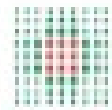




ASL Loro Basiglio
Distretto Savena Idice



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMANA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



pianodiziona
distretto Savena Idice
Riviera Romagna
di Medicina
e Servizi Essenziali



CAREGIVER DAY 2026
Distretto Savena - Idice



UN MOMENTO PER RESTITUIRE CURA A CHI HA CURA

“Caregiver day 2026 – Distretto Savena Idice”.
Monghidoro, mercoledì 6 maggio 2026 ore 15.00 -18.00
Monterenzio, giovedì 14 maggio 2026 ore 15.00- 18.00

LE CURE PALLIATIVE PRECOCI: un percorso di cura condiviso con i caregiver

LE CURE PALLIATIVE PRECOCI: un
percorso di cura condiviso con i
caregiver

*Jacopo Tamanti e Carmela Palomba
Rete delle Cure Palliative AUSL Bologna
Direttrice Danila Valenti – Dater Fabrizio Moggia*

COSA POSSONO FARE LE CURE PALLIATIVE PRECOCI PER STARE VICINO A CHI SI PRENDE CURA (CAREGIVER):

- Gestione dei sintomi
- Supporto diretto al caregiver e al malato
- Supporto in Hospice e in CRA
- Supporto psicologico
- Aiuto nella comunicazione
- Pianificazioni



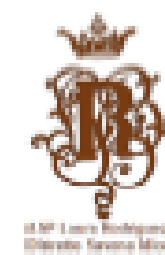
OBIETTIVI

Di cosa parleremo oggi...

- ❖ Definizione di cure palliative e ambito d'interesse
- ❖ Quando e perché adottare un approccio di cure palliative precoci
- ❖ Breve riflessioni sulla comunicazione
- ❖ Le pianificazioni condivise di cura
- ❖ Caso clinico



DEFINIZIONE OMS 2014

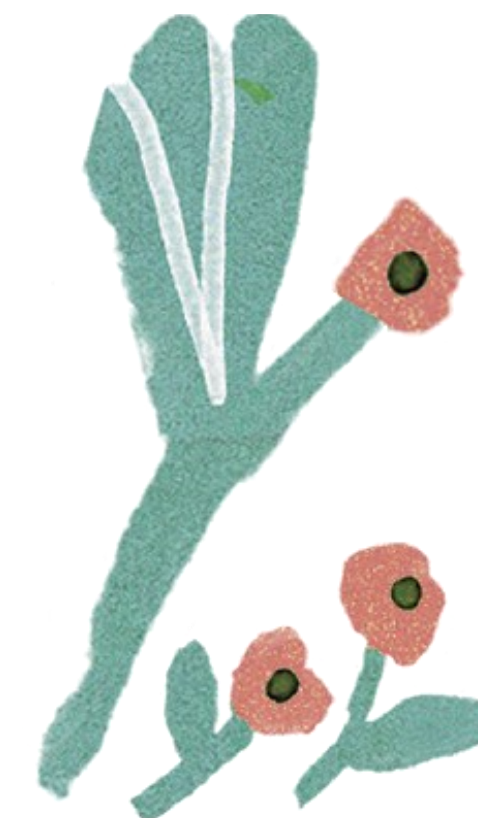


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



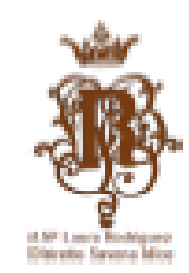
Le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti (adulti e bambini) e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare i problemi associati a malattie potenzialmente letali, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza attraverso l'identificazione precoce e la corretta valutazione e cura di dolore e altri problemi, siano essi fisici, psicosociali o spirituali



<https://www.who.int>

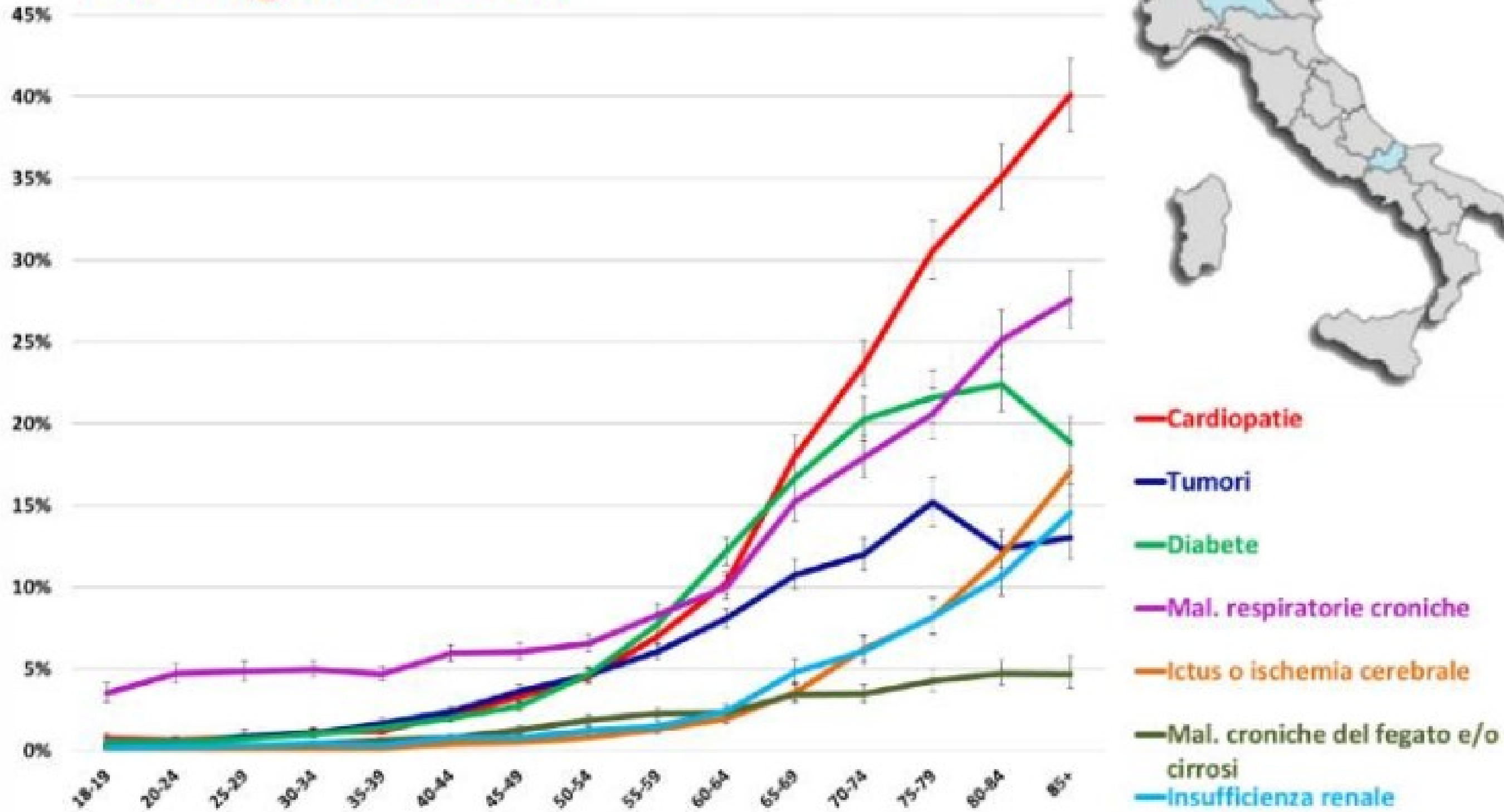
L'OMS continua a lavorare per sostenere i paesi nell'attuazione della risoluzione 67.19 dell'Assemblea mondiale della sanità (AMS) del 2014 sulle cure palliative, in cui si afferma che il **fornire cure palliative è un imperativo morale dei sistemi sanitari e dovrebbe essere integrata a tutti i livelli dell'assistenza sanitaria**

Le cure palliative precoci prendono in carico la persona fragile e la famiglia affrontando tutti i sintomi correlati alla malattia, compreso il dolore, e contestualmente tutte le problematiche legate alla consapevolezza della complessità del quadro clinico e alla prognosi. La persona anziana ammalata, la sua famiglia e tutta la rete relazionale viene supportata nel percorso di comunicazione, nell'accettazione graduale dell'inguaribilità e nel percorso decisionale sulle terapie anche attraverso le Pianificazioni Condivise delle Cure.

