



**XXIII CONGRESSO NAZIONALE CARD**

**VIII CONFERENZA CURE DOMICILIARI  
I DISTRETTI PER LA SALUTE NELLE COMUNITÀ  
LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA**

**COSENZA 16 - 18 OTTOBRE**

**BV | PRESIDENT HOTEL**

Via Alessandro Volta 47/49, Rende (CS)

***Ripensare il distretto  
per migliorare l'aderenza  
nei pazienti complessi:***

***IL CASO  
DELL'ENCEFALOPATIA  
EPATICA***

***Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia***

***Il filo di Arianna  
dell'encefalopatia epatica  
per connettere le Cure a  
Casa  
con Ospedale e Comunità***



**XXIII CONGRESSO NAZIONALE CARD**

***Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia***

## Modulo 1 – Identificazione precoce dei pazienti complessi con HE

### Introduzione

L'encefalopatia epatica (HE) è una complicanza frequente e gravosa della cirrosi.

Spesso i casi non emergono tempestivamente, con conseguenti ritardi nel trattamento e aumento del rischio di recidiva.

**Il compito del Distretto è fare emergere i pazienti complessi sin dalle prime manifestazioni e garantire un percorso di accompagnamento precoce e continuo.**

*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*





## **Modulo 1 – Identificazione precoce dei pazienti complessi con HE**

### **Obiettivi**

Migliorare la capacità di rilevazione precoce dei sintomi di HE.  
Coinvolgere attivamente MMG, infermieri di comunità e caregiver.

Creare un registro distrettuale dei pazienti con cirrosi/HE.  
Favorire accesso rapido a valutazioni specialistiche.

### **Attività**

Sensibilizzazione dei MMG e degli operatori territoriali.  
Segnalazione attiva al Distretto di pazienti a rischio.  
Primo colloquio clinico-educativo con famiglia/caregiver e prima stesura PAI  
Attivazione del case manager entro 72 ore dalla segnalazione.

*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*



## **Modulo 1 – Identificazione precoce dei pazienti complessi con HE**

### **Connessioni con il percorso distrettuale**

Base per tutti i moduli successivi.

Collegamento con Ospedale per transizioni di cura.

Coinvolgimento diretto dei caregiver nel percorso.

### **Indicatori**

% pazienti segnalati entro 72 ore dalla dimissione ospedaliera.

Numero di MMG formati all'identificazione HE.

% di caregiver presenti al primo colloquio di presa in carico.



*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*

## Modulo 2 – Case management integrato

### Introduzione

La gestione dei pazienti con encefalopatia epatica richiede un approccio **personalizzato e multidisciplinare**.

Il case manager rappresenta la figura di riferimento che coordina i diversi livelli di cura e accompagna paziente e caregiver.



*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*



## Modulo 2 – Case management integrato

### Obiettivi

Garantire continuità e coerenza dell'assistenza.

Rafforzare il rapporto di fiducia tra paziente, famiglia e Distretto , d'intesa con MMG e Specialista/Centro Specialistico

Prevenire interruzioni di terapia e ospedalizzazioni evitabili.

### Attività

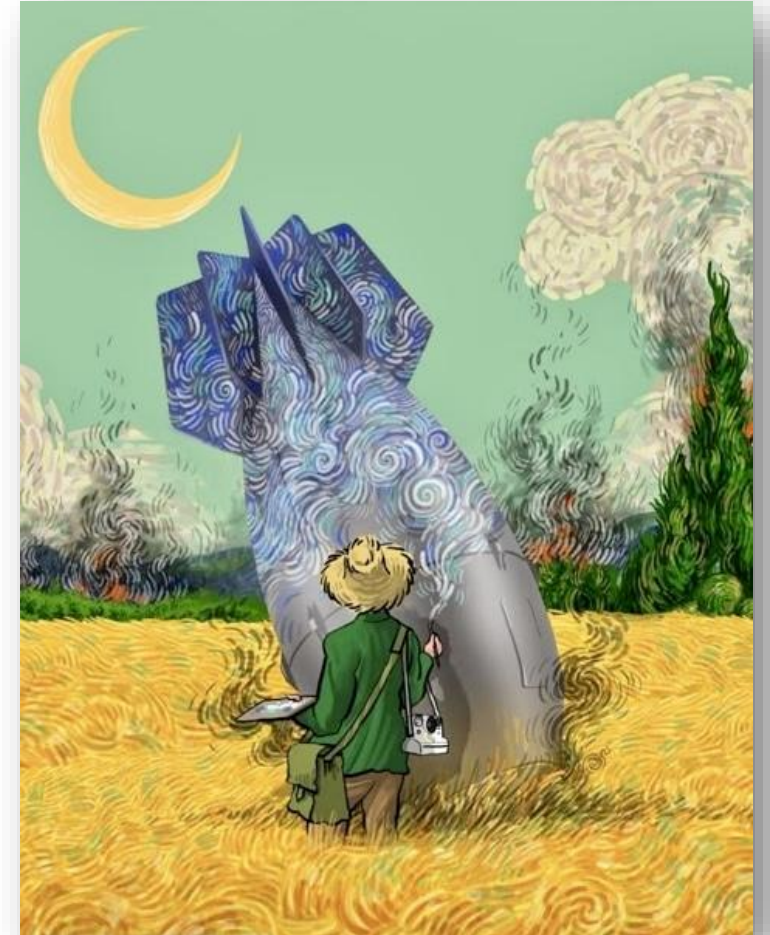
Nomina di un case manager (infermiere o medico di comunità).

Definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Colloqui periodici con paziente e caregiver.

Coordinamento con specialisti e MMG (uso di telemedicina e teleassistenza...)

*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*



## Modulo 2 – Case management integrato

### Connessioni con il percorso distrettuale

- Nodo operativo del percorso clinico-assistenziale.
- Collega le cure specialistiche con quelle di comunità.
- Dialoga con i Club di Ecologia della Salute\* come risorsa integrativa.

### Indicatori

- % pazienti con PAI attivo entro 30 gg.
- Numero di contatti mensili case manager–famiglia.
- Tasso di reospedalizzazioni ridotto rispetto a pazienti senza case management.

Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia



*\* Il Club di Ecologia della Salute si basa sul superamento del concetto di curare la malattia come aspetto individuale proponendo una responsabilità sistemica relazionale nel migliorare la qualità della vita...*

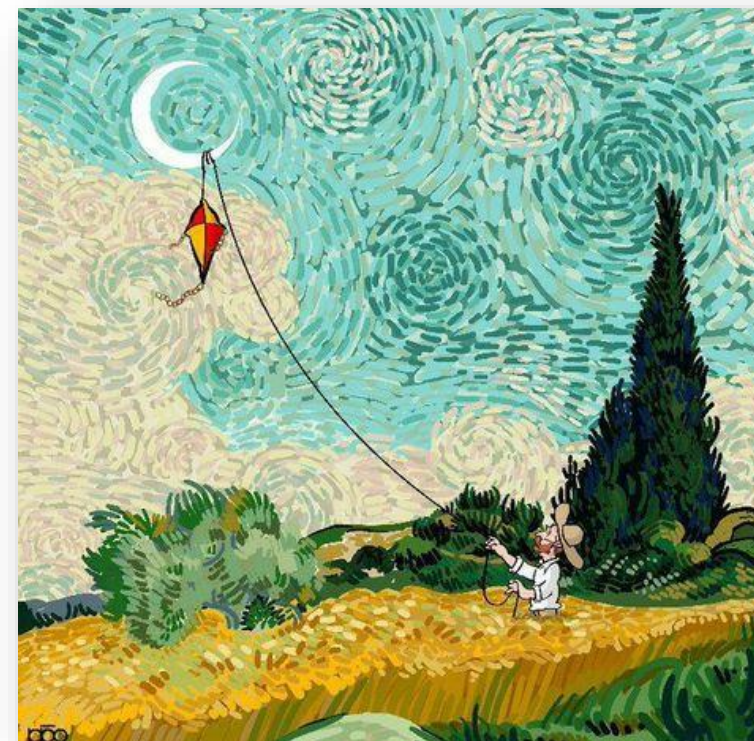


## Modulo 3 – Follow-up clinico e monitoraggio

### Introduzione

**La prevenzione delle recidive in HE dipende da un follow-up clinico rigoroso.**

**Il Distretto deve garantire monitoraggio programmato, gestione delle terapie e tempestiva individuazione dei segnali di peggioramento.**



## Modulo 3 – Follow-up clinico e monitoraggio

### Obiettivi

Assicurare controlli regolari.

Favorire l'aderenza a farmaci (lattulosio, rifaximin).

