



***ESPERIENZA DI CASE  
MANAGEMENT NEI CENTRI  
DISTURBI COGNITIVI E  
DEMENZE (CDCD)  
DELL' AULSS 6 EUGANEA  
PADOVA***

**Chiara Pigozzo**  
Infermiera Case  
Manager  
AULSS 6 Euganea  
Padova

# DEMENZE DATI EPIDEMIOLOGICI

**PATOLOGIA CRONICA DEGENERATIVA IN AUMENTO  
OMS: PRIORITA' MONDIALE DI SANITA' PUBBLICA**

**DATI 2019**

**MONDO**

**Circa 50 MILIONI di persone affette da vari tipi di demenza (Previsti nel 2030 circa 75 Milioni)**

**ITALIA**

**1 MILIONE E 100 MILA**

**VENETO**

**67.085 di cui 2900 Casi Giovanili (età ≤ 65 anni)**

# DEMENZE E DISTURBI COGNITIVI

- Rilevanza epidemiologica
- Priorità sanitaria mondiale
- Impatto rilevante sulle attività di vita quotidiana
- Patologia cronica che causa importante disabilità e dipendenza
- Molto spesso associata alla presenza di altre patologie croniche
- Uso maggiore di risorse
- Complessità di gestione sanitaria e sociale
- Impatto economico

***E' NECESSARIO UN NUOVO MODELLO DI PRESA IN CARICO***

***LA COSTRUZIONE DI UN PERCORSO PER LA GESTIONE INTEGRATA DELLA PERSONA AFFETTA DA DISTURBI COGNITIVI E DEMENZA E DELLA SUA FAMIGLIA NELLA RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI***

# DEMENZE-NORMATIVA

**OMS "Piano Globale Azione sulla risposta di Salute Pubblica alle  
Demenze 2017/25"**

**Piano Nazionale Demenze GU 13/1/2015 n 9**

**Piano Socio Sanitario Regionale del Veneto 2019-2023**

## **DGR 570 9/5/2019**

" Recepimento linee indirizzo nazionale sui PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) per le demenze e sull'uso dei Sistemi Informatici per caratterizzare il fenomeno delle demenze "

*Approvazione del PDTA Regionale delle Demenze e della Mappa Web a supporto*

# UNA MAPPA PER LE DEMENZE



REGIONE DEL VENETO

## UNA MAPPA PER LE DEMENZE

<https://demenze.regione.veneto.it>

UNO STRUMENTO REGIONALE  
PER ORIENTARE LE PERSONE  
CHE VIVONO CON LA DEMENZA  
E I PROFESSIONISTI  
CHE SE NE PRENDONO CURA

Per saperne di più  
scannerizza il codice



*Strumento regionale che aiuta ad **ORIENTARE**  
paziente, familiari e professionisti nei  
**PERCORSI PIU' APPROPRIATI** di presa in carico*

*Promuove un **APPROCCIO INTEGRATO**  
**MULTIDISCIPLINARE***

*Garantisce **CONTINUITA', OMOGENEITA'**  
ed **EQUITA'***

*Valorizza le **COMPETENZE***

*Promuove **L'INTERCETTAZIONE PRECOCE***

*Sensibilizza al **MIGLIORAMENTO DELLA**  
**GESTIONE DELLA MALATTIA** nelle varie fasi,  
dalla prevenzione al fine vita*

# **CENTRI DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE (CDCD)**

I CDCD attraverso l'integrazione multidisciplinare, sono in grado di garantire la diagnosi, la presa in carico tempestiva, la continuità assistenziale ed un corretto approccio alla persona e alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia e nei diversi contesti di vita e di cure

# **CDCD AULSS 6 EUGANEA PADOVA**

**Recepimento da parte dell'Azienda ULSS 6 Euganea del  
PDTA regionale per le demenze DDG 593 del 4/07/2019.**



**Nuova organizzazione della rete CDCD ULSS 6 per garantire  
l'omogeneità della presa in carico attraverso la diagnosi  
precoce con punti di riferimento sicuri e qualificati e un  
nuovo un modello di stratificazione dei bisogni per intensità  
di cura e complessità assistenziale**



# EQUIPE DEI CDCD AULSS 6 EUGANEA PADOVA

In ogni CDCD dell'AULSS 6 sono presenti le seguenti figure professionali:

**Geriatri**

**Neurologi**

**Infermieri Case Manager (ICM)**

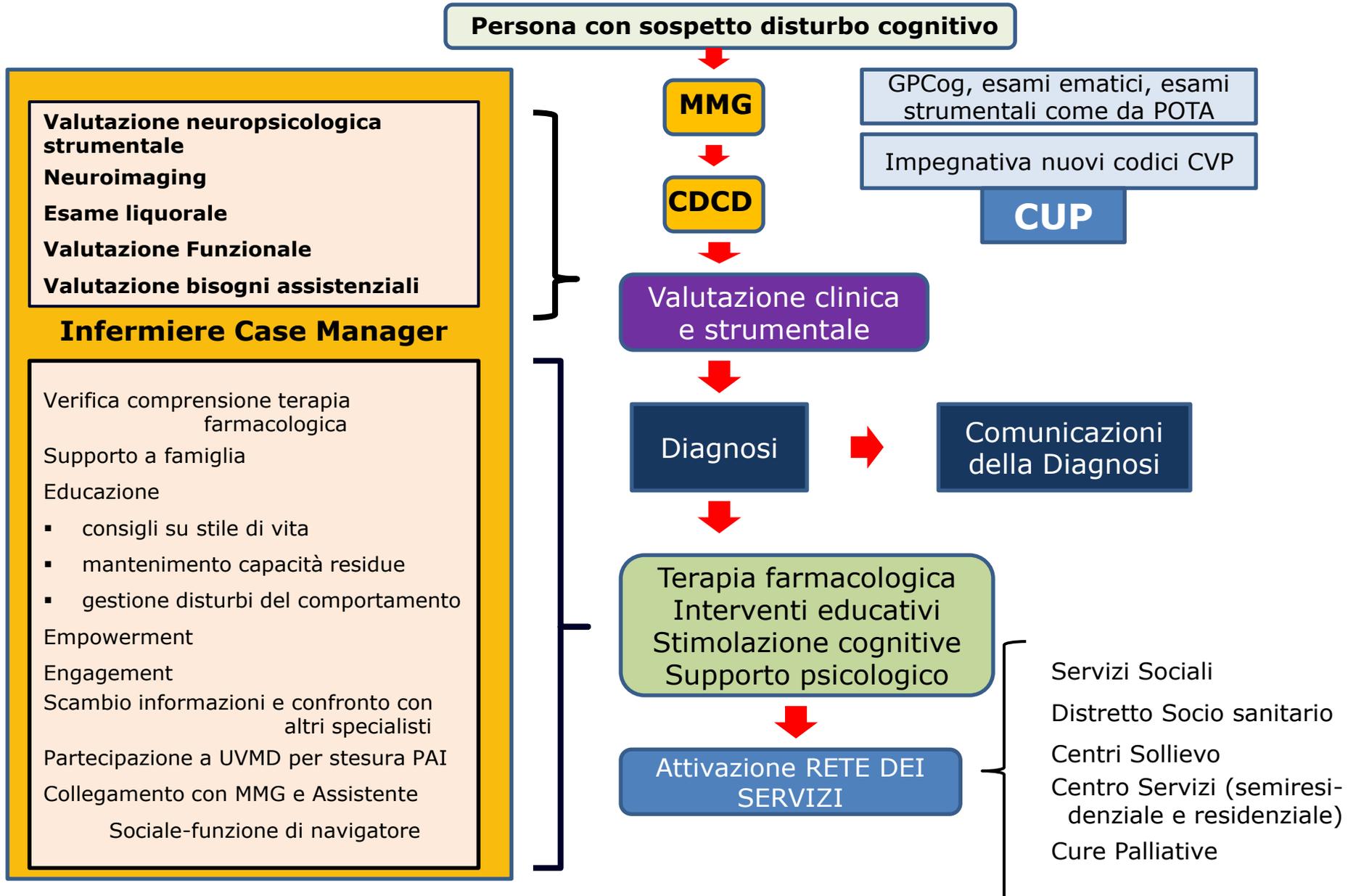
**Neuro  
Psicologi**

*Strumento di lavoro a supporto dei CDCD*



**Cartella Regionale Informatizzata CaCEDem**

# Percorso di presa in carico della persona con disturbi cognitivi nella AULSS 6 Euganea



# INFERMIERE CASE MANAGER CDCD ULSS 6

Nei CDCD dell'AULSS 6 Euganea (ex Ulss 16) era già stata introdotta la figura del ICM dal 2012 (DDG n. 14 20/01/2012)

