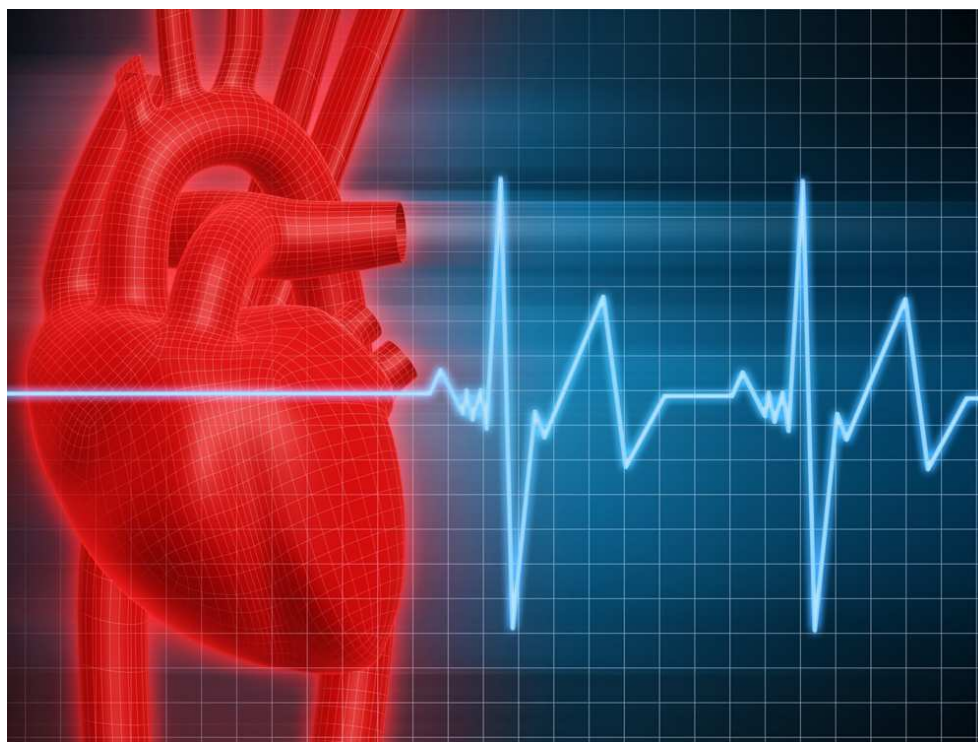
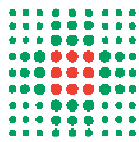


# **Progetto di Modernizzazione 2009 “Nuova Organizzazione Ambulatoriale (NOA)”**

**Sperimentazione  
di un percorso clinico assistenziale integrato  
Ospedale-Territorio  
a favore di pazienti con scompenso cardiaco**

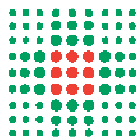




## Indice

1. Contesto di Riferimento .....	3
2. Obiettivi .....	3
3. Risultati Attesi .....	4
3.1. Indicatori per il Monitoraggio della Sperimentazione .....	4
3.2. Prodotti del progetto .....	4
4. Materiali e Metodi.....	4
4.1. Setting e Professionisti coinvolti nella sperimentazione .....	5
4.2. Ruolo e competenze dell’Infermiere Care Manager .....	5
4.3. Fasi di attuazione della sperimentazione .....	6
5. Descrizione dei percorsi clinico-assistenziali .....	6
5.1. Stadiazione del paziente.....	6
5.2. Valutazione multidimensionale.....	7
5.3. Validazione e arruolamento.....	7
5.4. Flow-chart dei Percorsi Clinico Assistenziali.....	8
5.5. Ingresso del paziente nel percorso NOA scompenso.....	13
5.5.1. Programmazione Accertamenti .....	13
5.5.2. Accertamento Infermieristico .....	14
5.6. Evoluzione del percorso .....	14
6. Bibliografia.....	15
7. Allegati:.....	15





## 1. Contesto di Riferimento

L'Azienda USL di Imola partecipa ad un progetto di modernizzazione regionale volto a sperimentare modelli organizzativi innovativi di presa in carico e continuità assistenziale sul territorio di pazienti con patologie croniche

Nell'Ottobre del 2008 nell'ambito dei progetti di sviluppo del governo clinico è stato messo a punto un percorso diagnostico- terapeutico per lo scompenso cardiaco, che si presta in modo significativo agli obiettivi di sperimentazione del progetto di modernizzazione

Studi di valutazione indipendenti sull'efficacia del modello "Chronic Care Model" modello di riferimento per la sperimentazione che si intende realizzare, dimostrano che gli assistiti con scompenso cardiaco trattati secondo le indicazioni del modello, possiedono maggiori conoscenze, presentano una maggiore compliance al trattamento, utilizzano meno i servizi specialistici con una significativa diminuzione del 35% di giornate di ospedalizzazione

Nel corso dell'anno 2010 sarà implementata l'organizzazione territoriale dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) con il "superamento" del modello del Servizio Infermieristico Domiciliare per un'organizzazione della funzione infermieristica all'interno dei NCP. Questa riorganizzazione rideterminerà l'offerta di assistenza infermieristica nel contesto di ogni singolo Nucleo, in quanto sarà presente un team infermieristico dedicato al Nucleo che garantirà la copertura dei trattamenti domiciliari ma anche di quelli dell'ambulatorio infermieristico del Nucleo; i pazienti inviati dai MMG del Nucleo potranno essere assistiti in contesti ambulatoriali protetti nell'ambito del Nucleo per i diversi trattamenti, compresi i percorsi per patologie croniche

## 2. Obiettivi

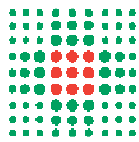
### Primari:

