



**REGIONE DEL VENETO**

**UN NUOVO APPROCCIO ALLA DEMENZA  
UNA MAPPA A SUPPORTO  
DEL PDTA REGIONALE**

**VENEZIA MESTRE  
Ospedale dell'Angelo  
Padiglione G. Rama  
Via Paccagnella, 11  
22 MAGGIO 2019**

2019 **MOTORE**   
**SANITÀ**  
Gestire il Cambiamento



REGIONE DEL VENETO

**UN NUOVO APPROCCIO ALLA DEMENZA  
UNA MAPPA A SUPPORTO  
DEL PDTA REGIONALE**

**IO SONO: L'INFERMIERE**

Tiozzo Silvia Netti

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri – Azienda Zero



## Punti di forza della Mappa web

- **Valorizza le competenze** infermieristiche
- **Promuove l'intercettazione** tempestiva

**Sensibilizza** gli infermieri che operano in diversi setting sulle modalità di presentazione della patologia e sui segni e sintomi cui prestare attenzione per una intercettazione consapevole

**Fornisce conoscenze** indispensabili per la presa in carico integrata





# infermiere

## Indice

### 1. Come intercetto i pazienti con demenza nel mio luogo di lavoro:

- in Ospedale o in un Servizio territoriale (CSM, Servizio vaccinazioni, Ambulatori distrettuali...)
- in Assistenza domiciliare integrata (ADI)
- nel Punto unico di accesso del distretto (PUA)

L'infermiere  
prevenzione  
relazioni  
valutazione  
e della f  
tenuta  
sostegno  
costante  
Favorisc



REGIONE DEL VENETO

una mappa per le demenze

io sono ∨

**infermiere**

## Indice

### 1. Come intercetto i pazienti con demenza nel mio luogo di lavoro:

- in Ospedale o in un Servizio territoriale (CSM, Servizio vaccinazioni, Ambulatori distrettuali...)
- in Assistenza domiciliare integrata (ADI)
- nel Punto unico di accesso del distretto (PUA)



declino cognitivo per permettere l'avvio di un appropriato percorso di presa in carico

## 1. Come intercetto i pazienti con demenza nel mio luogo di lavoro:

### IN OSPEDALE O IN UN SERVIZIO TERRITORIALE



Se osservo in un paziente ricoverato presso un **reparto ospedaliero**, o presso un **servizio ambulatoriale territoriale**, la presenza di problemi cognitivi e/o comportamentali, o se lui stesso me li segnala:

- mi confronto con il medico referente per approfondire ed eventualmente valutare la necessità di una consulenza specialistica;
- suggerisco di continuare il percorso di approfondimento del problema cognitivo con il suo medico di medicina generale;
- fornisco informazioni sulla rete dei servizi formale ed informale;
- indirizzo l'utente, qualora se ne ravveda la necessità, all'assistente sociale di pertinenza, illustrandone il ruolo e fornendo i contatti.

Se si presenta un familiare/utente che mi riferisce di avere problemi cognitivi e/o comportamentali:

- suggerisco di recarsi dal medico di medicina generale per valutazione del sospetto declino cognitivo.

## IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)



Se il paziente assistito a domicilio **presenta** problemi cognitivi e/o comportamentali o se lui stesso e/o un familiare/*caregiver* me li segnala:

- valuto il contesto di vita e di relazioni del paziente (dove vive, chi si sta prendendo cura di lui, eventuale attivazione di una rete di sostegno informale...) e valuto le problematiche cognitive, fisiche ed ambientali e pianifico interventi specifici;
- mi confronto con il medico di medicina generale per approfondire ed eventualmente valutare la necessità di una consulenza specialistica;
- mi confronto con l'assistente sociale di pertinenza per valutare il sostegno della rete e la presenza di eventuali barriere o disuguaglianze sociali;
- fornisco informazioni sulla rete dei servizi formale ed informale ([vedi paragrafo 8 della pagina del paziente](#));
- fornisco informazioni sulla rete dei servizi formale ed informale
- fornisco sostegno, assistenza ed educazione terapeutica al familiare, sia per i problemi legati alle attività della vita quotidiana sia per quelli specifici della malattia e dei disturbi del comportamento;
- fornisco indicazioni per un corretto stile di vita (evitare fumo e alcool, seguire un'alimentazione appropriata, attività fisica, attività mentale...) e suggerisco eventuali strategie per ridurre i fattori di rischio modificabili. Dal box qui sotto puoi visualizzare e scaricare il file PDF con le raccomandazioni che puoi consegnare al paziente.



## IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Se il paziente assistito a domicilio **presenta** problemi cognitivi e/o comportamentali o se lui stesso e/o un familiare/*caregiver* me li segnala:

- valuto il contesto di vita e di relazioni del paziente (dove vive, chi si sta prendendo cura di lui, eventuale attivazione di una rete di sostegno informale). Valuto le

- mi confronto con il medico di medicina generale per approfondire ed eventualmente valutare la necessità di una consulenza specialistica

- mi confronto con l'assistente sociale di pertinenza per valutare il sostegno della rete e la presenza di eventuali barriere o vulnerabilità sociali

- fornisco sostegno, assistenza ed educazione terapeutica al familiare, sia per i problemi legati alle attività della vita quotidiana sia per quelli specifici della malattia e dei disturbi del comportamento

- fornisco informazioni sulla rete dei servizi formale ed informale

un'alimentazione appropriata, attività fisica, attività mentale...) e suggerisco eventuali strategie per ridurre i fattori di rischio modificabili. Dal box qui sotto puoi visualizzare e scaricare il file PDF con le raccomandazioni che puoi consegnare al paziente.



# infermiere

## 2. Il percorso infermieristico nel CDCD

- Primo contatto telefonico
- Prima visita
- Visite di controllo
- Assistenza Infermieristica con o senza la presenza dei disturbi del comportamento
- Colloqui di approfondimento
- Attivazione del percorso assistenziale



**infermiere**

## 2. Il percorso infermieristico nel CDCD

- Primo contatto telefonico
- Prima visita
- Visite di controllo
- Assistenza Infermieristica con o senza la presenza dei disturbi del comportamento
- Colloqui di approfondimento
- Attivazione del percorso assistenziale



## 2. Il percorso infermieristico nel CDCD

### IL CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE (CDCD)

L'infermiere del CDCD garantisce la continuità tra polo specialistico e territorio (MMG e assistente sociale).

Nel CDCD lavoro nell'ambulatorio in sinergia con lo specialista: congiuntamente valutiamo l'utente e il suo contesto familiare (ognuno nel suo ambito di competenza). Mi interfaccio con gli altri professionisti della rete socio-sanitaria con cui collaboro, scambio informazioni, condivido il percorso.

Nel percorso di presa in carico del paziente fungo da **facilitatore** favorendo l'integrazione tra le varie figure professionali coinvolte, la rete dei servizi e il paziente stesso/*caregiver*, basandomi sul modello di *case management*.



## 2. Il percorso infermieristico nel CDCD

### IL CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE (CDCD)

Nel CDCD lavoro nell'ambulatorio in sinergia con lo specialista: congiuntamente valutiamo l'utente e il suo contesto familiare (ognuno nel suo ambito di competenza). Mi interfaccio con gli altri professionisti della rete socio-sanitaria con cui collaboro, scambio informazioni, condivido il percorso.

L'infermiere del CDCD garantisce la continuità tra polo specialistico e territorio (MMG e assistente sociale)

in carico del paziente fungo da **facilitatore** favorendo l'integrazione tra le varie coinvolte, la rete dei servizi e il paziente stesso/*caregiver*, basandomi sul modello



## Primo contatto telefonico

Se ricevo telefonate da parte di **utenti che richiedono informazioni** sul servizio:

- do indicazione di **recarsi dal proprio medico di medicina generale** che valuterà la situazione.

