

Ob. 3 - Aree di alta integrazione. Rapporto Dipartimento di Salute Mentale / Distretti''

(anziani, handicap, medicina di base e specialistica, doppia diagnosi, minori ed adolescenti, consultori)

La psichiatria è per definizione una disciplina di confine. Ogni intervento in questo settore, se non vuol limitare la propria efficacia, deve necessariamente tener conto di un contesto generale, disciplinare ed operativo, ampio e coinvolgente più attori.

Risulta immediatamente evidente che l'integrazione operativa socio-sanitaria non può che essere uno degli obiettivi strategici prioritari del Dipartimento di Salute Mentale. In questo contesto il ruolo giocato dal Distretto Sanitario è centrale. Il distretto infatti è per definizione il crocevia delle politiche per la salute di un determinato territorio e la sua capacità d'interfacciarsi con tutti gli altri servizi sanitari e sociali è la variabile determinante di successo.

Il presente documento costituisce un primo nucleo di protocolli operativi, frutto di un lavoro collettivo, destinato a fungere da punto di riferimento operativo ed organizzativo per gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale e per gli operatori dei distretti sanitari. S'intende che questo prodotto costituisce solo un primo passo verso la costituzione di una prassi integrata di tipo collaborativo che possa consolidarsi stabilmente.

Le aree d'alta integrazione sono sei:

1. Anziani
2. Handicap
3. Medicina di base e specialistica
4. Doppia diagnosi
5. Minori ed adolescenti
6. Consultori

Per ogni area d'integrazione sono definiti diversi settori d'azione entro cui far rientrare l'ampia casistica sinora riscontrata. È evidente che quanto qui riportato non può esaurire la casistica e che in futuro ogni ulteriore apporto, derivante da una pratica costruttiva, sarà il benvenuto in un'ottica di miglioramento progressivo della qualità del servizio erogato all'utenza.

I protocolli identificano dei percorsi virtuosi, condivisi e riconosciuti tali, che hanno la finalità di migliorare l'efficacia dell'intervento (esiti) attraverso il corretto impiego delle risorse disponibili (efficienza).

1 - Programma integrato per far fronte ai problemi di salute delle persone anziane

Obiettivi

Ottimizzare in questo settore, cruciale per l'intera città e per l'azienda sanitaria, l'impiego delle risorse esistenti, riducendo al minimo il ricorso a misure invalidanti e controproducenti dal punto di vista della salute del soggetto anziano (ricoveri ospedalieri impropri o eccessivamente prolungati, ricorso alla casa di riposo, istituzionalizzazione). Corretto impiego della risorsa psichiatrica ai fini diagnostici, farmacoterapeutici, prognostici e d'indirizzo operativo.

I Servizi di Salute Mentale sono chiamati da agenti di contatto diversi a prestazioni che hanno in buona parte il carattere di consulenza, dove la richiesta d'intervento può provenire dall'U.V.D¹, o dal Medico di Medicina Generale, o dal nucleo familiare /careers o dai Servizi Sociali comunali.

Settori d'intervento

1. Consulenza distrettuale /MMG

La consulenza, effettuata dal medico specialista, ha lo scopo di valutare le condizioni psicopatologiche e sociali di soggetti la cui assistenza è prestata con diversi gradi di continuità dai careers o dalla struttura ospitante (casa di riposo, reparto ospedaliero) ed ha la finalità di:

- individuare un approccio psico-farmacologico corretto, se necessario, a specifici disturbi psichici e/o del comportamento²;

¹ Unità di Valutazione Distrettuale

² Descriviamo le condizioni più frequentemente incontrate in consulenza:

1. **Pazienti con disturbo dell'umore e (possibile) scarso screezio psicorganico** (ad es. note di vasculopatia cerebrale), in cui il deterioramento mentale resta para-fisiologico considerata l'età del soggetto; si tratta di solito di soggetti già con anamnesi positiva in disturbo dell'umore, in cui la condizione di istituzionalizzazione in casa di riposo ha riattivato vissuti di perdita e di abbandono.

- elaborare un programma di sostegno alle dinamiche familiari attraverso colloqui con uno o più componenti del gruppo familiare per favorire il miglioramento delle relazioni.
- fornire un parere specialistico ai fini di una valutazione complessiva del progetto abilitativo e/o riabilitativo di ciascun anziano.