## OBIETTIVI

Offrire un valido punto di riferimento sia per il paziente che entra nel percorso di cura e la sua famiglia che per gli stessi professionisti della rete socio-sanitaria → Presa in carico multidimensionale

Migliorare l'**integrazione** e la **continuità delle cure**

Massimizzare l'**efficacia degli interventi**

Ridurre la frammentazione delle cure

**Personalizzazione dell'assistenza**

## **Infermiere Case Manager CDCD Ulss 6:**

Coordina l'attuazione dei percorsi assistenziali garantendo la continuità delle cure nelle diverse fasi di malattia coinvolgendo la persona e la sua famiglia e tutti i professionisti in base alle necessità clinico-assistenziali (MMG, Ass.Sociale, Distretti ecc..)

### **SVOLGE LA SUA ATTIVITA'**

#### **AMBULATORIO**

con gli specialisti del CDCD

#### **DISTRETTO SOCIO SANITARIO**

presso i Punti Unici dei Distretti (Puad)

#### **DOMICILIO**

per approfondire le difficoltà assistenziali attraverso l'analisi del contesto sociale (casa, famiglia, caregiver, rilevazione ambientale, ecc)

**REPERIBILITA'**  
**TELEFONICA DIURNA**

# **FUNZIONI DELL'INFERMIERE C.M. CDCD AULSS 6 AMBULATORIO CDCD**

***In sinergia con l'equipe CDCD (geriatra, neurologo e  
neuropsicologo)***

**Valuta** con gli strumenti condivisi in CaCEDem e le scale di approfondimento

**Intercetta** eventuali problemi intercorrenti di natura clinico-assistenziale, sociale, ecc.

**Consiglia** interventi non-farmacologici a supporto

**Rileva** lo stress del caregiver e propone strategie a supporto

Propone **interventi di educazione** ai familiari per la gestione dei disturbi del comportamento, adattamento all'ambiente di vita, educazione all'ambiente protesico

Fornisce **informazioni** sulla rete dei servizi

**Lavora sullo stigma**

**Programma** le successive visite di controllo CDCD

**Confronto con gli altri professionisti** della rete per coinvolgerli nel percorso (Mmg, ass.sociale, psicologo, centri sollievo, ecc..)

**Educazione terapeutica, engagement ed empowerment**

# FUNZIONI DELL'INFERMIERE C.M. CDCD AULSS 6

## DISTRETTO SOCIO SANITARIO/ DOMICILIO

Si **confronta** con gli altri professionisti della rete e **favorisce l'integrazione** coinvolgendoli nel percorso (Mmg, ass.sociale, psicologo, centri sollievo,ecc..)

Si **confronta** con l'equipe CDCD e con il Mmg ed Assistente Sociale e trova insieme le **strategie di intervento** assistenziale e di supporto alla famiglia;

**Contatta** se necessario altre figure professionali e/o servizi all'interno della rete socio-sanitaria

Partecipa alla **U.V.M.D** .(Unità Valutativa Multidimensionale) distrettuale al fine di progettare gli interventi in maniera integrata attraverso la condivisione e stesura di un **PAI**

Fornisce **supporto informativo** alla famiglia sulla malattia e sugli aspetti assistenziali

Rileva attraverso la **Scheda S.V.a.M.A.** i profili di autonomia e lo stato funzionale della persona (cognitivo, mobilità e attività di base indice di Barthel)

# FUNZIONI DELL'INFERMIERE C.M. AULSS6

## DISTRETTO SOCIO SANITARIO/ DOMICILIO

**Monitora** l'andamento della malattia e l'adeguatezza assistenziale erogata dal caregiver

**Promuove** il processo di adattamento e la collaborazione proattiva della famiglia/caregiver

Prende in carico le comorbilità

Attua **interventi di educazione terapeutica, educazione all'ambiente protesico** e ne valuta gli esiti a distanza di tempo

