

**Università di Bologna
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Master in Evidence-Based Practice e Metodologia
della Ricerca Clinico-Assistenziale**

**L’Infermiere di Case Manager garante della qualità
nell'assistenza al paziente con Scompenso Cardiaco:
Progetto Pilota.**

**Relazione di fine Master di
Maria Elena Poddie e Romina Bertolini**

19 ottobre 2011

Indice

1 Background	4
1.1 Infermiere di "Case Manager" nello scompenso cardiaco: quale sfida?	6
2 Infermiere di "Case Manager" per lo scompenso cardiaco in reparto	8
2.1 Obiettivi.....	8
2.2 Setting.....	8
2.2.1 Pazienti trattati.....	8
2.2.2 Strumenti	9
2.3 Attività.....	9
2.4 Competenze degli infermieri coinvolti	10
2.4.1 Infermiere di Settore.....	10
2.4.2 Compiti principali dell'Infermiere di Settore	10
2.4.3 Infermiere di "Case Manager"	10
2.4.4 Compiti organizzativi principali dell'Infermiere di "Case Manager"	10
2.4.5 Piano di attività pratiche in reparto dell'Infermiere di "Case Manager"	11
2.5 Garanzie	12
3. Infermiere di "Case Manager" nell'Ambulatorio Scompenso	13
3.1 Obiettivi.....	13
3.2 Setting.....	13
3.2.1 Pazienti trattati.....	13
3.2.2 Strumenti	13
3.3 Attività.....	14
3.4 Compiti principali dell'infermiere di "Case Manager" in Ambulatorio Scompenso	14
3.5 Criteri di stabilità clinica che favoriscono l'attivazione dell'Ambulatorio Scompenso	15
3.5.1 Criteri di esclusione dall'Ambulatorio con ricovero immediato	15
3.5.2 Criteri di esclusione dall'Ambulatorio con ricovero urgente	16
3.5.3 Criteri di esclusione dall'Ambulatorio con ricovero programmato rapidamente	16
3.6 Garanzie	16
3.7 Follow up.....	17
3.7.1 Follow-up telefonico	17
DISCUSSIONE	19
4. End- Point Clinici.....	19
CONCLUSIONI.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	22
ALLEGATI	29
Cartella Infermieristica di ricovero in Unità Operativa di Cardiologia	29
Cartella Infermieristica per Ambulatorio Scompenso	38
Questionario per la valutazione della qualità percepita.....	68

ABSTRACT

INTRODUZIONE: Lo Scompenso cardiaco è una patologia cronica e invalidante, che riduce l'aspettativa e la qualità di vita. Le evidenze scientifiche attualmente disponibili documentano che sebbene il trattamento farmacologico rivesta un ruolo di rilievo, appare sempre più importante l'aspetto assistenziale. Questa relazione intende dimostrare come la creazione di percorsi specifici affidati ad Infermieri di "Case Manager" (ICM) contribuisca al miglioramento della qualità di vita ed assicuri l'adesione al trattamento, riducendo gli accessi per riacutizzazione della patologia e quindi i costi sanitari.

OBIETTIVO: Istituire la figura dell'ICM per il controllo dello Scompenso Cardiaco, al fine di: assicurare la continuità assistenziale e fornire un appoggio personalizzato e concreto ai pazienti ed ai loro parenti.

METODO: Progettazione di un percorso assistenziale attraverso l'attivazione della figura dell'ICM dalle prime fasi di ricovero alla dimissione e per i controlli successivi.

RISULTATI: Alla luce dei contatti preliminari avuti all'interno delle nostre realtà ospedaliere, si è appurato che la gestione del paziente con Scompenso Cardiaco non è strutturata e non rispecchia le evidenze delle Linee Guida. Si propone di ovviare a tale disomogeneità mediante una pianificazione centrata sulla figura dell'ICM.

DISCUSSIONE: Ad un anno dall'avvio del progetto si organizzerà un ciclo di Audit Clinico per valutare l'aderenza alle linee guida e provvedere ad eventuali implementazioni della pratica in uso, cui seguirà uno studio multicentrico, prospettico ed osservazionale con la finalità di verificare attraverso l'uso di Endpoint clinici, organizzativi e umanistici- l'effettivo miglioramento nel trattamento di questi pazienti.

INTRODUZIONE

1 Background

Le Linee Guida ESC (European Society of Cardiology) per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco acuto e cronico (2008) definiscono lo Scompenso Cardiaco (SC) come una *sindrome clinica in cui i pazienti che la sviluppano hanno i seguenti **Sintomi**: dispnea a riposo e sotto sforzo, affaticabilità, astenia, edemi declivi; hanno i seguenti **Segni Tipici**: tachicardia, tachipnea, rantoli polmonari, versamento pleurico, elevata pressione giugulare, edema periferico, epatomegalia, ascite; ed hanno le seguenti **Evidenze Oggettive di Anomalia Cardiaca**: cardiomegalia, terzo tono cardiaco, soffi cardiaci, alterazioni all'elettrocardiogramma, elevati livelli di peptidi natriuretici.*

In base al tipo di presentazione clinica, lo SC viene classificato in: “Di nuova insorgenza” cioè la presentazione iniziale, con insorgenza acuta o lenta; “Transitorio” cioè recidivante o episodico; “Cronico” cioè persistente, stabile o in aggravamento. Esiste una scarsa correlazione tra sintomi e severità della disfunzione cardiaca. I sintomi possono tuttavia influenzare la prognosi soprattutto quando persistono dopo la terapia. La classificazione NYHA è quella che viene largamente adottata per valutare la severità dello SC¹.

Tra le cause più comuni d'insorgenza dello SC si trovano l'ischemia miocardica, l'ipertensione, le valvulopatie e le cardiomiopatie. Tutte condizioni che limitano, più o meno seriamente, le attività di vita quotidiana del paziente, peggiorandone la qualità della vita per cui lo stesso tende sempre più a ridurre la propria autonomia.

Gli stati membri che compongono l'ESC sono 51 e contano una popolazione di oltre 900 milioni di abitanti di cui almeno 15 milioni affetti da SC. La prevalenza dello SC è del 2-3% e aumenta drammaticamente nella fascia di età intorno ai 75 anni, raggiungendo il 10-20% nei pazienti di 70-80 anni. Nei soggetti più giovani, lo SC è più frequente tra i soggetti di sesso maschile; fra gli anziani la prevalenza è simile in entrambi i sessi. La prevalenza globale dello SC è in aumento come conseguenza dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumentata sopravvivenza dopo un evento coronarico e dell'efficacia delle misure preventive per i pazienti ad alto rischio o che sono sopravvissuti ad un primo evento. Nei paesi sviluppati, l'età media dei pazienti con SC è di 75 anni, rappresenta il 5% di tutte le cause di ospedalizzazione per un episodio acuto, è riscontrabile nel 20% dei pazienti ospedalizzati e rappresenta il 2% della spesa sanitaria, sostanzialmente attribuibile ai costi dell'ospedalizzazione.¹

Esso comporta tutt'ora un'elevata mortalità, morbidità e riduzione della qualità della vita, che a loro volta determinano un massiccio utilizzo di risorse sanitarie, con costi gravosi dovuti soprattutto ai ricoveri, spesso ripetuti. E' dimostrato che gran parte delle riospedalizzazioni è determinata da una serie di fattori scatenanti che, se riconosciuti precocemente, possono evitare la ricorrenza del ricovero.⁴⁴ Anche se alcuni pazienti sopravvivono per molti anni, la visione d'insieme è piuttosto sconsolante, con una mortalità totale del 50% a 4 anni. Tra i pazienti

ricoverati per SC, la mortalità e la riospedalizzazione è pari al 40% ad 1 anno.¹

*E' una malattia che causa disabilità e perdita/riduzione dell'autosufficienza. Quest'ultimo aspetto ha gravi conseguenze anche per i familiari. Infatti, come per ogni paziente con patologia cronica, anche quello con SC necessita di un'assistenza a lungo termine, i cui costi ricadono sul reddito familiare e costituiscono - nel contempo - un importante dispendio economico e, più in generale, di risorse dei sistemi sanitari. Per fornire la migliore cura del paziente con SC, l'assistenza deve assicurare un approccio sistematico alla globalità dei suoi bisogni, prevenzione e rapido riconoscimento dei segni di deterioramento funzionale, supporto per l'autogestione e nell'assistenza per i carichi emotivi e sociali che la malattia comporta.*⁴⁵

Inoltre in questi pazienti, cronicizzandosi la patologia- che con l'aumento dell'età provoca l'insorgenza di nuove patologie e una risposta alla guarigione/miglioramento tardiva a volte impossibile, aumenta notevolmente il disagio e si riducono le possibilità di cura. Una grossa difficoltà nel garantire il medesimo trattamento ai pazienti con SC e garantire la necessaria continuità assistenziale ospedale/territorio, sta nel fatto che solo una piccola percentuale di questi pazienti è curata dai cardiologi. Il destino del paziente con SC è diverso se a curarlo è il cardiologo, l'internista, il geriatra o il MMG; infatti molti studi hanno documentato importanti carenze nella gestione ambulatoriale e domiciliare dello scompenso da parte di medici non cardiologi. ⁴⁵

Il trattamento farmacologico dello SC è migliorato negli ultimi dieci anni, ma è soprattutto il trattamento non farmacologico che ha dimostrato di ricoprire un ruolo sempre più importante. Per trattamento non farmacologico si intendono "Misure di auto-sussistenza" cioè, quelle azioni svolte ad assicurare una stabilità fisica, a prevenire comportamenti che possono danneggiare la condizione clinica, il "Supporto educativo e di *Counseling*" da parte dei professionisti dell'assistenza sanitaria e l'aderenza alla terapia. Diviene rilevante anche il "riconoscimento dei sintomi", le "misure dietetico-nutrizionali", la "riduzione del peso corporeo", l'esecuzione delle "Vaccinazioni", il controllo dei "disturbi dell'umore". Tutto questo ha favorito, nel mondo sanitario, l'istituzione di unità operative dedicate e di programmi terapeutico- riabilitativi specifici per lo SC gestiti da Infermieri di "*Case Manager*" (ICM).

Con il progetto, che di seguito sarà esposto, si vuole definire la figura dell'ICM come un punto di riferimento stabile per l'assistito, i suoi familiari e gli operatori sanitari coinvolti, finalizzata a garantire la necessaria continuità assistenziale che, ancor più in questa patologia, è necessaria per migliorare lo stile di vita di questi pazienti; a fornire loro una maggior consapevolezza della malattia e delle possibilità di vita collegate a rendere realizzabile la personalizzazione delle cure sia durante il ricovero che dopo la dimissione; a ridurre in maniera sensibile le implicazioni economiche, rivelandosi possibile intervenire sui costi sanitari grazie alla riduzione delle giornate di ricovero e dei re-ricoveri, nonché mediante azioni di prevenzione sulle eventuali complicanze determinate da una mal gestione di se stessi e della terapia.

Esistono alcuni ostacoli che l'infermiere di *"Case Manager"* deve saper affrontare e tenere in considerazione per la riuscita del proprio lavoro, oltre al problema del riconoscimento del suo ruolo da parte di altri operatori/pazienti/parenti anche la difficoltà di far maturare nelle persone il concetto di "Rete Ospedaliera" integrante i servizi ospedale-territorio. Ci sono, inoltre, i problemi di tipo economico, in quanto questa figura infermieristica non è riconosciuta né sul piano amministrativo dal Contratto Nazionale, né dagli ospedali in cui viene utilizzata; così non è possibile la corresponsione di una specifica indennità ed il riconoscimento di un livello professionale. Si ricorda che *la continuità assistenziale è uno degli elementi fondamentali per una corretta gestione dello scompenso cardiaco che, per la sua caratteristica di malattia cronica con riacutizzazioni più o meno frequenti, richiede assistenza continua con livelli di complessità differenziati e non uniformemente progressivi in tutto l'arco della sua evoluzione, dai primi sintomi alle fasi terminali.*⁴²

1.1 Infermiere di *"Case Manager"* nello scompenso cardiaco: quale sfida?

Nello SC, la continuità assistenziale è di fondamentale importanza per garantire il mantenimento dello stato di salute del paziente. *Nella realtà attuale del nostro paese, un paziente con SC dimesso dall'ospedale ha a sua disposizione quattro possibilità di proseguimento delle cure: il MMG, lo specialista ambulatoriale, l'ambulatorio ospedaliero, il cardiologo personale. Ognuna di queste soluzioni propone non una cura, ma una semplice consulenza, spesso nemmeno fornita al momento del bisogno reale, ma dopo un'attesa di giorni, settimane o persino di mesi.*⁴⁵

Da questa realtà scaturisce il binomio: continuità assistenziale/ ICM.

Sono moltissime le esperienze di ambulatori a gestione infermieristica; si pensi ad esempio alle terapie oncologiche, agli ambulatori per la cura delle ferite, per la gestione dell'incontinenza o delle stomie post chirurgiche. Tutte queste esperienze hanno come caratteristica principale quella di avere personale infermieristico specificatamente preparato, per gestire la vita delle persone che incorrono in una malattia che cronicizzerà, apportando profonde modificazioni alle loro abitudini di vita.

Al tal proposito, si è osservato che la presa in carico del paziente con SC da parte dell'ICM, colloca il paziente all'interno di un percorso assistenziale personalizzato, caratterizzato dalla continuità assistenziale necessaria per il controllo della progressione della malattia.

L'ICM è un professionista che fornisce e coordina i servizi sanitari e sociali al fine di fornire la migliore gestione clinica, di un gruppo di pazienti affetto da una determinata patologia, dal momento del ricovero sino alla dimissione, delineando un modello unico di assistenza specifico per ogni singolo paziente. Egli lavora con il team medico/infermieristico che si occupa del paziente durante il ricovero e con tale team condivide gli obiettivi assistenziali, collabora alla gestione della degenza e guida l'assistenza; deve pertanto saper sviluppare adeguate abilità comunicative per poter interagire con più figure professionali.

L'ICM, ancora, deve essere appositamente addestrato affinché possa efficacemente contribuire a migliorare la qualità della vita del paziente sollecitandone le capacità residue per mantenerne l'autonomia.

Tutte queste attitudinalità apportano notevoli vantaggi nella gestione delle patologie croniche, in quanto si viene a disegnare un servizio incentrato sui bisogni del paziente e della famiglia, il quale promuove l'efficienza delle cure, aumenta la soddisfazione del paziente, fornisce un'assistenza di qualità e risponde ai bisogni specifici del paziente e dei parenti.

Con il progetto descritto nella presente relazione si intende ipotizzare, descrivendone le conseguenze, l'integrazione dell'ICM all'interno del sistema organizzativo che gestisce attualmente il paziente ricoverato per SC, con la finalità di disegnare una figura professionale specifica tra le prime ad approcciarsi al paziente, agendo con un rapporto di collaborazione sia con i colleghi del reparto di ricovero del paziente che con il medico di riferimento. L'ICM deve essere in grado di valutare direttamente i bisogni socio-sanitari del paziente, attivando tempestivi processi assistenziali; che garantiscano e controllino il processo di cura secondo un piano condiviso con l'equipe del reparto di ricovero, con la famiglia e con il MMG; che abbia l'autorevolezza necessaria a responsabilizzare il paziente educandolo opportunamente al fine di ottenerne *"la compliance"* nei confronti delle terapie prescritte e della adozione di uno stile di vita adeguato; che operi con i pazienti sia direttamente in prima persona che tramite il Follow-up telefonico per mantenere monitorate le condizioni cliniche tra le varie visite di controllo e per migliorare l'autogestione.