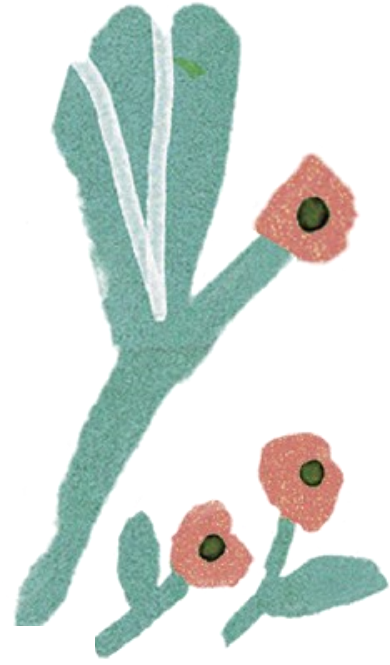
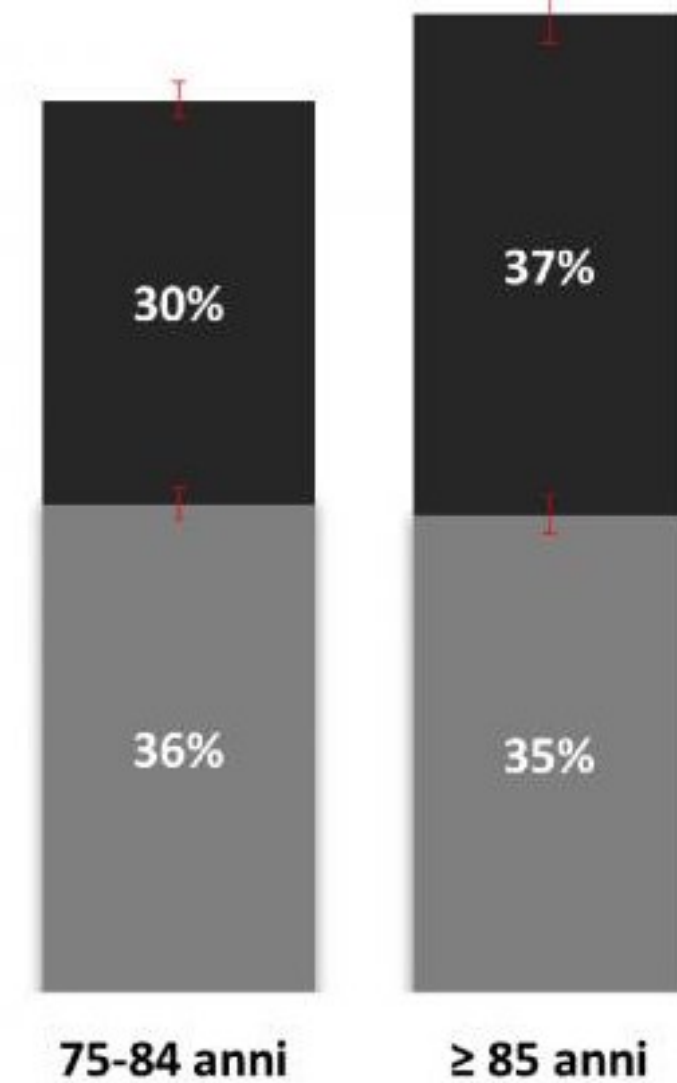


Epidemiologia della policomorbidità

Patologie croniche



■ ≥ 2 pat.cron.
■ 1 pat.cron.



Patologie Croniche riferite nella popolazione residente in ITALIA. PASSI 2015-2018 (18-69enni) e PASSI d'Argento 2016-2018 (ultra65enni) Istituto Superiore Sanità

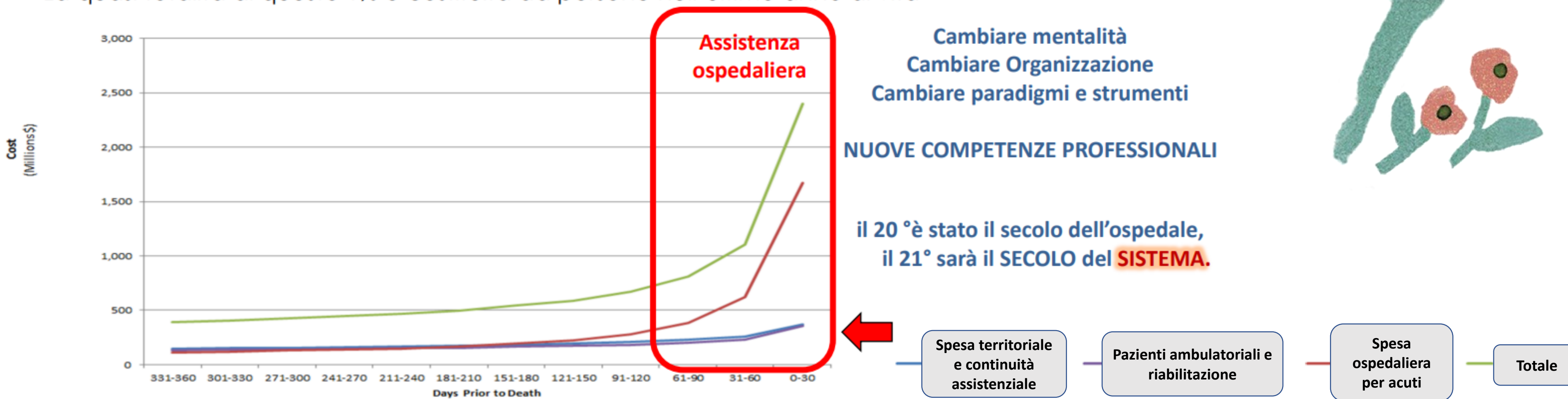
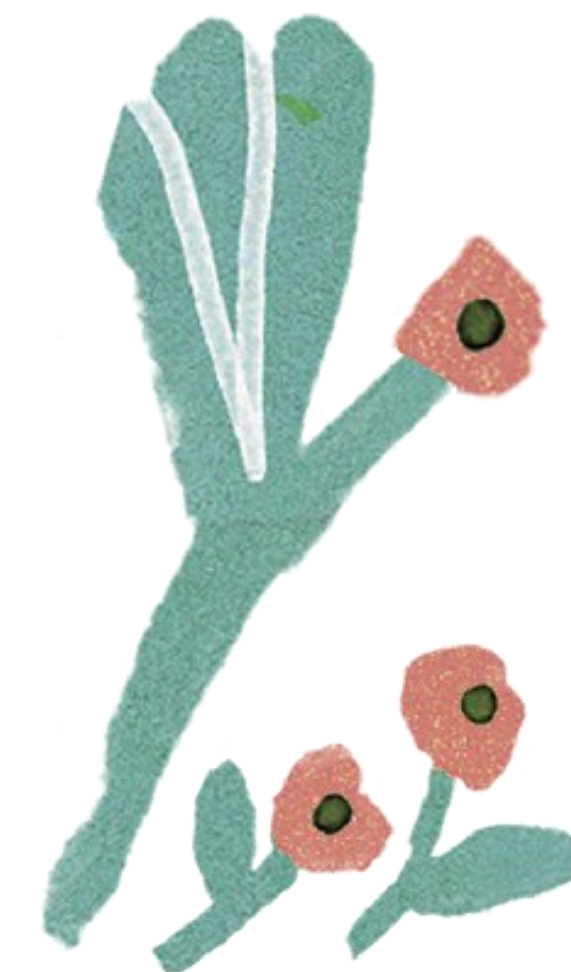
DOVE SI SITUANO I COSTI DELLA FRAGILITA'

IL COSTO DELLA TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

I costi assistenziali nell'ultimo anno di vita sono per larga parte riconducibili all'assistenza ospedaliera.

Ogni anno l'1% di residenti assorbe circa il 20% dell'intera spesa sanitaria;

- La quasi totalità di questo 1% è costituita da persone nell'ultimo anno di vita



Slide originale Dr. Gianlorenzo Scaccabarozzi – ASST LECCO
INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA E COMPETENZE A SUPPORTO DELLA LONGTERM CARE

Tanuseputro et al. The health care cost of dying: a population-based retrospective cohort study of the last year of life in Ontario, Canada. PLoS One. 2015 Mar 26;10(3):e0121759.

