

Progetto ReteDem.Ab. Fare rete per la persona con demenza nell'abbiatense

Azione 1.2. Progettazione condivisa

Rapporto pubblicato a dicembre 2025

Indagine e rapporto a cura di **Annalisa Dordoni**, sociologa economica, del lavoro e delle organizzazioni, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Ricerca condotta grazie alla collaborazione di **Laura Pettinato** e **Federica Del Signore**, psicologhe, Fondazione Golgi Cenci.

Con la supervisione di **Elena Rolandi**, psicologa, Fondazione Golgi Cenci.

Si ringraziano intervistate e intervistati, persone con demenza e caregiver, gli enti coinvolti nel progetto e gli attori delle diverse organizzazioni che hanno partecipato ai focus group.

Progetto realizzato con il contributo di



Sommario

1. Il Progetto ReteDem.Ab.....	4
1.1. Contesto e analisi del bisogno.....	4
1.2. Finalità e partenariato del progetto.....	5
1.3. Strategia e azioni previste.....	6
2. Azione di progettazione condivisa.....	9
3. Interviste diadiche.....	10
3.1. Obiettivi e criteri di selezione.....	10
3.2. Metodologia.....	11
3.3. Caratteristiche degli intervistati.....	13
4. Focus group.....	17
4.1. Obiettivi e partecipanti.....	17
4.2. Metodologia.....	18
4.3. Sintesi dei focus group.....	19
Focus Group con operatori socioassistenziali.....	19
Focus Group con personale medico.....	20
Focus Group con volontari delle associazioni.....	22
5. Analisi dei risultati.....	25
5.1. Il punto di vista di utenti e famiglie.....	25
5.2. Il punto di vista di chi opera nei servizi.....	28
5.3. Risposte progettuali e raccomandazioni operative.....	34
Appendice.....	40
I. Restituzione dei risultati dell'indagine.....	40
II. Bisogni e servizi disponibili nel territorio abbatense.....	43

1. Il Progetto ReteDem.Ab

1.1. Contesto e analisi del bisogno

Il territorio italiano si caratterizza per un progressivo invecchiamento della popolazione. Nel distretto Abbiatense (provincia di Milano), che comprende 14 comuni per un totale di oltre 83.000 abitanti, quasi un quarto dei residenti ha più di 65 anni. Si stima che circa 1.500 persone siano affette da demenza, a cui va aggiunto almeno un caregiver diretto per ciascun malato.

La demenza è una patologia cronica e progressiva che richiede risposte assistenziali specifiche, complesse e diversificate: dalla prevenzione e diagnosi precoce, fino all'assistenza domiciliare e alla fase terminale. Tuttavia, i servizi territoriali mostrano ancora limiti significativi: tempi di attesa lunghi per le visite specialistiche, difficoltà di accesso alle informazioni, carenza di integrazione tra servizi sanitari e sociali, isolamento dei familiari e forte carico emotivo sui caregiver.

Indagini preliminari condotte dalla Fondazione Golgi Cenci hanno rilevato che le famiglie lamentano principalmente la mancanza di informazioni chiare e di supporto continuo. Si registrano inoltre vissuti di ansia, solitudine e difficoltà nella gestione quotidiana del malato.

Alla luce delle recenti linee guida nazionali (ISS, 2023) e del nuovo PDTA regionale (Lombardia, 2023), si avverte quindi l'urgenza di costruire un sistema coordinato, integrato e stabile di presa in carico, che migliori l'efficacia dei servizi e riduca lo stigma sociale legato alla malattia.

Il progetto quindi nasce dalla consapevolezza che la demenza, oggi, rappresenti una delle sfide più rilevanti e complesse per i sistemi sanitari e sociali. Essa non è soltanto una malattia progressiva che coinvolge direttamente chi ne è affetto, ma tocca in maniera profonda le famiglie, i caregiver e l'intera comunità.

Vi sono diverse criticità da considerare nell'ambito. Tra le principali, emerge la difficoltà di accesso alle informazioni sui servizi disponibili, la scarsa integrazione tra i diversi attori coinvolti, i lunghi tempi di attesa per visite ed esami, nonché il senso di solitudine e di sovraccarico emotivo che colpisce i caregiver. A ciò si aggiunge un diffuso stigma

sociale nei confronti delle persone malate, che rende ancora più difficile la loro inclusione. Le linee guida più recenti a livello nazionale e il nuovo Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale definito dalla Regione Lombardia sottolineano l'urgenza di rispondere in maniera coordinata a questi bisogni, favorendo una presa in carico tempestiva, complessiva e continuativa.

1.2. Finalità e partenariato del progetto

Lo scopo generale del progetto è rafforzare e implementare azioni per una migliore risposta dei servizi territoriali ai bisogni delle persone con demenza e dei loro familiari nel distretto Abbatense.

Gli obiettivi specifici del progetto ReteDem.Ab sono i seguenti:

1. Costruire, mantenere e aggiornare una rete territoriale di attori pubblici e privati, per intercettare precocemente i bisogni e indirizzare le persone verso i servizi adeguati.
2. Rafforzare, integrare e innovare i servizi esistenti, attraverso formazione degli operatori, consulenza, nuovi servizi specialistici e potenziamento dell'assistenza domiciliare.
3. Sensibilizzare la cittadinanza, promuovendo conoscenza della malattia, prevenzione e inclusione sociale delle persone con demenza.

ReteDem.Ab ha come scopo generale il miglioramento della *qualità della vita* delle persone con demenza e dei loro familiari, nonché della comunità sul territorio, da mantenere e migliorare attraverso una *rete territoriale stabile, integrata e innovativa*.

Il progetto nasce dalla collaborazione consolidata di attori locali, che assicura governance condivisa, radicamento sul territorio e sostenibilità delle azioni oltre la durata del progetto.

Il partenariato è composto dalle seguenti organizzazioni con diverse responsabilità:

1. Fondazione Golgi Cenci (capofila): centro di ricerca e innovazione sull'invecchiamento e la demenza, con esperienza in progetti e servizi di libero accesso. Coordina la rete e promuove attività di prevenzione e sensibilizzazione.

2. ASP Golgi-Redaelli – Istituto Geriatrico C. Golgi: struttura con posti letto dedicati alla demenza, servizi diurni e domiciliari e un Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD). Si occupa della formazione di operatori e innovazione dei servizi.
3. ASST Ovest Milanese – Distretto Abbiatense: riferimento istituzionale per i servizi sanitari e sociosanitari territoriali. Guida la mappatura dei servizi, attiva sportelli di consulenza e rafforza l'assistenza domiciliare.
4. Altri attori locali: il Comune di Abbiategrasso, l'Hospice di Abbiategrasso, l'Associazione MMG dell'Abbiatense (AMA) e AUSER - Associazione per l'invecchiamento attivo (una rete di associazioni di volontariato e di promozione sociale impegnate nel favorire l'invecchiamento attivo delle persone anziane e valorizzare il ruolo nella società). Questi soggetti garantiscono solidità alla rete, competenza nella fase di fine vita, coinvolgimento dei medici di base e rappresentanza della cittadinanza attiva.

1.3. Strategia e azioni previste

Il progetto prevede un insieme di azioni coordinate, articolate in base ai tre obiettivi.

Obiettivo 1 – Costituzione e aggiornamento della rete

- Coordinamento e monitoraggio: istituzione di un centro di coordinamento presso la Fondazione Golgi Cenci e attivazione di un tavolo di lavoro con gli attori coinvolti.
- Progettazione condivisa: focus group e interviste con persone con demenza, familiari, operatori e associazioni per definire bisogni e orientare le azioni.
- Mappatura dei servizi: censimento delle strutture e associazioni del territorio, con realizzazione di un opuscolo informativo distribuito a cittadini e medici di base.
- Portale informativo: creazione di una piattaforma online, con sezioni dedicate a professionisti, caregiver e cittadini, per un accesso semplificato ai servizi disponibili.

Obiettivo 2 – Rafforzamento e innovazione dei servizi

- Formazione degli operatori: percorsi comuni per professionisti sanitari e sociali, con un focus sull'approccio centrato sulla persona, nuove normative, relazione di cura e gestione del fine vita.

- Sportello di consulenza e orientamento: punto unico di orientamento e accesso ai servizi attivato presso le Casa di Comunità del territorio.
- Potenziamento assistenza domiciliare integrata: rafforzamento dei servizi per garantire continuità e qualità nella cura al domicilio per le persone con difficoltà cognitive.
- Implementazione di un servizio di screening e promozione della salute cognitiva rivolto alle persone preoccupate per la propria memoria, con accesso facilitato alla CDCD se necessario al fine di favorire una più tempestiva presa in carico all'esordio dei sintomi, quando i trattamenti farmacologici e non farmacologici sono più efficaci.
- Innovazione dei servizi specialistici: introduzione di case manager e consulenza psicologica ai caregiver presso il CDCD, attivazione di programmi di teleriabilitazione cognitiva.

Obiettivo 3 – Sensibilizzazione e inclusione sociale

- Campagne informative e divulgative: incontri pubblici, eventi comunitari, materiali informativi.
- Iniziative di prevenzione: attività per anziani a rischio, legate a stili di vita salutari e al monitoraggio cognitivo.
- Interventi comunitari: progetti per favorire la partecipazione sociale dei malati e contrastare l'isolamento e lo stigma, nell'ambito della Dementia Friendly Community.

I risultati attesi sono molteplici e riguardano diversi livelli. Le persone con demenza potranno accedere a una diagnosi più tempestiva, con percorsi chiari e riduzione dei tempi di attesa, e godere di una migliore qualità della vita grazie alla continuità delle cure.

I caregiver avranno a disposizione un supporto psicologico e pratico, un punto di riferimento stabile e informazioni più facilmente reperibili, con conseguente riduzione del senso di isolamento e del carico emotivo.

I servizi sanitari e sociali, dal canto loro, beneficeranno di una maggiore integrazione, di operatori più preparati e di strumenti innovativi per la presa in carico. Infine, la comunità nel suo insieme sarà più consapevole e inclusiva, con minore stigma e maggiore coesione sociale.

I risultati attesi del progetto sono i seguenti:

1. Per le persone con demenza: accesso più precoce e appropriato alla diagnosi, riduzione delle liste d'attesa, continuità assistenziale e migliore qualità della vita.
2. Per i caregiver: supporto psicologico e pratico, minore isolamento, migliore informazione e riduzione del carico emotivo.
3. Per i servizi: maggiore integrazione tra sanitario e sociale, operatori più formati, riduzione delle frammentazioni.
4. Per la comunità: crescita della consapevolezza, abbattimento dello stigma e rafforzamento del capitale sociale del territorio.
5. Si prevede inoltre un effetto incrementale e duraturo, poiché gli enti coinvolti sono già radicati sul territorio e istituzionalmente responsabili dei servizi.

