



SFIDE NELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA ADULTA E ANZIANA CON DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

TIZIANO GOMIERO

Coordinatore progetto DAD di ANFFAS TRENINO ONLUS



CAMBIAMENTO DEI PARADIGMI

LA LONGEVITA' NELLE PERSONE CON
DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO COSTRINGE
AD UN **MUTAMENTO** "RIVOLUZIONARIO" DEI
PRESUPPOSTI NORMALI DEL SAPERE E DELLE
PRATICHE COME E' AVVENUTO GIA' CON IL
COSTRUTTO DELLA QUALITA' DELLA VITA





CAMBIAMENTO DEI PARADIGMI

LA LONGEVITA' ha significato esposizione a condizioni croniche della vecchiaia ed in particolare alla demenza.

Le persone con DNS sono esposte a diverse forme di **demenza** come avviene nella popolazione generale (Strydom et al., 2007, 2010, 2013) con una maggiore prevalenza di Alzheimer...





CAMBIAMENTO DEI PARADIGMI

ma insieme alla presenza della **Sindrome di Down** (Cooper, 2006; Prasher, 1995), **deterioramento dell'andatura** (Patti et al., 2010), **età di esordio anticipato** (Lai e Williams, 1989; Prasher, 1995), **declino più precipitoso** (Visser et al., 1997) e l'aggiungersi di un **grave carico di sintomi psichiatrici** (Wilkosz et al., 2010) significano che il loro impatto è spesso precoce e molto ampio.





CAMBIAMENTO DEI PARADIGMI

Questi fattori sfidano gli approcci e le filosofie tradizionali dei servizi destinati alle persone con DNS.

Il **rapporto numerico**, i **modelli** e la **formazione** del personale sono nel migliore dei casi focalizzati su gruppi di "clienti" che sono giovani o giovani adulti e nel supportare e promuovere l'indipendenza in un'età in cui l'attività occupazionale e la spinta alla partecipazione comunitaria è massima.





CAMBIAMENTO DEI PARADIGMI

Se i servizi non cambiano e si adeguano in fretta ai bisogni mutati delle persone in realtà producono un **effetto paradosso rischiando** di accelerare il declino.

Diventano essi stessi “produttori” di malessere.





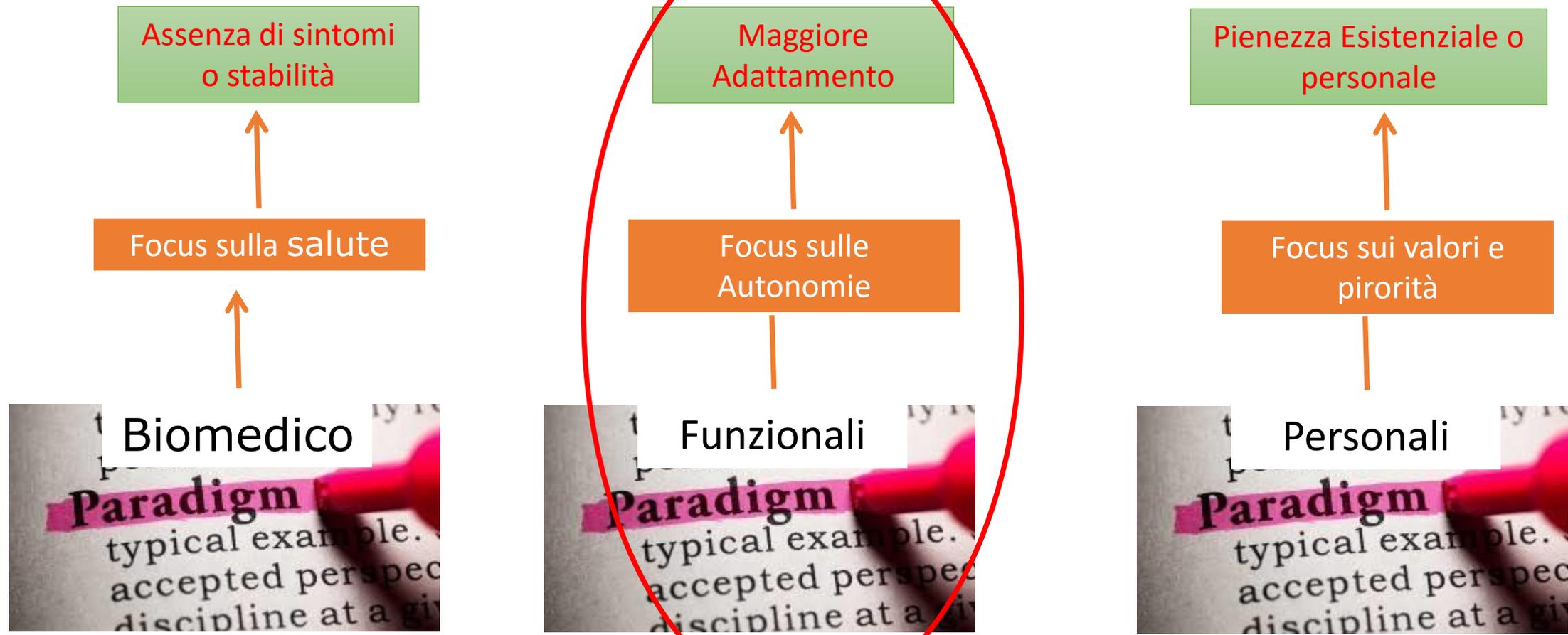
CAMBIAMENTO DEI PARADIGMI

Ci sono evidenze crescenti che le sfide associate poste dalla demenza alla presa in carico delle persone con DNS aumentano la **pressione** sulle famiglie, i fornitori di servizi e il personale, creano **costi** addizionali e mandano in **crisi** la programmazione di molte organizzazioni e incoraggiano lo **spostamento** delle persone anziane **in contesti più restrittivi** (Bigby, et al., 2014; Janicki et al., 2005)





CAMBIAMENTO DEI PARADIGMI



Cit. Roberto Franchini, il paradigma esistenziale nei DNS, *Giornale Italiano dei Disturbi del Neurosviluppo*, aprile 2018 volume 3 numero 1, pagg. 11-20.





