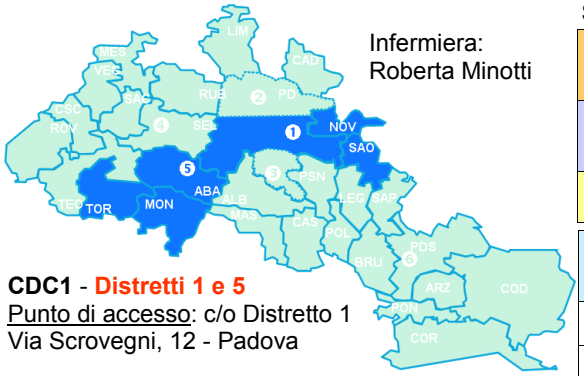
COME SI ACCEDE AI C.D.C.

L'Azienda Ulss 16 di Padova ha previsto l'istituzione di 3 CDC che coprono l'intero territorio di competenza; in particolare:
CDC1: Distretti n. 1 e 5 - **CDC2**: Distretti n. 2 e 4 - **CDC3**: Distretti n.3 e 6.



Infermiera:
Roberta Minotti

Specialisti:

Neurologia	Cl. Neurologica 1 Dr.ssa C.L. Bergamo (DSS1)
Geriatria	Cl. Medica 1 Lungodegenza
Psichiatria	CSM1

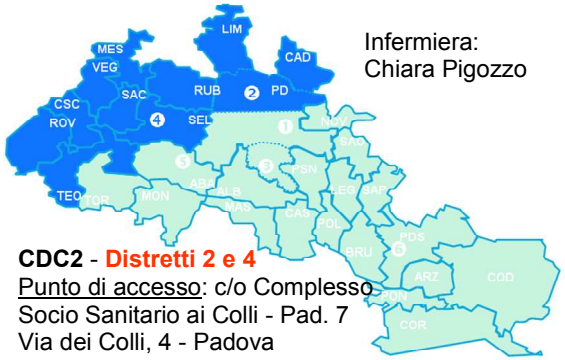
Telefono:	Fasce orarie reperibilità telefonica
049 8214524	8.00-9.00 e 12.30-14.00
329 7504411	

CDC1 - **Distretti 1 e 5**
Punto di accesso: c/o Distretto 1
Via Scrovegni, 12 - Padova

Specialisti:

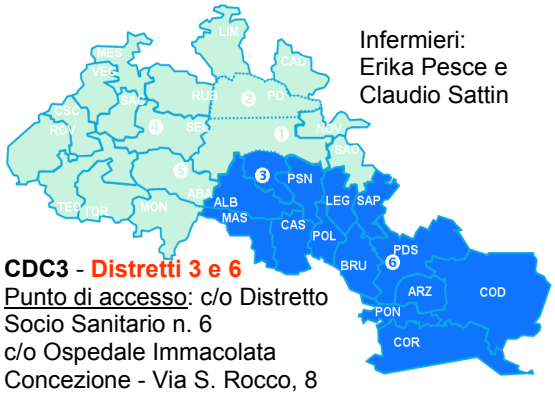
Neurologia	Cl. Neurologica 2
Geriatria	Cl. Geriatrica
Psichiatria	CSM2

Telefono:	Fasce orarie reperibilità telefonica
049 8216169	8.00-9.00 e 12.30-14.00
335 6811239	



Infermiera:
Chiara Pigozzo

CDC2 - **Distretti 2 e 4**
Punto di accesso: c/o Complesso Socio Sanitario ai Colli - Pad. 7
Via dei Colli, 4 - Padova



Infermieri:
Erika Pesce e
Claudio Sattin

Specialisti:

Neurologia	Neurologia (Piove di Sacco)
Geriatria	Geriatria - OSA Geriatria - Piove di Sacco
Psichiatria	CSM3 CSM Piove di Sacco

Telefono:	Fasce orarie reperibilità telefonica
049 751304	8.00-9.00 e 12.30-14.00
348 7694216	

CDC3 - **Distretti 3 e 6**
Punto di accesso: c/o Distretto Socio Sanitario n. 6
c/o Ospedale Immacolata Concezione - Via S. Rocco, 8
Piove di Sacco

A cura dell'URP Interaziendale
Rev. 00 - 10 settembre 2012

AZIENDA ULSS 16 PADOVA
UNITA' LOCALE SOCIO SANITARIA

GUIDA PER L'UTENZA

ALLA RETE DEI SERVIZI PER L'ASSISTENZA ALLA PERSONA AFFETTA DA DEFICIT COGNITIVO E DEMENZA

I CENTRI
PER IL DECADIMENTO COGNITIVO (CDC)

Nell'ambito dell'assistenza alle persone affette da deficit cognitivo e demenza, la Direzione Sanitaria dell'ULSS 16 di Padova ha avviato, fin dal 2008, un percorso per mettere in rete tra loro i diversi soggetti che si occupano della persona con deficit cognitivo o demenza e anche della sua famiglia.