- ✓ Sperimentare un modello organizzativo di presa in carico, continuità assistenziale e tempestività di accesso ai servizi che possa garantire la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco sul territorio anche mediante la necessaria integrazione con i servizi specialistici ospedalieri di cardiologia e lo sviluppo di competenze di Primary Nursing da parte degli infermieri dei NCP
- ✓ Implementare il Percorso Clinico Assistenziale Aziendale sul paziente scompensato per la parte che riguarda l'assistenza dei pazienti sul territorio

### Secondari

- ✓ Valutare il livello di adesione da parte degli assistiti al programma diagnostico e terapeutico in relazione all'introduzione del nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale previsto dalla sperimentazione
- ✓ Valutare il livello di fiducia da parte dei pazienti e dei professionisti nell'attuale modello e poi nel rinnovato sistema
- ✓ Valutare la trasferibilità del modello negli altri contesti di NCP dell'Azienda
- ✓ Sperimentare nuovi modelli professionali di assistenza infermieristica sul territorio





### 3. Risultati Attesi

- ✓ Miglioramento degli esiti clinici dei pazienti presi in carico con il nuovo modello a seguito di maggiore compliance ai programmi diagnostici e terapeutici
- ✓ Incremento della fiducia dei cittadini e dei professionisti nel sistema integrato di presa in carico e messo in sperimentazione con il nuovo modello
- ✓ Riduzione significativa del ricorso ai servizi specialistici ospedalieri come alternativa alla cura per i pazienti in sperimentazione (riduzione dei re-ricoveri, degli accessi al PS e all'ambulatorio per lo scopenso)

#### 3.1. Indicatori per il Monitoraggio della Sperimentazione

- ✓ N° di pazienti presi in carico nel periodo di riferimento per Nucleo di Cure Primarie
- ✓ N° di pazienti presi in carico nel periodo di riferimento per MMG
- ✓ Elenco dei pazienti presi in carico nel periodo di riferimento, suddivisi per stadio della patologia
- ✓ N° di accessi in Pronto Soccorso, relativi ai pazienti presi in carico nel periodo di riferimento
- ✓ N° di re-ricoveri per Scopenso cardiaco, relativi ai pazienti presi in carico nel periodo di riferimento
- ✓ N° di pazienti con utilizzo appropriato della terapia farmacologica (in particolare per Betabloccanti, Aceinibitori, Diuretici e Nitroderivati) secondo Linee guida aziendali/totale dei pazienti presi in carico

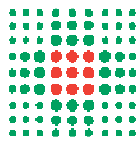
#### 3.2. Prodotti del progetto

- ✓ Messa a punto di una rete integrata Ospedale-Territorio per la presa in carico territoriale dei pazienti con scopenso
- ✓ Schede di Registrazione del monitoraggio clinico assistenziale del paziente
- ✓ Questionario per la valutazione della qualità percepita da parte dei cittadini che aderiscono alla sperimentazione
- ✓ Questionario per la realizzazione dei focus-group sui professionisti che parteciperanno alla sperimentazione
- ✓ Questionario di autovalutazione del paziente
- ✓ Reportistica di monitoraggio dell'impatto del nuovo modello assistenziale sui livelli compliance del paziente, il livello di fiducia dei cittadini e degli operatori, l'uso appropriato dei servizi specialistici dei pazienti trattati
- ✓ Percorsi formativi per l'acquisizione di competenze avanzate nelle funzione di primary nursing nei confronti dei pazienti trattati

### 4. Materiali e Metodi

La Sperimentazione si realizzerà mediante la messa a punto delle seguenti azioni

- ✓ Revisione tradizionale della letteratura sul tema



- ✓ Messa a punto del percorso del paziente mediante metodologia di analisi per processi
- ✓ Implementazione del modello organizzativo individuato all'interno di una Associazione di Medicina di Gruppo che aderisce alla sperimentazione
- ✓ Individuazione dei pazienti da inserire nella sperimentazione che afferiscono ai MMG del gruppo Sperimentante
- ✓ Indagine prima e dopo l'implementazione sul livello di fiducia da parte dei cittadini e dei professionisti nei confronti del modello implementato. Per la realizzazione dell'indagine sui cittadini sarà utilizzata la metodologia riportata nel Dossier 127 dell'ASR, mentre per l'indagine sui professionisti saranno effettuate delle interviste mediante tecnica di focus group
- ✓ Studio prospettico osservazionale sul governo dei tempi di attesa, dei re-ricoveri, degli accessi in Pronto Soccorso, della compliance al programma terapeutico a seguito dell'introduzione del modello organizzativo che si sperimenterà per il target di pazienti individuati
- ✓ Realizzazione di eventi formativi per supportare il processo riorganizzativo e di analisi dei risultati finali emersi dalla sperimentazione

#### **4.1. Setting e Professionisti coinvolti nella sperimentazione**

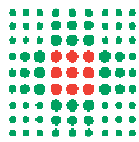
- ✓ Ambulatorio infermieristico del NCP, Dh Cardiologico
- ✓ Medici Medicina Generale, Medici Specialisti Cardiologi, Infermieri dell'internucleo di Imola, Infermieri del DH Cardiologico, Direzioni Tecniche Aziendali di riferimento, Staff Formazione

#### **4.2. Ruolo e competenze dell'Infermiere Care Manager**

L'Infermiere care manager, che acquisirà competenze specifiche per la gestione del paziente con scompenso cardiaco, è di estrema importanza per lo svolgimento delle seguenti attività:

- ✓ Educazione alla salute del paziente e dei familiari
- ✓ Misurazione dei parametri semplici per la monitorizzazione clinica del paziente
- ✓ Educazione all'autogestione della terapia diuretica e analisi dei relativi parametri di controllo (diuresi, peso, polso)
- ✓ La risoluzione di eventi minori in collaborazione con il personale medico
- ✓ L'aggiornamento dei data base e organizzazione degli appuntamenti per le visite e gli accertamenti diagnostici
- ✓ Il facilitare l'integrazione dei vari attori della rete territoriale
- ✓ L'informazione al paziente per facilitare gli accessi ai diversi servizi socio-sanitari
- ✓ L'applicazione di un modello concettuale di riferimento che funga da guida al pensiero e alla pratica assistenziale (L. J. Carpenito).





