

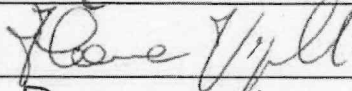
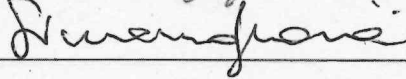
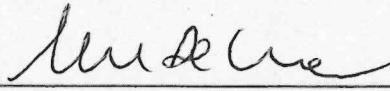
 <b>ASL VITERBO</b>	<b>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 1 a 26



<b>ASL VITERBO</b> <b>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE</b> <b>FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</b> <b>MANUALE OPERATIVO PER LE STRUTTURE INTERMEDIE (M.O.S.I.)</b>
--

ELENCO EDIZIONI/REVISIONI			
		Edizione 1	Data 03/03/2026
Revisione	Data	Edizione	
Revisione	Data	Edizione	
<input checked="" type="checkbox"/> Copia controllata (soggetta ad aggiornamento almeno triennale)			
Razionale e descrizione revisioni successive			
Revisione 1			

ELENCO EMISSIONE/APPROVAZIONE	
<b>Redatto</b> Supporto metodologico e coaching dei percorsi aziendali Gruppo di redazione esito del PFA	
<b>Valutata da</b> Direttore Dipartimento Funzione Territoriale Dr. Cimarello Giuseppe Direttore Distretto A Dr. Mattozzi Ivano Direttore Distretto B Dr. Biancalana Giovanni Direttore Distretto C ff Dr. Biancalana Giovanni Direttore UOC GoPS Dr. Riccardi Roberto	
<b>Verificata da</b> Risk manager – Dr.ssa Verginelli Flavia	
<b>Verificata da</b> RQA	
<b>Approvata</b> Direttrice Sanitaria Aziendale Dr.ssa Assunta De Luca	

DISTRIBUZIONE	
Distribuito in forma	<input type="checkbox"/> cartacea <input checked="" type="checkbox"/> informatica
Distribuzione interna	Dipartimento Funzione territoriale a tutte le articolazioni organizzative interessate Direttore GoPS a tutti i coordinatori infermieristici e agli IF interessati
Distribuzione esterna	Non prevista
Lista di distribuzione	Direttori di Distretto Direttore GoPS

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 2 a 26



## INDICE

1	OGGETTO	PAG.	3
2	PREMESSA E RAZIONALE	PAG.	3
3	SCOPO E OBIETTIVI	PAG.	3
4	AMBITI DI ATTIVITA' E ATTORI COINVOLTI	PAG.	3
5	TARGET	PAG.	4
6	IL PERCORSO DI PRESA IN CARICO E LA GESTIONE DEL BISOGNO	PAG.	5
7	IL PROGETTO INDIVIDUALE DI SALUTE	PAG.	5
8	METODI E STRUMENTI	PAG.	6
9	LE TRE FASI DEL PROCESSO	PAG.	7
10	CONCLUSIONI	PAG.	7
11	CODIFICA E REVISIONE DEL MANUALE	PAG.	7
	PRINCIPALE NORMATIVA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	PAG.	59
	P.O. 01/26 - GESTIONE DELLA FASE DI ACCOGLIENZA, CONTACT ASSESSMENT E TRIAGE TERRITORIALE	PAG.	8
	P.O. 02/26 - AMBULATORIO DELL'ASSISTENZA DI PROSSIMITA'	PAG.	11
	P.O. 03/26 - GESTIONE DEI PERCORSI AMBULATORIALI SEMPLICI E COMPLESSI	PAG.	14
	P.O. 04/26 - EQUIPE MULTIDISCIPLINARE	PAG.	17
	I.O. 01/26 - P.O. 04/26 APPLICAZIONE DEL MODELLO DI AUTOCURA, EDUCAZIONE AL CAREGIVER E RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA		20
	I.O. 02/26 - P.O. 04/26 - RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA		25
	I.O. 03/26 - P.O. 04/26 - AUTOMONITORAGGIO		27
	P.O. 05/26 - IL GLOSSARIO DELLA PARTECIPAZIONE E CO-PRODUZIONE E LA MAPPA DELLE OPPORTUNITA'	PAG.	28
	P.O. 06/26 - PARTECIPAZIONE ATTIVA DELLA PERSONA AL PROGETTO DI CURA, COMUNICAZIONE E UMANIZZAZIONE DELLE CURE	PAG.	30
	I.O. 01/26 - P.O. 06/26 - COMUNICAZIONE TRASPARENTE DEGLI EVENTI AVVERSI		37
	P.O. 07/26 - TELEMEDICINA E DIGITALIZZAZIONE DEI PROCESSI	PAG.	39
	I.O. N. 1/26 - P.O. 07/26 - APPLICATIVI IN USO E CARTELLA ASSISTITO		44
	P.O. 08/26 - DOTAZIONE DIAGNOSTICA E VALUTAZIONE HTA	PAG.	50
	P.O. 09/26 - GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELL'AMBITO DELLE CASE DI COMUNITA'	PAG.	53

## ALLEGATI

REGISTRO GIORNALIERO ACCESSI  
 CARTELLA INTEGRATA MEDICO INFERMIERISTICA (CON CONSENSO E SCHEDA CAREGIVER)  
 SCALE TERAPIA DEL DOLORE  
 MODULISTICA CONTACT ASSESSMENT  
 MODULI ATTIVAZIONE SERVIZI  
 PROGETTO INDIVIDUALE DI SALUTE E SCHEDE AUTOCURA INDICAZIONI CAREGIVER  
 SCHEDA APPRENDIMENTO ASSISTITO/CAREGIVER  
 TUTORIAL CARE GIVER TELEVISITA  
 MANUALI D'USO PER DRUG-PIN E PER LA SMART DIGITAL CLINIC  
 SCHEDA INCIDENT REPORTING

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>Edizione 1 del 03/03/2026</p>	<p>MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE</p>	<p>Pag. 3 a 26</p>

## 1. Oggetto

Il presente documento descrive le azioni da porre in essere al fine di rendere concreta la presa in carico complessiva degli assistiti che afferiscono alla Casa della Comunità. Quanto descritto potrà poi essere dettagliato in specifiche istruzioni operative collegate a specifici percorsi integrati di cura (PPDTA) o sulla base di nuove attività che vengano incrementate all'interno delle strutture o dell'azienda.

## 2. Premessa e razionale

L'Azienda Sanitaria Locale con l'istituzione delle CdC attiva una rete capillare di servizi di prossimità con una nuova modalità integrata e multidisciplinare di presa in carico in cui tutti i professionisti hanno la mission comune di progettare e erogare interventi con la partecipazione attiva della comunità locale nelle sue varie forme: associazioni di cittadini, pazienti, caregiver, volontariato.

Al fine di facilitare il cambiamento culturale in atto si propone un modello di riferimento per gli interventi da attuare nella CdC e per il processo di presa in carico degli assistiti.

All'interno della CdC si sviluppano dei processi orizzontali di gestione del bisogno, le aree sono fortemente integrate tra loro e rispondono in maniera complementare e sinergica al bisogno complessivo di salute della persona, anche se non manifesto e dove la risposta non è gestibile in loco l'assistito entra in una rete distrettuale o aziendale di intervento che lo guida sulla base della complessità clinica e assistenziale rappresentata al luogo più consono alla risposta in termini di qualità e sicurezza delle cure.

## 3. Scopo e obiettivi

Offrire assistenza sanitaria di prossimità agli assistiti che risponda ai bisogni di salute non urgenti, coordinando gli interventi in modo efficiente e rapido e rendendo concreta l'integrazione ospedale-territorio e quella tra servizi sociosanitari e socioassistenziali.

Gli obiettivi sono quelli di garantire:

- intercettare e riconoscere precoce delle condizioni di rischio e dei problemi di salute
- garantire proattività, continuità e unitarietà nel percorso di cura
- assicurare equità nell'accesso alle prestazioni e umanizzazione delle cure
- assicurare sicurezza e qualità delle cure
- assicurare partecipazione attiva della persona al Progetto di Salute

Tra i risultati attesi:

- ridurre il numero delle ospedalizzazioni
- favorire la casa come primo luogo di cura
- evitare frammentazioni e abbandono degli assistiti del percorso di cura
- ridurre la mancata aderenza terapeutica

## 4. Ambiti di attività e attori coinvolti



Gli ambiti di attività prevedono tre livelli:

- un **ambito proprio della CdC** generato da un sistema di relazione interne tra le diverse aree presenti: assistenza di prossimità, cure primarie, specialistica ambulatoriale e diagnostica di base, realizzando un rapporto diretto da servizio a servizio e ponendo il paziente all'interno di una dimensione organizzativamente e operativamente protetta
- un **ambito esterno alla CdC** che si realizza attraverso l'integrazione con: le reti cliniche, le strutture per acuti e strutture residenziali territoriali, il dipartimento di prevenzione, la rete consultoriale, il DSM-DP e i servizi sociali degli enti locali per gestire in un'ottica di presa in carico globale e continuativa, sicurezza delle cure e multidisciplinarietà degli interventi
- un **ambito** che si rivolge all'intera **comunità** in cui si integrano gli stakeholders del terzo settore e qualsiasi altro attore sia necessario al fine di portare a conclusione la progettazione in essere.

Gli attori dei processi propri della Casa di Comunità sono:

- medico del ruolo unico (sia a ciclo di scelta che come continuità assistenziale)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 4 a 26

- infermieri e infermieri di famiglia e di comunità
- medico distrettuale
- specialisti ambulatoriali
- assistente sociale aziendale e assistente sociale dell'Ente Locale/degli EELL
- personale di supporto (amministrativo e socioassistenziale)
- altri professionisti quali operatori dell'area della riabilitazione, psicologi e farmacisti se coinvolti nel percorso di cura (in presenza o in collegamento funzionale) o in attività di supporto

Verranno poi coinvolti gli Enti del Terzo Settore formalizzato (associazioni rappresentative dei pazienti, di tutela dei diritti dei/le cittadini/e, di volontariato, associazioni coinvolte nell'erogazione dei servizi, associazioni che svolgono azione di advocacy) e organizzazioni comunitarie informali (pazienti, familiari e caregiver).

Tali figure si integreranno e opereranno in sinergia grazie all'azione di coordinamento operata dagli organismi preposti, ognuno per quanto di competenza, come indicati nel paragrafo seguente.

I livelli di intervento sono di seguito rappresentati.

**Tabella 1. Livelli di intervento**

Comunità	<p>La casa della salute può rappresentare un contesto adeguato per realizzare e accompagnare il cambiamento a livello della comunità locale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- catalizzare le energie della comunità verso il cambiamento attraverso l'attuazione di alcune iniziative di prevenzione da realizzare nell'ambito del PAP (progetti di comunità), rivolti all'intera comunità locale o a specifici setting (scuole, centri anziani, luoghi di lavoro) o a particolari fasce d'età,</li> <li>- strutturare interventi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione omogenei per fattori di rischio e/o patologia e/o condizioni di fragilità e/o hard to reach (intervento motivazionale breve, screening, profilassi, vaccinazioni, sorveglianza).</li> </ul>
Famiglia	<p>Rilevazione dei fattori di rischio espressi dal contesto familiare sia intesi come stili di vita (alimentazione, consumo di alcolici) sia intesi come familiarità per le malattie croniche. In questo caso le azioni di prevenzione vertono sull'intervento motivazionale breve, su screening mirati in base alla fascia d'età (ad esempio assetto lipidico se familiarità) e sulla somministrazione di test/questionari/scale per la valutazione del rischio (ad esempio Tuomilehto). Le azioni variano in base all'età del componente della famiglia e in base al ruolo all'interno della stessa (ad esempio chi si occupa dei pasti).</p> <p>Altre attività di prevenzione nel contesto familiare in presenza di un malato cronico e/o fragile sono inerenti le azioni di supporto al piano di cura (eliminazione dei rischi in ambito domestico, ad esempio prevenzione delle cadute, gestione della terapia e della dieta, sorveglianza in particolari eventi stagionali, come ondate di calore o influenza).</p>
Singolo individuo	<p>Persona in salute rilevazione dei fattori di rischio intesi come stili di vita, come familiarità per le malattie croniche, come rischi legati alla professione svolta. Gli interventi sono quelli già indicati sopra.</p> <p>Persona affetta da cronicità (ridurre le complicanze e le disabilità collegate alla malattia) attraverso il counselling motivazionale, la promozione dell'autocura, l'educazione terapeutica e comportamentale, la sorveglianza attiva anche attraverso programmi di teleassistenza e telecontrollo.</p>

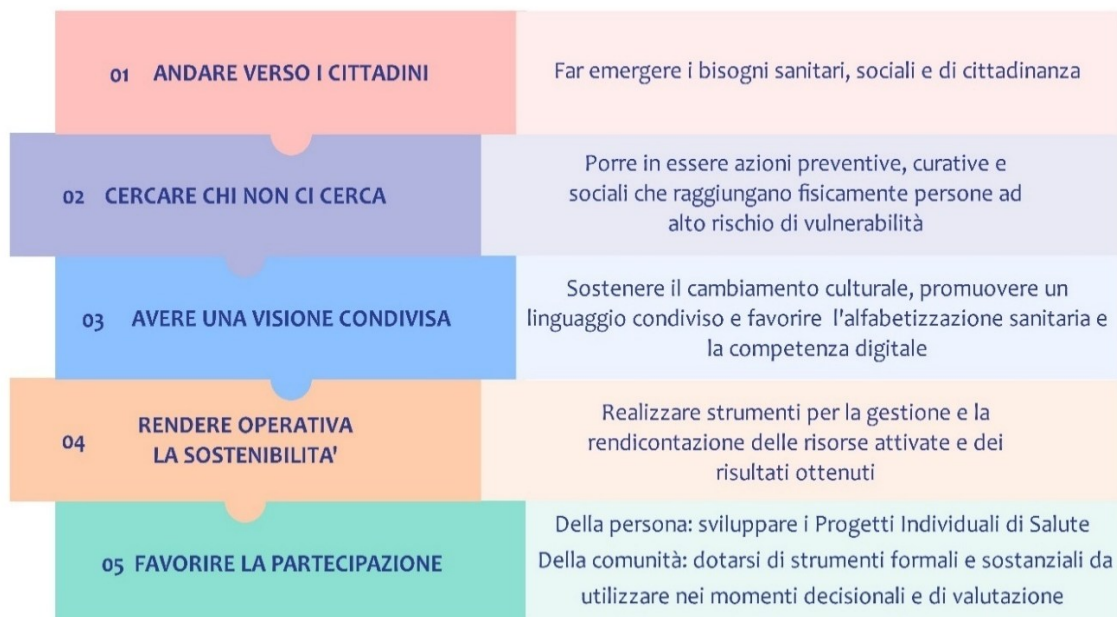
## 5. Target

Lo scopo principale della Casa della Comunità, secondo i principi del DM 77/22, risulta quello di offrire, in maniera proattiva, assistenza sanitaria e socio sanitaria di prossimità a tutti gli assistiti, assicurando il servizio:

- alla popolazione con cronicità e/o fragilità
- alla popolazione sana per interventi di promozione della salute e prevenzione
- alla popolazione con bisogni di salute occasionali
- alla comunità per interventi di salute pubblica.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

**Immagine 1. Il vademecum del team di cura della Casa della Comunità**



**6. Il percorso di presa in carico e la gestione del bisogno**

Il processo di presa in carico e gestione del bisogno si articola in diverse fasi:

- Accoglienza, assessment e segnalazione
- Triage territoriale per la stratificazione del rischio e l'approccio proattivo
- Valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata
- Attuazione e monitoraggio degli interventi

I primi due momenti possono essere compensativi o alternativi l'uno dell'altro e i successivi si attivano in accordo con l'equipe di cura.

L'accesso può avvenire:

- spontaneamente
- su invio del medico curante o di altro specialista
- su invio del 116117
- su invio delle COT
- su invio del medico dimettente

**7. Il progetto di salute della persona e della comunità**

Il Progetto Individuale di Salute è il filo conduttore della storia della malattia della persona che tiene conto nella definizione del percorso di cura sia delle evidenze scientifiche, che dei fattori genomici e metabolomici della persona ma anche della sua narrazione della malattia, rendendo la persona parte del processo.

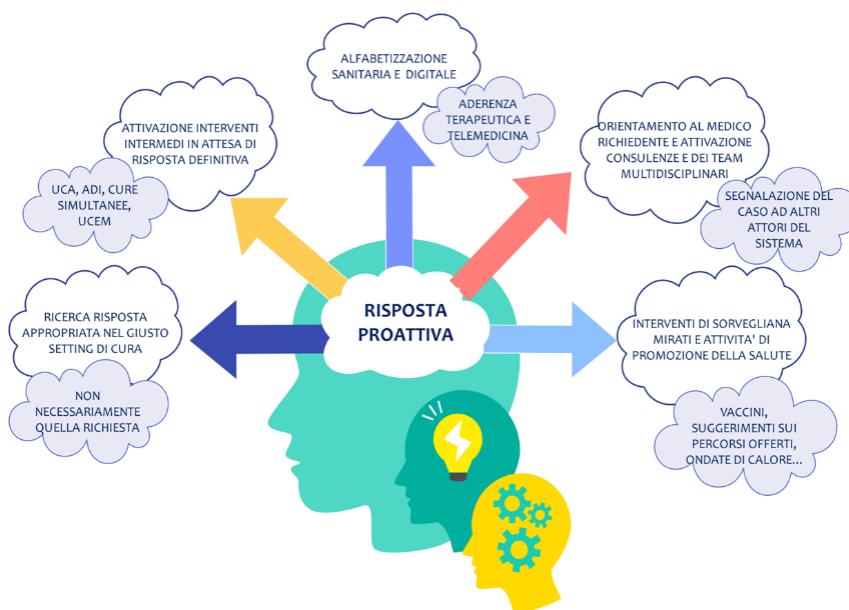
Il Progetto di Salute di Comunità, attraverso la raccolta delle informazioni, il dialogo fra le professioni integrate e la comunità e gli utenti, propone la

- progettazione di interventi di alfabetizzazione sanitaria, sensibilizzazione e orientamento
- progetti di screening e stratificazione del rischio
- riprogettazione dei servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso un lavoro di coproduzione.

Tale approccio consente una valutazione di processo e di esito che si articola su due livelli:

1. quello della singola persona, con cui viene definito il Progetto di salute e i relativi interventi;
2. quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento.

**Immagine 2. Problem solving e pensiero proattivo**



## 8. Metodi e strumenti

È predisposta una cartella integrata per l'assistenza di prossimità, cartacea nelle more dell'attivazione della piattaforma Regionale, corredata delle schede di valutazione ritenute opportune per il caso da trattare.



Per la gestione dei PPDTA viene invece utilizzata la piattaforma Smart Digital Clinic.

Gli infermieri avranno un approccio strutturato per l'assistenza, con un processo a sei fasi, come modello si potrà fare riferimento al metodo GNNN (Modelli funzionali della Gordon, tassonomie NANDA, NOC e NIC).

Tra questi si citano, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Scheda di Health Literacy: scala composta da 5 items che consente di valutare il grado di alfabetizzazione sanitaria;
- Scala NRS (Numeric Pain Rating Scale): scala unidimensionale a 10 punti che valuta l'intensità del dolore nell'adulto, includendo anche condizioni di dolore cronico dovute a malattie reumatiche o altre scale per la valutazione del dolore quali la VAS;
- Scala Morisky MMAS-4 (Medication Adherence Scale) per valutare il livello di aderenza terapeutica nella versione;
- Barthel Index, scala ordinale costituita da 10 item per valutare il grado di svolgimento delle attività della vita quotidiana Activities of Daily Living (ADL) ovvero tutte le attività fondamentali che un individuo adulto riesce a compiere in autonomia e senza il bisogno di assistenza per sopravvivere e prendersi cura di sé;
- Charlson Comorbidity Index (CCI) o Indice di Comorbidità di Charlson. È una scala utile per classificare le "comorbidità" che potrebbero influire sul rischio di mortalità;
- Screening della fragilità (Clinical Frailty Scale - CFS) una scala liberamente tradotta in italiano per gentile concessione degli autori, che considera 7 items per valutare la fragilità del paziente. Nel 2020 la CFS è stata ulteriormente rivista (versione 2.0) con piccole modifiche chiarificatrici alle descrizioni dei livelli e alle etichette corrispondenti;
- Scala del Self-care nelle malattie croniche (Self-Care of Chronic Illness Inventory - SC-CII); è uno strumento composto da tre scale che riflettono la Middle Range Theory of Self-care of Chronic Illness. Misura il self-care dei pazienti affetti da malattie croniche. Le scale sono standardizzate da 0 a 100, con punteggi più alti che indicano un migliore self-care; il cut-off per "adeguato" self-care è un punteggio pari superiore a 70;
- Modello di valutazione e intervento Calgary Family Assessment Model (CFAM) e Calgary Family Intervention Model (CFIM), strumento di valutazione della famiglia per decidere gli interventi di assistenza necessari. Lo strumento si basa sul riconoscimento dell'unicità di ogni famiglia che possiede delle proprie forze specifiche;
- Sunfrail Scale;
- Patient Health Engagement (PHE) Scale;
- Mini Nutritional Assessment (MNA) o Scala Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 7 a 26

## 9. Le tre fasi del processo

La prima fase riguarda l'analisi dei bisogni espressi e latenti, inclusa la valutazione dell'alfabetizzazione sanitaria, degli stili di vita e dell'aderenza terapeutica.

La seconda fase riguarda la risposta che viene erogata in termini di servizi, percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei molteplici ambiti di competenza, con un approccio trasversale ai bisogni (stratificazione), tenendo conto anche della dimensione organizzativa e di EBP (reti cliniche e P-PDTA) e la dimensione personale dell'assistito (Progetto Individuale di Salute).

La terza fase riguarda il monitoraggio continuo e valutazione dei risultati.

## 10. Conclusioni

Il sistema sarà quindi finalizzato a:

1. assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce;
2. ottenere e mantenere nel tempo un buon controllo della malattia;
3. prevenire e curare le complicanze, le comorbidità e le disabilità;
4. garantire la qualità di vita, anche attraverso modelli di welfare di comunità;
5. ottimizzare l'uso delle risorse disponibili (economiche, umane, strutturali, organizzative).

Attraverso:

- promozione adozione di corretti stili di vita nella popolazione;
- adozione di interventi finalizzati alla diagnosi precoce delle patologie croniche e delle condizioni di rischio che le precedono;
- educazione al paziente ad al caregiver per una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura;
- adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità "ad alta complessità", della non-autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o di disagio o esclusione sociale;
- semplificazione delle procedure per facilitare l'accesso del paziente alle cure e stabilendo una integrazione efficace dei diversi livelli;
- realizzazione di sistemi informativi adeguati alla stratificazione dei bisogni di salute, la condivisione dei PRIS/PAI e monitorare le performance;
- ottimizzazione delle risorse idonee all'ottenimento dei risultati.

## 11. Codifica e revisione del manuale

Il presente manuale, considerata l'innovazione del modello e vista la fase di transizione che lo stesso implica è soggetto a revisione e aggiornamento almeno trimestralmente sulla base degli esiti nell'applicazione delle procedure contenute e sulla base della definizione di I.O. dettagliate per alcuni processi specifici.

Anche gli strumenti verranno testati e modificato secondo le necessità rilevate. Il gruppo di lavoro verrà individuato tra gli attori che operano nelle CdC.

Molte procedure qui riportate sono estratte da documenti aziendali vigenti e qui raccolte e riassunte fornire agli operatori uno strumento rapido alla consultazione e utile al fine di avere un quadro globale delle attività e delle funzioni svolte. Per approfondimenti si potranno consultare gli altri documenti presenti sull'albo pretorio o sulla sezione intranet dell'azienda,

### **CODIFICA DEL MANUALE**

- **M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) - P.O. n./anno**
- **M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) - P.O. n./anno -I.O. n./anno**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

<b>RETE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE</b>
<b>M.O.S.I. - P.O. 01/26</b>
<b>GESTIONE DELLA FASE DI ACCOGLIENZA, CONTACT ASSESSMENT E TRIAGE TERRITORIALE</b>

### Scopo

Intercettare tutti gli assistiti della CdC al fine di favorire l'adesione ai percorsi di promozione della salute, di prevenzione e di diagnosi e cura.

### Obiettivi

- Attuare correttamente le fasi di triage territoriale e di contact assessment
- Utilizzare le scale di valutazione per la corretta valutazione del rischio
- Individuare il livello di complessità clinico-assistenziale e rilevare anche i bisogni latenti

L'assistito può accedere alla struttura con diverse modalità e rappresentando diverse istanze che a loro volta definiscono una diversa attivazione del processo di presa in carico sulla base dell'area interessata dal primo contatto.