LE CURE PALLIATIVE PRECOCI: un percorso di cura condiviso con i caregiver

Jacopo Tamanti e Carmela Palomba
Rete delle Cure Palliative AUSL Bologna
Direttrice Danila Valenti – Dater Fabrizio Moggia

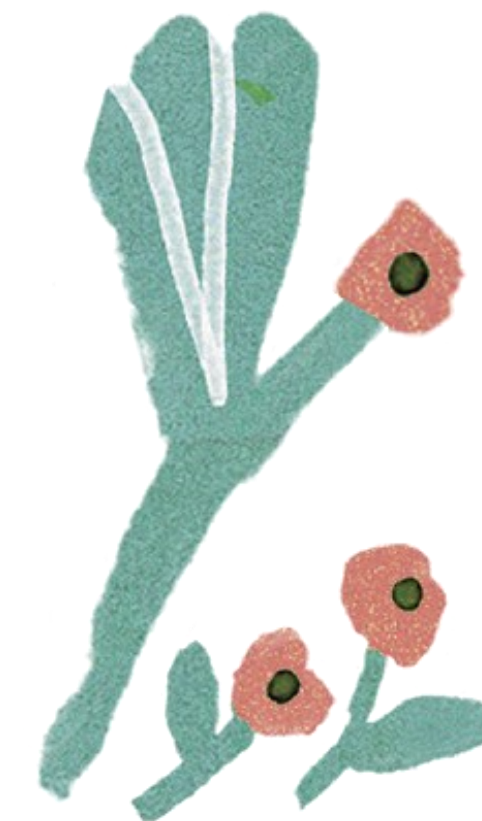
OBIETTIVI DELLA CURA

Definizione di cure palliative

Cambia l'obiettivo:

Dal GUARIRE al PRENDERSI CURA

- Con interventi misurati e appropriati per ciascuna fase di malattia
- Evitando l'accanimento terapeutico
- Con coinvolgimento diretto di paziente e famiglia nelle scelte
- Con spostamento dell'assistenza sul territorio: a casa, in struttura in hospice



OBIETTIVI DELLA CURA

Outcome delle cure palliative

L'approccio di CP

Consente di Individuare e/o prendere in carico precocemente i bisogni del paziente e della sua famiglia/caregiver **INSIEME** agli specialisti d'organo/geriatri e ai Medici di Medicina Generale

Esso è in grado di **migliorare la qualità di vita** dei malati, di aumentare la loro consapevolezza rispetto alla situazione clinica e di **supportarli nelle decisioni relative alle scelte terapeutiche nelle fasi avanzate di malattia** e alla fine della vita, di garantire **risparmi significativi per i sistemi sanitari** attraverso una maggiore appropriatezza delle cure, con una **riduzione degli accessi in pronto Soccorso, dei ricoveri nei reparti per malati acuti e della mortalità in ospedale.**



EBM

Le evidenze di letteratura sono molteplici



Le cure palliative migliorano gli outcome in malati di cancro, Insuff. Cardiaca Cronica, BPCO e demenza. I modelli efficaci includono infermieri, assistenti sociali e assistenti domiciliari con un focus sulla comunicazione, il supporto psicosociale concentrati sull'esperienza del paziente o del caregiver.

JOURNAL OF
**Palliative
Medicine**

Singer AE, Goebel JR, Kim YS, Dy SM, Ahluwalia SC, Clifford M, Dzung E, O'Hanlon CE, Motala A, Walling AM, Goldberg J, Meeker D, Ochotorena C, Shanman R, Cui M, Lorenz KA.
Populations and Interventions for Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review.
J Palliat Med. 2016 Sep;19(9):995-1008.

QUADRO NORMATIVO

Definizione di cure palliative

Le cure palliative sono un DIRITTO dei cittadini



→ ITALIA
UNO DEI PRIMI
PAESI IN EUROPA

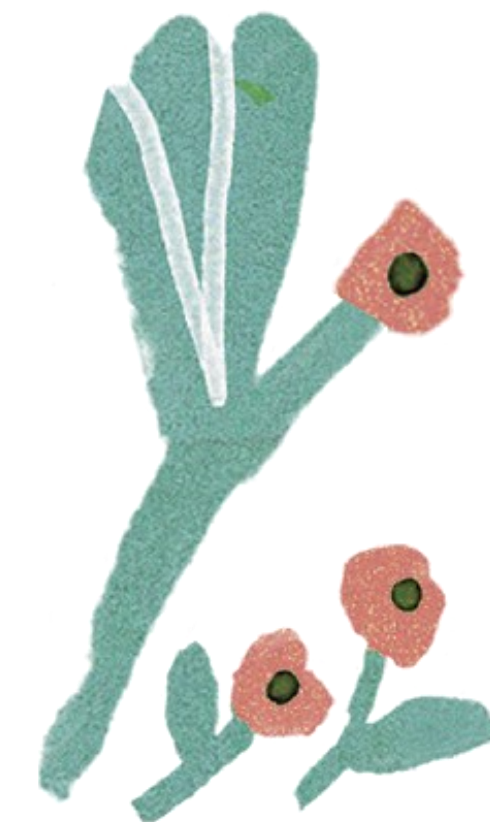


LEGGE 38

15 MARZO 2010

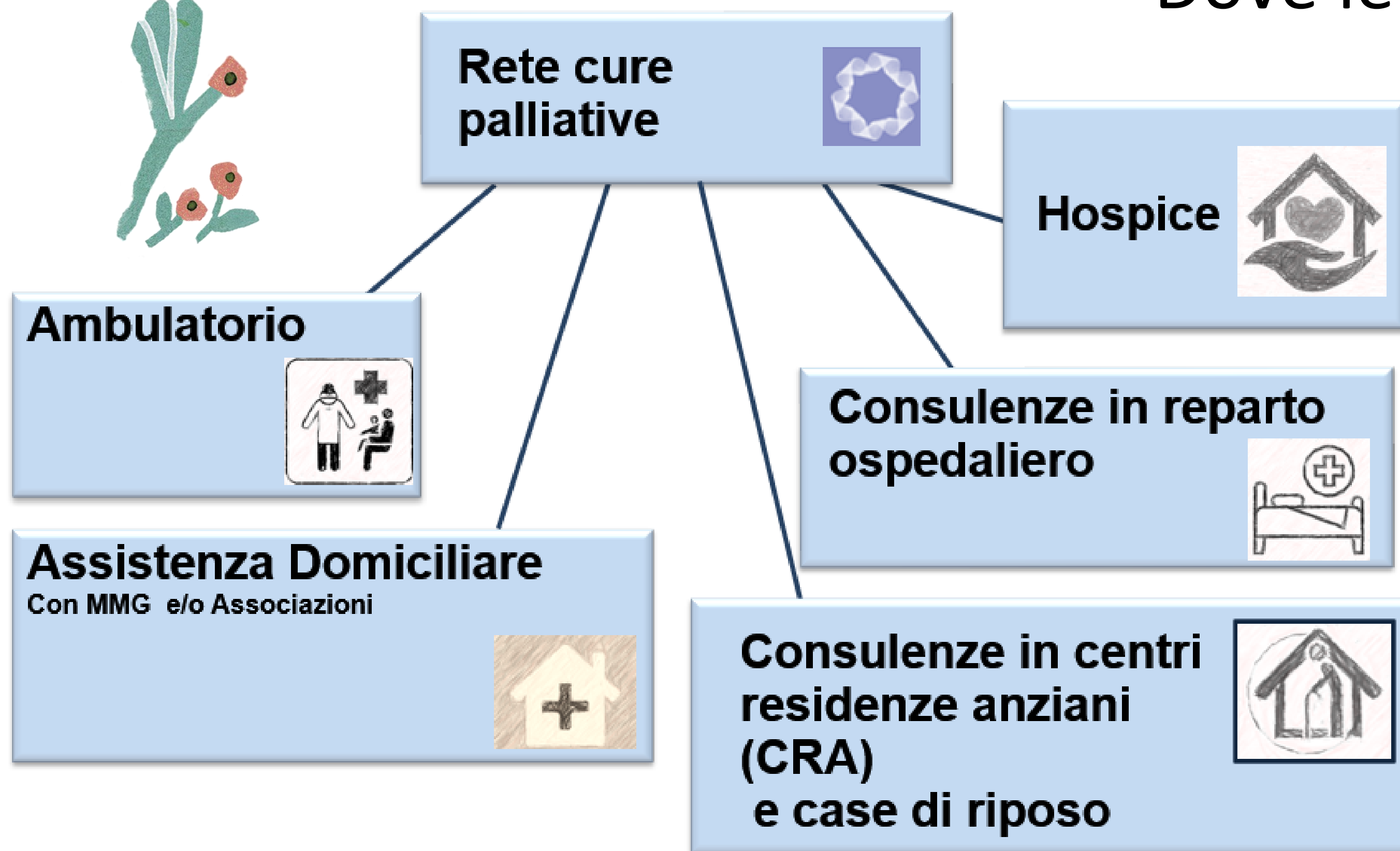
Si tratta di una legge quadro, tra le prime adottate in Europa, che ha incontrato il consenso dei professionisti, degli esperti, delle organizzazioni non profit e del volontariato, che hanno attivamente contribuito alla sua definizione.