### 4.3. Fasi di attuazione della sperimentazione

Costituzione del Comitato Tecnico Scientifico di Area Vasta con lo scopo di realizzare momenti di consolidamento e monitoraggio degli aspetti scientifico organizzativi della sperimentazione che si realizzerà nelle Aziende Sperimentanti dell'Area Vasta Centro

Costituzione di un gruppo di coordinamento Aziendale che avrà il compito di realizzare la sperimentazione in Azienda e garantire il raccordo con il Comitato Tecnico Scientifico di Area Vasta

Analisi e predisposizione del percorso clinico-assistenziale in ragione delle indicazioni delle linee guida aziendali

Realizzazione in collaborazione con lo Staff Formazione, degli eventi formativi necessari all'implementazione del modello organizzativo (formazione specifica sul Percorso Diagnostico e Terapeutico del paziente con scompeso al fine di conoscere i percorsi territoriali e permettere l'acquisizione di competenze distintive per la gestione del paziente sul territorio)

Individuazione dei pazienti assistiti da coinvolgere nella sperimentazione, acquisizione del consenso all'arruolamento e coinvolgimento del paziente nella sperimentazione

Avvio sperimentazione del modello con presa in carico dei casi reclutati mediante valutazione clinico-assistenziale iniziale, predisposizione del piano di monitoraggio, attuazione degli interventi e follow-up del paziente da parte dei diversi soggetti e nei tempi predisposti dal piano di monitoraggio.

Realizzazione dell'indagine sulla fiducia da parte dei pazienti reclutati nella sperimentazione e dei professionisti sul nuovo percorso di presa in carico nei diversi momenti di implementazione del modello (tempo zero, 12 mesi 18 mesi dall'avvio della sperimentazione)

Realizzazione dello studio prospettico osservazionale sull'andamento dei re-ricoveri, gli accessi in Pronto Soccorso dei pazienti in sperimentazione

Realizzazione di Seminario alla fine dello studio per la condivisione e la validazione dei risultati ottenuti

## 5. Descrizione dei percorsi clinico-assistenziali

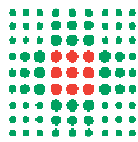
Prima dell'ingresso del paziente nel programma di presa in carico per lo scompeso cardiaco, sono previste alcune fasi, come descritte nella metodologia del progetto di sperimentazione, volte a inquadrare l'assistito e indirizzarlo al percorso più idoneo rispetto alle condizioni cliniche che presenta. Queste fasi preliminari sono state identificate sulla base della letteratura scientifica, della formazione specifica e delle LL.GG. condivise a livello Aziendale.

### 5.1. Stadiazione del paziente

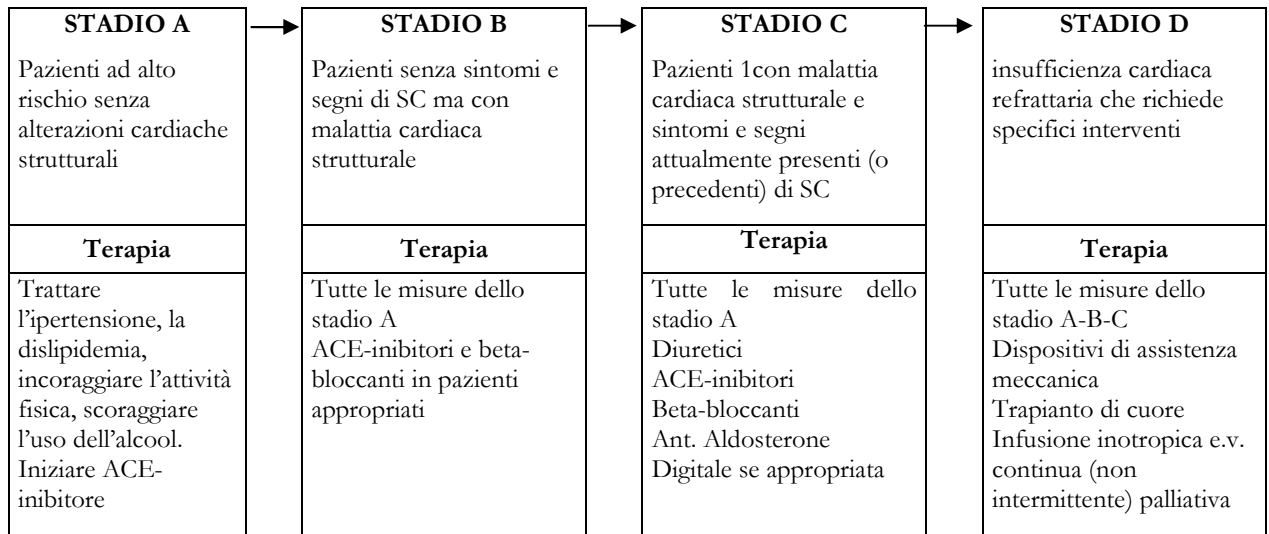
La classificazione per stadi della ACC/AHA permette di sottolineare la progressione della patologia di insufficienza cardiaca, non sostituisce la classe NIA, ma è ad essa complementare. Questa classificazione costituisce un metodo chiaro ed oggettivo per la valutazione del rischio e consente di identificare in modo chiaro i relativi trattamenti specifici.

