



# Presenza territoriale multidisciplinare pazienti over 65 con fragilità psicologica, isolamento sociale e declino cognitivo



Gianluca Peschi, Direttore Sociosanitario ASST Lecco

Vittorio Rigamonti, Responsabile f.f. S.C. Psicologia Clinica ASST Lecco

## Contesto e problema

L'invecchiamento della popolazione comporta un aumento significativo dei bisogni di **assistenza domiciliare** legati al declino delle condizioni fisiche delle persone over 65.

Parallelamente, la perdita progressiva dell'autonomia genera condizioni favorevoli all'insorgere di **sofferenza psicologica** e **isolamento sociale**.

Il restringimento dello **spazio sociale e relazionale** dell'anziano può accentuare o determinare problematiche connesse alla **salute mentale**, rendendo necessarie forme di supporto che integrino dimensioni fisiche, emotive e sociali.

## Obiettivi e metodologia di lavoro

### Obiettivo generale

Garantire una **presa in carico precoce e integrata** degli anziani fragili, per ridurre l'isolamento sociale, migliorare la qualità della vita e prevenire accessi ospedalieri evitabili, attraverso percorsi di cura differenziati e in collaborazione con la **rete dei servizi territoriali di ambito**.

### Metodologia di lavoro

- Creazione di **équipe multiprofessionali** dedicate alla fragilità anziana, composte da psicologo, assistente sociale e tecnico della riabilitazione psichiatrica, con il supporto di psichiatra e terapista occupazionale **attivabili al bisogno**.
- Accesso a bassa soglia**, con possibilità di segnalazione da MMG, SAD comunali, caregiver, servizi sociali, PUA e altri attori territoriali.
- Focus specifico sul **benessere psicosociale**, integrando salute mentale, aspetti emotivi e contesto sociale.
- Integrazione formale** con volontariato, associazioni locali e reti di prossimità.
- Monitoraggio tramite **indicatori quali-quantitativi** e valutazione dell'impatto sociosanitario.
- Implementazione di un modello di **task-shifting**, redistribuendo compiti e responsabilità tra professionisti in base alle competenze.

## Il progetto

Il modello prevede una presa in carico territoriale costruita attraverso l'attivazione coordinata delle **reti aziendali e interaziendali**.

### Attivazioni di rete

- Attivazione della **rete aziendale** tramite incontri con Distretti e Case della Comunità.
- Attivazione della **rete interaziendale** con Ambiti territoriali e Comuni.
- Accesso a bassa soglia** tramite PUA, MMG, CdC, servizi sociali comunali, SAD, servizi di salute mentale, volontariato e altri attori di prossimità.

### Valutazione iniziale

- Valutazione multidimensionale** con strumenti di screening psico-sociale e cognitivo.
- Analisi dei **bisogni assistenziali** e delle risorse disponibili (famiglia, rete sociale).
- Definizione del **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)**.

### Interventi domiciliari previsti

- Supporto psicologico individuale e/o familiare.
- Attività di **stimolazione cognitiva**.
- Interventi di **socializzazione**, con coinvolgimento di centri diurni, associazioni e volontariato.
- Consulenza e sostegno ai caregiver**.
- Presenza integrata con i servizi specialistici (psichiatria, neurologia, fisiatra) quando necessario.

### Monitoraggio

- Rivalutazione periodica semestrale** e rimodulazione del PAI in base all'evoluzione dei bisogni.

## Risultati raggiunti/attesi

Il progetto punta a generare un **miglioramento tangibile del benessere psicologico** degli anziani fragili, grazie a interventi regolari di supporto, stimolazione cognitiva e accompagnamento nelle relazioni quotidiane. Ci si attende una progressiva **riduzione delle sensazioni di solitudine e isolamento**, con un rafforzamento della capacità di mantenere contatti sociali e partecipare alle attività della comunità.

Un ulteriore risultato atteso è il **potenziamento della vita sociale**, attraverso il coinvolgimento attivo dei centri diurni, delle associazioni e delle reti informali del territorio, che possono diventare punti di riferimento stabili e continuativi.

Parallelamente, il progetto favorirà il **consolidamento delle reti di prossimità e del volontariato**, creando una struttura territoriale più presente, capace di intercettare precocemente i bisogni e di rispondere con interventi coordinati e tempestivi.

## Implicazioni per il paziente e il sistema

Ci si attende una **riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorso e dei ricoveri ospedalieri**, grazie a un intercettamento precoce del disagio psicologico e sociale e alla gestione territoriale dei bisogni prima che evolvano in situazioni acute.

Il progetto contribuisce anche a una **diminuzione del carico assistenziale sui caregiver**, alleggerendo la gestione quotidiana attraverso un supporto più strutturato, la presenza di **équipe multiprofessionali** e l'attivazione di reti di comunità che affiancano la famiglia nel percorso di cura.

## Conclusioni e sviluppi futuri

Il progetto rappresenta una risposta strutturata ai bisogni della crescente popolazione over 65 che manifesta **fragilità psicologiche, isolamento sociale e declino cognitivo**. L'iniziativa contribuisce alla creazione di un **nuovo setting assistenziale**, pensato per affrontare non solo gli aspetti sanitari, ma anche quelli **psicologici, relazionali e sociali**, che incidono in modo determinante sulla qualità della vita degli anziani.

Attraverso un approccio territoriale e multiprofessionale, il modello propone un modo diverso di prendersi cura della fragilità, più vicino alle persone, più integrato con la rete dei servizi e più attento alle dimensioni emotive e relazionali della quotidianità.