Va sottolineato il **carattere innovativo** di questa legge, che si pone a tutela della dignità della persona, **sancisce il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore di ciascuno**, esplicitando un modo di intendere il **diritto alla salute che guarda alla globalità della persona**, un approccio universalistico e che si fa carico dell'uguaglianza della persona.



SETTING

Dove le cure palliative



CHI FA LE CURE PALLIATIVE?

- MMG
- Medici specialisti Osp. e Amb.
- Equipe Multiprofessionale specialistica di CP (Medico, Infermiere, Psicologo)
- Altre figure della rete dei servizi (Ass.sociale, fisioterapisti, et altri)



L'intervento precoce delle cure palliative nei malati con patologie croniche degenerative in fase avanzata si sta sempre più affermando come un modello nuovo e più efficace di intervento.

Superamento del concetto:

~~terminalità di vita~~ = cure palliative



Finalità della Cure Palliative Precoci e Simultanee



- Presa in carico con **cure sartorializzate e a tutto tondo del malato e della famiglia**
- Trattamento di tutti i **sintomi** somatici, compreso il dolore, correlati alla malattia
- Valutazione del livello di **consapevolezza** del paziente e dei familiari della prognosi della malattia e valutazione dell'opportunità di rendere più consapevole il paziente, se possibile, sulla prognosi;
- Valutazione dei **bisogni psicologico-relazionali** del paziente e della sua famiglia:
 1. sostegno ed aiuto nelle scelte terapeutiche per il paziente e nella **programmazione del percorso di cura**
 2. sostegno al MMG e/o ad altri Medici Specialisti nel **percorso di comunicazione** con il malato e la famiglia.
 3. collaborazione con MMG e/o con altri Medici Specialisti per **evitare terapie inappropriate ed approcci di ostinazione diagnostica e terapeutica** negli ultimi mesi di vita
 4. **accompagnamento del paziente e della famiglia nella fase avanzata di malattia** finalizzato al raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per il malato e per la famiglia

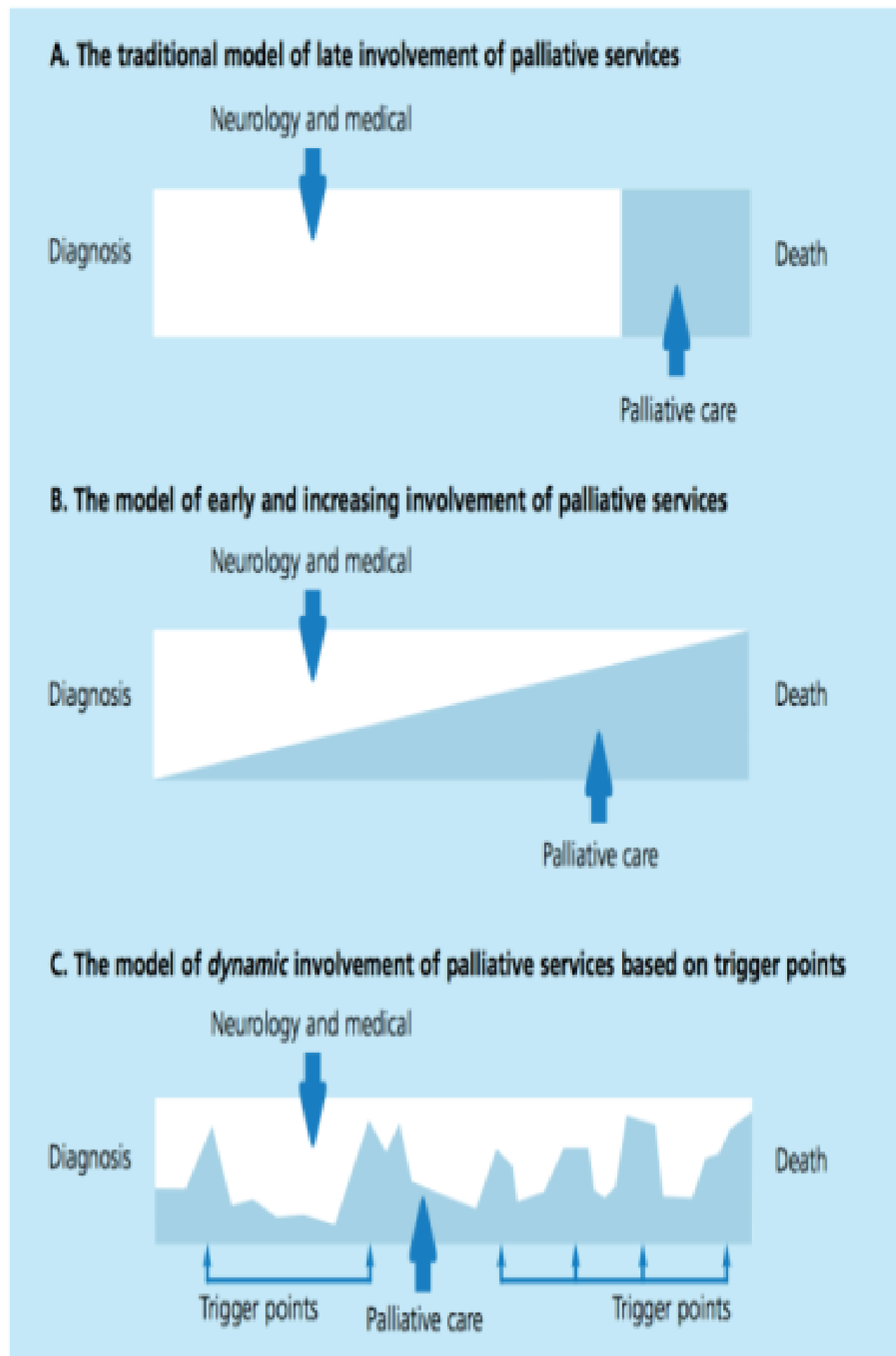


Fig.1. Modelli di intervento delle CP. (Fonte: NCPC 2011)

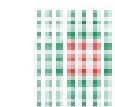
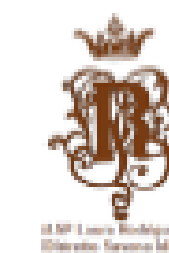
Demenza CP PCC

TRIGGER POINT

- ✓ Comunicazione della diagnosi
- ✓ Disturbi cognitivi
- ✓ Peggioramento condizione generale e aumento dipendenza nelle ADL
- ✓ Possibile indicazione alla nutrizione enterale
- ✓ Comparsa di deficit della comunicazione
- ✓ Temi di fine vita
- ✓ Presenza di sintomi non controllati
- ✓ Caregiver burden

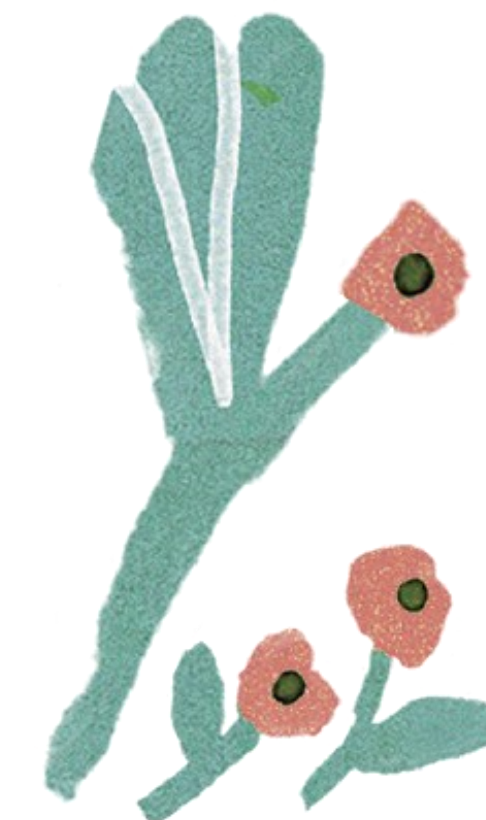
«Le Cure Palliative iniziano quando inizia la sofferenza del malato e dei familiari» E. Bruera

LE CURE PALLIATIVE PRECOCI: un percorso di cura condiviso con i caregiver



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
del Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Cure palliative precoci Quando?

Jacopo Tamanti e Carmela Palomba
Rete delle Cure Palliative AUSL Bologna
Direttrice Danila Valenti – Dater Fabrizio Moggia



❖ **Bisogna iniziare precocemente le discussioni sulla possibilità di morire e sulle decisioni di fine vita.** Questa discussione è il prerequisito indispensabile per una adeguata pianificazione delle cure.