Sono stati identificati 4 stadi secondo ordine di severità, lo stadio A e B non indicano chiaramente uno scompeso cardiaco, ma identificano la persona a rischio di sviluppare la patologia; lo stadio C individua i pazienti sintomatici con malattia cardiaca e lo stadio D pazienti con insufficienza cardiaca refrattaria ai trattamenti.





I riferimenti documentali sono contenuti all'interno del Percorso diagnostico terapeutico per lo scompenso cardiaco elaborato dal gruppo professionale di riferimento per il Governo Clinico nel mese di giugno 2008 (Allegato1) .



## 5.2. Validazione e arruolamento

Il reclutamento degli assistiti si realizza attraverso lo specialista Cardiologo per i pazienti con nuova diagnosi e da parte del MMG per i pazienti con diagnosi conosciuta. Infatti i pazienti provenienti da una dimissione ospedaliera dall'U.O. di Cardiologia, dopo evento acuto, sono dotati di diagnosi clinica accertata, pertanto il MMG valida l'arruolamento del paziente nel programma NOA, inserendolo nel percorso dello stadio di appartenenza (B, C o D). I pazienti di stadio A, essendo in una fase molto precoce di malattia non richiedono la presa in carico sanitaria ma sono oggetto dei programmi di prevenzione generali per la popolazione.

Per i pazienti dimessi, dopo evento acuto, da altre U.O. di degenza dell'AUSL o extraterritoriali può essere necessario provvedere ad una validazione della diagnosi che il MMG procederà ad effettuare in prima persona o richiedendo una visita Cardiologica allo specialista, il quale, a sua volta, valuterà la necessità di completare l'iter diagnostico avvalendosi di ulteriori indagini.

Nell'espletamento dell'attività istituzionale il MMG può rilevare l'insorgenza della patologia cardiaca e formulare in prima persona la diagnosi e stadiazione dello scompenso cardiaco: può avvalersi della consulenza dello specialista se ne ravvisa la necessità.

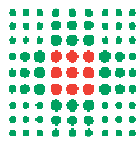
Il MMG prescrive su ricettario ministeriale il programma di presa in carico NOA, predispone la scheda aggiornata della terapia farmacologica da trasmettere all'Infermiere. Inoltre provvede alla somministrazione del questionario sulla qualità percepita del Servizio.

## 5.3. Valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale si caratterizza per un esame dell'assistito svolto in modo integrato da più professionisti i quali apportano, ciascuno per le proprie competenze, un valore aggiunto all'inquadramento della persona in maniera olistica.







L'organizzazione della valutazione multidimensionale è affidata all'Infermiere Care Manager in collaborazione col Medico di Medicina Generale, che pianificano il primo contatto presso l'Ambulatorio Scompensato Territoriale o presso l'Ambulatorio del M.M.G. stesso (eventualmente riunendo più assistiti). In questo primo incontro il MMG presenta il percorso al paziente e il ruolo del care manager, al quale l'assistito verrà affidato per la presa in carico della sua problematica. Più precisamente viene sottolineato il ruolo dell'infermiere come facilitatore del percorso e interfaccia fra i diversi professionisti: al paziente si dovrà far comprendere che sarà questa figura lo contatterà per gli appuntamenti e farà da tramite con il MMG e lo specialista.

Successivamente l'infermiere esegue un accertamento completo sull'assistito, effettuando una raccolta dati sui modelli funzionali di salute, indagando gli stili di vita (vedi scheda di raccolta dati sui modelli funzionali di salute nell'allegato 2 "Cartella Assistenziale") e il bisogno di educazione terapeutica. Valuta il paziente con peculiare attenzione alla presenza di segni e sintomi di alterazioni cardio-circolatorie, anche in fase precoce. Pone particolare cura nella rilevazione dei parametri vitali specificatamente indicativi come PA, FC, SO<sub>2</sub>, peso corporeo.

Gli elementi oggetto di valutazione da parte del MMG sono i seguenti: esame obiettivo (con accurata ispezione delle caviglie, addome, torace, giugulari e auscultazione cardiaca), esami clinici, stili di vita e terapia farmacologica in corso.

In questa fase lo specialista Cardiologo funge da consulente per supportare il MMG nella lettura delle condizioni patologiche e, in presenza di variazioni delle condizioni stesse, all'attribuzione dello stadio clinico più appropriato.