**Tabella 1. Modalità di accesso**

<b>Assistenza di prossimità</b>	L'assistito accede per	Dove
	a) Bisogni occasionali di natura sanitaria b) Necessità di un ciclo di prestazioni infermieristiche c) Necessità di presentare un'istanza, anche per interventi a domicilio e/o per bisogni di natura sociosanitaria d) Necessità di essere orientato su come accedere ai servizi o su quale tipo di istanza presentare	a) Ambulatorio medico h12/h24 e ambulatori infermieristico ad accesso libero b) Ambulatorio infermieristico programmato c) Sportello di front office PUA d) Sportello di front office PUA
	e) Presenta l'istanza telefonicamente f) L'istanza viene rappresentata dal MMG online g) La richiesta di intervento arriva dal 116117	L'istanza viene gestita come da procedure vigenti la COT D di riferimento dall'assistito e la COT A sono sempre a conoscenza dei processi di TC attivati
<b>Cure primarie</b>	L'assistito accede per rapporto fiduciario con il proprio MMG/PLS in forma singola o associata AFT o UCCP	Dove Studio MMG/PLS Studio AFT/UCCP
<b>Specialistica ambulatoriale e diagnostica base</b>	L'assistito accede per	Dove
	a) Prelievi o consegna campioni (prenotazione) b) Prime visite prenotate al CUP c) Visite di controllo programmate con centro di cura d) Percorsi interni di consulenza su richiesta del medico deputato all'assistenza di prossimità e) Percorsi interni di consulenza definiti dall'equipe multidisciplinare che gestisce il PRIS dell'assistito f) Indagini diagnostiche prenotate a CUP o su invito per screening g) Indagini diagnostiche su richiesta del medico deputato all'assistenza di prossimità o come follow up del PRIS	Centro prelievi Ambulatorio multispecialistico Servizi diagnostici

In ogni caso al primo accesso nella CdC tutti gli assistiti vengono presi in carico dell'IfcC presente che, attraverso una fase di triage territoriale può classificare la **complessità assistenziale** e l'**intensità di cura** nonché definire la tipologia di **intervento necessaria** (vedi tabella 2).

Successivamente con la fase di assessmet si definisce:

- il bisogno di salute emergente/prevalente
- i bisogni di salute secondari
- gli eventuali fattori di rischio
- il grado di health literacy della persona

L'IFeC utilizza strumenti validati, utili alla identificazione del bisogno sanitario e assistenziale in persone con fragilità, scarsa aderenza ai trattamenti terapeutici, scarso livello di engagement.

**Tabella 2.** Esiti della fase di triage e di accoglienza utili alla stratificazione del bisogno e definizione del PRIS



<b>PROGETTO INDIVIDUALE DI SALUTE</b>	Assistiti noti	Assistiti non noti	Con concomitanza di fragilità sociale	Con necessità di presa in carico presso il domicilio	<i>Definisce la tipologia di intervento</i>
Persone sane che accedono per disbrigo pratiche o controlli di routine					
Persone che hanno sintomi o problemi di salute occasionali					
Persone che hanno una patologia cronica in fase di compenso					
Persone che hanno una patologia cronica in fase di compenso con dei sintomi o problemi di salute occasionali					
Persone che hanno una patologia cronica in una fase di scompenso/riacutizzazione					
Persone che necessitano di cure simultanee o palliative					
<i>Definisce la complessità assistenziale e l'intensità di cura</i>					

Il data set minimo di informazioni nella fase di contact assessment è il seguente:

- dati anagrafici
- accertamento infermieristico
- minima anamnesi familiare e personale relativa a malattie croniche/infettive (eventuale stato vaccinale)
- ambiente di vita
- valutazione dei fattori di rischio mediante strumenti validati sulla base del rischio espresso e dei bisogni latenti
- se portatore di cronicità è importante valutare il livello di aderenza terapeutica e di alfabetizzazione sanitaria
- se necessario si procede con la rilevazione dei parametri vitali.

Le scale da utilizzare variano sulla base degli esiti del "trriage" diversificandosi sulla base del contesto in cui il contatto con l'IFeC si realizza e quindi su quello che è lo scopo prioritario della richiesta e degli esiti del data set minimo rilevato.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 10 a 26

## ACCESSO AL PUA

L'intercettazione dei casi può avvenire anche attraverso l'accesso al PUA che è il luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria. Il PUA con funzioni di front office è presente in ciascuna Casa della Comunità, hub e spoke, al fine di garantire a tutti i cittadini, comprese le persone con disabilità, l'accessibilità e la fruibilità dei servizi della rete integrata ospedale – territorio.

Nel PUA si procede con un contact assessment focalizzato sulla richiesta e sui bisogni socio-sanitari.

Qui si valuta se inviare la persona all'ambulatorio infermieristico e/o medico per un approfondimento della situazione e attivare così subito i percorsi di presa in carico e se necessario erogare le prestazioni necessarie sul momento.

Si possono inviare in ambulatorio infermieristico anche i caregiver se si rileva il bisogno di educazione al disease management.

Al momento le procedure e la modulistica rimangono quelle in vigore nei PUA aziendale con la distinzione tra PUA di primo (con attività amministrativa ridotta) e di secondo livello.

## ACCESSO AMBULATORIO MEDICO O INFERMIERISTICO

Qualora l'assistito acceda direttamente all'ambulatorio medico e/o infermieristico h12/h24 la fase di assessment riveste una connotazione particolare in quanto la priorità va al bisogno di salute emergente ma nell'approfondimento va tenuto conto delle altre condizioni di rischio o altre patologie di cui la persona è portatrice affinché, dopo la gestione del bisogno occasionale, segua un successivo momento di presa in carico che va al di là dell'erogazione della mera prestazione richiesta.

Il data set minimo rimane invariato e la parte variabile delle scale come sopra è relativa al bisogno rappresentato ed alle successive azioni di presa in carico che si vogliono attivare.

## ACCESSO AMBULATORIO SPECIALISTICO

In questo caso può essere un primo accesso quindi l'assistito:

- se portatore di patologia cronica verrà inserito in un percorso di cura e verrà aperta la cartella ambulatoriale informatizzata,
- se richiede una prestazione occasionale verrà inserito nei percorsi di prevenzione e promozione della salute.



Oppure può essere un assistito già noto che accede per controlli o per una variazione dello stato di salute.

In ogni caso anche gli assistiti che accedono per un percorso ambulatoriale vengono sottoposti a contact assessment e presi in carico.

## CONSENSO AGLI INTERVENTI PROATTIVI E ALLE ATTIVITA' DI TELEASSISTENZA

Se la persona dà il consenso ad entrare nella rete di interventi della CdC verrà informato sulle attività che possono interessarlo e per cui potrebbe essere contattato in maniera proattiva: informative sui percorsi di promozione e prevenzione e attività di teleassistenza come supporto nella gestione del percorso di cura.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>Edizione 1 del 03/03/2026</p>	<p>MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE</p>	<p>Pag. 11 a 26</p>

<b>RETE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE</b>
<b>M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) P.O. 02/26</b>
<b>AMBULATORIO DELL'ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ</b>

### Scopo

Contribuire alla continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata rispondendo a bisogni occasionali e contribuendo alla presa in carico della cronicità, favorendo in collaborazione con gli altri servizi territoriali e ospedalieri.

### Obiettivi:

- attenzionare le fasi di transizione dall'età evolutiva all'età adulta,
- individuare precoce il disagio giovanile
- contribuire alla presa in carico della cronicità secondo modelli proattivi e di iniziativa,
- attivare interventi di tipo preventivo volti all'adozione di stili di vita sani e al mantenimento delle capacità e dell'autonomia funzionale della persona.

### Descrizione delle attività

Nelle CdC vengono erogate **prestazioni a tutta la popolazione**, di ogni fascia di età per bisogni di salute non differibili ma che non rivestono caratteristiche di urgenza:

- effettuazione di visite mediche per bisogni occasionali e per prima valutazione qualora sia necessaria una presa in carico per paziente cronico/fragile anche mediante l'utilizzo di strumentazione di diagnostica di primo livello e rilascio di prescrizioni mediche,
- gestione e supporto della presa in carico di pazienti in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità, sulla base di protocolli aziendali,
- eventuale somministrazione di farmaci e erogazioni di altre prestazioni (medicazioni, gestione cateteri e stomie)
- erogazione dell'assistenza ai turisti ed agli studenti fuori sede, ai cittadini non residenti, ai cittadini stranieri, ai titolari di STP e ENI, in particolare visite di prima accoglienza per richiedenti asilo e migranti,
- prestazioni di educazione sanitaria rivolte all'assistito, al caregiver o a gruppi di assistiti.

**Tabella 1. Caratteristiche ambulatori per bisogni non differibili**



<p>Gli ambulatori per bisogni non differibili collocati all'interno delle CdC sono:</p>	
-	dotati di strumentazioni medicali e dispositivi medici, per la prima emergenza e apparecchiature di diagnostica di primo livello individuate ai sensi dell'articolo 1 comma 449 della legge 27 dicembre 2019 n. 160 (Legge di Bilancio 2020) che devono essere compatibili ed integrarsi con la Piattaforma nazionale di telemedicina e con i servizi di telemedicina previsti dalla Component 1 della Missione 6 del PNRR nonché con il Fascicolo sanitario elettronico (FSE);
-	dotati di un sistema informatico in grado di assolvere le funzioni di registrazione delle prestazioni e alimentazione dei flussi delle prescrizioni di farmaci ed accertamenti urgenti, accesso al FSE, certificazioni e, a regime, condivisione dei dati con i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta del territorio di riferimento. Le iniziative regionali ed aziendali di formazione, disciplinate dall'art. 26 dell'ACN MMG, prevedono l'inserimento nei piani formativi del corso di BLS-D e, in generale, la formazione specifica per l'utilizzo delle apparecchiature di diagnostica di primo livello da utilizzare;
-	collegati con la Centrale operativa territoriale (COT), la Centrale Operativa 116117 e la Centrale 112 – numero unico emergenze.

### ACCESSO

L'accesso del cittadino avviene:

- in autopresentazione,
- mediante invio del 116117,

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>Edizione 1 del 03/03/2026</p>	<p>MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE</p>	<p>Pag. 12 a 26</p>

- mediante invio da parte dei Medici del Ruolo unico di assistenza primaria e PLS se impossibilitato a rispondere alla richiesta espressa o in considerazione della necessità di prestazioni (diagnostiche e terapeutiche) erogabili nella CdC,
- mediante l'invio della COT o di altro servizio che intercetta l'assistito anche in modalità di teleassistenza (specialistica ambulatoriale).

I criteri di esclusione dall'accesso sono definiti per fattispecie particolari quali ad esempio:

- a) Dolore toracico
- b) Dispnea acuta
- c) Deficit neurologico acuto
- d) Cefalea intensa e inusuale
- e) (Poli)Trauma
- f) Sincope/perdita di conoscenza

All'accesso dall'assistito ***l'infermiere procede con la prima fase di triage territoriale e contact assessment***, valuta se ci sono interventi e prestazioni che può eseguire in autonomia altrimenti condivide con il medico le informazioni raccolte al fine di effettuare una valutazione condivisa del caso.

Registra le informazioni sulla cartella integrata e raccoglie eventuali consensi per le prestazioni da erogare e per eventuali contatti successivi.

#### INTERVENTO MEDICO

Il **medico del ruolo unico di assistenza primaria** nello svolgimento dell'attività oraria della CdC effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati per il caso gestito.

Procede con la raccolta dei dati, compilando la cartella integrata (anamnesi e esame obiettivo) e con la visita. Definisce le prestazioni da erogare e se necessario si avvale della collaborazione dell'infermiere per l'esecuzione di prestazioni strumentali, l'esecuzione di manovre (cateterismo), eventuali medicazioni e somministrazioni di farmaci.

All'esito della propria attività, il medico:



- attiva direttamente il servizio di emergenza urgenza, qualora ne ravvisi la necessità;
- segnala al PUA della struttura o alla COT la necessità di attivare servizi di continuità assistenziali;
- rinvia l'assistito al medico curante per la presa in carico;
- rilascia la certificazione consentite;
- rilascia prescrizioni per valutazioni specialistiche anche urgenti con accesso diretto sulla base dell'offerta presente presso la CdC (in particolare nelle sedi di Montefiascone, Ronciglione e Tarquinia ci si potrà avvalere dei servizi della Diagnostica per immagini per radiologia tradizionale)
- richiede pareri in teleconsulto
- rilascia prescrizioni farmaceutiche secondo le disposizioni vigenti in materia;
- prescrive prestazioni successive da effettuare presso l'ambulatorio infermieristico;
- effettua la chiusura del caso;
- effettua la constatazione di decesso nella CdC.

Il medico registra in cartella la valutazione conclusiva, le prestazioni e la terapia effettuata, i successi controlli, le prescrizioni di farmaci e accertamenti rilasciate, le eventuali certificazioni e l'eventuale invio o trasferimento presso la struttura ospedaliera se ritenuto necessario. Inoltre il medico rilascia un referto all'assistito o al medico del 118 qualora l'assistito necessiti di trasferimento, al fine di assicurare la continuità dell'assistenza.

Nel caso della presa in carico di cittadini stranieri si avvale del servizio di mediazione culturale.

Per la visita di prima accoglienza a migranti e richiedenti asilo fa riferimento a quanto previsto nelle procedure vigenti per l'avvio dei processi di secondo livello, dedicando particolare attenzione allo stato vaccinale e alla valutazione dai disturbi post traumatici e ad eventuali gravidanze.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

	<p>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</p>	
<p>Edizione 1 del 03/03/2026</p>	<p>MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE</p>	<p>Pag. 13 a 26</p>

Nelle more dell'implementazione della CEE Regionale o di altro supporto informatico aziendale si utilizzerà una cartella cartacea. L'attività così registrata potrà essere debitamente monitorata per valutare la rispondenza del servizio alle necessità della popolazione e valutare azioni di miglioramento e potenziamento del servizio.

### INTERVENTO INFERMIERISTICO

L'Infermiere (IFeC) presente all'interno della CdC promuove il lavoro in équipe multiprofessionale collaborando con il Medico del ruolo unico che opera nell'ambulatori per bisogni non differibili, supportandolo con:

- attività di triage (territoriale) e contact assessment,
- erogazione di prestazioni infermieristiche sia erogabili in autonomia (medicazioni semplici o complesse, educazione sanitaria, interventi motivazionali brevi e rilevazione dei parametri vitali) sia su prescrizione medica
- supporto nella gestione delle attività diagnostiche di base se presenti.

Inoltre collabora con i Medici del ruolo unico a ciclo di scelta e con i Pediatri di Libera Scelta, Specialisti, Assistenti Sociali e gli altri operatori sanitari in un'ottica di multidisciplinarietà.

In particolare, le attività infermieristiche all'interno delle CdC sono rivolte all'accoglienza e valutazione dei bisogni di salute dei cittadini, orientamento e facilitazione all'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari della rete territoriale con particolare riferimento ai pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche secondo il modello di sanità di iniziativa.

L'attivazione dell'assistenza infermieristica di Famiglia e Comunità può avvenire per richiesta da parte dell'utente, dal medico di scelta dell'assistito, dallo specialista o su segnalazione dei professionisti appartenenti alla rete socio-sanitaria (medici, infermieri, assistenti sociali ecc.) o per il tramite del PUO o della COT-D/A che riceve le segnalazioni sia dal territorio che dall'ospedale.

### PRIMO ACCESSO E CONTROLLI SUCCESSIVI

La **valutazione dei bisogni di salute a gestione infermieristica** sarà ad accesso libero, anche conseguente alla fase di triage, e **i controlli e le prestazioni successive saranno gestite con agende interne**. Per questo motivo negli spoke gli orari delle attività programmate saranno organizzati in modo tale da avere degli spazi liberi da dedicare agli accessi spontanei e al supporto all'attività del medico o verranno previsti nei momenti in cui l'infermiere presente potrà essere supportato dai colleghi.

L'IFeC registra in cartella tutte le attività e le prestazioni erogate allegando gli strumenti validati utilizzati sia per il primo contact assessment e per il triage territoriale per l'identificazione del bisogno, sia quelli utilizzati successivamente per monitorare gli obiettivi raggiunti. Rilascia all'assistito la relazione e il materiale utile al self management.



Gli appuntamenti programmati possono comprendere attività quali:

- cicli di prestazioni (medicazioni, somministrazioni di farmaci e gestioni presidi e dispositivi medici),
- gestione della cronicità (educazione sanitaria per supporto all'autocura) e prestazioni assistenziali e diagnostiche (gestione holter, spirometrie o altri esami in telereferto) e attività di teleassistenza, in raccordo con l'area della specialistica ambulatoriale,
- attività di prevenzione e promozione della salute in raccordo con EdP.

È sempre necessaria la richiesta del medico per le prestazioni successive. Anche le richieste di prestazioni/consulenze effettuate del medico dell'ambulatorio di assistenza di prossimità sono su ricetta medica e, fermo restando l'invio al servizio tramite percorsi concordati, vanno regolarizzate al CUP.

*Si allega Giornaliero accessi cartella integrata medico infermieristica (con consenso e scheda caregiver), scale terapia del dolore, modulistica contact assessment. moduli attivazione servizi*

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 14 a 26

<b>RETE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE</b>
<b>M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) P.O. 03/26</b>
<b>GESTIONE DEI PERCORSI AMBULATORIALI SEMPLICI E COMPLESSI</b>

**Scopo:**

Garantire che la risposta erogata in termini di servizi, percorsi e soluzioni sia basata sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento (multidisciplinarietà), tenendo conto della dimensione EBP (reti cliniche e P-PDTA) e della dimensione personale dell'assistito (Progetto Individuale di Salute).

**Obiettivi:**

- erogare prestazioni garantendo la sicurezza dell'assistito e degli operatori
- intercettare i soggetti con fattori di rischio per attivare percorsi di prevenzione e promozione della salute
- procedere con l'engagement della persona con cronicità al percorso di cura e definire il PRIS semplice o complesso

**Target:**

- a) utenti che accedono per controlli sporadici e di routine
- b) utenti che accedono agli ambulatori per prestazioni una tantum o problemi acuti di rapida risoluzione
- c) utenti con cronicità (mono o poli)

**PERCORSO AMBULATORIALE PER UTENTI a) e b)**

Gli utenti che accedono per prestazioni occasionali o controlli di routine accedono a seguito di prenotazione al CUP e dopo aver regolarizzato l'impegnativa con il dovuto pagamento.

Se trattasi di prestazioni multiple valutano con lo specialista di riferimento la modalità di regolarizzazione dell'impegnativa e concordano gli appuntamenti successivi al primo.

<p><b>COSA PORTARE CON SÉ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento di identità valido e tessera sanitaria nazionale;</li> <li>- Eventuali impegnative o prescrizioni mediche;</li> <li>- Elenco dei farmaci assunti o piano terapeutico aggiornato;</li> <li>- Documentazione sanitaria pregressa, referti, lettere di dimissione, esami diagnostici recenti;</li> <li>- Deleghe o certificazioni di tutela legale, se l'utente non può firmare autonomamente;</li> <li>- Altra documentazione utile sulla base dell'istanza rappresentata (documentazione ISEE o certificazioni di invalidità)</li> </ul>
--

L'infermiere dedicato all'area della specialistica ambulatoriale quotidianamente recupera dal sistema il piano di lavoro al fine di rispettare l'ordine di prenotazione e organizzare le attività.

Durante la visita che prevede in ogni caso l'apertura di una cartella ambulatoriale (informatizzata per chi utilizza la Smart Digital Clinic o cartacea per gli altri) e il rilascio di un referto finale, definito come previsto dalla normativa vigente.



Per l'erogazione delle prestazioni si mettono in atto tutte le misure di sicurezza e le norme igieniche come da procedure vigenti (area rischio clinico e sicurezza dei lavoratori).

La strumentazione viene regolarmente verificata:

- dagli infermieri presenti come da check list di controllo
- dall'ingegneria clinica come piano di controllo e manutenzione periodica

Nella fase di valutazione si procede con l'anamnesi e l'esame obiettivo del paziente, si verifica la presenza di allergie e si controlla la terapia assunta al fine di verificare che non ci siano controindicazioni a procedere con eventuali indagini diagnostiche o prestazioni invasive (ad esempio estrazioni dentali) e vengono raccolti i necessari consensi. Qualora la persona presenti una controindicazione alla prestazione richiesta la stessa viene rinviata, o si rimanda ad altro setting di cure più sicuro e attrezzato, in entrambi i casi sarà il servizio a

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 15 a 26

farsi carico dell'organizzazione dell'appuntamento successivo e a fornire alla persona tutte le indicazioni necessarie.

Al termine della seduta l'equipe degli ambulatori effettua il data entry nel sistema Recup delle prestazioni erogate.

### PERCORSI AMBULATORIALI PER LA CRONICITA'

Al fine di sviluppare il sistema della continuità clinico assistenziale, adottando soluzioni che permettano la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, si definisce un modello rete integrata della specialistica **sviluppata secondo un sistema declinato in livelli di complessità diagnostica, terapeutica, assistenziale e di intensità di cura** in un sistema HUB e SPOKE che mette in rete gli ospedali sia tra di loro sia con gli ambiti territoriali, dove l'**HUB, ospedaliero, rappresenta il livello di complessità diagnostico terapeutico assistenziale più elevato**. L'utente si muove attraverso **percorsi coordinati nei diversi gradi di complessità** tra i servizi di prossimità (per avvicinare le cure al domicilio dell'assistito) e i centri HUB ospedalieri di riferimento (gestione di situazioni di elevata complessità).

### CLASSIFICAZIONE DEI LIVELLI DELLA RETE HUB E SPOKE IN TERMINI DI SPECIALISTICA

Livello	Sede	Prestazioni
Ambulatori specialistici primo livello	Spoke	Prima visita e visita di controllo, televisita e teleconsulto
Ambulatori specialistici secondo livello	Hub	Prima visita e visita di controllo, telemedicina (televisita, telemonitoraggio, telereferto), indagini diagnostiche di base
Ambulatori specialistici terzo livello	Hub in presidio ospedaliero	Prima visita e visita di controllo, telemedicina (televisita, telemonitoraggio, telereferto), indagini diagnostiche di base e complesse, percorsi ambulatoriali complessi in raccordo con il PO

Questi livelli sono collegati e prevedono la possibilità di una presa in carico condivisa del paziente cronico (scambio bidirezionale) attraverso una piattaforma digitale, la Smart Digital Clinic e la persona viene inviata nel setting più appropriato secondo la fase e la stadiazione/il grading della malattia.

Il paziente da inserire nel percorso verrà intercettato dallo specialista nel corso di una prima visita prenotata dal CUP o su segnalazione del medico curante o di altro specialista.

Al primo accesso si apre la Cartella informatizzata e si determina con l'assistito il patto di cura a cui parteciperà attivamente.

Gli accessi successivi sono tutti da follow up interno e le prestazioni diagnostiche di controllo vengono definite sulla base dei PPDTA.