Paradigma Funzionale

Maggiore Adattamento



Focus sulle Autonomie



Funzionali



Degenerazioni

Logiche istituzionali: Procedure e risposte stereotipate
Pallini professionali: Scelte e proposte eterodirette
Piano di lavoro: programmazioni rigide
Ricerca: singole tecniche di intervento
Linguaggio: tecnicità (procedure di idratazione= bere)





Qualcosa cambia



JIDR

Journal of Intellectual Disability Research

Published on behalf of menap and in association with IASSID

Journal of Intellectual Disability Research

doi: 10.1111/jir.12543

The exercise of human rights and citizenship by older adults with an intellectual disability in Ireland

D. McCausland,¹ P. McCallion,² D. Brennan³ & M. McCarron⁴

‘... the inestimable dignity of each and every human being, the concept of autonomy or self-determination that demands that the person be placed at the centre of all decisions affecting him/her, the inherent equality of all regardless of difference, and the ethic of solidarity that requires society to sustain the freedom of the person with appropriate social supports.’ (Quinn *et al.* 2002: 1).

C'è una relazione funzionale tra i diritti e una vita con dignità non è possibile senza avere accesso pieno all'insieme dei diritti riconosciuti internazionalmente (Donnelly, 2013)

Come si misura? (Rispondendo a queste domande...)

Hai votato alle recenti elezioni

Hai un amministratore di sostegno non familiare?

In generale chi sceglie?

Il cibo che mangi

I vestiti che indossi

Con chi passi il tempo

Dove vai durante il tuo tempo libero?

Come spendi il tuo denaro?.....





Paradigma Esistenziale

Pienezza Esistenziale o personale



Focus sui valori e priorità



Personalì



Principi di Edimburgo
(wilkinson e Janicki, 2002)

- Promozione della qualità della vita
- Approcci centrati sulla persona, con sostegni e interventi volti a sostenere punti di forza, capacità e desideri individuali
- coinvolgimento della persona e dei familiari nella presa in carico
- accesso e disponibilità ad indagini diagnostiche e servizi
- Programmi e servizi che effettivamente supportino l'individuo a restare nella comunità di origine.
- Accesso agli stessi servizi e supporti che sono disponibili alla popolazione generale
- Attività proattive di pianificazione attraverso politiche, servizi e gruppi di tutela





Invecchiamento e Sindrome di Down

UNA GUIDA ALLA SALUTE ED AL BENESSERE



Project DAD www.validazione.eu/dad





INDICE:

**Panoramica generale
sull'invecchiamento nella Sindrome di
Down**

Condizioni mediche generali

Benessere emotivo e psichiatrico

**Introduzione alla malattia di
Alzheimer**

**Una guida per i caregiver sulla
malattia di Alzheimer**

Prepararsi alla vecchiaia

Project DAD www.validazione.eu/dad





Aspetti Sociali

Invecchiando le persone con DNS sono più facilmente esposte alle patologie legate all'invecchiamento (e sindrome specifici)

a declino funzionale aumentato

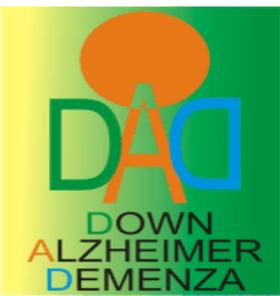
ad una maggiore dipendenza nei confronti dei caregiver formali o informali.





La condizione di Fragilità nelle persone con Disturbo del Neurosviluppo

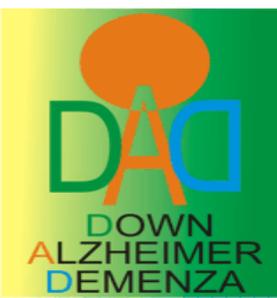
**Vale a dire una diminuzione della capacità di
opporre resistenza a qualsiasi *stressor* che
metta a rischio la salute sia fisica che psichica**





Che cosa è importante sapere

1. La differenza tra il normale invecchiamento e i cambiamenti patologici
2. I primi segni di cambiamento funzionale associati con la demenza
3. Tipi di demenza e le loro caratteristiche principali, quali saranno i cambiamenti del comportamentali/ funzionali, e la loro durata
4. Quando è meglio fare richiedere una la valutazione e a chi
5. Quali possibilità esistono per una precoce erogazione di supporti correlati alla demenza
6. Quali possibilità esistono (o devono essere messe in atto) per un trattamento/supporti a lungo termine "dementia capable"





Riconoscere lo sviluppo di una demenza nei DNS è una sfida

1. Da una prospettiva metodologica il cambiamento viene osservato in due modi diversi con questionari centrati sui cambiamenti funzionali e/o con l'uso di test cognitivi che possono essere ripetuti e in tempi diversi stabilire se c'è stato un cambiamento nei punteggi.





Riconoscere lo sviluppo di una demenza nei DNS è una sfida

2. La data di esordio di una AD è speculativa, è difficile individuare in tempo gli esatti sintomi iniziali.
3. L'eterogeneità dei sintomi sembra essere una caratteristica dei stadi di esordio





Riconoscere lo sviluppo di una demenza nei DNS è una sfida

4. distinguere i cambiamenti legati all'età o correlati a preesistenti deficit cognitivi, negli studi longitudinali più lunghi i punteggi nei maggiori test cognitivi declinano dall'età di 47 anni senza riferimento ad una condizione di Demenza (Carr and Collins, 2014) da qui l'importanza di essere prudenti nell'interpretare i risultati che potrebbero essere il riflesso del normale processo di invecchiamento.





Valutazione

1. Inapplicabilità degli strumenti normalmente utilizzati nella popolazione generale se non validati sulla popolazione con DNS

Furthermore, diagnostic and assessment measures developed for use in the general population are often used in studies investigating AD in DS, which often introduces confounding factors (Ballard et al. 2016). This issue was pointed out by Dekker et al. (2015) who stated that although more than 20 scales have been developed to assess BPSD in AD in the general population (Finkel 2001), none of these have been validated in people with DS and therefore are not equally valuable for use in this population as they do not take into consideration factors such as pre-existing behavioural issues associated with ID. In line with the findings of Dekker et al. (2015), such a scale could be implemented in routine practice alongside existing assessment procedures which monitor change over time, as well as being used in longitudinal research and clinical trials.





