

## ANAGRAFICA

GENERE M  F

ETÀ \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_

### 1. Titolo di studio

Scuola dell'obbligo

Diploma di scuola media superiore

Laurea

### 2. Occupazione

Lavoratore autonomo

Lavoratore dipendente

Casalinga

Pensionato

Disoccupato

### 3. Composizione nucleo familiare

vivo solo

due persone

più di due persone

### 4. Ha aderito alla riforma legge 23/15 sulla presa in carico del paziente cronico?

Sì

No

#### 4.a. Se sì, chi ha scelto come gestore?

MMG

ASST

**5. Soffre di altre patologie oltre a quella cardiaca?**

Sì

No

**5.a. Se sì, quali?**

---

---

---

**EDUCAZIONE ALLA SALUTE – PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA**

**1. E' mai stato coinvolto in programmi di informazione sul rischio cardio –cerebrovascolare rivolti alla popolazione?**

Sì

No

**1.a. Se sì, attraverso quali canali?**

Opuscoli informativi

Eventi/ Incontri informativi

**1.b. Se sì, da chi erano promossi?**

ASST

Associazioni di pazienti

Associazioni scientifiche

Farmacie

Altro \_\_\_\_\_

**1.c. Se sì, le informazioni hanno riguardato:**

Sì

No

i corretti stili di vita

i principali fattori di rischio cardio e cerebrovascolare

I corretti comportamenti da adottare nel caso in cui si trovassero di fronte a sintomi sentinella quali per esempio dolore toracico o la dispnea

**2. Era già stato identificato come soggetto ad alto rischio cardio e cerebrovascolare?**

Sì

No

**2.a. Se sì, per quale fattore di rischio?**

- Paziente iperteso
- Fumatore
- Diabetico
- Dislipidemico
- Pregresso infarto del miocardio
- Scompenso cardiaco
- Ipercolesterolemia resistente alle terapie standard
- Paziente con età pari o superiore a 65 anni
- Paziente tra i 40 ed i 65 anni
- Altro \_\_\_\_\_

**3. Prima dell'evento acuto era già in carico al suo medico di medicina generale o allo specialista per uno di questi fattori?**

Sì  No

**4. Prima dell'evento acuto seguiva una specifica terapia?**

Sì  No

**5. Prima dell'evento acuto le sono state date indicazioni specifiche sulla corretta alimentazione/corretto stile di vita da adottare?**

Sì  No

**6. Quanto tempo è passato tra l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi definitiva?**

\_\_\_\_\_

**7. Quanto tempo è passato tra la diagnosi e il ricovero in ospedale?**

\_\_\_\_\_

**8. Durante il ricovero ci sono stati momenti di counselling in tema di prevenzione secondaria?**

Sì  No

**9. Ha mai sentito parlare di terapie innovative (es. nuovi anticoagulanti orali, anticorpi monoclonali)?**

Sì

No

**9.a. Se sì,**

nel corso di programmi televisivi

sul web/social

nel corso di campagne informative

in ospedale

altro \_\_\_\_\_

**10. Secondo la sua esperienza, quali sono le principali difficoltà di accesso a cure e servizi che il paziente incontra nel percorso territorio-ospedale?**

---

---

---

**DIMISSIONE- CONTINUITÀ DELLE CURE - RIABILITAZIONE**

**1. Diagnosi alla dimissione** \_\_\_\_\_

**2. Chi le ha comunicato che era in dimissione?**

Infermiere

Medico

Altro \_\_\_\_\_

**3. Chi le ha consegnato la lettera di dimissione?**

Infermiere

Medico

Altro \_\_\_\_\_

**4. Le è stata spiegata la terapia?**

Sì

No

**5. Le è stata spiegata l'importanza di seguire la terapia (farmaci e dieta) per tenere sotto controllo il valore del colesterolo LDL?**

Sì

No

**6. In che misura si ritiene soddisfatto delle spiegazioni ricevute?**

<b>Molto soddisfatto</b>	<b>Abbastanza soddisfatto</b>	<b>Poco soddisfatto</b>	<b>Per nulla soddisfatto</b>	<b>Non so</b>
--------------------------	-------------------------------	-------------------------	------------------------------	---------------

**6.a. Se non è rimasto soddisfatto, perché?**

---



---



---

**7. Al momento della dimissione le sono stati consegnati i farmaci per i primi 15 giorni di terapia?**

Sì

No

**8. È stato coinvolto il suo medico di famiglia?**

Sì

No

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**9. Le è stato chiesto se voleva essere inserito in un percorso di dimissioni protette?**

Sì

No

**10. Le è stato spiegato cosa sono le dimissioni protette?**

Sì

No

**11. In che misura si ritiene soddisfatto delle informazioni ricevute?**

<b>Molto soddisfatto</b>	<b>Abbastanza soddisfatto</b>	<b>Poco soddisfatto</b>	<b>Per nulla soddisfatto</b>	<b>Non so</b>
--------------------------	-------------------------------	-------------------------	------------------------------	---------------

**12. Dopo la dimissione dall'ospedale:**

- è tornato a casa
- è stato ricoverato in riabilitazione/assistenza post acuto
- è stato ricoverato in una struttura di cardiologia riabilitativa
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**13. Se è tornato al suo domicilio, si è resa necessaria l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)?**