PROGETTO IN REPARTO

2 Infermiere di "*Case Manager*" per lo scompenso cardiaco in reparto

Alla luce dei contatti verbali avuti all'interno delle realtà ospedaliere di riferimento, ci si è resi conto che non esiste un percorso strutturato di gestione del paziente con SC e che gli stessi infermieri che gestiscono il paziente a livello ambulatoriale riferiscono un senso di inadeguatezza nel far fronte ai bisogni del paziente. Questi colloqui hanno suggerito l'ideazione di un percorso finalizzato all'omogeneizzazione dell'assistenza al paziente con SC nel rispetto dei comportamenti evidenziati dalle Linee Guida dell'ESC; percorso che rendesse il più possibile autonomi i professionisti coinvolti. Il progetto prevede che l'ICM sia un infermiere addetto all'ambulatorio di Cardiologia il quale viene attivato dal reparto in cui si trova ricoverato il paziente – che si tratti di un reparto cardiologico, medico o intensivo tramite richiesta di consulenza interna.

Fondamentale importanza in questo percorso, riveste l'educazione sanitaria che verrà rivolta al paziente ed al familiare di riferimento ("*caregiver*") individuato durante il ricovero. Con il "*caregiver*" si stabiliranno gli obiettivi e le priorità principali per contrastare la patologia quali, il raggiungimento e il mantenimento del peso corporeo ideale, la spiegazione della terapia domiciliare che dovrà essere seguita specificando l'importanza di non autosospendere i farmaci, richiamandone gli eventuali effetti indesiderati e cosa fare in caso di complicanze. Ultimo aspetto sarà concordare, in base all'indicazione medica, i futuri appuntamenti di follow-up, la cadenza dei controlli e soprattutto spiegare la loro importanza nel contrastare il progredire della malattia.

2.1 Obiettivi

L'obiettivo principale dell' ICM è quello di assicurare la continuità assistenziale, in modo che il paziente si senta accompagnato nella sua malattia e nelle variabili che dovrà affrontare nel decorso della patologia.

2.2 Setting

Il progetto si inserisce all'interno dei reparti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine e dell' Azienda Sanitaria Locale di Ravenna - Presidio Ospedaliero Santa Maria delle Croci di Ravenna, in cui vengono ricoverati i pazienti con diagnosi all'ingresso o definitiva di "Scompenso Cardiaco".

2.2.1 Pazienti trattati

Vengono inclusi tutti i pazienti ricoverati in Ospedale e i pazienti inviati dal MMG con diagnosi anche secondaria di "Scompenso Cardiaco". In particolare con diagnosi di scompenso acuto di nuova insorgenza secondario

ad altra patologia (ad esempio l'infarto miocardico); pazienti con instabilizzazione clinica in corso di SC; pazienti con SC cronico in fase terminale.

2.2.2 Strumenti

Lo strumento che si utilizzerà al fine della presa in carico del paziente con SC è la cartella infermieristica, in cui verranno rilevati e raccolti i dati anagrafici, l'anamnesi infermieristica, il progetto clinico assistenziale e il diario clinico per la gestione dei problemi rilevati. A suo completamento e al fine di fornire un'adeguata rilevazione dei bisogni, saranno utilizzate delle scale di valutazione validate; mentre per la gestione della continuità assistenziale e per le specifiche programmazioni assistenziali, saranno utilizzate delle schede apposite (Allegati 3-17). L'ICM si recherà in reparto per valutare il paziente utilizzando, in caso sia ricoverato in Cardiologia, la "Cartella Infermieristica di ricovero in Unità Operativa di Cardiologia" (Allegato 1); in caso sia ricoverato in un reparto diverso dalla Cardiologia, la "Cartella Infermieristica per Ambulatorio Scompenso" (Allegato 2). Tali cartelle verranno conservate nel primo caso in reparto nell'apposito raccoglitore comunemente denominato "CONSEGNE", nel secondo caso presso l'Ambulatorio Scompenso.

2.3 Attività

In questo progetto sono due le figure principali che interagiscono con il paziente ricoverato per SC: **l'Infermiere di Settore** e **l'ICM**. Queste due figure potrebbero confliggere tra loro sia per il verificarsi di un accavallamento delle attività, anche solo apparente; sia perché una delle due figure potrebbe non accettare la presenza dell'altra. E' allora fondamentale tenere presente le competenze. Ogni decisione presa dall'ICM dovrà essere condivisa con il suo Collega e viceversa: ogni novità clinica che insorga, soprattutto durante il sabato e la domenica in cui l'ICM non è presente, dovrà essergli comunicata al rientro il Lunedì mattina.

Un cenno merita il personale di supporto presente in reparto: l'OSS è l'operatore socio sanitario che svolge attività volte a soddisfare i bisogni primari della persona e collabora nell'attuazione degli interventi assistenziali e negli interventi educativi su prescrizione degli infermieri. Grazie al loro operato gli Infermieri possono venire a conoscenza di problematiche emergenti nel paziente che vanno dalla gestione e cura della persona, allo sviluppo di nuovi disagi anche potenziali (ad esempio l'insorgenza di difficoltà nella mobilitazione, nell'alimentazione, controllo di medicazioni o lesioni cutanee).

2.4 Competenze degli infermieri coinvolti

2.4.1 Infermiere di Settore

Ha la responsabilità assistenziale del paziente durante tutto il ricovero, sovvenendo durante l'arco della giornata a tutti i suoi bisogni.

Eroga in autonomia professionale le prestazioni previste dal profilo di appartenenza; ove necessario si avvale della collaborazione del personale di supporto; è subordinato al Coordinatore Infermieristico e collabora con i referenti clinici multi-professionali. Normalmente è responsabile della gestione di venti pazienti all'interno del proprio reparto.

2.4.2 Compiti principali dell'Infermiere di Settore

L'infermiere di settore è responsabile di:

- Garantire la continuità assistenziale del piano assistenziale personalizzato,
- Verificare la corretta somministrazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche,
- Effettuare l'assistenza diretta,
- Preparare il paziente per le procedure diagnostiche,
- Collaborare con l'ICM alla pianificazione, effettuazione e valutazione del piano infermieristico di base in collaborazione con l'operatore di supporto.

2.4.3 Infermiere di "Case Manager"

E' colui che inizia un percorso assistenziale nel momento del ricovero, prolungandolo anche dopo la dimissione quando assume la responsabilità assistenziale diretta.

Si occupa esclusivamente di pazienti ricoverati per SC per i quali si renda necessario un percorso di assistenza e di controllo che vada oltre l'immediato ricovero ospedaliero, progettandone e personalizzandone il processo assistenziale

2.4.4 Compiti organizzativi principali dell'Infermiere di "Case Manager"

L'infermiere di "Case Manager" deve organizzare la:

- Consulenza nei reparti una volta che viene chiamato per un paziente ricoverato per SC,
- Presa in carico del paziente con SC,
- Rilevazione dei problemi reali e potenziali,
- Programmazione del ricovero in accordo con il medico responsabile del

- ricovero,
- Programmazione della dimissione precoce o della sua tempistica con il medico responsabile,
- Istruzione del collega responsabile di settore del reparto di tutti gli aspetti di pertinenza infermieristica che riguardano il paziente (bisogni assistenziali, richiesta di consulenza, medicazioni ...),
- La monitorizzazione giornaliera del paziente in reparto,
- Educazione e supporto ai pazienti, familiari e "caregiver" sulle abitudini di vita da assumere in seguito al ricovero,
- Attivazione della rete di servizi territoriali per favorire la dimissione (ossigeno a domicilio, presidi sanitari, ausili ...),
- Rilevazione e gestione sistematica dei dati d'interesse infermieristico a fini statistici e di monitoraggio del lavoro,
- Gestione della movimentazione e delle dimissioni dei pazienti,
- Esecuzione del follow-up telefonico ai pazienti per valutare lo stato di salute e domicilio.
- Attivazione del servizio di assistenza domiciliare in accordo con il medico, se le condizioni del paziente peggiorano, ma non necessitano di ricovero ospedaliero, (monitoraggio assiduo parametri vitali, potenziamento terapia diuretica),
- Informazione sul funzionamento dell'Ambulatorio Scompenso,
- Consegna della documentazione dell'ambulatorio scompenso comprendente i fogli di spiegazione della patologia, di monitoraggio dei parametri vitali a domicilio, con i numeri di telefono di riferimento in caso di necessità (vedi Allegato 16-17).

2.4.5 Piano di attività pratiche in reparto dell'Infermiere di "Case Manager"

L'ICM dovrà essere disponibile ed operativo dal Lunedì al Venerdì con orario di lavoro 7.00-14.00 e 13.00-20.00. Le sue attività devono comprendere:

- Verifica se gli esami programmati e le indagini diagnostiche siano state eseguite,
- Attivazione delle consulenze necessarie per predisporre la dimissione (fisioterapia, pneumologia, geriatria...),
- Compilazione e aggiornamento nella cartella infermieristica di tutte quelle informazioni che si utilizzeranno negli ambulatori di cardiologia una volta dimesso il paziente,
- Gestione della movimentazione dei pazienti e delle dimissioni,
- Segnalazione al PUA (Punto Unico d'Accesso) in collaborazione con l'infermiere di settore della necessità di dimissione protetta attraverso ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e/o assistenti sociali,
- Partecipazione ai colloqui con i familiari e alle UVG (Unità di Valutazione Geriatrica),
- Attivazione a supporto dell'infermiere di settore, se questi è impegnato in attività di urgenza o di routine, nello svolgimento di tutte le attività di pertinenza infermieristica al paziente con SC,

- Controllo delle attività riservate al personale di assistenza di base affinché queste vengano eseguite,
- Accertamento che in caso di medicazioni queste vengano fatte e vengano monitorate utilizzando le schede di rilevazione a disposizione,
- Contatto di eventuali specialisti per problemi aperti,
- Contatto della dietista o dello psicologo per rimuovere eventuali ostacoli al successo della cura,
- Richiesta di ausili necessari da utilizzare a domicilio,
- Controllo e in caso sollecito delle consulenze che sono state richieste,
- Definizione con i parenti su quali siano le eventuali difficoltà gestionali a domicilio e creazione di una possibile soluzione,
- Programmazione con la farmacia interna all'ospedale per l'arrivo dei farmaci che necessitano al paziente per la dimissione,
- Organizzazione per il trasporto del paziente a domicilio.

2.5 Garanzie

Migliorare la continuità assistenziale, offrire un preciso e costante riferimento professionale che aiuti il paziente con scompenso cardiaco a migliorare la cura di sé e la sua prospettiva di vita. Ridurre i tempi d'attesa per poter accedere all'ambulatorio e ridurre o almeno controllare i ricoveri per questa patologia.

PROGETTO AMBULATORIO SCOMPENSO

3. Infermiere di "*Case Manager*" nell'Ambulatorio Scompenso

Affidare la gestione dei pazienti con SC al personale infermieristico adeguatamente preparato e formato che in completa autonomia, dopo che il paziente è stato visitato dal medico e si è deciso il piano terapeutico, aiuta concretamente il paziente sia sul piano pratico che psicologico. Questo viene legittimato grazie alla legge n° 42 del 26 Febbraio 1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che ha permesso, grazie all'abolizione del mansionario, di operare in autonomia nell'ambito delle proprie competenze, assumendosi la responsabilità del proprio operato.

3.1 Obiettivi

L'obiettivo principale dell'ICM all'interno dell'Ambulatorio Scompenso, è quello di assicurare la continuità assistenziale ospedale/domicilio attraverso il monitoraggio dell'autogestione del paziente, cercando con il proprio operato di aumentare la consapevolezza della patologia ed evitare le riospedalizzazioni.

3.2 Setting

Il progetto s'inserisce all'interno degli Ambulatori Scompenso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine e dell'Azienda Sanitaria Locale di Ravenna - Presidio Ospedaliero Santa Maria delle Croci di Ravenna, il cui servizio di ICM è attivo dal Lunedì al Venerdì in due turni giornalieri dalle 7.30 alle 13.30 e dalle 13.00 alle 19.30.

3.2.1 Pazienti trattati

I pazienti inclusi nel progetto sono tutti i pazienti esterni (che giungono con proposta del medico di medicina generale), interni (inviati da un reparto), tutti i pazienti dimessi dai reparti con indicazione ai controlli presso gli Ambulatori Scompenso, pazienti con frazione di eiezione (F.E) uguale o inferiore al 35%, cardiopatia dilatativa cronica o di nuova insorgenza. Inoltre sono inclusi i pazienti con diagnosi di scompenso acuto di nuova insorgenza secondario ad altra patologia (ad esempio l'infarto miocardico), un'instabilità clinica in corso di SC; pazienti con SC cronico in fase terminale.

3.2.2 Strumenti

Lo strumento che si utilizzerà al fine della presa in carico del paziente con SC è la "Cartella Infermieristica per Ambulatorio Scompenso" che

comprende la documentazione esplicativa per il paziente, le schede di monitoraggio diuresi giornaliera e di terapia farmacologica domiciliare. Al fine di fornire un'adeguata rilevazione dei bisogni, saranno utilizzate scale di valutazione validate; mentre per la gestione della continuità assistenziale e per le specifiche programmazioni assistenziali, saranno utilizzate delle schede apposite. Inoltre vi è compresa tutta la parte specifica per il Follow-up telefonico.

La "Cartella Infermieristica per Ambulatorio Scompenso" verrà compilata da parte dell'ICM direttamente se il paziente non è ricoverato in Cardiologia; nel caso in cui il paziente provenga dal reparto di Cardiologia, l'ICM compilerà la parte specifica della dimissione e provvederà a riportare i dati anagrafici e l'andamento del ricovero dalla "Cartella Infermieristica di ricovero in Unità Operativa di Cardiologia".

3.3 Attività

L'attività dell'Ambulatorio verrà gestita da due medici e due ICM dedicati, con turni giornalieri che prevedono la presenza di un medico e un'infermiere al mattino ed al pomeriggio, dal Lunedì al Venerdì dalle 7.00 alle 20.00.

3.4 Compiti principali dell'infermiere di "Case Manager" in Ambulatorio Scompenso

Una volta che il medico ha visitato il paziente ed ha compilato/aggiornato il piano terapeutico domiciliare, l'ICM provvederà a svolgere le attività di monitoraggio delle condizioni cliniche, valuterà eventuali problematiche insorte e si organizzerà per cercare di risolverle. Valuterà insieme al paziente e/o al "caregiver" se c'è la necessità di attivare altri servizi, come consulenze per eventuali problemi insorti o richiedere l'utilizzo di ausili a domicilio. Durante la prima visita in ambulatorio l'infermiere provvederà inoltre a:

- Dare un'adeguata educazione sanitaria al paziente sulla propria patologia e sui cambiamenti che dovrà affrontare in futuro,
- Consegnare i fogli attraverso i quali il paziente annoterà il suo andamento clinico,
- Accertarsi che il paziente abbia capito l'importanza di monitorare peso corporeo, pressione arteriosa e comparsa di edemi declivi,
- Spiegare come e perché contattare l'Ambulatorio Scompenso, l'importanza di non auto-sospendersi la terapia e l'importanza di comunicare le eventuali variazioni sia fisiche che psicologiche (difficoltà a camminare, rifiuto nell'assunzione di liquidi..) per poter accedere ad eventuale supporto specifico.

Durante le visite di controllo, ma anche nel corso della prima visita, l'ICM svolgerà le seguenti attività:

- Eseguire l'elettrocardiogramma, la rilevazione della pressione arteriosa, del peso corporeo e della diuresi, annotando sulla cartella infermieristica tutti i cambiamenti,
- Verificare l'aderenza alla terapia prescritta e in caso non sia stata correttamente seguita parlarne con il paziente ed il medico,
- Favorire l'autogestione del diuretico (orari ed eventualmente dosaggio se già concordato con il medico)
- Valutare le condizioni fisiche generiche come l'aumento del peso corporeo dovuto ad una scorretta alimentazione o ad una riduzione dell'attività fisica, valutando anche se è il caso di richiedere consulenza dietologica o psicologica,
- Valutare assieme al *"caregiver"* o con il paziente l'eventualità di richiedere specifiche consulenze in base ad eventuali problemi insorti,
- Cercare di instaurare un rapporto di fiducia e di rilassatezza affinché il paziente non si senta a disagio nell'esporre le proprie problematiche,
- Monitorare l'andamento clinico generale per assicurarsi un mantenimento psicofisico costante,
- Aggiornare le varie parti della cartella infermieristica.