Valutazione



Dementia in Down's syndrome

Clive Ballard, William Mobley, John Hardy, Gareth Williams, Anne Corbett

Lancet Neurol 2016; 15: 622-36
Wolfson Centre for Age-Related Diseases, King's College London, London, UK (Prof C Ballard MD, G Williams PhD, A Corbett PhD); Center for Neural Circuits and Behavior, School of Medicine, University of California San Diego, San Diego, CA, USA (Prof W Mobley MD); and Department of Molecular Neuroscience, University College London, London, UK (Prof J Hardy MD)

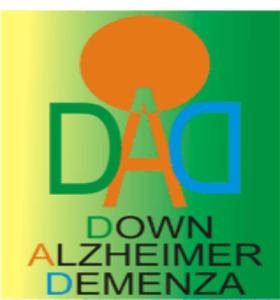
Correspondence to: Prof Clive Ballard, Wolfson Centre for Age-Related Diseases, King's College London, London SE1 1UL, UK clive.ballard@kcl.ac.uk

Down's syndrome is the most common genetic cause of learning difficulties, and individuals with this condition represent the largest group of people with dementia under the age of 50 years. Genetic drivers result in a high frequency of Alzheimer's pathology in these individuals, evident from neuroimaging, biomarker, and neuropathological findings, and a high incidence of cognitive decline and dementia. However, cognitive assessment is challenging, and diagnostic methods have not been fully validated for use in these patients; hence, early diagnosis remains difficult. Evidence regarding the benefits of cholinesterase inhibitors and other therapeutic options to treat or delay progressive cognitive decline or dementia is very scarce. Despite close similarities with late-onset Alzheimer's disease, individuals with Down's syndrome respond differently to treatment, and a targeted approach to drug development is thus necessary. Genetic and preclinical studies offer opportunities for treatment development, and potential therapies have been identified using these approaches.

Introduction

Down's syndrome affects 5-8 million people worldwide and is the most common genetic cause of learning difficulties.¹ The incidence of age-related cognitive decline and dementia is higher in individuals with the syndrome than in the general population, and progressive cognitive impairment develops at a far earlier age: the median age of dementia onset across all reported studies is below 60 years (table 1),²⁻⁷ and Down's syndrome dementia is the most common form of dementia in

characteristics of dementia in Down's syndrome, and then focus on the most recent developments in the neurobiology of dementia in this population, including imaging and pathophysiological changes and genetic risk factors. Additionally, we discuss existing treatment strategies and the most innovative and promising opportunities for drug development in the context of emerging knowledge from neuropathological and genetic research. A developmental approach that considers the effect on neuronal development, prodromal





Valutazione

2. Scorretto dal punto di vista metodologico e deontologico assenza di dati normativi significativi

Lastly, interpreting results was hindered by the fact that the majority of studies did not report on the level of intellectual disability of participants. This issue is essential, considering that the salience, manifestation and degree of impairment determined by the emergence of AD symptoms can vary according to the level of premorbid intellectual capacity and also the person's ability to compensate for the newly acquired deficits. Margallo-Lana et al. (2007) demonstrated that significant cognitive decline at follow - up could only be identified for cases where the baseline score had been at or above the median (mild and moderate ID), with little changes being noticeable for people with severe and profound ID. Moreover, the ma-

Project DAD www.validazione.eu/dad



La diagnosi precoce è ANCORA più urgente

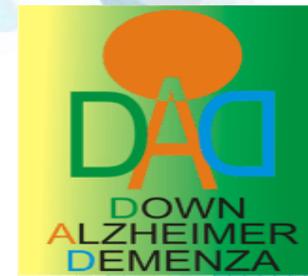
E' stato sviluppato da NTG uno strumento potenzialmente adattabile ed applicabile agli adulti con DI, che può essere utilizzato come screening di prima istanza e ne raccomanda l'adozione da parte dei fornitori e delle autorità di regolamentazione al fine di identificare quegli adulti a rischio a causa di primi segni e sintomi di declino cognitivo lieve (Mild Cognitive Impairment, MCI) o di demenza.

Progetto DAD di ANFFAS TRENTO ONLUS

<http://validazione.eu/dad/>

e-mail: dad@anffas.tn.it

Tiziano Gomiero



La diagnosi precoce

- Le Linee guida richiedono che i fornitori di servizi e le autorità sanitarie intraprendano un programma di diagnosi precoce a partire dall'età di 50 anni per gli adulti con DI e dall'età di 40 anni per gli adulti con SD ed altri soggetti a rischio precoce, utilizzando uno strumento di screening standardizzato.

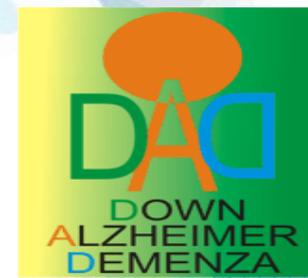
La diagnosi precoce

- I medici di medicina generale, dispongono di poca o nessuna formazione specializzata per la diagnosi e cura di adulti con DNS, tanto meno sulle esigenze specifiche degli tali adulti tali che stanno invecchiando.
- Per questo motivo non si possono basare sull'esperienza maturata nelle valutazioni di deterioramento cognitivo e purtroppo l'accesso agli specialisti all'interno di questo campo è piuttosto limitato.