ReteDem.Ab si configura come un progetto ambizioso e necessario, che unisce ricerca, assistenza e partecipazione comunitaria per affrontare la sfida della demenza nel territorio abbatense. La solidità del partenariato, la chiarezza degli obiettivi e la forte attenzione ai bisogni concreti delle famiglie lo rendono un modello di welfare integrato capace di incidere nel presente e di garantire continuità anche in futuro. L'orizzonte a cui tende è quello di una comunità capace di riconoscere e sostenere la fragilità, trasformandola in occasione di crescita collettiva e di rafforzamento del capitale sociale.

Il progetto rappresenta un modello di welfare innovativo e integrato, capace di rispondere a un bisogno urgente: la presa in carico complessiva delle persone con demenza e delle loro famiglie. Attraverso la creazione di una rete stabile, l'innovazione dei servizi, la formazione degli operatori e il coinvolgimento diretto della cittadinanza, l'iniziativa punta a superare le criticità attuali del territorio abbatense: tempi di attesa, difficoltà di accesso, carenza di informazione e isolamento sociale.

La prospettiva è quella di costruire una *Dementia Friendly Community*: una comunità realmente "dementia friendly", in grado di garantire inclusione, sostegno e dignità alle persone anziane con demenza, caratterizzate da specifiche fragilità e vulnerabilità, promuovendo al contempo prevenzione e qualità della vita per tutta la popolazione anziana e un sostegno a tutte le famiglie e gli attori sociali coinvolti nelle necessità di cura.

2. Azione di progettazione condivisa

L'azione prevista dal progetto denominata "Progettazione condivisa" è stata coordinata dalla Fondazione Golgi Cenci, soggetto responsabile dell'intero progetto, in collaborazione con ASST Ovest Milanese – Distretto Abbiatense e ASP Golgi Redaelli – Istituto Geriatrico Golgi di Abbiategrasso. L'obiettivo di questa fase era sviluppare iniziative e servizi mirati alle persone con demenza e ai loro caregiver attraverso un processo partecipativo, che mettesse al centro i bisogni, le aspettative e i punti di vista dei beneficiari, così come le osservazioni degli operatori dei servizi e dei volontari territoriali.

Durante l'azione sono state realizzate 20 interviste diadiche, coinvolgendo persone con demenza residenti al domicilio e i loro caregiver. Le persone sono state selezionate tra i partecipanti alle iniziative della Dementia Friendly Community presso la Fondazione Golgi Cenci e gli utenti del CDCD dell'Istituto Golgi. L'obiettivo era intercettare sia persone in fase iniziale/post-diagnostica sia persone in fase moderata della malattia, mantenendo una distribuzione equilibrata tra le due categorie.

Le interviste sono state condotte seguendo una traccia strutturata, che prevedeva la raccolta di informazioni socio-demografiche sia della persona con demenza sia del caregiver, l'analisi della rete di supporto e assistenza, l'autonomia nelle attività quotidiane, l'esperienza e la soddisfazione rispetto ai servizi utilizzati, i bisogni non soddisfatti e le aspettative sui servizi futuri. La traccia prevedeva anche domande aperte per comprendere le difficoltà percepite nella vita quotidiana, i desideri specifici sui servizi e i canali informativi utilizzati per reperire informazioni sui servizi del territorio. Durante la fase post-intervista, sono stati inoltre raccolti appunti e note dalle intervistatrici, utili per integrare la registrazione audio con osservazioni relazionali e comportamentali non emerse verbalmente.

Parallelamente, sono stati organizzati tre focus group rivolti a diverse categorie di operatori e volontari del territorio. Il primo gruppo ha coinvolto figure socio-assistenziali, il secondo personale medico e specialistico e il terzo rappresentanti di associazioni di volontariato e iniziative comunitarie. I focus group hanno permesso di approfondire i bisogni percepiti, la conoscenza dei servizi e le criticità organizzative, integrando le informazioni raccolte dalle interviste con il punto di vista di chi opera quotidianamente

nei servizi e sul territorio. Ogni focus group ha avuto una durata di circa due ore e si è basato su stimoli e tracce condivise in fase di progettazione.

Le attività di progettazione condivisa sono state coordinate da una ricercatrice sociale esperta, con competenze nell'analisi dei servizi, delle organizzazioni e delle reti territoriali, e nell'uso di metodologie qualitative come interviste in profondità e focus group. La ricercatrice è stata affiancata da psicologhe esperte sui temi dell'invecchiamento e della demenza, garantendo così rigore scientifico, centralità dei bisogni dei beneficiari e capacità di supportare l'intero processo di raccolta dati, supervisione e analisi.

Grazie a questo approccio partecipativo e multidisciplinare, l'azione 1.2 ha prodotto un quadro completo delle esigenze, delle criticità e delle opportunità presenti sul territorio dell'Abbatense, fornendo indicazioni concrete per orientare le azioni successive del progetto e migliorare la qualità dei servizi rivolti a persone con demenza e ai loro caregiver. L'integrazione di dati derivanti dalle interviste, dai focus group e dagli appunti osservativi ha permesso di costruire questo documento di sintesi, condiviso con tutti i partner, a supporto della pianificazione e dell'implementazione di interventi efficaci, rispondenti a bisogni reali.

3. Interviste diadiche

Le interviste diadiche rappresentano uno degli strumenti centrali utilizzati nell'ambito dell'Azione 1.2: Progettazione condivisa, con l'obiettivo di comprendere in profondità i bisogni, le aspettative e le esperienze delle persone con demenza e dei loro caregiver. Questo approccio consente di mettere al centro la voce dei diretti interessati, promuovendo una progettazione realmente partecipata e orientata ai bisogni concreti dell'utenza.

3.1. Obiettivi e criteri di selezione

L'obiettivo principale delle interviste diadiche è stato raccogliere informazioni qualitative sui bisogni percepiti da persone con demenza e dai loro familiari, sulle modalità di accesso ai servizi sul territorio e sulla qualità dell'esperienza di cura e supporto. Attraverso un approccio di ascolto diretto, si è voluto identificare sia le criticità

esistenti che le opportunità per migliorare l'offerta dei servizi, tenendo conto della fase della malattia (iniziale/post-diagnostica o moderata) e delle differenze individuali nelle condizioni cognitive, funzionali e relazionali.

Per garantire la rilevanza dei dati raccolti e la fattibilità delle interviste, sono stati definiti criteri specifici di selezione dei partecipanti. Le coppie intervistate (diade persona con demenza – caregiver/familiare) dovevano rispondere ai seguenti requisiti: compromissione cognitiva e funzionale da lieve a moderata, misurata con il Clinical Dementia Rating (CDR 0.5–2), assenza di disturbi del linguaggio di produzione o comprensione che riducessero significativamente l'efficacia comunicativa, residenza al domicilio e contatti con la rete dei servizi dell'Abbatense. La selezione ha incluso sia persone residenti nell'Abbatense sia utenti di altre zone, purché avessero avuto esperienze con i servizi del distretto, in modo da ottenere una visione il più possibile rappresentativa delle diverse esperienze territoriali.

3.2. Metodologia

Le interviste sono state realizzate da una ricercatrice sociale esperta in analisi dei servizi, delle organizzazioni e delle reti territoriali, con comprovata esperienza nell'utilizzo di metodi di ricerca qualitativa, interviste in profondità e focus group. A supporto della conduzione, hanno collaborato psicologhe esperte sui temi dell'invecchiamento e della demenza, garantendo competenze specifiche per la gestione delle interazioni con persone con disturbi cognitivi.

Gli incontri hanno avuto luogo in contesti familiari o in spazi riservati delle strutture coinvolte, garantendo un ambiente confortevole e sicuro. Ogni intervista ha avuto una durata media di circa 60–90 minuti e ha seguito una traccia predefinita, costruita per raccogliere informazioni sia quantitative che qualitative, coprendo aspetti socio-demografici, funzionali, relazionali, di utilizzo dei servizi e percezione dei bisogni.

Presentazione e consenso informato

L'intervista iniziava con una spiegazione dell'obiettivo della ricerca, l'importanza del contributo dei partecipanti e la garanzia di anonimato. Il consenso per la registrazione è stato ottenuto da entrambi i membri della diade.

Raccolta dati socio-demografici

Sono stati rilevati dati anagrafici, livello di istruzione, occupazione e contesto abitativo. Per le persone con demenza si è valutata l'autonomia nelle attività quotidiane e la presenza di supporti familiari o professionali; per i caregiver, l'impegno assistenziale e strumenti di supporto utilizzati.

Rete di supporto e relazioni sociali

Mappatura dei caregiver principali e secondari, familiari, amici e reti informali di vicinato. Analisi della frequenza dei contatti, partecipazione ad attività organizzate e uso dei servizi di socializzazione, per comprendere disponibilità ed efficacia delle reti formali e informali.

Esperienza con i servizi e soddisfazione

Raccolta di informazioni sull'uso e la percezione di servizi domiciliari, specialistici, ambulatoriali, informativi e di supporto ai caregiver, identificando punti di forza e criticità organizzative.

Bisogni e desideri non soddisfatti

Domande aperte su difficoltà quotidiane e servizi auspicati hanno permesso di raccogliere suggerimenti concreti per migliorare o implementare l'offerta territoriale.

Informazione e orientamento

Esplorazione delle modalità di accesso alle informazioni sui servizi, eventuali difficoltà e percezione dell'utilità di sportelli informativi o figure di coordinamento.

Appunti contestuali e osservazioni "a caldo"

Annotazioni dei ricercatori su comportamento, dinamiche familiari, competenze relazionali e temi emersi spontaneamente, per arricchire la comprensione del contesto e delle risposte.

3.3. Caratteristiche degli intervistati

Il campione di interviste comprende venti coppie di persone costituite da una persona anziana con demenza e dal loro principale caregiver familiare, offrendo un quadro articolato dei processi di cura e delle reti di supporto.

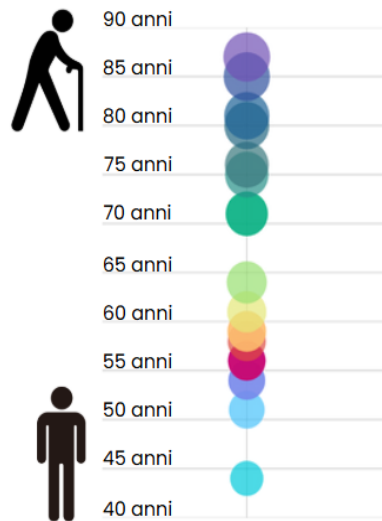
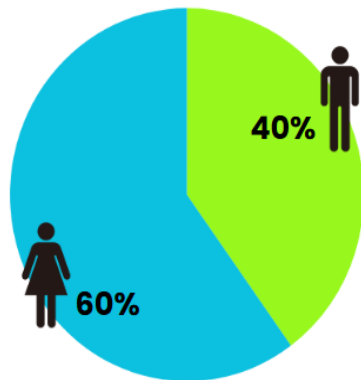
- **Caregiver**

- Prevalentemente donne, ma con una presenza significativa di uomini, soprattutto tra i coniugi anziani (12 donne e 8 uomini di cui 5 coniugi).
- Età compresa tra i 44 e gli 87 anni: i più giovani si trovano nella “generazione sandwich” che assiste sia i genitori anziani che i figli (carico di lavoro, famiglia e cura), mentre i più anziani sono pensionati che assistono il loro partner.
- Livello di istruzione differenziato: più basso per i caregiver anziani, più alto (diplomi/lauree) per le generazioni più giovani.
- Occupazione: pensionati oppure lavoratori attivi (insegnanti, impiegati, professionisti autonomi).
- Carico multiplo: lavoro, famiglia nucleare e assistenza ai genitori anziani.