#### **5.4. Flow-chart dei Percorsi Clinico Assistenziali**

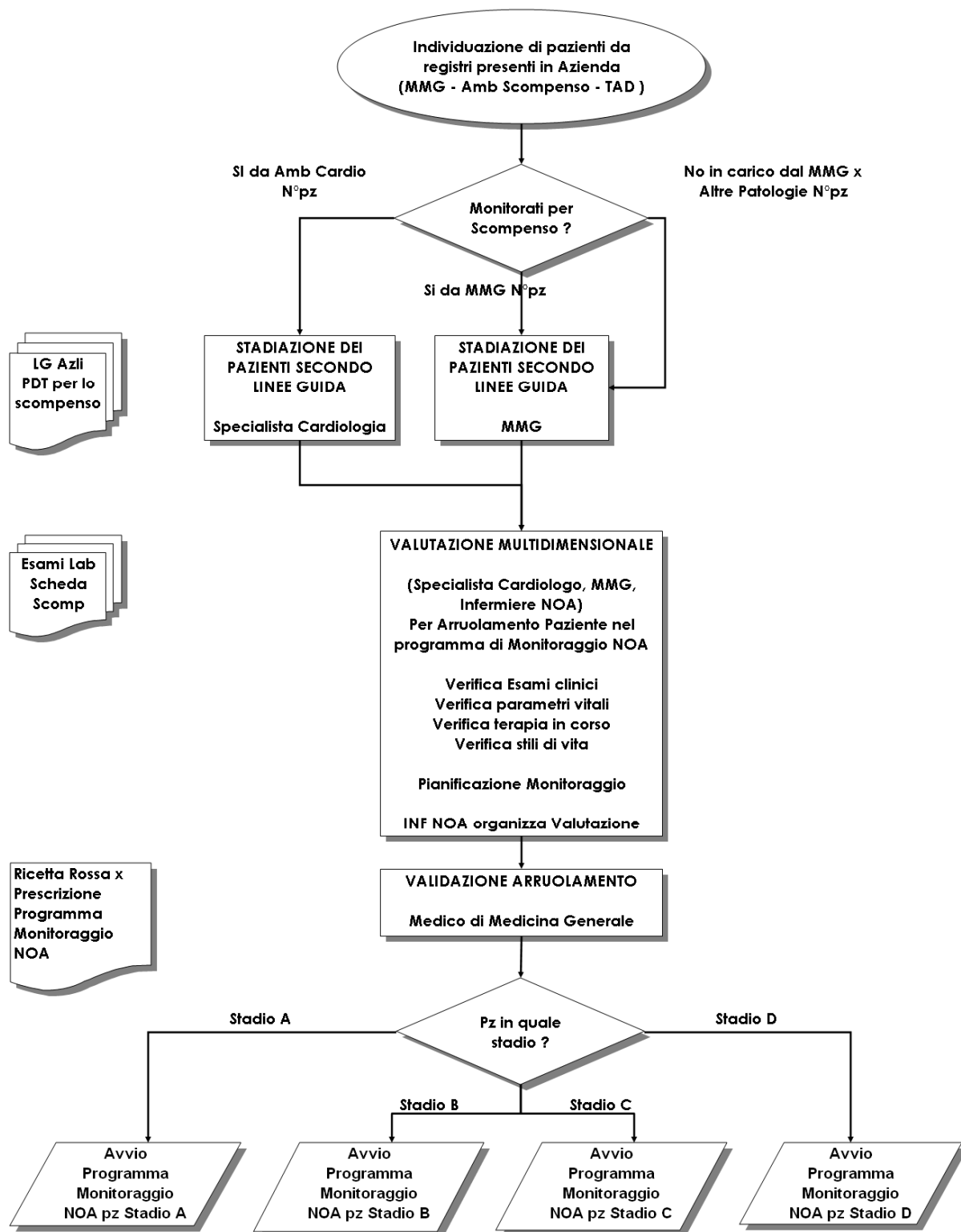
Di seguito si riportano i diagrammi di flusso relativi a:

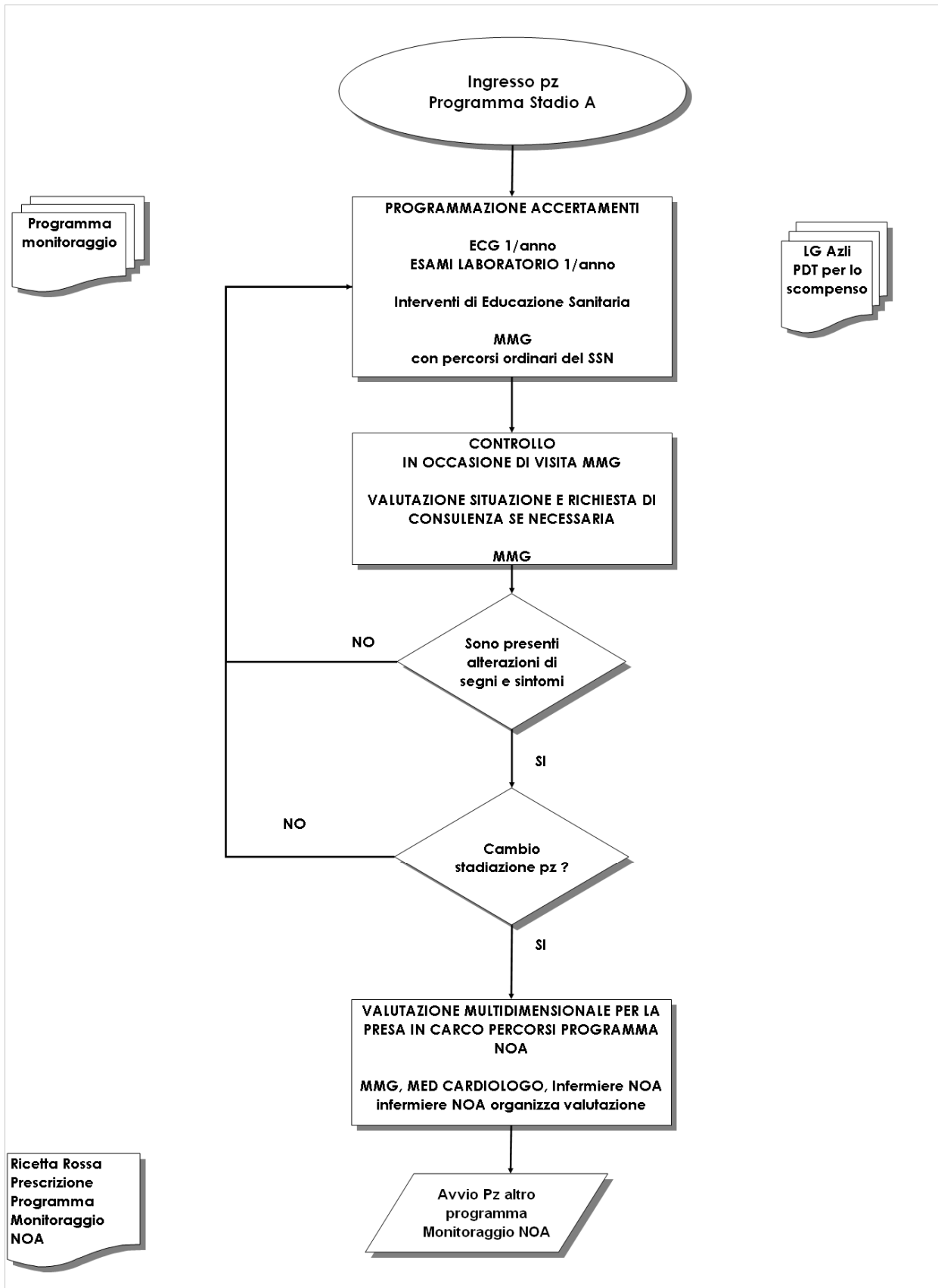
- ✓ Percorso generale sulla gestione territoriale del Paziente con scompenso cardiaco
- ✓ Percorso per la gestione territoriale del Paziente con scompenso cardiaco di stadio A
- ✓ Percorso per la gestione territoriale del Paziente con scompenso cardiaco di stadio B
- ✓ Percorso per la gestione territoriale del Paziente con scompenso cardiaco di stadio C