Educare paziente e caregiver al riconoscimento dei sintomi precoci.

### Attività

Visite programmate distrettuali (in sede o domiciliari).

Diario clinico condiviso paziente–caregiver–case manager (informatizzato , ovvero *EPR electronic personal record...*)

Linee di comunicazione dirette (telefono, telemonitoraggio).

Revisione periodica della terapia farmacologica.



*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col*  
*Centro Studi CARD Italia*

## **Modulo 3 – Follow-up clinico e monitoraggio**

### **Connessioni con il percorso distrettuale**

Ponte tra ospedale e territorio.

Supporto al case management.

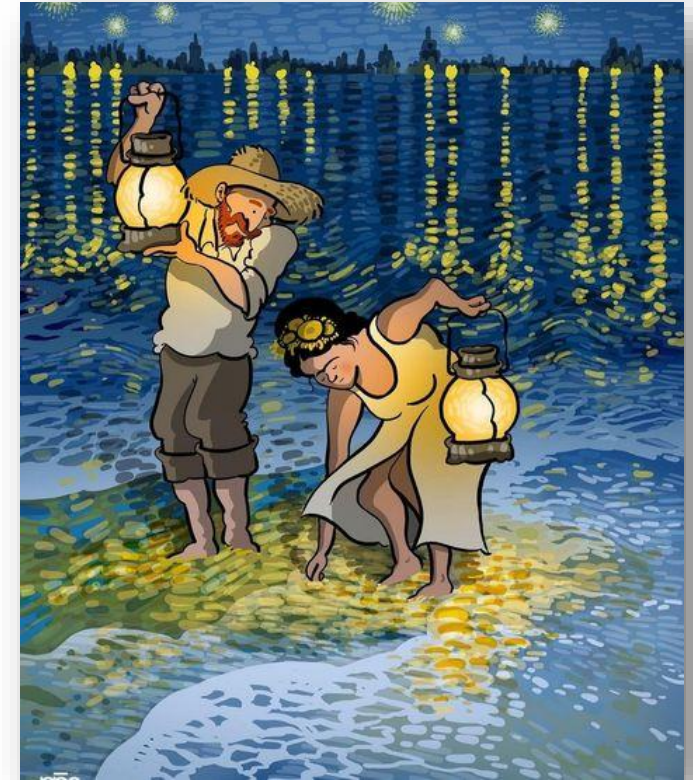
Sinergia con Club di Ecologia della Salute.

### **Indicatori**

% pazienti che rispettano i controlli programmati.

Adesione alla terapia farmacologica (% assunzioni regolari).

Numero di accessi ospedalieri evitati e quality of life,  
empowerment...



*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*



## Modulo 4 – Educazione terapeutica ed ecologica

### Introduzione

**La gestione dell'HE non può limitarsi al farmaco:  
occorre un'educazione terapeutica che includa  
stili di vita ecologici, relazioni di cura e  
consapevolezza comunitaria.**

*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*



## Modulo 4 – Educazione terapeutica ed ecologica

### Obiettivi

Educare paziente e caregiver alla gestione pratica della malattia.

Promuovere stili di vita sobri e sostenibili.

Sostenere la responsabilità condivisa della cura.

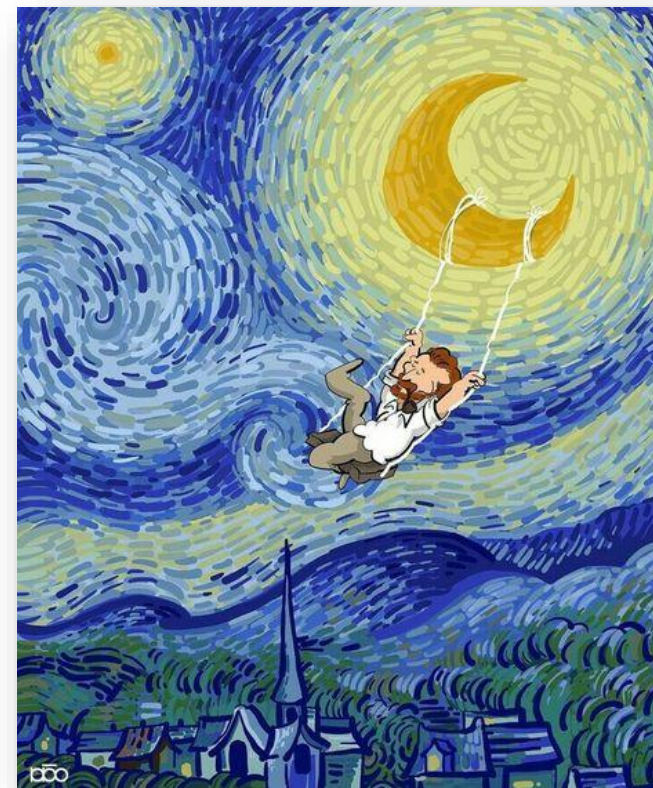
### Attività

Sessioni educative individuali e di gruppo.