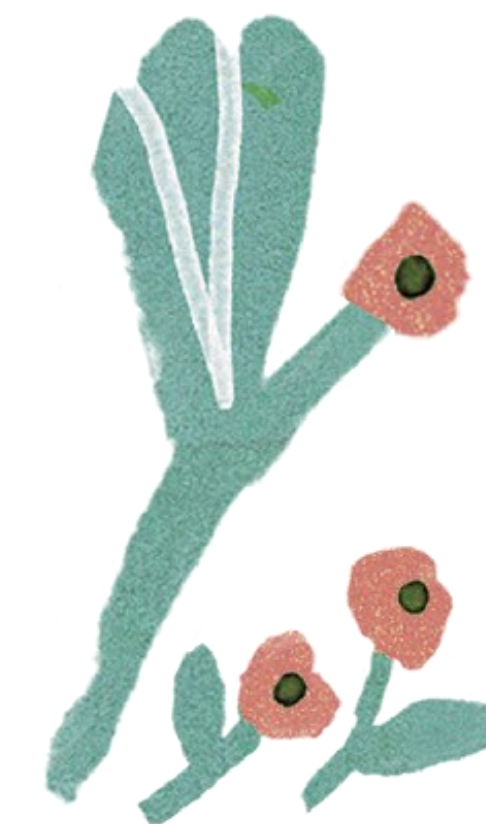
❖ L'importanza di queste discussioni è oggi evidente: **i malati che hanno la possibilità di confrontarsi su questi aspetti manifestano minore ansia e depressione, ricevono cure meno aggressive alla fine della vita, quasi mai muoiono in reparti di rianimazione.** In più, questo permette ai familiari sopravvissuti di avere una qualità di vita migliore.

Smith T.J. Hillner B.E. "Bending the cost curve in cancer care" N.E.J.M. 2011:364; 2060-65

ONESTA' DELLA COMUNICAZIONE... è

Onestà non significa spietatezza nella comunicazione della diagnosi e della prognosi della malattia.

Onestà della comunicazione significa che l'obiettivo è il raggiungimento **della massima consapevolezza possibile, in quel momento della malattia e per quella persona.**



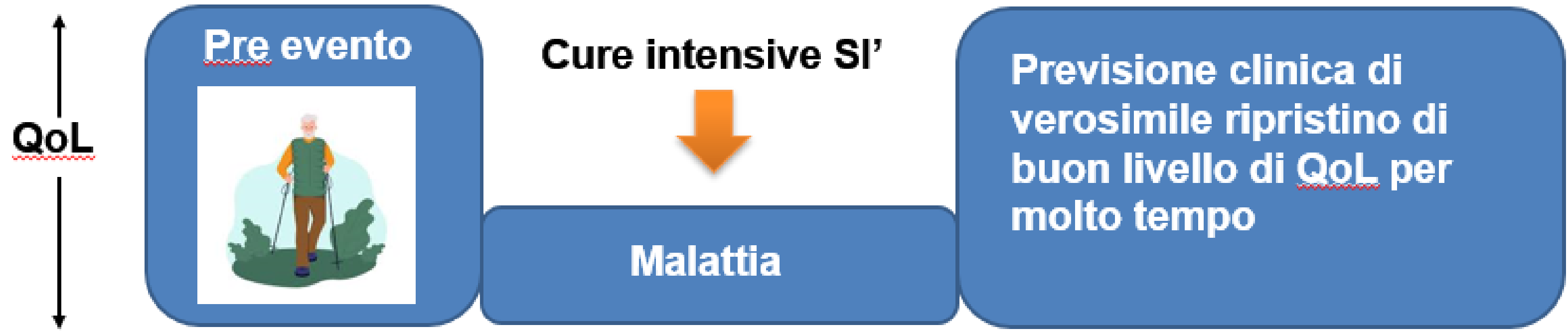
COMUNICAZIONE

Colloquio clinico orientato al paziente (*patient centered*) ha tra i suoi obiettivi:

- ✓ Stabilire una diagnosi raccogliendo gli elementi necessari.
- ✓ Creare un rapporto con il paziente che ci consenta di conoscerlo e capire i suoi bisogni e le sue priorità.
- ✓ Stabilire una terapia condivisa, accettabile per il paziente e che verrà rispettata.

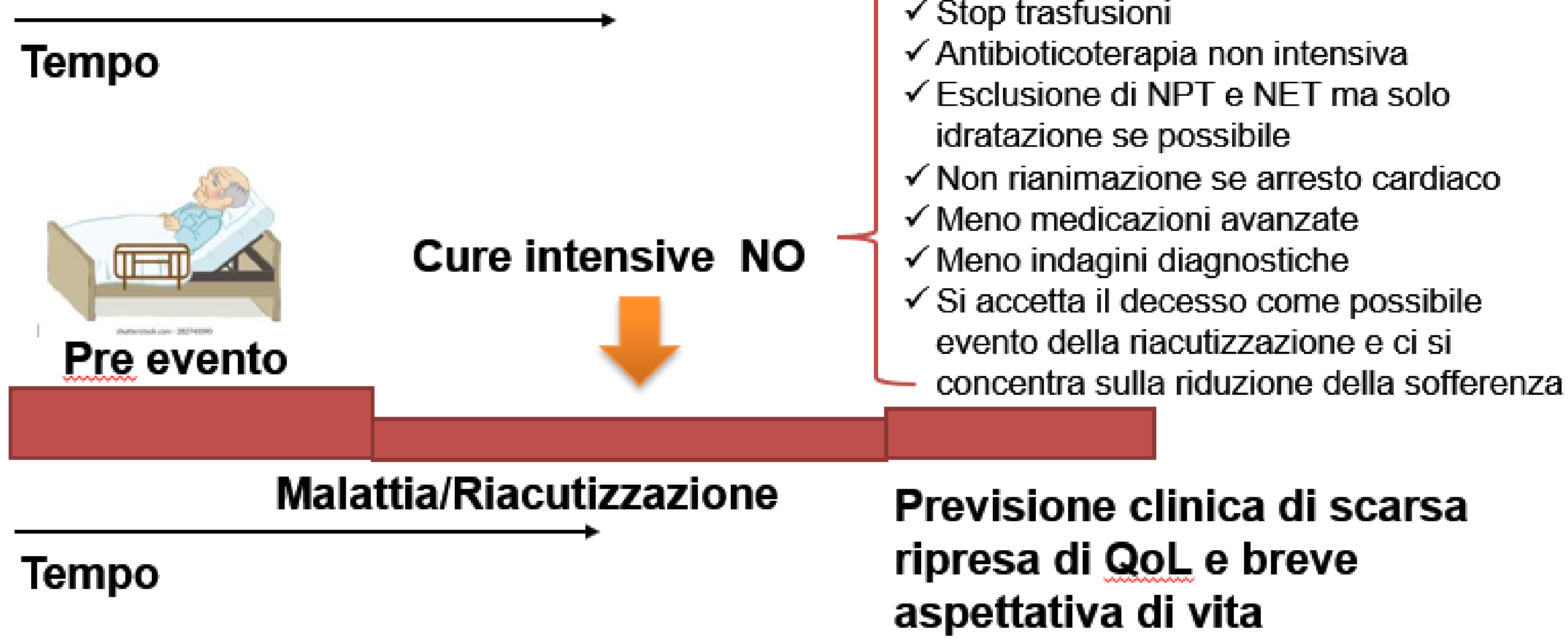
Comunicare NON vuol dire Informare!!! Ma significa riportare al centro del colloquio il bisogno di salute di quella persona in quel determinato momento, compreso l'eventuale bisogno di consapevolezza...