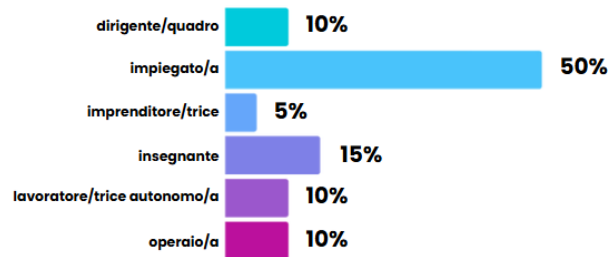
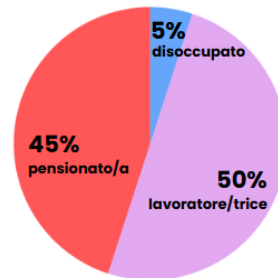
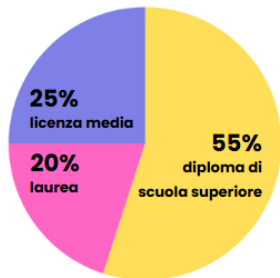
- **Persone con demenza**

- Prevalentemente donne, oltre i 75 anni.
- Basso livello di istruzione (licenza elementare o media).
- Precedenti occupazioni legate a lavori tradizionali (casalinghe, operai, impiegati), con poche eccezioni (ex dirigenti o insegnanti).
- Abitazione: vivono con coniuge e/o figli; chi è solo è comunque sostenuto da badanti, domestiche o reti familiari.
- Reti comunitarie e associative deboli; socialità limitata a contatti familiari, uscite sporadiche (mercato, piazza, bar) e telefonate.
- Autonomia variabile: da indipendenza parziale (uso del telefono, piccoli pasti) a dipendenza totale per igiene, mobilità e gestione domestica

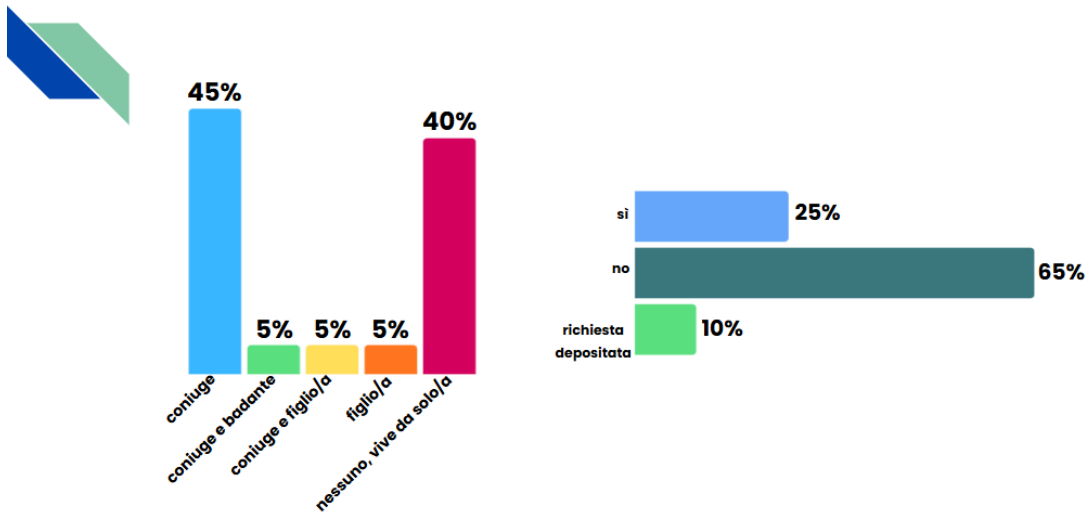
Caregiver: sesso e età



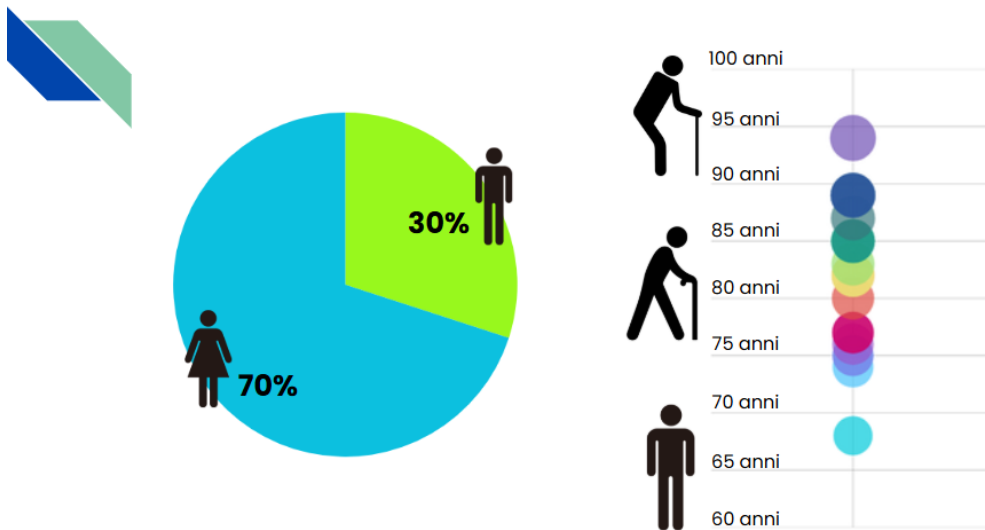
Caregiver: titolo di studio e occupazione



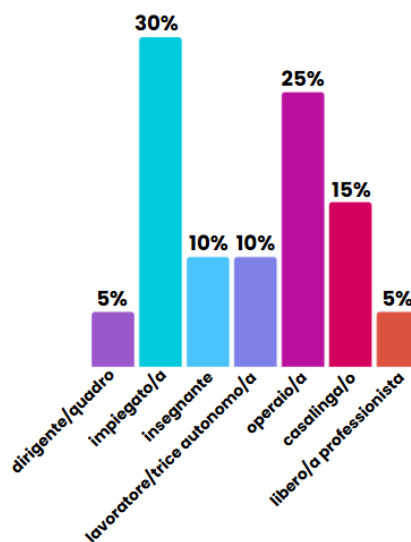
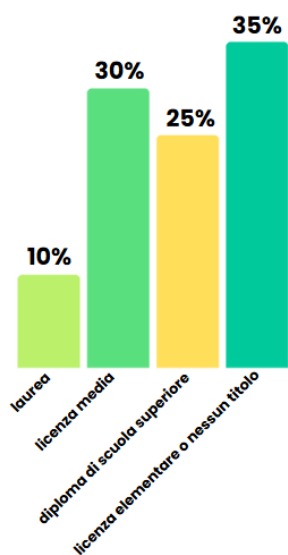
Persone con demenza: supporto familiare in casa (con chi vive?) e indennità economiche



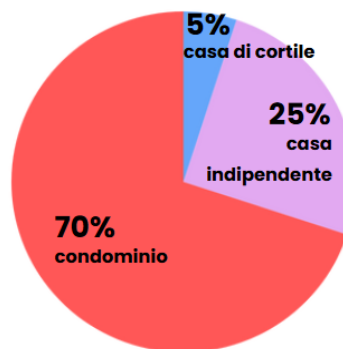
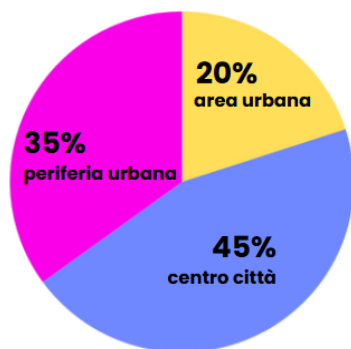
Persone con demenza: sesso e età



Persone con demenza: titolo di studio e occupazione prima della pensione



Persone con demenza: area territoriale e condizione abitativa



4. Focus group

I focus group costituiscono una componente chiave dell'Azione 1.2 di progettazione condivisa, finalizzata a raccogliere informazioni utili a orientare le iniziative della ReteDem.Ab e a migliorare la risposta dei servizi del territorio ai bisogni delle persone anziane con demenza e dei loro familiari.

I diversi momenti di confronto e dialogo hanno permesso di confrontare punti di vista differenti, provenienti da operatori socio-assistenziali, personale medico e volontari di associazioni, al fine di costruire proposte progettuali più aderenti alle esigenze reali degli utenti. I focus group hanno avuto come obiettivo principale l'incontro con portavoce di enti e organizzazioni coinvolti nell'assistenza e nella cura delle persone anziane con demenza, creando uno spazio di confronto diretto per discutere criticità, opportunità e possibili strategie di miglioramento dei servizi. Sono emerse non solo le esigenze degli utenti e dei caregiver, ma anche le prospettive di chi gestisce, coordina e organizza i servizi, stimolando riflessioni su processi, modelli organizzativi e strumenti di collaborazione interistituzionale.

La partecipazione di diversi attori ha reso possibile un'analisi condivisa delle difficoltà di accesso, continuità e integrazione dei servizi, nonché delle modalità più efficaci per rispondere alle necessità delle famiglie e sostenere il lavoro dei caregiver. I focus group hanno dunque rappresentato un momento strategico per costruire visioni comuni, sviluppare un approccio di condivisione degli obiettivi e delle finalità e discutere soluzioni volte a rendere l'organizzazione dei servizi più efficiente, inclusiva e centrata sulle persone.

4.1. Obiettivi e partecipanti

I focus group erano finalizzati a raccogliere informazioni approfondite sui bisogni, le criticità e le potenzialità connesse alla presa in carico delle persone anziane con demenza e dei loro familiari, nonché all'organizzazione dei servizi sul territorio. Gli obiettivi principali includono l'individuazione dei bisogni prioritari degli utenti, l'analisi delle barriere e degli ostacoli nell'accesso ai servizi, la comprensione delle strategie già adottate dagli operatori e volontari per superare tali ostacoli, e la rilevazione dei fabbisogni formativi percepiti dai diversi attori coinvolti. Queste informazioni avevano la

finalità di supportare la progettazione condivisa, fornendo elementi concreti per orientare l'azione della ReteDem.Ab e migliorare l'efficacia e l'aderenza dei servizi rispetto ai bisogni reali degli utenti e dei caregiver.

