

Riassetto dei servizi per le persone affette da decadimento cognitivo

Continua dal Notiziario di Giugno 2007

*** La situazione attuale**

L'accavallarsi di normative regionali e nazionali (progetto Cronos, che prevedeva anche la costituzione di Unità di Valutazione Alzheimer – U.V.A.), ha generato nelle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto approcci organizzativi diversi con gradi differenti nell'architettura assistenziale.

Da una indagine conoscitiva condotta dalla Direzione Piani e Programmi Socio-sanitari risulta che

- *non tutte le Aziende hanno un piano di assistenza al demente,*
- *c'è estrema variabilità nella costituzione dei servizi e nelle rappresentazioni delle competenze,*
- *non ci sono adeguati utilizzi e presenze di alcune professionalità (per es. psicologi),*
- *c'è una diffusa presenza di volontariato.*

Attualmente, un malato e i suoi familiari possono avere una relazione con più strutture e livelli operativi, passando dall'U.V.A. nella fase iniziale della malattia, ad approfondimenti presso il COADD (Centro di Approfondimento Diagnostico della Demenza) quando questo esiste, fino a strutture di maggior specializzazione come il C.R.I.C. (Centro Ricerche Invecchiamento Cerebrale).

Posta la diagnosi, qualora intercorrano problemi di natura assistenziale, il malato e i suoi familiari si rivolgono all'U.V.M.D. (Unità di Valutazione Multidimensionale) ed ai servizi sociali dai quali dipende il sistema d'offerta extraospedaliero (A.D.I., Casa di Riposo, Centri Diurni, Nuclei Alzheimer, assegni di cura).

Il malato ed i suoi familiari possono quindi incontrare servizi con referenze diverse, con il rischio che nessuno sia realmente in grado di mantenere la continuità di cura.

Il medico di medicina generale rappresenta l'asse portante e di maggior prossimità per sviluppare cure adeguate e continuative, però deve essergli consentito di condividere i problemi del malato in un ambito consulenziale unico.

*** Piani di riassetto dei servizi**

Alla luce di queste premesse appare quindi opportuno predisporre indirizzi che definiscano un livello minimo uniforme di cure alle persone su tutto il territorio regionale e correggano verso una semplificazione del sistema delle relazioni tra malato e operatori, evitando la frammentazione delle competenze e delle referenze.

Pertanto, la strategia organizzativa sarà fondata su:

1. *approccio per problemi con la misura del loro impatto sulla qualità di vita del malato e dei familiari;*
2. *costanza, continuità e rapidità di cura con presa in carico integrata sanitaria e sociale;*
3. *semplificazione delle "Strutture" e delle referenze impegnate verso i malati e i loro familiari.*

Le normative attuali hanno finora condotto alla costituzione di più servizi con compiti assimilabili o sovrapponibili o con artificiose distinzioni. Oggi risulta più opportuno definire un unico livello clinico competente per seguire sempre il malato, in qualunque stadio di sviluppo della sua malattia, definito CENTRO PER IL DECADIMENTO COGNITIVO (C.D.C.) nel quale confluiscono le risorse attualmente distribuite ai vari organismi, componendo "equipes" con adeguate competenze. E' raccomandabile prevederne una ogni 100.000 abitanti circa, cui corrisponde una prevalenza di 1.000-1.100 persone malate. Ad ogni C.D.C. corrisponde un referente, individuato tra il personale che lo compone, con compiti organizzativi e di comunicazione ordinaria con il malato e la famiglia.

Al C.D.C. sono attribuiti i seguenti compiti:

- *approfondimento e rivalutazione diagnostici e funzionali del malato e della capacità di assistenza dei familiari;*
- *trattamento farmacologico e non;*
- *supporto familiare;*
- *consulenza per altri servizi dei quali il malato debba occasionalmente servirsi;*
- *pianificazione e conduzione di un eventuale ricovero in ospedale per patologie correlate o intercorrenti.*

All'interno dell'Azienda ULSS al C.D.C. debbono essere garantiti percorsi facilitati per gli approfondimenti diagnostici e per richieste consulenziali specifiche.

Inoltre, per almeno una struttura ospedaliera per ogni Azienda, è opportuno siano presenti dei letti, tra quelli ordinari, in unità complesse di Geriatria e/o di Neurologia e/o di Medicina, preferibilmente destinati a condurre le cure per persone affette da decadimento cognitivo.

Per lo svolgimento dei propri compiti il C.D.C. deve possedere almeno le seguenti competenze:

1. *geriatrica con competenze internistiche,*
2. *neurologica,*
3. *psicologica (con capacità diagnostiche differenziali in materia neuropsicologica e psicopatologica, psicometriche, di sostegno psicologico),*
4. *riabilitativa (terapia occupazionale o educativa svolte eventualmente anche al domicilio del malato con il concorso dei familiari),*
5. *infermieristica sia in forma diretta che con l'addestramento dei familiari.*

Le attività del C.D.C. possono essere svolte con il contributo o la sussidiarietà delle organizzazioni di volontariato.

Lungo tutto il percorso di cura le necessità sociali sono assunte dal Servizio Sociale, Professionale, gestito in forma diretta dai Comuni.

Il referente del C.D.C. assieme al M.M.G. (Medico di medicina generale o Medico di base) funge da tramite ordinario con il malato e la famiglia.

Nell'organizzazione il C.D.C. condivide informazioni con i componenti del U.V.M.D. per la pianificazione assistenziale.

Il C.D.C., il M.M.G. e l'U.V.M.D. assumono quindi il compito di valutare periodicamente la tutela complessiva del malato e della sua famiglia e la qualità delle cure.

Per la sua attività, ogni C.D.C. si avvale dei centri con maggior disponibilità tecnologica e competenza specifica.

Tra i servizi di supporto dell'attività del C.D.C. è collocato il C.R.I.C. (Centro Regionale per l'Invecchiamento Cerebrale) con compiti di approfondimento diagnostico, consulenza e supporto riabilitativo.