CURE APPROPRIATE

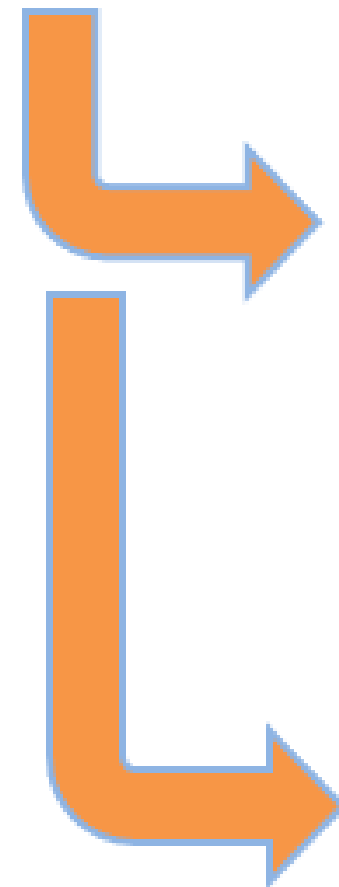
EVITARE L'ACCANIMENTO TERAPEUTICO



LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

- CONSENSO INFORMATO**



- DAT**
Disposizioni Anticipate di Trattamento

- PCC**
Pianificazione Anticipata e Condivisa delle Cure



LE CURE PALLIATIVE PRECOCI: un percorso di cura condiviso con i caregiver

Jacopo Tamanti e Carmela Palomba
Rete delle Cure Palliative AUSL Bologna
Direttrice Danila Valenti – Dater Fabrizio Moggia

Art. 1 Consenso informato



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMANA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

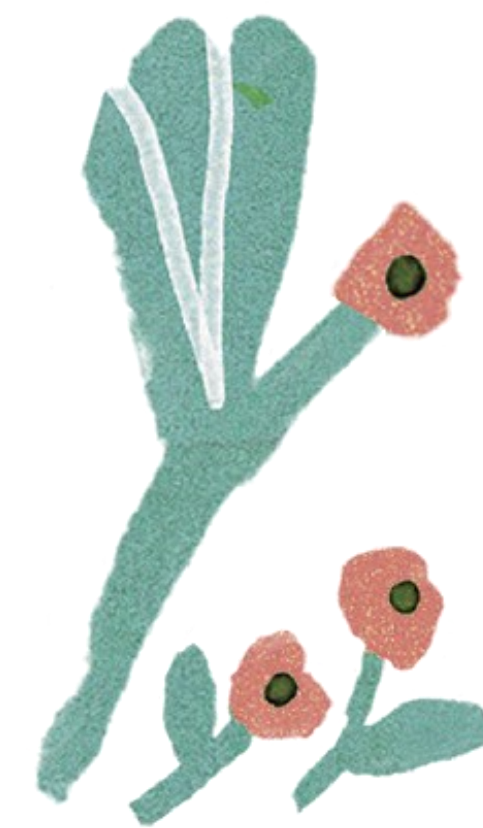
Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



CURE PROPORZIONATE

EVITARE L'ACCANIMENTO
TERAPEUTICO

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, **tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona** e stabilisce che **nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata**,
tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge



Consenso



Iniziare - proseguire trattamenti sanitari

Art. 5 Pianificazione condivisa delle cure

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, **rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, puo' essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico**, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacita'.

Persona malata

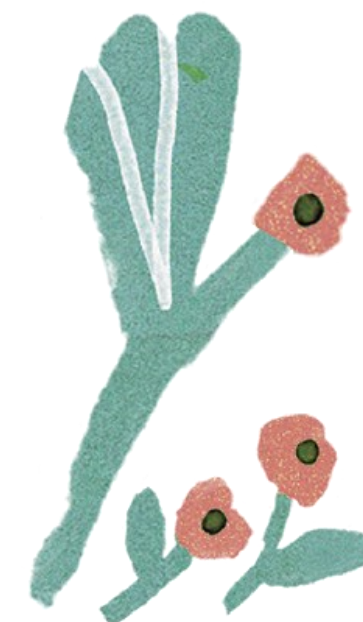
PCC

-Trascritte in cartella e firmate dal paziente e dal medico

-Possibile nomina di fiduciario

CURE PROPORZIONATE

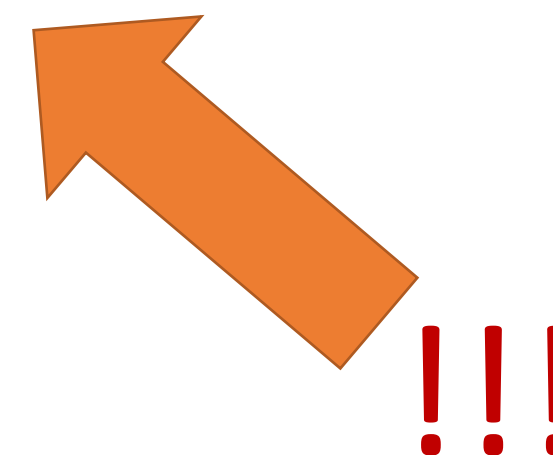
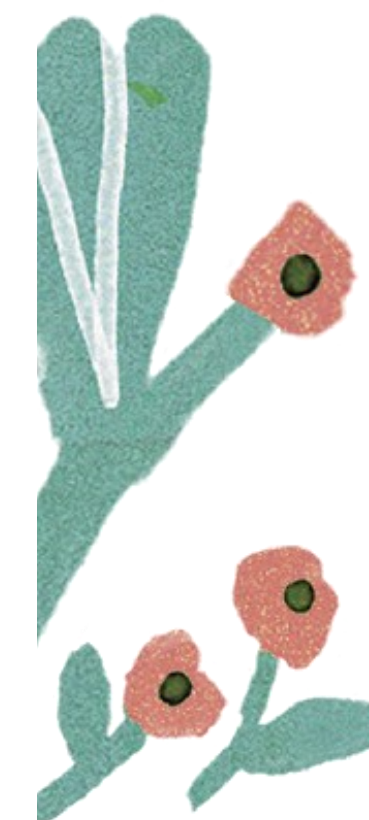
EVITARE L'ACCANIMENTO
TERAPEUTICO



6. **Il medico e' tenuto a rispettare la volonta' espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di cio', e' esente da responsabilita' civile o penale.** Il paziente non puo' esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

CURE PROPORZIONATE

EVITARE L'ACCANIMENTO
TERAPEUTICO



5. **Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici.** Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

CASO CLINICO

Giorgio, 87 anni

Professore di ingegneria in pensione, vive con la moglie, ha 2 figli e una nipote

Malato di M. di Parkinson dal 2012 (circa 10 anni)

Progressivo peggioramento fino all'impossibilità alla marcia e da qualche settimana disfagia e deterioramento cognitivo severo... impossibilità ad esprimere un consenso e anche un parere per totale mutacismo!

Non aveva mai lasciato scritte né DAT né PCC

NON ERANO STATI ATTIVATI INTERVENTI DI CURE PALLIATIVE PRECOCI



CASO CLINICO

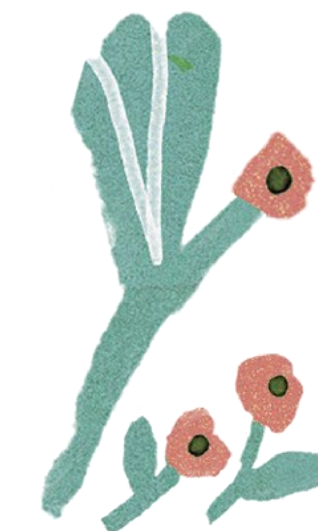
Giorgio, 87 anni

Nel corso della sua vita e durante i primi anni di malattia, Giorgio aveva parlato lungamente con la famiglia di accanimento terapeutico e aveva detto che per sé non ne avrebbe MAI VOLUTO!

