

<b>DATI GENERALI DEL PROGETTO</b>	
<b>Soggetto proponente</b>	<b>AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE</b>
<b>Strutture coinvolte</b>	<b>DIPARTIMENTO ASC, ZONA-DISTRETTO FIRENZE, SERVIZIO INFERMIERISTICO, GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE MULTIDISCIPLINARE SCOMPENSO CARDIACO</b>
<b>Soggetti che hanno partecipato alla progettazione</b>	<b>DR. MASSIMO MILLI – DR ROMEO DANIELE - DR.SSA GRAZIA MONTI DR. ALESSIO NASTRUZZI</b>
<b>Responsabili del progetto</b>	<b>DR. MASSIMO MILLI – DR. ROMEO DANIELE - DR.SSA GRAZIA MONTI DR. ALESSIO NASTRUZZI</b>
<b>Durata del progetto</b>	<b>2008-2009</b>

<b>DESCRIZIONE DEL PROGETTO</b>
<p><b>Contesto (comuni e numerosità popolazione)</b>  <b>Zona-Distretto Comune di Firenze. Popolazione di riferimento: residenti Comune di Firenze (380.000 abitanti)</b></p>
<p><b>Destinatari (Target popolazione)</b>  Viste le dimensioni epidemiologiche di questa malattia cronica la popolazione target a cui si rivolge il percorso assistenziale di seguito presentato dovrà essere individuata mediante una selezione sulla base di seguenti criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. certezza delle diagnosi di scompenso cardiaco effettuata con indagini strumentali opportune che quasi sempre richiedono un ricovero ospedaliero;</li> <li>2. quadro clinico di malattia instabile che necessita di interventi strutturati di follow-up;</li> <li>3. appropriatezza ed efficacia dell'intervento domiciliare per la riduzione dei ricoveri ospedalieri ed in strutture sanitarie nella popolazione anziana</li> </ol> <p>Applicando i criteri sopraelencati la Popolazione Target è costituita dalle persone</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. residenti nel <u>Comune di Firenze</u></li> <li>2. affette da scompenso cardiaco cronico che nell'anno 2006 sono stati dimessi dagli ospedali con DRG 127 ed hanno, nel corso dell'anno, effettuato 1 o più ricoveri;</li> <li>3. affette da scompenso cardiaco cronico che nell'anno 2008-2009 saranno dimessi dagli ospedali con DRG 127</li> <li>4. affetti da scompenso cardiaco cronico direttamente arruolati dall'MMG</li> </ol>

**Percorso assistenziale**

Il percorso assistenziale si rivolge a pazienti con scompenso cardiaco accertato e si articola diversamente sulla base delle condizioni di gravità della malattia e di non autosufficienza della persona malata.

Tale articolazione prevede un diverso impegno assistenziale, sia per intensità che durata nel tempo, sulla base del numero dei ricoveri effettuati nel corso dell'anno da ogni singola persona. (Il ricovero ospedaliero è considerato un indicatore di gravità-instabilità della malattia). L'intensità dell'assistenza farà riferimento ai tre livelli dello schema Kaiser Permanente:

- Self-management
- Livello care management
- Livello case management

**OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO**

<b>1</b>	<b>Miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico</b>
<b>2</b>	<b>Promozione del self-management attraverso la formazione del paziente e dei familiari ed il loro coinvolgimento nel piano di cura</b>
<b>3</b>	<b>Riduzione del numero dei reingressi ospedalieri nei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico</b>
<b>4</b>	<b>Promozione di una modalità di lavoro multidisciplinare in rete e sviluppo di nuove competenze dell'infermiere in ambito di cure primarie</b>

**RISULTATI ATTESI:****INDICATORI DI PERCORSO:**

- N° di pz arruolati/ N° pz attesi (>50%)
- N° pz che completano gli incontri di gruppo/ pz arruolati (> 70%)
- N° pz c portano a termine il follow-up/ pz arruolati (>70%)

**INDICATORI DI RISULTATO:**

- Riduzione delle giornate di degenza (DRG 127) nei pz arruolati / giornate di degenza (DRG 127) nell'anno precedente all'arruolamento
- Numero dei reingressi anno (DRG 127) pz arruolati/ numero dei reingressi nell'anno precedente (DRG 127)
- Miglioramento della qualità di vita valutato attraverso strumenti di misurazione della percezione dello stato di salute da parte del paziente (Questionario specifico per lo scompenso cardiaco)