Di norma l'esito dell'intervento, la riduzione degli eventuali effetti indesiderati delle terapie e quant'altro, vanno poi rinviati ai richiedenti (U.V.D. e M.M.G.) che restano i titolari del progetto terapeutico e come tali hanno inteso avvalersi di un parere specialistico.

Il Centro di Salute Mentale garantisce la continuità terapeutica ai soggetti già noti od in carico al servizio attraverso visite infermieristiche di verifica e di supporto.

Presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Trieste è attiva, dal settembre 2000, l'Unità di Valutazione Alzheimer come definita dal Progetto Cronos, promosso dal Ministero della Salute. La sua finalità è quella di fornire gratuitamente i farmaci inibitori dell'acetilcolinesterasi in una prima fase della cura e valutare il prolungamento nei periodi successivi. Il M.M.G., che individua il deficit cognitivo nella fase iniziale, dovrebbe presentare la richiesta alla valutazione sia diagnostica che dell'opportunità della terapia farmacologica alla Clinica Psichiatrica o al Distretto che è già informato e attivo intorno a questa procedura.

2. Consulenza / familiare (carico, rete, supporto)

La visita specialistica di consulenza può anche essere effettuata su richiesta dei familiari o di altre figure di sostegno. Gli operatori del servizio valutano la situazione attraverso colloqui con i caregivers e con quanti vivono nel contesto sociale della persona segnalata. Il servizio può mettere in atto azioni per sostenere e migliorare la rete sociale dell'anziano al fine di favorirne la vita e le relazioni sociali. Ciò deve avvenire in accordo con il M.M.G. e l'U.V.D. a cui vanno segnalati i casi visti in consulenza. Ove fosse necessario il M.M.G. e l'U.V.D. restano titolari del progetto terapeutico riabilitativo.

Ove se ne scorga la necessità l'anziano viene inserito nei programmi comuni di prevenzione o in progetti d'area come "Amalia" il cui scopo è quello di interrompere l'isolamento e stimolare un miglioramento della vita dell'anziano, individuando ogni tipo di bisogno della persona al fine di rimuovere le cause che determinano il disagio. In particolare quest'anno si integrerà con il progetto di ricerca – intervento Alzheimer, operante dal novembre 2001 e che ha come obiettivo specifico l'attivazione di reti di sostegno dei caregivers.

3. Consulenza in caso di "crisi" (Emergenza, 118, ricovero ospedaliero) non esclusa la "presa in carico" in caso di scompenso.

La richiesta di visita specialistica di consulenza spesso può attivarsi presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura in relazione ad "emergenze sanitarie" e/o alla necessità di fornire un sostegno all'eventuale ricovero in un reparto ospedaliero dell'anziano e/o in relazione ad eventi di vita che comportano per l'anziano problemi gravi relativi all'abitare, lutti o malattie invalidanti dei familiari o di altre figure di sostegno.

La richiesta di visita specialistica di consulenza avviene in relazione ad un disturbo arrecato alla vita comunitaria e/o familiare e da turbe del comportamento. In prima battuta, l'intervento è effettuato dalle agenzie dell'emergenza (118) e può esitare in un contatto con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ove viene effettuata la consulenza dal medico presente nell'Unità Operativa. Talora l'esito della consulenza determina l'accoglimento presso il Diagnosi e Cura stesso o presso il Centro di Salute Mentale competente per un opportuno monitoraggio della terapia farmacologica finalizzata al superamento della crisi per la normalizzazione del comportamento e/o della relazione in famiglia o nella comunità.