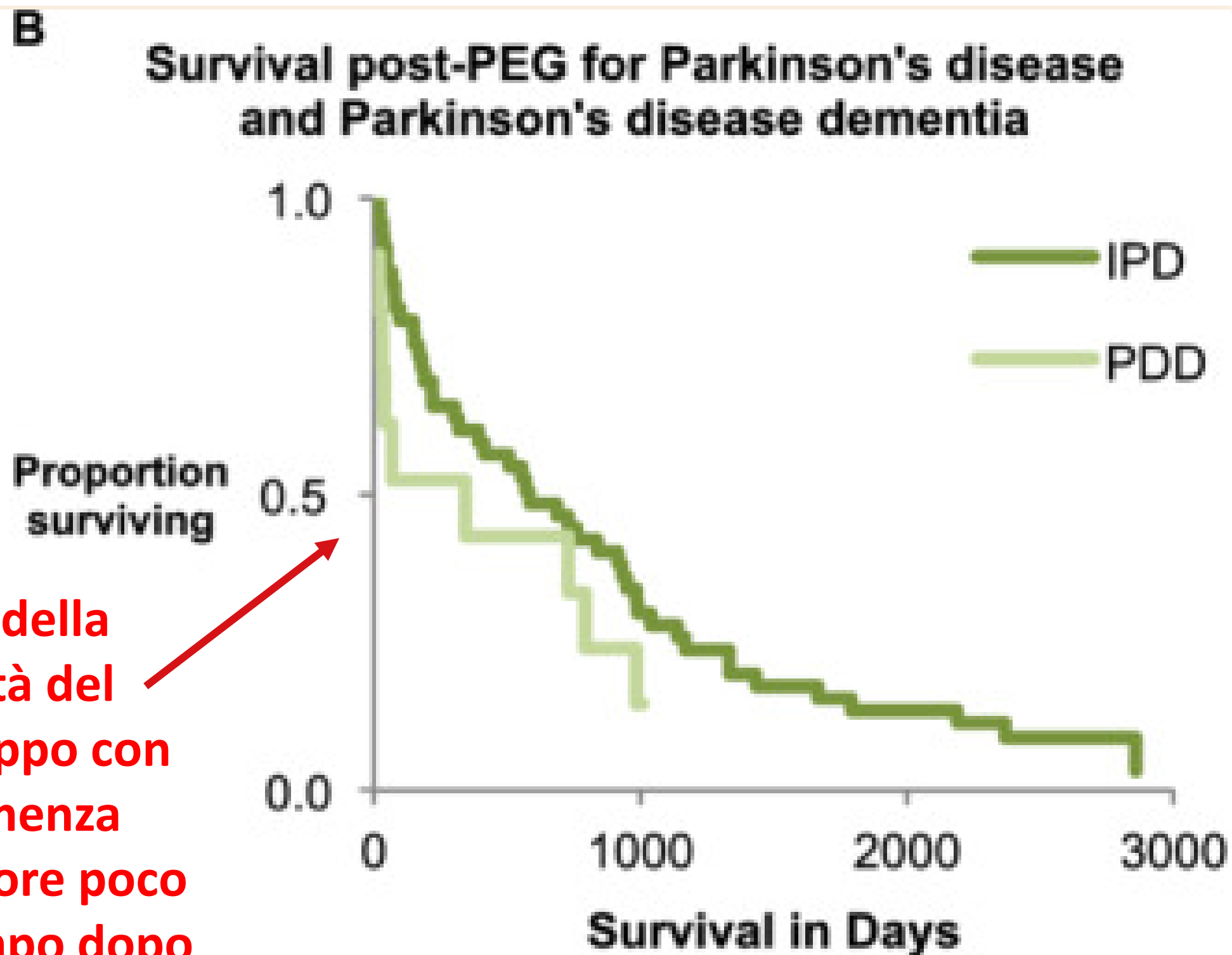
Purtroppo non era mai stato guidato in un percorso per la stesura di DAT né PCC!!!



CASO CLINICO



Giorgio, 87 anni



La prognosi può variare di anche alcuni anni nella malattia di parkinson in stato di NET/NPT o rifiuto alla NET/NPT!!!

Prognosi mediana di 422 giorni con il 6% di mortalità per posizionamento PEG

Brown L, Oswal M, Samra AD, Martin H, Burch N, Colby J, Lindahl A, Skelly R. Mortality and Institutionalization After Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Parkinson's Disease and Related Conditions. *Mov Disord Clin Pract.* 2020 Jun 9;7(5):509-515.

Nel paziente con demenza di Alzheimer?! Abbiamo la stessa prognosi!?!?

Uno studio prospettico randomizzato ha esaminato 99 pazienti ospedalizzati con demenza avanzata. La mortalità mediana a 6 mesi nel gruppo con stato di “sonda per nutrizione enterale posizionata” è stata di 195 giorni, mentre nel gruppo senza sonda di alimentazione è stata di 189 giorni.

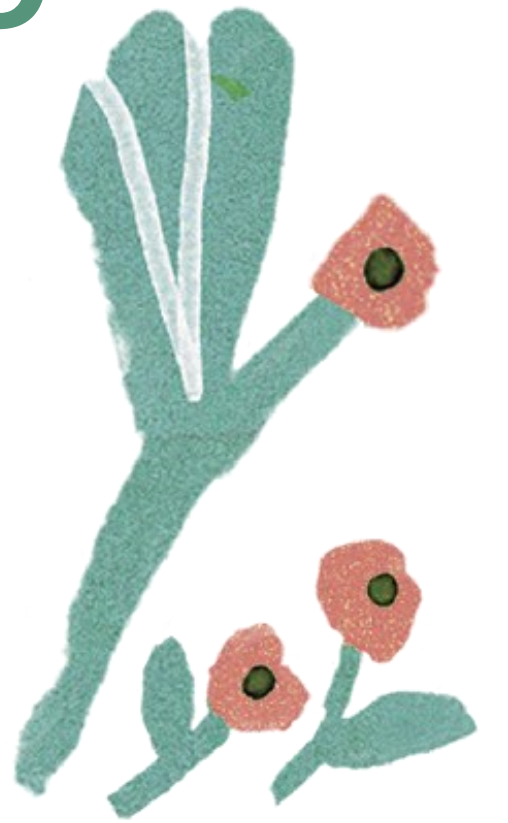
Gillick M. When the Nursing home resident with advanced dementia stops eating: What is the medical director to do? J Am Med Dir Assoc. 2001;2(5):259–263.

Al momento non ci sono prove che suggeriscano che i tassi di sopravvivenza a lungo termine siano migliorati nei pazienti con demenza avanzata sottoposti a posizionamento di PEG per disfagia.

Goldberg LS, Altman KW. The role of gastrostomy tube placement in advanced dementia with dysphagia: a critical review. Clin Interv Aging. 2014 Oct 14;9:1733-9

CASO CLINICO

Giorgio, 87 anni



Nel paziente con demenza di Alzheimer?! Abbiamo la stessa prognosi!?!?

Cochrane 2021

Conclusioni degli autori

non abbiamo trovato prove che l'alimentazione tramite sonda migliori la sopravvivenza; migliori la qualità della vita; riduca il dolore; riduca la mortalità; diminuisca i disturbi comportamentali e psicologici della demenza; porti ad un nutrimento migliore; migliori i risultati sull'ambito familiare o dell'assistenza, come depressione, ansia, burden o soddisfazione per l'assistenza; e nessuna indicazione di danno.

Abbiamo trovato alcune prove che esiste un rischio clinicamente significativo di ulcere da pressione derivanti dalla nutrizione enterale.

Davies N, Barrado-Martín Y, Vickerstaff V, Rait G, Fukui A, Candy B, Smith CH, Manthorpe J, Moore KJ, Sampson EL. Enteral tube feeding for people with severe dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Aug 13;8(8):CD013503

CASO CLINICO

Giorgio, 87 anni



**LA PEG NON ANDREBBE FATTA
NEPPURE SE RICHIESTA DA
FAMIGLIARE E/O PAZIENTE.
DOBBIAMO AVERE IL CORAGGIO
NOI MEDICI DI SCONSIGLIARLA E
DEPRESCRIVERLA COME
INAPPROPRIATA E PRENDERCI IL
TEMPO DI COMUNICARE SE LA
FAMIGLIA HA DUBBI**

PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

Ex art.5 Dlgs 219/2017

Il Sig. Giorgio, affetto da M.di Parkinson in stadio avanzato, non appare in grado di esprimere un consenso informato direttamente per peggioramento dello stato cognitivo. Per subentrante disfagia si raccoglie dal figlio Marco e dalla figlia Vittoria il pensiero del paziente relativamente a forme di alimentazione artificiale forzata. In passato il Paziente si era più volte dichiarato contrario ad ogni forma di ostinazione terapeutica, considerando non dignitoso per sé essere mantenuto in vita in modo artificiale. Si decide pertanto di non iniziare alcuna forma di alimentazione artificiale forzata o idratazione lasciando che il fine della vita sopraggiunga come naturale evoluzione della severa e irreversibile patologia in corso.

CASO CLINICO

Giorgio, 87 anni



- PIANIFICAZIONE SULLA BASE DI VOLONTA' PRESUNTA DEL PAZIENTE
- NON SONO I FAMIGLIARI A SCEGLIERE (SOLLEVARE I PARENTI DALL'ANGOSCIA DELLA SCELTA)!!!
- Sentenza della Corte di cassazione 21748 del 2007 (caso Englaro)

CASO CLINICO

Giorgio, 87 anni

Giorgio continua ancora per qualche settimana idratazione blanda per bocca con Gelificante e qualche cucchiaino di minestra addensata



- Comfort Food = CIBO COCCOLA

Ha un valore relazionale e non nutrizionale

Aiuta la famiglia e il caregiver a sentirsi utile per il malato e continuare a sentire che lo si sta nutrendo

!!Qualche rischio di ingestio!!

A un certo punto va comunque sospesa!!



Dopo 2 settimane non più possibile per continui ingestivi

**Linee guida ESPEN 2016 aggiornate 2024
Guideline on nutrition and hydration in dementia**

CASO CLINICO

Giorgio, 87 anni



- Giorgio ormai è fermo a letto, cachettico e disidratato
- Non appare affatto sofferente, è tranquillo e non addolorato.