Come anticipato, le sessioni sono state condotte da una ricercatrice sociale esperta nell'analisi dei servizi, delle organizzazioni e delle reti territoriali e nell'utilizzo di metodi di ricerca qualitativa, supportata da psicologhe esperte sui temi dell'invecchiamento e della demenza. Ogni sessione è stata registrata previa acquisizione del consenso dei partecipanti e trascritta in forma anonima per garantire la tutela della privacy.

I tre focus group realizzati hanno coinvolto attori con ruoli e competenze complementari:

- Focus group 1: operatori socio-assistenziali, tra cui psicologi, assistenti sociali, terapisti occupazionali, infermieri di comunità, operatori socio-sanitari e coordinatori di unità domiciliari.
- Focus group 2: personale medico, inclusi medici di medicina generale, specialisti geriatri e neurologi, e palliativisti.
- Focus group 3: volontari delle associazioni locali, o persone che in ruoli diversi le gestiscono, impegnati nelle attività di supporto sociale, culturale e ricreativo per persone anziane e con difficoltà cognitive.

La scelta dei partecipanti ha garantito una rappresentanza adeguata dei diversi servizi, permettendo di raccogliere informazioni complete e multi-prospettiche sui bisogni, le criticità e le opportunità della rete territoriale.

4.2. Metodologia

Ogni focus group è stato introdotto con una spiegazione della finalità e del funzionamento della sessione. I partecipanti hanno ricevuto indicazioni su come intervenire rispettando i turni di parola, in modo da consentire la registrazione e la trascrizione integrale dei contenuti. La metodologia ha previsto giri di tavolo, in cui i partecipanti hanno risposto a macro-domande e stimoli guidati, e momenti di brainstorming collettivo, finalizzati a sintetizzare concetti chiave e parole utili per la progettazione condivisa. Le discussioni hanno seguito uno schema coerente, comprendendo: presentazione dei partecipanti, riflessione sui bisogni dell'utenza, analisi degli ostacoli, identificazione di risorse e

strategie, valutazione dei fabbisogni formativi e conclusione con nuvole di parole o parole chiave.

4.3. Sintesi dei focus group

Focus Group con operatori socioassistenziali

I partecipanti, comprendenti operatori socio-assistenziali di diversa professionalità (psicologi, assistenti sociali, terapisti occupazionali, infermieri di comunità, operatori socio-sanitari, coordinatori di unità domiciliari), hanno illustrato ruolo, esperienza e peculiarità dei servizi di appartenenza. È seguita una riflessione introduttiva sui bisogni delle persone anziane con demenza e dei familiari, con particolare attenzione alle differenze tra utenti e caregiver, nonché alle modalità di gestione quotidiana delle diverse esigenze.

Questo gruppo si è concentrato sulle esperienze quotidiane degli operatori e sulla complessità della presa in carico delle persone con demenza a livello territoriale. Sono emerse criticità legate alla gestione del paziente a domicilio, con problemi pratici come la reperibilità del medico di base e il coordinamento tra servizi. I partecipanti hanno evidenziato in particolare

- l'importanza di ambienti reali di vita per stimolare le persone in fasi lievi, attività di socializzazione e laboratori, ma anche il vuoto di follow-up dopo la dimissione;
- il carico emotivo derivante dall'assistenza a pazienti e caregiver, con sensazioni di isolamento e scarsità di risorse;
- la difficoltà di gestire la terminalità e la morte, un tema culturalmente delicato, e la necessità di supervisioni e comunità professionali;
- la necessità di co-progettazione e conoscenza reciproca tra enti, di protocolli condivisi e gruppi di miglioramento come strumenti di cambiamento culturale.

Sono stati analizzati i bisogni che i servizi riescono a soddisfare e quelli che rimangono scoperti. Le principali cause di insoddisfazione individuate riguardano:

- aspetti organizzativi interni ai servizi;
- criticità di tipo comunicativo tra operatori, utenti e famiglie;

- difficoltà di accessibilità alle prestazioni, sia in termini di tempi che di risorse disponibili.

Gli operatori hanno segnalato ostacoli operativi e organizzativi che limitano la completezza del servizio offerto. In particolare, sono stati evidenziati:

- problemi di comunicazione tra strutture;
- frammentazione e limiti della rete territoriale;
- difficoltà di coordinamento tra i diversi attori coinvolti;
- bisogni specifici degli operatori stessi, spesso gravati da carichi di lavoro e responsabilità rilevanti.

È stato discusso il tema della formazione continua, rispetto alla quale sono state rilevate criticità connesse a:

- molteplicità dei corsi offerti da enti differenti;
- contenuti dei corsi talvolta non di interesse per la scarsa ricaduta pratica;
- organizzazione delle attività formative, in presenza e online, in orari differenti;
- fabbisogni formativi specifici e modalità alternative ritenute più efficaci per rendere l'aggiornamento professionale maggiormente rispondente alle necessità operative.

Sono state condivise strategie già in atto per affrontare gli ostacoli individuati e valorizzate le risorse disponibili, sia a livello delle singole strutture sia all'interno della rete territoriale.

La sessione si è conclusa con un brainstorming collettivo, finalizzato a individuare parole chiave e a ipotizzare possibili azioni progettuali future, orientate al miglioramento continuo dei servizi e alla maggiore integrazione degli attori coinvolti.

Focus Group con personale medico

Il personale medico presente, comprendente medici di medicina generale, specialisti, operatori di hospice e professionisti delle strutture sanitarie territoriali, ha illustrato il proprio ruolo, le peculiarità delle attività svolte e la durata dell'esperienza professionale maturata. La discussione si è concentrata sui principali bisogni delle persone anziane con

demenza e dei caregiver, includendo sia gli aspetti clinici che le problematiche legate all'accesso e alla continuità dei servizi.

I partecipanti hanno insistito su diverse necessità da affrontare:

- un approccio empirico e sintetico, con continuità terapeutica e relazione personalizzata;
- la gestione delle aspettative dei familiari, spesso troppo alte rispetto alla natura della malattia, e l'importanza di spazi ambulatoriali dedicati alle urgenze;
- la gestione economica e sostenibilità dei servizi, la pressione della burocrazia e i limiti dei tempi di lavoro che riducono la qualità delle cure;
- la formazione è stata evidenziata come strumento chiave per migliorare la diagnosi precoce, la gestione dei sintomi e il counseling ai caregiver, con preferenza per corsi brevi, concreti e in piccoli gruppi;
- il focus sulla reperibilità e supporto del medico per emergenze domiciliari, evidenziando la necessità di strutturare contatti diretti tra medici di base e specialisti.

I partecipanti hanno analizzato le principali barriere che ostacolano una presa in carico complessiva ed efficace. Sono emersi in particolare:

- ostacoli di natura operativa e organizzativa;
- criticità di tipo comunicativo tra i diversi professionisti e servizi;
- difficoltà di coordinamento all'interno della rete territoriale;
- elementi ancora mancanti per garantire un'assistenza integrata, tempestiva e adeguata ai bisogni complessi delle persone con demenza.

Il gruppo di lavoro ha approfondito il tema della formazione, mettendo in luce alcune criticità:

- difficoltà organizzative e di accesso ai corsi disponibili;
- contenuti percepiti come troppo generici o non sufficientemente approfonditi;
- necessità di percorsi formativi specifici dedicati alla gestione della demenza;
- necessità di rafforzare le relazioni tra medici ed enti all'interno della rete dei servizi.

I partecipanti hanno condiviso risorse e strategie già adottate nella pratica professionale, nonché potenziali strumenti da valorizzare per affrontare le criticità rilevate. Particolare attenzione è stata posta alle pratiche di coordinamento e collaborazione interistituzionale. La riunione si è conclusa con un brainstorming collettivo finalizzato a individuare concetti chiave e possibili linee di sviluppo da integrare nella progettazione futura.

Focus Group con volontari delle associazioni

I volontari delle associazioni locali, insieme ad alcune persone impegnate nella gestione delle stesse in ruoli diversi, hanno presentato il proprio percorso personale e professionale, la durata del coinvolgimento e le motivazioni che sostengono l'impegno. La fase introduttiva ha consentito di mettere in luce la varietà delle esperienze presenti e di comprendere meglio il ruolo che le associazioni svolgono all'interno del tessuto territoriale. Questo gruppo ha messo in luce il ruolo delle associazioni nel supporto sociale e comunitario alle persone anziane, con demenza e non solo, con esempi concreti di progetti rivolti alla categoria specifica e intergenerazionali, e di iniziative per contrastare solitudine e vulnerabilità.

Sono stati discussi problemi pratici legati al territorio e individuati i seguenti temi chiave:

- la mancanza di trasporto pubblico, la necessità di mezzi per accompagnamenti e la difficoltà nel reperire finanziamenti e risorse;
- il peso della burocrazia e della complessità normativa, e il fatto che la frammentazione dei progetti porta a spreco di energie;
- l'importanza della co-progettazione con i Comuni, convenzioni diversificate, e la necessità di una rete integrata che faciliti comunicazione, informazione e inclusione degli anziani più fragili;
- l'impatto dell'innalzamento dell'età pensionabile sui volontari, con implicazioni sulla sostenibilità delle attività e gestione di casi complessi.

La discussione si è concentrata sui bisogni fondamentali delle persone anziane e di coloro che presentano difficoltà cognitive, oltre che sui bisogni dei caregiver. Alcune attività e servizi offerti dalle associazioni sono stati percepiti come efficaci e

soddisfacenti; tuttavia, sono state rilevate lacune, in particolare per quanto riguarda l'inclusione delle persone con maggiori deficit cognitivi e condizioni di maggiore fragilità.

Sono emerse diverse criticità che ostacolano il pieno svolgimento delle attività:

- difficoltà di tipo logistico, legate agli spostamenti e all'accessibilità;
- problemi organizzativi, connessi alla continuità e al coordinamento delle iniziative;
- criticità comunicative, relative alla scarsa diffusione delle informazioni disponibili;
- difficoltà nel reclutamento e nel mantenimento dei volontari;
- mancanza di un collegamento strutturato con altri servizi socio-sanitari.

Sono state condivise esperienze positive e pratiche già attuate, tra cui attività di socializzazione mirate, collaborazioni con enti locali e reti di volontariato. È stata al contempo sottolineata la necessità di potenziare le risorse a disposizione e di sviluppare interventi maggiormente strutturati e coordinati, così da garantire una risposta più efficace ai bisogni rilevati.