### I PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI: LE FASI

- Intercettazione dei casi con fattori di rischio (legati a stili di vita e familiari/ ambientali/ lavorativi) attivazione di percorsi di educazione sanitaria e prevenzione e monitoraggio
- Selezione e arruolamento dei soggetti a rischio per primo inquadramento diagnostico o stadiazione in caso di diagnosi nota (modello di accesso alla rete)
- Trattamento del paziente con diagnosi accertata
- Gestione e follow up del paziente stabile/trattato (definizione dei fabbisogni in termini di prestazioni diagnostiche e visite di controllo)
- Gestione delle riacutizzazioni/scompenso
- Gestione a domicilio/in contesti di prossimità/in telemedicina
- Fasi di ospedalizzazione e di dimissione orientata (possibile percorso di ammissione concordata)
- Gestione delle comorbidità
- Percorsi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria

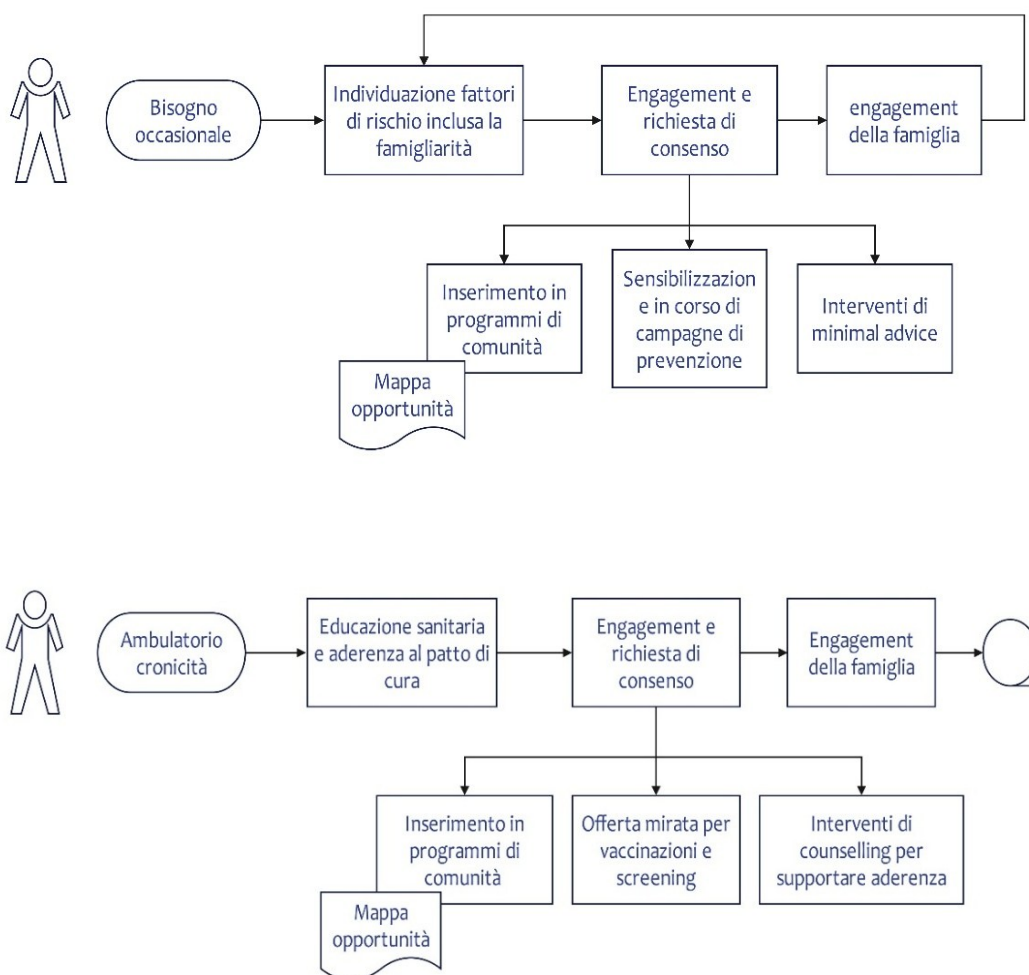
Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT



- j) Gestione in setting di cure domiciliari, semiresidenziali o residenziali
- k) Educazione all'autocura
- l) Piano di riabilitazione
- m) Trattamenti di cure simultanee e palliative

Rientra nella gestione del PRIS e dei PPDTA l'utilizzo dei sistemi a supporto delle decisioni cliniche per l'attuazione del percorso di Medicina di precisione (*Deliberazione n.791 del 19/06/2026*).

Lo strumento di condivisione delle decisioni per l'equipe multiprofessionale presente è il *Progetto individuale di salute (allegato 2)*, filo conduttore dei bisogni clinico-socioassistenziali della persona, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE.

**Figura 1 e 2 – Accoglienza e presa in carico nel setting ambulatoriale**



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 17 a 26

<b>RETE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE</b>
<b>M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) P.O. 04/26</b>
<b>EQUIPE MULTIDISCIPLINARE</b>

**Scopo** L'equipe multidisciplinare risponde alla necessità di garantire la corretta applicazione del Progetto Individuale di Salute, filo conduttore dei bisogni clinico-socioassistenziali della persona, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE.

**Definizioni** La definizione del Progetto di Salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni del percorso di cura nel passaggio tra setting assistenziali.

L'innovazione del modello oltre che nella capillarità e nelle flessibilità degli interventi è rappresentata dal fatto che l'assistito è parte attiva del suo Progetto Individuale di Salute.

Il PRIS semplice si basa sull'intervento di un'equipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere), maggiore è la complessità clinico-assistenziale in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa (PRIS complesso) maggiori sarà il numero delle figure professionali coinvolte e in continua evoluzione.

L'infermiere partecipa attivamente al PRIS per la componente di educazione sanitaria e teleassistenza anche grazie agli applicativi disponibili sulla piattaforma SDC.

*Tabella 1. Progetto Individuale Salute*

STRATIFICAZIONE	COMPLESSITA' CLINICO ASSISTENZIALE	TIPOLOGIA DI PRESA IN CARICO
Persona in salute	Nessuna complessità	Azioni di promozione della salute
Persona con sviluppo di sintomi temporanei	Complessità bassa: uso dei servizi in modo sporadico	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
Persona con singola patologia o condizione di salute non complessa	Complessità media: cronicità iniziale prevalentemente monopatologica	PRIS semplice
Persona con patologia singola complessa o patologie multiple e condizione di salute complessa	Complessità medio alta: cronicità polipatologica complessa. Bisogni extra-ospedalieri, accessi ambulatoriali integrati e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Prevalentemente PRIS semplice <i>raramente</i> PRIS complesso
Persona con multimorbilità e complessità	Complessità alta: multimorbilità con fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	PRIS complesso
Persona con multimorbilità e complessità	Terminalità	PRIS complesso

Quindi il PRIS è un insieme strutturato di valutazioni combinate delle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali, determinanti il livello di complessità del singolo caso e le conseguenti azioni volte al soddisfacimento degli obiettivi di salute. Attraverso il PRIS i professionisti si impegnano formalmente a garantire a ciascuna persona l'erogazione degli interventi necessari ed appropriati, con modi e tempi predefiniti e l'utente si impegna al rispetto del contratto terapeutico e del follow up a cui aderisce. Si articola nella rete dei servizi senza interruzione di continuità, modificando esclusivamente la componente professionale che ha il ruolo prevalente nella gestione delle diverse fasi del percorso di cura.

*Si fa riferimento per ulteriori dettagli Allegato A -Indicazioni per la definizione delle reti cliniche e dei percorsi preventivo diagnostico terapeutico assistenziali – PPDTA e relative tabelle e moduli che ne sono parte integrante.*

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

**Tabella 2. Equipe multidisciplinare e PRIS**

FIGURE PROFESSIONALI	RUOLO
<b>MMG/PLS Medico CdC</b>	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita. Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
<b>Infermiere</b>	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico
<b>Specialista</b>	Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
<i>Assistente Sociale Amministrativi e personale di supporto</i>	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni sociali del paziente e della sua rete di supporto. L'attività amministrativa è assicurata, da personale dedicato già disponibile che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza. Con il personale di supporto orienta l'utenza all'accesso ai servizi. Il personale di supporto gestisce le attività di natura alberghiera (gestione rifiuti, sanificazione materiale e superfici di lavoro, riordino dei magazzini e dei locali operativi) e di supporto sociosanitario nell'assistenza all'utente.
<i>Farmacia</i>	Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico
<i>Psicologo</i>	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
<i>Altri professionisti</i>	Le figure che durante il processo parteciperanno alla presa in carico e che possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali. Sono riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.
<i>UVM</i>	Nei casi più complessi verranno attivate le UVMD o in caso di ricovero le UVMO. Nelle cure simultanee o nel fine vita verrà coinvolta la Rete Locale di Cure Palliative e al bisogno la UVCP.

#### COOPERAZIONE FUNZIONALE

Queste figure presteranno la propria attività in tre sfere di azione:

- Area di autonomia
- Area di cogestione
- Area di gestione integrata

l'importante è che tutte le azioni concorrano al raggiungimento di un unico obiettivo che è la miglior qualità di vita della persona per il maggior tempo possibile.

<b>Semplice</b>	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa, valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance, diario nutrizionale
	Portfolio delle agevolazioni	Informazioni e agevolazioni su possibili facilitazioni connesse alla malattia
	Piano di autocura	Valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Agenda di follow up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati
	Piano delle attività di e-health	Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili allo staging di malattia e controllo delle complicanze
<b>Complesso</b>	PAI e/o PRI	Attività di automonitoraggio, con device o con questionari/scale
	Budget di salute	Attività di telemonitoraggio di device in remoto
		Attività di telemonitoraggio con device gestiti a domicilio da operatori sanitari
		Attività di teleassistenza, telenursing e teleriabilitazione
		Piano assistenziale e/ riabilitativo individuale multidisciplinare
		Valutazione delle risorse impegnate: cliniche- integrazione socio assistenziale e collegamenti interistituzionali

#### Elementi aggiuntivi costitutivi il PRIS complesso



<b>Piano assistenziale individuale o Progetto Riabilitativo Individuale</b>	Diagnosi/Valutazione sintetica del bisogno Profilo di funzionamento Risultati attesi Interventi necessari Eventuali risorse attivate e messe a disposizione dal paziente e dalla sua famiglia Eventuali risorse attivate e messe a disposizione dal volontariato Risorse messe a disposizione dall'Azienda Asl e dall'Ente Locale Fasi temporali e le scadenze delle verifiche Individuazione del Case manager Impegno sottoscritto dell'assistito e degli altri soggetti coinvolti a realizzare il progetto, con le relative modalità
<b>Budget di salute</b>	Condizione giuridica Situazione abitativa Situazione economica Servizi di supporto Servizi ASL o Misti Composizione nucleo familiare Risorse familiari e/o di vicinato Assi/determinanti sociali di salute

L'alfabetizzazione alla salute implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, abilità personali e fiducia in sé stessi tale da poter agire nel miglioramento della salute individuale e della comunità, attraverso la modifica degli stili di vita individuali e delle condizioni di vita (*Glossario OMS della Promozione della Salute*).

L'health literacy non consiste nell'educare le persone a ciò che è giusto fare per tutelare la propria salute, ma nell'**abilitarle a fare la scelta migliore** tenendo conto dei contesti di vita in cui si muovono, del momento che stanno vivendo e delle proprie competenze personali.

Possedere una buona Health literacy significa dunque sia possedere le competenze per assumersi la responsabilità riguardo alla propria salute che l'abilità di provvedere alle cure di base, avere conoscenza del sistema sanitario, capire i consigli e le istruzioni dei professionisti sanitari e partecipare attivamente con esse al processo inerente la terapia.

La mancanza o un livello inadeguato di queste competenze comportano infatti ripercussioni sia sullo stato di salute personale che sui costi del sistema sanitario nazionale e incidono sulla capacità nel comunicare i sintomi della malattia e nel comprendere le spiegazioni fornite dal medico come pure un ruolo più passivo nel processo decisionale e una minore aderenza terapeutica.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 20 a 26

**M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) I.O. 01/26 – P.O. 04/26  
 APPLICAZIONE DEL MODELLO DI AUTOCURA, EDUCAZIONE AL CAREGIVER  
 E RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA**

**SCOPO**

Sviluppare interventi atti a promuovere la partecipazione del paziente e l'eventuale supporto del caregiver al progetto di salute per garantire l'aderenza alle cure e migliorare la qualità di vita.

Tali interventi si rivelano ancora più necessari quando l'esperienza di cura prevede un percorso lungo e con rilevanti conseguenze nella vita quotidiana della persona, come accade per le patologie croniche.

**RAZIONALE**

Il cittadino ha un ruolo sempre più attivo nei processi decisionali in ambito sanitario sia per quanto riguarda il mantenimento dello stato di salute che per la gestione della propria patologia, grazie anche alla nuova visione della medicina non più paternalistica e al livello culturale della popolazione che richiede sempre maggiori informazioni riguardo i temi della salute. Tuttavia, non sempre le persone dispongono di tali competenze e conoscenze e la diffusione di informazioni fake trasmesse dai social media spesso non aiuta nel processo, così come l'infodemia può rendere difficoltoso navigare tra le troppe informazioni disponibili. Per questo è importante che il personale sanitario sia da subito presente come guida e punto riferimento per la persona fin dall'inizio del percorso.

**DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DEL PROCESSO**

Secondo la definizione OMS il processo educativo comporta *“l'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita”*. Più recentemente l'OMS ha definito l'educazione sanitaria come *“ogni combinazione di esperienze educative programmate per aiutare gli individui e le comunità a migliorare la propria salute, aumentando le loro conoscenze o influenzando i loro atteggiamenti ... allo scopo di migliorare l'alfabetizzazione sanitaria (health literacy), lo sviluppo di abilità per la vita (life skills) volte alla salute dell'individuo e della comunità”*.

L'educazione terapeutica consiste in un vero e proprio transfert, pianificato e organizzato, di competenze dall'equipe di cure ai pazienti e/o ai loro caregiver e si iscrive in una prospettiva in cui la dipendenza del malato cede il posto alla sua responsabilizzazione e collaborazione attiva (self management).


L'educazione rappresenta quindi un processo di scambio interattivo che ha inizio fin dal primo approccio di presa in carico ed è continuativo nel tempo al fine di consentire al paziente e/o ai suoi famigliari di:

1. Conoscere la malattia (sapere = conoscenza),
2. Gestire la terapia in modo competente (saper fare = autogestione),
3. Prevenire le complicanze evitabili (saper essere = comportamenti).

Pertanto è opportuno che tale processo abbia inizio fin dalle fasi iniziali della presa in carico sia essa in ambito ambulatoriale che ospedaliero. Nel primo caso l'obiettivo è proprio quello di evitare le ospedalizzazioni grazie ad azioni proattive coordinate di teleassistenza ed al corretto rispetto degli attori del patto di cura. Nel secondo caso l'obiettivo è di far arrivare alla dimissione il paziente e di i suoi famigliari con le competenze utili al fine di saper affrontare la sfida del rientro al domicilio o saper accettare soluzioni alternative se non in grado di farsi carico della situazione.

Anche gli standard personali relativi a ciò che può essere considerato uno stato di buona salute possono variare. Un anziano, ad esempio, può dire di stare bene quando, nonostante l'artrite e la bronchite cronica, riesce ad uscire per fare la spesa. Ognuno valuta la propria salute soggettivamente, in base alle proprie

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>Edizione 1 del 03/03/2026</p>	<p>MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE</p>	<p>Pag. 21 a 26</p>

norme ed esperienze: questi sono alcuni dei motivi per cui misurare la salute (diversamente dal misurare la malattia) è estremamente complesso.

<b>Obiettivi cognitivi</b>	Area del sapere, quando lo scopo è, ad esempio, quello di migliorare il patrimonio di conoscenze e di informazioni posseduto dall'individuo (es.: aumentare le sue conoscenze circa i possibili danni legati all'abuso di alcol);
<b>Obiettivi affettivi o relazionali</b>	Area del saper essere, quando ciò che si intende mutare sono gli atteggiamenti o i valori di un individuo, i significati emotivi che egli attribuisce a certe abitudini o alcune sue capacità relazionali (es.: aumentare la capacità di rifiutare l'offerta di alcol da parte degli amici, senza che questo determini la paura di sentirsi rifiutato o non apprezzato da loro);
<b>Obiettivi di comportamento</b>	Area del saper fare quando il mutamento che si intende produrre nell'individuo riguarda le sue abilità, il suo comportamento, le sue abitudini (es.: ridurre il consumo giornaliero di bevande alcoliche; migliorare l'igiene orale, ecc.).
<b>Dimensioni del concetto di salute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dimensione fisica (come sta il mio corpo)</li> <li>- dimensione psichica e relazionale (come sto con me stesso e con gli altri)</li> <li>- dimensione sociale (come mi tocca vivere)</li> </ul>

#### Regole da osservare:

- a) Verificate la percezione del rischio che ha la persona
- b) Dite le cose importanti per prime, date consigli precisi e mirati e evitate di usare una terminologia tecnica e frasi lunghe
- c) Tenere conto delle conoscenze già possedute dai destinatari: occorre partire dalla conoscenza che gli altri già possiedono. Se questo aspetto viene sottovalutato si rischia di insegnare cose già conosciute o, viceversa, di parlare a un livello troppo complesso.
- d) Coinvolgere il più possibile le persone: apprendiamo di più e meglio quando siamo attivamente coinvolti rispetto a quando ci viene semplicemente richiesto di ascoltare o di assistere in modo passivo.
- e) Rendere interessante e significativo (dal punto di vista dei destinatari) ciò che intendiamo comunicare: ciò che si insegna deve essere rilevante per i bisogni e gli interessi e le situazioni in cui si trova l'utente.
- f) Cercare feedback attraverso la valutazione: è fondamentale ottenere il feedback (informazione di ritorno) sugli effetti prodotti dal proprio insegnamento, cioè capire il più precisamente possibile cosa i destinatari hanno appreso e come lo hanno appreso, in modo da apportare tempestivamente tutte le eventuali correzioni necessarie, aumentando così l'efficacia dell'intervento educativo.
- g) Dare informazioni su rischi, pro e contro ed opportunità nelle fasi di cambiamento e consigli operativi e pratici
- h) Addestrate all'impiego corretto di un ausilio o di una procedura con un approccio a tre stadi:
  - dimostrare (far vedere al paziente come si fa),
  - far ripetere (chiedere al paziente di elencare a voce le cose da fare),
  - far esercitare (chiedere al paziente di provare ad eseguire sotto i nostri occhi le cose da fare).

#### Il cambiamento degli stili di vita

Sono modelli di comportamento identificabili, frutto dell'azione reciproca delle caratteristiche proprie di un individuo, delle interazioni sociali con le condizioni di vita di carattere socio-economico e ambientale (*Glossario HPH - OMS*).

Gli stili di vita individuali possono avere profonde ripercussioni sia sulla salute di una persona che su quella degli altri. Il processo di cambiamento degli stili di vita personali è costituito da diverse fasi che dipendono dal grado di motivazione dell'individuo nel modificare i propri comportamenti.

Il cambiamento è costruito su tre dimensioni fondamentali:

1. gli stadi del cambiamento (precontemplazione, contemplazione, determinazione, azione, mantenimento),

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

2. i processi del cambiamento (strategie comportamentali messe in atto dal soggetto durante il cambiamento),
3. i fattori psicologici che determinano il movimento da uno stadio a quello successivo (self-efficacy, locus of control e bilancia decisionale).

Il Modello Trans Teorico degli stati del cambiamento (TTM) (Prochaska e Di Clemente 1982, 1992) suggerisce che un individuo passi attraverso un crescente grado di disponibilità verso il cambiamento prima di intraprendere il cambiamento stesso. È improntato sul modello biopsicosociale (interazione dinamica tra fattori biologici, sociali/culturali e psicologici nella relazione fra salute e malattia), rappresenta uno dei modelli più utilizzati nella prevenzione e promozione della salute.	
<b>Fase di pre-contemplazione</b>	il soggetto con cui si stabilisce un colloquio motivazionale per la trasformazione dei propri comportamenti a rischio non ha nessuna intenzione di cambiarli, giacché non è consapevole della propria condizione o perché minimizza la questione di cui è consapevole
<b>Fase di contemplazione</b>	l'individuo inizia a valutare la possibilità di un cambiamento, considerando, nello stadio in cui si trova come in quello nuovo di approdo, sia gli aspetti positivi che quelli negativi del cambiamento
<b>Fase di determinazione</b>	La persona precedentemente agganciata con il colloquio motivazionale - considerato che gli aspetti negativi del vecchio comportamento superano quelli positivi e prende la decisione di cambiare, da questo stadio si può procedere verso le fasi successive, ma, anche, retrocedere in quelle precedenti fino alla fase di pre-contemplazione e, perciò, in questo stadio è importantissima la presenza di intervento di un operatore specificamente addestrato
<b>Fase d'azione</b>	Il soggetto sospende il comportamento a rischio e sceglie il nuovo comportamento, che viene incorporato nel proprio stile di vita; anche da questo stadio si può procedere verso la successiva fase di mantenimento, ma, anche, regredire fino alla fase di pre-contemplazione
<b>Fase di mantenimento</b>	si procede verso il definitivo abbandono del comportamento a rischio; da questa fase, però, si può retrocedere nella fase di ricaduta
<b>Fase di ricaduta</b>	lo stesso soggetto nuovamente assume un comportamento a rischio, per cui aveva intrapreso un percorso di cambiamento; per questo è forte il senso di colpa per questo momentaneo intoppo ed anche in questo stadio è fondamentale l'intervento dell'operatore che deve sostenere la persona e motivarlo a non arrendersi e ricominciare il percorso appena interrotto.
<p>La permanenza individuale in ogni stadio è variabile, mentre i compiti da eseguire per passare allo stadio seguente sono uguali per tutti (ad esempio, per passare dalla pre-contemplazione alla contemplazione occorre diventare consapevoli del problema, iniziare a considerarne gli aspetti negativi e affrontare gli aspetti abitudinari che ne rendono difficile il controllo).</p> <p>Per adottare un nuovo comportamento occorrono in media quattro mesi con variazioni individuali dai tre ai sei mesi, mentre per consolidare un nuovo comportamento rendendolo parte integrante della vita del soggetto, ad esempio affinché una persona arrivi a non poter fare a meno della razione di frutta giornaliera o del contorno di verdura, o affinché una persona non possa fare a meno dell'attività fisica in settimana - occorre un periodo da 1 a 2 anni.</p>	



### Interventi motivazionali brevi

Gli interventi «brevi» più praticati oggi prevedono due declinazioni

1. Very Brief Advice: un consiglio molto breve, della durata di 30-40 secondi,
2. Counseling Motivazionale Breve, o minimal advice (tecniche motivazionali brevi) della durata di 5-6 minuti

Il colloquio motivazionale breve (o minimal advice o brief advice) è una forma di comunicazione che implica un intervento sulla motivazione al cambiamento di soggetti con comportamenti a rischio per la propria salute ed è finalizzato a:

- acquisire/aumentare la consapevolezza su scelte di salute

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>Edizione 1 del 03/03/2026</p>	<p>MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE</p>	<p>Pag. 23 a 26</p>

- accrescere la motivazione a cambiare attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza rispetto al proprio comportamento
- acquisire/mantenere comportamenti corretti per la salute

<p>Comporta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prima valutazione</li> <li>- intervento motivazionale breve con obiettivo di cambiamento (per utenti con diagnosi di stadio motivazionale di determinazione)</li> <li>- intervento motivazionale breve con bilancia decisionale (per utenti con diagnosi di stadio motivazionale di contemplazione)</li> <li>- intervento motivazionale di sostegno al processo di cambiamento di gruppo</li> </ul>
--

Il colloquio motivazionale breve o minimal advice è un intervento comunicativo di pochi minuti (3-7min) adattabile al tempo che si ha a disposizione, al contesto e alla tipologia di utente: nei setting opportunistici è quasi sempre possibile inserire almeno la Prima Valutazione (minimal advice/screening).

Queste linee guida sono state strutturate attorno ad una nuova, e più agile, memoria di aiuto: ABC appunto.

- A. = ask, chiedere al paziente ad esempio se fuma o non fuma.
- B. = brief advice, fornire con un avviso minimo aiuto ad esempio a tutti i fumatori.
- C. = cessation support, cioè dare un supporto a smettere ad esempio al fumatore con intervento più o meno intensivo, con o senza farmaci

In caso di necessità o in situazioni particolari si potrà attivare un percorso di supporto in accordo con il servizio di psicologia.



Nel percorso di cura, il care giver svolge un ruolo fondamentale come facilitatore nel processo assistenziale. Di norma il care giver dovrebbe essere scelto dal paziente stesso, molto spesso però la scelta avviene attraverso un meccanismo di selezione spontaneo da parte di un familiare che volontariamente si assume l'impegno di supportare ed assistere la persona malata. È importante sottolineare che il care giver non può essere guidato esclusivamente dalla spontaneità, dall'affetto e dal buon senso ma è fondamentale che sia competente ed abbia la capacità di collaborare con il personale dell'equipe affinché venga istruito sulle problematiche assistenziali connesse alla cura e gestione del paziente. È difficile classificare le situazioni che questa figura si troverà ad affrontare perché ogni contesto familiare è differente così come lo sono le esigenze specifiche di ogni persona malata e come sono diversi tra loro i singoli care giver.

Per tale motivo il Manuale del care giver è uno strumento da personalizzare sulla base delle condizioni dell'assistito e sulla base delle competenze della persona.

