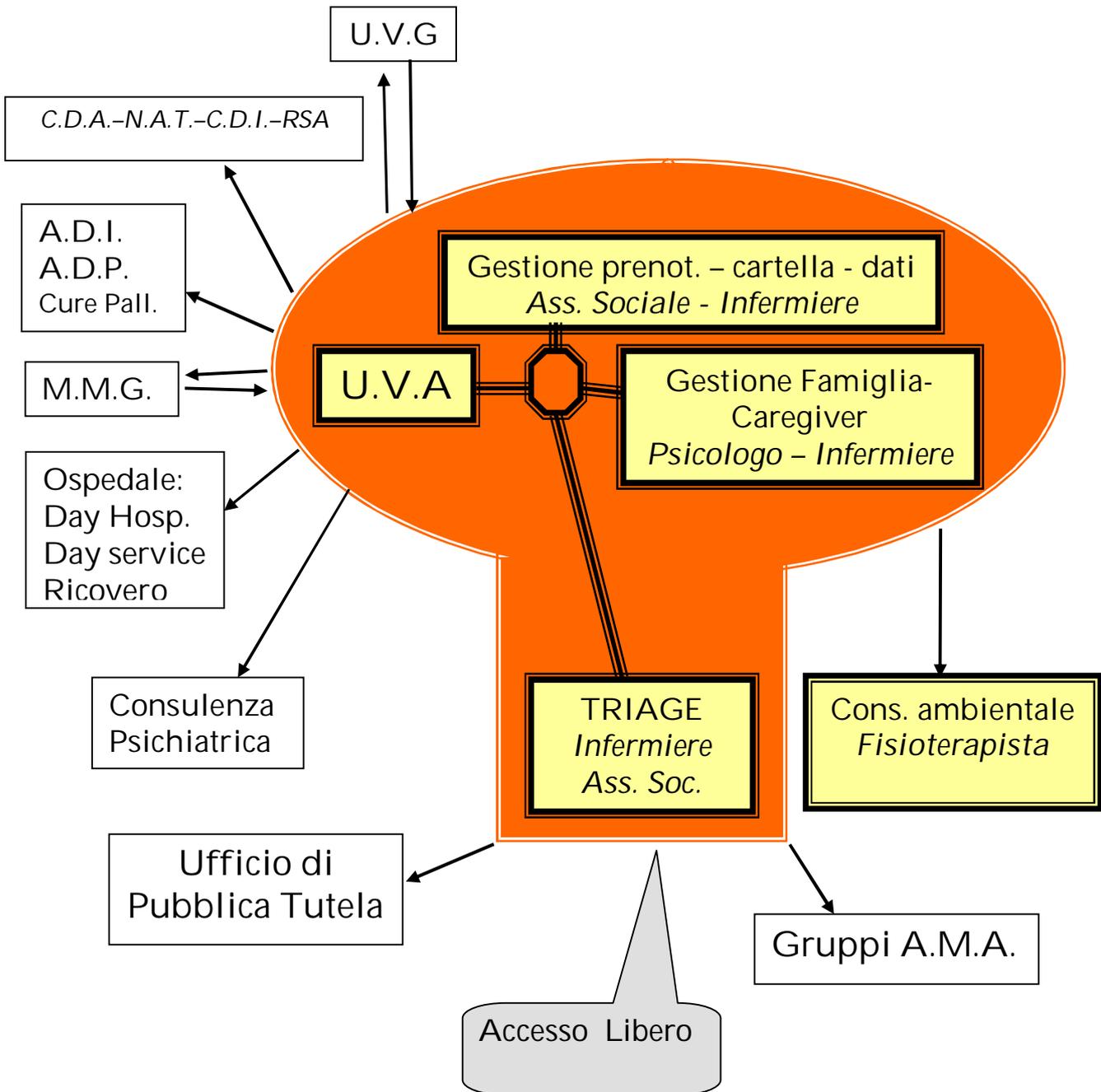
ASL 12 Biella  
**PROGETTO DI SVILUPPO E RIQUALIFICAZIONE  
 DELL'ASSISTENZA AI MALATI DI ALZHEIMER**

SCHEMA DI ATTIVITÀ



ASL 12 Biella  
PROGETTO DI SVILUPPO E RIQUALIFICAZIONE  
DELL'ASSISTENZA AI MALATI DI ALZHEIMER

SCHEMA ORGANIZZATIVO



**AZIENDA SANITARIA LOCALE BI di BIELLA**  
Direzione Generale

Biella, 17 Aprile 2009

Al Responsabile  
Servizi Sociali Comune di Biella  
Dr.ssa Lorena Lucchin  
Via Tripoli, 48

- 13900 BIELLA -

---

Al Presidente Consorzio IRIS  
M.o Vittorio Caprio  
Via Losana, 20

- 13900 BIELLA -

---

Al Presidente Consorzio CISSABO  
Sig.a Mariangela Franzoni  
Via Mazzini, 2/m

- 13836 COSSATO -

---

→ Al Presidente AIMA  
Sig.a Claudy Miglietti  
Via Tripoli, 24

- 13900 BIELLA -

---

Pu 12837

OGGETTO: Approvazione del progetto per la promozione di strategie condivise finalizzate allo sviluppo e riqualificazione all'assistenza ai malati di Alzheimer gra Consorzio IRIS, Consorzio CISSABO, Servizi Sociali del Comune di Biella, A.I.M.A. Biella e ASL BI.

---

Si comunica che con atto deliberativo n. 300 del 31 Marzo 2009 di questa Azienda è stato approvato il Progetto per la promozione di strategie condivise finalizzate allo sviluppo e riqualificazione all'assistenza ai malati di Alzheimer fra Consorzio IRIS, Consorzio CISSABO, Servizi Sociali del Comune di Biella, A.I.M.A. Biella e ASL BI, che si trasmette in allegato.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale  
Dr. Pier Oreste Brusori

CP/eb