Non viene descritto il percorso per la gestione territoriale del paziente con scompenso cardiaco di stadio D in quanto gli assistiti, in virtù delle condizioni cliniche instabili, sono presi in carico dall'Ambulatorio scompenso ospedaliero.

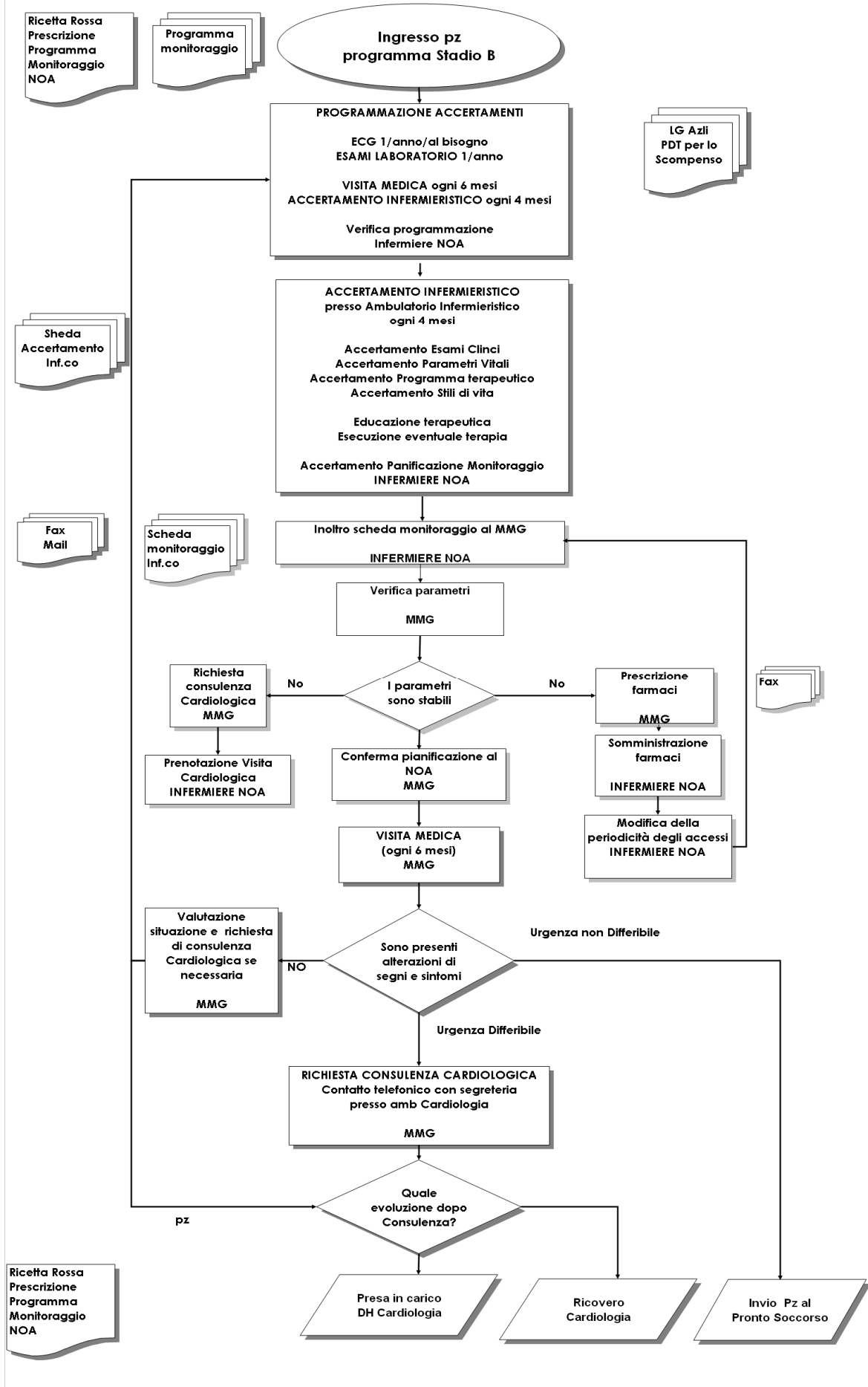


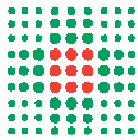
# PERCORSO GESTIONE TERRITORIALE PZ CON SCOMPENSO CARDIACO