Nel PRIS/PAI sono descritti i potenziali problemi connessi alla malattia ed è importante dare visibilità e declinare anche gli interventi gestiti dal care giver, presente nelle 24 ore e fondamentale attore del processo di assistenza. In quest'ottica gli interventi educativi devono essere pianificati e organizzati con tecniche di documentata efficacia, tenendo conto della disponibilità delle risorse e dello stato emotivo del care giver. La valutazione va fatta su:

- ambiente di vita della persona assistita al fine di garantirne la sicurezza,
- addestramento all'utilizzo di dispositivi, alla gestione della terapia farmacologica, all'uso di strumenti digitali
- mantenere più a lungo possibile l'autonomia del paziente,
- gestire le corrette tecniche di movimentazione nei trasferimenti e nei passaggi posturali,
- istruire circa le possibili complicanze della sindrome ipocinetica e da allettamento,
- garantire una adeguata igiene corporea in caso ridotta autonomia o di allettamento,
- fronteggiare le emergenze clinico/assistenziali.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT



 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>Edizione 1 del 03/03/2026</p>	<p>MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE</p>	<p>Pag. 24 a 26</p>

Per realizzare interventi di educazione terapeutica i metodi utilizzabili sono:

- "Teach-Back Method" (spiegami quello che ti ho insegnato), anche conosciuto come "Closing the Loop" (chiudi il giro) (Schillinger, 2003). Si tratta di un metodo di conferma per valutare se l'utente ha capito e compreso ciò che è stato spiegato. La conferma è certa se il destinatario della comunicazione è in grado di ripetere ciò che gli è stato comunicato (Zuger, 2013). Alla fine della sessione informativa o educativa andrebbe documentato l'uso e l'efficacia del Teach-Back Method, questo permette di fare una verifica del livello di apprendimento raggiunto dall'utente, ma anche di valutare se gli operatori sanitari applicano questa tecnica per valutare l'efficacia dei loro interventi.
- Show me method, l'operatore chiede all'utente di dimostrare come si esegue un'azione che è stata appena illustrata.
- Ask me 3 che propone tre semplici, ma essenziali domande che le persone dovrebbero rivolgere ai loro operatori in ogni interazione sanitaria: Qual è il mio problema principale? Che cosa ho bisogno di fare (per quel problema)? Perché è così importante?

*Si allegano Progetto Individuale di Salute e schede autocura indicazioni caregiver e scheda apprendimento assistito/caregiver*

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 25 a 26

**M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) I.O. 02/26 - P.O. 04/26**  
**RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA**

La polifarmacoterapia è un tema di estrema rilevanza per i pazienti affetti da più patologie croniche e sottolinea l'importanza di un modello assistenziale centrato sul paziente, in grado di pianificare e implementare **politiche di deprescribing, riconciliazione e semplificazione terapeutica**. L'applicazione di queste modalità innovative può ridurre l'impatto della policronicità in termini di accessi alle strutture sanitarie (frequent user e fenomeno della revolving door) e costi di gestione della malattia cronica (eventi avversi, prescrizioni inappropriate e scarsa aderenza terapeutica).

La riconciliazione terapeutica è oggetto di una specifica **Raccomandazione Ministeriale la n. 17 del 2014**. Nella Premessa della raccomandazione si rappresenta che gli errori in corso di terapia farmacologica riguardano tutto il processo di gestione del farmaco sia in ospedale che sul territorio. In particolare, nei momenti cosiddetti di transizione di cura, gli errori in terapia, correlati a discrepanze non intenzionali, possono causare danni al paziente con un prolungamento della degenza o ricoveri ripetuti e il conseguente impiego di ulteriori risorse sanitarie. Per questa ragione, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la riconciliazione farmacologica una delle migliori strategie per garantire la sicurezza nella gestione della terapia.

Le terapie farmacologiche prescritte nelle transizioni di cura presentano spesso tra di loro differenze non imputabili ad una mutata condizione clinica del paziente; tali differenze, dette discrepanze non intenzionali, possono determinare gravi danni. Il momento della riconciliazione della terapia e la definizione del contratto terapeutico è necessario per aumentare l'aderenza terapeutica dell'utente al processo di cura.

<b>Mancata aderenza</b>	
Cause intenzionali	mancata comprensione o mancato ricordo delle istruzioni, impossibilità economica o logistica di rifornirsi dei farmaci, dimenticanza dell'orario di assunzione, mancanza di un supporto familiare.
Cause non intenzionali	sono invece quelle che andrebbero appurate e, quando possibile, rimosse, si tratta di eventuali credenze legate a esperienze personali o a dicerie del gruppo di riferimento del paziente oppure di profonde convinzioni igieniche, etiche o religiose o dell'ambivalenza rispetto all'accettazione della propria malattia. Oppure sono legati ad eventi avversi scatenati dall'assunzione dei farmaci

Il processo identifica tre fasi distinte e integrate tra loro:

- ricognizione, effettuata dal medico o dall'infermiere, identificando tutti i farmaci o sostanze che il paziente assumeva;
- revisione, confrontando la terapia in corso con quella che si vuol impostare, rilevando anche eventuali interazioni farmacologiche;
- comunicazione da dare al paziente/caregiver o al medico di medicina generale.

Va considerato che il tema della riconciliazione terapeutica non riguarda solo il controllo delle prescrizioni farmacologiche, ma un'interazione più profonda tra le varie figure sanitarie coinvolte. È necessario creare un ambiente in cui la comunicazione tra ospedale e territorio sia costante e orientata verso il miglioramento continuo delle cure, ponendo sempre al centro il benessere del paziente e promuovendo sempre più il lavoro in equipe multiprofessionali, utilizzando il progetto individuale di salute come strumento di condivisione del patto di cura.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

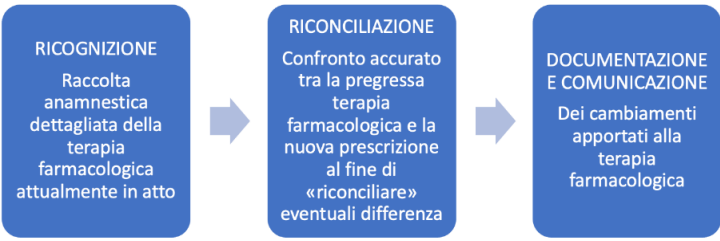
<b>Corretta anamnesi</b>	In questa fase è importante attenzionare gli stili di vita che incidono sulla valutazione di livello 1 (abitudine al fumo, consumo di alcool e caffè, parametri antropometrici) e la storia clinica al fine di evidenziare eventuali effetti collaterali o mancata aderenza ai trattamenti approfondendone le cause.
<b>Riconciliazione terapeutica</b>	Verifica dei farmaci e dei principi attivi assunti dal paziente (inclusi auto-meditazioni e assunzione di principi attivi con la dieta), la verifica del dosaggio e delle modalità di assunzione, la congruenza delle prescrizioni rispetto alle necessità del paziente. Un passaggio di riconciliazione terapeutica è raccomandato ed auspicabile in ogni fase della gestione del paziente, ed in special modo nelle transizioni tra diversi livelli di intensità assistenziale o tra diversi specialisti. Questa fase potrà essere condotta in vari momenti del percorso anche come monitoraggio e ottimizzazione della terapia.
<b>Criteri di selezione</b>	Secondo quanto previsto da procedura.
<b>Fase di analisi</b>	Attuazione del processo di analisi e ottimizzazione della terapia, se necessario con riferimento al centro di consulenza. La riduzione del rischio associato ad una determinata terapia avviene sostanzialmente modificando la prescrizione farmacologica, ovvero selezionando un farmaco equivalente dal punto di vista terapeutico (in accordo alle linee guida correnti per la specifica condizione clinica), ma che abbia un profilo di rischio minore, oppure modificandone il dosaggio in maniera da farlo rientrare nell'intervallo di concentrazione terapeutico. In caso di terapia prescritta da uno specialista è sempre bene un confronto con lo stesso prima di procedere con modifiche alla terapia.
<b>Monitoraggio</b>	Valutazione della risposta ai trattamenti e ricognizione degli eventuali eventi avversi. Sulla base dell'esito si conferma o rivaluta il progetto terapeutico se necessario o si procede con la richiesta di consulenza.

**RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA**

Il primo passo nell'approccio "mirato" alle cure è rappresentato dal processo di riconciliazione terapeutica da applicarsi in particolare ai pazienti politrattati e con comorbidità. La riconciliazione farmacologica è un processo formale che permette al medico di rilevare e conoscere la terapia farmacologica seguita dal paziente e di valutare con attenzione se proseguirla, variarla o interromperla (in tutto o in parte).

Le fasi principali di tale processo clinico sono:

1. Ricognizione: descrizione accurata e documentata delle terapie in corso
2. Riconciliazione:
  - comparare la lista derivante dalla Ricognizione con i farmaci che il prescrittore ritiene necessario somministrare nella specifica circostanza al fine di evitare incongruenze, sovrapposizioni, omissioni, rischi da interazioni, incompatibilità, rischi di confondimento da farmaci LASA (Look-Alike/Sound-Alike)
  - valutare o rivalutare gli obiettivi terapeutici che possono essere conseguiti alla luce delle condizioni cliniche correnti, ridefinendo ad esempio l'opportunità del prosieguo delle terapie che il paziente ha in corso
  - considerare gli elementi di contesto, quali: prontuari terapeutici, pronta disponibilità dei farmaci ed eventuali alternative, protocolli locali
3. Documentazione e comunicazione:
  - ricercare laddove è possibile il coinvolgimento del paziente/caregiver in funzione di una migliore compliance,
  - informare il paziente o il caregiver riguardo a un eventuale nuovo schema terapeutico, fornendone la motivazione.



```

graph LR
    A["RICOGNIZIONE  
Raccolta anamnestica  
dettagliata della  
terapia  
farmacologica  
attualmente in atto"] --> B["RICONCILIAZIONE  
Confronto accurato  
tra la pregressa  
terapia  
farmacologica e la  
nuova prescrizione  
al fine di  
«riconciliare»  
eventuali differenza"]
    B --> C["DOCUMENTAZIONE  
E COMUNICAZIONE  
Dei cambiamenti  
apportati alla  
terapia  
farmacologica"]
      
```

**Figura 3:** Workflow della riconciliazione terapeutica.

**M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) I.O. 03/26 - P.O. 04/26**  
**AUTOMONITORAGGIO**

L'ingaggio degli utenti ai PPDTA è un passaggio condiviso tra il MMG, lo specialista coinvolto e il paziente stesso. Nella stesura del PRIS il team programma anche il piano di e-health concordando le azioni con la COT di riferimento dopo aver aperto la cartella clinica informatizzata sulla piattaforma SDC.

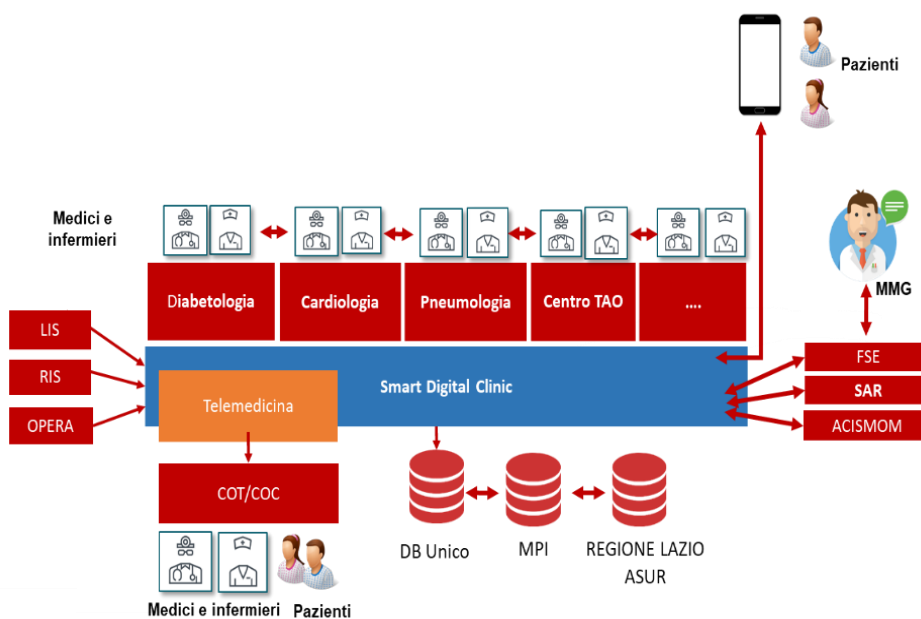
L'assistito supportato dal caregiver avrà a disposizione un'app e un sistema di messaggistica che consente l'automonitoraggio periodico tramite l'autocompilazione di questionari validati.

L'infermiere presente alla consolle legge i dati degli automonitoraggi e, indipendentemente dal primo messaggio di risposta che viene generato automaticamente dal sistema, può interagire con la persona tramite chat qualora si necessario rafforzare le azioni di educazione volte al self management o sia opportuno riprogrammare visite e controlli successivi. Allerta inoltre il clinico di riferimento sulla base dell'urgenza del problema rilevato. Nello stesso modo l'infermiere rileva gli altri reminder generati dal sistema (ad esempio aderenza alle scadenze dei follow up da parte dell'utente, o valori ematici alterati che rendono necessario un intervento).



Tramite SDC è possibile inoltre procedere anche con una tele visita o con azioni di teleassistenza in video oltre che in chat. Sulla chat possono essere condivisi documenti e video tutorial.

La Smart Digital Clinic (SDC) è una piattaforma digitale che consente di lavorare in verticale, con l'apertura della cartella ambulatoriale e la possibilità di definire un Progetto Individuale di salute della persona assistita, ed in orizzontale monitorando le interazioni tra specialisti per gestire la policronicità, attuando strategia di teleassistenza e telecontrollo. Nella piattaforma confluiscono altri flussi dati ed è possibile accedere ad altri sistemi in uscita (vedi immagine).

Questi meccanismi consentono di implementare un database unico condiviso tra i vari percorsi dedicati alla cronicità e generare un sistema di reminder verticali (COC vs Paziente) basato su valori ematochimici raccolti dal LIS (Diabetologia) e su gli score generati dalla compilazione di questionari clinici e la rilevazione parametri tramite APP (BPCO e Scompensio Cardiaco) e sistema di reminder orizzontali tra clinici generati dall'entry di alcune informazioni ritenute rilevanti dai clinici che hanno in gestione lo stesso paziente con diverse cronicità (COC vs COC). L'app e la chat dedicata (scaricabili dal medico tramite la cartella su smartphone dell'utente/caregiver sia con sistemi iOS e Android) rappresenta un'offerta attiva di telemedicina che consente la partecipazione dei pazienti e l'interazione di questi con la Centrale Operativa Cronicità.



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 28 a 26

<b>RETE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE</b>
<b>M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) P.O. 05/26</b>
<b>IL GLOSSARIO DELLA PARTECIPAZIONE E CO-PRODUZIONE E LA MAPPA DELLE OPPORTUNITA'</b>

**SCOPO:** Potenziare l'accesso ai servizi e all'assistenza e valorizzare il capitale sociale presente nel territorio con l'obiettivo di:

- contrastare le disuguaglianze e assicurare interventi rivolti alla popolazione fragile e hard to reach,
- facilitare l'integrità e la continuità della presa in carico,
- prevenire e limitare la disabilità,
- migliorare la qualità dei servizi,
- capacitare i cittadini nella definizione del proprio progetto di salute e nell'ottenimento dei diritti esigibili promuovendo il benessere della persona, delle comunità e dei territori, anche educando alla corretta fruizione dei servizi ed al rispetto dei professionisti e degli operatori presenti nelle strutture.

### Azione propedeutica

Al fine di attivare iniziative di partecipazione, co-produzione e co-partecipazione nell'ambito della comunità di riferimento è indispensabile conoscere, riconoscere e valorizzare le risorse presenti sul territorio per poter **definire la Mappa delle opportunità** che comprenda le istituzioni, le forze dell'ordine e i soggetti sociali come la scuola, gli enti locali, gli organismi culturali e di gestione del territorio, le imprese, le organizzazioni religiose, le associazioni di volontariato e di tutela dei malati, i centri di servizio. Così come è fondamentale definire il profilo di salute e di rischio della popolazione assistita.

### Definizioni

I processi di **integrazione sociosanitaria** sono orientati a garantire universali diritti di accesso all'assistenza e omogenea appropriatezza di risposte, sia in termini di efficacia che di una migliore distribuzione delle risorse (budget di salute/di progetto) al fine di aumentare la qualità dell'assistenza e la qualità di vita, attraverso l'attivazione di reti interistituzionali che supportino la persona e la famiglia.

I processi di **partecipazione e co-produzione** nell'ambito della comunità di riferimento si basano sul riconoscimento e la valorizzazione delle risorse e del capitale sociale presente sul territorio al fine di avere a disposizione una "mappa delle opportunità" da attivare sulla base delle esigenze rappresentate dai cittadini (profilo di rischio o di salute).

I processi di **prevenzione e promozione della salute** si basano su principi quali la one health per avere città sane (Healthy Cities) e competenti.

### ROADMAP PER IL GOVERNO CONGIUNTO DELLE POLITICHE E DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

1. Integrazione tra il servizio sociale dell'Ente Locale e della ASL nell'ambito delle attività dei Punti Unici di Accesso (PUA) per facilitare l'accesso ai servizi, unificando le procedure e ottimizzando l'utilizzo delle risorse nell'ambito del budget di salute/di progetto. L'integrazione può concretizzarsi tramite interventi in presenza, interventi in teleconsulto, sincrono o asincrono, partecipazione alla Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale per la gestione dei casi complessi.
2. Coordinamento tra gli organismi preposti degli Enti Locali e della ASL nell'ambito nella definizione dei Piani sociali di zona, nel rispetto degli ambiti di competenza dei Distretti sociosanitari, in quanto strumenti di programmazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato locale da realizzare nell'ambito del distretto sociosanitario. La possibilità di attivare la CdC come attore della stratificazione dei bisogni della popolazione di riferimento (profili di salute) e vettore di raccordo delle risorse presenti sul territorio (mappa delle opportunità) determina la possibilità di una più mirata e ottimale della programmazione e pianificazione degli interventi e della distribuzione delle risorse attraverso la condivisione del budget di salute/di progetto dell'assistito.



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

## ROADMAP PER LA PROMOZIONE DELLA PARTECIPAZIONE/CO-PRODUZIONE

1. **promuove il cambiamento culturale** attraverso la formazione condivisa con progetti interprofessionali e interistituzionali aperta anche alla società civile,
2. **promuovere un processo di informazione costante** finalizzata ad accrescere la conoscenza, la consapevolezza, la responsabilità sui temi della Salute e dei Servizi,
3. **sperimentare di processi, metodi e strumenti di consultazione, partecipazione e co-progettazione,**
4. **sperimentare modalità strutturate e condivise di alfabetizzazione sanitaria** (e digitale) che promuovano gli stili di vita sani, il rispetto per l'ambiente, l'autocura e l'empowerment del singolo e della comunità,
5. **potenziare la capacità** delle organizzazioni sanitarie e dei professionisti di lavorare in collaborazione e sinergia con pazienti, familiari, cittadini e istituzioni.

*Tabella 1 - Definizione della partecipazione e della co-produzione tratta da Documento di Indirizzo AgeNaS-2023*

<p><b>Partecipazione</b> questo termine raccoglie numerose e differenti pratiche, definite in modo diverso a seconda del modello concettuale di riferimento, si è scelto di utilizzare un modello di riferimento che si ispira alla "ruota della partecipazione" e che considera la partecipazione come una <b>serie di processi di informazione, consultazione, partecipazione attiva ed empowerment, che si possono avvicinare</b> come se costituissero una "ruota".</p>	
Informazione	<p>È il processo in cui l'organizzazione/professionista sanitario fornisce informazioni obiettive ed equilibrate destinate a persone/comunità per aiutarle a comprendere problemi, alternative ed opportunità. L'accesso alle informazioni può avvenire su richiesta dei cittadini, o per iniziativa dell'organizzazione/ professionista sanitario. Nel caso di una politica o di un progetto che l'organizzazione intende realizzare, le valutazioni e le decisioni sono già state effettuate e alle persone e alle comunità viene data l'opportunità di esserne informate.</p>
Consultazione	<p>È il processo in cui l'organizzazione/ professionista sanitario sottopone un tema alla persona/comunità e ne <b>ascolta opinioni e proposte</b>. La persona/comunità ha l'opportunità di influenzare le decisioni, tramite le informazioni e le opinioni che fornisce. L'organizzazione/ professionista rende conto di come gli input forniti abbiano inciso sulla decisione.</p>
Partecipazione attiva	<p>È il processo, basato sul partenariato tra l'organizzazione/ professionista sanitario e la persona/comunità, in cui l'analisi dei problemi e l'elaborazione di soluzioni sono <b>definiti congiuntamente</b> dai vari attori che collaborano nel processo, ma la responsabilità della decisione finale è dell'organizzazione. Nell'ambito rientrano le <b>diverse tipologie di co-produzione</b>.</p>
Empowerment	<p>È il processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità <b>acquisiscono competenza sulle proprie vite</b>, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita. Le persone/comunità sono in grado di definire e gestire autonomamente progetti/ azioni, spesso in collaborazione con l'organizzazione/ professionista sanitario, e hanno la responsabilità della decisione finale.</p>
<p>Per <b>co-produzione</b> si intende l'assistenza che è erogata nell'ambito di una relazione paritaria e reciproca tra professionisti, assistiti, famiglie e comunità alle quali appartengono. Si caratterizza per la partnership tra le persone, per l'alleanza con la comunità locale nella quale possono essere individuate, valorizzate e messe in rete risorse preziose capaci di fornire risposte ai bisogni di salute più ampie di quelle fornite le sole istituzioni pubbliche.</p>	
Co-programmazione	<p>Adozione di processi, metodi e strumenti di governo locale capaci di coinvolgere i cittadini e le loro associazioni/organizzazioni nelle scelte in merito ai problemi, bisogni e alle priorità al fine di orientare la pianificazione dei servizi sulla base delle esigenze espresse</p>
Co-progettazione	<p>Adozione di iniziative volte al coinvolgimento dei cittadini e della comunità nella progettazione dei servizi per garantire che siano opportunamente modellati per rispondere ai bisogni delle persone inclusa la progettazione dei percorsi di cura.</p>
Co- erogazione	<p>Iniziative volte alla partecipazione nella gestione dei servizi attraverso l'inserimento di pazienti, familiari, volontari nella co-gestione di alcuni aspetti dell'organizzazione dei servizi e nell'attuazione dei percorsi assistenziali, al fine di garantire un'assistenza centrata sul paziente, anche valorizzando le reti sociali esistenti nella comunità, anche con spazi strutturali all'interno della Casa della Comunità.</p>
Co-valutazione	<p>Tavoli partecipati volti alla valutazione costante della capacità dei servizi offerti di rispondere ai bisogni di salute della comunità al fine di monitorare gli indicatori e standard di qualità della Carta dei Servizi e partecipare agli audit di equità in salute (Health Equity Audit – HEA).</p>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 30 a 26

<b>RETE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE</b>
<b>M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) P.O. 06/26</b>
<b>PARTECIPAZIONE ATTIVA DELLA PERSONA AL PROGETTO DI CURA, COMUNICAZIONE E UMANIZZAZIONE DELLE CURE</b>

## SCOPO

L'umanizzazione delle cure va intesa come impegno a **rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici e assistenziali orientati quanto più possibile alla persona**, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un elemento essenziale per garantire la qualità dell'assistenza, ed è di particolare importanza nelle Case di Comunità, luoghi deputati alla partecipazione attiva dell'assistito e dell'intera comunità. Il Progetto Individuale di Salute ne diventa lo strumento cardine.

## LE TRE DIMENSIONI

- Competenza specifica dei professionisti che si occupano della cura
- Gestione del tempo della cura
- Valorizzazione dello spazio di cura

## NUOVI RISCHI E NUOVE POSSIBILITÀ

- Progresso nelle tecnologie mediche nella prospettiva di rendere le tecnologie stesse coerenti con i bisogni della persona e non solo dell'organo malato
- Diritto alla salute e sostenibilità delle terapie
- Applicazione del modello clinico bio-psico-sociale
- Comunicazione efficace professionisti-pazienti-care giver
- Promozione del patient empowerment
- Valutazione partecipata dell'umanizzazione"

## LE AREE DI INTERVENTO



La **prima area** è quella della "comunicazione efficace" e individua alcuni aspetti dello stile comunicativo, i professionisti:

- si presentano con nome, cognome, qualifica e comunicano l'équipe di appartenenza,
- fondano la comunicazione sui principi dell'empatia,
- danno preferibilmente del lei a meno che motivate condizioni relazionali (età del paziente, livello culturale, ecc..) indichino chiaramente il "tu" come modalità comunicativa e comunque chiedono il consenso a procedere,
- evitano di parlare delle condizioni del paziente al di fuori dell'ambito strettamente professionale,
- chiamano i pazienti utilizzando il termine (tra nome e cognome) più empatico e idoneo alla relazione, anche tenendo conto dei tempi del suo sviluppo nel corso della relazione di cura, eventualmente considerando anche la possibilità di impiegare parole come "signore" e "signora",
- evitano l'uso del cellulare mentre si sta parlando con il paziente se non per urgenze e, in questo caso, si scusano,
- rispettano e tutelano la privacy delle persone nella fase di accoglienza e attesa delle prestazioni evitando di fornire in pubblico qualsiasi informazione che denoti le condizioni della persona o le prestazioni di cui necessita, a tale scopo utilizza dei sistemi di gestione delle sale di attesa e di chiamata numeriche o colorimetriche.