Progetto DAD di ANFFAS TRENTO ONLUS

<http://validazione.eu/dad/>

e-mail: dad@anffas.tn.it



La diagnosi precoce

- Non vi è l'indicazione univoca di uno strumento (un *“gold standard”*) per lo *screening* o la valutazione della memoria nei soggetti con DI, e pertanto è molto facile incontrare risultati diversi a seguito degli approcci di chi compie la valutazione.
- In Italia in realtà vi sono oggi due strumenti di *screening* al momento validati l'NGT-ESDS e il *Dementia Questionnaire for persons with an Intellectual Disabilities (DMR)*

NTG-Early Detection Screen for Dementia (Screening precoce per la Demenza)

- Adattato dal DSQIID (Deb et al.,2007), può essere utilizzato per lo screening precoce degli adulti con disabilità intellettive che si sospetta possano avere, o mostrare, i primi segni di un decadimento cognitivo lieve o di una demenza.
- L'NTG-EDSD non è una valutazione o uno strumento diagnostico, ma una scheda che può essere utilizzata dai caregiver professionali e familiari per prendere nota del declino funzionale o dei problemi di salute e registrare informazioni utili per ulteriori valutazioni.
- Può servire come parte della valutazione cognitiva annuale
- Si suggerisce che tale strumento sia utilizzato su base annuale per gli adulti con sindrome di Down a partire dai 40 anni e con altre le persone con disabilità intellettiva o dello sviluppo a rischio, se si sospetta ci sia una modifica delle capacità cognitive.

Screening precoce per la Demenza

- Il modulo può essere compilato da chiunque abbia familiarità con l'adulto (che deve essere conosciuto da più di sei mesi), come ad esempio un membro della famiglia, caregiver professionale o uno specialista del comportamento o della salute utilizzando le informazioni derivate da osservazione o da dati personali dell'adulto.
- Il tempo stimato necessario per completare questo modulo varia tra i 15 ei 60 minuti. Alcune informazioni possono essere tratte da cartella clinica dell'individuo. Consultare il manuale NTG-EDSD per ulteriori istruzioni (www.aadmd.org/ntg/screening, oppure per la sola versione italiana www.anffas.tn.it o www.validazione.eu/dad).

L'NTG-Early Detection Screen for Dementia (Screening precoce per la Demenza), adattato dal *DSQIID, può essere utilizzato per lo screening precoce degli adulti con disabilità intellettive che si sospetta possano avere, o mostrare, i primi segni di un decadimento cognitivo lieve o di una demenza. L'NTG-EDSD non è una valutazione o uno strumento diagnostico, ma una scheda che può essere utilizzata dai caregiver professionali e familiari per prendere nota del declino funzionale o dei problemi di salute e registrare informazioni utili per ulteriori valutazioni, così come può servire come parte della obbligatoria valutazione cognitiva che fa parte della visita annuale prevista dal servizio sanitario USA. Si suggerisce che tale strumento sia utilizzato su base annuale per gli adulti con sindrome di Down a partire dai 40 anni e con altre le persone con disabilità intellettiva o dello sviluppo a rischio, se si sospetta ci sia una modifica delle capacità cognitive.

Il modulo può essere compilato da chiunque abbia familiarità con l'adulto (che deve essere conosciuto da più di sei mesi), come ad esempio un membro della famiglia, caregiver professionale o uno specialista del comportamento o della salute utilizzando le informazioni derivate da osservazione o da dati personali dell'adulto.

Il tempo stimato necessario per completare questo modulo varia tra i 15 ei 60 minuti. Alcune informazioni possono essere tratte da cartella clinica dell'individuo. Consultare il manuale NTG-EDSD per ulteriori istruzioni (www.aadmd.org/ntg/screening sarà tra poco disponibile in inglese).

(1) Codice #: _____

(2) Data: _____

(3) Nome della persona _____

(4) Cognome: _____

(5) Data di nascita: _____

(6) Età: _____

(7) Sesso:

<input type="checkbox"/>	Femmina
<input type="checkbox"/>	Maschio

(8) Miglior descrizione del livello di disabilità intellettiva

<input type="checkbox"/>	Disabilità Intellettiva non riconoscibile
<input type="checkbox"/>	Borderline (QI 70-75)
<input type="checkbox"/>	Lieve DI (QI 55-69)
<input type="checkbox"/>	Moderata DI (QI 40-54)
<input type="checkbox"/>	Severa DI (QI 25-39)
<input type="checkbox"/>	Profonda DI (QI 24 e inferiore)
<input type="checkbox"/>	Sconosciuta

(9) Condizione diagnosticata (barrare tutte le condizioni pertinenti)

<input type="checkbox"/>	Autismo
<input type="checkbox"/>	Paralisi Cerebrale
<input type="checkbox"/>	Sindrome di Down
<input type="checkbox"/>	Sindrome dell'XFragile
<input type="checkbox"/>	Disabilità Intellettiva
<input type="checkbox"/>	Sindrome Prader-Willi
<input type="checkbox"/>	Altra:

Istruzioni:

Per ogni domanda, **controllare la voce che meglio si applica alla persona o alla sua condizione.**

Condizione di vita della persona:

- Vive da solo
- Vive con coniuge o amici
- Vive con i genitori o altri parenti
- Vive con caregiver retribuiti
- Vive in comunità alloggio, gruppi famiglia, appartamenti e case con supervisione ecc.
- Vive in case di riposo
- Vive in Istituti residenziali
- Vive in strutture di cura per lungodegenti
- Vive in un'altra condizione: _____

Screening Precoce

Contiene scheda di raccolta di info sanitarie con attenzione a:

Depressione, ipotiroidismo, Apnee ostruttive, i primi segni con cui si presenta il declino non sono così sovrapponibili tra persone con DNS e popolazione generale (Cipriani et al. 2018)

national down syndrome society
ndss.

666 Broadway 8th Floor - New York, NY 10012 - 800-221-4602 - ndss.org - © NDSS 2015



La versione italiana è stata prodotta e interamente finanziata da ANFFAS Trentino Onlus una delle maggiori associazioni di famiglie di persone con disabilità intellettiva e/o relazionale italiane.