I partecipanti hanno sottolineato l'importanza di formare i volontari su competenze specifiche, necessarie per interagire in modo adeguato con persone con demenza o deficit cognitivi. L'inclusione è stata considerata un obiettivo prioritario, da perseguire attraverso:

- attività personalizzate;
- strumenti comunicativi adeguati;
- una maggiore sensibilizzazione del territorio.

Le sessioni di tutti i focus group si sono concluse con un brainstorming collettivo per sintetizzare concetti chiave e parole rappresentative della discussione, finalizzate a guidare le azioni future della rete territoriale, che analizzeremo nei prossimi paragrafi.

Focus group 1



cooperazione
collaborazione e supporto
lavorare con
rete
professionalità
confronto
condivisione
gruppo
condivisione professionale
CONOSCENZA
relazione
lavorare in rete
contaminazione
conoscenza della rete
curiosità

Focus group 2



aspettative
formazione sul campo
Disposizioni Anticipate di Trattamento
integrazione
networking
équipe
relazioni personali
casa-comunità
trait d'union
informazione
caregiver
pre-brunout
rapporti
conoscenza
Pianificazione Condivisa delle Cure
interazione
fare rete
implementare la formazione
collaborazione specialità e territorio
relazione medico di medicina generale e specialista

Focus group 3



vuoto istituzionale
obiettivi comuni
rete
fare rete per associazioni
integrazione
inclusività progettuale
coordinamento
fare rete
conoscenza di grande solidarietà volontaria
conoscenza
comunicazione
collaborazione

5. Analisi dei risultati

Le interviste e i focus group condotti nel distretto Abbiatense hanno evidenziato come il benessere delle persone con demenza e dei loro caregiver dipenda da una combinazione di fattori, tra cui il sostegno familiare e sociale, l'accesso ai servizi, la chiarezza nella comunicazione e la disponibilità di opportunità di supporto fisico e sociale. In particolare, è emersa la condizione critica dei caregiver anziani, spesso con problemi di salute propri, che vivono ansia costante sul futuro della persona assistita, amplificando il carico emotivo e organizzativo.

5.1. Il punto di vista di utenti e famiglie

Reti familiari e caregiving

- Il caregiving ricade prevalentemente sulle donne.
- La famiglia e le badanti costituiscono il fulcro dell'assistenza, mentre le reti comunitarie hanno un ruolo marginale.
- I caregiver anziani vivono forte ansia legata alla propria salute ("se mi ammalo, cosa succede a lui/lei?").
- I caregiver più giovani affrontano il carico triplo di lavoro, figli e genitori fragili.

Salute e vita quotidiana

- Gli utenti riportano difficoltà di mobilità, cadute, problemi cognitivi e disorientamento.
- Le limitazioni fisiche e cognitive si combinano, riducendo autonomia e socializzazione, con un effetto a catena sul benessere.
- Gli eventi critici generano ansia persistente nei caregiver, spesso già fragili.

Rapporto con i servizi

- I servizi di diagnosi, cura e riabilitazione sono i più utilizzati e valutati positivamente.
- L'assistenza domiciliare e il supporto ai caregiver (formazione, orientamento) sono percepiti come utili ma discontinui.

- Persistono criticità: tempi di attesa lunghi, accesso complicato, scarsa integrazione tra enti.
- Le informazioni sono frammentarie: spesso basate su passaparola, con forte bisogno di sportelli unici e strumenti informativi chiari.

Socializzazione e stimolazione cognitiva

- Attività fisiche e cognitive (centri diurni, laboratori, gruppi) sono percepite come fondamentali, ma poco accessibili per motivi pratici (orari, trasporti, necessità di accompagnamento).
- La scarsa continuità limita la stimolazione e accresce il carico familiare.

Elementi di insoddisfazione

- Carico di cura quasi esclusivo sulle famiglie.
- Precarietà e fragilità dei caregiver anziani.
- Frammentazione e scarsa continuità dei servizi.
- Isolamento sociale degli utenti e scarso accesso ad attività cognitive.
- Informazioni sui servizi poco chiare e difficili da reperire.
- Trasporto e mobilità insufficienti.

Sintesi dei bisogni emersi

- **Autonomia e vita quotidiana:** assistenza domiciliare continuativa, supporto per spostamenti, trasporto dedicato.
- **Stimolazione cognitiva:** attività regolari e continuative, orari flessibili, iniziative a domicilio.
- **Informazione e orientamento:** sportello unico, centralizzazione delle informazioni, comunicazioni tramite TV, giornali e telefono.
- **Supporto ai caregiver:** sostegno psicologico, formazione specifica, servizi di sollievo temporaneo.
- **Servizi sanitari:** continuità e coordinamento, riduzione delle attese, interventi anche a domicilio.
- **Trasporti:** servizi più capillari e accessibili, accompagnamento dedicato.

- **Accesso digitale:** strumenti semplici, ma anche canali alternativi offline per chi non usa internet.

Fattori che accrescono la vulnerabilità

- **Genere:** le donne anziane, spesso con basso livello di istruzione e occupazioni tradizionali, mostrano maggiore vulnerabilità.
- **Età:** i più giovani mantengono più autonomia e reti sociali, mentre gli over 80 necessitano di sostegno crescente.
- **Istruzione e capitale sociale:** livelli più alti favoriscono autonomia e mediazione con i servizi.
- **Condizioni organizzative:** frammentazione dei servizi, trasporti insufficienti e informazioni carenti amplificano fragilità e carico familiare.

Questi fattori si intrecciano, generando profili differenziati di vulnerabilità e influenzando la qualità della cura, la partecipazione sociale e il benessere complessivo.

Le interviste hanno messo in luce un quadro complesso, fatto di reti familiari centrali ma sovraccariche, servizi frammentati e bisogni insoddisfatti legati ad autonomia, stimolazione e continuità dell'assistenza.

Criticità indicate dalle famiglie

Dall'analisi dei dati raccolti, le criticità organizzative e operative riguardano:

- **Carico quasi esclusivo sulle famiglie,** con responsabilità legate alla gestione quotidiana, appuntamenti medici, pratiche burocratiche e sicurezza della persona assistita.
- **Continuità insufficiente dei servizi,** con interventi domiciliari e ambulatoriali spesso frammentati, intermittenti e poco coordinati.
- **Accesso limitato a percorsi di socializzazione e stimolazione cognitiva,** ostacolato da orari, trasporto e necessità di supporto continuo.
- **Frammentazione dei servizi sul territorio,** con enti diversi che operano in modo non integrato, generando inefficienze, duplicazioni e vuoti di assistenza.
- **Difficoltà informative e di orientamento,** con strumenti poco chiari o accessibili e assenza di punti di riferimento unici.

Queste criticità incidono direttamente sulla qualità della vita, sulla percezione di autonomia e sicurezza degli utenti e sul carico dei caregiver, con particolare rilevanza per quelli anziani.

5.2. Il punto di vista di chi opera nei servizi

Accesso ai servizi e diagnosi precoce

In tutti i gruppi emerge la difficoltà di intercettare tempestivamente la demenza. I medici di base tendono a minimizzare i primi sintomi, ritardando l'avvio del percorso diagnostico; le famiglie arrivano ai centri specializzati spesso già in condizioni aggravate e spaesate. Mancano punti di informazione unici e percorsi chiari, con un forte senso di vuoto post-dimissione.

- **Operatori socioassistenziali:** segnalano scarsa informazione fornita dai medici di base e mancanza di continuità assistenziale dopo le dimissioni.
- **Medici:** denunciano ritardi diagnostici, lunghe liste d'attesa, e sottolineano la necessità di un approccio clinico sintetico e personalizzato.
- **Volontari:** portano l'attenzione sulle **barriere digitali** (SPID, Fascicolo Sanitario Elettronico) che ostacolano l'accesso ai diritti e aggravano le disuguaglianze.

Ruolo dei caregiver e vissuti familiari

Il caregiver è al centro delle narrazioni: spesso più provato del paziente stesso, vive solitudine, senso di colpa e rischio burnout. Non sempre sceglie il ruolo, ma mancano alternative di supporto. Tutti i gruppi hanno sottolineato l'urgenza di counseling, sostegno psicologico e percorsi di accompagnamento anche nella fase terminale.

- **Operatori socioassistenziali:** descrivono caregiver isolati e sovraccarichi.
- **Medici:** evidenziano le aspettative irrealistiche dei familiari e la difficoltà nel far comprendere la natura della malattia.
- **Volontari:** riportano situazioni di anziani soli, donne vedove, rottura delle relazioni familiari e rischio di esclusione sociale.

Continuità assistenziale e rete dei servizi

La frammentarietà è una delle criticità più ricorrenti e trasversali. Ospedali, medici di base, servizi sociali, RSA, centri diurni e associazioni operano spesso in maniera non coordinata, con percorsi disomogenei, lunghe liste d'attesa, sovrapposizioni di progetti e difficoltà di comunicazione. Tutti concordano sulla necessità di una **regia istituzionale** per garantire integrazione, continuità e tempestività.

- **Operatori socioassistenziali:** RSA e centri diurni sono preziosi ma limitati; serve co-progettazione tra enti, protocolli condivisi e continuità post-dimissioni.
- **Medici:** evidenziano la necessità di una sorta di fascicolo condiviso che raccolga il percorso del paziente in modo tale da poter condividere le informazioni tra servizi, e slot ambulatoriali per le urgenze, oltre a un migliore coordinamento istituzionale.
- **Volontari:** sottolineano la dispersione di progetti validi ma non integrati, la mancanza di un "nodo di regia" e le difficoltà di comunicazione ai cittadini.

Fine vita e cure palliative

Tema culturalmente delicato, spesso rimosso dalle famiglie. Gli operatori e i medici hanno sottolineato la difficoltà di affrontarlo culturalmente, la necessità di integrare precocemente le cure palliative ed evitare ricoveri inutili e dolorosi. È emersa la richiesta di formazione specifica per la gestione della relazione con pazienti-utenti e familiari, per accompagnare le famiglie nella comprensione della malattia neurodegenerativa, nella gestione del lutto e nella promozione della qualità della vita e della "qualità della morte".

- **Operatori socioassistenziali:** chiedono formazione e supervisione per gestire la terminalità.
- **Medici:** sottolineano il rischio di ricoveri ospedalieri inappropriati e la necessità di garantire qualità di vita e di morte.
- **Volontari:** pur non affrontando direttamente il tema, riportano situazioni di abbandono degli anziani fragili nella fase terminale.

Volontariato, terzo settore e comunità

Le associazioni e le organizzazioni di volontari svolgono un ruolo fondamentale per contrastare la solitudine, favorire l'inclusione e realizzare progetti intergenerazionali e di invecchiamento attivo. Tuttavia, soffrono per scarsità di risorse, invecchiamento dei volontari, difficoltà nel reclutamento, peso della burocrazia e frammentarietà dei progetti.