Per garantire la continuità assistenziale, tutti i Lunedì mattina l'ICM effettuerà il Follow-up telefonico dei pazienti che hanno visite di controllo più dilazionate nel tempo (superiori alla settimana), per accertarsi che non ci siano variazioni cliniche. In tal caso programmerà con il medico l'anticipo della visita ambulatoriale.

3.5 Criteri di stabilità clinica che favoriscono l'attivazione dell'Ambulatorio Scompenso

Il paziente che accede all'Ambulatorio Scompenso dovrà avere le seguenti caratteristiche cliniche:

- Assenza di sintomi da congestione,
- Assenza di angina o stabilità della soglia ischemica,
- Eventuale dispnea, affaticamento o palpitazioni controllate durante lo sforzo fisico,
- Assenza di aritmie maggiori sintomatiche,
- Stabilità del bilancio idrico (Sodiemia normale, liquidi introdotti ed eliminati validi),
- Pressione arteriosa stabile e ben tollerata,
- Funzione renale stabile,
- Buona tolleranza ai farmaci,
- Stabilizzazione o risoluzione di eventuali cause di co-morbilità,
- Valore stabile del BNP.

3.5.1 Criteri di esclusione dall'Ambulatorio con ricovero immediato

Condizioni in cui il paziente viene escluso immediatamente dal controllo dell'Ambulatorio Scompenso:

- Edema polmonare acuto,
- Tachiaritmia o bradicardia sintomatica,
- Ipotensione arteriosa sintomatica e/o persistente (Sistolica < 75 mmHg),
- Segni d'ipoperfusione cerebrale (confusione, disorientamento, assenze, allucinazioni...)

3.5.2 Criteri di esclusione dall'Ambulatorio con ricovero urgente

- Risccontro di pazienti con classe **NYHA III non preesistente** (benessere a riposo, comparsa di dispnea, affaticamento, palpitazioni nel compiere attività fisiche d'impegno inferiore a quelle abituali), in paziente con o senza storia di cardiopatia preesistente o di ipertensione arteriosa,
- Risccontro di pazienti con classe **NYHA IV non preesistente** (comparsa di dispnea, affaticamento, palpitazioni a riposo con aumento dei disturbi ad ogni minima attività), in paziente con o senza storia di cardiopatia preesistente o di ipertensione arteriosa,
- Risccontro di pazienti con **NYHA III o NYHA IV** oppure pazienti con anasarca o severi edemi declivi con gravi segni di congestione venosa (turgore giugulare, epatomegalia) nonostante già in terapia con le dosi massime tollerate di ACE-inibitori, diuretici e digitalici,
- Comparsa o peggioramento di malattie extracardiache concomitanti che peggiorano lo scompenso.

3.5.3 Criteri di esclusione dall'Ambulatorio con ricovero programmato rapidamente

- Danno d'organo correlato con lo scompenso: oligo-anuria, comparsa o peggioramento dell'insufficienza renale (creatinemia = o > 2.5 mg/dl o aumentata di due volte),
- Comparsa o peggioramento iponatremia (= o < a 130 mEq/l),
- Tachiaritmia sintomatica con frequenza cardiaca maggiore di 130 bpm,
- Bradicardia sintomatica con frequenza cardiaca inferiore a 50 bpm,
- Mancata aderenza terapeutica per presenza o comparsa di disturbi cognitivi o di mancata assistenza domiciliare.

3.6 Garanzie

Con questo progetto ci si prefigge di garantire una migliore continuità assistenziale, un preciso e costante riferimento professionale che aiuti il paziente con SC a migliorare la cura di sé e la sua prospettiva di vita. Inoltre

si vuole contribuire alla riduzione dei tempi di attesa per l'accesso all'Ambulatorio Scompenso, controllare e monitorare i re-ricoveri.

3.7 Follow up

Premesso che il paziente seguito presso l'Ambulatorio Scompenso è un paziente clinicamente stabile, ma che può subire delle oscillazioni cliniche che lo porteranno comunque ad affrontare annualmente dei ricoveri, vogliamo sottolineare la fondamentale importanza che ha il Follow-up anche tramite l'uso della consulenza telefonica in questi pazienti. Le Linee Guida indicano, a seconda della classe NYHA di appartenenza per la gravità dello Scompenso (severità definita sulla base della sintomatologia e dell'attività fisica), la seguente classificazione per il follow up:

- **Classe NYHA I e II:** Controlli clinici ogni 6 mesi (controllo parametri vitali, esami ematici). Ogni anno esecuzione di ECG, valutazione "compliance", educazione terapeutica. Ogni due anni ECOcardiogramma effettuato dal cardiologo.
- **Classe NYHA III e IV:** Controlli clinici ogni 3 mesi (controllo parametri vitali, esami ematici). Ogni anno esecuzione di ECG, valutazione "compliance", educazione terapeutica, ECOcardiogramma effettuato dal cardiologo.

In realtà, nella pratica clinica, questa cadenza nei controlli ambulatoriali, viene difficilmente rispettata poiché si è visto che, proprio per la discontinuità/scarsità dei controlli, un paziente debba subire uno o più ricoveri ospedalieri in conseguenza delle modificazioni del suo equilibrio clinico. Considerando anche la prognosi della malattia, la sua cronicità, e l'aumento delle ricadute correlate all'aumentare dell'età con una crescente difficoltà nel loro superamento, si è pensato di inserire i pazienti che afferiscono all'Ambulatorio Scompenso in un percorso di controlli mediante intervista telefonica che renda possibile un miglior monitoraggio delle condizioni cliniche e un maggior supporto anche psicologico, soprattutto in quei pazienti che hanno una cadenza nei controlli più dilazionata nel tempo, e in quei pazienti più labili che sono in fase terminale della patologia.

3.7.1 Follow-up telefonico

I programmi ambulatoriali di gestione del paziente con SC, comprendono anche la "gestione dei casi" attraverso la chiamata telefonica, eseguita dall'infermiere dopo la dimissione dall'ospedale o fra una visita di controllo e l'altra, con lo scopo di monitorare l'aderenza ai programmi di trattamento e di valutare lo stato di salute.

Questo tipo d'intervento richiede un adeguato grado di abilità da parte dell'infermiere a causa della mancanza dell'osservazione diretta del paziente. I pazienti con insufficienza cardiaca, spesso richiedono un nuovo ricovero entro il primo anno dalla dimissione, quindi il follow-up telefonico diventa una modalità di approccio finalizzata alla riduzione delle riammissioni.

Dalla revisione della letteratura, i programmi di follow-up telefonico prevedono la prima chiamata a domicilio entro 5-7 giorni dalla dimissione del paziente. L'intervallo per le chiamate successive possono essere settimanali od ogni due settimane, ma potrebbero verificarsi più spesso in base alle esigenze del paziente e a discrezione dell'infermiere.

Lo scopo dell'intervento telefonico è quello di educare, monitorare i pazienti e valutare la loro adesione terapeutica alla gestione della propria condizione. All'interno della "Cartella Infermieristica per Ambulatorio Scompenso" è stata predisposta la scheda per il "Follow-up telefonico" che guida l'infermiere attraverso un'intervista strutturata nell'accertamento delle condizioni del paziente. L'intervista telefonica è basata su cinque obiettivi: aderenza alla dieta, aderenza al trattamento farmacologico, monitoraggio dei sintomi (in particolare la progressione della dispnea e della fatica), controllo dei segni di ritenzione idrosalina (peso giornaliero ed edema), attività fisica giornaliera.

Nell'eventualità che l'infermiere, durante i follow-up telefonici, rilevi una variazione delle condizioni cliniche può programmare o anticipare una visita ambulatoriale di controllo al fine di valutare il paziente e intervenire tempestivamente, in accordo con il medico.

DISCUSSIONE

Con questo progetto pilota, si è voluto dare una risposta alle problematiche di gestione del paziente con SC all'interno delle Strutture Sanitarie di riferimento. Dai problemi riscontrati durante i colloqui preliminari con i colleghi infermieri, è emerso come fosse assente un percorso strutturato che guidasse l'infermiere nell'assistenza a questa tipologia di paziente. Si è concluso allora sulla opportunità di approntare strumenti che promuovessero ed uniformassero i comportamenti secondo i dettami delle linee guida "ESC", ma soprattutto si è voluto suggerire la strutturazione di un percorso che garantisse quella continuità assistenziale necessaria a controllare ed a ritardare la progressione della patologia in questione. L'innovazione del progetto proposto sta nel delineare all'interno degli Ambulatori di Cardiologia la figura dell'ICM, cosa che, nelle nostre realtà organizzative è assolutamente innovativa. Sono previsti due incontri con il personale che gestisce il paziente con SC (ICM e medico cardiologo), uno dopo sei mesi dall'avvio del progetto ed uno alla conclusione del progetto stesso. Al termine del progetto-pilota si prevede la realizzazione di un ciclo di Audit Clinico per valutare l'aderenza alle Linee Guida e provvedere ad eventuali implementazioni della pratica in uso. La formulazione dell'Audit Clinico provvederà anche a valutare se gli obiettivi proposti da questo progetto siano stati realizzati e se i problemi evidenziati dal personale si siano in parte risolti.

Concluso l'Audit Clinico, inizierà uno studio multicentrico osservazionale e prospettico in cui verranno inclusi tutti i pazienti ricoverati per SC e per riacutizzazione di SC. Verranno raccolti tutti i dati anamnestici di base, individuati ed annotati i fattori di rischio, la causa principale d'insorgenza di SC, le procedure terapeutiche e diagnostiche eseguite. Sarà dedicata una parte specifica alla raccolta dati per valutare la qualità della vita e il miglioramento/peggioramento della percezione di benessere e dello stato di salute. Tali dati verranno raccolti per un anno. Gli obiettivi primari che ci si prefigge sono: la valutazione dell'effettiva efficacia dell'ICM, così com'è stato delineato in questo lavoro, e il monitoraggio dell'andamento clinico dei pazienti. Secondariamente s'intende verificare se i percorsi diagnostici e terapeutici nella gestione dei pazienti siano simili all'interno delle due strutture ospedaliere di riferimento valutando nel contempo se sia possibile standardizzare il Follow-up per evitare le ricadute cliniche, avere un preciso profilo epidemiologico dei pazienti con Scompenso Cardiaco.

Per poter realizzare tutto ciò saranno valutati gli End-Point Clinici ricavati dalle linee guida, organizzativi ed umanistici (di gradimento e di percezione della qualità della vita).

4. End- Point Clinici

Gli End- Point Clinici rilevati sono: Progressione della malattia, Mortalità, Dispnea, Morbidità, Efficacia Clinica.⁶⁵

La **Dispnea** è valutata in quanto rappresenta il sintomo ⁶⁵:

- che più frequentemente spinge il paziente a cercare assistenza,

- verso il quale vengono indirizzati i trattamenti in acuto.

La **Morbidity** viene valutata come ⁶⁵:

- Ridotto ricorso a trattamenti specialistici,
- Riduzione del numero e della durata delle ospedalizzazioni,
- Ridotto ricovero in unità di terapia intensive.

L'**Efficacia Clinica** di un trattamento viene valutata sulla base delle variazioni del quadro sintomatologico e clinico ⁶⁵.

Gli End- Point Organizzativi sono: Costi correlati alla ri-ospedalizzazione, Durata dell'ospedalizzazione e Utilizzo delle risorse (medicinali, procedure diagnostiche e test di laboratorio).

Gli End- Point Umanistici si dividono in:

- End- Point di **Gradimento** (Allegato 18): sono quei fattori valutabili attraverso la somministrazione del questionario di Gradimento che ogni Azienda Ospedaliera somministra ai propri pazienti durante il ricovero, e che valuta la percezione del paziente rispetto all'esperienza del ricovero nella sua totalità.
- End- Point di **Percezione della qualità della vita** (Allegato 5): la qualità di vita viene valutata attraverso la compilazione del Minnesota Living with heart failure Questionnaire (Allegato 13). Questo questionario viene introdotto nel 1984 come strumento per misurare "gli effetti dello scompenso cardiaco e del suo trattamento sulla qualità della vita dell'individuo". E' costituito da 21 domande e le risposte sono su scala di Likert a 6 punti. La maggior parte degli items riguarda la capacità del paziente di svolgere le normali attività della vita quotidiana. Quantificando i condizionamenti imposti dalla malattia, può meglio essere definito uno strumento di misura dello stato di salute percepito.⁶⁰ Verrà proposto al paziente in occasione della prima visita all'Ambulatorio Scompenso o alla dimissione, dopo 1 mese, dopo 6 mesi, dopo 1 anno e dopo 2 anni.

CONCLUSIONI

E' stato dimostrato che il risultato migliore delle cure si realizza quando il cardiologo, il MMG e l'infermiere concorrono alla gestione del paziente con SC con un approccio pianificato, sia multidisciplinare e olistico, ma anche adatto al singolo paziente. La strategia multidisciplinare riduce il ricorso alle cure acute, aumenta anche l'indipendenza dei malati, riduce il numero delle visite mediche o il ricorso al pronto soccorso/ricovero, migliora la situazione psicosociale e la qualità della vita, quest'ultima attualmente considerata un elemento assai importante.⁴⁵ Migliorare le prestazioni infermieristiche svolte da ICM negli ambulatori responsabili delle cure al paziente con SC attraverso il controllo dell'andamento clinico e della percezione di benessere di questi pazienti, aumenta e migliora la loro qualità della vita e riduce il più possibile le riacutizzazioni della patologia stessa.

BIBLIOGRAFIA

1. Dickstein K, Cohen Solal A, Filippatos G, McMurray J.J.V, Ponikowski P, Poole-Wilson P.A, Stromberg A, Van Veldhuisen D.J, Atar D, Hoes A. W, Keren A, Mebazaa A, Nieminen M, Priori S.G, Swederg K. ESC Guideline for Acute and Chronic Heart Failure (Diagnosis and Treatment). G Ital Cardiol 2009; 10 (3): 141-198.
2. Taylor SJC, Bestall JC, Cotter S, Falshaw M, Hood SG, Parsons S, Wood L, Underwood M. Clinical service organisation for heart failure. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD002752. DOI: 10.1002/14651858.CD002752.pub2. 2005
3. Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson IJ . Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD005623. DOI:10.1002/14651858. CD005623.pub2 2008
4. Schocken DD, Benjamin EJ, Fonarow GC, Krumholz HM, Levy D, Mensah GA, Narula J, Shor ES, Young JB, Hong Y. Prevention of heart failure: a scientific statement from the American Heart Association Councils on Epidemiology and Prevention, Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing, and High Blood Pressure Research; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Group. Circulation. 2008 May 13;117(19):2544-65. Epub 2008 Apr 7.
5. Gardetto NJ, Carroll KC. Management strategies to meet the core heart failure measures for acute decompensated heart failure: a nursing perspective. Critical Care Nursing Quarterly 2007 Oct-Dec; 30(4): 307-20.
6. Alm-Roijer C, Stagmo M, Udén G, Erhardt L. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. European Journal of Cardiovascular Nursing 2004 Dec;3(4):321-30.
7. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Altimir S, Coll R, Prats M, Valle V. Nurse evaluation of patients in a new multidisciplinary Heart Failure Unit in Spain. European Journal of Cardiovascular Nursing 2004 Apr;3(1):61-9.
8. Scholte op Reimer WJ, Jansen CH, De Swart EA, Boersma E, Simoons ML, Deckers JW. Contribution of nursing to risk factor management as perceived by patients with established coronary heart disease. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2002 Jun;1(2):87-94