<b>FASI DEL PROGETTO</b>			
	<b>Descrizione</b>	<b>Azioni</b>	<b>Attori e Referenti</b>
<b>Fase 1</b>	Individuazione della popolazione Target a cui il progetto è rivolto	Analisi dei dati relativi alle dimissioni ospedaliere con DRG 127 nei vari presidi ospedalieri dell'ASF relativi al l'anno 2006 per i residenti nel Comune di Firenze	Gruppo di progetto
<b>Fase 2</b>	Stratificazione del profilo di rischio per l'arruolamento nel percorso	1) Identificazione dei pazienti dimessi con DRG127 2) Assegnazione del profilo di rischio specifico in base al numero dei ricoveri effettuati 3) Identificazione del MMG referente	Gruppo di progetto
<b>Fase 3</b>	<p>Arruolamento del paziente nei tre percorsi assistenziali A –B- C</p> <p><b>N.B. l'MMG comunica alla direzione di zona distretto Firenze (U.F. ASC, dott. Maurizio Grifoni, IOT, <a href="mailto:maurizio.grifoni@asf.tos.cana.it">maurizio.grifoni@asf.tos.cana.it</a>; fax. 055 .....)</b>  <b>l'arruolamento dell'assistito sig. .... nel percorso A/B/C del progetto scopenso</b></p>	<p>L'inserimento nel percorso assistenziale avviene:</p> <p>1) Arruolamento “retrospettivo” sulla popolazione di pazienti ricoverati per scopenso nel 2006: Invio al MMG dei dati inerenti i ricoveri del 2006 sulla base dei quali dati l'MMG arruolerà il proprio assistito in uno dei tre bracci del percorso.</p> <p>2) Al momento della dimissione ospedaliera in caso di ricovero per scopenso cardiaco viene comunicato al MMG il grado del rischio di ricaduta (A, B, o C) – schede 3 e 4 - e pertanto il MMG valuta quale tipo di percorso attuare e quindi o per l'apertura di counseling (percorso A) o di un monitoraggio infermieristico ambulatoriale o domiciliare. A ciò segue l'attivazione del servizio infermieristico territoriale e del servizio sociale, se necessario. Nel caso di un paziente a rischio intermedio (percorso B) il MMG può decidere per un'attivazione del servizio infermieristico presso il suo ambulatorio con scadenza programmata. Nel caso di un paziente ad alto rischio (percorso C) viene eseguita una prima visita congiunta (infermiere e MMG) a casa del paziente attraverso l'attivazione di un ADI o un ADP per pianificare il piano assistenziale e la frequenza dei controlli. Segue la fase di monitoraggio domiciliare dell'infermiere che ad ogni controllo rileva variazioni di segni e sintomi di scopenso, variazioni di parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, diuresi) misura il peso corporeo e si accerta della corretta assunzione dei farmaci. Tutte queste informazioni vengono comunicate telefonicamente o inviate ogni volta via fax al MMG. In caso di peggioramento clinico l'infermiere contatta il MMG che decide per una variazione terapeutica o per una consulenza cardiologica urgente. Se necessario, sulla base della prescrizione del MMG, l'infermiere esegue un ciclo infusivo di diuretici per via endovenosa, terapia che nella maggior parte dei casi è sufficiente se eseguita precocemente, a risolvere il quadro di pre-instabilizzazione</p>	<p>Gruppo di progetto</p> <p>Specialisti Ospedalieri</p> <p>Medici di Medicina Generale</p>