Il nodo principale resta la mancanza di coordinamento con le istituzioni: i volontari chiedono reti più integrate, convenzioni diversificate e co-progettazione con i Comuni.

Formazione e sostegno agli operatori e ai volontari

La formazione continua è stata unanimemente considerata essenziale. Tutti segnalano la necessità di acquisire competenze su demenza, counseling, terminalità e gestione dei disturbi comportamentali, e in generale sulla relazione con pazienti-utenti e familiari, anche rivolta a caregiver informali (badanti). Per il personale medico e socio-assistenziale, già oberato da un pesante carico di lavoro, deve essere breve, pratica, in piccoli gruppi, centrata su casi concreti. I corsi di formazione e aggiornamento devono dare molto spazio a momenti di networking per permettere a medici e operatori di confrontarsi sulle esperienze concrete.

Gli operatori socioassistenziali hanno segnalato la dispersione dell'offerta formativa e la scarsa ricaduta pratica dei corsi esistenti, chiedendo percorsi mirati e momenti di supervisione. I medici hanno espresso bisogno di aggiornamenti specifici per la diagnosi precoce e per il counseling ai caregiver. I volontari hanno sottolineato l'importanza di acquisire competenze relazionali e comunicative per interagire adeguatamente con persone con deficit cognitivi e disturbi del comportamento.

- **Operatori socioassistenziali:** chiedono percorsi concreti e supervisioni di gruppo per ridurre l'isolamento professionale.
- **Medici:** richiedono aggiornamenti specifici per la diagnosi precoce e strumenti concreti per il counseling familiare, nonché ampio spazio al confronto tra loro.
- **Volontari:** sottolineano la necessità di formazione sulle competenze relazionali per interagire con persone con deficit cognitivi.

Criticità indicate da chi opera in enti, organizzazioni e associazioni

- Frammentazione dei servizi e necessità di coordinamento istituzionale forte.
- Bisogno di sostegno psicologico per caregiver, operatori e famiglie.
- Importanza di un approccio culturale e comunitario che vada oltre la sola dimensione sanitaria.
- Chiarezza informativa e percorsi di accesso più semplici per le famiglie come prerequisiti per una presa in carico efficace.
- Necessità di ridurre le disuguaglianze sociali e digitali, facilitando l'accesso agli strumenti che permettono l'accesso ai servizi e di conseguenza ai diritti.
- Riconoscimento e valorizzazione del ruolo del volontariato e della comunità locale, superando la dispersione e la duplicazione di interventi.
- In generale, le questioni principali sono di ordine organizzativo: è necessario un coordinamento e una integrazione dei servizi, una formazione pratica, efficiente ed efficace, una diversa concettualizzazione della presa in carico - come servizio continuativo che non può avere un inizio e una fine - e dunque una programmazione dei servizi che non si limiti alla gestione dell'emergenza, ma che sia continuativa.

Tabella di sintesi. Bisogni, criticità e raccomandazioni da chi opera nei servizi

Dimensione	Bisogni emersi	Criticità	Raccomandazioni operative	Servizi / percorsi concreti	Citazioni dai focus group
Accesso ai servizi e diagnosi precoce	Chiarezza dei percorsi; presa in carico tempestiva; supporto alla fase post-dimissione; facilitazione digitale.	Ritardi diagnostici; lunghe liste d'attesa; famiglie disorientate; barriere digitali.	Sportelli unici di orientamento; ambulatori "fast-track" memoria; tutor che accompagnino la famiglia dopo la dimissione; punti di facilitazione SPID/FSE.	Ambulatori "fast track" memoria; sportelli itineranti nei comuni; tutor socio-sanitari che seguano dimissioni.	"anche reperire il medico di base è difficile". (FG1) "anche il buon medico di base sminuisce o fa resistenza, e la diagnosi arriva tardivamente". (FG1) "difficile agganciare il medico di base e le farmacie, ci vuole una formazione Specifica". (FG1)
Ruolo dei caregiver e vissuti familiari	Supporto psicologico e pratico; spazi di respiro; formazione su gestione quotidiana e burocrazia; accompagnamento nella scelta di ricovero.	Solitudine, senso di colpa, burnout; aspettative irrealistiche; difficoltà a farsi aiutare.	Gruppi di mutuo aiuto e counseling; linee di ascolto; centri di sollievo/attività di respite ¹ ; training pratici per caregiver.	Gruppi mensili di caregiver; centri di sollievo con attività ricreative; sportelli telefonici di supporto; attività leggere insieme (es. ginnastica dolce in piscina).	"i caregiver si sentono soli". (FG1) "diamo per scontato che un caregiver voglia essere caregiver". (FG1) "Si può amare quell'uomo o quella donna e non accettare e dire io non lo sopporto". (FG1) "Caregiver: non è detto che tutti vogliono esserlo, difficile farsi aiutare". (FG1)
Continuità assistenziale e rete dei servizi	Percorsi integrati e codificati; regia locale; continuità post-dimissione; condivisione informativa.	Frammentazione della rete; sovrapposizione progetti; mancanza di regia; confusione alle dimissioni.	Istituire cabina di regia territoriale; protocolli condivisi; cartella clinico-sociale unica; tavoli permanenti di coprogettazione.	Cartella clinico-sociale condivisa; tavoli ASL-Comune-RSA-associazioni; piattaforma di rete locale; sportelli di orientamento comuni.	La frammentarietà è una delle criticità più ricorrenti e trasversali: "manca un coordinamento che possa gestire, progettare, programmare una reale integrazione dei diversi percorsi tra di loro". (FG3) "senza conoscenza delle opportunità". (FG1)

¹ Si intende con respite care "l'assistenza di supporto e sollievo alle famiglie erogata da personale specializzato e debitamente formato che si sostituisce temporaneamente ai caregiver, dando loro la possibilità di godere di qualche ora lontano dallo stress psicologico e dal costante impegno assistenziale attraverso una breve pausa di respiro. La famiglia, infatti, è considerata parte integrante del progetto di cura e l'equilibrio familiare rappresenta un elemento fondamentale per migliorare la qualità di vita del malato, in particolare quando è assistito a domicilio" - traduzione a cura di *Federazione Cure Palliative* della Raccomandazione REC (2003) 24 del Comitato Ministeriale agli Stati membri sull'organizzazione delle Cure Palliative, Consiglio d'Europa.

Fine vita e cure palliative	Accompagnamento alla terminalità; counseling precoce; qualità della vita e della morte.	Tabù culturale sul tema; ricoveri inappropriati in PS; mancanza di supporto al lutto.	Integrare precocemente équipe di cure palliative domiciliari; formazione su comunicazione e terminalità; supervisione psicologica per operatori.	Équipe mobili palliative a domicilio; laboratori su fine vita e lutto; supervisione per team; percorsi di counseling familiare.	“Qualità della vita e anche qualità della morte”. (FG2) “Ma come, di demenza non si muore, dice la gente”. (FG1) “Dimissioni: recupero ma senza continuità”. (FG1) “portare certi pazienti in PS è proprio folle, si crea disagio, è un disastro, non è utile”. (FG2)
Volontariato / terzo settore / comunità	Trasporto, accompagnamento, inclusione sociale, risorse stabili e riconoscimento.	Burocrazia e complessità normativa; invecchiamento dei volontari; frammentazione e sovrapposizione dei progetti.	Convenzioni stabili Comune-associazioni; co-progettazione; finanziamenti mirati per trasporti e servizi di accompagnamento; supporto al reclutamento volontari.	Servizio di trasporto sociale (pulmini); progetti intergenerazionali (scuole-anziani); sportelli della salute territoriali; centri di socializzazione.	Percorsi e trasporti. (FG3) “sportello della Salute”. (FG3) “è un gran lavoro neanche troppo riconosciuto”. (FG3) “Risorse e finanziamenti, ad esempio macchine per trasporto anziani”. (FG3) “non dobbiamo sostituirci: Cioè non possono essere sostituiti e continuano ad età molto avanzata a fare i volontari”. (FG3)
Formazione e sostegno a operatori e volontari	Corsi brevi e pratici; formazione interdisciplinare; supervisione e momenti di confronto; competenze relazionali e comunicative.	Offerta formativa dispersiva; corsi troppo teorici; mancanza spazi di supervisione; tempo lavorativo limitato.	Percorsi brevi, pratici e in piccoli gruppi; laboratori su casi reali; formazione integrata (medici, OSS, terapisti, volontari); supervisione di gruppo periodica.	Laboratori pratici su gestione disturbi comportamentali; sessioni simulate; corsi misti medico-OSS-volontari; supervisioni mensili.	“corsi di formazione e aggiornamento brevi, concisi, in gruppo ristretto, su medicina clinica”. (FG2) “competenza relazionale e comunicativa”. (FG1) “continuare a rimanere aggiornati su che cos'è la demenza”. (FG1) “Non teorie, ma strumenti pratici e casi reali da discutere insieme.” (FG2)
Inclusione e attività di benessere (sport, piscina, laboratori)	Spazi di socializzazione e stimoli cognitivi; attività fisiche adattate; opportunità di vita in città per persone autonome; attività per fasi lievi e medie.	Poche proposte concrete per chi ha deficit; problemi logistici/trasporti; famiglie non sanno dove portare la persona.	Offrire percorsi personalizzati di benessere: ginnastica dolce, piscina adattata, camminate assistite, laboratori (musica, orto, cucina), visite guidate; integrare questi servizi con trasporto e supporto.	Corsi di ginnastica dolce; piscine con spogliatoi adattati e istruttori formati; gruppi di cammino; laboratori creativi, visite guidate, biblioteche attive; centri diurni con attività strutturate.	“per pazienti in fase lieve, passeggiate”. (FG1) “piscina con assistenza, attività fisiche, visite guidate, laboratori, accompagnamenti in biblioteca, a teatro, al cinema”. (Appunti FG1) “persone sole autonome che vogliono vivere la città”. (FG1) “RSA aperta È per loro una risorsa immensa”, ma viene evidenziata la necessità di orari e accessi più flessibili. (FG1)

5.3. Risposte progettuali e raccomandazioni operative

Si sintetizzano qui le raccomandazioni emerse. L'organizzazione e la qualità dei servizi costituiscono fattori chiave per l'efficacia degli interventi e per il supporto alle famiglie. La centralità dei fattori organizzativi implica che continuità, accessibilità e integrazione dei servizi siano prerequisiti per rispondere in maniera mirata ai bisogni delle persone con demenza e dei loro caregiver. Allo stesso tempo, la governance condivisa e la cooperazione tra enti istituzionali, servizi sanitari e associazioni creano condizioni favorevoli per innovazione dei servizi, formazione degli operatori, partecipazione sociale e prevenzione.