LA VERSIONE PDF E' SCARICABILE GRATUITAMENTE SUL SITO

www.anffas.tn.it



Sfide ai servizi

Più attenzione anche nella ricerca

Responding to the Challenges
of Service Development to
Address Dementia Needs for
People with an Intellectual



Agi

JIDR

Journal of Intellectual Disability Research

Published on behalf of menCap and in association with IASSID

Journal of Intellectual Disability Research

doi: 10.11

VOLUME 62 PART 7 pp 617–624 JULY 2018

Supporting advanced dementia in people with Down syndrome and other intellectual disability: consensus statement of the International Summit on Intellectual Disability and Dementia*

M. McCarron,¹ P. McCallion,² A. Coppus,³ J. Fortea,⁴ S. Stemp,⁵ M. Janicki⁶
& K. Wtchman⁷

Article

Service provision in Scotland for people with an intellectual disability who have, or are at risk of developing, dementia

Karen McKenzie and Dale Metcalfe

Northumbria University, Newcastle upon Tyne, UK

Amanda Michie

NHS Lothian, Edinburgh, UK

George Murray

Northumbria University, Newcastle upon Tyne, UK

mental Health, DOI: [10.1080/13607863.2017.1373065](https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1373065)

[/dx.doi.org/10.1080/13607863.2017.1373065](https://dx.doi.org/10.1080/13607863.2017.1373065)



Dementia
0(0) 1–14

© The Author(s) 2018

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/1471301218785795

journals.sagepub.com/home/dem



Modello dei fattori di rischio modificabili alla demenza durante il percorso di vita

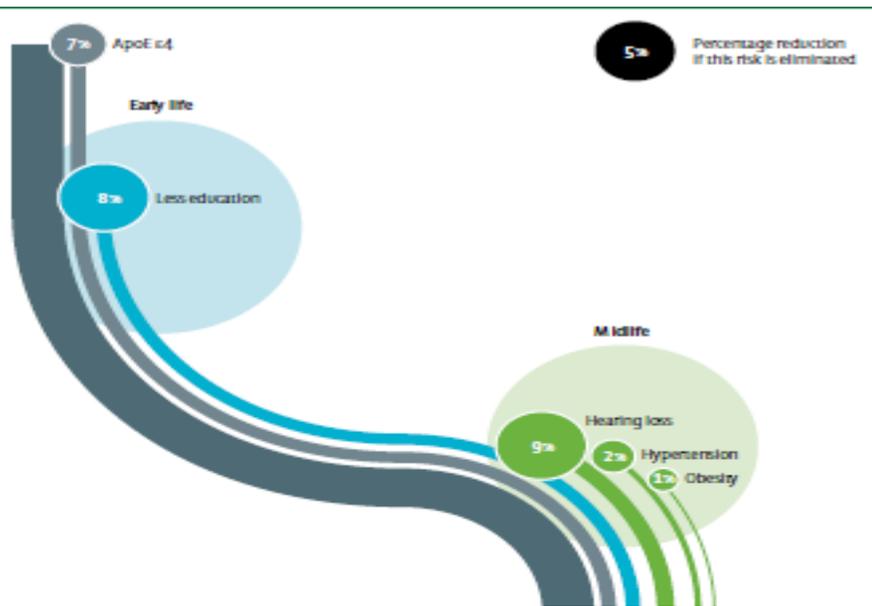
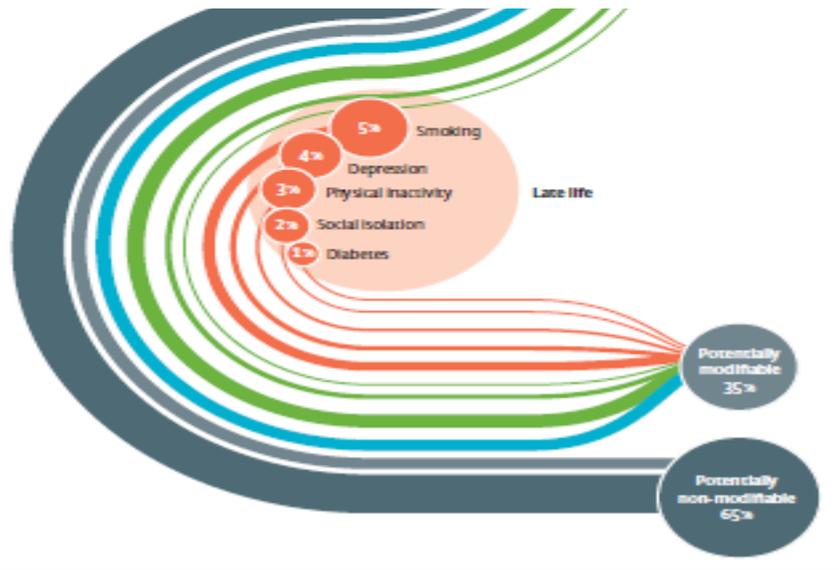