		<p>Il paziente, dimesso dall'Ospedale, deve essere avviato in questo percorso in condizioni di stabilità.</p> <p>3) Da parte del MMG che identifica all'interno del proprio "registro pazienti scompenso" quelli che hanno le caratteristiche enunciate:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sintomi di insufficienza cardiaca: classe NYHA II-III e severa disfunzione ventricolare sinistra accertata strutturalmente all'ecocardiogramma (Frazione di eiezione (FE) &lt; 35%)</li> </ol>	
<p><b>Fase 4 A</b></p>	<p><b>Percorso assistenziale "A" (Basso rischio)</b></p> <p>Il percorso si rivolge a paziente a profilo di rischio più basso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pazienti che nel corso del 2006 hanno effettuato un solo ricovero ospedaliero per scompenso cardiaco (DRG 127)</li> <li>2) pazienti che nel corso del 2008-2009 saranno dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco e con score di rischio &lt; 8</li> <li>3) pazienti segnalati dal MMG che non hanno effettuato un ricovero per scompenso cardiaco ma che presentano sintomi di insufficienza cardiaca (classe NYHA II-III) e severa disfunzione ventricolare sinistra accertata strumentalmente all'ecocardiogramma (Frazione di eiezione (FE) &gt; 30% e &lt; 35%).</li> </ol>	<p>Sulla base di quanto disponibile in letteratura e sulla base delle indicazioni delle linee guida viene proposto un intervento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>Formazione e supporto all'auto-cura attraverso attività di gruppo:</b> il paziente partecipa due incontri di 2 ore ciascuno riguardo a: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Inquadramento generale delle problematiche della malattia</li> <li>2) Aspetti legati alla terapia farmacologia e a stili di vita (alimentazione, attività fisica etc.)</li> <li>3) Modalità per riconoscere precocemente i segni di instabilità della malattia.</li> </ol>           Gli incontri hanno frequenza quindicinale per la durata di 1 mese e sono condotti da infermiere, e dietista . Ogni gruppo è costituito da 20 pazienti con l'obiettivo di acquisire le conoscenze e competenze che sostengono l'auto-cura.         </li> <li>□ <b>Monitoraggio e controllo:</b> Questa attività viene effettuata attraverso controlli individuali in ambulatorio condotti dall'infermiere che rileva: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventuale presenza o la modificazione dei segni e sintomi di malattia.</li> <li>- Aderenza agli stili di vita consigliati e testa la capacità di autocura.</li> </ul>           I controlli infermieristici vengono effettuati a distanza di un mese dal termine degli incontri di gruppo e ripetute al 4°, 6° e 10° mese . In caso di instabilità l'infermiere avverte il M.G. che può decidere se inviare al II° livello ospedaliero. Per il 2008 viene stimato un numero di pazienti pari a quelli indicati dai dati dell'U.O. di Epidemiologia nell'anno 2006 quindi 824 persone potranno potenzialmente essere arruolate nel percorso. Anche l'impegno infermieristico viene determinato sulla base di questi dati         </li> </ul>	<p>Equipe di Assistenza Infermieristica Territoriale della Zona-Distretto di Firenze</p> <p>Medici di Medicina Generale</p> <p>Referenti del Progetto</p>