Materiali didattici semplici e visuali, uso di supporti telematici x educazione e istruzione all'auto cura

Addestramento al riconoscimento precoce dei sintomi.

Consigli su dieta, movimento, igiene



*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*

## **Modulo 4 – Educazione terapeutica ed ecologica**

### **Connessioni con il percorso distrettuale**

Supporto al follow-up clinico.

Collegamento diretto con i Club di Ecologia della Salute.

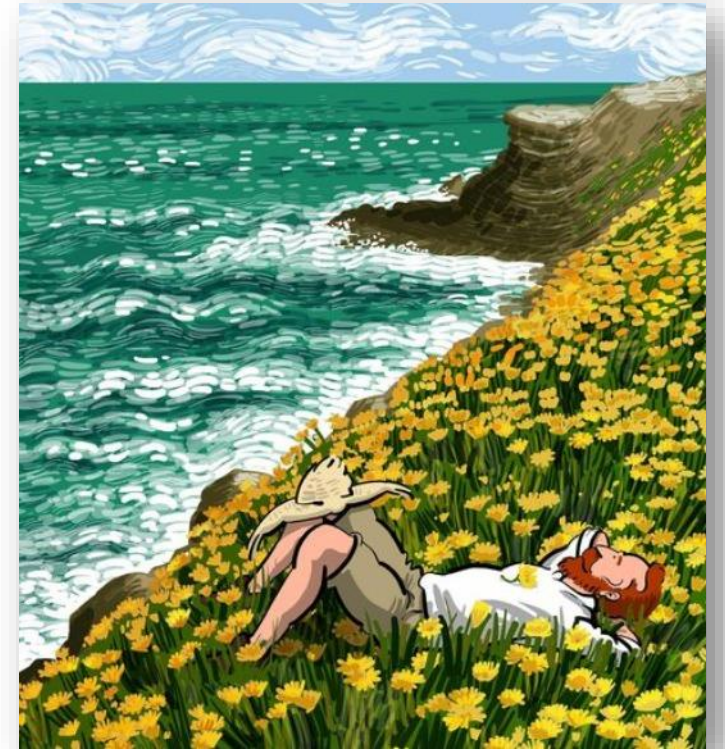
Favorisce empowerment familiare e comunitario.

### **Indicatori**

% caregiver che riferiscono maggiore sicurezza nella gestione.

Aumento conoscenze su HE (pre-post test breve).

Aderenza agli stili di vita consigliati.



*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*



## Modulo 5 – Supporto al caregiver

### Introduzione

Il caregiver è un pilastro nella gestione dell'HE, ma spesso è esposto a **sovraccarico e burn-out**.

Un Distretto che si prende cura deve sostenere anche chi assiste.



## **Modulo 5 – Supporto al caregiver**

### **Obiettivi**

- Prevenire stress e isolamento del caregiver.
- Favorire benessere e resilienza familiare.
- Integrare il caregiver come parte attiva del percorso di cura.

### **Attività**

- Colloqui periodici dedicati ai caregiver.
- Gruppi di sostegno e mutuo aiuto.
- Formazione mirata a bisogni pratici e psicologici.
- Accesso facilitato ai servizi (appuntamento, visite di controllo, fornitura presidi e farmaci, ecc.) e ai servizi sociali



*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*

## **Modulo 5 – Supporto al caregiver**

### **Connessioni con il percorso distrettuale**

Complemento al case management.

Interfaccia diretta con i Club di Ecologia della Salute.

Rafforzamento del patto di cura distretto–famiglia.

### **Indicatori**

% caregiver partecipanti a percorsi di sostegno con questionario empowerment del familiare.

Riduzione percezione di stress (scale brevi).

Riduzione drop-out familiare.