9. Delgado-Passler P, MSNc, RN & McCaffrey R, ND, ARNP-BC. The influences of postdischarge management by nurse practitioners on hospital readmission for heart failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 18 (2006) 154–160^a 2006.
10. Gonsetha J, Guallar-Castillonb P, Banegasb J.R, Rodriguez-Artalejob F. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *The European Society of Cardiology*. doi:10.1016/j.ehj.2004.04.022
11. Anderson JH. Nursing presence in a community heart failure program. *Clinical Education and Research, a Saint Alphonsus Regional Medical Center, Boise, Idaho, USA. Nurse Practitioner*. 2007 Oct;32(10):14-21.
12. Anderson JH. The impact of using nursing presence in a community heart failure program. *Journal Cardiovascular Nursing*. 2007 Mar-Apr;22(2):89-94; quiz 95-6; discussion 97-8.
13. Graybeal K, Moccia-Sattler J. Heart failure management in a community hospital system. *Lippincotts Case Management*. 2001 May-Jun;6(3):112-8.
14. Gorski LA, Johnson K.A. Disease management program for heart failure: collaboration between a home care agency and a care management organization. *Lippincotts Case Management*. 2003 Nov-Dec;8(6):265-73.
15. Haldeman LW, Read SP, Hart T. Customized clinical case management for chronically ill patients. Health system sees remarkable results with teams of case managers, physicians, patients. *Physician Executive journal*. 2001 Sep-Oct;27(5):46-50.
16. Laramee AS, Levinsky SK, Sargent J, Ross R, Callas P. Case management in a heterogeneous congestive heart failure population: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2003 Apr 14;163(7):809-17
17. Rollins G. Nurse practitioners improve risk factor management for patients with coronary heart disease. *Rep Med Guidel Outcomes Res*. 2002 Nov 15;13(22):9-10, 12.
18. Kirchberger I, Meisinger C, Seidl H, Wende R, Kuch B, Holle R. Nurse-based case management for aged patients with myocardial infarction: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*. 2010 May 27;10:29.
19. Jun Ma, Van Lee K, Berra K, Stafford R.S. Study protocol Open Access Implementation of case management to reduce cardiovascular disease risk in the Stanford and San Mateo Heart to Heart randomized controlled trial:

study protocol and baseline characteristics. *Implementation Science* 2006, 1:21 doi:10.1186/1748-5908-1-21

20. Conceição S, Brandão S, Fernando Bacal VSI, Ayub Ferreira S.M, Chizzola PR, Germano E. Long-Term Prospective, Randomized, Controlled Study Using Repetitive Education at Six-Month Intervals and Monitoring for Adherence in Heart Failure Outpatients. The REMADHE Trial DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.107.744870 *Circ Heart Fail* 2008;1;115-124; originally published online January 1, 2008;
21. Jacobs B. Reducing heart failure hospital readmissions from skilled nursing facilities. *Professional Case Management*. 2011 Jan-Feb;16(1):18-24; quiz 25-6.
22. Annema C, Luttik ML, Jaarsma T. Do patients with heart failure need a case manager? *Journal Cardiovascular Nursing*. 2009 Mar-Apr;24(2):127-31.
23. Anderson JH. Nursing presence in a community heart failure program. *Nurse Practitioner*. 2007 Oct;32(10):14-21.
24. Peters-Klimm F, Müller-Tasch T, Schellberg D, Gensichen J, Muth C, Herzog W, Szecsenyi J. Rationale, design and conduct of a randomised controlled trial evaluating a primary care-based complex intervention to improve the quality of life of heart failure patients: HICMan (Heidelberg Integrated Case Management). *BMC Cardiovascular Disorders*. 2007 Aug 23;7:25.
25. Del Sindaco D, Pulignano G, Minardi G, Apostoli A, Guerrieri L, Rotoloni M, Petri G, Fabrizi L, Caroselli A, Venusti R, Chiantera A, Giulivi A, Giovannini E, Leggio F. Two-year outcome of a prospective, controlled study of a disease management programme for elderly patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Medicine (Hagerstown)*. 2007 May;8(5):324-9.
26. Heart failure: improving the continuum of care. *Care Management J*. 2006 Summer;7(2):58-63. Kay D, Blue A, Pye P, Lacy A, Gray C, Moore S.
27. Chiu WK, Newcomer R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Professional Case Management* 2007 Nov-Dec;12(6):330-6; quiz 337-8.
28. Anderson MA, Levsen J, Dusio ME, Bryant PJ, Brown SM, Burr CM, Brown-Benn C. Evidenced-based factors in readmission of patients with heart failure. *J Nurs Care Qual*. 2006 Apr-Jun;21(2):160-7.

29. Berkowitz R, Blank LJ, Powell SK. Strategies to reduce hospitalization in the management of heart failure. *Lippincotts Case Management*. 2005 Nov-Dec;10(6 Suppl):S1-15; quiz S16-7.
30. Kim YJ, Soeken KL. A meta-analysis of the effect of hospital-based case management on hospital length-of-stay and readmission. *Nurs Res J*. 2005 Jul-Aug;54(4):255-64.
31. Whellan DJ, Hasselblad V, Peterson E, O'Connor CM, Schulman KA. Meta-analysis and review of heart failure disease management randomized controlled clinical trials. *American Heart Journal*. 2005 Apr;149(4):722-9.
32. Shah MR, Flavell CM, Weintraub JR, Young MA, Hasselblad V, Fang JC, Nohria A, Lewis EF, Givertz MM, Mudge G Jr, Stevenson LW. Intensity and focus of heart failure disease management after hospital discharge. *American Heart Journal*. 2005 Apr;149(4):715-21.
33. Dunagan WC, Littenberg B, Ewald GA, Jones CA, Emery VB, Waterman BM, Silverman DC, Rogers JG. Randomized trial of a nurse-administered, telephone-based disease management program for patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*. 2005 Jun;11(5):358-65.
34. Miller LC, Cox KR. Case management for patients with heart failure: a quality improvement intervention. *Journal of Gerontological Nursing*. 2005 May;31(5):20-8.
35. Armola RR, Topp R. Variables that discriminate length of stay and readmission within 30 days among heart failure patients. *Lippincotts Case Management*. 2001 Nov-Dec;6(6):246-55.
36. Laramee AS, Levinsky SK, Sargent J, Ross R, Callas P. Case management in a heterogeneous congestive heart failure population: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2003 Apr 14;163(7):809-17.
37. Riegel B, Carlson B, Kopp Z, LePetri B, Glaser D, Unger A. Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. *Arch Intern Med*. 2002 Mar 25;162(6):705-12.
38. Aust J, Health P, Bird S, Noronha M, Sinnott H. An integrated care facilitation model improves quality of life and reduces use of hospital resources by patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. 2010;16(4):326-33.
39. Raman G, Deirdre DeVine, MLitt M.D, Lau J, MD. Non-Pharmacological Interventions for Post-Discharge Care in Heart Failure. Tufts-NEMC Evidence-based Practice Center. Technology Assessment Report Project ID: CRDT0607 February 29, 2008.

40. Van Lieshout J, Steenkamer B, Knippenberg M, Wensing M. Improvement of primary care for patients with chronic heart failure: A study protocol for a cluster randomised trial comparing two strategies. *Implement Sci.* 2011 Mar 25;6:28.
41. Senni M, Filippi A. La personalizzazione del follow-up nel paziente con scompenso cardiaco cronico: è giunto il momento di parlarne. *G Ital Cardiol* 2010; 11 (5 Suppl 2): 5S-7S.
42. De Maria R, Misuraca G, Milli M, Filippi A. La gestione integrata fra ambulatorio scompenso e cure primarie per la personalizzazione del follow-up nel paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2010; 11 (5 Suppl 2): 38S-44S.
43. Campana C, Monti L, Pirini S, Borghi G, Colombo C, Tavazzi L. Gestione integrata ospedale-territorio nello scompenso cardiaco cronico: progetto pilota di fattibilità. (*G Ital Cardiol* 2008; 9 (7): 491-496).
44. Mainardi L, Iazzolino E, Asteggiano R, Lusardi R, Varbella F, Sasso L, Conte M R. Confronto tra gestione infermieristica telefonica ed ambulatoriale integrata dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico in un vasto territorio piemontese. (*G Ital Cardiol* 2010; 11 (1): 35-42).
45. Scardi S, Humar F, Di Lenarda A, Mazzone C, Giansante C, Sinagra G. Continuità assistenziale ospedale-territorio per il paziente con scompenso cardiaco cronico: una rivoluzione e una sfida nella cura ambulatoriale. *G Ital Cardiol* 2007; 8 (2): 83-91.
46. Fabbri G, Gorini M, Maggioni A. P. IN-CHF: il registro italiano dello scompenso cardiaco. Dieci anni di esperienza. *G Ital Cardiol* 2006; 7 (10): 689-694.
47. Catapano A, Vanuzzo D, Cavallini C, Curnis A, Giampaolo S, Misuraca G, Pennestrì F, Recalcati P, Wee A. Epidemiologia Nazionale e Regionale. *G Ital Cardiol* 2009; 10 (suppl 3-6): 385-57S.
48. Consensus Conference Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2006; 7 (6): 387-432.
49. "Cartella Infermieristica ricovero in Unità Operativa di Cardiologia" adattata dalla Cartella infermieristica di Unità Operativa "Post Acuti" dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria delle Croci di Ravenna.
50. "Cartella Infermieristica ricovero in Unità Operativa di Cardiologia" e "Cartella Infermieristica per Ambulatorio Scompenso" estratto ed adattata da AMNCO Sinossi di studio e Cfr "registro scompenso cardiaco acuto".

51. Scala di Conley adattata dalla Cartella infermieristica di Unità Operativa di “Cardiologia” dell’Azienda Ospedaliera Santa Maria delle Croci di Ravenna.
52. Scala di Braden adattata dalla Cartella infermieristica di Unità Operativa di “Cardiologia” dell’Azienda Ospedaliera Santa Maria delle Croci di Ravenna.
53. Scala di Glasgow adattata dalla Cartella infermieristica di Unità Operativa di “Cardiologia” dell’Azienda Ospedaliera Santa Maria delle Croci di Ravenna.
54. Scala NYHA “Classificazione dell’insufficienza cardiaca o cardiopatia coronarica”. <http://www.sunhope.it/classificazioneNYHA.pdf>
55. Documentazione esplicativa sullo Scompenso Cardiaco per il paziente adattata dalla Cartella infermieristica di Unità Operativa di “Cardiologia, Servizio di Cardiologia” dell’Azienda Ospedaliera Santa Maria delle Croci di Ravenna.
56. Schede di Monitoraggio parametri vitali a domicilio adattata dalla Cartella infermieristica di Unità Operativa di “Cardiologia, Servizio di Cardiologia” dell’Azienda Ospedaliera Santa Maria delle Croci di Ravenna.
57. Diario di diuresi giornaliera per pazienti in terapia diuretica adattato dalla Cartella infermieristica di Unità Operativa di “Cardiologia, Servizio di Cardiologia” dell’Azienda Ospedaliera Santa Maria delle Croci di Ravenna.
58. Diario di terapia farmacologica domiciliare adattato dalla Cartella infermieristica di Unità Operativa di “Cardiologia, Servizio di Cardiologia” dell’Azienda Ospedaliera Santa Maria delle Croci di Ravenna.
59. Santullo A, Le scale di valutazione in sanità. Mc Graw Hill 2009, pag. 395 - 419
60. Questionario per il follow - up telefonico adattato dalla documentazione clinica per la gestione ambulatoriale del paziente con scompenso cardiaco acuto dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine. Dipartimento di Scienze Cardiopolmonari.
61. Agostoni O. The Minnesota living with heart failure questionnaire (MLHFQ) nella valutazione di un programma di disease management dello scompenso cardiaco avanzato 2009
http://www.medicinaepersona.org/resources/pagina/N124394dc9829f66f102/N124394dc9829f66f102/ABSTRACTS_MCTS_2009.pdf
62. Questionario, valutazione della qualità di vita “Minnesota living with heart failure questionnaire” (MLWHFQ) adattato da Tutorial per i centri arruolatori 2.0. Trattamento ormonale scompenso cardiaco.
www.toscaproject.net

63. Questionario per la valutazione della qualità percepita dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria delle Croci di Ravenna, Anno 2009.
64. S. De Feo, C. Opasich. Educare e comunicare: terapie non farmacologiche per il paziente con scompenso cardiaco cronico? *Monaldi Arch Chest Dis* 2002; 58: 1, 51–53.
65. Quali End Point Adottare per il Trattamento dello Scompenso Acuto? 2010
<http://www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/ahf/>
66. Epidemiologia dello scompenso acuto: dati dai registri esistenti. 2010
<http://www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/ahf/>
67. Fisiopatologia e Gestione Clinica dello Scompenso Cardiaco Acuto. 2010
<http://www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/ahf/>
68. Nuove Prospettive di Trattamento Farmacologico. 2010
<http://www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/ahf/>
69. IN-CHF: il registro italiano dello scompenso cardiaco. Dieci anni di esperienza 2006 <http://www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/ahf/>
70. Heart Failure Awareness Day Giornata Europea dello Scompenso Cardiaco 2010. <http://www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/hfd/comunicato.pdf>
71. Dati epidemiologici sullo scompenso cardiaco
http://www.menarini.it/r_s/seniors_study/Dati-sullo-scompenso-cardiaco
72. Come coniugare l'innovazione tecnologica, il miglioramento della qualità di vita del paziente e le risorse economicamente sostenibili, esempi e prospettive Prof. Luigi Padeletti Università di Firenze

ALLEGATI

Allegato 1:

Cartella Infermieristica di ricovero in Unità Operativa di Cardiologia

Presidio Ospedaliero di _____

UNITÀ OPERATIVA di CARDIOLOGIA

CODICE PAZIENTE: _____

Baseline

Compilare all'ingresso del paziente da parte dell'infermiere di case Manager.

Si ricorda che una copia della parte prima e seconda seguirà il paziente che necessita dell'Ambulatorio Scompenso.

Parte prima

CARTELLA INFERMIERISTICA

Etichetta
Paziente

DATI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome: _____ Sesso: ☐ M

☐ F

Nato/a il: / / , a _____.

Età: _____

Residenza: _____ Via _____

Domicilio: _____ Via _____

Livello di istruzione: ☐ Nessuno ☐ Elementare ☐ Media inferiore ☐ Media Superiore ☐ Laurea

Inserimento nel Follow-up telefonico: ☐ Sì ☐ No.