La **seconda area** è quella della "accoglienza del comfort", i professionisti:

- verificano che l'ambiente sia pulito, ordinato e confortevole

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 31 a 26

- garantiscono le informazioni necessarie per consentire al paziente e ai relativi familiari che fanno il primo ingresso nella struttura di ricevere tutte le notizie utili per la vita nella struttura e per le cure che verranno erogate, rendendosi disponibili a rispondere ad eventuali domande di chiarimento,
- consegnano la carta del servizio o brochure con i contatti e le informazioni utili,

La **terza area** è quella delle “informazioni a pazienti e familiari e dello stile relazionale”, i professionisti:

- dedicano un tempo sufficiente ai colloqui informativi,
- forniscono le informazioni, le comunicazioni, le prescrizioni in modo chiaro e con uno stile relazionale fondato sulla cordialità e il rispetto,
- si accertano che il paziente abbia capito bene informazioni importanti e/o complesse,
- usano un linguaggio semplice tenendo conto delle competenze culturali e linguistiche dell’interlocutore
- evitano di rivolgere alla persona e/o ai suoi familiari, rassicurazioni generiche premature eccessive o infondate, o viceversa allarmi ingiustificati, anche attraverso formule linguistiche ambigue, incerte, vaghe, fatte salve, naturalmente, situazioni eccezionali per la loro specificità,
- spiegano al paziente in cosa consiste il piano di cura e i possibili obiettivi da raggiungere; dando loro la possibilità di porre domande,
- dosano le informazioni, nel caso rimandando l’interlocutore a colloqui di approfondimento successivi,
- verificano che il paziente e/o i familiari abbiano informazioni corrette sulla patologia e abbiano informazioni realistiche sul trattamento e sugli obiettivi raggiungibili.

La **quarta area** è quella della “cooperazione nel lavoro di équipe”, i professionisti:

- partecipano alle riunioni di équipe
- facilitano la discussione relativa alle criticità operative con spirito costruttivo
- propongono incontri supplementari motivati, per discutere sviluppi inattesi nel decorso (comprese le condizioni psicologiche del paziente) o nella risposta alle cure
- analizzano, segnalano, valutano, eventuali errori o carenze osservate all’interno dell’équipe, evitando un atteggiamento pregiudiziale, per proporre interventi migliorativi
- propongono temi utili allo sviluppo professionale e alla formazione dell’équipe

Nel portale della ASL di Viterbo è attiva una sezione specifica per le indagini di customer satisfaction, <https://asl.vt.it/questionari-di-gradimento> , per accedere al questionario di gradimento on line. Presso i nodi della rete sarà possibile trovare il QR code per accedere al questionario on line oppure la versione cartacea dello stesso in forma anonima.

### Documentazione clinica e consenso informato

Il PRIS semplice definito dall’équipe multidisciplinare viene declinato all’interno della cartella informatizzata Smart Digital Clinic e i consensi (trattamento dei dati e delle procedure che verranno poste in essere) vengono raccolti secondo quanto già disposto in ambito aziendale.

Il PAI viene redatto in accordo con la UVMD o la UVCP e comprende il consenso al percorso di cura e la scelta della compagine o della struttura residenziale di cura come da modulistica già in uso.

In ogni caso il medico che avvia un colloquio informativo con il paziente al fine di consentirgli di prendere una decisione consapevole, sulla base dello specifico atto sanitario previsto raccoglie il consenso informato.

Il consenso generale alle cure deve essere chiaro in termini di ambito e applicazione: alla persona assistita e ai suoi familiari o rappresentanti legali, saranno fornite le informazioni inerenti agli esami e i trattamenti che saranno eseguiti per le finalità diagnostico-terapeutiche durante il percorso di cura e per le quali non è richiesto un consenso informato specifico.

Tra queste rientrano tutte le più comuni prestazioni sanitarie come, ad esempio: prelievi venosi, arteriosi, capillari, salivari; campionamento di urine, feci e altro materiale biologico, tamponi, terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica, rilevazione dei parametri vitali (ad es.: pressione, temperatura,

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

frequenza cardiaca, frequenza respiratoria), visita medica, applicazione/rimozione punti di sutura, assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa secondo il piano di cura.

*Le immagini a seguire sono tratte da "Documento di indirizzo sul consenso informato"  
Centro Rischio Clinico - Regione Lazio, 2022*

Tabella 1 – Livello di forza delle raccomandazioni per la raccolta del consenso informato	
Raccomandazione	Livello
Il processo informativo deve essere comprensibile alla persona e l'informazione completa ed aggiornata in base all'evoluzione del percorso di cura.	<b>A</b>
Il contenuto dell'informazione deve riguardare la diagnosi, la prognosi, i benefici ed i rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari proposti, le possibili alternative e le conseguenze dell'eventuale rifiuto, in tutto o in parte, dei trattamenti sanitari.	<b>A</b>
Il Consenso Informato deve sempre precedere qualsiasi trattamento sanitario.	<b>A</b>
Il Consenso Informato di trattamenti sanitari che comportino rischi generali o specifici, deve essere documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni.	<b>A</b>
Per l'acquisizione del Consenso Informato è utile, laddove possibile, che la persona assistita disponga di un adeguato lasso di tempo.	<b>B</b>
La persona assistita può avvalersi, ai fini della più ampia consapevolezza delle implicazioni conseguenti alla scelta diagnostico/terapeutica, del supporto/coinvolgimento di personale sanitario e/o di persone di sua fiducia.	<b>B</b>
La persona assistita può rifiutare in tutto o in parte gli accertamenti diagnostici e i trattamenti sanitari proposti.	<b>A</b>
La persona assistita deve esser messa a conoscenza della possibilità di revocare in ogni momento il consenso informato.	<b>A</b>

### I tre momenti del consenso



Tabella 4 – Chi può esprimere il Consenso Informato
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le persone maggiorenni capaci di agire possono esprimere validamente il consenso.</li> <li>2. Per i minorenni il consenso è espresso da chi esercita la responsabilità genitoriale o dal tutore, tenendo conto della volontà del minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità.</li> <li>3. Nel caso di persona interdetta il consenso è espresso dal "tutore", sentito l'interdetto ove possibile. Il tutore all'atto della sottoscrizione, oltre a fornire le generalità produrrà gli estremi del decreto di nomina.</li> <li>4. Nel caso di persona inabilitata il consenso è espresso congiuntamente dall'inabilitato e dal "curatore" che all'atto della sottoscrizione, oltre a fornire le generalità produrrà gli estremi del decreto di nomina.</li> <li>5. Nel caso di persona incapace di agire, qualora sia beneficiaria di un provvedimento di Amministrazione di Sostegno con poteri di rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso sarà espresso dall'Amministratore di sostegno e la persona assistita e rappresentata da quest'ultimo deve comunque essere sentita "ove possibile".</li> <li>6. Nel caso di persona beneficiaria di un provvedimento di Amministrazione di sostegno, purché il nominato Amministratore di sostegno abbia solo poteri di assistenza in ambito sanitario e non di rappresentanza esclusiva, il consenso informato andrà acquisito da entrambi.</li> <li>7. I familiari o la persona incaricata di ricevere le informazioni e di esprimere il consenso informato in vece della persona assistita.</li> <li>8. Il fiduciario indicato nelle DAT in relazione al consenso o rifiuto espresso "ante tempus" dalla persona assistita nel medesimo documento.</li> <li>9. Il convivente di fatto designato quale rappresentante con poteri pieni dall'altro convivente in caso di malattia che comporta incapacità di intendere e di volere.</li> </ol>

Tabella 2 – Check list per la valutazione della qualità del Consenso Informato	
Raccomandazione	
1.	Presenza dati identificativi della persona assistita
2.	Presenza dati identificativi della U.O.
3.	Presenza data di compilazione del modulo
4.	Generalità e firma della persona assistita o dell'eventuale fiduciario o persona titolata a ricevere le informazioni e/o esprimere il consenso
5.	Presenza dei descrittori, del percorso di cura (CONSENSO GENERALE) o della specifica procedura (CONSENSO SPECIFICO)
6.	Presenza della descrizione dei rischi generali e dei rischi personalizzati inerenti la procedura proposta, delle alternative, e delle conseguenze del suo eventuale rifiuto ai fini dell'acquisizione, in tutto o in parte, del CONSENSO SPECIFICO
7.	Dichiarazione della persona assistita, o della persona titolata nei casi specifici, di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente
8.	Presenza firma del medico che ha acquisito il consenso
9.	Presenza firma di un altro esercente la professione sanitaria, facente parte dell'equipe che assiste all'acquisizione del consenso informato
10.	Presenza della dichiarazione della persona assistita o della persona titolata nei casi specifici di aver rilasciato o meno le DAT secondo i criteri stabiliti dalle norme vigenti

La documentazione viene gestita secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dai regolamenti aziendali vigenti.

### Modelli di comunicazione



Esistono diversi modelli e protocolli di comunicazione da utilizzare allo scopo di ottimizzare le abilità comunicative legate all'informazione, al supporto e all'incremento della soddisfazione del paziente e della sua famiglia e caregiver nelle diverse fasi della malattia, in particolare nel fine vita (*Rapporti ISTISAN 24/24 - Manuale di valutazione della comunicazione nelle cure palliative*). Tali modelli, che devono considerarsi non esaustivi e devono tener conto delle questioni psico-socio-culturali della persona e della sua famiglia, costituiscono un percorso nel quale il professionista sanitario ha l'opportunità di analizzare le tappe inerenti a una corretta comunicazione che deve essere in grado di:

- dimostrare empatia e interesse utilizzando il linguaggio sia verbale che non verbale;
- ascoltare e rispondere ai bisogni informativi ed emotivi dei pazienti e delle loro famiglie e caregiver;
- proporre alternative e/o soluzioni accettabili e pertinenti che tengano conto del contesto di vita;
- accertarsi che le informazioni siano state correttamente comprese.

**Comunicazione con pazienti/familiari/caregivers stranieri** deve tenere conto del livello di conoscenza e comprensione della lingua italiana e delle loro tradizioni culturali e dei loro valori. Le barriere linguistiche e culturali rappresentano un considerevole ostacolo nel processo di assistenza infermieristica, in grado di compromettere significativamente la qualità della stessa.

Il professionista sanitario deve se necessario avvalersi del supporto linguistico e interculturale di un mediatore culturale.

Il mediatore assiste l'utente in loco o tramite video conferenza, gli interventi vengono attivati dai servizi ASL attraverso un'apposita modulistica presente in Intranet (<https://www.asl.vt.it/mediazione-culturale-programmata>). È possibile richiedere il **servizio di mediazione a chiamata in più lingue**, in base ai bisogni della persona.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>Edizione 1 del 03/03/2026</p>	<p>MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE</p>	<p>Pag. 34 a 26</p>

**Tabelle tratte da Rapporti ISTISAN 24/24 – Manuale della comunicazione**

**Modello A, B, C e D**

<b>A</b> Attitude	Atteggiamento, ovvero l'esame da parte del medico dei propri atteggiamenti e delle proprie convinzioni nei confronti dei pazienti, compreso porre domande su se stessi (es. come mi sentirei nella situazione di questo paziente? il mio atteggiamento nei confronti del paziente potrebbe essere basato su qualcosa che ha a che fare con mie esperienze, ansie o paure?).
<b>B</b> Behavior	Comportamento, riconoscendo che determinati comportamenti di comunicazione (es. contatto; rispetto; sedersi a una distanza comoda per la conversazione, all'altezza degli occhi del paziente; quando possibile, compiere piccoli atti di gentilezza, come portare al paziente un bicchiere d'acqua) aumentano la fiducia e la connessione tra pazienti e loro curanti.
<b>C</b> Compassion	Compassione, riferita a una profonda consapevolezza della sofferenza di un altro unita al desiderio di alleviarla: può essere trasmessa da qualsiasi forma di comunicazione, parlata o non detta, che mostri un certo riconoscimento delle storie umane che accompagnano la malattia.
<b>D</b> Dialogue	Dialogo, come elemento critico della cura che conserva la dignità, deve riconoscere la personalità al di là della malattia stessa e individuare l'impatto emotivo che accompagna la malattia; dovrebbe essere utilizzato anche per far conoscere al professionista sanitario aspetti della vita del paziente che devono essere appresi per offrire la migliore assistenza possibile.

**Comunicazione secondo il modello SPIKES**



<p><b>Il Protocollo SPIKES</b> SPIKES è un acronimo formato dalle lettere iniziali dei sei passi fondamentali costitutivi dell'intervento, dall'esplorazione delle conoscenze e delle aspettative della persona fino alla comunicazione della verità rispettando il ritmo e la volontà del paziente (Baile et al. SPIKE. <i>Oncologist</i>. 2000;5(4):302-11).</p>	
STEP	Obiettivi
<p><b>1. SETTING UP –</b> Preparare il contesto</p>	<p>Prepararsi per il colloquio e disporsi per l'ascolto Costruire la relazione Mettere il paziente a proprio agio <b>Come procedere:</b> Predisporsi all'incontro; Prevedere un tempo senza interruzioni; Chiedersi chi dovrebbe essere presente; Sedersi; Mantenere un contatto visivo; Assicurarsi che il paziente sia pronto</p>
<p><b>2. PERCEPTION –</b> Capire cosa il paziente sa già</p>	<p>Esplorare la conoscenza e l'idea che la persona ha dei suoi disturbi Valutare le discrepanze nell'informazione Comprendere le aspettative e le preoccupazioni del paziente Chiarire le finalità dell'incontro Chiarire chi desidera che sia presente all'incontro <b>Come procedere:</b> Domande aperte o chiuse; Correggere informazioni sbagliate e fraintendimenti; Affrontare aspettative irrealistiche; Definire il proprio ruolo</p>
<p><b>3. INVITATION –</b> Invitare il paziente a esprimersi sul desiderio di essere informato</p>	<p>Valutare quante informazioni desidera ricevere il paziente e quando comunicarle Riconoscere che il bisogno di informazioni da parte del paziente può cambiare nel tempo</p>
<p><b>4. KNOWLEDGE –</b> Condividere le informazioni</p>	<p>Informare in modo graduale Preparare il paziente a ricevere la notizia Personalizzare le informazioni, evitare l'utilizzo di termini gergali Valutare l'effetto di ciò che si sta comunicando Verificare che il paziente abbia compreso Valutare la gradualità delle informazioni da dare (non sempre è necessario dire tutto e subito) Affrontare una questione per volta (es. chiarire le implicazioni della diagnosi prima di affrontare gli effetti del trattamento) Incoraggiare e rispondere a tutte le domande su dubbi o paure</p>
<p><b>5. EMOTIONS –</b> Dare spazio alle emozioni</p>	<p>Facilitare l'espressione delle emozioni Convalidare le reazioni emotive del paziente Riconoscere le proprie reazioni emotive Aiutare il paziente a ripristinare il controllo della situazione <b>Come procedere:</b> Aspettarsi reazioni emotive ed essere pronti ad accoglierle Rispondere in modo empatico alle reazioni emotive, aprendo una dimensione di ascolto e di accettazione, cercando di comprendere il suo punto di vista, i suoi vissuti e valori Evitare risposte inopportune e false rassicurazioni, piuttosto chiarire le ragioni delle sue emozioni e le modalità per affrontare le paure e le preoccupazioni</p>
<p><b>6. STRATEGY AND SUMMARY –</b> Pianificare e riassumere</p>	<p>Assicurarsi che esista un piano chiaro e condiviso per il futuro <b>Come procedere:</b> Verificare cosa ha compreso; Offrire opzioni di trattamento e informare sulle terapie; Comprendere eventuali ostacoli e preoccupazioni; Esplicitare il proprio ruolo e rendersi disponibile per eventuali chiarimenti; Fornire materiale informativo</p>

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

### Riservatezza e autorizzazione a dare informazioni e comunicazione dei dati personali

SCOPO: Vengono rispettati i diritti del paziente alla riservatezza delle informazioni che lo riguardano		
Criteri	Si	No
<b>L'operatore:</b>		
1. Si accerta che i dati personali e quelli relativi alla salute del paziente siano corretti, completi <sup>1</sup> e aggiornati.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Chiede al paziente i nominativi delle persone (es. familiari/caregiver, medico curante, tutore, altri soggetti) a cui poter fornire informazioni riguardanti il suo stato di salute <sup>2</sup> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si accerta che il paziente abbia firmato il modulo in cui sono esplicitati i dati (nomi, cognomi etc.) delle persone a cui i sanitari possono fornire informazioni sul suo stato di salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Individua per i pazienti fragili un familiare/caregiver e/o un'altra figura che possa fornire informazioni sul paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verifica se il paziente ha depositato le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e se le stesse contengano la nomina di un fiduciario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Qualora venga invitato dai familiari/caregiver a non comunicare informazioni al paziente circa le sue condizioni di salute, interviene spiegando che lo deve fare per necessità e obbligo di legge a meno che il paziente non desideri essere informato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Garantisce il rispetto del diritto alla riservatezza e alla libera volontà del paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Registra in cartella l'avvenuta espressione del consenso al trattamento dei dati.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nel caso in cui il paziente sia un minore o una persona incapace, viene identificato il genitore/ tutore/ curatore/ fiduciario a cui dare le informazioni e a cui chiedere il consenso per conto del paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Le informazioni e i dati relativi allo stato di salute del paziente vengono forniti esclusivamente al diretto interessato o a persone da questi autorizzate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Esistono procedure scritte dirette ad assicurare il rispetto della riservatezza durante la trasmissione delle informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nell'effettuazione del trattamento e nel suo monitoraggio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Le procedure di cui al punto precedente sono applicate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCOPO: Il paziente e il familiare/caregiver ricevono informazioni chiare circa le modalità di raccolta e trattamento dei dati personali forniti		
Criteri	Si	No
<b>L'operatore:</b>		
1. Si accerta che il paziente o il tutore abbia firmato o espresso il consenso esplicito al trattamento dei propri dati personali per le finalità richieste dal piano di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fornisce l'informazione per iscritto o con mezzi elettronici o, se richiesto dall'interessato, oralmente, purché sia comprovata con altri mezzi l'identità dell'interessato stesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sottopone al paziente il modulo di consenso utilizzato dalla struttura garantendo all'interessato un'adeguata sicurezza nel trattamento dei dati personali, che sono:		
• trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono raccolti;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• esatti e, se occorre, aggiornati;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• conservati in modo da consentire l'identificazione dell'interessato solo per il periodo di tempo necessario a raggiungere lo scopo della raccolta e del trattamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Informa il paziente o il tutore circa le seguenti informazioni minime:		
• l'identità e i dati di contatto del Titolare del trattamento;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• i dati di contatto del <i>Data Protection Officer</i> (DPO);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le finalità del trattamento e la base giuridica;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• i destinatari o le categorie di destinatari dei dati personali;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• l'intenzione del Titolare di trasferire i dati raccolti a un paese terzo;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• il periodo di conservazione dei dati personali raccolti;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• i diritti dell'interessato relativamente ai propri dati (accesso, rettifica, cancellazione, portabilità, limitazione del trattamento);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• il diritto per l'interessato di presentare reclamo all'autorità di controllo;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le conseguenze del mancato conferimento dei dati personali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si accerta che il paziente o il tutore abbiano ricevuto un'informativa specifica sulla costituzione e alimentazione del Dossier Sanitario Elettronico (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>Edizione 1 del 03/03/2026</p>	<p>MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE</p>	<p>Pag. 36 a 26</p>

### Modalità di gestione dei conflitti con il paziente/caregiver

I conflitti sono situazioni nelle quali due o più persone entrano in opposizione o disaccordo: fanno parte integrante della vita di relazione e sono causati dalla incapacità di trovare una soluzione intrinseca alla lite. Sono costantemente presenti nei contesti familiari e in tutte le organizzazioni sociali: in ambito sanitario fanno costantemente parte della routine giornaliera. Le cause più comuni sono ascrivibili a carenza di risorse e divergenza di obiettivi. Tutti i conflitti presentano un'escalation, per cui risulta indispensabile riconoscerli, al fine di disinnescarli al più presto. I medici, in quanto dirigenti, devono riconoscere i segnali precoci del conflitto latente al fine di gestirli al meglio e saperli eventualmente utilizzare al fine di stimolare il cambiamento dell'organizzazione. Per la gestione del



La gestione del conflitto con l'assistito richiede un approccio basato sull'empatia, l'ascolto attivo e la comunicazione assertiva, trasformando una tensione potenziale in un'opportunità di crescita relazionale. Il conflitto deve essere riconosciuto e affrontato prontamente per evitare che si trasformi in aggressività verbale o fisica.

Principali strategie e tecniche per gestire i conflitti con l'assistito:

- **Ascolto Attivo e Comunicazione Empatica**  
 Ascoltare senza interrompere: Lasciare che l'assistito esprima la propria frustrazione, comprendendo il significato e le ragioni sottostanti alla rabbia.  
 Parafrasare (Riformulazione): Riepilogare il concetto espresso dall'interlocutore per verificare la comprensione e dimostrare interesse.  
 Validazione: Riconoscere le emozioni dell'assistito con frasi come "Capisco che sei arrabbiato".  
 Linguaggio non verbale: Mantenere un contatto visivo calmo, una postura aperta e utilizzare un tono di voce pacato.
- **Tecniche di De-escalation (per situazioni ad alta tensione)**  
 Mantenere la calma: Controllare le proprie emozioni per non alimentare la tensione.  
 Spazio fisico: Garantire una distanza di sicurezza sufficiente e non fraporsi tra l'assistito e l'uscita.  
 Linguaggio semplice: Utilizzare un linguaggio chiaro e adatto alla persona, evitando termini troppo tecnici.  
 Focus sul problema: Concentrarsi sul problema specifico piuttosto che sull'attacco personale.
- **Approccio Negoziabile e Soluzione Comune**  
 Ricerca di soluzioni condivise: Lavorare insieme per trovare una soluzione che soddisfi le esigenze dell'assistito nel rispetto delle procedure.  
 Definizione dei confini: Sebbene empatici, è necessario stabilire confini chiari per garantire un ambiente di cura sicuro e professionale.  
 Non prendere le critiche sul personale: Comprendere che spesso la rabbia deriva da paura, dolore o frustrazione per la situazione.
- **Gestione della Propria Emotività**  
 Riconoscere lo stress: Monitorare i propri segnali fisici di stress per non reagire in modo emotivo.  
 Condivisione: Parlare delle situazioni difficili con colleghi o supervisori (debriefing).

In casi di aggressività estrema, è fondamentale seguire le procedure aziendali, fare rete con l'équipe e, se necessario, denunciare gli episodi per la sicurezza propria e altrui.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

	<p>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</p>	
<p>Edizione 1 del 03/03/2026</p>	<p>MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE</p>	<p>Pag. 37 a 26</p>

**M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) I.O. 01/26 - P.O. 06/26  
COMUNICAZIONE TRASPARENTE DEGLI EVENTI AVVERSI**

**SCOPO**

Una comunicazione trasparente, di fatto, attiene ad un principio di etica e deontologia perché garantisce il diritto del cittadino/paziente a ricevere una comunicazione chiara quando si verifica un evento avverso. Inoltre, una comunicazione chiara consente di condividere le scelte e collaborare per la migliore gestione dell'evento.

Diversi studi scientifici hanno dimostrato che, qualora la comunicazione sia stabilita secondo canali di trasparenza e chiarezza la stessa contribuisce a ridurre la conflittualità tra le parti

**OBIETTIVI:**

- mantenere il rapporto di fiducia tra il sistema sanitario ed i cittadini/pazienti
- ridurre del numero di contenziosi
- stabilire una comunicazione efficace.

**DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ**

La comunicazione dell'evento avverso deve avvenire non appena accertato il fatto, quando il paziente è clinicamente stabile ed in grado di accogliere quanto gli sarà detto.

Prima del colloquio, gli operatori sanitari coinvolti nell'evento raccolgono tutti gli elementi informativi inerenti la vicenda clinica che ha coinvolto il paziente. Questi contenuti saranno condivisi con tutti i componenti dell'équipe che prenderanno parte al colloquio: un operatore che conosca la storia clinica, preferibilmente un medico sostenuto da altre due persone, ad esempio il direttore della struttura e da un professionista di riferimento per il paziente.

