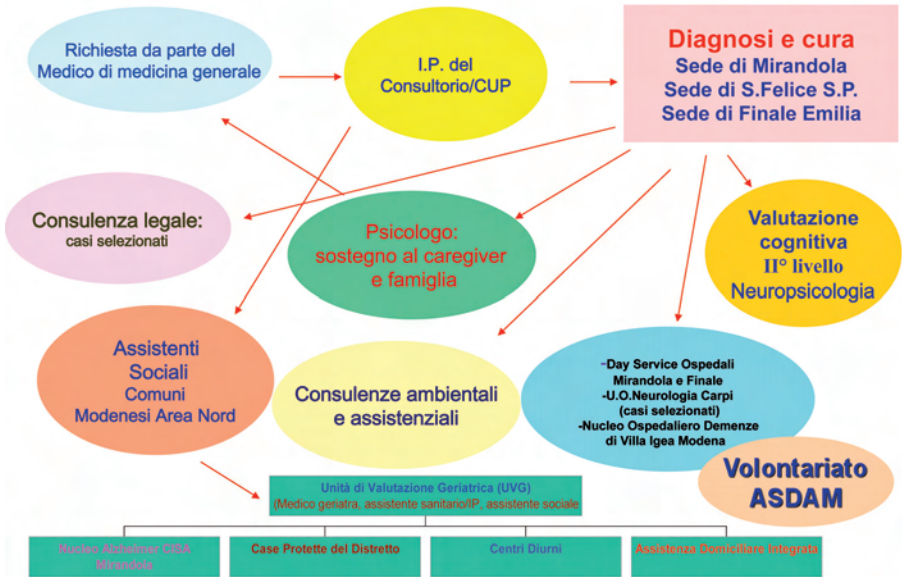


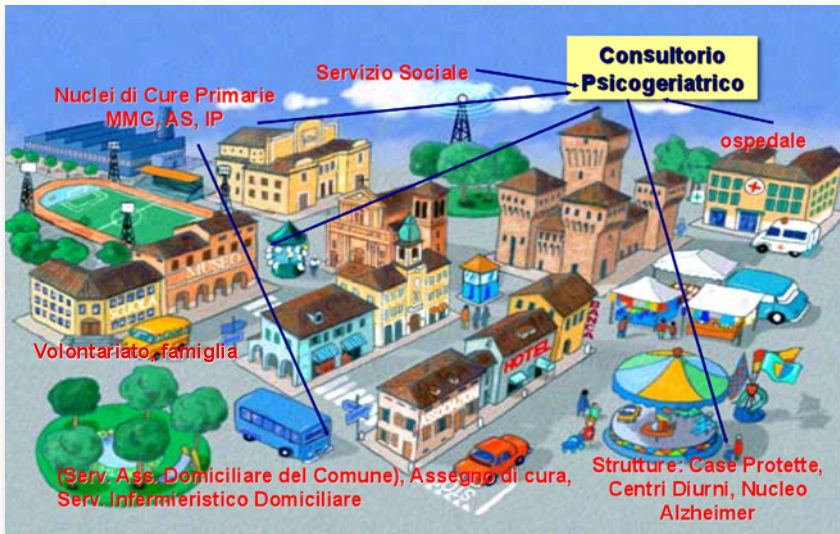
Parte 4

Il Consultorio Psicogeriatrico di Mirandola



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Modello assistenziale "a rete"



Integrazione socio-sanitaria



Rappresenta il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie, coinvolge e **valorizza tutte le competenze e le risorse offerte dal territorio**: i servizi delle ASL, le singole persone, le famiglie, il volontariato.

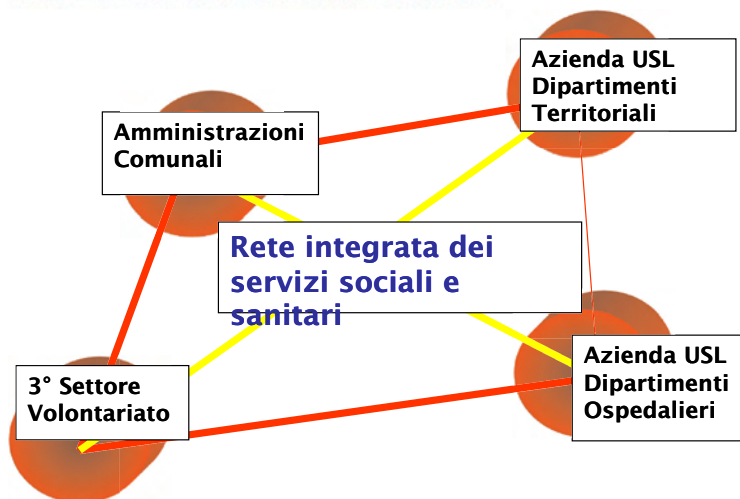
E' basata sulla **collaborazione con i Comuni**, titolari dei servizi sociali per le comunità di riferimento.