Numero telefonico per il follow-up: _____

Persone da contattare in caso di necessità:

_____ grado di parentela _____ tel. _____

_____ grado di parentela _____ tel. _____

Vive: ☐ Solo ☐ Con assistenza privata ☐ Con coniuge ☐ Con figli

☐ In comunità/struttura _____

Seguito da ADI: ☐ No ☐ Sì, quale _____

Parte Seconda

RICOVERO/INGRESSO

Data ricovero in cardiologia: _____

☐ PRONTO SOCCORSO

☐ PROGRAMMATO

☐ DOMICILIO

☐ TRASFERITO DA _____

☐ ALTRO _____

DIAGNOSI MEDICA

☐ E' il primo episodio di scompenso cardiaco? ☐ Si ☐ No. Se no: I sintomi sono comparsi da:

☐ < di 6 mesi ☐ 6-12 mesi ☐ 12-24 mesi ☐ > 24 mesi ☐ Non noto

☐ Lo scompenso cardiaco è conseguenza di: ☐ Ischemica ☐ Valvolare ☐ Alcoolica
☐ CMP Dilatativa ☐ CMP Ipertensiva
☐ Non determinabile ☐ Altro, specificare: _____

☐ Data ultimo ricovero per scompenso: _____

☐ Reparto ultimo ricovero per scompenso: ☐ Domicilio ☐ Reparto Medico ☐ Reparto Chirurgico

☐ Altro, _____

☐ Paziente in lista per trapianto? ☐ Si ☐ No

☐ Classe NYHA: _____

☐ Variazioni Classe NYHA dall'ultimo ricovero: ☐ Si ☐ No. Se si, specificare: _____

STORIA CLINICA/PATOLOGIE CONCOMITANTI

☐ IMA: ☐ Si ☐ No ☐ Se si, sede e data ultimo episodio _____

☐ Angina Pectoris: ☐ Si ☐ No

☐ Ictus: ☐ Si ☐ No

☐ Ipertensione: ☐ Si ☐ No

☐ Fumo di sigaretta: ☐ Si ☐ No ☐ Ex _____

☐ Diabete mellito: ☐ Si ☐ No ☐ Dieta ☐ Insulina: _____ ☐ Ipoglic. Orale: _____

☐ Ipercolesterolemia: ☐ Si ☐ No

☐ BPCO: ☐ Si ☐ No

☐ Arteriopatia obliterante: ☐ Si ☐ No

☐ Bypass Aortocoronarico: ☐ Si ☐ No ☐ Sede e data esecuzione: _____

☐ Angioplastica Coronarica: ☐ Si ☐ No ☐ Sede e data esecuzione: _____

☐ Pacemaker: ☐ Si ☐ No

☐ Defibrillatore: ☐ Si ☐ No

☐ FA: ☐ Si ☐ No ☐

- ☐ **Insufficienza renale cronica:** ☐ Si ☐ No ☐ Dialisi: _____
- ☐ **Patologie Cerebrovascolari:** ☐ Si ☐ No _____
- ☐ **Patologie Neoplastiche:** ☐ Si ☐ No _____
- ☐ **Patologie Polmonari:** ☐ Si ☐ No _____
- ☐ **Altro, specificare** _____
- ☐ **Terapia anticoagulante:** ☐ No ☐ Si, dosaggio: _____ ☐ Sintrom ☐ Coumadin
- ☐ **Allergie:** ☐ No/Non riferite ☐ Si, quali _____
- ☐ **Positività sierologica:** ☐ Accertata ☐ Non nota ☐ HIV ☐ HCV ☐ HBV ☐ LUE
☐ Altra: _____
- ☐ **Abuso di:** ☐ Stupefacenti: _____ ☐ Alcool: _____

ANAMNESI INFERMIERISTICA

- ☐ **Stato di coscienza:** ☐ Vigile ☐ Orientato ☐ Disorientato/Confuso ☐ Rallentato ☐ Assopito
☐ Coma (Scala Glasgow, vedi allegato 7): _____
- ☐ **Stato emotivo:** ☐ Collaborante: ☐ Si ☐ No. ☐ Depresso ☐ Ansioso ☐ Aggressivo ☐ Agitato
- ☐ **Sensorio:** ☐ Sordità totale ☐ Ipoacusia ☐ Cecità totale ☐ Ipovedente
☐ Utilizzo di: ☐ Occhiali ☐ Protesi auricolari
- ☐ **Dolore:** ☐ Non presente ☐ Presente: sede _____
☐ Scala rilevazione dolore (vedi tabella "Dolore"): _____
- ☐ **Medicazioni** (vedi allegato 13 e/o 15):

Sede: _____ Tipo ferita: _____

DATI CLINICI INGRESSO

- ☐ Classe NYHA: _____ ☐ P.A.: _____ mmHg ☐ FC: _____ bpm ☐
 Peso: _____ Kg
- ☐ Edema arti inferiori: ☐ Alle caviglie ☐ Fino al ginocchio ☐ Oltre

Infermiere di Case Manager responsabile della rilevazione dati dimissione:

Firma:

Parte terza

DIMISSIONE

Data di dimissione: / / Ora: _____

☐ Domicilio ☐ Altra struttura ☐ Dimissione Volontaria

☐ Dimissione con Assistenza Integrata: _____

☐ Decesso, data: _____

Trasferimento in:

☐ Post acuti: richiesto il / / . Esegue il / / .

☐ Lungodegenza ospedaliera: richiesta il / / . Esegue il / / .

☐ Altro reparto: _____ ☐ Altra struttura: _____

Causa decesso: ☐ Cardiaca ☐ Scompenso cardiaco ☐ Infarto miocardico ☐ Improvvisa ☐ Aritmie

☐ Altra cardiaca: _____ ☐ Altra extracardiaca: _____

☐ Mezzo di dimissione: ☐ Mezzo proprio ☐ Servizio ambulanze

Prenotazione ambulanza: / / Ora: _____

Nome operatore: _____ contattato il / / .

Infermiere che prenota: _____

Prenotata per il giorno: / / . Ora prevista _____ ☐ Inviato FAX

A carico: ☐ Struttura ricevente ☐ AUSL

☐ Informato persona di riferimento Sig. _____ il / / , ora _____

Programma per la dimissione:

☐ Attivato PUA il / / per motivo: ☐ Sociale ☐ Infermieristico

☐ UVG per RSA esegue visita il _____

☐ Hospice esegue visita il _____

Richiesta invalidità civile:

☐ No ☐ Si ☐ Richiesta relazione di degenza in data: / / .

☐ Consegnata relazione ai familiari il / / .

Richiesti presidi a domicilio:

☐ Richiesta consulenza fisiatrica per valutazione ausili, quali: _____ il / / .

☐ Inviato modulo richiesta presidi: il / / .

☐ Richiesta ossigeno terapia: il / / .

☐ Si ☐ No. Se sì: _____

☐ Lista trapianto cardiaco ☐ Cardioversione ☐ Rivascolarizzazione: _____ ☐ Impianto ICD

☐ Impianto PM biventricolare ☐ Ablazione trans catetere ☐ Altro _____

☐ Si ☐ No. Se sì: _____

☐ Ambulatorio Scenpenso ☐ Ambulatorio cardiologico ☐ Medico di Medicina Generale

Firma: _____

NOTE:

RILEVAZIONE DEI BISOGNI

(Aggiungere sempre scheda RILEVAZIONE ASSISTENZIALE DI BASE)

RESPIRAZIONE E CIRCOLO

Alterazioni respiratorie:

- ☐ dispnoico
☐ tachipnea
☐ ortopnea
☐ altro _____

☐ O₂ terapia: _____ lt/m ☐ Occhiali ☐ Maschera

Tracheotomia: cannula n° _____ Posizionata il _____

Tipo: ☐ Cuffiata ☐ Non cuffiata ☐ Fenestrata ☐ Non fenestrata

Autogestione tracheotomia ☐ sì ☐ no

☐ Svezamento dal respiratore: giorno _____ Note: _____

☐ alterazioni cardiocircolatorie:

- ☐ Ipertensione
- ☐ Ipotensione (_____ mm/hg)
- ☐ Tachicardia
- ☐ Bradicardia
- ☐ Edemi declivi (_____)
- ☐ Stato anasarcatco
- ☐ Altro _____

Punteggio scala di Mlwhf (Allegato 3): _____

MOBILIZZAZIONE

Punteggio scala Conley (Allegato 3): _____

Punteggio scala Braden LDD (Allegato 4): _____

Punteggio scala di Mlwhf (Allegato 5): _____

Punteggio Scala Must (allegato 6): _____

Mobilità: ☐ Libera ☐ Allettato ☐ Assistita con _____

☐ Possibilità di carico dal _____

➤ **Postura:** ☐ Seduto arti declivi ☐ Carrozzina ☐ Arti inferiori in scarico ☐ Obbligata

Piano riabilitativo fisiatrico ☐ No ☐ Sì, effettuato in data: _____

Portatore di protesi: _____

ELIMINAZIONE URINARIA

Punteggio scala di Mlwhf (Allegato 5): _____

☐ Continente ☐ Incontinente ☐ Cateterismo intermittenza ☐ Pannolone ☐ Urocontrol
☐ Raccolta diuresi ☐ Stomia, cambio _____

CV: inserito il _____ tipo _____ calibro _____ prossimo cambio il _____

ELIMINAZIONE INTESTINALE

Punteggio scala di Mlwhf (Allegato 5): _____

☐ Continente ☐ Incontinente ☐ Pannolone ☐ Alvo regolare ☐ Diarrea ☐ Stipsi
☐ Ultima evacuazione _____
☐ Uso di lassativi _____
☐ Tipo stomia _____

COMUNICAZIONE

☐ Verbale ☐ Gestuale ☐ Afasico ☐ Disartrico ☐ Lingua italiana ☐ Altra lingua _____

UDITO: ☐ Normale ☐ Ridotto ☐ Sordità

VISTA: ☐ Normale ☐ Alterata ☐ Cecità

STATO DI COSCIENZA

☐ Vigile ☐ Orientato ☐ Disorientato ☐ Assopito ☐ Comatoso ☐ Altro: _____

Punteggio scala di Glasgow (allegato 7): _____

DOLORE

☐ Sì ☐ No ☐ Cronico ☐ Acuto

Scala di intensità numerica:

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Leggenda: 0-3= Dolore Lieve; 4-7: Dolore Moderato; 8-10: Dolore Forte.

Sede: _____

Terapia: _____

RIPOSO

☐ Regolare ☐ Insonnia ☐ Incubi/allucinazioni ☐ Aiuto terapeutico _____

SICUREZZA

Punteggio scala Conley (Allegato 3): _____

Punteggio scala di Mlwhf (Allegato 5): _____

☐ Non a rischio ☐ Rischio potenziale ☐ Contenzione di sicurezza, quale: _____

Parte Quarta

PROGETTO CLINICO ASSISTENZIALE

Work in Progress - Master Università di Bologna

**Specificare in modo chiaro prima di iniziare a scrivere nel diario il turno di riferimento
(POMERIGGIO, MATTINA, NOTTE)**

[illegible]

Allegato 2:

Cartella Infermieristica per Ambulatorio Scompenso

Presidio Ospedaliero di _____

UNITÀ OPERATIVA di CARDIOLOGIA
AMBULATORIO SCOMPENSO

CODICE PAZIENTE: _____

“Cartella Infermieristica per Ambulatorio Scompenso”

Etichetta
Paziente

Parte prima

Se il paziente proviene dalla Cardiologia utilizzare la parte prima e seconda della cartella del ricovero.

DATI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome: _____ Sesso: ☐ M ☐ F

Nato/a il: ____ / ____ / ____ , a _____ Età: _____

Residenza: _____ Via _____

Domicilio: _____ Via _____

Livello di istruzione: ☐ Nessuno ☐ Elementare ☐ Media inferiore ☐ Media Superiore ☐ Laurea

Numero telefonico per il follow-up: _____

☐ Cadenza follow-up telefonico: _____

☐ Variazioni del follow-up telefonico: _____

Numeri di telefono da contattare in caso di necessità:

Nome: _____ tel. _____

Nome: _____ tel. _____

Vive: ☐ Solo ☐ Con assistenza privata ☐ Con coniuge ☐ Con figli
☐ In comunità/struttura _____

Seguito da ADI: ☐ No ☐ Sì, quale: _____

Medico di medicina generale: Dott. _____

Reparto di provenienza all'Ambulatorio Scompenso:

☐ Reparto Medico, quale: _____ ☐ Reparto chirurgico: _____

☐ Altro: _____

Parte seconda

RICOVERO Allegare Cartella Infermieristica di Reparto

- ☐ Data ultimo ricovero per scompenso: _____
- ☐ Reparto ultimo ricovero per scompenso: ☐ Domicilio ☐ Reparto Medico ☐ Reparto Chirurgico
☐ Altro, _____
- ☐ Lo scompenso cardiaco è conseguenza di: ☐ Ischemica ☐ Valvolare ☐ Alcoolica
☐ CMP Dilatativa ☐ CMP Ipertensiva
☐ Non determinabile
☐ Altro, specificare: _____
- ☐ E' il primo episodio di scompenso cardiaco? ☐ Si ☐ No
Se no: I sintomi sono comparsi da: ☐ < di 6 mesi ☐ 6-12 mesi ☐ 12-24 mesi ☐ > 24 mesi ☐ Non noto
- ☐ Paziente in lista per trapianto? ☐ Si ☐ No
- ☐ Classe NYHA: _____
- ☐ Variazioni Classe NYHA dall'ultima visita: ☐ Si ☐ No. Se Si, specificare: _____
- ☐ Punteggio (Barthel): _____
- ☐ Modificazione punteggio (Barthel): _____

STORIA CLINICA/PATOLOGIE CONCOMITANTI

- ☐ IMA: ☐ Si ☐ No ☐ Se si, sede e data ultimo episodio: _____
- ☐ Angina Pectoris: ☐ Si ☐ No
- ☐ Ictus: ☐ Si ☐ No
- ☐ Ipertensione: ☐ Si ☐ No
- ☐ Fumo di sigaretta: ☐ Si ☐ No ☐ Ex _____
- ☐ Diabete mellito: ☐ Si ☐ No ☐ Dieta ☐ Insulina: _____ ☐ Ipoglic. Orale: _____
- ☐ Ipercolesterolemia: ☐ Si ☐ No
- ☐ BPCO: ☐ Si ☐ No
- ☐ Arteriopatia obliterante: ☐ Si ☐ No
- ☐ Bypass Aortocoronarico: ☐ Si ☐ No ☐ Sede e data esecuzione: _____
- ☐ Angioplastica Coronarica: ☐ Si ☐ No ☐ Sede e data esecuzione: _____
- ☐ Pacemaker: ☐ Si ☐ No
- ☐ Defibrillatore: ☐ Si ☐ No
- ☐ FA: ☐ Si ☐ No ☐
- ☐ Insufficienza renale cronica: ☐ Si ☐ No ☐ Dialisi: _____
- ☐ Patologie Cerebrovascolari: ☐ Si ☐ No _____
- ☐ Patologie Neoplastiche: ☐ Si ☐ No _____

- ☐ **Patologie Polmonari:** ☐ Si ☐ No _____
- ☐ **Altro, specificare** _____
- ☐ **Terapia anticoagulante:** ☐ No ☐ Si, dosaggio: _____ ☐ Sintrom ☐ Coumadin
- ☐ **Allergie:** ☐ No/Non riferite ☐ Si, quali _____
- ☐ **Positività sierologica:** ☐ Accertata ☐ Non nota ☐ HIV ☐ HCV ☐ HBV ☐ LUE
- ☐ Altra: _____
- ☐ **Abuso di:** ☐ Stupefacenti: _____ ☐ Alcool: _____

Parte terza

DIMISSIONE ULTIMO RICOVERO

ECG ALLA DIMISSIONE

- ☐ Normale ☐ Anormale: ☐ Modificazioni significative ST-T: ☐ ST ↓ ☐ ST ↑
- ☐ Fibrillazione atriale/Flutter ☐ Blocco di Branca: ☐ Sinistro ☐ Destro ☐ Ritmo da PM
- ☐ Ipertrofia ventricolare sinistra ☐ Onde Q patologiche ☐ Battiti ventricolari prematuri
- ☐ Altro: _____
- ☐ F.C.: _____ bpm ☐ DURATA QRS: _____ msec

ULTIMO RX TORACE ALLA DIMISSIONE

- Edema polmonare alveolare ☐ Si ☐ No Cardiomegalia ☐ Si ☐ No
- Edema polmonare interstiziale ☐ Si ☐ No Versamenti pleurici ☐ Si ☐ No

ESAMI DI LABORATORIO ALLA DIMISSIONE

- ☐ Emoglobina: _____ g/dl ☐ BNP: _____ pg/ml ☐ Creatinina: _____ mg/dl ☐ Troponina T: _____ ng/dl
- ☐ Bilirubina: _____ mg/dl ☐ Azotemia: _____ mg/dl ☐ Potassio: _____ mEq/l ☐ Sodio: _____ mEq/l

ECOCARDIOGRAMMA ALLA DIMISSIONE

- ☐ Frazione di eiezione: _____ % ☐ Volume tele diastolico: _____ ml
- ☐ Volume tele sistolico: _____ ml
- ☐ Insufficienza mitralica: ☐ Si ☐ No. Se si: ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐ ++++
- ☐ Asinergie regionali: ☐ Si ☐ No
- ☐ Insufficienza tricuspidalica: ☐ Si ☐ No. Se si: ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐ ++++
- ☐ Ventricolo destro dilatato: ☐ Si ☐ No ☐ Non visualizzato
- ☐ Pattern diastolico ☐ Non rilevato E/A _____, _____ ☐ Deceleration time _____ msec

TERAPIA FARMACOLOGICA ALLA DIMISSIONE

- ☐ Furosemide: ☐ Si ☐ No. Per OS: _____ mg/die. N° di giorni _____/7.
- ☐ Altri diuretici: ☐ Si ☐ No. Se Si: _____. _____ mg/die. N° di giorni _____/7.
- ☐ ACE-inibitori: _____ ☐ Antiaggreganti: _____
- ☐ Insulina: _____ ☐ Ipoglicemizzanti orali: _____
- ☐ Antialdosteronici: _____ ☐ Digitale: _____
- ☐ Beta-bloccanti: _____ ☐ Teofilinici: _____
- ☐ Amiodarone: _____ ☐ Altri Antiaritmici: _____
- ☐ Calcioantagonisti: _____ ☐ Altri Vasodilatatori: _____
- ☐ Nitrati per OS: _____ ☐ Cortisonici: _____
- ☐ Statine: _____ ☐ Anticoagulanti: _____