**Se il medico ha ritenuto opportuna una visita presso il CDCD - e l'utente sta chiamando per fissare l'appuntamento** - spiego all'utente che ci sarà bisogno di:

- una impegnativa con richiesta di Prima visita neurologica per disturbi della memoria (codice 89.13\_8), di Prima visita geriatrica per CDCD (codice 89.7\_38) rilasciata dal proprio medico o di Prima visita psichiatrica per CDCD (codice 94.19.1\_6) con quesito diagnostico "disturbi della memoria, sospetto decadimento cognitivo"
- chiamare il CUP per prenotare la visita presso il CDCD;
- arrivare all'ambulatorio il giorno della visita con l'impegnativa e la relazione di accompagnamento del medico da portare allo specialista del CDCD (la relazione riassume gli esiti dei primi esami richiesti dal medico e contiene il quesito diagnostico);
- portare eventuali referti di esami, lettere di dimissione, ecc. di patologie coesistenti (vs. diabetologica, cardiologica, ecc.);
- portare con sé eventuali occhiali da vista e/o protesi acustiche;





## Primo contatto telefonico



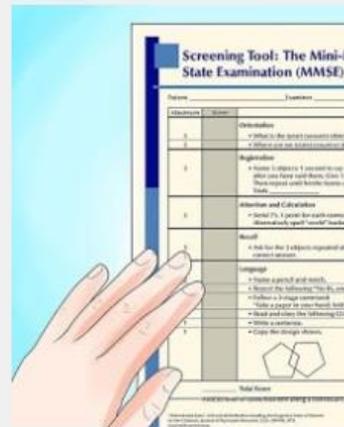
## Prima visita

Si presenta un paziente in prima visita con sospetto di decadimento cognitivo:

- accolgo il paziente;
- in sinergia con lo specialista valuto il paziente con gli strumenti condivisi in CaCEDem: compilo, ADL e IADL, MMSE;
- se necessario compilo altre scale di approfondimento (CBI, NPI);
- valuto il bisogno assistenziale del paziente in relazione al suo contesto familiare.

Se il paziente si presenta alla prima visita da solo:

- chiedo che alla visita di controllo successiva venga accompagnato da un familiare;
- se valuto che il paziente presenta delle difficoltà/fragilità cognitive:





## Primo contatto telefonico



## Prima visita



Se lo specialista ha fatto diagnosi di disturbo cognitivo e/o demenza inizio il percorso di presa in carico (vedi le informazioni seguenti)

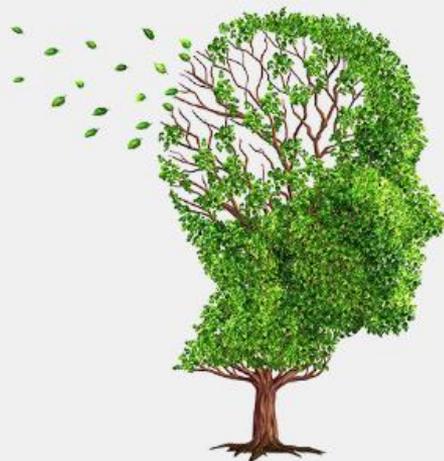
## Visite di controllo

Nella visita di controllo di un paziente già preso in carico al CDCD:

- accolgo il paziente e il suo accompagnatore;
- in sinergia con lo specialista ri-valuto il paziente con gli strumenti condivisi in CaCEDem: compilo, ADL e IADL, MMSE;



## Assistenza infermieristica con o senza la presenza dei disturbi del comportamento



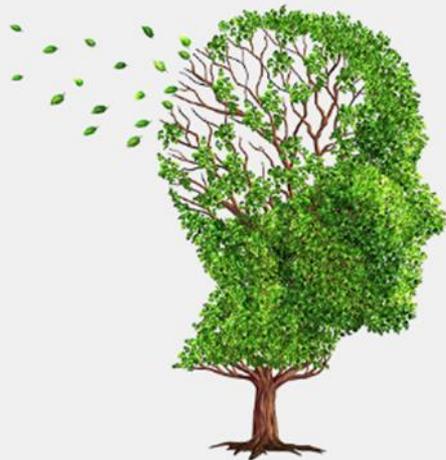
### Diagnosi di demenza senza disturbi del comportamento

Se lo specialista ha fatto diagnosi di demenza **senza** disturbi del



### Diagnosi di demenza con disturbi del comportamento

Se lo specialista ha fatto diagnosi di demenza **con** disturbi del comportamento:



Diagnosi di demenza senza disturbi del  
comportamento

- verifico la comprensione della terapia farmacologica eventualmente impostata dallo specialista e se necessario integro le informazioni;
- in sinergia con lo specialista consiglio interventi non farmacologici a supporto;
- se rilevo distress del familiare/caregiver compilo il CBI, se l'Inventory conferma il sospetto propongo strategie a supporto);
- aiuto la famiglia a mantenere e sostenere le capacità residue del paziente tramite:
  - **educazione terapeutica:** aiuto il paziente/familiare/caregiver a comprendere la malattia, il suo trattamento e a collaborare attivamente al percorso terapeutico acquisendo le capacità necessarie per prendersi cura del proprio stato di salute;
  - **empowerment:** con il contributo dell'educazione terapeutica aiuto il paziente/familiare/caregiver a sviluppare alcune competenze (auto-cura, consapevolezza di sé...) per promuovere il processo di adattamento alla malattia;
  - **engagement:** coinvolgo il paziente/familiare/caregiver durante il percorso socio-sanitario di malattia promuovendone la centralità, il ruolo pro-attivo, valorizzandone le scelte consapevoli, le priorità assistenziali e il contesto di vita familiare;
- lavoro sullo **stigma** (posso mostrare da qui alcune testimonianze);

zioni per un **corretto stile di vita** (evitare fumo e alcool, alimentazione appropriata, attività fisica, attività mentale...) strategie per ridurre eventuali fattori di rischio modificabili **OF con le raccomandazioni da consegnare al paziente);**

rmazioni e mi confronto con gli altri professionisti  
endere in carico la persona e redigere il Piano  
individualizzato (PAI):

edico di medicina generale per discutere le  
e individuate e trovare insieme le strategie di intervento  
e di supporto alla famiglia;

istente sociale per discutere le problematiche  
trovare insieme le strategie di intervento assistenziale e  
lla famiglia;

- se necessario contatto altre figure professionali e/o servizi all'interno della rete socio-sanitaria per gestire al meglio le problematiche del caso (Neuropsicologo, Centro Sollievo, PUA, altri specialisti...);
- partecipo attivamente all'incontro di pianificazione per la **stesura del PAI**. E' auspicabile, nei casi più complessi, la condivisione anche in sede di Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD).



Diagnosi di demenza senza disturbi del  
comportamento

## ▪ educazione terapeutica

## ▪ empowerment

## ▪ engagement

- verifico la comprensione della terapia farmacologica eventualmente impostata dallo specialista e se necessario integro le informazioni;
- in sinergia con lo specialista consiglio interventi non farmacologici a supporto;
- se rilevo distress del familiare/caregiver compilo il CBI, se l'Inventory conferma il sospetto propongo strategie a supporto);

capacità residue del

- **educazione terapeutica:** aiuto il paziente/familiare/caregiver a comprendere la malattia, il suo trattamento e a collaborare con il medico curante per un percorso terapeutico acquisendo le capacità necessarie per affrontare lo stato di salute;
- **empowerment:** con il contributo dell'educazione terapeutica aiuto il paziente/familiare/caregiver a sviluppare alcune competenze (auto-efficacia, gestione delle emozioni) per promuovere il processo di cura e il benessere del paziente;
- **engagement:** coinvolgo il paziente/familiare/ caregiver durante il percorso socio-sanitario di malattia promuovendone la centralità, il ruolo pro-attivo, valorizzandone le scelte consapevoli, le priorità assistenziali e il contesto di vita familiare;
- lavoro sullo **stigma** (posso mostrare da qui alcune testimonianze);

zioni per un corretto stile di vita (evitare fumo e alcool, alimentazione appropriata, attività fisica, attività mentale...) e strategie per ridurre eventuali fattori di rischio modificabili (es. ipertensione, diabete, ecc.) (vedi DF con le raccomandazioni da consegnare al paziente);

informazioni e mi confronto con gli altri professionisti (infermiere, psicologo, assistente sociale) e mi confermo in carico e redigere il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI):

medico di medicina generale per discutere le strategie di intervento e individuare e trovare insieme le strategie di intervento e di supporto alla famiglia;

assistente sociale per discutere le problematiche assistenziali e trovare insieme le strategie di intervento assistenziale e di supporto alla famiglia;

- se necessario contatto altre figure professionali e/o servizi all'interno della rete socio-sanitaria per gestire al meglio le problematiche del caso (Neuropsicologo, Centro Sollievo, PUA, altri specialisti...);
- partecipo attivamente all'incontro di pianificazione per la stesura del PAI. E' auspicabile, nei casi più complessi, la condivisione anche in sede di Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD).