Fornisce indicazioni per un corretto stile di vita (evitare fumo e alcool, seguire un'alimentazione appropriata, attività fisica, attività mentale...) e suggerisce **strategie** per ridurre eventuali fattori di rischio modificabili

Aiuta il paziente e sua la famiglia **a sostenere e mantenere le capacità residue**

Aiuta a **promuovere** alcune competenze coinvolgendo il paziente e il familiare/caregiver accrescendo **l'empowerment e il self-care**

**Accompagna** al fine vita interfacciandosi con il Servizio delle Cure Domiciliari (SIAD) e delle Cure Palliative

# CASO CLINICO

## **M.U. di anni 58**

Insorgenza primi sintomi lievi di disturbi di memoria circa 2 anni fa

## **SITUAZIONE SOCIALE E FAMILIARE**

Vive con la moglie e due figli minorenni.

Libero professionista che ha iniziato nello stesso periodo ad avere problemi economici.

Non consapevolezza di malattia



### **MMG**

Prescrive prima visita neurologica per disturbi cognitivi presso il CDCD

### **CDCD**

Valutazione multiprofessionale: Neurologo, Neuropsicologo e Infermiere Case Manager

### **DIAGNOSI**

Demenza degenerativa primaria in età giovanile



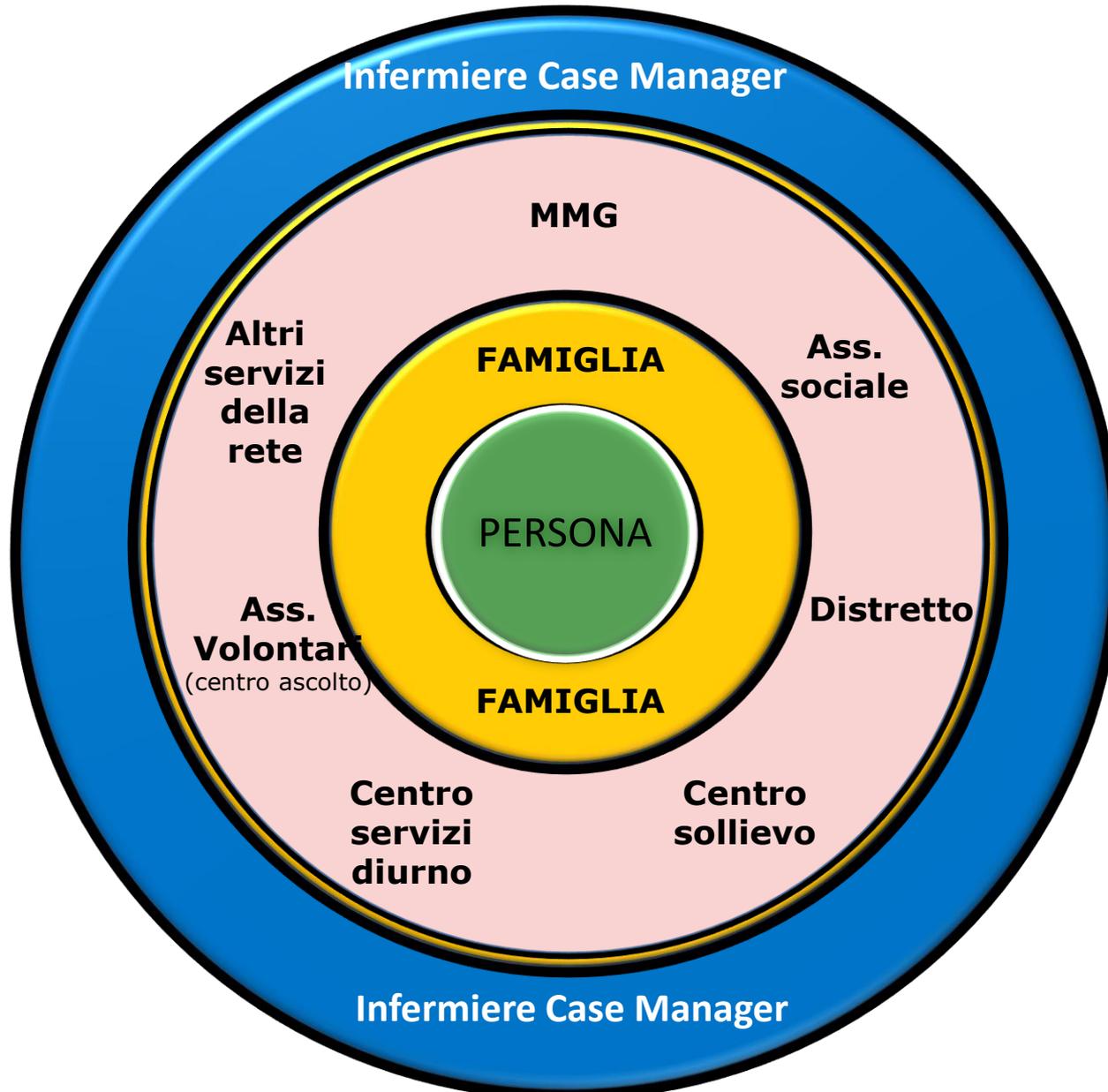
**PRESA IN CARICO**

# CASO CLINICO

## RUOLO DELL' INFERMIERE CASE MANAGER NELLA PRESA IN CARICO E ATTIVAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI

- ❖ Fornito supporto e informazioni sulla rete dei servizi formale ed informale al paziente/familiare
- ❖ Programmato uscite domiciliari per valutare il contesto di vita, educazione terapeutica ai disturbi del comportamento e all'ambiente protesico
- ❖ Uscita domiciliare congiunta con Assistente sociale  Coinvolgimento paziente e famiglia nel processo di cura e Attivazione SAD del comune
- ❖ Attivato **UVMD** in accordo con gli altri professionisti coinvolti  **PAI**
- ❖ Attivato percorso per accesso al Centro Diurno Alzheimer per stimolazione cognitiva e sollievo alla famiglia