PROCEDURE ESEGUITE DURANTE IL RICOVERO

- ☐ Cardioversione elettrica: ☐ Si ☐ No ☐ Ripristino R.S
- ☐ Test da sforzo: ☐ Si ☐ No ☐ Risultato: _____
- ☐ Holter: ☐ Si ☐ No ☐ Risultato: _____ ☐ ECO stress: ☐ Si ☐ No ☐ Risultato: _____
- ☐ Studio elettrofisiologico: ☐ Si ☐ No ☐ Risultato: _____
- ☐ Ablazione trans catetere: Si ☐ No ☐ Risultato: _____
- ☐ PM temporaneo: ☐ Si ☐ No. ☐ PM definitivo: ☐ Si ☐ No. ☐ PM bi ventricolare: ☐ Si ☐ No
- ☐ Defibrillatore impiantabile: ☐ Si ☐ No
- ☐ Angioplastica coronarica primaria: ☐ Si ☐ No ☐ Risultato: _____
- ☐ Angioplastica coronarica non primaria: ☐ Si ☐ No ☐ Risultato: _____
- ☐ Scintigrafia miocardica: ☐ Si ☐ No ☐ Risultato: _____
- ☐ Cateterismo dx: ☐ Si ☐ No ☐ Risultato: _____
- ☐ Coronarografia: ☐ Si ☐ No ☐ Risultato: _____
- ☐ Valvuloplastica Aortica: ☐ Si ☐ No ☐ Risultato: _____
- ☐ Contropulsazione aortica: ☐ Si ☐ No
- ☐ Ultrafiltrazione: ☐ Si ☐ No. ☐ Dialisi: ☐ Si ☐ No ☐ Specificare: _____
- ☐ Eco addome: ☐ Si ☐ No ☐ Risultato: _____
- ☐ Eco doppler TSA: ☐ Si ☐ No ☐ Risultato: _____
- ☐ Ventilazione assistita: Si ☐ No ☐
- ☐ Scintigrafia polmonare: Si ☐ No ☐ Risultato: _____
- ☐ Altro, specificare: _____

POSSIBILI CAUSE DI PEGGIORAMENTO DEL COMPENSO

☐ Il paziente non è stato compliant con i trattamenti farmacologici.

Se Si specificare quali farmaci non ha assunto: ☐ ACE-inibitori ☐ Betabloccanti ☐ Diuretici
☐ Antialdosteronici ☐ Altro, specificare _____

☐ Diminuzione inappropriata della terapia per lo scompenso cardiaco

☐ Eccessivo introito di sodio e/o acqua

☐ Aritmie: ☐ Bradicardia ☐ Tachicardia

☐ IMA

☐ Ipertensione non controllata

☐ Anemia ☐ Febbre ☐ Altro, _____

☐ Assunzione di alcool

☐ Introduzione di nuovi farmaci. Se SI: ☐ Calcioantagonisti ☐ Betabloccanti ☐ Antiaritmici
☐ FANS ☐ Corticosteroidi ☐ Altro, Specificare _____

☐ Insufficienza renale comparsa/peggiolata

☐ Patologie infettive/inflammatorie

☐ Altre malattie e/o fattori associati non non cardiovascolari precipitanti, se SI, specificare _____

☐ Peggioramento patologie presistenti, specificare _____

☐ Altri possibili fattori aggravanti se SI, specificare _____

☐ Non identificabile

OSPEDALIZZAZIONE POST-DIMISSIONE (6 mesi dopo la dimissione)

☐ Il paziente è stato ospedalizzato? ☐ Non noto ☐ Non ospedalizzato ☐ Ospedalizzato

☐ Se il paziente è stato ospedalizzato:

- 1° ricovero: data: _____

Ricovero in: ☐ Cardiologia ☐ Altro, specificare: _____

Causa principale: ☐ Cardiologica ☐ Altro, specificare: _____

- 2° ricovero: data: _____

Ricovero in: ☐ Cardiologia ☐ Altro, specificare: _____

Causa principale: ☐ Cardiologica ☐ Altro, specificare: _____

- 3° ricovero: data: _____

Ricovero in: ☐ Cardiologia ☐ Altro, specificare: _____

Causa principale: ☐ Scompenso cardiaco ☐ Altra, specificare: _____

CHIUSURA CARTELLA

❑ Deceduto in data:

Causa decesso: ☐ Cardiaca ☐ Scompenso cardiaco ☐ Infarto miocardico ☐ Improvvisa ☐ Aritmie

☐ Altra cardiaca: ☐ Altra extra-cardiaca:

DATI CLINICI PRINCIPALI ALLA DIMISSIONE

Peso: _____ Kg Altezza: _____ m P.A: _____ mmHg FC: _____ bpm

Edema periferico: ☐ Si ☐ No ☐ Fino alle caviglie ☐ Fino al ginocchio ☐ Oltre[illegible]

Note:

Progress - Master University

Data visita: _____

Compilare i bisogni che sono modificati rispetto alla visita precedente o al ricovero precedente.

RESPIRAZIONE	
MODIFICAZIONI	☐ Si ☐ No. Se si assegnare nuovo punteggio Scala.
☐ Specificare: _____	
Punteggio scala di Mlwhf dimissione (Allegato 5): _____	
Punteggio scala di Mlwhf odierno (Allegato 5): _____	

CIRCOLO	
MODIFICAZIONI P.A.	☐ Si ☐ No
MODIFICAZIONI EDEMI	☐ Si ☐ No
☐ Specificare:	☐ Specificare: _____

ELIMINAZIONE URINARIA	
MODIFICAZIONI	☐ Si ☐ No. Se si assegnare nuovo punteggio Scala.
☐ Specificare: _____	
Punteggio scala di Mlwhf dimissione (Allegato 5): _____	
Punteggio scala di Mlwhf odierno (Allegato 5): _____	

ELIMINAZIONE INTESTINALE	
MODIFICAZIONI	☐ Si ☐ No. Se si assegnare nuovo punteggio Scala.
☐ Specificare: _____	
Punteggio scala di Mlwhf dimissione (Allegato 5): _____	
Punteggio scala di Mlwhf odierno (Allegato 5): _____	

MOBILIZZAZIONE	
MODIFICAZIONI	☐ Si ☐ No. Se si assegnare nuovo punteggio Scala.
☐ Specificare: _____	
Punteggio scala Conley dimissione (Allegato 3): _____	Punteggio scala Conley odierno: _____
Punteggio scala Braden dimissione (Allegato 4): _____	Punteggio scala Braden odierno: _____
Punteggio scala di Mlwhf dimissione (Allegato 5): _____	Punteggio scala di Mlwhf odierno: _____
Punteggio Scala Must dimissione (allegato 6): _____	Punteggio Scala Must odierno: _____

ALIMENTAZIONE	
MODIFICAZIONI	☐ Si ☐ No
☐ Specificare: _____	

IGIENE CUTE	
MODIFICAZIONI	☐ Si ☐ No
☐ Specificare: _____	

SITUAZIONE NEUROPSICOLOGICA
MODIFICAZIONI ☐ Si ☐ No
☐ Specificare: _____

COMUNICAZIONE
MODIFICAZIONI ☐ Si ☐ No. Se si assegnare nuovo punteggio Scala.
☐ Specificare: _____
Punteggio scala di Glasgow dimissione (allegato 5): _____
Punteggio scala di Glasgow odierno (allegato 5): _____

DORMIRE
MODIFICAZIONI ☐ Si ☐ No
☐ Specificare: _____

SICUREZZA
MODIFICAZIONI ☐ Si ☐ No. Se si assegnare nuovo punteggio Scala.
☐ Specificare: _____
Punteggio scala Conley dimissione (Allegato 1): _____ Punteggio scala Conley odierno: _____
Punteggio scala di Mlwhf dimissione (Allegato 3): _____ Punteggio scala di Mlwhf odierno: _____

DOLORE										
☐ Si ☐ No ☐ Cronico ☐ Acuto										
Scala di intensità numerica:										
<table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> <td>⑥</td> <td>⑦</td> <td>⑧</td> <td>⑨</td> <td>⑩</td> </tr> </table>	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	
Leggenda: 0-3= Dolore Lieve; 4-7: Dolore Moderato; 8-10: Dolore Forte.										
Sede: _____										
Terapia: _____										

PROGETTO CLINICO ASSISTENZIALE

Foglio di richiesta consulenze

RICHIESTA DI CONSULENZA				
DISTURBO	SPECIALISTA	DATA RICHIESTA	DATA ESECUZIONE	PRESCRIZIONE

Foglio di richiesta presidi a domicilio

RICHIESTA DI PRESIDIO A DOMICILIO				
DISTURBO	SPECIALISTA	DATA RICHIESTA	DATA CONSEGNA	NOTE

Parte Quarta

FOLLOW UP

“Scheda di rilevazione telefonica”

Data visita: _____

- **Peso attuale** _____ Kg **Variazione Kg+** _____ **Kg-** _____
- **Altezza** _____ cm **BMI** _____ m²/Kg
- **PA a domicilio** _____ mmHg
- **Frequenza Cardiaca a riposo:** _____ bpm
- **Ricoveri per altri motivi** _____
- **Quanti metri cammina sul piano?** _____
- **Numero gradini fatti in salita senza fermarsi?** _____
- **Riposa bene?** ☐ Si ☐ No
- **Con quanti cuscini dorme?** _____
- **Si sveglia con la mancanza di respiro?** ☐ Si ☐ No
- **Urina più di giorno o di notte?** _____
- **Ha mai le caviglie gonfie?** ☐ Si ☐ No
- **Ha dolori al petto?** ☐ Si ☐ No **Sotto sforzo?** ☐ Si ☐ No **A riposo?** ☐ Si ☐ No
- **Ha palpitazioni?** ☐ Si ☐ No
- **Ha vertigini?** ☐ Si ☐ No
- **È svenuto dall'ultima visita?** ☐ Si ☐ No
- **Si sente ansioso?** ☐ Si ☐ No
- **Assume alcoolici?** ☐ Si ☐ No **Se sì quanto?** _____
- **Fuma?** ☐ Si ☐ No **Se sì quanto?** _____
- **Assume regolarmente la terapia consigliata?** ☐ Si ☐ No
- **E' stata variata la terapia consigliata?** ☐ Si ☐ No
- **Ha eseguito gli esami di laboratorio consigliati?** ☐ Si ☐ No
- **Si sente:** ☐ Migliorato ☐ Peggiorato ☐ Invariato
- **Il paziente è stato ospedalizzato dalla precedente visita?** ☐ Si ☐ No
- **Se sì: ricovero in:** ☐ cardiologia ☐ Altro, specificare: _____
- **Causa principale:** ☐ scompenso cardiaco ☐ Altra cardiaca: _____
☐ Altra extracardiaca: _____

Note:

Prossimo appuntamento:

• **Cadenza follow-up telefonico:**

• **Variazioni del follow-up telefonico:**

Work in Progress - Master Università di Bologna

Schede di valutazione Bisogni Assistenziali

Allegato 3:

Scheda di valutazione di rischio caduta. Scala di Conley

Tempistica: valutazione da effettuarsi entro 24 – 48 ore dall'ingresso dell'utente e ad ogni modifica delle condizioni descritte nei criteri sottostanti.

Se paziente allettato ed impossibilitato a muoversi, va classificato come rischio 0.

PRECEDENTI CADUTE	SI	NO	NON SO
C1 – E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi ?	2	0	0
C2 – Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi tre mesi)	1	0	0
C3 – Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno ? (negli ultimi tre mesi)	1	0	0
DETERIORAMENTO COGNITIVO			
C4 – Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile	1	0	0
C5 – Agitato (eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore, irrequietezza, si tira i vestiti, non riesce a stare seduta)	1	0	0
C6 – Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo	2	0	0
Totale punteggio			
Data compilazione			
Firma infermiere rilevatore			

ISTRUZIONE PER LA COMPILAZIONE:

1. le prime tre domande vanno rivolte solo al paziente, se impossibilitato possono essere rivolte ad un familiare o al caregivers mentre le ultime tre domande sono rivolte all'infermiere; barrare il valore corrispondente e sommare i valori.

2 . la prima pianificazione assistenziale va effettuata per gli utenti a rischio individuati dal punteggio uguale o superiore a 2; per le rivalutazioni barrare il parametro che si è modificato.

Punteggio : **0** nessun rischio **8** massimo rischio **2** cut off

Se punteggio = 0 > di 3 barrare gli interventi assistenziale che si mettono in atto

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

Obiettivi ed interventi assistenziali per l'utente a rischio (punteggio > a 2)		
Obiettivo	Interventi	
Identificare i bisogni di sicurezza e minimizzare il rischio	• Uso di dispositivi di contenzione autorizzati	DATA _____ Punteggio Conley _____ Firma _____
	• Richiesta la presenza dei famigliari	
	• Fornito di ausili appropriati per la mobilitazione.....	
	• Consigliate idonee calzature	
	• Addestramento per effettuare passaggi posturali	
	• Regolato altezza del letto	
	• Posizionato presidio per incontinenza.....	
	• Educazione sanitaria all'utente ed al famigliare.....	
	• Fornito dispositivo di chiamata	
	• Altro	
Rivalutazione scala per modifica di C1 - C2 - C3 - C4 - C5 - C6		
Obiettivo	Interventi	
Identificare i bisogni di sicurezza e minimizzare il rischio	O Uso di dispositivi di contenzione autorizzati	DATA _____ Punteggio Conley _____ Firma _____
	O Richiesta la presenza dei famigliari	
	O Fornito di ausili appropriati per la mobilitazione.....	
	O Consigliate idonee calzature	
	O Addestramento per effettuare passaggi posturali	
	O Regolato altezza del letto	
	O Posizionato presidio per incontinenza.....	
	O Educazione sanitaria all'utente ed al famigliare.....	
	O Fornito dispositivo di chiamata	
	O Altro	
Rivalutazione scala per modifica di C1 - C2 - C3 - C4 - C5 - C6		

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:

Le domande 1 e 2 vanno rivolte all'utente, se impossibilitato va rivolta ad un familiare o al caregiver; le altre domande sono di competenza infermieristica / fisioterapica.

Allegato 4:

Scheda di valutazione del rischio di lesioni da decubito. Indice di Braden

INDICATORI	VARIABILI				Data	Data	Data	Data
	4	3	2	1	Valore	Valore	Valore	Valore
Percezione sensoriale Capacità di rispondere in modo adeguato ai disturbi connessi all'aumento della pressione.	Nessuna limitazione Risponde ai comandi verbali. Non ha deficit sensoriali.	Leggermente limitata Risponde ai comandi verbali, ma non riesce a comunicare sempre il suo necessità di essere ruotato.	Molto limitata Risponde solamente agli stimoli dolorosi. Comunica il suo disagio gemendo e agitandosi.	Completamente limitata Assenza di qualsiasi risposta agli stimoli dolorosi.				
Umidità Grado di esposizione della cute alla macerazione.	Raramente umida La cute è normalmente asciutta. Cambio biancheria viene secondo gli intervalli abituali in uso.	Occasionalmente umida La cute è occasionalmente umida. Cambio biancheria circa una volta al giorno.	Molto umida La cute è spesso, ma non sempre, umida. Cambio biancheria almeno una volta per turno.	Costantemente umida La cute è sempre umida. L'umidità è riscontrata ogni volta che il soggetto viene mosso o ruotato.				
Attività Grado dell'attività fisica.	Cammina di frequente Cammina al di fuori della sua stanza almeno due volte al giorno e nella stanza almeno ogni due ore durante le ore diurne.	Cammina occasionalmente Cammina per distanze molto brevi con o senza aiuto. Per la maggior parte sta a letto o in poltrona.	In poltrona Non riesce a spostare il suo peso e/o deve essere assistito in poltrona o in carrozzella	Allettato Confinato a letto				
Mobilità Capacità di variare e controllare la posizione corporea	Limitazioni assenti Si sposta frequentemente e senza assistenza	Parzialmente limitata Cambio frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	Molto limitata Riesce occasionalmente a fare piccoli movimenti corporei o delle estremità ma non riesce a realizzare frequenti e significativi movimenti in modo indipendente	Completamente immobile Non riesce a produrre neppure piccoli movimenti del corpo e delle estremità senza assistenza				
Nutrizione Assunzione abituale di cibo	Eccellente Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto.	Adeguate Mangia più della metà dei pasti.	Probabilmente inadeguata Raramente mangia un pasto completo, mangia la metà dei cibi offerti.	Molto povera Non mangia mai un pasto completo; raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto.				