Il paziente può, a sua volta, chiedere di essere assistito nel corso del colloquio da persona di sua fiducia.

Il colloquio deve svolgersi in un luogo raccolto, adatto per lo svolgimento della comunicazione con il paziente. Accertarsi che il colloquio avvenga senza interruzioni, garantendo assoluta riservatezza.

Ricordare che la documentazione sanitaria, ove richiesta, deve essere prontamente messa a disposizione del paziente o del suo legale rappresentante.

Preliminarmente è necessario stabilire un rapporto empatico con il paziente e/o i familiari finalizzato a stabilire un clima di onestà, trasparenza, partecipazione e solidarietà, tenendo bene a mente che tutte le persone coinvolte potrebbero trovarsi in uno stato emotivo alterato.

Nel caso di pazienti fragili (soggetti di età avanzata, pazienti pediatrici, pazienti con disabilità, pazienti stranieri) occorre predisporre la presenza di figure di sostegno (psicologo, interprete, mediatore culturale professionale).

Il linguaggio utilizzato deve essere semplice ed adeguato alle possibilità di comprensione degli interlocutori. È necessario parlare lentamente e, ripetere, se necessario, i concetti espressi assicurandosi sempre che l'interlocutore abbia compreso. Lasciare spazio ad eventuali domande del paziente/parenti. Gli operatori devono essere preparati a rispondere alle domande poste dai pazienti e/o familiari, anche relativamente ad eventuali risarcimenti.



I fatti avvenuti devono essere descritti con chiarezza e senza ambiguità evitando di sovraccaricare il paziente con un eccesso di informazioni o di semplificare eccessivamente l'accaduto sino al punto di banalizzarlo.

In caso di evento avverso gravi gli operatori sanitari coinvolti saranno affiancati da psicologi per il debriefing di sostegno con l'obiettivo di evitare sentimenti negativi e la creazione di atteggiamenti di evitamento organizzativo.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

**Immagine 1 – Check list riassuntiva (tratta dalle Linee guida ministeriali)**

<b>Fase 1</b>  <b>Preparazione del colloquio</b>	<b>A</b>		Raccolta di tutte le informazioni necessarie	
	<b>B</b>		Individuazione del personale che dovrà essere presente	
	<b>C</b>		Disponibilità della documentazione sanitaria	
	<b>D</b>		Predisposizione del luogo di svolgimento del colloquio	
	<b>E</b>		Disponibilità di figure di sostegno	
<b>Fase 2</b>  <b>Modalità di conduzione del colloquio</b>	<b>A</b> Esprimere rincrescimento <b>B</b> Descrivere l'accaduto		Esprimere al paziente o ai familiari il proprio rammarico, mostrando rincrescimento per l'evento	
		1	Descrivere i fatti avvenuti chiaramente, con calma, utilizzando un linguaggio verbale e non verbale adeguato	
		2	Far esprimere il paziente o i familiari	
		3	Fornire al paziente o ai familiari un tempo sufficiente per recepire le informazioni. Stimolare le domande.	
		4	Assicurare il supporto psicologico	
	<b>C</b> Fornire informazioni	5	Evitare rassicurazioni e l'attribuzione di colpe o responsabilità	
		1	Fornire informazioni per gestire la situazione	
	<b>D</b> Programmare il follow-up	2	Illustrare l'iter diagnostico e terapeutico riabilitativo e raccogliere il consenso	
		1	Programmare il follow up	
		2	Programmare gli incontri successivi	
		3	Indicare un persona di riferimento sempre rintracciabile (nome e numero di telefono) per ogni ulteriore necessità	
		4	Se richiesto, fornire le informazioni sulle procedure per richiesta di risarcimento	

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 39 a 26

<b>RETE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE</b>
<b>M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) P.O. 07/26</b>
<b>TELEMEDICINA E DIGITALIZZAZIONE DEI PROCESSI</b>

## OGGETTO

La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico e quindi ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario. La prestazione in Telemedicina **non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra** per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza.



Glossario
<p><b>Telemonitoraggio</b> offre supporto al medico specialistico e quindi al paziente, la trasmissione dei parametri clinici da parte del paziente/infermiere ad una postazione di monitoraggio per la loro interpretazione, dal domicilio o presso reparti di terapia intensiva (ICU). Quale che sia il sistema di telemonitoraggio deve permettere al medico di prescrivere a domicilio l'appropriato e personalizzato trattamento, nonché di individuare immediatamente situazioni di peggioramento delle condizioni che richiedano assistenza maggiore in ambiente ospedaliero</p>
<p>La <b>teleferfazione</b> consiste nel redigere il referto medico non essendo fisicamente davanti al Pc di refertazione. Poter avere a disposizione da remoto dei dati clinici con cui poter redigere il referto del paziente e quindi produrre un documento digitale equivalente al cartaceo con conseguente autenticazione del documento grazie alla firma digitale remota in ottemperanza alle normative vigenti.</p>
<p>Il <b>teleconsulto</b> è un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette a un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici, in ragione di specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico del paziente. Definita in alcuni casi anche <b>telecooperazione</b> sanitaria visto che consiste nell'assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario ad un altro medico. Il termine viene anche utilizzato per la consulenza fornita a quanti prestano un soccorso d'urgenza.</p>
<p>La <b>Telesalute</b> prevede un ruolo attivo del medico (presa in carico del paziente) e un ruolo attivo del paziente (autocura), prevalentemente pazienti affetti da patologie croniche, e in questo il telemonitoraggio si differenzia perchè lo scambio di dati (parametri vitali) tra il paziente (a casa, in farmacia, in strutture assistenziali dedicate,...) e una postazione di monitoraggio non avviene solo per l'interpretazione dei dati, ma anche per supportare i programmi di gestione della terapia e per migliorare la informazione e formazione (knowledge and behaviour) del paziente. Allo stesso tempo si forniscono alla persona informazioni e consigli utili alla gestione della sua specifica condizione, anche per una responsabilizzazione degli stessi.</p>
<p>Per <b>Teleassistenza</b>, si intende un sistema socio-assistenziale per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di "supporto" da parte di un centro servizi. Rientra nei <b>teleservizi territoriali</b> cioè nelle prestazioni di telemedicina erogabili dai servizi sociosanitari territoriali, al fine di garantire la continuità assistenziale.</p>
<p><b>Telesorveglianza domiciliare</b> Attività di telesalute, televisita e telemonitoraggio applicate per la sorveglianza sanitaria nell'ambito dell'emergenza COVID-19.</p>

**SICUREZZA DELLE CURE** La tecnologia viene opportunamente utilizzata all'interno di un ragionamento clinico che ha come scopo la cura dell'individuo, è quindi uno strumento del processo di cura e non la cura. Ai fini della gestione del rischio clinico e della responsabilità sanitaria, il corretto atteggiamento professionale consiste nello **scegliere le soluzioni operative che offrano le migliori garanzie di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza e nel rispetto dei diritti della persona, scegliendo la combinazione di azioni che appaia più appropriata dal punto di vista medico-assistenziale nel singolo caso.**

## REQUISITI

- ✓ Connettività al domicilio e alla postazione da dove agisce il personale sanitario
- ✓ Accessibilità e fruibilità del servizio (semplici e intuitive istruzioni disponibili sia scritte che in voce)
- ✓ Orari copertura e completezza del servizio offerto
- ✓ Cybersecurity e trattamento dati

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>Edizione 1 del 03/03/2026</p>	<p>MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE</p>	<p>Pag. 40 a 26</p>

- ✓ Condizioni riferite alla possibilità della persona a domicilio di collaborare, autonomia nell'uso dei sistemi digitali (del destinatario) o presenza di un caregiver che possa collaborare alle attività

**SCOPO** Il compito dei servizi in telemedicina offerti a domicilio consiste essenzialmente nel limitare la frequenza degli episodi di riacutizzazione delle patologie croniche e/o nel prevenirne le complicanze, riducendo per quanto possibile la necessità di prestazioni per le quali sia indispensabile recarsi presso strutture sanitarie. In questo caso trova una sua ulteriore utilità nel controllo a distanza della diffusione del contagio e facilitare in ogni modo possibile il controllo/contatto a distanza dei pazienti da parte dei medici.



**TARGET:** Pazienti affetti da patologie croniche o che richiedano trattamenti di lungo periodo comprendendo anche le persone affette da malattie rare e condizioni di fragilità che richiedono costanti contatti con le strutture sanitarie e gli operatori sanitari di riferimento

**Avvertenze** I cittadini vogliono poter contare su un servizio facilmente fruibile a distanza e si aspettano di ricevere già attraverso il contatto telematico la soluzione del problema o quanto meno di percepire di essere comunque assistito in modo efficace e sicuro, pena una perdita di fiducia. È fondamentale inoltre esplicitare alla persona, già dal primo contatto, oltre alle regole d'accesso (modalità, orari e tempi di risposta) alla televisita, anche la spiegazione chiara ed esaustiva delle procedure di telemonitoraggio e teleassistenza. Nei casi in cui il paziente o il care-giver non siano in grado di utilizzarli in modo accettabile, occorre organizzare un'adeguata sequenza di azioni, fino a quando le condizioni siano tali da garantire sicurezza ed efficacia.

**Indicazioni operative per la gestione dei processi di telemedicina: la televisita**

<b>Definizione</b>	<p>è un <b>atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente</b>. L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla visita può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure. Durante la Televisita un operatore sanitario può assistere il medico. Il collegamento deve consentire di vedere e interagire con il paziente e deve avvenire in tempo reale. La qualità del collegamento deve garantire al medico di vedere e interagire in tempo reale con il paziente, ed in modo adeguato da permettere uno scambio di dati ed immagini sostenibile.</p>
<b>Requisiti</b>	<p>L'interazione tra il medico e il paziente deve essere assicurata attraverso un collegamento tipo call-conference, con acquisizione di eventuale documentazione clinica anche precedentemente alla visita, di complessità tecnologica (chiamata, videochiamata, trasmissione immagini tipo lesioni/ferite etc.) proporzionale alle necessità cliniche a valutazione del medico che esegue la televisita. La verifica della eleggibilità degli specifici pazienti all'effettuazione di una televisita è responsabilità del medico specialista o dell'équipe che lo ha in carico.</p>
<b>Attivazione</b>	<p>Le televisite può essere attivata dallo specialista, in sostituzione o in integrazione della visita di controllo prevista, sia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nella fase di recall dei pazienti prenotati sulle agende di follow up nel periodo di adozione delle misure di riduzione del contagio da Covid-19 al fine di recuperare le prestazioni</li> <li>- sia come strumento di presa in carico della cronicità per la facilitazione dei percorsi.</li> </ul> <p>È necessario avere il consenso del paziente all'esecuzione della visita in remoto e avere la certezza che esso abbia i requisiti di connessione di rete e l'alfabetizzazione tecnologica di base per procedere.</p> <p>Il paziente può essere supportato da caregiver nella gestione della comunicazione.</p> <p>Nella tabella a seguire le prestazioni erogabili in televisita.</p>
<b>Criteri di eleggibilità</b>	<p>Tale prestazione, che affianca e non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale, trova <b>applicazione nella continuità assistenziale</b> (follow up) di pazienti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. con <b>diagnosi nota o sospetto diagnostico già formulato in una precedente visita</b> e eventualmente in <b>corso di approfondimento</b></li> <li>b. con eventuale terapia già in corso da rivalutare</li> <li>c. per i quali non è necessario acquisire informazioni rilevanti da una semeiotica diretta o dall'esecuzione di prestazioni strumentali, diagnostiche o terapeutiche contestuali</li> <li>d. in isolamento domiciliare perché COVID + o contatti stretti</li> </ol> <p>Al momento l'erogazione della prestazione è possibile solo per pazienti della Regione Lazio con esenzione per patologia o esenzione totale.</p>

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 41 a 26

	<p>Resta inteso che l'eleggibilità degli specifici pazienti all'effettuazione di <b>una tele visita è responsabilità esclusiva del medico specialista che lo ha in carico.</b></p> <p>Nel caso di impossibilità di erogazione in tele visita, per assenza dei requisiti minimi, soggettivi od oggettivi, di capacity digitale dell'assistito, dovrà essere garantita la visita in presenza.</p>
<b>Criteri di esclusione</b>	a. prestazioni urgenti b. prime visite
<b>Richiesta</b>	<p>Il MMG/PLS può prescrivere esclusivamente una visita di controllo da effettuarsi con il metodo "classico", cioè con l'accesso fisico del paziente presso gli ambulatori delle strutture sanitarie.</p> <p>La tele visita, considerate le sue caratteristiche, le sue finalità (follow-up e continuità diagnostico-terapeutica) ed il target dei pazienti a cui si rivolge (paziente e/o patologia nota), <b>può essere prescritta, esclusivamente dal medico specialista che ha in carico il paziente.</b></p> <p><b>Anche nel caso di prestazione a recupero va riemessa ricetta con nuova prescrizione</b></p> <p>La richiesta necessariamente in DEMA deve essere subito calendarizzata su agende esclusive dedicate ed inserita nel sistema Recup dallo specialista o in <b>altro sistema provvisorio</b> in attesa di aggiornamento codici CUR per essere poi recuperata quando il sistema sarà a regime.</p>
<b>Azioni propedeutiche</b>	Ritiro della firma digitale presso l'ufficio preposto al rilascio (vedi allegato regolamento)
<b>Recall</b>	A ridosso della data della prenotazione, il paziente sarà contattato per una conferma dell'appuntamento e per verificare che abbia inteso le modalità di interazione con il sistema di tele visita per come sotto descritto.
<b>Modulo Smart visit (Smart digital clinic)</b>	<p>Nella piattaforma Smart Digital Clinic, dopo apertura della cartella clinica dell'utente, sarà possibile avviare, grazie al modulo SmartVisit, una tele visita ed invitare il paziente selezionato a partecipare.</p> <p>È sufficiente inserire l'indirizzo email del paziente a cui inviare l'invito (il sistema suggerirà in compilazione automatica l'indirizzo registrato nel profilo anagrafico)</p> <p>Cliccando sul tasto <b>"Avvia Nuova SmartVisit"</b> verrà aperta la finestra della tele visita in cui avverrà la videochiamata. Contestualmente, all'indirizzo email del paziente specificato al punto precedente, verrà inviata una mail contenente il link per partecipare alla tele visita. Una volta che il paziente avrà cliccato sul link di partecipazione, verrà collegato in videochiamata nella stanza virtuale creata dal medico.</p> <p>Il paziente potrà accedere alla tele visita via browser o via app mobile "Jitsi" (disponibile gratuitamente e senza bisogno di account negli store Android e iOS).</p> <p>Nel corso di una SmartVisit è possibile per il medico minimizzare la finestra della videochiamata in modo da poter continuare a consultare ed utilizzare la cartella clinica, così come è possibile catturare lo schermo del video del paziente cliccando sul tasto <b>Cattura Schermo</b> nella finestra di SmartVisit. Le immagini catturate verranno archiviate all'interno della sezione allegati della scheda DIARIO in cartella.</p> <p>Durante la tele visita il medico potrà:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• raccogliere informazioni anamnestiche;</li> <li>• valutare per quanto possibile lo stato di salute del paziente;</li> <li>• parlare col caregiver;</li> <li>• valutare l'opportunità di effettuare prescrizioni digitali mediante gli strumenti a disposizione.</li> </ul>
<b>Esito</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riscontro o meno di una stabilità clinica nell'ambito del quadro diagnostico già noto</li> <li>2. Necessità o meno di un accesso urgente a prestazioni diagnostico-terapeutiche, in questo caso lo specialista assicura la presa in carico del paziente</li> <li>3. Richiesta di approfondimento diagnostico</li> <li>4. Conferma o variazione della terapia</li> <li>5. Rinnovo di piano terapeutico o di piano per il rilascio di presidi o di esenzione</li> <li>6. Impossibilità di addivenire ad una conclusione diagnostico – terapeutica quindi programmazione di una visita ambulatoriale</li> </ol>
<b>Relazione conclusiva</b>	La relazione, opportunamente sottoscritta con firma digitale, rilasciata a fine visita, viene inviata per via telematica insieme ad eventuale altra documentazione (piani terapeutici, richieste esami di approfondimento, richieste farmaci o certificazioni)

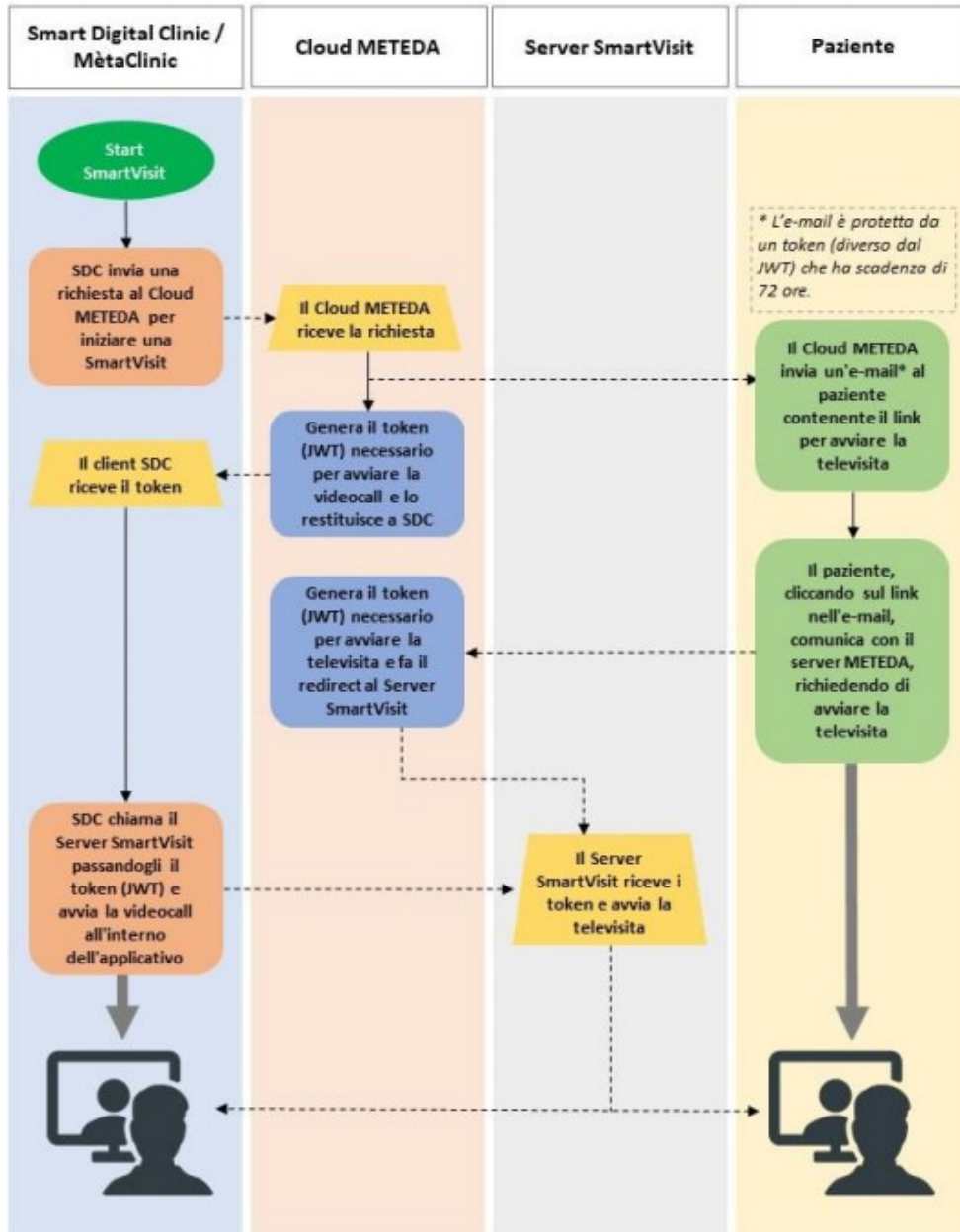
Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

	<p>La relazione finale della televisita deve rispettare i seguenti requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ identificazione del richiedente e data/ora della televisita, indicazione di eventuali collaboratori partecipanti alla televisita (presenza caregiver, presenza di un medico);</li> <li>→ quesito diagnostico o motivazione della richiesta, inquadramento e sintesi anamnestica;</li> <li>→ conclusioni diagnostiche ed eventuali suggerimenti di approfondimento diagnostico</li> <li>→ eventuali prescrizioni terapeutiche</li> <li>→ data e modalità di erogazione del prossimo controllo</li> <li>→ identità e firma del refertante</li> </ul> <p>Al termine della televisita, la relazione va trasmessa via e-mail al paziente ed al suo medico di fiducia.</p>
<b>Garanzia della tracciabilità</b>	<p>Alcune informazioni chiave vengono memorizzate nella piattaforma SDC a dimostrazione dell'avvenuta esecuzione, nello specifico le informazioni relative alla data, ora inizio, ora fine, durata, organizzatore (nome utente che ha avviato la SmartVisit) e centro. Se durante la sessione di SmartVisit il medico ha catturato delle schermate sul video del paziente, verrà riportata nella griglia un'icona di allegato ad indicare la presenza di immagini catturate. Al termine della televisita, dopo aver riagganciato mediante il tasto rosso di chiusura chiamata e aver chiuso la finestra di SmartVisit, il sistema chiede al medico se intende rendicontare la sessione appena terminata come prestazione di Televisita. In questo modo, sarà poi possibile estrarre dal report tutte le prestazioni di Televisita erogate nell'arco temporale selezionabile. Nella cartella utente è presente una finestra contenente lo storico di tutte le sessioni di televisita effettuate.</p>



### Prestazioni erogabili in telemedicina

COSA	CHI	COME	INDICAZIONI
Televisita di follow up (controllo)	Medico	DEMA rilasciata dallo specialista stesso	Visita di controllo per visionare referti esami Visita di controllo per titolazione farmaci Visita di controllo a breve in soggetto instabile per valutare eventuale intervento in presenza Visita di controllo in soggetto stabile <i>Visita di controllo con possibilità di effettuare prescrizioni terapia e esami</i> Visite di follow up da alternare a visite ambulatoriali per dilatare nel tempo gli intervalli dei controlli
Televisita per rinnovo PT/PP	Medico	DEMA rilasciata dallo specialista stesso	Visita di controllo con rinnovo piano terapeutico Visita di controllo con rinnovo piano presidi Visita di controllo per rilascio/rinnovo esenzioni o altre certificazioni non a scopo medico legale
Telemonitoraggio	Medico Infermiere	Prestazione multipla	Controllo in remoto di dispositivi impiantabili Controllo in remoto di device gestiti dal paziente Controllo device gestiti a domicilio da infermiere Controllo dati automonitoraggio e controllo chat
<i>Teleassistenza/ telenursing</i>	<i>Infermiere Ostetrica Assistente sociale</i>	Prestazione multipla	Sorveglianza proattiva Educazione sanitaria Sedute di counselling Interventi di supporto sociale
<i>Telecounselling</i>	<i>Assistente sociale/psicologo</i>	Prestazione multipla	Sedute di counselling
Teleconsulto per valutazione multidimensionale		La scarica il servizio attivante	Televisita o televalutazione del caso in gestione multicentrica
Teleconsulto tra primo livello e centro di expertise	MMG Medico specialista Infermiere	La scarica il servizio che riceve la richiesta	Second opinion tra MMG/specialista Consulto con trasmissione di immagini tra infermiere e specialista

## ARCHITETTURA DI SISTEMA



5Si allega tutorial assistito/caregiver per televisita



 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL VITERBO	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <small>REGIONE LAZIO</small>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 44 a 26

**M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) I.O. n. 1/26 - P.O. 07/26**  
**APPLICATIVI IN USO E CARTELLA ASSISTITO**