- ❖ Programmato follow up successivi presso CDCD per monitoraggio andamento malattia
- ❖ Attivato Centro Ascolto del territorio per supporto al caregiver
- ❖ Confronto periodico tra CDCD, Equipe Centro Diurno, assistente sociale e MMG

# Ruolo dell'I.C.M. nella presa in carico e attivazione della rete dei servizi socio-sanitari



**SOSTENERE LA PERSONA E LA FAMIGLIA NEL PERCORSO DI CURA ATTRAVERSO LA RETE DEI SERVIZI SOCIOSANITARIA COORDINATA**



# CONCLUSIONI

La presenza dell' **Infermiere Case Manager** nell' AULSS 6 Euganea si sta rivelando di fondamentale importanza:

- Concreto **punto di riferimento** per il paziente, la famiglia e per i professionisti coinvolti

- Mette in **connessione e coordina tutti i nodi della rete** socio-sanitaria e assistenziale (Mmg, Specialisti, Distretto, Associazioni di volontariato, Centri sollievo e Centri Diurni ecc..)

- **Garantisce** l'appropriatezza e la continuità delle cure

- **Intercetta** le criticità del caso personalizzando l'assistenza

# CONCLUSIONI

**IL CONTRIBUTO DELL'INFERMIERE NEL NUOVO APPROCCIO DI PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON DEMENZA E LA SUA FAMIGLIA/CAREGIVER E' STATO SUPPORTATO DALLA MAPPA PER LE DEMENZE FACENDO ACQUISIRE CONSAPEVOLEZZA E VALORE AGGIUNTO ALLA PROFESSIONE ATTRAVERSO UNA VISIONE DI COLLABORAZIONE TRASVERSALE CON TUTTE LE FIGURE PROFESSIONALI E NON**



**REGIONE DEL VENETO**

**UNA MAPPA  
PER LE DEMENZE**  
<https://demenze.regione.veneto.it>

UNO STRUMENTO REGIONALE  
PER ORIENTARE LE PERSONE  
CHE VIVONO CON LA DEMENZA  
E I PROFESSIONISTI  
CHE SE NE PRENDONO CURA

Per saperne di più  
scannerizza il codice



Foto di Guido Andolfato - Associazione culturale e di promozione sociale  
Circolo di cultura fotografica PRIMOPRANO

**Una Mappa per le demenze  
IO SONO L'INFERMIERE  
<https://demenze.regione.veneto.it>**

**Pigozzo Chiara Infermiera Case Manager CDCD Ulss 6 Padova**