Frizione e scivolamento		Senza problemi apparenti Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo.	Problema potenziale Si muove poco e necessita di una minima assistenza. Con lo spostamento, la cute fa attrito con le lenzuola.	Problema Richiede da moderata a completa assistenza nei movimenti. Scivola spesso nel letto e nella poltrona richiedendo riposizionamenti con assistenza. Si ha costante attrito contro il piano del letto e della poltrona				
N.B. Con punteggio < o = 16 paziente ad alto rischio. Applicare linea guida AUSL RA: "Prevenzione trattamento lesioni da decubito, prontuario commentato delle medicazioni" (intranet – attività – igiene ospedaliera)				TOTALE PUNTEGGIO				
				SIGLA INFERMIERE				

VARIABILI	4	3	2	1	PUNTEGGIO				
Percezione sensoriale	Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Totalmente limitata					
Umidità	Raramente bagnato	Occasionalmente bagnato	Spesso bagnato	Costantemente bagnato					
Attività	Cammina frequentemente	Cammina occasionalmente	In poltrona	Allettato					
Mobilità	Limitazioni assenti	Parzialmente limitata	Molto limitata	Completa immobilità					
Nutrizione	eccellente	Adeguate	Probabilmente inadeguata	Molto povera					
Frazionamento e scivolamento		Senza problemi apparenti	Problema potenziale	Problema					
Rischio se il punteggio è INFERIORE o UGUALE a 16					Data	Data	Data	Data	Data
TOTALE PUNTEGGIO									
SIGLA INFERMIERE RILEVATORE									

Allegato 5:**Scala di valutazione Minnesota Living with heart failure Questionnaire (MLWHF)**

Presidio Ospedaliero di _____
Dipartimento di _____

U.O. di Cardiologia

CODICE PAZIENTE: _____

☐ Basale ☐ Dimissione ☐ 1 mese ☐ 6 mesi ☐ 1 anno ☐ 2 anni

	No	Molto poco	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
Gonfiore alle caviglie, gambe, ecc?						
Bisogno di sedersi o stendersi per riposarsi durante il giorno?						
Difficoltà nel camminare o salire le scale?						
Difficoltà nell'esecuzione di lavori domestici o nel giardino?						
Difficoltà nel raggiungere luoghi lontani da casa?						
Difficoltà a dormire bene di notte?						
Difficoltà a relazionarsi o ad interagire con amici e familiari?						
Difficoltà nello svolgere un lavoro remunerato?						
Difficoltà nello svolgere attività ricreative o Hobbies?						
Difficoltà nello svolgimento di attività sessuali?						
Introduzione di meno cibo di quanto si vorrebbe?						
Sensazione di fame d'aria?						
Stanchezza, fatica o calo di energia?						
Ricovero ospedaliero?						
Spese per cure mediche?						
Effetti collaterali da farmaci?						
Si sente un peso per i suoi familiari o amici?						
Le sembra di perdere il controllo della sua vita?						
Si sente preoccupato?						
Ha difficoltà nel concentrarsi o ricordarsi le cose?						
Si sente depresso?						

ISTRUZIONE PER LA RACCOLTA E L'INTERPRETAZIONE DEI DATI:

1. I pazienti non dovrebbero compilare il questionario subito dopo interventi che potrebbero alterare le loro risposte,
2. I pazienti dovrebbero disporre di un tempo lungo ed interrotto per la compilazione del questionario. Si raccomanda che al momento della compilazione il paziente venga lasciato solo, per evitare l'interferenza di terzi, come il partner o i familiari,
3. Usare la prima domanda del test per spiegare il funzionamento al paziente. Ad esempio, alla domanda: “La sua malattia le ha impedito di vivere come voleva nell'ultimo mese a causa del gonfiore alle caviglie o alle gambe?”, spiegare:
 - Se non ha avuto gonfiore alle caviglie e alle gambe nell'ultimo mese si deve segnare l'opzione “NO”,
 - Se ha avuto gonfiore alle caviglie o alle gambe, ma è sicuro che questo non fosse dovuto all'insufficienza cardiaca, deve segnare NO.
 - Se il gonfiore ha modificato il suo modo di vivere, segnali in che misura le ha impedito di fare cose che avrebbe voluto fare. Ad esempio: segni “molto poco”, “poco”, “abbastanza”, “moltissimo” a seconda di quanto il gonfiore l'ha influenzata. Questo anche per le altre domande.
4. Chiedere al paziente di leggere e rispondere a tutte le domande. In casi particolari si può leggere il questionario al paziente, avendo cura di non influenzare le sue risposte.
5. Calcolare il punteggio finale sommando le risposte alle 21 domande: NO: 0, MOLTO POCO: 1, POCO: 2, ABBASTAZZA: 3, MOLTO: 4, MOLTISSIMO: 5.

Allegato 6:

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

1	2	3
BMI(kg/m²) 0 $\geq$ 20 1 = 18,5-20 2 $\leq$ 18,5	Perdita di peso in 3-6 mesi 0 $\leq$ 5% 1 = 5-10% 2 $\geq$ 10%	Effetti acuti della malattia Aggiungere punteggio 2 se apporti alimentari marcatamente ridotti da 5 giorni o si prevede lo saranno per più di 5 giorni
Sommare i punteggi delle tre sessioni Valutazioni di rischio di malnutrizione: 0 = basso rischio, cure normali. Ripetere lo screening dopo 7 giorni 1 = medio, osservazione. Monitorare l'apporto idrico e alimentare per 3 giorni 2 o più = alto, trattamento. Attivare consulenza dietetico/nutrizionale		

Il must è da compilarsi a step, attribuendo un punteggio in base alle risposte:

- Step 1: calcolare il BMI (peso/m²)
- Step 2: annotare la percentuale di perdita di peso negli ultimi 3-6 mesi
- Step 3: stabilire se la malattia ha portato a un ridotto introito nutrizionale per più di 5 giorni
- Step 4: calcolare il punteggio per ogni risposta data agli step 1,2,3, così da ottenere il punteggio totale di rischio malnutrizione
- Step 5: utilizzare le linee d'indirizzo, così da sviluppare un eventuale piano di cure

Allegato7:**Scala di Glasgow**

RISPOSTA VERBALE - a domanda semplice –	Punti	APERTURA OCCHI	Punti
Corretta	5	Spontanea	4
Errata	4	Al richiamo	3
Parole inappropriate (urla,ecc)	3	Allo stimolo doloroso	2
Suoni inappropriate	2	Nessuna	1
Nessuna	1		
Totale		Totale	

RISPOSTA MOTORIA - richiedere di compiere un semplice gesto o provocare uno stimolo doloroso	Punti	RISULTATO: somma i punteggi delle 3 prove	Punti
Corretta	6	Nella norma	15
Localizza gli stimoli dolorosi	5	Lieve alterazione	da 12 a 14
Recessiva (allontana la parte dolorante)	4	Alterazione importante	da 9 a 11
Decorticata (il paziente si irrigidisce)	3	Alterazione grave	da 4 a 8
Decerebrata (si irrigidisce e ruota le palme delle mani verso l'esterno in maniera abnorme)	2	Coma profondo	3
Nessuna	1	Punti ottenuti dalla somma dei totali	
Totale			

Allegato 8:**Scala dell' New York Heart Association (NYHA)**

CLASSIFICAZIONE FUNZIONALE NYHA	
Severità definita sulla base della sintomatologia e dell'attività fisica.	
CLASSE I	Nessuna limitazione dell'attività fisica: l'esercizio fisico abituale non provoca affaticabilità, palpitazioni né dispnea.
CLASSE II	Lieve limitazione dell'attività fisica: benessere a riposo, ma l'esercizio fisico abituale provoca affaticabilità, palpitazioni o dispnea.
CLASSE III	Grave limitazione dell'attività fisica: benessere a riposo ma il minimo esercizio fisico abituale provoca affaticabilità, palpitazioni o dispnea.
CLASSE IV	Impossibilità di svolgere qualunque attività fisica senza dolore: sintomatologia presente anche a riposo e che peggiora con qualunque attività fisica.

Allegato 9:

RILEVAZIONI GIORNALIERA ASSISTENZA DI BASE

RILEVAZIONI GIORNALIERA ASSISTENZA DI BASE								
DATA					DATA			
		POMERIGGIO	MATTINA	NOTTE		POMERIGGIO	MATTINA	NOTTE
<u>PARAMENTRI VITALI</u>	P. A				P. A			
	Saturazione				Saturazione			
	Temperatura				Temperatura			
<u>MOBILIZZAZIONE</u>	Autonoma				Autonoma			
	Cambio Postura				Cambio Postura			
	Arti Declivi				Arti Declivi			
	Poltrona				Poltrona			
	Fermo a Letto				Fermo a Letto			
	Deambula con aiuto				Deambula con aiuto			
<u>PRESIDI LDD</u>	Materasso anti decubito				Materasso anti decubito			
	Talloniere				Talloniere			
<u>IGIENE</u>	Autonomo				Autonomo			
	Dipendente				Dipendente			
	Parzialmente autonomo				Parzialmente autonomo			
<u>CURE TOTALI</u>	Bagno a letto				Bagno a letto			
	Doccia				Doccia			
<u>CURE PARZIALI</u>	Viso				Viso			
	Cavo orale				Cavo orale			
	Capelli				Capelli			
	Barba				Barba			
	Igiene intima				Igiene intima			
<u>ALIMENTAZIONE</u>	Unghie				Unghie			
	Autonoma				Autonoma			
	Con aiuto				Con aiuto			
	Dipendente				Dipendente			
	Completa				Completa			
	Scarsa				Scarsa			
<u>IDRATAZIONE</u>	Assente				Assente			
	Buona				Buona			
<u>DISEAGIA</u>	Insufficiente				Insufficiente			
	Liquidi				Liquidi			
<u>MINIZIONE</u>	Solidi				Solidi			
	Continente				Continente			
	Incontinente				Incontinente			
	Pannolone				Pannolone			
	Urocontrol				Urocontrol			
	Catetere Vescicale				Catetere Vescicale			
	Raccolta diuresi, cc				Raccolta diuresi, cc			
<u>ALVO</u>	Continente				Continente			
	Incontinente				Incontinente			
	Clistere				Clistere			
	Evacuazione				Evacuazione			
	Se diarrea, n° scariche				Se diarrea, n° scariche			

Allegato 10:

Tabella esami ematici

ESAMI: LABORATORIO E COLTURALI		DATA RICHIESTA	DATA ESECUZIONE	FIRMA
LABORATORIO - COLTURALI	Amilasi			
	Emocromo			
	aPTT,PT			
	Azotemia			
	Calcemia			
	Creatinina			
	Proteine totali			
	Emoglobina glicosilata			
	Sodio			
	Potassio			
	Ast			
	Alt			
	Glicemia			
	Colesterolo totale			
	Colesterolo HDL			
	Colesterolo LDL			
	Trigliceridi			
	Acido Urico			
	VES			
	PCR			
	LDH			
	Bilirubina dir.			
	Tampone:			
	Tampone:			

Allegato 11:**Tabella esami strumentali**

ESAMI STRUMENTALI		DATA RICHIESTA	Firma	DATA ESECUZIONE
INDAGINI STRUMENTALI	Tac			
	Eco			
	Rx			
	Ecg			
	Ecocardiogramma			
	Ecodoppler tronchi sopraortici			
	Ecografia trans-esofagea			
	Ecodoppler arti inferiori			
	Test da sforzo			
	Holter ECG			
	Elettroencefalogramma			

Allegato 12:**Tabella richieste consulenze**

CONSULENZE	DATA RICHIESTA	DATA ESECUZIONE	NOTE	Firma

Allegato 13:**Scheda di rilevazione medicazioni chirurgiche**

DATA MEDICAZIONE	SEDE MEDICAZIONE	TIPO DI FERITA	TIPO DI MEDICAZIONE	NOTE	PRESENZA DRENAGGIO	FIRMA INFERMIERE

Allegato 14:**Trattamento dispositivi medici**

<u>PRESIDIO</u>	CALIBRO N°	DATA INTRODUZIONE	DATA SOSTITUZIONE	DATA RIMOZIONE
CVP				
CVP				
CVP				
CVC				
CVC				
<u>PRESIDIO</u>	DATA INIZIO SOMM.NE	LT/MIN	DATA INIZIO SOMM.NE FARMACO	DATA SOSPENSIONE
MASCHERINA				
OCCHIALINI				
AEROSOL				
<u>PRESIDIO</u>	CALIBRO N°	DATA INTRODUZIONE	DATA SOSTITUZIONE	DATA RIMOZIONE
SONDA NASO FARINGEA				
SONDA NASO FARINGEA				
CANULA TRACHEALE				
CANULA TRACHEALE				
TUBO A "T"				
TUBO A "T"				
CIRCUITO RESPIRATORE				
CIRCUITO RESPIRATORE				
<u>PRESIDIO</u>	CALIBRO N°	DATA INTRODUZIONE	DATA SOSTITUZIONE	DATA RIMOZIONE
SNG				
SNG				
PEG				
<u>PRESIDIO</u>	CALIBRO N°	DATA INTRODUZIONE	DATA SOSTITUZIONE	DATA RIMOZIONE
C.V				
C.V				
C.V				
<u>PRESIDIO</u>	CALIBRO N°	DATA INTRODUZIONE	DATA SOSTITUZIONE	DATA RIMOZIONE
DRENAGGIO				
DRENAGGIO				

Allegato 15:**Scheda medicazione LDD.**

STADIO I	Eritema cutaneo che non scompare alla digitopressione	STADIO II	Soluzione di continuo dell'epidermide e/o derma
STADIO III	Ulcera a tutto spessore	STADIO IV	Ulcera a tutto spessore con interessamento muscolare fino alle strutture ossee
STADIO V	Lesioni multiple		

STADIAZIONE DELLA LESIONE DA DECUBITO SECONDO NPUA.**SINTESI DEL TRATTAMENTO**

STADIO	DETERSIONE	MEDICAZIONE	CADENZA	AREA CIRCOSTANTE
I° e II°	Soluzione fisiologica o ringer lattato	pellicola semipermeabile trasparente di poliuretano (I°) o idrocolloidi extra sottili (I-II°) o schiuma di poliuretano (II°)	1 volta alla settimana o se occorre	Crema base o emolliente o all'acqua o allo zinco
Flittene	Soluzione fisiologica o ringer lattato	forare senza rimuovere il tetto <i>Attenzione!</i> <i>Intervento asettico.</i> schiuma di poliuretano	1 volta alla settimana o se occorre	Crema base o emolliente o all'acqua o allo zinco
III° e VI°	Soluzione fisiologica o ringer lattato	Vedi specifiche		Crema base o emolliente o all'acqua o allo zinco