Il progetto **ReteDem.Ab** ha elaborato un insieme coordinato di azioni progettuali per rispondere alle criticità emerse e migliorare la rete dei servizi. Tra le principali iniziative:

- **Costruzione e aggiornamento della rete di servizi:** istituzione di un centro di coordinamento presso la Fondazione Golgi Cenci e tavoli periodici con tutti i partner per monitorare i bisogni, favorire la comunicazione tra enti e garantire l'integrazione tra servizi sanitari, sociali e associativi. La mappatura dei servizi, un portale informativo e un opuscolo cartaceo faciliteranno l'orientamento degli utenti e ridurranno frammentazione e inefficienze.
- **Potenziamento e innovazione dei servizi:** innovazione dei servizi specialistici (CDCD) tramite l'introduzione di **case manager**, **consulenza psicologica** e **teleriabilitazione cognitiva**, assicurando continuità, personalizzazione e monitoraggio dei percorsi. Nell'ambito dei servizi di ASST sarà inoltre rinforzato lo sportello unico di consulenza e orientamento sui servizi (PUA) come punto di riferimento stabile e diffuso sul territorio e verrà potenziato il servizio domiciliare.
- **Formazione degli operatori:** percorsi dedicati a professionisti sanitari e sociali su gestione della demenza, relazioni di cura, normative, cure palliative e modelli di presa in carico integrata. La formazione, coordinata tra enti e associazioni, rafforza le competenze e migliora l'uniformità e l'efficacia degli interventi.
- **Promozione della socializzazione e inclusione:** percorsi comunitari, attività assistite e interventi di stimolazione cognitiva e fisica adattati a orari e modalità

compatibili con le esigenze dei caregiver, favorendo partecipazione sicura e riduzione del carico emotivo.

- **Sensibilizzazione e comunicazione:** campagne informative, materiale divulgativo e iniziative di prevenzione per aumentare la conoscenza della malattia, ridurre lo stigma e favorire la costruzione di una comunità inclusiva e “dementia friendly”.

Il progetto, con il suo approccio partecipativo e integrato, punta a rafforzare la rete dei servizi, sostenere i caregiver e migliorare sicurezza, autonomia e qualità della vita delle persone con demenza, promuovendo un modello di co-progettazione realmente centrato sulle persone. In conclusione, sulla base delle evidenze raccolte sarà sempre più importante:

- Garantire **continuità dei percorsi**, assicurando che i servizi siano disponibili in modo stabile e coerente, con monitoraggio periodico dei bisogni e coordinamento tra enti.
- Semplificare **l'accesso alle informazioni** mediante sportelli unici, canali telefonici e piattaforme digitali di facile consultazione, supportati da materiale cartaceo e campagne multicanale.
- **Personalizzare i servizi domiciliari e specialistici**, adattando interventi, tele-riabilitazione e consulenza alle caratteristiche dei pazienti e alle condizioni dei caregiver, con attenzione particolare agli anziani fragili.
- Favorire la **partecipazione sociale e il sollievo del caregiver**, garantendo attività di gruppo assistite, trasporto e supporto durante le iniziative.
- Rafforzare le **competenze degli operatori** attraverso percorsi formativi integrati, aggiornamento continuo e applicazione dei protocolli di presa in carico integrata.
- Promuovere **integrazione e governance condivisa**, consolidando la collaborazione tra istituzioni, associazioni e servizi mediante tavoli periodici di confronto e monitoraggio, con un ruolo centrale di coordinamento dell'attore pubblico.

Azioni future e suggerimenti pratici da famiglie e operatori

Nell'area della **cura e assistenza domiciliare**, le criticità emerse riguardano il carico quasi esclusivo sui familiari e l'ansia dei caregiver anziani con problemi di salute. L'azione progettuale programmata prevede: 2.3 Potenziamento interventi domiciliari. I suggerimenti con esempi concreti di possibili integrazioni comprendono interventi domiciliari personalizzati, équipe multidisciplinari, supporto educativo e sanitario, riduzione dello stress del caregiver, RSA Aperta potenziata, stimolazione cognitiva e riabilitativa a domicilio.

Per quanto riguarda l'**informazione e orientamento**, le criticità emerse sono la difficoltà di accesso alle informazioni sui servizi, la frammentazione della rete, la difficoltà di orientamento tra servizi diversi e la mancanza di punti di riferimento. L'azione progettuale programmata prevede: 1.3 Mappatura servizi sul territorio e creazione di un portale informativo, e 2.2 Sportello di informazione e orientamento attivato presso PUA diffuso, che prevede la presenza di psicologo, assistente sociale e operatore di protezione giuridica per un supporto personalizzato e diversificato in base al bisogno presentato. I suggerimenti con esempi concreti di possibili integrazioni includono la creazione di call center dedicati, newsletter via posta o via WhatsApp per l'utenza, e campagne informative multicanale con la collaborazione della stampa locale e degli uffici stampa degli enti coinvolti.

Nell'ambito della **continuità terapeutica e dei servizi**, viene riconosciuta e apprezzata la qualità dei servizi specialistici erogati, seppure emergano criticità relative alla ridotta continuità dei trattamenti e a un coordinamento insufficiente tra enti e contesti di cura differenti. L'azione progettuale programmata 2.5 Innovazione dei servizi ambulatoriali, introduce nuove figure che permettono di far fronte ad alcune delle criticità emerse, con l'introduzione della figura del case manager per monitoraggio dei bisogni e orientamento sui servizi per i pazienti già in carico al CDCD. Questo può anche rispondere ai bisogni emersi relativi a un maggiore coordinamento tra professionisti e servizi, e la possibilità di fornire all'utenza un punto di riferimento continuativo.

Per l'area della **socializzazione e stimolazione cognitiva**, emergono difficoltà di partecipazione a percorsi socializzanti e attività cognitive, l'isolamento degli utenti e la discontinuità o scarsa accessibilità delle attività. Le azioni progettuali programmate sono:

3.2 Interventi di prevenzione per anziani a rischio, e 3.3 Interventi comunitari per inclusione sociale nell'ambito delle attività della Dementia Friendly Community. Le possibili proposte di integrazione comprendono attività di gruppo con focus su stimolazione cognitiva, socializzazione e sollievo dei caregiver (ad esempio, il modello Alzheimer Cafè), percorsi sicuri e assistiti, attività fisiche adattate, centri diurni flessibili, gite e vacanze assistite, attività culturali e ricreative,

Nell'area della **diagnosi e prevenzione**, la criticità emersa è il rischio di diagnosi tardiva o non tempestiva. L'azione progettuale programmata 2.4 si focalizza proprio sul Servizio di screening precoce attivato presso la Fondazione Golgi Cenci, che permette di accedere a una valutazione delle funzioni cognitive senza necessità di impegnativa e con tempi di attesa ridotti. Nel caso si rilevi la presenza di deficit cognitivo, sarà possibile accedere alla presa in carico tramite ambulatorio fast track attivato presso CDCD. I suggerimenti con esempi concreti di possibili integrazioni prevedono un maggior coinvolgimento e formazione dei medici di medicina generale, per favorire una presa in carico tempestiva e integrata.

Per la **formazione degli operatori**, è emersa la necessità di operatori con competenze specifiche e aggiornare sulle peculiarità della presa in carico della persona con demenza. L'azione progettuale programmata 2.1, Formazione per gli operatori della rete prevede corsi residenziali aperti a tutti gli attori della rete per favorire un rafforzamento delle competenze per una presa in carico integrata. I temi individuati sono: metodologia Gentlecare, cure palliative, relazione di cura e normativa regionale PDTAR. Possibili integrazioni future riguardano una diversificazione delle modalità di erogazione dei corsi per favorire una partecipazione più ampia ed eterogena (es: in modalità FAD asincrona).

Nell'area del **trasporto e mobilità**, le criticità emerse riguardano servizi di trasporto insufficienti e caregiver costretti a soluzioni private onerose. L'azione progettuale programmata consiste nell'avvio di collaborazione con AUSER - Associazione per l'invecchiamento attivo. Inoltre nell'ambito dell'azione 2.5 Innovazione dei servizi ambulatoriali, sarà attivato un servizio di teleriabilitazione cognitiva per le persone con deficit cognitivo lieve e demenza in fase iniziale, permettendo quindi l'erogazione di un trattamento specialistico da remoto. I suggerimenti con esempi concreti di possibili

integrazioni includono l'aumento dei mezzi di trasporto sociale, la creazione di reti pubblico-privato con associazioni e la previsione di voucher trasporto per le famiglie.

Per quanto riguarda il **supporto ai caregiver**, le criticità emerse sono il carico di cura eccessivo, il burnout e la difficoltà a conciliare lavoro e assistenza. L'azione progettuale programmata è 2.5, Innovazione dei servizi ambulatoriali con supporto psicologico per pazienti e caregiver. I suggerimenti con esempi concreti di possibili integrazioni comprendono sportelli di ascolto psicologico, percorsi di formazione rivolti ai familiari nell'ambito del progetto Dementia Friendly Community, congedi e agevolazioni lavorative più accessibili.

Infine, nell'area della **rete dei servizi**, le criticità emerse riguardano la frammentazione, la mancanza di coordinamento e le famiglie lasciate sole. L'azione di progetto di coordinamento e monitoraggio, coinvolge formalmente i referenti delle istituzioni e gli operatori in questo processo, tramite l'invio di una newsletter quindicinale, le riunioni di coordinamento mensili, e i tavoli di lavoro trimestrali (primo anno) e semestrali (dal secondo anno). I suggerimenti con esempi concreti di possibili integrazioni sono l'istituzione di un coordinamento territoriale inter-istituzionale, piani personalizzati di presa in carico, e rafforzamento della rete tra pubblico, terzo settore e famiglie, avviando una strutturazione di coordinamento integrato, nel tempo, tra servizi sanitari, sociali e associazioni.