<p><b>Fase4 B</b></p>	<p><b>Percorso assistenziale "B" (Medio rischio)</b></p> <p>Il percorso è rivolto a pazienti con profilo di rischio medio:</p> <p>1) pazienti che nel corso del 2006 hanno effettuato 2 ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco (DRG 127):</p> <p>2) pazienti che nel corso del 2007-2008 saranno dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco e con score di rischio compreso tra 9 e 12</p> <p>3) pazienti segnalati dal MMG che non hanno effettuato un ricovero per scompenso cardiaco ma che presentano sintomi di insufficienza cardiaca (classe NYHA II-III) e severa disfunzione ventricolare sinistra accertata strumentalmente all'ecocardiogramma (Frazione di eiezione (FE) &gt; 25% e &lt; 30%).</p>	<p><b>Percorso assistenziale B</b></p> <table border="1" data-bbox="624 253 1241 394"> <tr> <td>1° mese di monitoraggio</td> </tr> <tr> <td>2 controlli ambulatoriali e/o domiciliari da parte infermieristica. e follow-up telefonico da parte Inf. Terr.</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="624 427 1241 568"> <tr> <td>2° e 3° mese di monitoraggio</td> </tr> <tr> <td>1 controllo ambulatoriale e/o domiciliari da parte infermieristica e follow-up telefonico da parte Inf. Terr.</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="624 645 1241 719"> <tr> <td>4° → 12° mese di monitoraggio</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="624 723 1281 797"> <tr> <td>1 controllo ambulatoriale e/o domiciliare ogni 2 mesi</td> </tr> </table> <p>Durante il periodo di monitoraggio domiciliare, qualora il MMG ne riscontri l'esigenza sarà fornito:</p> <p>- Consulenza cardiologica dall'ambulatorio scompenso del presidio di competenza.</p> <p>Per il 2008 viene stimato un numero di pazienti pari a quelli indicati dai dati dell'U.O. di Epidemiologia (2006), quindi circa 131 persone potranno potenzialmente essere arruolate nel percorso. Anche l'impegno infermieristico viene determinato sulla base di questi dati.</p>	1° mese di monitoraggio	2 controlli ambulatoriali e/o domiciliari da parte infermieristica. e follow-up telefonico da parte Inf. Terr.	2° e 3° mese di monitoraggio	1 controllo ambulatoriale e/o domiciliari da parte infermieristica e follow-up telefonico da parte Inf. Terr.	4° → 12° mese di monitoraggio	1 controllo ambulatoriale e/o domiciliare ogni 2 mesi	<p>Equipe di Assistenza Infermieristica Territoriale della Zona-Distretto di Firenze</p> <p>Medici di Medicina Generale</p> <p>Ambulatori Scompenso cardiaco presidi ASF</p> <p>Referenti del Progetto</p>
1° mese di monitoraggio									
2 controlli ambulatoriali e/o domiciliari da parte infermieristica. e follow-up telefonico da parte Inf. Terr.									
2° e 3° mese di monitoraggio									
1 controllo ambulatoriale e/o domiciliari da parte infermieristica e follow-up telefonico da parte Inf. Terr.									
4° → 12° mese di monitoraggio									
1 controllo ambulatoriale e/o domiciliare ogni 2 mesi									

<p><b>Fase 4 C</b></p>	<p><b>Percorso assistenziale “C” (Alto rischio)</b></p> <p>Il percorso è rivolto a pazienti con profilo di rischio alto:</p> <p>1) pazienti che nel corso del 2006 hanno effettuato più di 2 ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco (DRG 127)</p> <p>2) pazienti che nel corso del 2008-2009 saranno dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco e con score di rischio &gt; 13</p> <p>3) pazienti segnalati dal MMG che non hanno effettuato un ricovero per scompenso cardiaco ma che presentano sintomi di insufficienza cardiaca (classe NYHA III/IV) e severa disfunzione ventricolare sinistra accertata strumentalmente all’ecocardiogramma (Frazione di eiezione (FE) &lt; 25%).</p> <p>4) Pazienti con problemi cognitivi o sociali che possano essere alla base di una grave riduzione della compliance terapeutica</p>	<p><b>Percorso assistenziale C</b></p> <table border="1" data-bbox="624 230 1259 333"> <tr> <td>1° mese di monitoraggio da parte M.G. e Inf. Terr.</td> </tr> <tr> <td>1 visita domiciliare settimanale congiunta da parte M.G. e Inf.Terr.</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="624 369 1259 468"> <tr> <td>2° e 3° mese di monitoraggio da parte M.G. ed Inf. Terr.</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="624 472 1259 539"> <tr> <td>2 visite domiciliari congiunte da parte M.G e Inf.Terr.. e follow-up telefonico da parte Inf. Terr.</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="624 607 1326 710"> <tr> <td>Dal 4° al 12° mese di monitoraggio M.G. ed Inf. Terr.</td> </tr> <tr> <td>1 visita domiciliare mensile congiunta (M.G. e Inf Terr) e follow/up telefonico da parte Inf. Terr.</td> </tr> </table> <p>La frequenza dei controlli potrà comunque variare in base all’andamento clinico del paziente</p> <p>Durante il periodo di monitoraggio domiciliare, qualora il MMG ne riscontri l’esigenza sarà fornito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulenza cardiologica dall’ambulatorio scompenso del presidio di competenza</li> <li>- Assistenza infermieristica per infusioni endovenose intermittente di diuretici al domicilio</li> <li>- Monitoraggio mensile del BNP con point of care</li> </ul> <p>Per l’esecuzione del controllo infermieristico domiciliare sono state elaborate schede di monitoraggio clinico infermieristico (scheda 5), scheda per il monitoraggio della variazione del peso corporeo (scheda 6) e del BNP (scheda 7)</p> <p>Per il 2008 viene stimato un numero di pazienti pari a quelli indicati dai dati dell’U.O. di Epidemiologia (2006), quindi circa 48 persone potranno potenzialmente essere arruolate nel percorso. Anche l’impegno infermieristico viene determinato sulla base di questi dati</p>	1° mese di monitoraggio da parte M.G. e Inf. Terr.	1 visita domiciliare settimanale congiunta da parte M.G. e Inf.Terr.	2° e 3° mese di monitoraggio da parte M.G. ed Inf. Terr.	2 visite domiciliari congiunte da parte M.G e Inf.Terr.. e follow-up telefonico da parte Inf. Terr.	Dal 4° al 12° mese di monitoraggio M.G. ed Inf. Terr.	1 visita domiciliare mensile congiunta (M.G. e Inf Terr) e follow/up telefonico da parte Inf. Terr.
	1° mese di monitoraggio da parte M.G. e Inf. Terr.							
1 visita domiciliare settimanale congiunta da parte M.G. e Inf.Terr.								
2° e 3° mese di monitoraggio da parte M.G. ed Inf. Terr.								
2 visite domiciliari congiunte da parte M.G e Inf.Terr.. e follow-up telefonico da parte Inf. Terr.								
Dal 4° al 12° mese di monitoraggio M.G. ed Inf. Terr.								
1 visita domiciliare mensile congiunta (M.G. e Inf Terr) e follow/up telefonico da parte Inf. Terr.								

## TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

FASI	Trimestri anno 2007				Trimestri anno 2008				Trimestri anno 2009			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
1												
2					X							
3						X						
4						X	X	X	X	X		

## RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

### **DESCRIZIONE RISORSE INFERMIERISTICHE PERCORSO A**

Inizio percorso: - Dopo dimissione ospedaliera - Arruolamento su base "clinica e strumentale"	30 giorni dal termine degli incontri di gruppo:	Follow-up ambulatoriale 4° - 6° e 10° mese:	
2 Incontri di gruppo di 2 ore ciascuno	1° visita ambulatoriale di inquadramento e piano di autocura	3 visite ambulatoriali di monitoraggio e verifica dei risultati	<b>Impegno orario infermieristico complessivo per pz: 8 ore anno</b>

### **DESCRIZIONE RISORSE INFERMIERISTICHE PERCORSO B**

1° mese di monitoraggio	2°→3° mese di monitoraggio	4°→12° mese di monitoraggio	
2 visite ambulatoriali e/o domiciliari	1 visita ambulatoriale e/o domiciliari e follow-up telefonico	1 visita ambulatoriale e/o domiciliare ogni 2 mesi	<b>Impegno orario infermieristico complessivo per pz: 9 ore anno</b>

### **DESCRIZIONE RISORSE INFERMIERISTICHE PERCORSO C**

1° mese di monitoraggio	2° e 3° mese di monitoraggio	4° → 12° mese di monitoraggio	
1 visita domiciliare settimanale	2 visite domiciliari mensili e follow-up telefonico	1 visita domiciliare mensile e follow/up telefonico	<b>Impegno orario infermieristico complessivo per pz: 17 ore anno</b>

**IMPEGNO ORARIO PER PZ DELLA U.O. DI DIETOLOGIA: 5 ore**

### **DOSAGGIO DOMICILIARE DEL BNP CON POINT OF CARE:**

1° dosaggio di controllo mensile ed eventualmente in caso di peggioramento clinico

Numero di dosaggi medio previsto per paziente: 12

Costo di un campione di dosaggio: 25 €

Pz previsti 50

<b>Collaborazioni professionali</b>	<b>Infermiere e dietista</b>	
	<b>Medico di famiglia</b>	
	<b>Specialisti ospedalieri</b>	
	<b>Epidemiologi</b>	
	<b>Informatici</b>	
<b>Organizzazione eventi</b>	<b>Incontro entro I trimestre 2008 per presentazione del progetto</b>	
<b>Attrezzature</b>	<b>Software per inserimento dati approfondimento per interfacciabilità con quello aziendale</b>	
	<b>Kit per dosaggio point of care per BNP</b>	
	<b>Impedenzometro portatile per valutazione dell'imbibizione cutanea (utilizzato dall'infermiere per gli arruolati del gruppo C )</b>	
<b>Personale</b>	<b>Operatori per la gestione dell'invio postale</b>	
	<b>Operatori per la valutazione di approfondimento</b>	
	<b>Personale dei servizi sociali e sanitari</b>	
<b>Produzione di materiale informativo</b>		
	<b>Stampa opuscoli</b>	
<b>Invio materiale informativo</b>	<b>Spedizione postale</b>	