APPLICATIVI IN USO		
Sistema/piattaforma	Funzionalità	Percorso
SMART DIGITAL CLINIC (SDC)	Cartella ambulatoriale informatizzata specifica per cronicità maggiori (BPCO, Scopenso cardiaco, Diabete, TAO) Cartella ambulatoriale informatizzata base generica per tutte le specialistiche ambulatoriali (anche area salute mentale)	Cartella clinica utente Gestione PDTA e PrIS semplici Gestione attività di telemedicina Consente interazione centro di cura -utente tramite un APP di messaggistica e automonitoraggio
ADT -OPERA	Gestione Ammissioni Dimissioni Trasferimento Cartella Informatizzata Ospedaliera (integrata medico -infermieristica)	Percorso ospedaliero Valutazione rischio dimissione difficile e valutazione multidimensionale ospedaliera (dimissione orientata) PAI temporaneo Gestione PPLL (movimento)
CLIGES	Gestione PL setting accreditati	Inserimento richieste provenienti da UVMD, gestione liste d'attesa in condivisione con strutture
COLIBRÌ	Gestione attività di telediagnostica	
AMC AREAS	Gestione dell'area amministrativo contabile	Gestione COGE COAN
Sistema di business intelligence EIMAS	Gestione e integrazione dei flussi informativi aziendali e regionali	Controllo di gestione Monitoraggio LEA Monitoraggio PrIS Stratificazione popolazione
DNLAB	Gestione rete laboratori diagnostica e repository	Attività per esterni e ricoverati
ELEFANTE	Gestione rete diagnostica per immagini e repository	Attività per esterni e ricoverati, teleradiologia
PHATOX	Gestione diagnostica anatomia patologica e repository	Attività per esterni e ricoverati
PERCORSO NASCITA 4.0 (PN 4.0)	Percorso Nascita digitalizzato	Cartella utente Calendario appuntamenti Interazione tra utente e specialisti, integrazione H-T
GIPSEWEB E BI4H	Gestione flussi e analisi dati PS	Gestione percorso utente, monitoraggio e analisi attività
LAZIOADVICE	Piattaforma telemedicina accessibili dai professionisti ASL e dai MMG	Teleconsulenza rete PS intra ed interaziendale
TRANSITIONAL CARE	Per ADI Strumenti di valutazione InterRai Per strutture residenziali modulistica Regionale in uso	Gestione liste uniche d'attesa e cartella ADI
SANPRO	Gestione flussi e autorizzazioni protesica	Gestione processo di distribuzione degli ausili, protesi e presidi. Si aggiungono applicativi in dotazione da parte delle ditte
DRUGPIN	Clinical Decision Support System (CDSS) in forma di Web-APP	supporto alla gestione e ottimizzazione delle terapie

A questi si aggiungono le altre piattaforme regionali e nazionali quali AVR, ASUR, RECUP, SIO, SIAS, SIES, SIAT, SIRD SIPSOWEB, SAR, SISMED, FARMED, SERESMI, AIFA.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

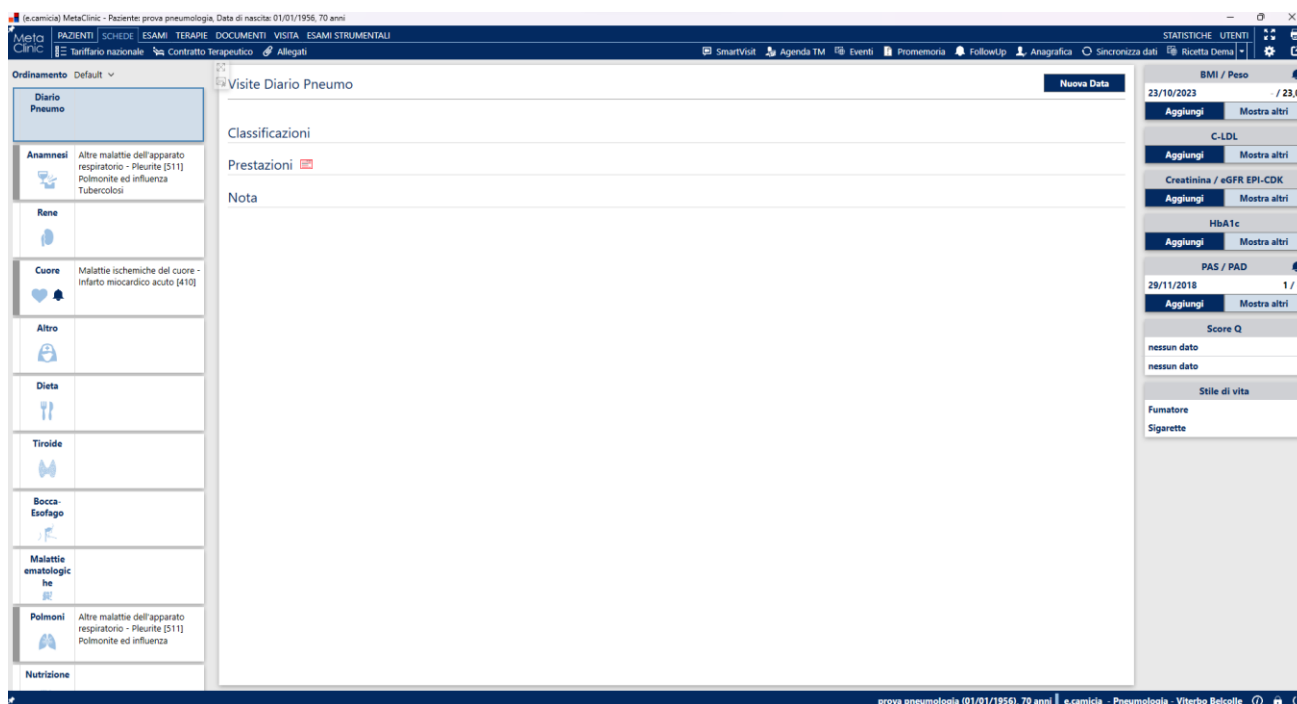
 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>Edizione 1 del 03/03/2026</p>	<p>MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE</p>	<p>Pag. 45 a 26</p>

Nell'ambito delle cartelle informatizzate per gli assistiti che accedono negli ambulatori è al momento disponibile la cartella informatizzata SDC (vedi manuale d'uso) di cui si riportano alcuni screen shot.

La Smart Digital Clinic (SDC) è una piattaforma digitale che consente di lavorare in verticale, con l'apertura della cartella ambulatoriale e la possibilità di definire un Progetto Individuale di salute della persona assistita, ed in orizzontale monitorando le interazioni tra specialisti per gestire la policronicità, attuando strategia di teleassistenza e telecontrollo.

Questi meccanismi consentono di implementare un database unico condiviso tra i vari percorsi dedicati alla cronicità e generare un sistema di reminder verticali (CO vs Paziente) basato su valori ematochimici raccolti dal LIS (Diabetologia) e su gli score generati dalla compilazione di questionari clinici e la rilevazione parametri tramite APP (BPCO e Scopenso Cardiaco) e sistema di reminder orizzontali tra clinici generati dall'entry di alcune informazioni ritenute rilevanti dai clinici che hanno in gestione lo stesso paziente con diverse cronicità (COC vs COC). L'app e la chat dedicata (scaricabili dal medico tramite la cartella su smartphone dell'utente/caregiver sia con sistemi iOS e Android) rappresenta un'offerta attiva di telemedicina che consente la partecipazione dei pazienti e l'interazione di questi con la Centrale Operativa Cronicità.

L'infermiere presente alla consolle legge i dati degli automonitoraggi e, indipendentemente dal primo messaggio di risposta che viene generato automaticamente dal sistema, può interagire con la persona tramite chat qualora si necessario rafforzare le azioni di educazione volte al self management o sia opportuno riprogrammare visite e controlli successivi. Allerta inoltre il clinico di riferimento sulla base dell'urgenza del problema rilevato. Nello stesso modo l'infermiere rileva gli altri reminder generati dal sistema (ad esempio aderenza alle scadenze dei follow up da parte dell'utente, o valori ematici alterati che rendono necessario un intervento). Tramite SDC è possibile inoltre procedere anche con una televisita o con azioni di teleassistenza in video oltre che in chat. Sulla chat possono essere condivisi documenti e video tutorial.



The screenshot displays the MetaClinic software interface for a patient named 'prova pneumologia' (01/01/1956, 70 anni). The interface is divided into several sections:

- Navigation Bar:** Includes tabs for PAZIENTI, SCHEDE, ESAMI, TERAPIE, DOCUMENTI, VISITA, and ESAMI STRUMENTALI. It also features utility icons for SmartVisit, Agenda TM, Eventi, Promemoria, FollowUp, Anagrafica, Sincronizza dati, Ricetta Dema, and STATISTICHE UTENTI.
- Left Panel (Ordinamento):** A vertical menu with icons and labels for various medical categories: Diario Pneumo, Anamnesi (Altre malattie dell'apparato respiratorio - Pleurite [511], Polmonite ed influenza, Tubercolosi), Rene, Cuore (Malattie ischemiche del cuore - Infarto miocardico acuto [410]), Altro, Dieta, Tiroidi, Bocca-Esofago, Malattie ematologiche, Polmoni (Altre malattie dell'apparato respiratorio - Pleurite [511], Polmonite ed influenza), and Nutrizione.
- Main Content Area:** Titled 'Visite Diario Pneumo', it contains sections for 'Classificazioni', 'Prestazioni' (with a red icon), and 'Nota'.
- Right Panel (Vital Signs):** A vertical list of health metrics with 'Aggiungi' and 'Mostra altri' buttons:
  - BMI / Peso: 23/10/2023 / 23,0
  - C-LDL
  - Creatinina / eGFR EPI-CDK
  - HbA1c
  - PAS / PAD: 29/11/2018 / 1 /
  - Score Q: nessun dato, nessun dato
  - Stile di vita: Fumatore, Sigarette

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

MetaClinic - Paziente prova pneumologia, Data di nascita: 01/01/1956, 70 anni

PAZIENTI SCHEDE ESAMI TERAPIE DOCUMENTI VISITA ESAMI STRUMENTALI

SmartVisit Agenda TM Eventi Promemoria FollowUp Anagrafica Sincronizza dati Ricetta Dema

STATISTICHE UTENTI

Contratto terapeutico FollowUp Pneumologia

BPCO Lieve BPCO Medio BPCO Grave

Visite 23/10/2023 06/12/2021 15/04/2019 01/09/2018 Nuova Data

Anamnesi

06/12/2021-Fumatore SI Sigarette al gg. 1 Dal 10/10/1999 da anni 25 Al 06/12/2021 per anni 22

23/10/2023-Fumatore

prova 2

Esame obiettivo

Esami di laboratorio Visualizza solamente gli esami valorizzati Gruppo Telemonitoraggio

Esame	Data	Valore	UM	Nota
Peso (telemonitoraggio)	23/10/2023		kg	
Pressione Diastolica (telemonitoraggio)	23/10/2023		mmHg	
Pressione Sistolica (telemonitoraggio)	23/10/2023		mmHg	
Glicata Stimata (telemonitoraggio)	23/10/2023		%	
Glicata Stimata (telemonitoraggio)	23/10/2023		mmol/mol	
Chetonomia Telemonitoraggio	23/10/2023		mmol/L	
Passi (telemonitoraggio)	23/10/2023			

Prestazioni

Descrizione

POLISONNOGRAMMA

SPIROMETRIA

Test epicutanee a lettura ritardata (Patch Test) Fino a 20 allergeni (controllo)

Test percutanee e intracutanee a lettura immediata (Prick Test) Fino a 12 allergeni (controllo)

prova pneumologia (01/01/1956), 70 anni | e.camicià - Pneumologia - Viterbo Belcolle

MetaClinic - Paziente prova pneumologia, Data di nascita: 01/01/1956, 70 anni

PAZIENTI SCHEDE ESAMI TERAPIE DOCUMENTI VISITA ESAMI STRUMENTALI

SmartVisit Agenda TM Eventi Promemoria FollowUp Anagrafica Sincronizza dati Ricetta Dema

STATISTICHE UTENTI

Visite 23/10/2023 06/12/2021 15/04/2019 01/09/2018 Nuova Data

Prestazioni

Descrizione

POLISONNOGRAMMA

SPIROMETRIA

Test epicutanee a lettura ritardata (Patch Test) Fino a 20 allergeni (controllo)

Test percutanee e intracutanee a lettura immediata (Prick Test) Fino a 12 allergeni (controllo)

Data di nascita: 01/01/1956, 70 anni

DOCUMENTI VISITA ESAMI STRUMENTALI

SmartVisit Agenda TM Eventi Promemoria FollowUp Anagrafica Sincronizza dati Ricetta Dema



Esami di laboratorio Aggiungi

Periodo 2 anni 5 anni Tutti Selezione Periodo 01/01/1900 - 10/03/2026 Gruppo Emo Gas Analisi Laboratorio Lab Pneumologia - Belcolle

Visualizzazione Compatta Visualizza tutti gli esami

Descrizione	2018	
	29/11	01/09
Nessun sottogruppo		
pH (Sie)	1,00	1,00
pCO2 [mmHg]	1,00	1,00
Ossigeno (San) Arter. Tens.PO2 [mm...]		1
Ossigeno (San) Ven. Tens.PO2 [mm Hg]		1
HCT [%]	1	
Sodio [mmol/L]		1
Calcolati		

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	<b>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE</b> FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 47 a 26

## PIATTAFORMA DRUG PIN

<b>Analisi bioinformatica Drug-PIN®</b>	Il software Drug-PIN® è un Clinical Decision Support System (CDSS) in forma di Web-APP per clinici e curanti per il supporto alla gestione e ottimizzazione delle terapie Attraverso le schede personali di ogni paziente che raccolgono i dati fenotipici, funzionali e genomici <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supportando un'ottimizzazione delle terapie veloce e intuitiva</li> <li>- Favorendo la scelta dei farmaci più adatti al paziente</li> <li>- Permettendo di valutare l'adeguatezza della terapia attraverso uno score intuitivo</li> </ul>
	Patologia principale del paziente (diagnosi ICD-10) ed area clinica di riferimento (selezionabile da menu a tendina) <ul style="list-style-type: none"> <li>- farmaci in uso</li> <li>- altezza e peso</li> <li>- abitudini al fumo/alcool/caffaina</li> <li>- se disponibili, valori creatina e transaminasi</li> </ul>

Il Dispositivo Medico Drug Pin è ad esclusivo uso professionale da parte del Medico. In particolare in questa fase il dispositivo verrà messo a disposizione al gruppo di facilitatori di processo, medici individuato dalla Direttore Generale con nota prot. n. 53798 del 20/06/2025, che sta seguendo il percorso formativo, e sulla base di quanto previsto dalla deliberazione DG n. 791/2025 in merito a modalità operative e tempistiche di sviluppo.

**Target** Per il target si conferma quanto previsto dalla deliberazione sopra citata.

MODALITÀ OPERATIVE	
Attivazione e registrazione	Per l'attivazione del proprio account l'utente dovrà essere registrato sulla piattaforma dagli amministratori. A seguito della registrazione, l'utente riceverà una e-mail con il proprio "User Name" e le istruzioni per l'attivazione del proprio account e l'impostazione della password. Il bottone di attivazione ha una durata di 24h dall'arrivo della mail, trascorso quel tempo sarà necessario inviare nuovamente richiesta di attivazione al centro assistenza. L'operazione avverrà attraverso il re-indirizzamento su una pagina web sicura in cui si potrà scegliere la password. Una volta creata la password l'utente sarà attivato e in grado di accedere con le proprie credenziali alla web app ed utilizzare l'applicazione. Per accedere al sistema, aprire il seguente link nel browser: <a href="https://viterbo.drug-pin.com/app">https://viterbo.drug-pin.com/app</a>
Specifiche di funzionamento	Il Dispositivo Drug Pin può essere utilizzato da tutti i web browser più diffusi (quali Chrome, Firefox, Safari, Edge) su piattaforme Windows, Mac e Linux. È necessaria una connessione internet stabile. Non è necessaria un'installazione di software aggiuntivi. È consigliata una risoluzione di schermo di almeno 1024x768.
Funzione	Drug Pin offre una soluzione pratica e veloce per la determinazione automatica di un punteggio di interazione negativa tra i farmaci. Il sistema determina il grado di interazione negativa del cocktail di farmaci impiegato e consente di rimodulare/migliorare il punteggio stesso proponendo delle alternative. La gravità del rischio farmacologico da interazione viene sintetizzato nel punteggio (score) che quindi rappresenta un indicatore di potenziali fattori di rischio nella terapia corrente. Può essere utilizzato su due livelli: MIFAR di primo livello e MIFAR di secondo livello.

### Si raccomanda quanto segue

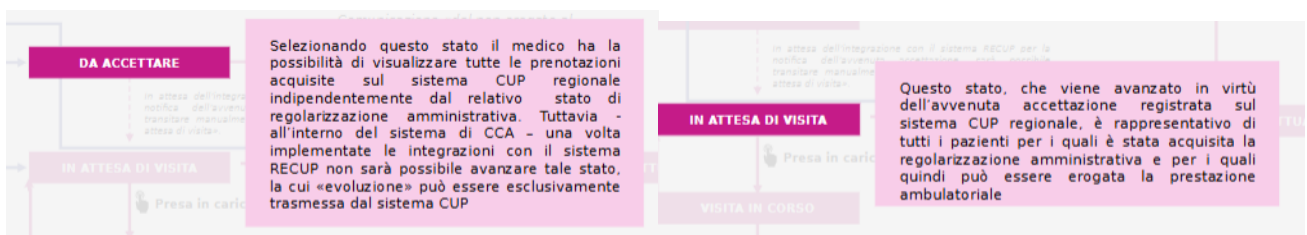
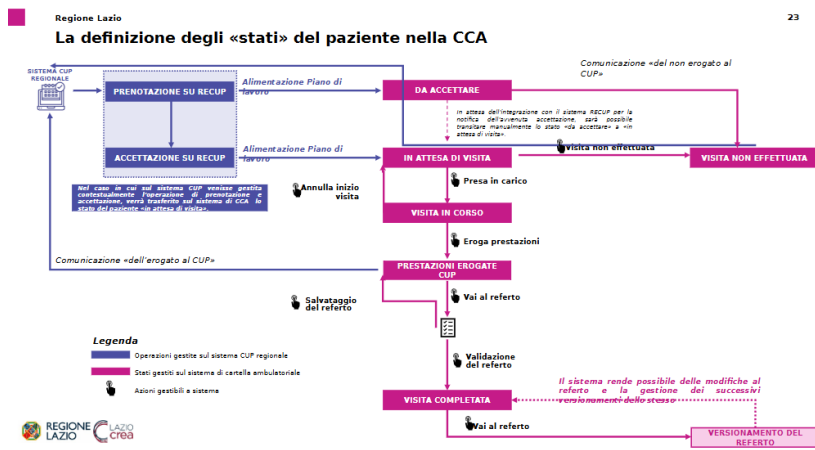
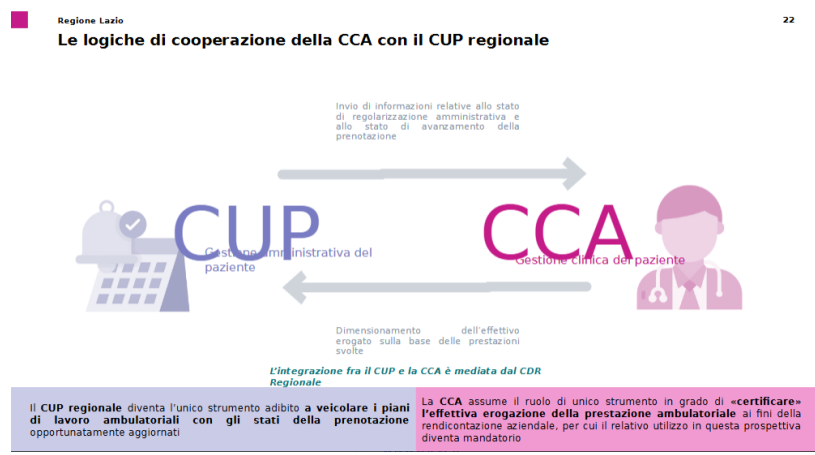
È responsabilità del Medico scegliere la giusta combinazione dei farmaci sulla base della sua competenza, esperienza e conoscenza diretta del paziente, lo strumento è esclusivamente da intendersi come supporto alla decisione clinica. La competenza del Medico e la conoscenza diretta del paziente è necessaria per sopperire o gestire ad eventuali informazioni incomplete e per una più corretta interpretazione del dato. L'accesso al sistema è personale e le credenziali non vanno condivise.

Problemi tecnici o generici: [help@drug-pin.com](mailto:help@drug-pin.com)



6 Si allegano manuali d'uso per DRUG-PIN e per la Smart Digital Clinic

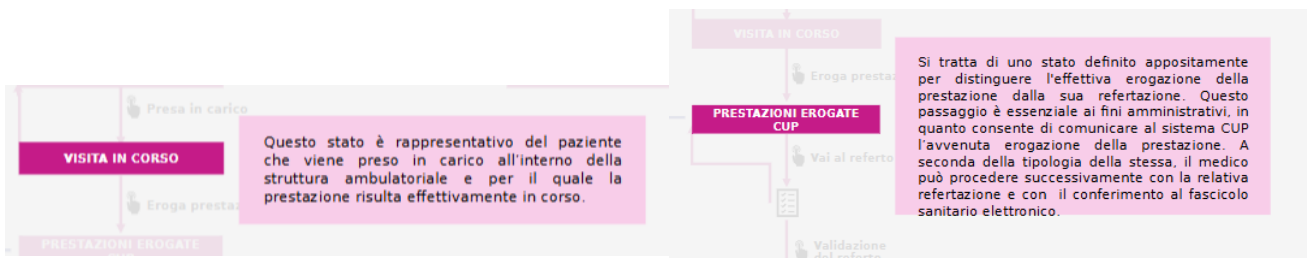
Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

Di prossima attivazione (Entro il mese di aprile) anche la Cartella Elettronica Regionale che ha una sezione anche per la gestione ambulatoriale, di seguito le indicazioni:



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	<b>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE</b> FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 49 a 26



Regione Lazio 28

### La struttura del modello di refertazione ambulatoriale

**MODULO DI REFERTAZIONE STANDARD**

Anamnesi	Esame Obiettivo
Allergie	Terapie in atto
Accertamenti eseguiti	Prestazione erogata
Accertamenti richiesti	Terapie prescritte
Note	Diagnosi
Prognosi	Allegati

La struttura del modello di refertazione - che sarà illustrato direttamente a sistema - è stata validata dalla Cabina di Regia regionale in data 30 aprile 2025.  
Le sezioni del referto sono gestite tramite campi testuali liberi che potranno essere compilati a discrezione del medico. Nella sezione relativa alla **Diagnosi** è possibile ricercare la diagnosi ricercando per codice e/o descrizione.

Referto firmato e validato → **CDR** → **FSE**

- Il sistema di cartella ambulatoriale mette a disposizione anche la **funzionalità di e-prescription** per consentire al medico specialista, prima della chiusura dell'evento ambulatoriale, di poter prescrivere farmaci piuttosto che prestazioni ambulatoriali aggiuntive al paziente.
- Il sistema mette a disposizione la **funzionalità di Riprenotazione** per consentire al medico specialista, prima della chiusura dell'evento ambulatoriale, di poter effettuare una nuova prenotazione su agende CUP

© Engineering Group

## Si allegano

MANUALI D'USO PER DRUG-PIN E PER LA SMART DIGITAL CLINIC

### Cartella ambulatoriale formato cartaceo



Per alcune attività ambulatoriali per cui non sono ancora previsti supporti informatici è in uso un modello cartaceo oltre a dei registri delle prestazioni erogate (ad esempio UCA, ambulatorio infermieristico e ambulatori assistenza di prossimità).

Alcuni ambulatori pur usando la cartella informatizzata utilizzano dei moduli aggiuntivi (ad esempio ambulatorio della terapia del dolore).

Si allegano

- *REGISTRO GIORNALIERO ACCESSI*
- *CARTELLA INTEGRATA MEDICO INFERMIERISTICA (CON CONSENSO E SCHEDA CAREGIVER)*
- *SCALE TERAPIA DEL DOLORE*
- *MODULISTICA CONTACT ASSESSMENT*
- *MODULI ATTIVAZIONE SERVIZI*

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 50 a 26

<b>RETE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE</b> <b>M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) P.O. 08/26</b> <b>DOTAZIONE DIAGNOSTICA E VALUTAZIONE HTA</b>
---

## SCOPO

Definire la dotazione diagnostica delle Case di Comunità hub e spoke nell'ottica di rendere funzionali le reti cliniche specialistiche nel rispetto dei principi HTA.

## RAZIONALE

La valutazione delle tecnologie sanitarie è un processo multidisciplinare che deve svolgersi in modo coerente con gli altri processi assistenziali e tecnico-amministrativi dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte secondo la definizione di alcuni item di seguito indicati:

- problema sanitario e uso corrente della tecnologia
- sicurezza della tecnologia
- efficacia della tecnologia
- costi e sostenibilità
- aspetti etici, organizzativi, sociali, aspetti legali

In questo caso la valutazione è stata condotta sulla base di quanto previsto dal DM77/22 come standard della tecnologia, sulla base della connotazione tra hub e spoke, sulla base delle patologie prevalenti, del bacino di utenza di riferimento inclusa eventuale valutazione della mobilità passiva e attiva e delle professionalità presenti ad oggi nelle strutture individuate.