Le **ASL, assieme ai Comuni, coordinano gli interventi**, mettendo in rete le risorse e le diverse competenze.

Perchè l'integrazione socio-sanitaria?

- Genera maggiore efficacia assistenziale
- Favorisce uso più efficiente delle risorse
- Riduce il disagio dei cittadini

*Distretto: articolazione aziendale
garantisce l'integrazione*



Io parto dall'Associazione Medica Americana che dice: - C'è una nuova classe di malati, quella della popolazione anziana con la sua vulnerabilità, fragilità, disabilità e la pluripatologia. Il classico esempio è la signora Maria, di 90, che ha un disturbo cognitivo, presenta disturbi psicotici, ci vede poco, ci sente poco, è cardiopatica, osteoartrosica, relegata su una sedia a rotelle.

Prende molte medicine ed è sola.

Naturalmente questo è legato alle modifiche del contesto sociale all'invecchiamento della popolazione che comporta un aumento del numero di pazienti che ha più patologie che possono creare disabilità.

C'è la perdita di un ruolo attivo dell'anziano come custode di esperienze trasmissibili.

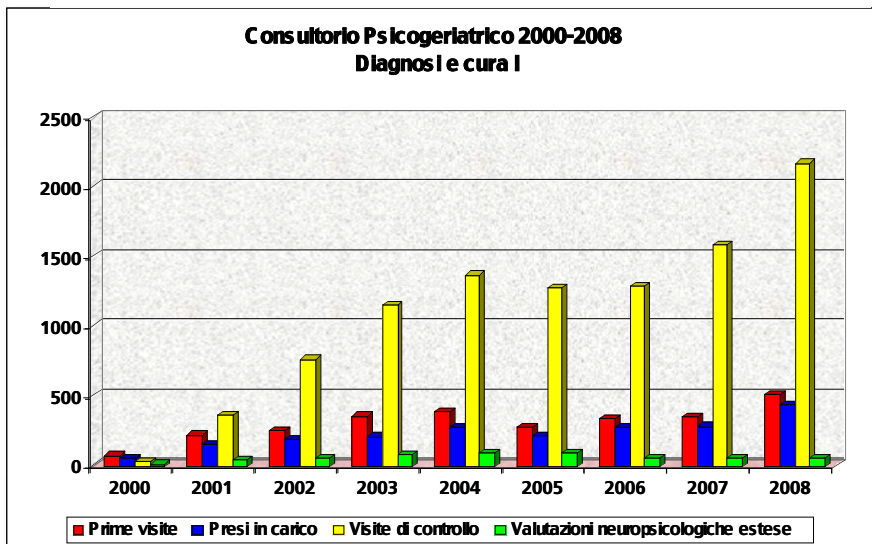
Cambia la caratteristica della famiglia, ci sono più difficoltà economiche, compare una nuova figura che è quella della badante.

La cura del paziente demente è difficile; perché innanzi tutto bisogna stabilire e mantenere un'alleanza con il paziente e soprattutto con la famiglia, fornire

interventi riabilitativi e psicosociali, utilizzare i farmaci, che sono importanti per il declino cognitivo, per i sintomi non cognitivi, bisogna trattare e prevenire le complicanze, trattare le patologie concomitanti, definire un piano globale e individuale del trattamento.

Bisogna supportare e gestire le problematiche del caregiver.

I dati di attività 2000 - 2008



I consultori psico - geriatrici sono nati in Emilia Romagna nel 2000 dopo la delibera regionale del 30/12/99. Questo perché non vi è solo la malattia di Alzheimer, non ci sono solo i farmaci, non ci sono solo i pazienti.

Questo si nota anche dalle riviste a livello internazionale. Il nostro consultorio è collocato nella parte nord est della provincia di Modena, è composto da nove comuni, con una popolazione di oltre 80 000 abitanti, con una popolazione di ultra sessantenni del 22% e gli ultra settantacinquenni ne rappresentano il 10,3%.

Qual è la funzione del consultorio psico-geriatrico?

In primo luogo la sua funzione è sanitaria, mira ad individuare precocemente l'insorgenza del declino cognitivo, addirittura, se possibile, a garantire interventi farmacologici e soprattutto non farmacologici per rallentare il percorso della malattia, a razionalizzare gli interventi farmacologici

all'interno della malattia, a gestire e possibilmente anche a prevenire i disturbi comportamentali.

Dal punto di vista sociale, ha un percorso semplificato all'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, divulga conoscenza nella popolazione per la crescita culturale, la prevenzione e per gli stili di vita che contrastano l'insorgenza della malattia, divulga l'informazione e la formazione dei caregiver e la formazione degli operatori del servizio.

