

LA RETE DEI SERVIZI

Com'è strutturata la rete dei servizi per le non autosufficienze

Conoscere per tempo i punti di accesso della rete dei servizi sociosanitari, conoscerne le regole, sapere cosa possono offrire è indispensabile per poterli usare secondo i propri bisogni



Numero Verde Toscana 800900136

Via Pancaldo 29
50127 Firenze
tel. 055 433187
info@aimafirenze.it

L'integrazione sociosanitaria

Il caso di demenza si presenta, per il bisogno di assistenza, come caso complesso. Il termine complesso, in questo caso, non significa complicato, ma è usato per esprimere la compresenza di bisogni di tipo sociale e bisogni di tipo sanitario, che richiedono l'intervento di operatori con ruoli e competenze diverse. Per questa sua caratteristica, la presa in carico del caso di demenza non può essere fatta solo da una figura sanitaria, come il medico, o solo da una figura sociale, come l'assistente sociale, ma da una équipe multiprofessionale, che vede la compresenza di figure sanitarie e sociali.

Per la demenza, come per altre malattie croniche, sia neurologiche che di altro tipo, ma tutte più o meno correlate con l'età, i servizi del territorio devono assumere una struttura di rete integrata, che consenta un intervento informato e coordinato di tutte le competenze richieste dal caso.

La rete dei servizi prevede servizi specifici per le persona anziane non autosufficienti. Gli attori principali della rete sono:

- medici di famiglia;
- medici specialisti;
- distretto sociosanitario della Asl;
- servizio sociale del comune o della Asl, a seconda del comune di residenza.

Ognuno di questi soggetti svolge un ruolo ben definito, che deve integrarsi con gli altri, per garantire a ciascun operatore le conoscenze necessarie al suo intervento, da un lato, e per evitare duplicazioni di protocolli, test di valutazione, esami di laboratorio e strumentali, che comporterebbero un aumento dei costi e un appesantimento burocratico, dall'altro.

Il medico di famiglia

Scendendo nel dettaglio, al medico di famiglia spetta il compito di avviare il percorso diagnostico. È lui infatti che, generalmente, raccoglie le preoccupazioni di una persona per il comportamento inusuale di un suo familiare e sviluppa il sospetto di demenza, riconoscendo i sintomi di esordio della malattia. In questo caso, indirizza la famiglia ad un centro diagnosi per la demenza. Ma il suo compito non finisce qui. Essendo il garante della salute del suo paziente, il medico di famiglia controlla la compatibilità delle cure specialistiche con lo stato di salute generale della persona e si occupa della cura delle patologie concomitanti.

Gli ambulatori per la demenza

Gli ambulatori per la demenza sono servizi istituiti presso le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere, ai quali si accede con richiesta del medico di famiglia. L'appuntamento per la visita è fissato tramite il CUP, richiedendo una visita spe-

cialistica per disturbi cognitivi (Alzheimer o demenza). L'operatore del CUP può fissare l'appuntamento per l'ambulatorio richiesto dall'utente o per quello che ha la lista di attesa più corta. Se il medico svolge attività privata all'interno della struttura pubblica, si può chiedere una visita privata intra moenia.

I medici degli ambulatori per la demenza possono prescrivere gratuitamente farmaci per i sintomi cognitivi e per i sintomi comportamentali, seguendo un protocollo definito dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) e dalla Regione Toscana.

Il distretto sociosanitario

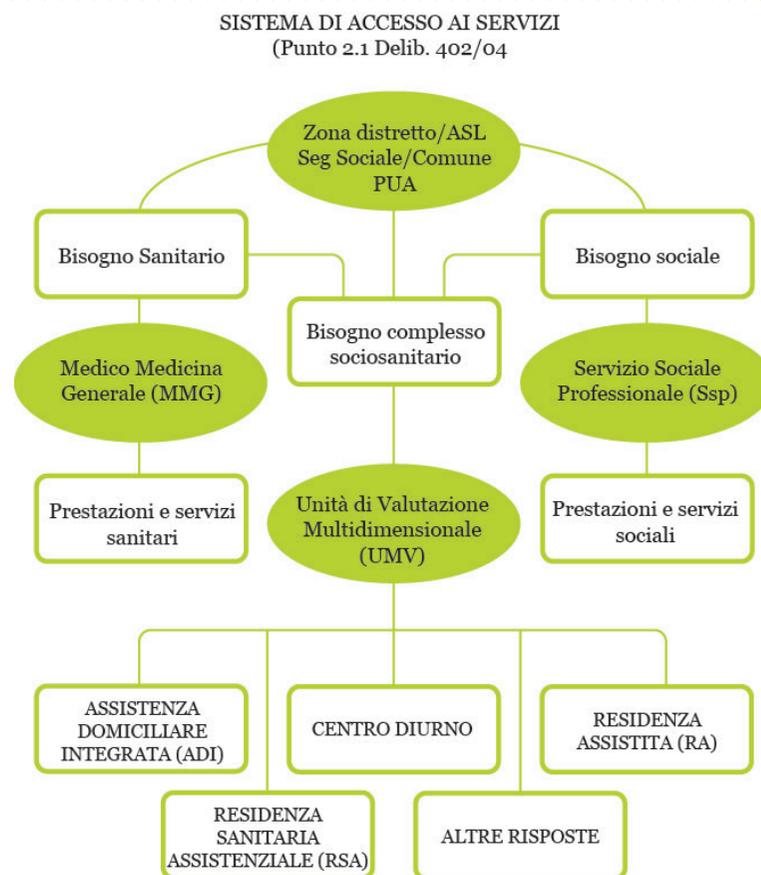
La schema a blocchi della figura descrive il sistema di accesso ai servizi previsti per le persone non autosufficienti, secondo la delibera n. 402/04 della Regione Toscana.

Le sigle nella figura hanno il seguente significato:

PUA - Punto Unico di Accesso, ufficio localizzato presso il distretto, che raccoglie la richiesta dell'utente, qualunque essa sia, e la inoltra alla sede appropriata all'interno della rete;

MMG - Medico di Medicina Generale, il medico di famiglia;

UVM - Unità di Valutazione Multiprofessionale, la commissione del distretto che approva la valutazione di non autosufficienza, approva il piano assistenziale personalizzato e attiva le risorse.



Il percorso inizia dal distretto, al quale si rivolge una persona per chiedere un servizio sociale o sanitario per sé o per un suo familiare. Il primo contatto avviene attraverso il punto unico di accesso o il segretariato sociale, in modo da attivare una prima valutazione del bisogno. Nel caso di bisogno esclusivamente sociale, il Servizio Sociale prende in carico il caso e attiva le prestazioni ed i servizi sociali appropriati alla situazione. Nel caso di bisogno esclusivamente sanitario, il medico di famiglia attiva le prestazioni ed i servizi sanitari necessari. Infine, nel caso di bisogno complesso, cioè sia sociale che sanitario, il caso viene valutato

da una équipe multiprofessionale che predisponde un piano assistenziale personalizzato. Il piano assistenziale è quindi approvato dalla Unità di Valutazione Multidimensionale, che attiva le risorse necessarie, scelte tra quelle indicate nello schema, in basso.

In ogni caso, il distretto esegue una valutazione della non autosufficienza della persona destinataria del servizio, per accertare che sia una persona di età superiore a 65 anni e per definire il grado, le cause e la tipologia della non autosufficienza, cioè se, ad esempio, se è parziale o totale o se è di tipo prevalentemente motorio o cognitivo.