**SCHEDA STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA DEL PZ CON SCOMPENSO CARDIACO**

**DATI ANAGRAFICI**

Nome ..... Cognome.....

Data di nascita ..... Età.....

Indirizzo..... Recapito tel.....Medico curante Dr .....

**DEA**

PARAMETRI DA RILEVARE DOPO LA STABILIZZAZIONE DEL PAZIENTE AI FINI DI UNA STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA PRECOCE, NECESSARIA PER L'IDENTIFICAZIONE DEL REPARTO DI TRASFERIMENTO PIU' ADEGUATO

**PARAMETRICI CLINICI**

PA.....

FC.....

SO2 in aria .....

**NUMERO DI RICOVERI PER S.C. NEI 6 MESI PRECEDENTI.....**

**PARAMETRI ECOCARDIOGRAFICI**

EF.....

d.t.d. VS .....

Disfunzione diastolica      presente                       assente

Insufficienza mitralica: assente       lieve                       moderata                       severa

**BNP** (prelevato alla risoluzione del quadro clinico acuto).....

**TROPONINA** .....

**Consigliato trasferimento in Cardiologia/Terapia intensiva se presente Score totale uguale o superiore a 3:**

- BNP > 1500 pgr/ml (Punti 3)
- Ricoveri per scompenso nei 6 mesi precedenti > 1 (Punti 2)
- Instabilità clinica (PA < 80 mmhg – FC > 120 b/m – SO2 in aria < 85 mmhg) (Punti 2)
- Severa compromissione funzione VS (EF < 30% - d.t.d. VS > 70 mm) (punti 1)

**REPARTO DI DEGENZA (MEDICINA-CARDIOLOGIA-RIANIMAZIONE)**

**BNP a 24 ore dall'ingresso in DEA .....**

**BNP alla dimissione .....**

***PARAMETRICI CLINICI PRE-DIMISSIONE***

PA.....

FC.....

SO2 in aria .....

Diuresi nelle 24 ore precedenti la dimissione .....

Valori della creatinina e/o creatinina clearance .....

Peso corporeo alla dimissione .....

Classe NYHA alla dimissione .....

***PARAMETRI ECOCARDIOGRAFICI***

EF.....

d.t.d. VS .....

Disfunzione diastolica      presente       assente

Insufficienza mitralica: assente       lieve       moderata       severa

***VALUTAZIONE COMPLESSITA' ASSISTENZIALE : (situazione socio/cognitiva )***

Bassa   
 Media   
 Elevata

**CRITERI CLINICI E BIOUMORALI DI DIMISSIBILITA' DEL PZ:**

PA > 90 < 130 mmhg

FC < 110 b/m

Diuresi nelle 24 ore precedenti la dimissione > 1000 cc

Riduzione del BNP dai valori del DEA > 50%

**CRITERI DI IDENTIFICAZIONE DELLA MODALITA' DI FOLLOW-UP:****BNP**

- < 350 pgr/ml: (Punti 1)
- 350/1000 pgr/ml: (Punti 3)
- > 1000 pgr/ml: (Punti 4)

**Numero ricoveri per S.C.  
negli ultimi 6 mesi:**

- Nessun ricovero per SC (Punti 1)
- 1 ricovero per SC (Punti 2)
- > 1 ricovero per SC (Punti 3)

**Classe NYHA:**

- NYHA II (Punti 1)
- NYHA II/III (Punti 2)
- NYHA III/IV (Punti 3)

**Frazione d'iezione (EF):**

- EF > 40% (Punti 1)
- EF 30/40% (Punti 2)
- EF < 30% (Punti 3)