Sì  No

**14. Se è stato dimesso al domicilio, le è stato assegnato il codice di esenzione per patologia?**

Sì  No

**15. Se è stato dimesso al domicilio, le sono state spiegate le modalità per il rinnovo del Piano Terapeutico?**

Sì  No

**16. Il suo piano terapeutico comprende anche farmaci sottoposti a registro di monitoraggio (farmaci che il paziente deve ritirare direttamente in ospedale)?**

Sì  No

**16.a Se sì, ha mai avuto difficoltà di approvvigionamento?**

Sì  No

**17. Se è stato dimesso al domicilio, le è stato indicato un numero telefonico da poter chiamare in caso di problemi nella gestione della terapia o insorgenza di nuovi sintomi?**

Sì  No

**18. Se è stato dimesso a domicilio le è stata comunicata la data della prima visita di controllo?**

Sì  No

**18.a. Se sì:**

Visita di controllo

ECG

**19. Per la prima visita di controllo le sono stati richiesti anche esami del sangue?**

Sì  No

**19.a. Se sì, si ricorda se comprendevano:**

colesterolo

emocromo

creatinina

sodio/potassio

funzionalità epatica

altro \_\_\_\_\_

**20. Dopo quanti mesi dalla dimissione le è stata fissata la prima visita di controllo?**

3 mesi

6 mesi

Più di 6 mesi

**21. Se è stato dimesso a domicilio è stato inserito in un programma di e-HEALTH (telemonitoraggio a distanza) ?**

Sì  No

**21.a. Se sì, specificare**

---

---

---

**22. Le è stata prescritta terapia anticoagulante?**

Sì  No

**22.a. Se sì, ha ricevuto informazioni dettagliate sulla terapia da seguire ed eventuali altre opzioni terapeutiche?**

Sì  No

**22.b. In che misura si ritiene soddisfatto delle informazioni ricevute?**

Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per nulla soddisfatto	Non so
-------------------	------------------------	------------------	-----------------------	--------

**23. E' stato inserito in un programmi di educazione/automonitoraggio per i pazienti sottoposti a terapia anticoagulante?**

Sì  No

**24. Se non è stato inviato ad un centro di Cardiologia Riabilitativa al momento delle dimissioni dall'ospedale, è stato definito un progetto/protocollo riabilitativo?**

Sì  No

**24.a. Se sì, è stata eseguita anche una Relazione Sociale?**

Sì  No

**RITORNO AL DOMICILIO**

**1. Una volta dimesso, ha avuto modo di confrontarsi con il suo medico di medicina generale in merito alla terapia a lei assegnata?**

Sì  No

**1.a. Se sì, ha avuto anche modo di pianificare i controlli successivi alla prima visita in ospedale?**

Sì  No

**1.b. Se sì, in assenza di complicanze, ha avuto modo di concordare con il suo medico di medicina generale la frequenza con la quale sottoporsi al controllo dei valori pressori e lipidici (per es. colesterolo LDL)?**

Sì  No

**1.c. E se sì, quale la frequenza concordata?**

\_\_\_\_\_

**2. Ha ricevuto informazioni sull'importanza dell'aderenza terapeutica?**

Sì  No

**3. Ha difficoltà a seguire la terapia che le è stata assegnata?**

Sì  No

**4. In una scala da 1 a 10 quanto riesce a seguire la terapia che le è stata assegnata?**

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



**5. Se ha difficoltà, quali le maggiori criticità?**

( es. troppi medicinali da assumere, medicinali da assumere in diverse ore del giorno, spese per farmaci non forniti dal SSN, difficoltà di reperimento dei farmaci, difficoltà a seguire un corretto stile di vita, etc)

---

---

---

---

**6. Ha fatto richiesta per il riconoscimento dell'Invalidità?**

Sì  No

**7. La procedura si è svolta regolarmente?**

Sì  No

**8. Quale percentuale le è stata riconosciuta?**

---

**9. Secondo la sua esperienza, quali sono le principali difficoltà di accesso a cure e servizi che il paziente incontra nel percorso ospedale- territorio?**

---

---

---

**CONTINUITÀ DELLA PRESA IN CARICO IN TEMPO DI PANDEMIA COVID 19**

**1. In tempo di pandemia ha avuto difficoltà ad effettuare visite di controllo ed esami previsti nel suo percorso di cura?**

Sì  No

**2. Ha avuto difficoltà in caso di rinnovo del Piano Terapeutico in tempo di pandemia?**

Sì  No

**2.a. Se sì, specificare:**

---

---

3. Se il suo Piano terapeutico comprende farmaci sottoposti a monitoraggio, ha avuto difficoltà per il loro reperimento?

Sì  No

3.a. Se sì, specificare:

---

---

4. In tempo di pandemia, le è stato proposto l'inserimento in un programma di home rehabilitation, mediante utilizzo di recall telefonici, messaggistica, web session, utilizzo di app, etc.?

Sì  No

5. Le è stato proposto l'inserimento in un programma di *recall telefonico* sistematico per verificare l'aderenza alla terapia e controllare i target lipidici (es. colesterolo LDL) e pressori?

Sì  No

6. Se al momento delle dimissioni, pur avendone indicazione, non ha potuto, causa pandemia, essere ricoverato in un Centro di Cardiologia Riabilitativa, è stato inserito in un registro dei pazienti con percorso riabilitativo non avviato o interrotto per futura ripresa in carico al termine della fase di emergenza?

Sì  No