- educazione terapeutica

- empowerment

- engagement

## INFERMIERE

promuove la salute  
promuove la prevenzione  
fornisce assistenza tecnica  
relazionale  
educativa

osserva il livello di stress del caregiver  
la tenuta della rete familiare  
il clima relazionale

offre sostegno  
costruisce relazioni di fiducia  
condivide adeguatezza interventi assistenziali



Diagnosi di demenza senza disturbi del  
comportamento

- verifico la comprensione della terapia farmacologica eventualmente impostata dallo specialista e se necessario integro le informazioni;
- in sinergia con lo specialista consiglio interventi non farmacologici a supporto;
- se rilevo distress del familiare/caregiver compilo il CBI, se l'Inventory conferma il sospetto propongo strategie a supporto);
- aiuto la famiglia a mantenere e sostenere le capacità residue del paziente tramite:
  - educazione terapeutica: aiuto il paziente/familiare/c

- fornisco indicazioni per un **corretto stile di vita** (evitare fumo e alcool, seguire un'alimentazione appropriata, attività fisica, attività mentale...)

▪ **scambio le informazioni e mi confronto con gli altri professionisti**

- empowerment: con il contributo dell'educazione terap paziente/familiare/caregiver a sviluppare alcune com cura, consapevolezza di sé...) per promuovere il process adattamento alla malattia;
- engagement: coinvolgo il paziente/familiare/caregive percorso socio-sanitario di malattia promuovendone la ruolo pro-attivo, valorizzandone le scelte consapevoli, l assistenziali e il contesto di vita familiare;
- lavoro sullo stigma (posso mostrare da qui alcune testimo

- **scambio le informazioni e mi confronto con gli altri professionisti coinvolti per prendere in carico la persona e redigere il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI):**
  - contatto il medico di medicina generale per discutere le problematiche individuate e trovare insieme le strategie di intervento assistenziale e di supporto alla famiglia;
  - contatto l'assistente sociale per discutere le problematiche individuate e trovare insieme le strategie di intervento assistenziale e di supporto alla famiglia;
  - se necessario contatto altre figure professionali e/o servizi all'interno della rete socio-sanitaria per gestire al meglio le problematiche del caso (Neuropsicologo, Centro Sollievo, PUA, altri specialisti...);
- partecipo attivamente all'incontro di pianificazione per la **stesura del PAI**. E' auspicabile, nei casi più complessi, la condivisione anche in sede di Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD).



- verifico la comprensione della terapia farmacologica eventualmente impostata dallo specialista e se necessario integro le informazioni;
- in sinergia con lo specialista consiglio interventi non farmacologici a supporto;
- se rilevo distress del familiare/caregiver compilo il CBI, se l'Inventory conferma il sospetto propongo strategie a supporto);
- aiuto la famiglia a mantenere e sostenere le capacità residue del paziente tramite:
  - educazione terapeutica: aiuto il paziente/familiare/caregiver a comprendere la malattia, il suo trattamento e a collaborare attivamente al percorso terapeutico acquisendo le capacità per prendersi cura del proprio stato di salute;
  - empowerment: con il contributo dell'educazione terapeutica il paziente/familiare/caregiver a sviluppare alcune competenze (cura, consapevolezza di sé...) per promuovere il processo di adattamento alla malattia;
  - engagement: coinvolgo il paziente/familiare/caregiver nel percorso socio-sanitario di malattia promuovendone il ruolo pro-attivo, valorizzandone le scelte consapevoli, le risorse assistenziali e il contesto di vita familiare;