NON HA FAME!

Dopo 4 giorni si spegne nel suo letto con la famiglia al proprio fianco



COME SONO VISTE LE CURE PALLIATIVE DALLA CHIESA CATTOLICA

Anche la dottrina della chiesa accetta la desistenza dall'accanimento terapeutico e la terapia del dolore e sedazione come aspetti irrinunciabili per il comportamento cristiano di un medico.

«Gli interventi sul corpo umano diventano sempre più efficaci, ma non sempre sono risolutivi: possono sostenere funzioni biologiche divenute insufficienti, o addirittura sostituirle, ma questo non equivale a promuovere la salute. Occorre quindi un supplemento di saggezza, perché oggi è più insidiosa la tentazione di insistere con trattamenti che producono potenti effetti sul corpo, ma talora non giovano al bene integrale della persona»

Papa Francesco
al Presidente della Pontificia Accademia per la Vita
Monsignor Vincenzo Paglia
16 Novembre 2017

Il caso di Giorgio, non a caso, ricalca da vicino anche la storia di Papa Wojtyla...

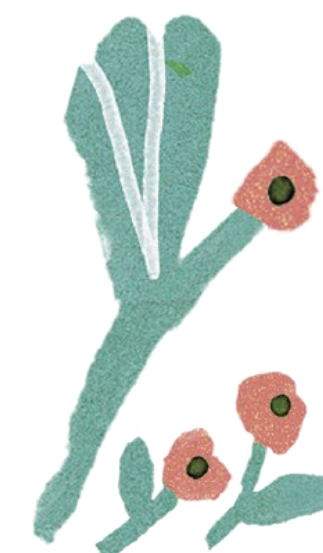
ULTIME CONSIDERAZIONI

La fragilità della persona anziana, la sua irreversibile progressione verso il fine vita ci pone davanti:

- ✓ PAURE LEGALI
- ✓ FRUSTRAZIONE PROFESSIONALE – FALLIMENTO – SENSO DI INCAPACITA'
- ✓ SENSO DI IMPOTENZA DELLA SCIENZA MEDICA
- ✓ FRUSTRAZIONE DEL NOSTRO PERSONALE NARCISISMO TERAPEUTICO
- ✓ SENSO DI PERDITA DI QUELLA SPECIFICA PERSONA MORENTE
- ✓ PENSIERI DI PERDITA DI PERSONE SIGNIFICATIVE DELLA NOSTRA VITA
- ✓ LA NOSTRA STESSA MORTE

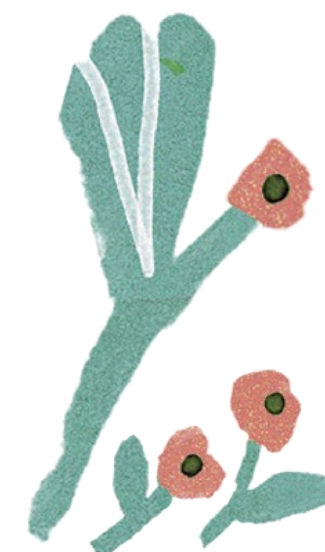


Alice attraverso lo specchio, 2016 liberamente ispirato a Attraverso lo specchio e quel che Alice vi trovò di Lewis Carroll 1871



COSA POSSONO FARE LE CURE PALLIATIVE PRECOCI PER STARE VICINO A CHI SI PRENDE CURA (CAREGIVER):

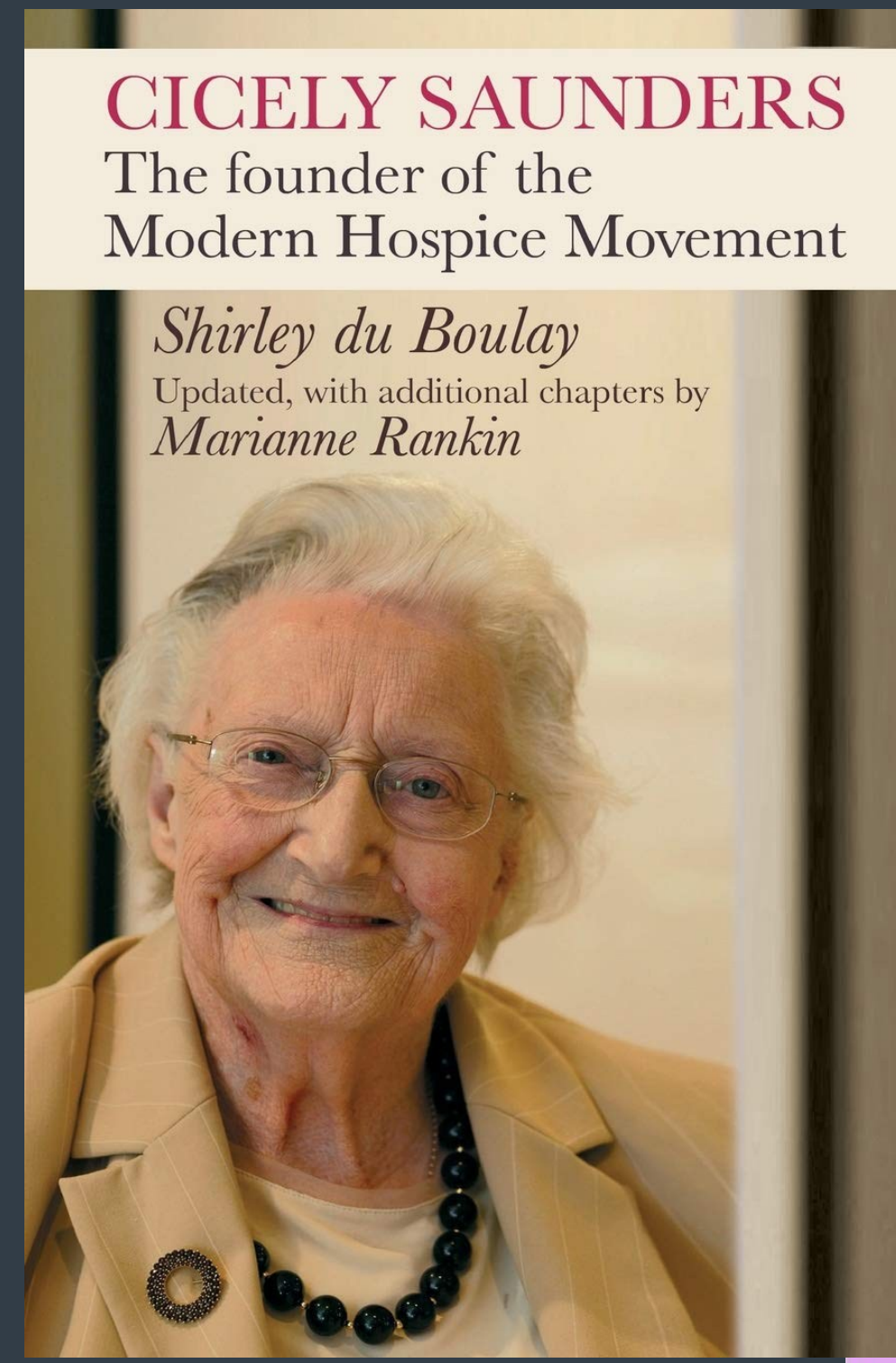
- **ESSERCI** (Presenza, reperibilità telefonica, monitoraggio sintomi e condizioni cliniche) come risposta al bisogno di supporto
- **ATTIVAZIONE SUPPORTO PSICOLOGICO** (solo a richiesta)
- **GESTIONE DEI SINTOMI** (togliere la sofferenza)
- **AIUTO NELLA COMUNICAZIONE** (a vari livelli)
- **PIANIFICAZIONI** (definire con quella specifica persona e famiglia un pino di cure idoneo e desiderabile in linea con la visione della vita di quella persona e della sua famiglia)
- **SUPPORTO IN HOSPICE e in CRA** (per condizioni di difficoltà nella gestione a domicilio)



“nel momento in cui sentiamo di non poter fare assolutamente nulla per sollevare il congiunto dall’angoscia, per trovare un nuovo significato per quello che sta vivendo, dobbiamo essere preparati a stare fermi dove siamo...Dobbiamo semplicemente **ESSERCI**”

**CICELY SAUNDERS,
VEGLIATE CON ME**

**GRAZIE PER
L’ATTENZIONE!!!**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Piano d'Azioni
Distretto Savena Idice

CAREGIVER DAY 2026
Distretto Savena - Idice

Terga Stagione

UN MOMENTO PER RESTITUIRE CURA A CHI HA CURA