**Funzionalità renale (creatinina clearance  
Formula Cockcroft)**

- CrCl > 60 ml/min (Punti 1)
- CrCl < 60 ml/min (Punti 3)

**Complessità assistenziale:**

- Bassa (Punti 1)
- Media (Punti 2)
- Alta (Punti 4)

**SCORE TOTALE****(.....)**

**SCORE PROGNOSTICO PER L'APERTURA ALLA DIMISSIONE OSPEDALIERA DI  
UNA MODALITA' DI FOLLOW-UP PERSONALIZZATA**

**SCORE < O UGUALE A 8**  
**Percorso A**  
**Livello self management**  
**(Kaiser permanente)**

- Affidamento al MMG
- Programma di educazione sanitaria di gruppo e incentivazione dei principi di self-management della malattia

**SCORE COMPRESO TRA 9/12**  
**Percorso B**  
**Livello "Care management"**  
**(Kaiser permanente)**

- Affidamento al MMG
- Eventuale apertura da parte del MMG di una ADI o ADP e di un monitoraggio infermieristico domiciliare e/o telefonico
- Programma di controlli ambulatoriali territoriali
- Programma di eventuali controlli se richiesti dal MMG presso l'Ambulatorio Scopenso Ospedaliero

**SCORE UGUALE > 13**  
**Percorso C**  
**Livello "Case management"**  
**(Kaiser permanente)**

- Affidamento al MMG
- Eventuale apertura da parte del MMG di una ADI o ADP e di un monitoraggio infermieristico domiciliare con possibilità di infusioni intermittenti di diuretico al domicilio
- Disponibilità di consulenza Cardiologica urgente

**SCHEDA DI MONITORAGGIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE**

DATI ANAGRAFICI

Nome ..... Cognome.....  
 Data di nascita ..... Età.....  
 Indirizzo..... Recapito tel.....Medico curante Dr.....

Data del controllo .....

**Classe NYHA: II III IV**  
**Rispetto al controllo:** Invariata  Migliorata  Peggiorata

**Ispezione ed esame obiettivo:**

**Cute:** Rosea  Pallida  Marezzata   
 Normotermica  Fredda  Calda

**Decubito:** Supino  Semiortopnoico  Ortopnoico

**Turgore giugulare:** Presente  Assente

**Edemi declivi :** Assenti  Presenti  - Invariati   
 - Diminuiti   
 - Incrementati

**Parametri vitali:**

**PA** ...../.....  
**FC** ..... Polso ritmico  Polso aritmico   
**Atti respiratori** ...../min  
**Respiro periodico:** Presente  Assente   
**SO2** .....  
 Diuresi media giornaliera ..... cc

**Ricoveri per Scompenso**

**Data**..... **Data** .....

**Data**..... **Data**.....

**Data**..... **Data** .....

**Variazioni della terapia in atto:**

.....

.....