- fornisco indicazioni per un corretto stile di vita (evitare fumo e alcool, seguire un'alimentazione appropriata, attività fisica, attività mentale...) e suggerisco strategie per ridurre eventuali fattori di rischio modificabili (Scarica il file PDF con le raccomandazioni da consegnare al paziente);
- scambio le informazioni e mi confronto con gli altri professionisti coinvolti per prendere in carico la persona e redigere il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI):
  - contatto il medico di medicina generale per discutere le problematiche individuate e trovare insieme le strategie di intervento assistenziale e di supporto alla famiglia;
  - contatto l'assistente sociale per discutere le problematiche individuate e trovare insieme le strategie di intervento assistenziale e di supporto alla famiglia;

- **partecipo attivamente all'incontro di pianificazione per la stesura del PAI**

- contatto il medico di medicina generale per discutere le problematiche del caso (Neuropsicologo, Centro Sollievo, PUA, altri specialisti...);
- partecipo attivamente all'incontro di pianificazione per la stesura del PAI. E' auspicabile, nei casi più complessi, la condivisione anche in sede di Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD).



## mappa per le demenze

- attuo interventi di educazione all'an
- fornisco indicazioni per un corretto  
appropriata, attività fisica, attività n  
di rischio modificabili ([Scarica il fil](#)
- monitoro l'andamento degli interv  
(NPI, CBI, ...);
- nei casi giovanili rilevo eventuali pr
- se necessario suggerisco di valutare
- lavoro per il superamento dello stig
- introduco, quando necessario, il tem

## Attivazione del perc

Una volta preso in carico il paziente, co

[La mappa dei percorsi è illustrata in qu](#)

## Approfondimento

[Care Management](#)

- [Care Management](#)

# Care Management

La maggior parte dei pazienti con demenza è affetto da almeno un'ulteriore condizione cronica. La multimorbilità, che ormai rappresenta la norma nei soggetti anziani, indirizza verso nuovi modelli di gestione integrata e di approccio alla cronicità a favore della continuità e del coordinamento delle cure.

Il *Care management* rappresenta uno dei modelli assistenziali e organizzativi in grado di favorire la presa in carico territoriale dell'utente con multimorbilità e della sua famiglia.

Nell'ambito delle attività territoriali l'infermiere care manager funge da navigatore integrandosi con il MMG e gli altri professionisti socio-sanitari coinvolti.

Il processo di presa in carico dovrebbe prevedere:

- un accertamento onnicomprensivo effettuato a domicilio del paziente in cui vengono rilevati bisogni, preferenze e priorità di salute del paziente, informazioni relative all'ambiente di vita, alla gestione dei farmaci (per effettuare la successiva riconciliazione farmacologica) e ai fattori di rischio;
- lo sviluppo in sinergia con il MMG di un PAI che descrive la pianificazione e l'attuazione degli interventi secondo gli obiettivi da perseguire, comprende anche l'elenco delle periodiche visite di controllo che il paziente deve effettuare in relazione alle proprie patologie croniche;
- il monitoraggio proattivo dell'andamento clinico (follow-up), utile a rilevare eventuali cambiamenti nello stato di salute, intercettare i problemi prima che si sviluppino, verificare la coerenza degli obiettivi, migliorare l'aderenza, promuovere e far mantenere uno stile di vita corretto per ridurre i rischi (attraverso la revisione della dieta, dell'attività fisica e l'automonitoraggio);
- verifica e revisione del PAI e di tutto il processo.

Questo approccio ha l'obiettivo di facilitare il coordinamento dell'assistenza fra differenti servizi e di aiutare a superare la frammentazione che spesso caratterizza la presa in carico di pazienti complessi garantendo la continuità dell'assistenza. Si prefigge di ridurre il carico dei caregiver grazie al continuo supporto. In altri ambiti questo modello si è dimostrato in grado di ridurre accessi in Pronto Soccorso e ricoveri ospedalieri inappropriati.



La mappa fornisce agli infermieri le conoscenze indispensabili per muoversi nella rete in modo coordinato e consapevole

La mappa è **patrimonio comune**: è nostra responsabilità implementarla per contribuire, grazie alla nostra competenza, a migliorare la gestione della malattia, dalle prime fasi al fine vita



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



una mappa per le  
demenze