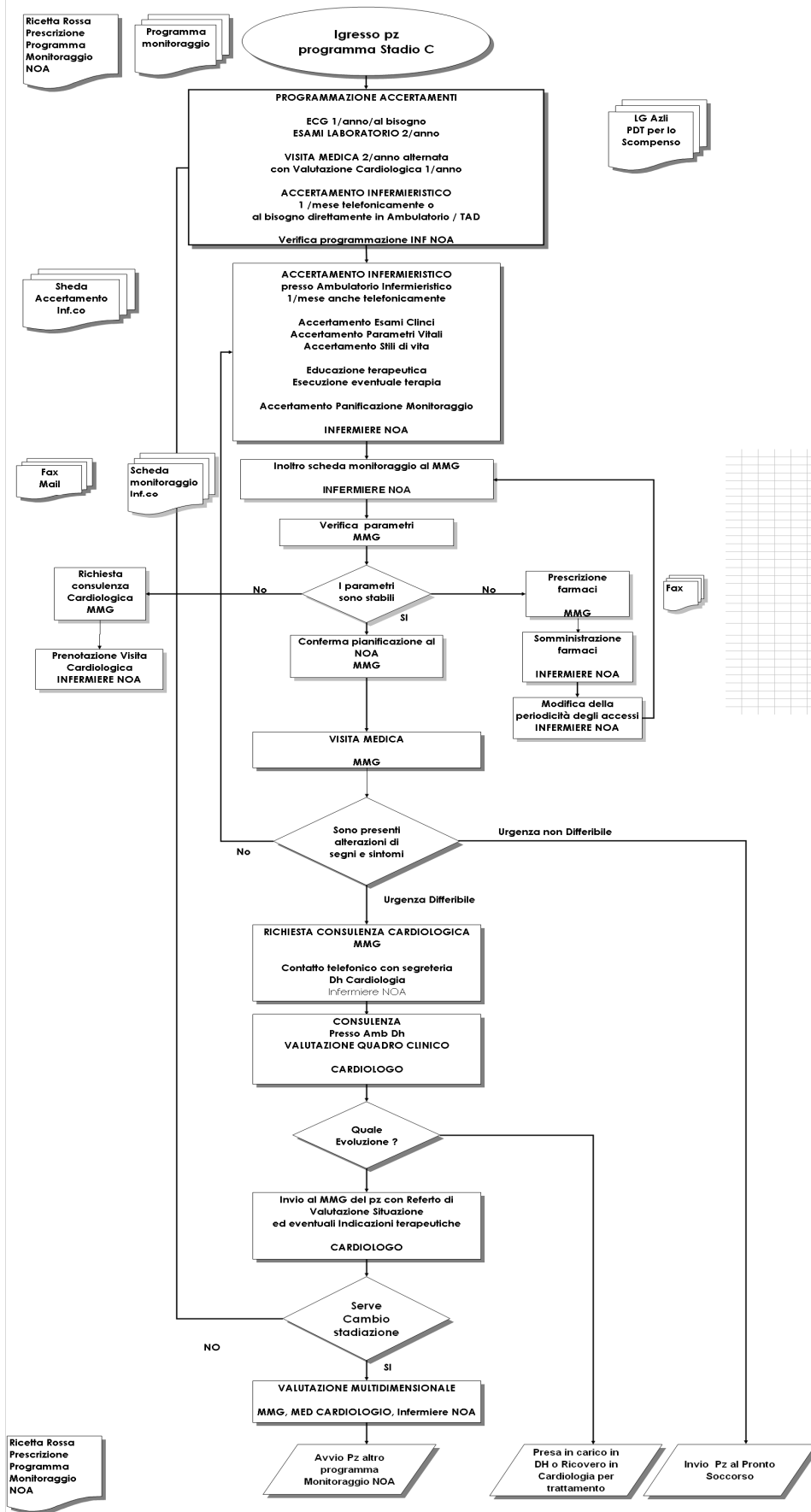


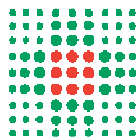
**PERCORSO GESTIONE TERRITORIALE PZ CON SCOMPENSO CARDIACO STADIO B**





**PERCORSO GESTIONE TERRITORIALE PZ CON SCOMPENSO CARDIACO STADIO C**





## 5.5. Ingresso del paziente nel percorso NOA scompenso

Di seguito si riporta una descrizione delle attività comuni ai percorsi per i pazienti di stadio B e C, mettendo in rilievo (carattere grassetto) le differenze di comportamento da attuarsi nella pianificazione dei controlli e nel monitoraggio dell'evoluzione del percorso.

La descrizione delle attività generali del percorso territoriale è stata esplicitata nei paragrafi precedenti che trattano le fasi preliminari all'accesso del paziente al percorso specifico in base allo stadio.

### 5.5.1. Programmazione Accertamenti

L'Infermiere Care Manager provvede a programmare gli accertamenti in base alla stadiazione del Paziente come da Linee Guida e PDT aziendali:

#### **Stadio B:**

ECG ed esami di laboratorio 1 volta all'anno. Il MMG visita il paziente ogni 6 mesi, l'infermiere effettua un monitoraggio ogni 4 mesi (anche telefonicamente).

#### **Stadio C:**

ECG ed esami di laboratorio 2 volte all'anno. Il paziente viene sottoposto a visita medica 2 volte all'anno, 1 dal MMG e l'altra dal Cardiologo. L'infermiere effettua un monitoraggio mensile o al bisogno (anche telefonicamente), Il paziente nel trimestre deve effettuare almeno un accesso presso l'ambulatorio scompenso territoriale.

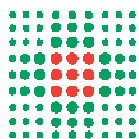
Per un'ottimale integrazione dell'attività dei clinici è importante la predisposizione di una strumentazione e rete telematica per la trasmissione dei tracciati elettrocardiografici dall'Ambulatorio Scompenso alla U.O. di Cardiologica. Tale metodologia consente anche di disporre in tempi brevi della relativa refertazione.