Mette a disposizione dei servizi sociali e sanitari, le conoscenze di strumenti professionali specifici, i principi dell'ambiente protesico, si avvale dell'apporto legale e previdenziale e di una banca dati sulla demenza.

C'è un ambulatorio gestito da quattro geriatri e un neurologo, che sono io, un neuropsicologo e un infermiere professionale. Inoltre si avvale di accordi con il laboratorio analisi, con la radiologia, con l'ospedale, il Centro di Salute Mentale (CSM), l'ufficio invalidi civili, la farmacia dell'ospedale e i medici di medicina generale. Un infermiere coordina tutto. Ci si avvale dello psicologo, del consulente legale, che è gratuito, del consulente ambientale, del consulente assistenziale e poi c'è il collegamento con l'importante volontariato e inoltre ci sono le attività di formazione per gli operatori territoriali ospedalieri.

Vi ho già affermato che si collabora con il CSM, perché si deve seguire al meglio i pazienti con doppia diagnosi, perché il paziente anziano con i problemi psichiatrici non è facile da gestire neanche dagli psichiatri che seguono le patologie di loro competenza. Si seguono i pazienti anche se non sono stati diagnosticati dementi, ma sono anziani con psicosi e depressione, e poi supportati dalla valutazione neuropsicologica, geriatrico-neurologica per i pazienti psichiatrici.

Con la radiologia esiste un accordo: su nostra richiesta i tecnici vengono a fare una misurazione particolare del lobo temporale, molto importante per la diagnosi di malattia di Alzheimer, solo se la richiesta ha la dicitura CRONOS.

Quindi, il malato come arriva al nostro consultorio?

Parte la richiesta dal medico di base, con cui c'è un accordo, oppure arriva dall'ospedale, dai servizi sociali oppure dal CSM. Alla prima visita si fa la valutazione sia cognitiva di base, che la visita; poi da qui parte o la segnalazione per una valutazione neuropsicologica di secondo livello quando c'è l'incertezza della diagnosi, o l'indicazione allo psicologo, o alla consulenza legale: ci si basa a seconda di qual è l'esigenza.

Quando serve si segnala il caso ai Servizi Sociali per un eventuale inserimento o al nucleo Alzheimer o all'interno della struttura protetta o al centro diurno oppure si attiva l'assistenza domiciliare.

Come si è arrivati alla formazione di questi consultori psico-geriatrici?

È molto importante l'integrazione socio-sanitaria. Se si lavora da soli non si riesce a raggiungere risultati soddisfacenti, ci sono risultati, ma non come quelli che si vorrebbero. È un valore l'integrazione di tutte le competenze e le risorse offerte dal territorio, sia dal punto di vista sanitario, che dal punto di vista sociale di chi mette la parte economica che è il comune, ci si avvale anche del volontariato delle famiglie e delle singole persone.

Quindi l'importanza è che bisogna raggiungere una maggior efficacia assistenziale, un uso più efficiente delle risorse e la riduzione del disagio dei cittadini.

Il Consultorio ha una programmazione annuale e un piano di zona che è aggiornato ogni due anni.

Ci sono due ospedali, uno a Mirandola ed uno a Finale Emilia, con 64 posti letto di lunga degenza e riabilitazione estensiva, 9 Servizi Sociali Comunali con 13 Assistenti Sociali, 68 Medici di Base organizzati in 5 nuclei di cure primarie con 14 Infermieri del Servizio Infermieristico Domiciliare e gli Assistenti Sociali dei Comuni, 5 strutture residenziali con 326 posti convenzionati, un nucleo Alzheimer con 15 posti letto (perché è un residenziale) 5 centri diurni, 9 servizi di assistenza domiciliare comunali organizzati in 5 punti intercomunali di erogazione corrispondenti nell'articolazione dei nuclei di cure primarie.

Negli ultimi anni c'è stato un incremento della richiesta. Le diagnosi che sono state fatte dal 2000 al 2008 sono in linea con quello che è stato detto anche prima, la prevalenza riguarda la malattia di Alzheimer e come seconda patologia vi è la malattia di Alzheimer associata alla patologia vascolare. Questo racconta gli interventi psicologici che sono stati fatti, dove si vede che la maggior parte è stata fatta a scopo informativo.

Questo è l'intervento domiciliare: si nota che c'è un incremento di quelli domiciliari a sfavore di quelli residenziali - questo dimostra qual è il vantaggio dell'approccio multi-dimensionale e multi-professionale del problema.

Concludo con l'asserzione del ministero della salute del 2006 dove afferma che "le Unità Valutative Alzheimer, andrebbero rivalutate non solo come centri di dispensazione dei farmaci, ma come fulcro di un'assistenza multidimensionale all'interno della quale la terapia farmacologica riveste solo un ruolo minore".

MARIA SCARANO

Psiconeurologa del Consultorio Psico - Geriatrico di Mirandola