## Modulo 6 – Integrazione comunitaria

### Introduzione

La malattia cronica può isolare il paziente e la famiglia.

Il Distretto ha la responsabilità di **reinserire i pazienti complessi in reti di comunità**, riducendo stigma e solitudine fatica-peso di cura.



*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*

## **Modulo 6 – Integrazione comunitaria**

### **Obiettivi**

- Creare una comunità accogliente.
- Ridurre isolamento sociale.
- Attivare risorse associative e volontarie.

### **Attività**

- Collaborazione con associazioni di pazienti e volontariato.
- Attività di socializzazione e laboratori di gruppo.
- Coinvolgimento dei Club di Ecologia della Salute come spazi comunitari.



*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*

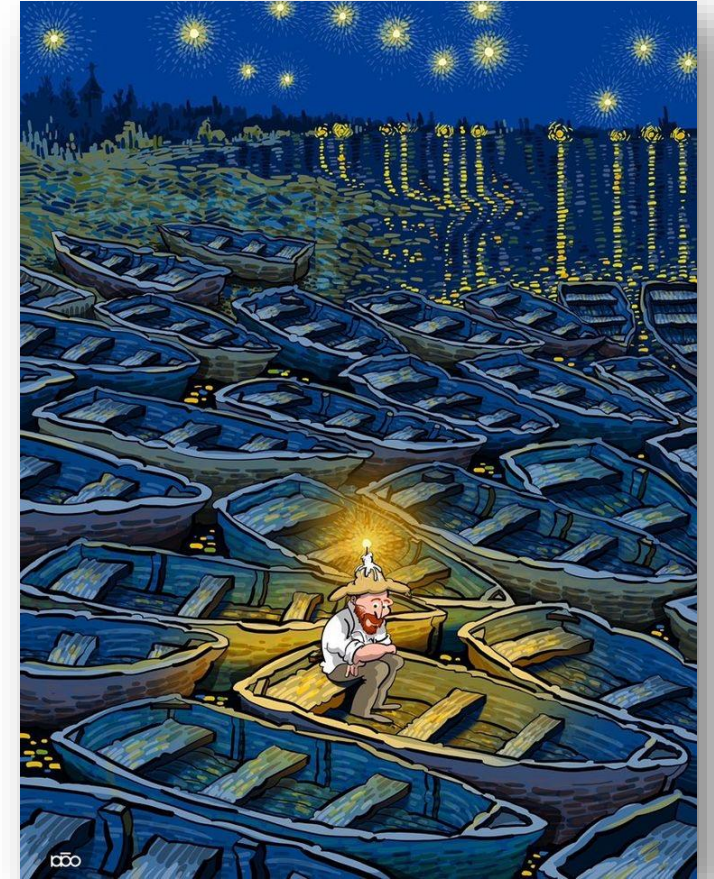
## Modulo 6 – Integrazione comunitaria

### Connessioni con il percorso distrettuale

Estensione del supporto oltre la clinica.  
Partecipazione comunitaria come fattore protettivo.  
Complemento a educazione terapeutica e sostegno caregiver.

### Indicatori

% pazienti coinvolti in attività comunitarie.  
Percezione di riduzione isolamento.  
Maggiore resilienza familiare.



*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col*  
*Centro Studi CARD Italia*



## Modulo 7 – Club di Ecologia della Salute

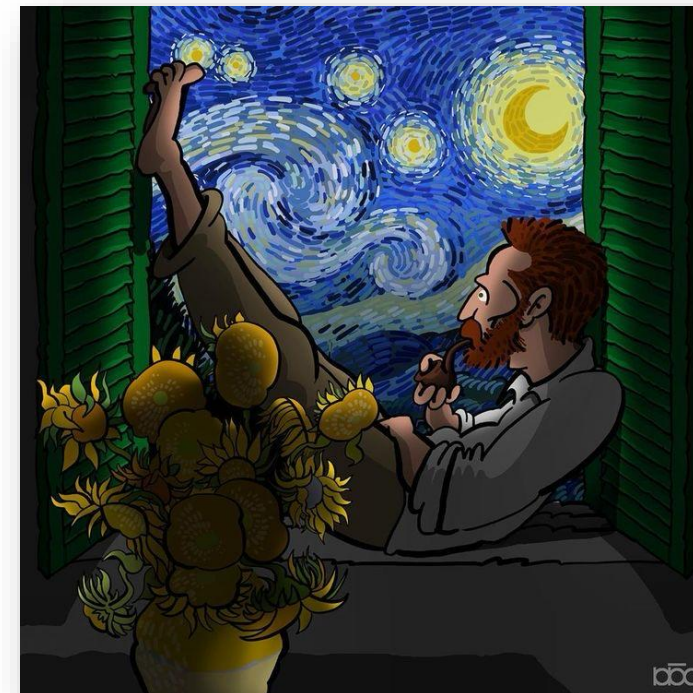
### Introduzione

Il Distretto deve far emergere i casi di HE e seguirli con attenzione per prevenire recidive.