**Il Profilo esami di laboratorio indicati per il paziente con scompenso cardiaco di nuova insorgenza e da eseguire 1 volta/anno** per i pazienti con scompenso cardiaco cronico, è il seguente: Emocromo con formula, Acido urico, Ormoni tiroidei (TSH), Colesterolo tot. + HDL, Trigliceridi, Microalbuminuria, Esame urina, CPK, AST-ALT, Bilirubina totale, Glicemia+ emoglobina glicata, Azotemia, Creatinina, Sodio, Potassio e Calcio, Digossinemia (se in terapia cronica con digitale).

**Il Profilo esami di laboratorio indicati per il paziente con scompenso cardiaco da effettuare ogni 4 mesi** (in alternanza con il profilo precedente più completo, per un totale indicativo di 2 controlli annui salvo diversa indicazione): Emocromo con formula, Azotemia, Creatinina, Sodio, Potassio e Calcio.

Nella scheda di monitoraggio l'Infermiere segnala al MMG la proposta di esecuzione delle indagini previste da percorso, in base alla relativa tempistica indicata, e provvede, appena avuta la validazione del MMG a **pianificare l'esecuzione degli accertamenti**. In caso di richiesta di **consulenza cardiologica** l'infermiere provvede a prenotare la visita contattando direttamente il Servizio di Cardiologia e comunicando al paziente data e ora dell'appuntamento.





### 5.5.2. Accertamento Infermieristico

L'infermiere effettua un primo accertamento infermieristico secondo il modello concettuale di L. J. Carpenito e riporta i dati nella cartella assistenziale cartacea (Allegato n° 2.) depositata all'interno dell'Ambulatorio Scompenso. La situazione ottimale prevede l'utilizzo di un applicativo idoneo come supporto informatico, l'applicativo consente la messa a disposizione di tutti i professionisti i dati raccolti sull'assistito e le relative comunicazioni e annotazioni.

L'infermiere identifica le diagnosi infermieristiche in base ai problemi assistenziali della persona e provvede alla pianificazione degli interventi. In questa fase vengono definiti gli obiettivi assistenziali condivisi con il paziente e i familiari di riferimento, compreso gli obiettivi educativi che rivestono una valenza particolare per la patologia cardiaca.

Il monitoraggio periodico viene effettuato attraverso uno strumento elaborato congiuntamente con i Clinici (Allegato n°3 **Scheda di Monitoraggio**), che riporta i parametri di controllo e lo stato di avanzamento della diagnostica (comprensiva di eventuali appuntamenti presso l'ambulatorio cardiologico). Inoltre vengono riportati in sintesi dall'infermiere i principali obiettivi prefissati, in modo che vi sia la possibilità di visualizzare, da parte di tutti i curanti, con immediatezza, il grado di raggiungimento.

### 5.6. Evoluzione del percorso

La Scheda di Monitoraggio viene inoltra tramite fax o mail al MMG.

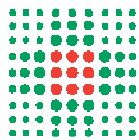
Il MMG verificati i parametri, valuta se il paziente potrà proseguire il percorso presso l'ambulatorio scompenso territoriale; l'infermiere del NOA, in base alle valutazioni del MMG, settimanalmente contatta l'ambulatorio di Cardiologia per comunicare i nominativi dei pazienti presi in carico a livello territoriale (da togliere dall'agenda della Cardiologia) e per richiedere gli appuntamenti per i pazienti che necessitano di una valutazione specialistica da parte del Cardiologo. Nella richiesta il MMG indicherà la necessità di effettuare ECG e visita cardiologica.

Il MMG, visti i parametri, può ravvedere la necessità di prescrivere un trattamento farmacologico: in questo caso la prescrizione verrà inoltrata tramite fax all'infermiere che provvederà alla somministrazione e alla pianificazione di ulteriori accessi per monitorare le condizioni/parametri del Paziente.

Se il paziente presenta segni e sintomi di alterazioni cardiologiche il MMG valuta se l'urgenza è differibile o meno: in caso di urgenza non differibile indirizza il paziente al Pronto Soccorso, in caso di urgenza differibile è il MMG che contatta telefonicamente la segreteria della Cardiologica per una consulenza cardiologica urgente.

In base all'evoluzione delle condizioni del paziente il Cardiologo comunicherà al MMG la valutazione effettuata e la necessità di mantenere o modificare il percorso del paziente. Anche in caso di ricovero ospedaliero o di eventuale aggravamento della patologia (passaggio allo stadio successivo) il Cardiologo è tenuto ad informare il MMG delle condizioni cliniche del suo assistito. Sarà cura del MMG informare l'Infermiere dell'evoluzione della patologia.





## 6. Bibliografia

---

- A. Quaderni del Ministero della Salute n. 1, gennaio-febbraio 2010 “Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell’assistenza alle malattie del sistema cardiovascolare”
- B. Robert Mechanic, Will Care Management Improve the Value of U.S. Health Care? Background Paper for the 11th Annual Princeton Conference May 20 – 21, 2004
- C. Victoria J. Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts, Dareiene Ravensdale, Sandy Salivaras, The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from population Health promotion and the Chronic Care model.
- D. N. Zwar, M. Harris, R. Griffiths, M. Roland, S. Dennis, G. Powell Davies, I. Hasan, Australian Primary Health Care research institute the university of new south wales school of public health and community medicine aphcri stream four: a systematic review of chronic disease management September 2006
- E. Chiu w. K, Newcomer R A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcome for the elderly DARE12008009217 02/09/2009

## 7. Allegati:

---

- A. Percorso diagnostico terapeutico per lo scompenso cardiaco elaborato dal gruppo professionale di riferimento per il Governo Clinico nel mese di giugno 2008.
- B. Cartella Assistenziale
- C. Scheda di monitoraggio periodico