Successivamente alla consulenza, alcune situazioni, laddove sia presente una storia psichiatrica pregressa, hanno richiesto la presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale. Il programma terapeutico riabilitativo così attivato fornisce un'assistenza specialistica psichiatrica in aggiunta o in temporanea sostituzione a quella generica apportata precedentemente dalla famiglia o dalla struttura ospitante ed ha previsto forme di accoglimento semi residenziale e residenziale presso strutture del Dipartimento di Salute Mentale quali il Centro di Salute Mentale competente o il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

Criticità

2. **Pazienti con disturbo psichiatrico di vecchia data**, con scarsa o nulla rete sociale, che sono stati collocati in casa di riposo per ragioni assistenziali; si tratta per lo più di condizioni psicotiche stabilizzate, per cui si può porre ad es. diagnosi di psicosi residua, che sono spesso note ai C.S.M. e per le quali talvolta è opportuno rifare il punto data la discontinuità del rapporto terapeutico
3. **Pazienti con condizioni assimilabili a demenza vascolare** Si tratta di pazienti che presentano un deterioramento mentale di solito con progressione irregolare e capricciosa, "a scalini", con confabulazioni, fasi confusionali specie serali-notturne con disorientamento totale, e talora caratteristico "DELIRIUM" con dispercezioni anche visive. Spesso questi pazienti tendono a presentare comorbidità con condizioni mediche quali cardiopatia sclerotica, ipertensione e/o diabete, di cui la consulenza psichiatrica dovrà necessariamente tenere conto e quindi articolarsi coi trattamenti medici in corso.
4. **Pazienti con demenza senile tipo Alzheimer**. Qui la diagnosi clinica va posta sulla base della sintomatologia tipica (soprattutto deficit della sfera cognitiva, del linguaggio e delle prassie) e del decorso; la TAC o RM documentano un'atrofia cerebrale con ampliamento dei ventricoli e degli spazi pericerebrali. Può a volte insorgere una sintomatologia psichiatrica nelle fasi iniziali con caratteristiche psicotiche (ideazioni deliranti) e/o affettive (depressione) o nelle fasi di stato in relazione al deterioramento della personalità; vi può essere agitazione con turbe comportamentali. Tali sintomi rappresentano sicuramente aspetti secondari anche se possono costituire un serio problema di gestione.
5. **Pseudodemenze** Si presentano più raramente e per esse occorre una valutazione diagnostica differenziale accurata; tendono a rientrare sostanzialmente nel primo gruppo sopra citato.

Le modalità d'intervento dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale descritte sopra (punti 1, 2 e 3) incontrano alcuni nodi problematici:

- l'eterogeneità dei soggetti richiedenti, che divengono committenti dell'intervento, con obiettivi spesso diversi e non sempre allineati tra loro e con l'anziano;
- la richiesta scatta spesso in relazione ad un allarme già "montato" che assume il nome di disturbo psichico e spesso è rappresentato da condotte considerate anomale, più che da necessità di valutazione, di verifica e di impostazione di un programma terapeutico;

Viene prodotta una richiesta indifferenziata di normalizzazione di comportamenti legati a condizioni diverse; essa può essere sostenuta o meno da patologie di base in cui la componente di stretto interesse psichiatrico varia enormemente. In qualche caso la domanda allude a bisogni più allargati che richiederebbero riflessioni ed interventi sulle modalità organizzative dell'assistenza prestata nelle case di riposo.

Proposte operative

1. Riattivazione del Forum Anziani Aziendale. Deve aprirsi alle realtà del volontariato, del privato sociale, dell'associazionismo per iniziare dei discorsi e dei ragionamenti comuni sulle risposte che la nostra città dà agli anziani.
2. Accreditamento. Rispetto alla questione delle case di riposo non si ritiene più accettabile la mera "autorizzazione" attuale ma bisogna giungere all'identificazione di criteri per l'accREDITAMENTO.
3. Creazione di un'équipe mista per la residenzialità e la deistituzionalizzazione formata da un operatore infermieristico del Dipartimento di Salute Mentale, da un operatore dell'Équipe di Valutazione Geriatrica che insieme al MMG svolgano un'attività di consulenza agli operatori della struttura residenziale ai fini di promuovere e favorire la gestione quotidiana di talune problematiche emergenti nella vita comunitaria anche con lo scopo di attivare un cambiamento/miglioramento istituzionale. L'attivazione dell'équipe può avvenire attraverso le figure che fanno parte dell'équipe stessa, sollecitate da interventi precedentemente effettuati che abbiano messo in luce nodi problematici relativi alle modalità dell'assistenza, al rapporto con il territorio, a pratiche farmacologiche che richiedono una revisione, ecc.
4. Disincentivare l'abitudine che alcune case di riposo hanno di proporre un medico unico per gli ospiti, che così perdono il loro referente sanitario storico.