**Incremento del diuretico** SI NO

**Trattamento diuretico infusivo:** Data .....

**Compliance Terapeutica:** Buona  Media  Scarsa

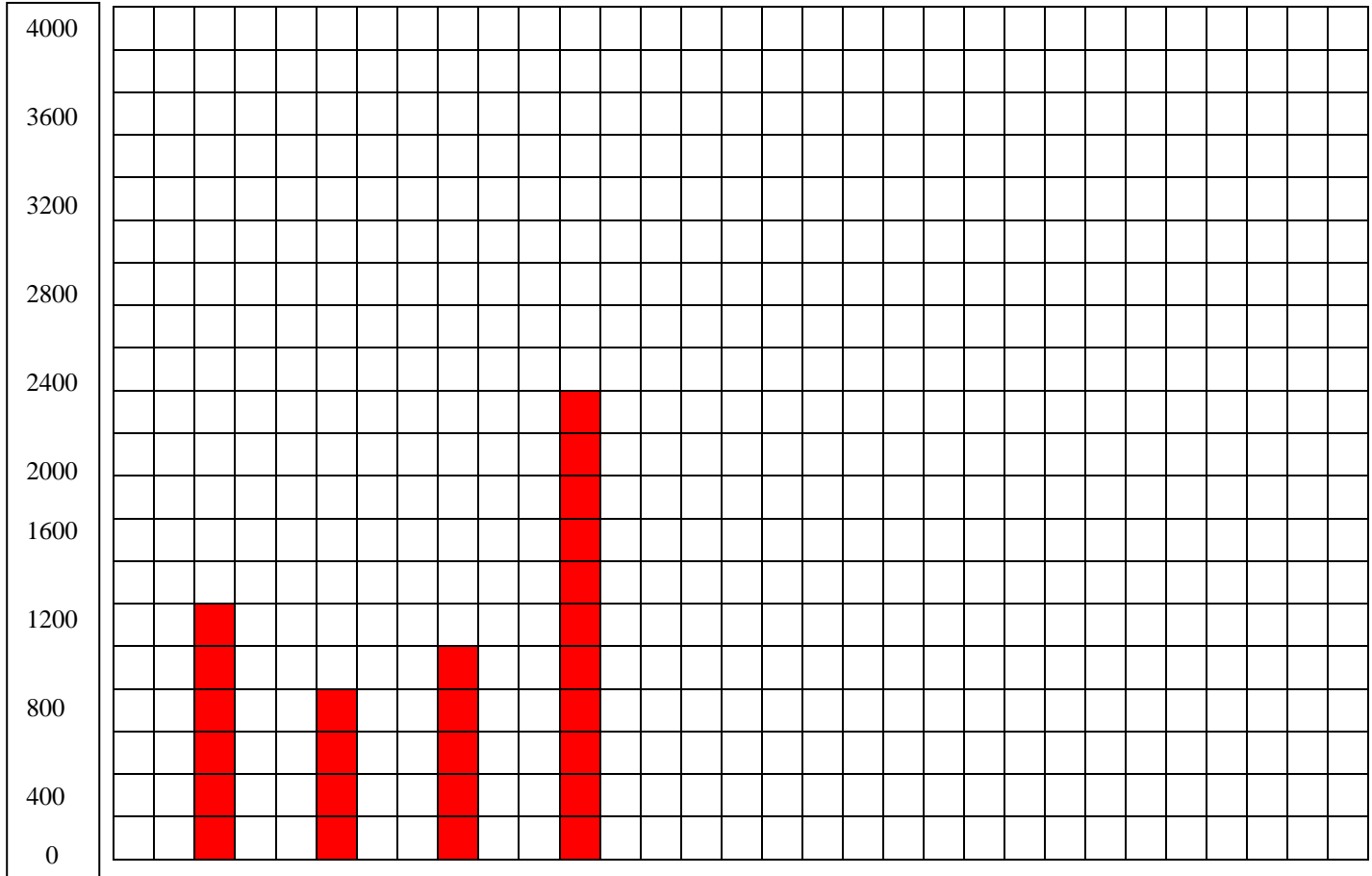


**SCHEDA 7**

**MONITORAGGIO BNP**

**Data prelievo**

BNP alla Dimissione	Controllo 15 gg	1° mese	2° mese	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	controlli succ
---------------------	-----------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------------



**VALORI BNP:**

“DRY BNP” (alla dimissione): .....

Controllo 15 gg:.....

Controllo 1° mese .....

Controllo 2° mese .....

Controllo 3° mese:.....

Controllo 4° mese.....

Controllo 5° mese.....

Controllo 6° mese.....

Controllo del .....per peggioramento clinico.....

Controllo del.....per peggioramento clinico.....

Controllo del .....per peggioramento clinico.....

**IN CASO DI INCREMENTO DEL BNP > 30% RISPETTO AL CONTROLLO PRECEDENTE CONTATTARE IL MMG E/O IL CARDIOLOGO OSPEDALIERO**



**TERAPIA IN ATTO**

**FARMACO (specificare molecola)**

**ACE INIBITORI**

.....

**SARTANICI**

.....

**BETABLOCCANTI**

.....

**DIURETICI**

.....

**CALCIOANTAGONISTI**

.....

**ANTIALDOSTERONICI**

.....

**ANTIAGGREGANTI**

.....

**ANTICOAGULANTI**

.....

**NITRATI**

.....

**STATINE**

.....

**AMIODARONE**

.....

**DIGITALE**

.....

**ALTRO**

.....

**OSSERVAZIONI PARTICOLARI:**