



MODULO INVIO PROGETTO "REMEMBER"

Da compilare a cura dell'inviante e da consegnare al paziente e al caregiver

Criteria di selezione

devono essere presenti i seguenti requisiti:

- ✓ demenza di grado lieve (MMSE compreso tra 19 e 24) o moderato (MMSE compreso tra 14 e 18);
- ✓ assenza di gravi disturbi psichici e comportamentali;
- ✓ assenza di impedimenti uditivi, visivi e fisici;
- ✓ assenza di difficoltà di linguaggio;
- ✓ compliance all'intervento proposto;
- ✓ motivazione e disponibilità del familiare/caregiver a partecipare con altri caregiver una volta a settimana, nel contempo che i pazienti eseguono il protocollo di stimolazione cognitiva, a 7 incontri di gruppo che, fornendo spazi di condivisione e sostegno reciproco tra i caregiver, consentono di supportare le famiglie nella gestione quotidiana della malattia.

INVIANTE: _____ ENTE DI APPARTENENZA _____
Recapito telefonico: _____
Nome e Cognome del paziente: _____
Data di nascita: _____
Comune di residenza: _____
Nome e Cognome del Caregiver: _____
Data di nascita: _____
Comune di residenza: _____
Recapiti telefonici Paziente e Caregiver: _____
ALTRO DA SEGNALARE: _____ _____

Il paziente e il familiare che aderiscono al progetto "REMEMBER" possono programmare un appuntamento telefonando al seguente numero:

- **Dott.ssa Martina Belingheri** Tel. 340.9535894
- **Dott.ssa Cristina Motterlini** Tel. 388.6998794

Per ulteriori informazioni:

Dott.ssa Lucia Bassoli - Responsabile Ufficio di Piano dell'Ambito Valle Brembana Tel. 335.7903855; email: ufficiodipiano@vallebrembana.bg.it

Dott.ssa Ave Maria Biffi - SC Psicologia - ASST Papa Giovanni XXIII Tel. 035.2674482; email: abiffi@asst-pg23.it