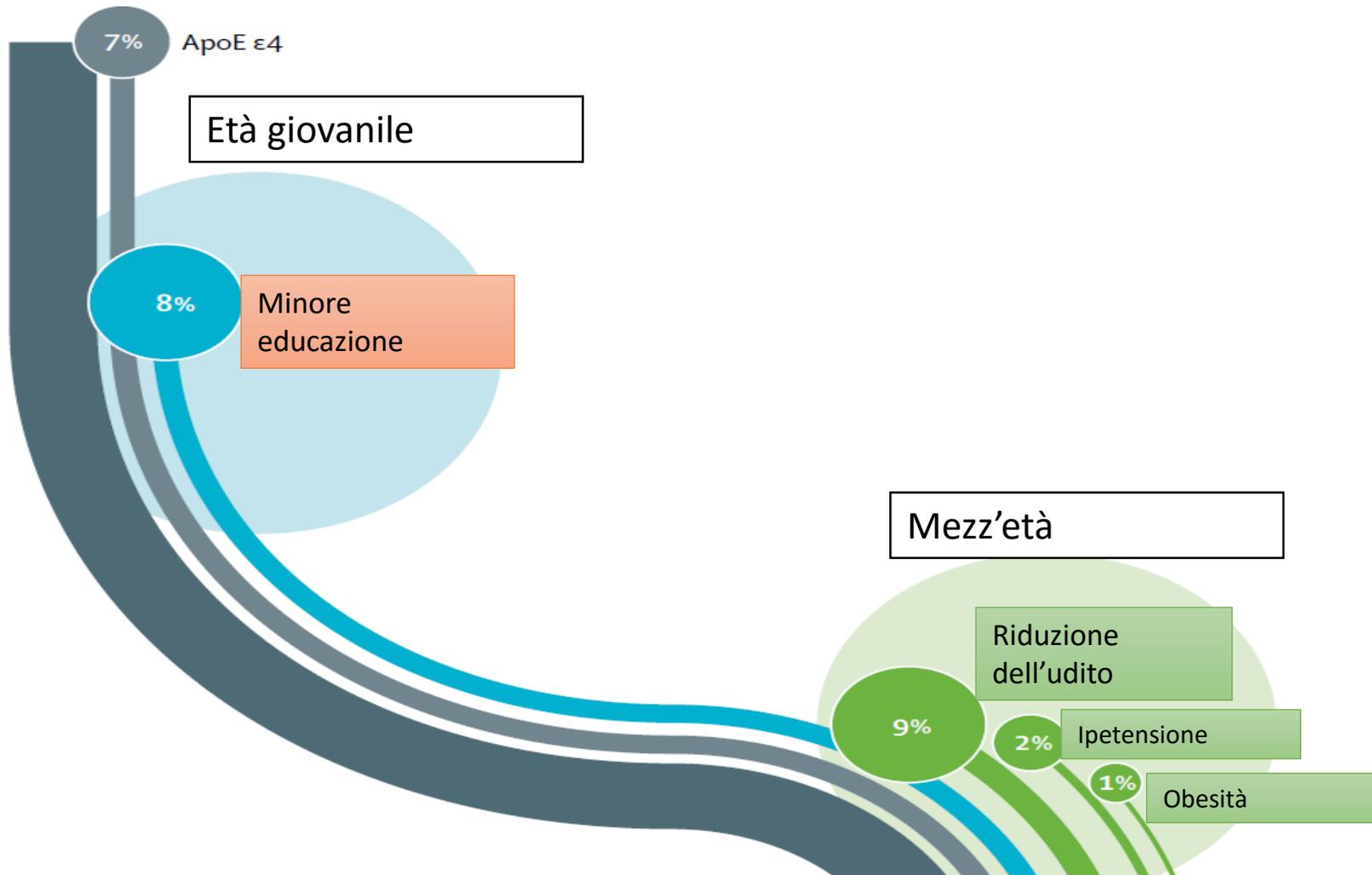
Figure 4: Life-course model of contribution of modifiable risk factors to dementia

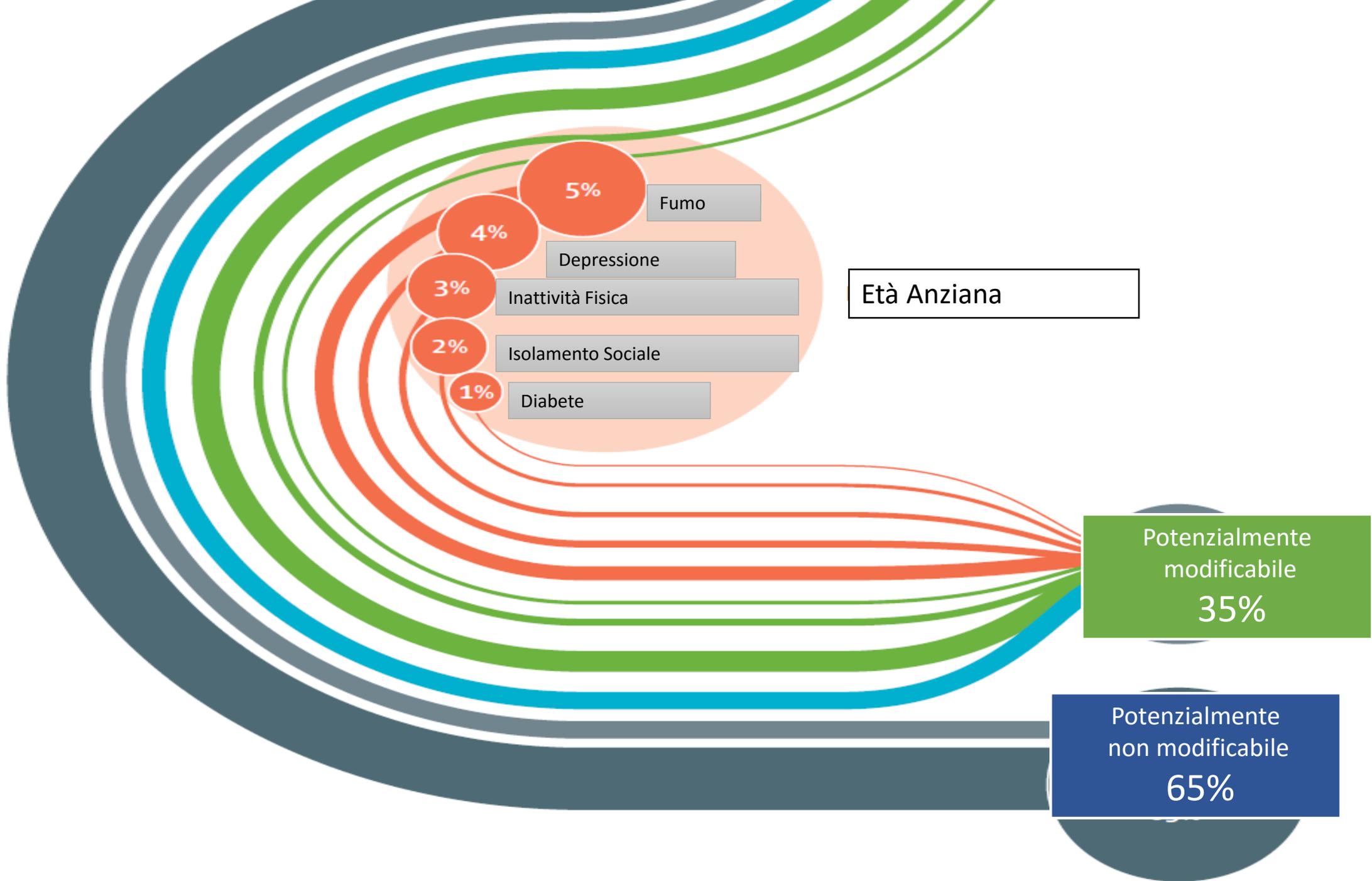
Numbers are rounded to nearest integer. Figure shows potentially modifiable or non-modifiable risk factors.



