

I CDCD svolgono attività di:

- Valutazione geriatrica o neurologica medico-diagnostica ed indagini specifiche;
- Impostazione e controllo del programma terapeutico-farmacologico;
- Valutazione neuropsicologica e psicosociale comprensiva del contesto relazionale e familiare;
- Approfondimento del profilo cognitivo, valutazione psicoaffettiva, funzionale e psicocomportamentale;
- Impostazione degli interventi non farmacologici ma a carattere psicosociale rivolti alla persona con demenza ed ai suoi familiari;
- Accordo e co-progettazione di interventi post diagnostici con i servizi sociali, le associazioni, gli enti locali territoriali.

L'équipe multi professionale dei CDCD rappresenta lo snodo principale della rete dei servizi ed è costituita da varie figure che si occupano della fase diagnostica e della presa in carico dei pazienti con deterioramento cognitivo. L'équipe è composta da:

- Medici geriatri e neurologi: svolgono tutte le attività collegate alla diagnosi e alla cura all'interno dei CDCD aziendali.
- Infermieri: svolgono attività di informazione, accoglienza, assistenza e triage telefonico in accordo con le altre figure professionali del servizio.
- Psicologi: svolgono attività di valutazione neuropsicologica, supporto psicologico al paziente e al caregiver, indicazioni per trattamenti psicosociali erogati in collaborazione con gli enti locali e le associazioni.
- Sono presenti in equipe anche assistenti sociali che garantiscono l'adeguata valutazione dei bisogni assistenziali e l'eventuale accesso ai servizi della rete.

Le competenze previste nei CDCD

Nel CDCD sono previste competenze, cui devono corrispondere effettive disponibilità in termini di persone e di tempo:

geriatrica e neurologica

con capacità diagnostiche differenziali affinate, conoscenza dei fattori di rischio e del loro trattamento, con particolare attenzione alla gestione del paziente con co-morbilità e fragilità, secondo un approccio multidimensionale (dimensione cognitiva, funzionale, fisica, relazionale);

psicologica con capacità:

- diagnostiche differenziali in materia neuropsicologica e psicopatologica
- psicometriche consolidate per l'identificazione e quantificazione delle alterazioni nei diversi domini e definizione dei disturbi comportamentali
- di sostegno psicologico e motivazionale delle famiglie per approfondita conoscenza della storia naturale della malattia e delle sue conseguenze, nonché dei rischi ambientali per il paziente e dei fattori riabilitativi atti al rallentamento del deficit cognitivo-funzionale

infermieristica con capacità e attitudini:

- relazionali, comunicative e di lavoro in team
- all'educazione terapeutica e all'empowerment, con particolare attenzione alla prevenzione e alla gestione di complicanze fisico-funzionali
- di assistenza e di dinamiche organizzative
- di supporto ai familiari, sia per i problemi legati alle attività della vita quotidiana sia per quelli specifici della malattia e dei disturbi del comportamento e delle co-morbilità

- riabilitativa o di terapia occupazionale o educativa con capacità specifiche nel modulare le proposte di attività in modo da promuovere l'utilizzo delle potenzialità ancora sufficientemente conservate; le attività di stimolazione cognitiva e funzionale dovrebbero essere ordinariamente e continuativamente svolte anche al domicilio del malato con la collaborazione dei familiari;

Per consentirne il buon funzionamento, sarebbe necessario che il CDCD disponesse di una linea telefonica dedicata e di un operatore, debitamente formato, disponibile per un congruo tempo, in grado di offrire un riferimento ai malati e alle famiglie per informazioni e suggerimenti nella quotidianità di cura; questo strumento fornirebbe agli operatori anche un supporto organizzativo qualificato verso i problemi dei malati.

Al CDCD sono attribuiti i seguenti compiti generali:

- valutazione cognitiva e funzionale del malato;
- valutazione diagnostica;
- trattamento farmacologico;
- valutazione della capacità di assistenza dei familiari ed eventuale supporto;
- valutazione dei bisogni, delle risorse e delle capacità del paziente e del caregiver;
- collaborazione di tutti i membri del team con la persona con demenza e la sua famiglia, per la definizione degli obiettivi di cura;
- trattamento riabilitativo (non farmacologico);
- promozione di interventi informativi ed educativi ed attività, anche di monitoraggio (condivisi con l'équipe), verso il paziente e la sua famiglia, lungo tutto il percorso di cura;
- utilizzo di tecniche di empowerment per la gestione a domicilio delle problematiche quotidiane come i disturbi del comportamento, e strategie assistenziali per l'adattamento all'ambiente di vita (ambiente protesico, ecc.);
- di garantire continuità di assistenza, informazione e sostegno al paziente e alla famiglia;
- di facilitare il percorso assistenziale, coinvolgendo attivamente i caregiver e dando particolare attenzione all'aspetto relazionale e alla funzione educativa;
- di fornire informazioni sulla rete dei servizi;
- di collaborare con l'assistente sociale del territorio di riferimento per garantire una migliore risposta dei bisogni socio-sanitari;
- di collaborare con gli altri professionisti coinvolti (medico di medicina generale, specialista, neuropsicologo, ecc.);
- di favorire l'attivazione dei percorsi assistenziali garantendo l'integrazione multi-professionale e la continuità delle cure con la rete dei servizi territoriali e del terzo settore.