Che cos'è il **Centro per il Decadimento Cognitivo (CDC)**

- è una rete di servizi che si prende cura della persona con disturbi cognitivi o demenza e dei loro familiari attraverso l'integrazione delle competenze dei Medici di Medicina Generale, Geriatri, Neurologi, Psichiatri, Infermieri, Operatori socio-sanitari ed anche Volontari;
- è rivolto alle persone affette da Deficit Cognitivo e Demenza ed ai loro familiari o chi se ne prende cura (*caregiver*).

OBIETTIVI

Gli obiettivi sono:

- favorire la presa in carico integrata dell'utente e dei suoi familiari;
- integrare i diversi nodi della rete assistenziale creando un collegamento tra i vari servizi socio-sanitari e professionisti della rete territoriale ed ospedaliera.

COME SI ACCEDE

- Si accede attraverso la richiesta del Medico di Medicina Generale o da parte del paziente stesso o di un suo familiare, facendo riferimento all'infermiere preposto alla gestione del paziente (*case manager*) del proprio distretto di appartenenza.
- Per il dettaglio delle modalità di accesso si rimanda a pag. 4

L'INFERMIERE *CASE MANAGER* NEI C.D.C.

Per ogni CDC è previsto un professionista sanitario di riferimento che mantenga le connessioni tra i vari professionisti che vi operano e i contatti con gli altri servizi territoriali.
Tale figura è identificata nell'infermiere *case-manager*.

Il Medico di Medicina Generale che ha in cura il paziente attiva l'infermiere *case manager* con le seguenti modalità:

Al termine dell'inquadramento diagnostico-terapeutico, per impostare le informazioni alla famiglia sulla gestione del paziente e sui servizi territoriali.

L'infermiere *case manager* programma l'incontro con paziente/famiglia per la valutazione dei bisogni assistenziali e per fornire informazioni riguardanti:
- l'approccio al paziente/gestione ambientale;
- l'educazione terapeutica al familiare per la gestione di alcuni aspetti assistenziali: alimentazione, sonno, eliminazione urinaria.
- la rete dei Servizi;
- l'eventuale coinvolgimento del Volontariato.

In un paziente già inquadrato dal punto di vista diagnostico compaiono modificazioni nel comportamento abituale o primi segnali di un nuovo disturbo del comportamento

Il Medico di Medicina Generale attiva l'infermiere *case manager* per:
- la valutazione domiciliare del paziente;
- il counseling su interventi non farmacologici/ educazione terapeutica;
- la segnalazione al "*Punto Unico di Accesso per le persone con Disabilità*" (PUAD) per la discussione del caso in "*Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale*" (UVMD) e eventuale inserimento della persona in un altro punto della rete dei Servizi (es. Centro Diurno).

Il Medico di Medicina Generale individua i primi segni importanti di perdita della tenuta della famiglia e/o la necessità di supporto o guida nella rete assistenziale (informazioni su aiuti economici, pratiche burocratiche, amministratore di sostegno, ecc..)

Il Medico di Medicina Generale può attivare l'infermiere *case manager* per:
- la valutazione domiciliare del paziente;
- il counseling/educazione terapeutica a domicilio su interventi non farmacologici;
- il contatto con il Servizio Protesi Ausilii del Distretto Socio Sanitario di appartenenza, altri professionisti del CDC: Psicologo, Geriatra, …, il PUAD per la discussione del caso in UVMD e eventuale inserimento in un altro punto della Rete dei Servizi (es. ricoveri sollievo).

Qualora vi sia una significativa perdita dell'autonomia o un nuovo problema del paziente

Il Medico di Medicina Generale può attivare l'infermiere *case manager* per:
- la valutazione domiciliare del paziente;
- l'educazione terapeutica a domicilio su interventi non farmacologici;
- la discussione del caso in UVMD per l'eventuale progettualità di assistenza domiciliare.