Tabella di sintesi. Azioni progettuali e suggerimenti pratici da famiglie e operatori

Area	Criticità emerse	Azione programmata	Suggerimenti con esempi concreti di possibili integrazioni
Cura e assistenza domiciliare	Carico quasi esclusivo sui familiari; ansia dei caregiver anziani con problemi di salute	Potenziamento interventi domiciliari	Interventi domiciliari personalizzati; équipe multidisciplinari; supporto educativo e sanitario; riduzione dello stress del caregiver; RSA Aperta potenziata; stimolazione cognitiva e riabilitativa a domicilio
Informazione e orientamento	Difficoltà di accesso alle informazioni sui servizi; frammentazione della rete; difficoltà di orientamento tra servizi diversi; mancanza di punti di riferimento	Mappatura servizi sul territorio Creazione di un portale informativo Sportello di orientamento presso PUA	Call center dedicati, newsletter cartacea/WhatsApp, campagne informative multicanale con coinvolgimento stampa locale e uffici stampa degli enti coinvolti.
Continuità terapeutica e servizi	Scarsa continuità dei servizi; coordinamento insufficiente tra enti; terapie riabilitative discontinue	Case manager presso CDCD	Consulenza e supporto continuativo; percorsi terapeutici continuativi e pacchetti domiciliari
Socializzazione e stimolazione cognitiva	Difficoltà di partecipazione a percorsi socializzanti e attività cognitive; isolamento degli utenti; attività discontinue o poco accessibili	Interventi di prevenzione per anziani a rischio Interventi comunitari per inclusione sociale (DFC)	Attività di gruppo con focus su stimolazione cognitiva, socializzazione e sollievo caregiver (es: modello Alzheimer Cafè); percorsi sicuri e assistiti; centri diurni flessibili; gite e vacanze assistite; attività culturali e ricreative; attività motorie
Diagnosi e prevenzione	Rischio di diagnosi tardiva o non tempestiva	Servizio di screening precoce	Coinvolgimento e formazione dei medici di medicina generale.
Formazione operatori	Necessità di operatori competenti	Formazione per gli operatori della rete	Rafforzamento competenze per presa in carico integrata, diversificazione delle modalità di erogazione dei corsi.
Trasporto e mobilità	Servizi di trasporto insufficienti; caregiver costretti a soluzioni private onerose	Collaborazione con AUSER Telieriabilitazione presso CDCD	Aumentare mezzi di trasporto sociale; creare reti pubblico-privato con associazioni; prevedere voucher trasporto per le famiglie
Supporto ai caregiver	Carico di cura eccessivo, burnout, difficoltà a conciliare lavoro e assistenza	Supporto psicologico per pazienti e caregiver presso CDCD	Sportelli di ascolto psicologico; percorsi di formazione e auto-mutuo-aiuto; congedi e agevolazioni lavorative più accessibili
Rete dei servizi	Frammentazione, mancanza di coordinamento, famiglie lasciate sole	Coordinamento e monitoraggio	Coordinamento territoriale inter-istituzionale; piani personalizzati di presa in carico; rafforzare rete pubblico-terzo settore-famiglie

Appendice

I. Restituzione dei risultati dell'indagine

1. Sintesi della discussione del Tavolo di Lavoro

Il Tavolo di Lavoro riunitosi il 13 ottobre 2025 presso la Fondazione Golgi Cenci, ha discusso il report finale dell'Azione 1.2 "Progettazione Condivisa" relativo al progetto *Fare rete per la persona con demenza nell'Abbiatense*. La discussione ha confermato la pertinenza del quadro analitico e delle raccomandazioni operative presentate nel documento, arricchendole con ulteriori elementi emersi dal confronto tra i partecipanti. Di seguito si riportano i principali punti condivisi, utili alla prosecuzione della progettazione territoriale e all'implementazione delle azioni già pianificate.

2. Personalizzazione dei servizi e universalismo dell'accesso

È stato ribadito che la qualità degli interventi richiede una forte personalizzazione delle risposte, coniugata però con il principio dell'universalismo dell'accesso. Ciò implica la necessità di garantire equità e fruibilità dei servizi per tutte le persone con demenza e i loro caregiver, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche.

3. Rafforzamento della formazione e della comunicazione

È emersa la necessità di intensificare le attività di formazione rivolte ai Medici di Medicina Generale, con particolare attenzione alla condivisione delle informazioni e allo scambio continuo con i servizi socio-sanitari del territorio. Una comunicazione efficace tra operatori, enti locali e associazioni è stata indicata come condizione fondamentale per migliorare la presa in carico.

4. Ruolo delle Case di Comunità e del Punto Unico di Accesso

Le Case di Comunità e i Punti Unici di Accesso sono stati riconosciuti come presidi centrali per l'orientamento dei cittadini, non solo per i bisogni assistenziali, ma anche per esigenze di natura sociale. La disponibilità di un luogo fisico riconoscibile è considerata essenziale per facilitare l'accesso, evitare il ricorso improprio ad altre strutture (come gli ospedali) e avvicinare i servizi alle persone. Risulta cruciale diffondere le informazioni a

cittadini o operatori socio-sanitaria sulla presenza e sulle funzioni di questi servizi territoriali.

4. Integrazione tra servizi e associazioni del territorio

Si è sottolineato il bisogno di rafforzare l'integrazione tra le diverse associazioni e realtà del volontariato attive nell'Abbiatense, così da favorire la continuità, il coordinamento e la complementarità delle iniziative rivolte alle persone con demenza e ai loro familiari. La mappatura dei servizi, dei percorsi e delle attività è considerata uno strumento prioritario per mettere in relazione gli attori della rete. È stata inoltre confermata l'importanza della figura del case manager, inteso come punto di riferimento competente, che abbia l'obiettivo di supportare la persona con demenza e la famiglia, di facilitare la connessione tra i servizi e di garantire continuità nella presa in carico

5. Intercettare le persone più fragili

Un punto ritenuto particolarmente rilevante riguarda l'individuazione di strategie per raggiungere le persone che vivono sole, con difficoltà economiche o in situazioni di marginalità, che spesso non riescono ad attivare autonomamente l'accesso ai servizi. È stato discusso come la valutazione sociale in accesso al PUA, anche tramite il gruppo Protezione Giuridica, possa costituire un supporto utile in tal senso.

6. Comunicazione istituzionale e governance

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è stata identificata come nodo importante per la comunicazione operativa/di transizione tra operatori e ospedali, ma al momento è uno strumento non ampiamente conosciuto dagli operatori. La governance territoriale necessita dunque di strumenti più inclusivi e coordinati, in linea con quanto emerso.

7. Strumenti informativi integrati

Coerentemente con le raccomandazioni del documento, il Tavolo ha indicato come prioritari:

- la creazione di un opuscolo integrato sui servizi presenti sul territorio;
- lo sviluppo di un portale informativo unico, chiaro e aggiornato.

Questi strumenti, previsti come output di azioni di progetto, dovrebbero contribuire a ridurre la frammentarietà delle informazioni e facilitare l'orientamento dei cittadini.

8. Supporto ai caregiver

È stata confermata l'importanza del sostegno ai caregiver, ritenuto un bisogno trasversale e urgente. Le modalità individuate includono formazione specifica, gruppi di supporto, anche tramite strumenti digitali (come mailing list o liste broadcast), e l'organizzazione di Alzheimer Café o di altre iniziative di socializzazione e sollievo.

9. Coinvolgimento delle istituzioni locali

Il ruolo dei Comuni e dei Servizi Sociali comunali è stato considerato centrale per un'efficace integrazione tra gli interventi sanitari e sociali. In particolare, è stato richiamato il contributo della Consulta sulla Sanità del Comune, la cui presidenza attuale può favorire raccordi con associazioni ed enti attivi nella rete.

10. Dai bisogni ai servizi: una sintesi operativa

Si propone di includere nel report un'appendice che rappresenti i servizi esistenti sul territorio in relazione ai bisogni rilevati nelle interviste diadiche e nei focus group. La raccolta delle informazioni sui servizi era già prevista dal progetto ReteDem.Ab ed è stata effettuata nell'ambito dell'azione Mappatura dei Servizi, con la creazione di un opuscolo dedicato. Nella tabella sottostante si presenta l'offerta territoriale esistente, organizzata per categorie di necessità (accesso ai servizi, supporto psicologico, stimolazione cognitiva, trasporti, tutela legale, ecc.), integrando anche i servizi relativi al progetto ReteDem.Ab.

II. Bisogni e servizi disponibili nel territorio abbiatense

Bisogno	Servizio disponibile	Informazioni di contatto
Informazioni e orientamento	PUA – Punto Unico di Accesso, Casa di Comunità di Abbiategrasso (ASST Ovest Milanese)	Telefono: 02 9486 070; Email: sportellounico.abbiategrasso@asst-ovestmi.it ; In presenza, dalle 9.30 alle 12.30: Lunedì, Abbiategrasso Via Cairoli 1 Mercoledì, Gaggiano Via Roma 36 Venerdì, Motta Visconti Piazza San Rocco 9/a
	Punto informativo sulla demenza (selezione di materiale specifico)	Info point presso Biblioteca civica di Abbiategrasso (ingresso), computer dedicato e materiale cartaceo informativo.
	Pronto Alzheimer – linea dedicata con operatrice qualificata	Telefono: 02 94602589 Giovedì dalle 14.00 alle 17.00 Fondazione Golgi Cenci
Diagnosi e prevenzione	CDGD - Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (ex UVA), Istituto C. Golgi Abbiategrasso	Telefono: 02 94852 633; 02 94852 603 Email: accoglienza.golgi@golgiredaelli.it Si accede con impegnativa del curante
	CeVaC Centro Valutazione Cognitiva, Fondazione Golgi Cenci	Telefono: 02 9466 409 (dalle 8.30 alle 12.30) Info: https://www.golgicenci.it/cevac-fgc/
Socializzazione e stimolazione cognitiva	CDI – Centri Diurni Integrati Accoglienza diurna per anziani non autosufficienti con bisogni socio-assistenziali	CDI Fondazione Casa di Riposo Città di Abbiategrasso; CDI Santagostino Mario; CDI Madre Teresa di Calcutta; CDI Fondazione Giuseppe Gemellaro Onlus
	Iniziative sul territorio nell'ambito della Dementia Friendly Community	Info: https://www.golgicenci.it/dementia-friendly/
Cura e assistenza domiciliare	Cure domiciliari (ex A.D.I.): (prestazioni sanitarie per persone fragili)	Accesso tramite PUA – Casa di Comunità di Abbiategrasso (ASST Ovest Milanese)
	SAD – Servizio Assistenza Domiciliare (socio-assistenziale)	Accesso tramite Comune di residenza
	RSA Aperta (servizi sociosanitari per persone con demenza)	Istituto Geriatrico C. Golgi, Abbiategrasso Fondazione Giuseppe Gemellaro Onlus Madre Teresa di Calcutta
Degenza temporanea	Cure Intermedie – ricovero riabilitativo	Istituto Geriatrico C. Golgi, Abbiategrasso
	Ricovero residenziale breve	Ospedale di Comunità, Abbiategrasso Tel: 02 9486427 (coordinamento infermieristico) Email: ospedalecomunita.abbiategrasso@asst-ovestmi.it

Progetto ReteDem.Ab. Fare rete per la persona con demenza nell'abbiatese

Azione 1.2. Progettazione condivisa

Rapporto pubblicato a dicembre 2025

Indagine e rapporto a cura di **Annalisa Dordoni**, sociologa economica, del lavoro e delle organizzazioni, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Ricerca condotta grazie alla collaborazione di **Laura Pettinato** e **Federica Del Signore**, psicologhe, Fondazione Golgi Cenci.

Con la supervisione di **Elena Rolandi**, psicologa, Fondazione Golgi Cenci.

Si ringraziano intervistate e intervistati, persone con demenza e caregiver, gli enti coinvolti nel progetto e gli attori delle diverse organizzazioni che hanno partecipato ai focus group.

Progetto realizzato con il contributo di