I numeri sono arrotondati all'intero più vicino.

La figura mostra fattori di rischio potenzialmente modificabili o non modificabili.





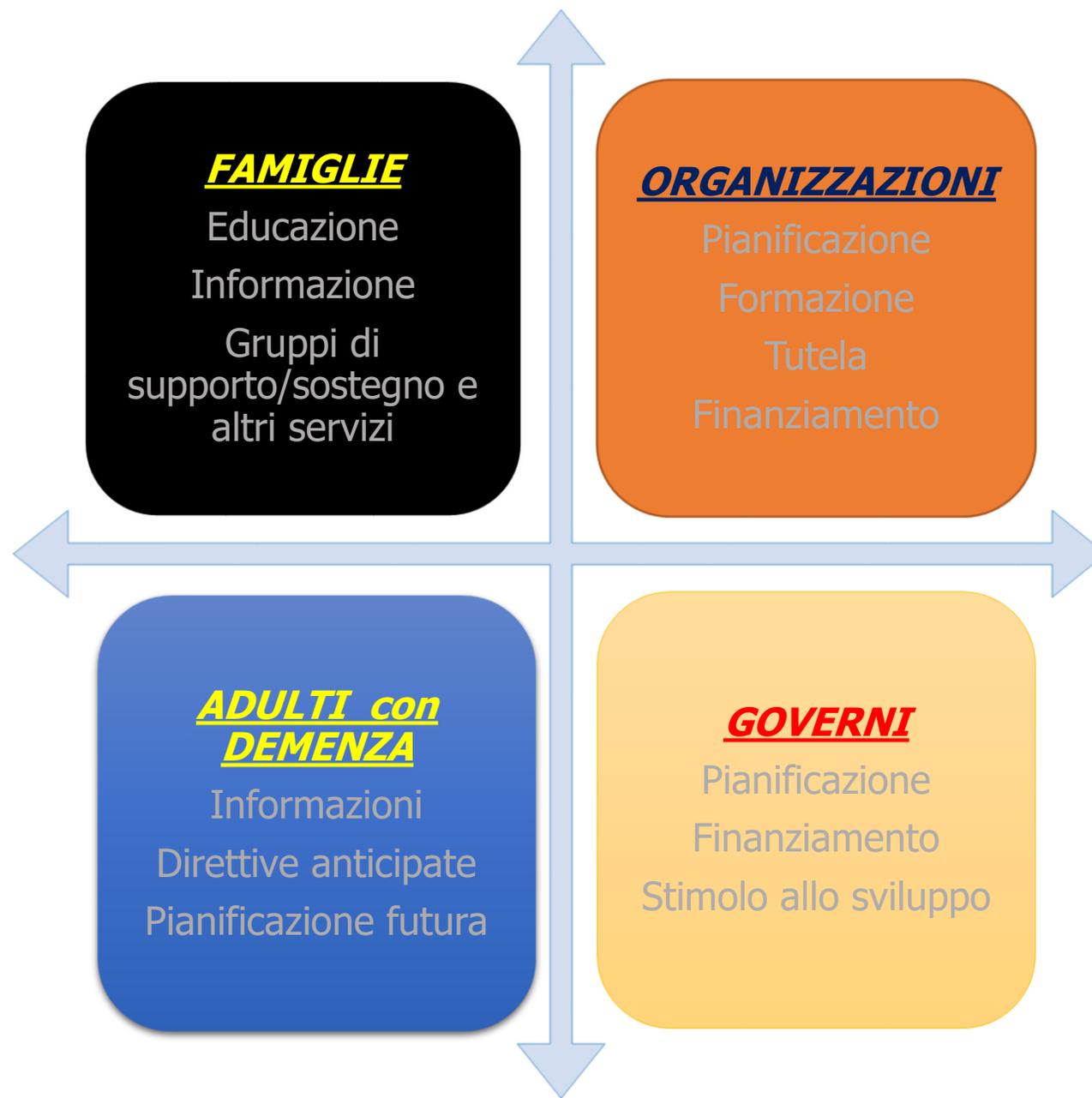
Età Anziana

Potenzialmente modificabile
35%

Potenzialmente non modificabile
65%



Chi è interessato?





Chi è interessato?



FAMIGLIE

Fornire assistenza fisica e sociale

Adattamento delle abitazioni per la cura della demenza

Informazioni sulla malattia di Alzheimer, esigenze mediche, gestione del comportamento, la nutrizione e la cura personale

L'insegnamento sui comportamenti demenza-correlati e le previsioni di progressione

Comunicare con persone affette da demenza

Accesso ai sostegni esterni alla famiglia

Pianificazione dell'inevitabile declino e relativa fragilità





Chi è interessato?



FAMIGLIE

- Le persone con disabilità che vivono tutta la vita con i genitori – e sviluppano la demenza - pongono nuove sfide ai genitori
 - Il comportamento si deteriora
 - Persona può mantenere la deambulazione
 - Le esigenze fisiche diventeranno prominenti
- Genitori anziani possono essere meno in grado di continuare a fornire assistenza a domicilio
- La situazione può portare ad una crisi in casa





Chi è interessato?