I **Club di Ecologia della Salute** offrono uno spazio comunitario che rafforza cure, famiglie e stili di vita:

“Le persone non sono il problema. I problemi sono la via per incontrare la persona.”

Condividere micro-progetti operativi evolutivi, sposta dal giudizio, toglie lo stigma e trasforma i problemi in domande di senso, che accolto aiuta ad uscire dall'empasse, dall'omeostasi negativa.



*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*

## **Modulo 7 – Club di Ecologia della Salute**

### **Obiettivi**

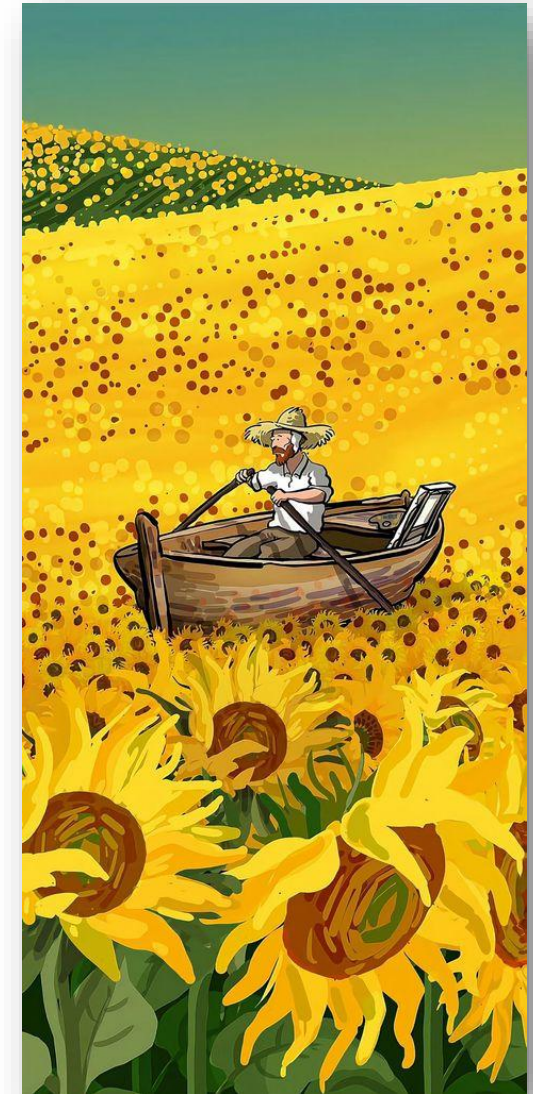
Favorire sostegno familiare e comunitario.  
Educare a stili di vita sobri e sostenibili.  
Prevenire recidive e drop-out terapeutico.

### **Attività**

Incontri settimanali/quindicinali in piccoli gruppi (6–12 famiglie).  
Facilitatori formati (Psicologo, Infermiere di Comunità...  
Educatore, Volontario...).

Contenuti: gestione terapie, segni precoci, dieta, movimento, esperienze condivise....

*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*



## **Modulo 7 – Club di Ecologia della Salute**

### **Connessioni con il percorso distrettuale**

Complemento al case management.

Rete di rinforzo per caregiver.

Feedback qualitativo alla governance (monitorato dal controllo di gestione aziendale tra le attività/risorse ufficiali del distretto da verificare/valorizzare; può essere lo stesso che si fa per malattie croniche, ad es. BPCO, Diabete, in cui conta il contesto di vita del paziente/famiglia).

### **Indicatori**

% partecipanti attivi dopo 3 mesi.

Miglioramento percepito del sostegno familiare.

Riduzione ricoveri ripetuti

*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*





 *Take  
Home*

*Essere  
sensibili  
alla struttura  
che connette*



*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col  
Centro Studi CARD Italia*