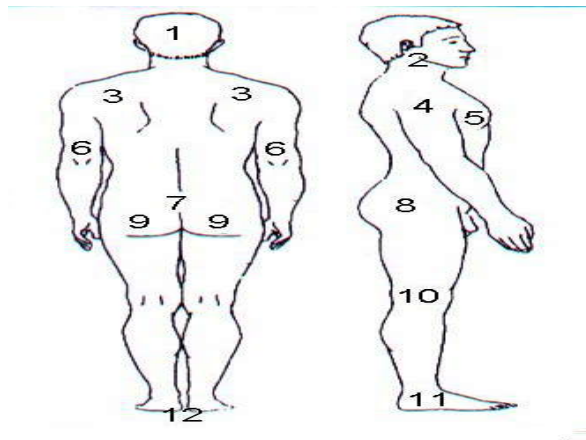
SPECIFICHE III° E IV° STADIO

VARIANTE LESIONE	MEDICAZIONE	CADENZA
SE PRESENTE ESCARA	☐ Pomate enzimatiche + garze ☐ Idrogeli + schiuma di poliuretano Rimozione chirurgica: ☐ graduale ☐ totale	Ogni 24/72 ore. Rinnovo pomate enzimatiche <u>ogni 8 ore</u> .
SE EMORRAGICA	☐ Alginati + garze sterili	ogni 8/24 ore
SE ESSUDATIVA O NECROTICA O FBRINOSA	☐ Idrogeli + o schiuma di poliuretano o o placca idrocolloidale ☐ Fibra idrocolloidale + placca idrocoll.	ogni 24/72 ore
SE CAVITARIA CON ABBONDANTE ESSUDATO	☐ Tampone in schiuma di poliuretano + schiuma di poliuretano ☐ Fibra idrocolloidale + garza <i>Attenzione! No garze iodoformiche.</i>	da giorni alterni a 3/4 giorni,
SE GRANULEGGIANTE	☐ Schiuma di poliuretano ☐ Placca idrocolloidale	1 volta alla settimana o se occorre
SE INFETTA	☐ Fibra idrocolloidale + garza <i>Attenzione! Evitare l'occlusione.</i> <i>Si consiglia antibiotico sistemico</i> <i>Consultare specialista</i>	ogni 24 ore

RILEVAZIONE BASALE

Data 1° osservazione	Numero sede lesione -vedi figura	Grado lesione	Condizione lesione	Bordi lesione principale	Cute perilesionale
Firma Infermiere		☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ Escara	Cm. _____ ☐ Detersa ☐ Fibrina ☐ Essudato ☐ Necrosi ☐ Infetta	☐ Lineari ☐ Macerati ☐ Necrotici ☐ Infetti ☐ Frastagliati	☐ Integra ☐ Arrossata ☐ Macerata

Note: _____



Medicazione - Data: ____/____/____ Ripetere il ____/____/____ Firma Infermiere _____

Numero sede lesione (vedi figura)	Grado les. princip.	Condizione lesione principale	Bordi lesione principale	Cute perilesionale	Presidio utilizzato
	☐ I° ☐ II° ☐ III° ☐ IV° ☐ Escara	☐ Detersa ☐ Fibrina ☐ Essudato ☐ Necrosi ☐ Infetta Cm. _____	☐ Lineari ☐ Necrotici ☐ Frastagliati ☐ Macerati ☐ Infetti	☐ Integra ☐ Arrossata ☐ Macerata	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Allegato 16

DOCUMENTAZIONE ESPLICATIVA PER IL PAZIENTE. SCHEDE DI MONITORAGGIO A DOMICILIO DA PORTARE AGGIORNATO AD OGNI VISITA.

Si chiede di tenere aggiornati i fogli, questo migliora la percezione della propria malattia e il controllo che si può avere su di essa.

Foglio informativo scompenso cardiaco

Dipartimento Cardiovascolare
U.O Cardiologia
Telefono:
Fax:

CHE COS'E':

Il nostro cuore è sostanzialmente una pompa che quando diventa debole a causa di una alterazione strutturale provocata da infarto, infezioni, patologie a carico delle valvole, spinge meno sangue nell'organismo.

Questa riduzione di sangue agli organi comporta la comparsa di sintomi come: stanchezza, affaticamento di respiro e segni di riduzione della diuresi accompagnati da edemi con accumuli di liquidi a livello delle caviglie.

Il cuore, con il tempo, si adatta alla sua nuova condizione mettendo in atto dei meccanismi come conseguenza per far fronte alla situazione, ma quando questi non sono più sufficienti si instaura lo **SCOMPENSO CARDIACO CRONICO**.

L'obiettivo che ci si pone è quello di ridurre gli episodi di "scompenso Cardiaco Acuto", cioè quegli episodi in cui si perde l'equilibrio raggiunto.

E' fondamentale quindi la sua collaborazione con noi affinché questa situazione si possa evitare adottando comportamenti idonei e individuando precocemente segni e sintomi.

LE REGOLE DA RISPETTARE:

1. **PESARSI OGNI MATTINA:** Se è normopeso cerchi di non ingrassare stando attento all'alimentazione. Se è in sovrappeso cerchi di perdere i chili di troppo perché rappresentano un ulteriore sforzo per un cuore già affaticato. Se il peso aumenta bruscamente nel giro di pochi giorni (es. 2kg in 2 giorni) significa che si stanno accumulando liquidi, in questo caso si aumenta per qualche giorno la dose di diuretico solo dopo averci contattato telefonicamente e dopo aver parlato con il medico cardiologo.
2. **RIDURRE L'APPORTO DI SALE:** Il sale fa accumulare acqua e contribuisce alla comparsa di edemi a livello delle caviglie. L'apporto di liquidi deve essere limitato per evitare che quelli in eccesso si accumulino. Fondamentale controllare il rapporto tra liquidi introdotti e urine emesse.
3. **RIDURRE L'ALCOOL:** Se la causa che ha provocato la patologia cardiaca che le ha fatto sviluppare lo scompenso è l'alcool è assoluto divieto Farne uso. In caso contrario è concesso un bicchiere di vino preferibilmente rosso a pasto.
4. **FUMO:** Abolire assolutamente il fumo in quanto causa di patologia coronarica e polmonare che aggraverebbero notevolmente la sua condizione clinica.
5. **EVITARE SFORZI FISICI:** Il riposo è utile soprattutto se compare la fatica di respiro al minimo sforzo, in caso contrario si consiglia una minima attività fisica aerobica per mantenere il tono muscolare.
6. **ATTIVITA' SESSUALE:** Non esistono controindicazioni salvo se causa stress eccessivo. In caso ci sia la necessità di assumere farmaci specifici parlarne con il medico cardiologo dell'ambulatorio.

7. **VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE:** E' consigliabile per evitare un peggioramento della sintomatologia in caso in cui si contragga l'influenza.
8. **IN CASO DI IMPROVVISO PEGGIORAMENTO:** Avvertire il medico cardiologo dell'ambulatorio scompenso, in caso di grave difficoltà respiratoria (dispnea), soprattutto se improvvisa contattare il 118.

LA TERAPIA

E' fondamentale attenersi allo schema terapeutico prescritto. Ogni variazione deve essere concordata con il medico curante o il medico cardiologo dell'ambulatorio. La tipologia dei farmaci utilizzata nello Scompenso Cardiaco è la seguente:

- **DIURETICO:** sono farmaci che servono per eliminare i liquidi in eccesso favorendo un'abbondante diuresi.
 - a. **EFFETTO DEL DIURETICO INSUFFICIENTE:** Controllare che non si introducano troppi liquidi, riferire al medico se si stanno assumendo farmaci che favoriscono la ritenzione idrica come cortisonici e/o antinfiammatori per una eventuale correzione momentanea della terapia diuretica. E' a volte possibile che compaia il bisogno di dover bere frequentemente (come di avere la bocca sempre asciutta), in caso riferirlo al medico e cercare di controllarsi nel bere, assumendo in alternativa dei cubetti di ghiaccio da far sciogliere in bocca.
 - b. **EFFETTO DEL DIURETICO AUMENTATA:** Se lo si assume a digiuno, se si mantiene la posizione supina per un'ora dopo aver assunto il farmaco.
 - c. **COMPARSA DI CRAMPI:** comunicarlo subito al medico in quanto potrebbe esserci una perdita di POTASSIO dovuta alla diuresi eccessiva.
- **ACE INIBITORI E SARTANICI:** sono farmaci che riducono la pressione arteriosa.
 - a. **ECCESSO DI DOSAGGIO:** Può provocare ipotensione con marcata astenia e capogiri. Alcuni pazienti tollerano bene anche valori pressori sistolici (pressione "massima") al di sotto dei 90 mmHg pertanto NON apportare mai modifiche allo schema terapeutico senza aver contattato il medico cardiologo dell'ambulatorio, ma in caso di astenia mettersi seduti con le gambe rialzate e non praticare sforzi per quella giornata, ma telefonare all'ambulatorio dello scompenso per valutare cosa fare. Si ricorda che in estate una riduzione dei valori pressioni è assolutamente normale. Non significa di essere guariti dalla ipertensione e che si può fare a meno di assumere i farmaci.
 - b. **ALTERAZIONI DEL GUSTO, COMPARSA DI TOSSE SECCA:** in caso di comparsa di questi due sintomi comunicarli al medico cardiologo dell'ambulatorio in quanto sono un effetto collaterale dato dal farmaco.
- **BETA BLOCCANTI:** sono farmaci che riducono la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa e la forza contrattile del cuore che stando a "riposo" ne favoriscono il recupero. Si inizia con una dose minima che viene poi incrementata. Con l'inizio del trattamento potete avvertire astenia, debolezza e nessun miglioramento dei sintomi, in alcuni casi anche il peggioramento dell'affanno di respiro. Non preoccupatevi il miglioramento spesso si nota dopo un lungo periodo di assunzione di questi farmaci, ma nel caso compaiano i sintomi appena citati contattare il medico cardiologo dell'ambulatorio.
 - **MONITORARE LA FREQUENZA CARDIACA:** se la frequenza cardiaca scende al di sotto dei 50 battiti al minuto e compaiono stanchezza, capogiri o vertigini, contattare il medico cardiologo dell'ambulatorio. Nel caso in cui i sintomi siano molto forti contattare il 118. In nessun caso decidere l'auto-sospensione del farmaco.
 - **ATTENZIONE ALL'INR:** in caso in cui siate in terapia con un anticoagulante (Coumadin, sintrom).

- **MONITORARE LA PORESSIONE ARTERIOSA:** a volte l'ipotensione marcata è dovuta all'associazione del betabloccante con ACE-inibitori o Sartanici. Spesso basta allontanare l'orario di assunzione tra le varie medicine. Se dovesse succedere un caso di ipotensione, mettersi seduti con le gambe rialzate e non praticare sforzi durante quella giornata; contattare il medico cardiologo dell'ambulatorio. In nessun caso decidere l'auto-sospensione del farmaco.

Work in Progress - Master Università di Bologna

Allegato 17

Diario di diuresi giornaliera per pazienti in terapia diuretica

Nome del paziente: _____									
VALORI	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
Peso									
Pressione sdraiati									
Pressioni in piedi									
Frequenza Cardiaca									
Liquidi introdotti									
Diuresi 24 ore									
Bilancio									

Diario di terapia farmacologica domiciliare

Nome del paziente: _____					
FARMACI	MATTINO	MEZZOGGIORNO	POMERIGGIO	SERA	DOPO CENA

Allegato 18:

Questionario per la valutazione della qualità percepita

Presidio Ospedaliero di _____
Dipartimento di _____

U.O. di Cardiologia

CODICE PAZIENTE: _____

☐ Basale ☐ Dimissione ☐ 1 mese ☐ 6 mesi ☐ 1 anno ☐ 2 anni

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA

Gentile Signora/e,

Le chiediamo cortesemente di esprimere la Sua opinione e di fornirci eventuali suggerimenti utili al miglioramento della qualità dell'assistenza da Lei ricevuta.

Le domande alle quali Le chiediamo di rispondere riguardano i tre principali settori di attività (ambulatorio specialistico, reparto di degenza e sala operatoria) e le risposte da Lei fornite ci aiuteranno a capire meglio in quale settore e per quali aspetti specifici il suo livello di soddisfazione non è stato ottimale. La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario verranno trattati osservando ogni cautela sulla riservatezza e Lei non potrà essere identificata/o in alcun modo.

Grazie per la collaborazione.

PREPARAZIONE AL RICOVERO PROGRAMMATO

1. Come valuta il personale dedicato al percorso creato prima del ricovero programmato?

Dia una risposta ogni riga

	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
a. Gentilezza e cortesia				
b. Disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti				
c. Informazioni ricevute sui rischi legati alle cure				
d. Informazioni ricevute sulle condizioni di salute				
e. Tempo che il personale medico le ha dedicato				
f. Tempo che il personale infermieristico le ha dedicato				

2. Come valuta le informazioni ricevute prima di essere ricoverato/a per ciascuno degli aspetti sotto indicati?

Dia una risposta ogni riga

	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
a Completezza delle informazioni				
b Chiarezza delle informazioni				
a. Utilità ai fini decisionali				

A. Come valuta complessivamente la qualità dei servizi ricevuti nel ricovero programmato?

0 Molto inadeguata	1 Inadeguata	2 Adeguata	3 Molto Adeguata

REPARTO DI DEGENZA

3. Come valuta il personale medico per gli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta ogni riga

	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
a. Gentilezza e cortesia				
b. Disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti				
c. Informazioni ricevute legate alle cure				
d. Informazioni ricevute sulle condizioni di salute				
e. Tempo che il personale medico le ha dedicato				

4. Come valuta il personale infermieristico per gli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta ogni riga

	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
a. Gentilezza e cortesia				
b. Disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti				
c. Capacità di fornire aiuto in caso di necessità				
d. Disponibilità a dare chiarimenti				
e. Aiuto a fornire....				
f. AGGIUNGERE				

5. Come valuta i servizi alberghieri (cibo – servizi in camera – comfort) per gli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta ogni riga

	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
a. Qualità del cibo				
b. Possibilità di scelta del menù				
c. Orari dei pasti				
d. Comodità del letto				
e. Igiene della biancheria				

6. Come valuta gli ambienti (stanze – corridoi – bagni e altri locali) per gli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta ogni riga

	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
a. Temperature delle stanze				
b. Tranquillità del reparto				
c. Disponibilità di spazio nelle camere				
d. Manutenzione delle strutture				
e. Pulizia dei corridoi				
f. Pulizia dei bagni				
g. Pulizia stanza degenza				

7. Come valuta il rispetto per la sua privacy per ciascuno di questi aspetti

Dia una risposta ogni riga

	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
a. Rispetto della privacy nello svolgere operazioni in presenza di altri pazienti nella stanza				
b. Rispetto della privacy nello scambio di informazioni personali e riservate				

B. Come valuta complessivamente la qualità dei servizi ricevuti durante il ricovero?

0 Molto inadeguata	1 Inadeguata	2 Adeguata	3 Molto Adeguata

SALA EMODINAMICA/ELETTROFISIOLOGIA

8. Come valuta il personale infermieristico di sala operatoria per gli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta ogni riga

	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
Gentilezza e cortesia				
Disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti				
Capacità di fornire aiuto in caso di necessità				
Capacità di mettere a proprio agio				
Disponibilità a dare chiarimenti				

C. Come valuta complessivamente la qualità dei servizi ricevuti in sala di emodinamica?

0 Molto inadeguata	1 Inadeguata	2 Adeguata	3 Molto Adeguata

AMBULATORIO SCOMPENSO DI CARDIOLOGIA

9. Come valuta il personale medico per gli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta ogni riga

	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
Gentilezza e cortesia				
Disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti				
Informazioni ricevute legate alle cure				
Informazioni ricevute sulle condizioni di salute				
Tempo che il personale medico le ha dedicato				

10. Come valuta il personale infermieristico dell'Ambulatorio scompenso per gli aspetti sotto elencati?

Dia una risposta ogni riga

	Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
Gentilezza e cortesia				
Disponibilità ad ascoltare le richieste dei pazienti				
Informazioni ricevute legate alle cure				
Informazioni ricevute sulle condizioni di salute				
Tempo che il personale medico le ha dedicato				

D. Come valuta complessivamente la qualità dei servizi ricevuti nell'ambulatorio scompenso?

0 Molto inadeguata	1 Inadeguata	2 Adeguata	3 Molto Adeguata

ALTRE OSSERVAZIONI E SUGGERIMENTI:

Work in Progress - Master Università di Bologna