ORGANIZZAZIONI

Caratteristiche **strutturali** (contributi della struttura)

Progetto della comunità alloggio

Pianificazione delle capacità di cura

Competenze dello Staff

Investimenti amministrativi

Caratteristiche funzionali (contributi dei residenti)

Progressione della demenza

Valutazione continua

Comportamenti dei residenti

Caratteristiche programmatiche

Filosofia alla base delle cure

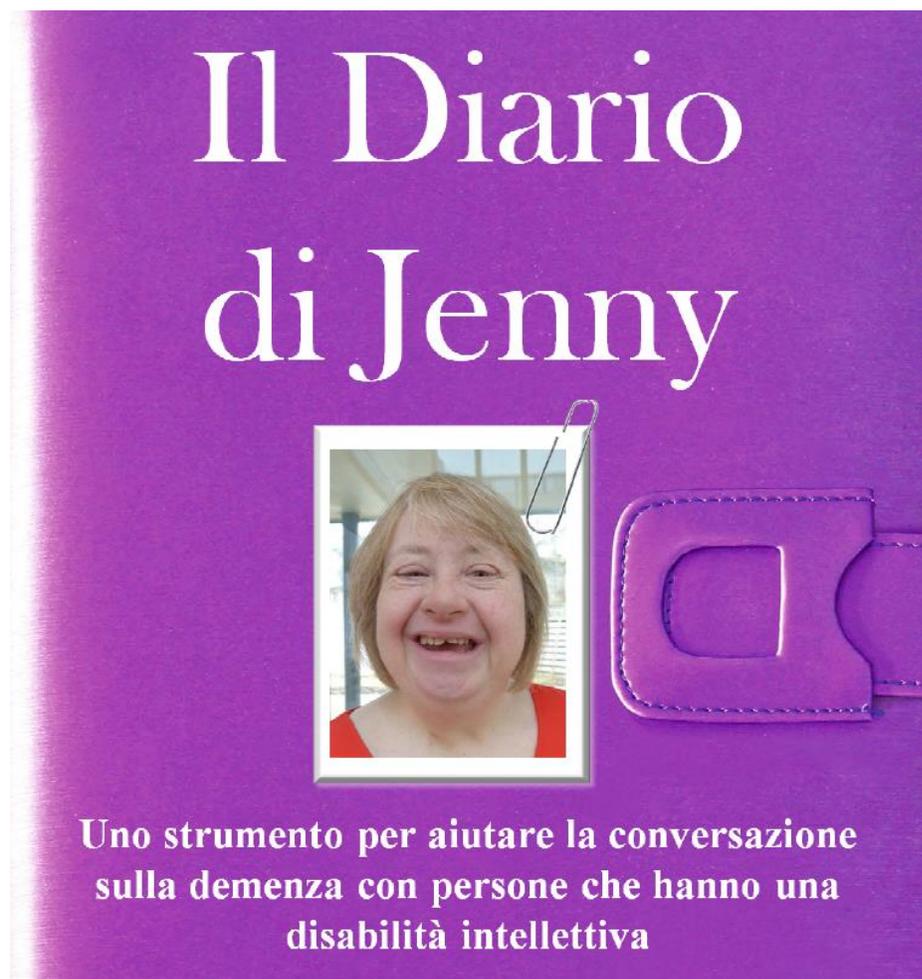
Pratiche di miglioramento della Dignità





Chi è interessato?

Anziani e Adulti con Demenza





Chi è interessato?

GOVERNI

Opzioni tradizionali

Strutture di cura Istituzionali – strutture di assistenza a lungo termine, case di cura, case di riposo, le unità di cura speciali per la demenza

Cure familiari-territorio vive con la famiglia, altri parenti, o altri membri della famiglia o assistenti private

Opzioni innovative

Inserimento nei Piani Demenze dell'attenzione alle persone con DNS

Nuclei di riferimento diagnostico e post

Gruppi di cura di quartiere, Fine vita





Chi è interessato?

GOVERNI

- Speciali team di consultazione per al valutazione e gli interventi di assistenza
- Staff specializzati nelle che provvedono a suggerimenti individuali
- Collegamenti con le organizzazioni Alzheimer per un aiuto
- Supporto di gruppi di pari
- Team medici di supporto sanitario

- Fornire sollievo e cure fisiche e sociali
- Informazioni su invecchiamento, malattia di Alzheimer, esigenze mediche, gestione del comportamento, la nutrizione e la cura personale
- Riconoscimento dei comportamenti demenza-correlati e la loro progressione
- Consigli nella comunicazione con le persone affette da demenza
- Sostegno ai familiari familiari con altre risorse





Conclusioni per un lavoro da continuare...



La logica degli interventi si concretizza nell'individuazione del “target di riferimento” dando origine a tre livelli di interventi:

1. A livello individuale: gli interventi mirano al potenziamento delle risorse individuali al

fine di migliorare le strategie coping dello stress

2. A livello di interfaccia individuo-organizzazione: gli interventi si propongono di migliorare l'adattamento persona-ambiente e le relazioni nel contesto lavorativo (es: relazioni tra i colleghi, carico di lavoro, grado di partecipazione)

3. A livello organizzativo: gli interventi sono rivolti all'individuazione dei fattori che causano stress e si concretizzano nei cambiamenti della struttura e delle pratiche organizzative, dei fattori fisici ed ambientali.





Organizzazione basata sui principi dell'ambiente protesico

SPAZI

Arredi, colori, luci, suoni

Strumenti per la protezione e la sicurezza

orari, convenzioni sociali

PERSONE

Relazione

Organizzazione

Forte centratura sulla *persona*

Flessibilità

Creatività

Metodo

Integrazione



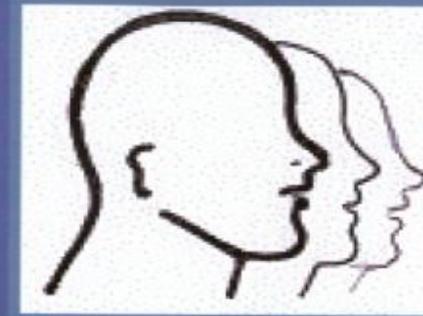
1. Esempio di Strumento sintetico divulgativo

Rivolto a

FAMIGLIE

CAREGIVERS

Supporto per TECNICI



Michela Chiogna

Michela Dalprà

ADEGUARE GLI SPAZI DOMESTICI PER OSPITARE
IN SICUREZZA IL MALATO DI ALZHEIMER: PROBLEMATICHE
E SOLUZIONI A SUPPORTO DELLA FAMIGLIA





Anffas 60 anni di futuro
Le nuove frontiere delle disabilità intellettive e
disturbi del neurosviluppo

GRAZIE

PER L'ATTENZIONE