La dotazione delle strumentazioni segue quindi le esigenze del contesto e necessita della presenza di personale qualificato quale elemento chiave per garantire un **ambiente sicuro** all'interno della CdC hub che, disponendo di competenze cliniche e strumentali adeguate riesce a fornire **risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità** e a garantire una prima risposta sanitaria sul territorio nonché assicurare la continuità assistenziale. La dotazione tecnologica di seguito indicata è quella prevista per le CdC HUB, fermo restando il carello dell'emergenza e il kit base comune prevista per tutte le CdC.

In via generale si ipotizzano negli spoke strumentazioni che possono essere utilizzate dall'infermiere e gestite tramite telereferto quali holter, spirometrie semplici ed ECG. Nonché garantire la presenza di un ecografo disponibile per i diversi specialisti.

Sulla base della disponibilità potranno dotarsi di un POCT, in particolare per la coagulometria, l'EGA e altri esami ematochimici basilari.



Nella Case di Comunità HUB sarà presente la dotazione diagnostica previste per gli spoke ed in aggiunta altra strumentazione più complessa definendo però una rete organizzata in modo tale che alcune dotazioni siano presenti almeno in una della HUB distrettuali (ad esempio OTC, spirometro, retinografo, cicloergometro o altra strumentazione per prova da sforzo).

In alcune HUB è inoltre previsto il collegamento funzionale con i servizi di radiologia tradizionali già presenti nella stessa struttura.

Tale organizzazione è funzionale alla gestione dei percorsi per la cronicità e contribuisce alla declinazione dei livelli della rete in un'ottica di ottimizzazione e appropriatezza pur favorendo l'assistenza di prossimità:

- ambulatori di primo livello nelle CdC spoke
- ambulatori di secondo livello nelle CdC HUB
- ambulatori di terzo livello nei presidi ospedalieri.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 51 a 26

Le apparecchiature devono essere compatibili e integrarsi con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina e con le Infrastrutture Regionali di Telemedicina nonché con il FSE. La disponibilità di sistemi informativi moderni ed efficienti e l'utilizzo di tecnologie digitali innovative rappresentano elementi fondamentali per supportare la concreta attuazione dei nuovi modelli di gestione dei servizi sociosanitari, per favorire lo sviluppo dei servizi territoriali, lo sviluppo di percorsi di telemedicina e l'integrazione dei servizi ospedalieri con i servizi territoriali. Nella tabella seguente la dotazione standard indicata dalla normativa e la tabella della possibile dotazione integrata nelle reti cliniche.

<b>Carrello di emergenza</b>	Deve essere presente l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base (pallone autoespansibile, corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, sfigmomanometro e fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe e farmaci di pronto intervento, materiale per medicazione e kit suture). Nel caso in cui vengano effettuate ricerche diagnostiche con manovre complesse, oltre alla dotazione di cui sopra, devono essere presenti: sistema di monitoraggio ECG e parametri vitali, defibrillatore semi-automatico e pulsossimetro.
<b>Kit base comune</b>	<p><b>Per singolo ambulatorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Sfigmomanometro digitale;</li> <li>→ Saturimetro;</li> <li>→ Glucometro;</li> <li>→ Bilancia con altimetro per il calcolo del BMI e dotata di impedenzometria;</li> <li>→ Metro sartoriale per la misurazione della circonferenza addominale e delle anche;</li> <li>→ Martelletto per riflessi neurologici.</li> </ul> <p><b>Almeno per piano/contiguità</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Elettrocardiografo minimo 12 derivazioni;</li> <li>→ Monitor-defibrillatore.</li> </ul>
<b>Strumentazione diagnostica da garantire</b>	<p>Finalizzata alla gestione e al monitoraggio delle patologie a maggiore prevalenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ ecografo;</li> <li>→ elettrocardiografo;</li> <li>→ <i>event recorder</i>;</li> <li>→ holter pressorio PA;</li> <li>→ holter cardiaco;</li> <li>→ retinoscopio;</li> <li>→ dermatoscopio;</li> <li>→ PoCT;</li> <li>→ OCT;</li> <li>→ pulsossimetro;</li> <li>→ spirometro.</li> </ul> <p>Inoltre, nella CdC hub può essere presente ogni altro dispositivo medico, strumentazione diagnostica e per immagini, nonché medicinale ritenuta necessaria.</p>



Con Decreto del Ministero della Salute 29 luglio 2022 si individua il fabbisogno di apparecchiature sanitarie finalizzate a garantire l'espletamento delle prestazioni diagnostiche di competenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. In particolare è stato previsto che le apparecchiature di diagnostica di primo livello per garantire la prossimità dell'assistenza e l'erogazione di prestazioni di competenza delle cure primarie sono essenzialmente le seguenti: POCT (glucosio, creatinina, esame delle urine, quadro lipidico, emocromo, potassio, PCR), elettrocardiografo, holter pressorio, spirometro, ecografo, pulsossimetro, oftalmoscopio.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	<b>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	<b>MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE</b>	Pag. 52 a 26

<b>Specialistica</b>	<b>Primo livello (CdC spoke e CP)</b>	<b>Secondo livello (CdC HUB)</b>	<b>Terzo livello (CdC HUB selezionate e/Ospedali)</b>
Rete cardiologica	Visita e ECG ECG e holter in telereferto	Ecocardiografia e holter	Prova da sforzo, possibilità PAC anche somministrazione farmaci
Rete reumatologica	Visita	Visita e ecografia	Capillaroscopio (nelle principali sedi distrettuali in particolare in concomitanza con ospedale così potrà essere usata da entrambi i setting) Possibilità PAC anche somministrazione farmaci
Rete diabetologica	Visita	Esame del piede (anche infermiere)	Possibilità PAC
Rete pneumologica	Eventuali test in telereferto per rinnovo PT e monitoraggio PDTA	Visita e spirometria semplice POCT EGA	Spirometria globale, Polisonnografo, FeNO Possibilità PAC anche somministrazione farmaci previo protocolli concordati
Rete endocrinologica	Visita	Visita e ecografia	Possibilità PAC anche somministrazione farmaci previo protocolli concordati test di laboratorio
Rete ORL	-	Kit base e laringoscopio senza video	Laringoscopio con video
Rete oculistica	-	Kit base	OTC (nelle principali sedi distrettuali in particolare in concomitanza con ospedale così potrà essere usata da entrambi i setting)
Rete neurologica, geriatrica	Visita, spazi più ampi per eventuali test		Possibilità PAC
Rete ortopedica, fisiatrica	Visita, spazi più ampi per eventuali test	Eventuale ecografia	
Specialistiche chirurgiche	Visita	Eventuale ecografia, doppler	Anoscopio e similari (tranne diagnostica ad uso esclusivo ospedaliero)
Rete angiologica	Visita e teleconsulenze	Ecodoppler, ABI/CABI e trasmissione immagini	Dotazione per fisioterapia, pressoterapia o similare solo dove è presente personale esperto.
Terapia del dolore	Visita	Ecografie e trattamenti	Possibilità PAC

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 53 a 26

<b>ASL VITERBO</b> <b>RETE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE</b>
<b>M.O.S.I. (Manuale Operativo Strutture Intermedie) P.O. 09/26</b> <b>GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELL'AMBITO DELLE CASE DI COMUNITA'</b>

## SCOPO

La Rete intra e inter CdC ha tra i suoi obiettivi principali la sicurezza delle cure, in questa ottica definisce il piano di gestione del rischio clinico finalizzato all'identificazione dei rischi connessi alle attività sanitarie svolte.

La gestione del rischio clinico in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dell'utente.

La gestione del rischio deve essere una gestione integrata con azioni mirate volte a migliorare la sicurezza dei pazienti, degli operatori e dell'organizzazione, migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e ridurre i costi delle prestazioni nel rispetto degli indirizzi regionali e nazionali in materia.

## COMPATIBILITÀ ED INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA GESTIONE DEL RISCHIO AZIENDALE

Il presente documento verrà aggiornato e revisionato nel rispetto delle politiche di gestione del rischio che verranno emanate dalla Direzione Strategica.

## CAMPO DI APPLICAZIONE

Il campo di applicazione è quello della fornitura di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza a tutte le persone che accedono alle strutture intermedie quali le Case della Comunità.

Le azioni indicate riguardano tutte le figure professionali coinvolte nel processo clinico assistenziale ma anche il caregiver e il malato stesso che devono essere messi a conoscenza dei rischi legati alle attività sanitarie erogate alla persona.

Per quanto non previsto in questo documento si rimanda alla documentazione aziendale vigente in materia di rischio clinico.



## METODI E STRUMENTI

Gestire il rischio clinico significa aumentare la sicurezza delle cure erogate ai pazienti, promuovere la cultura della sicurezza e soprattutto imparare dagli errori e mirare al miglioramento continuo nella pratica clinica. A tale scopo si impiegano un insieme di metodi, strumenti ed azioni che permettono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi con l'obiettivo di evitare, prevenire e mitigare effetti avversi o danni derivanti dall'assistenza sanitaria. Il rischio clinico viene definito come la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia un evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno alla persona anche se arrecato in modo involontario. Il rischio che tali eventi accadano va analizzato e minimizzato da parte dell'organizzazione al fine di assicurare l'erogazione di un servizio altamente qualificato e sicuro.

### Fasi della gestione del rischio clinico

- Identificazione e analisi dei rischi
- Valutazione e trattamento dei rischi
- Monitoraggio dei rischi
- Controllo delle possibili perdite
- Sistema di segnalazione dei rischi

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 54 a 26

Fasi	Scopo e metodologia
<b>Identificazione e analisi dei rischi</b>	<p>Lo scopo è quello di individuare le insufficienze nel sistema che possono contribuire allo scatenarsi di un evento avverso, e di identificare, nonché progettare, le idonee misure protettive.</p> <p>Per individuare le falle del sistema vengono seguiti due diversi approcci che non si escludono a vicenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Approccio reattivo: l'analisi in questo caso parte da un evento avverso e viene fatta una ricostruzione sequenziale degli avvenimenti che lo hanno caratterizzato. Questa analisi ha lo scopo di identificare i fattori che lo hanno causato o che hanno contribuito al suo verificarsi. Per identificare le cause che maggiormente hanno contribuito al verificarsi di un errore, vengono monitorati ed indagati eventi avversi, eventi sentinella ed quasi errori. La Root Cause Analysis (RCA) la Root Cause Analysis mira a identificare la causa radice di un accadimento, attraverso l'analisi sistemica degli eventi avversi. L'approccio del Sea (Significant Event Audit) è utile per riesaminare i singoli casi nei quali si è verificato un evento significativo.</li> <li>→ Approccio pro-attivo: viene effettuata una revisione delle procedure e dei protocolli esistenti, identificando i punti di criticità e realizzando delle barriere protettive che impediscano l'errore umano (attivo).</li> </ul> <p>La "Failure Mode and Effects Analysis" è invece un metodo sistematico per identificare e prevenire problemi nei processi assistenziali prima che questi si verifichino (pro-attività e valutazione del rischio). Ogni procedura emessa di natura sanitaria deve contenere i possibili errori associati ai processi descritti.</p>
<b>Valutazione e trattamento dei rischi</b>	<p>Sulla scorta dell'analisi delle informazioni raccolte, anche grazie ai sistemi di rilevazione presenti nelle articolazioni organizzative (eventi sentinella, incident reporting, reclami, non conformità, ecc.) viene definito il quadro complessivo dei rischi e vengono attuate procedure e strategie di prevenzione anche nel rispetto delle indicazioni ministeriali.</p>
<b>Controllo delle possibili perdite</b>	<p>Nella valutazione dei rischi espressi va considerato anche l'impatto economico che gli stessi possono determinare.</p>
<b>Monitoraggio dei rischi</b>	<p>Il monitoraggio è trasversale a tutte le fasi e determina la revisione delle procedure e delle istruzioni se necessario o la messa in atto di azioni di miglioramento.</p>
<b>Sistema di segnalazione dei rischi</b>	<p>L'Incident Reporting è un sistema di segnalazione che consente di rilevare situazioni di rischio per la sicurezza di operatori e utenti, dovute a criticità organizzative e/o ad errori. È uno strumento che consente ai professionisti sanitari di segnalare e descrivere eventi avversi, causati involontariamente, spesso per criticità latenti, e che procurano, o potrebbero procurare, un danno al paziente.</p> <p>Le segnalazioni saranno utilizzate per mappare e analizzare i rischi all'interno delle singole articolazioni organizzative e potranno essere discusse anche dal Board distrettuale allo scopo di prevenire che gli eventi segnalati si ripetano.</p> <p>La segnalazione di Incident Reporting è volontaria, anonima, confidenziale e riveste un carattere etico e deontologico di partecipazione di tutto il personale al percorso di miglioramento delle cure.</p> <p>Per la rilevazione degli eventi e/o dei quasi eventi (near miss) che accadono ai pazienti è a disposizione di tutto il personale una <b>scheda di segnalazione degli eventi</b> (cartacea o on line). La scheda di Incident Reporting può essere compilata da qualsiasi operatore (medico, infermiere, ostetrica, tecnico sanitario, OSS e in termini generali qualunque operatore compreso il personale in formazione) che è direttamente coinvolto nell'evento o che ha potuto osservare o comunque accorgersi dell'accaduto.</p>



Si fa riferimento al documento Regione Lazio Centro Regionale Rischio Clinico

[https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/202111/2021\\_Documento\\_Indirizzo\\_Classificazione\\_Eventi.pdf](https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/202111/2021_Documento_Indirizzo_Classificazione_Eventi.pdf).

#### FASE DI RISK ASSESSMENT, PIANO DI CONTENIMENTO E MISURE REATTIVE

Sono molteplici i fattori che concorrono al verificarsi di un errore, essi possono essere raggruppati nelle seguenti classi:

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 55 a 26

- Fattori strutturali-tecnologici (caratteristiche della struttura sanitaria e dell'impiantistica, sicurezza e logistica degli ambienti, apparecchiature e strumentazioni, ecc)
- Fattori organizzativi-gestionali e condizioni di lavoro (struttura organizzativa, politica e gestione delle risorse umane, sistema di comunicazione organizzativa, coinvolgimento degli stakeholder, aspetti ergonomici, politiche per la promozione della sicurezza del paziente)
- Fattori umani, individuali e di team
- Fattori esterni (normativa vigente, influenze dell'opinione pubblica e dei media)

### CALCOLO DELL'INDICE DI RISCHIO

Il rischio connesso a un determinato pericolo viene calcolato mediante la formula:  $R = P \times D$

Quindi il rischio è tanto più grande quanto più è probabile che accada l'incidente e tanto maggiore è l'entità del danno.

PROBABILITÀ	INDICE DI RISCHIO			
<b>4 elevata</b>	4	8	12	16
<b>3 medio alta</b>	3	6	9	12
<b>2 medio bassa</b>	2	4	6	8
<b>1 bassissima</b>	1	2	3	4
<b>GRAVITÀ DANNO</b>	<b>1 trascurabile</b>	<b>2 modesta</b>	<b>3 notevole</b>	<b>4 ingente</b>

Al fine di definire un **PIANO DI CONTENIMENTO**, è necessario:

- Riepilogare i rischi prioritari
- Scegliere i rischi sui quali è possibile la riduzione e/o eliminazione del rischio
- Decidere cosa fare, come farlo, con quali responsabilità e tempi.

Per attivare queste attività sono applicate le logiche del problem solving guidate dall'approccio PDCA.



Macroazioni del piano di contenimento del rischio clinico
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rilevare il rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitare l'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva</li> <li>- Monitorare i livelli di rischio insiti nel sistema organizzativo considerato</li> <li>- Definire e/o revisionare documenti, procedure e protocolli necessari alla corretta gestione delle attività sanitarie e assistenziali ed alla gestione del rischio;</li> <li>- Analizzare, valutare e progettare i processi e le procedure, in rapporto alle possibilità di errore umano.</li> <li>- Pianificare con continuità le attività per il miglioramento della sicurezza del paziente in coerenza con i PARS emanati dalle Direzioni sanitarie coinvolte e interfacciarsi con il risk manager della struttura organizzativa di appartenenza (<a href="https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2022-01/2022-Documento-Indirizzo-PARS.pdf">https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2022-01/2022-Documento-Indirizzo-PARS.pdf</a>)</li> <li>- Fornire assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative;</li> <li>- Predisporre e attuare attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario</li> </ul>

### MISURE REATTIVE AD UN EVENTO

Il manifestarsi di un quasi evento/evento avverso viene registrato nell'apposita modulistica e origina una cascata di azioni che sinteticamente comprendono:

- raccolta di tutte le informazioni disponibili sull'evento stesso anche attraverso interviste agli operatori coinvolti,
- analisi dell'evento attraverso un audit interno in caso di evento minore e audit di rischio clinico con il supporto del risk manager dell'articolazione organizzativa interessata nel caso di eventi maggiori,
- coinvolgimento delle strutture aziendali di gestione del rischio clinico per quanto riguarda gli aspetti risarcitori.



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 56 a 26

## PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI DI INTERESSE



RACCOMANDAZIONI	AZIONI CORRELATE
CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	<p>In tutti i percorsi assistenziali, la <b>corretta identificazione della persona assistita</b> rappresenta il primo irrinunciabile passaggio della prestazione sanitaria.</p> <p>Per gli utenti viene effettuata l'<b>identificazione attiva</b> (chiedendo nome, cognome e data di nascita) e un doppio controllo (cioè confrontare la risposta fornita con i dati anagrafici presenti sul braccialetto identificativo / documento di identità / documentazione sanitaria) prima di eseguire le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prescrizione e somministrazione di farmaci;</li> <li>- prescrizione e somministrazione di sangue ed emocomponenti;</li> <li>- prelievi di sangue o di altri campioni biologici per gli esami clinici;</li> <li>- esecuzione di altre terapie o procedure (accertamenti clinici e diagnostici);</li> <li>- trasferimento del paziente.</li> </ul> <p><a href="https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-03/Corretta-identificazione-paziente-2020.pdf">https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-03/Corretta-identificazione-paziente-2020.pdf</a></p>
CONSENSO E DISSENSO INFORMATO	<p>Ogni persona ha il diritto ad autodeterminarsi: per questo motivo è necessario fornire una informazione corretta ed esauriente sul percorso di cura, in particolare nel caso di prestazioni rischiose e/o invasive.</p> <p>Tutte le persone hanno il diritto di aderire o meno ai trattamenti proposti.</p> <p>È necessario inoltre che i medici sappiano come prendere visione delle eventuali Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.) e realizzare la pianificazione condivisa delle cure, ovvero concordare e formalizzare quali trattamenti sanitari saranno o meno messi in atto e con quali modalità, nel caso di persone affette da patologie croniche e invalidanti a prognosi infausta (vedi PO 10/25 MOCP).</p> <p><a href="https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2022-01/2022-Documento-Indirizzo-Consenso.pdf">https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2022-01/2022-Documento-Indirizzo-Consenso.pdf</a></p>
GESTIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA	<p>La corretta compilazione della documentazione clinica, medica e infermieristica, risulta essere fondamentale per la corretta presa in carico del paziente e come strumento di tutela per i professionisti sanitari.</p> <p>A tale scopo si predilige l'utilizzo di supporti informatici.</p>
COMUNICARE UN EVENTO AVVERSO	<p>La comunicazione trasparente ed onesta degli eventi avversi rappresenta un pilastro fondamentale per la gestione del rischio clinico e per mantenere il rapporto di fiducia tra il sistema sanitario, i cittadini ed i pazienti (vedi PO 10/25 MOCP).</p>
PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE	<p>Le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti sia nelle strutture sanitarie che a domicilio e possono determinare conseguenze anche gravi per il paziente.</p> <p>Per prevenire le cadute, viene fatta, sia per le persone ricoverate e anche per quelle assistite a domicilio, una valutazione del rischio di caduta (vedi PO 10/25 MOCP).</p> <p>Per tutti i pazienti vengono applicati degli interventi standard di prevenzione, per quelli a rischio di caduta devono essere pianificati anche degli interventi specifici, documentando il tutto nel fascicolo sanitario.</p> <p>Fondamentale per la prevenzione delle cadute a domicilio la formazione dei caregiver e del paziente stesso e l'eliminazione di tutti i fattori di rischio presenti nell'ambiente.</p> <p>In ambito di degenza vale lo stesso principio nella scelta della sistemazione dell'assistito, fermo restando che tutti gli spazi di degenza devono essere spazi sicuri in caso di rischio elevato si possono attivare ulteriori strategie protettive.</p> <p>Se una persona cade accidentalmente all'interno di una struttura anche nei casi in cui non riporti dei danni, deve essere fatta una segnalazione (incident reporting).</p> <p><a href="https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/202211/Documento%20di%20indirizzo%20sulla%20prevenzione%20e%20la%20gestione%20della%20caduta%20della%20persona%20assistita.pdf">https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/202211/Documento%20di%20indirizzo%20sulla%20prevenzione%20e%20la%20gestione%20della%20caduta%20della%20persona%20assistita.pdf</a></p> <p>Si utilizzerà l'opuscolo realizzato dalla Regione Lazio sulla prevenzione delle cadute</p>

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 57 a 26

	<a href="https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2023-12/Strumenti-supporto-persona-assistita-caregiver.pdf">https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2023-12/Strumenti-supporto-persona-assistita-caregiver.pdf</a> Procedura aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita (ver. 10/03/23).
RISCHIO INFETTIVO	Nell'ambito della sicurezza del paziente e dell'operatore, il rischio infettivo rappresenta un capitolo di interesse prioritario. Per agire in sicurezza bisogna: <ul style="list-style-type: none"> <li>- effettuare sempre la corretta igiene delle mani, adottare le precauzioni standard  <a href="https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-03/Piano-Intervento-Igiene-Mani-2021.pdf">https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-03/Piano-Intervento-Igiene-Mani-2021.pdf</a></li> <li>- conoscere i percorsi sporco-pulito e le altre norme comportamentali in presenza di una malattia infettiva sia in ambito domiciliare che nelle strutture di ricovero,</li> <li>- conoscere ed applicare le misure di isolamento del paziente e fare la segnalazione di malattia infettiva secondo procedure vigenti</li> <li>- saper fare un corretto uso degli antibiotici, al fine di contrastare il fenomeno dell'antibioticoresistenza.</li> </ul> <a href="https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2022-11/Documento-indirizzo-buone-pratiche-prevenzione-controllo-infezioni-correlate-assistenza-ICA.pdf">https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2022-11/Documento-indirizzo-buone-pratiche-prevenzione-controllo-infezioni-correlate-assistenza-ICA.pdf</a>  <a href="https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/infection-prevention-and-control/hand-hygiene/d_allmoments_a2_en.pdf?sfvrsn=dfefbf11&amp;download=true">https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/infection-prevention-and-control/hand-hygiene/d_allmoments_a2_en.pdf?sfvrsn=dfefbf11&amp;download=true</a>
USO SICURO DEI FARMACI	La gestione dei medicinali è un'attività molto complessa e ad elevato rischio di errore, è pertanto indispensabile conoscerle le "regole del gioco", in particolare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- riconciliazione farmacologica</li> <li>- prescrizione dei farmaci (e abbreviazioni consentite)</li> <li>- controllo della prescrizione, allestimento e dispensazione</li> <li>- somministrazione e monitoraggio degli effetti dei farmaci</li> <li>- aspetti particolari: gestione dei farmaci ad alto livello di attenzione (FALA), con nomi o confezioni simili (LASA - Look Alike Sound Alike), stupefacenti, farmaci non triturbabili.</li> </ul> <a href="https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-03/Sicurezza-terapia-farmacologica-2020.pdf">https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-03/Sicurezza-terapia-farmacologica-2020.pdf</a> Vanno adottate le Raccomandazioni di carattere generale (CRRC Regione Lazio) per le abbreviazioni e gli acronimi e nel prontuario farmaceutico della protesica e dei dispositivi medici vanno indicate quelle in uso. <a href="https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-03/Glossario-acronimi-2020.pdf">https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-03/Glossario-acronimi-2020.pdf</a>
PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	La presenza delle lesioni da pressione nella popolazione rappresenta un problema sanitario di notevole rilevanza. L'identificazione precoce delle persone a rischio e la tempestiva messa in atto di interventi mirati restano i cardini fondamentali per la prevenzione (PO 10/25MOCP) Al momento del ricovero si conduce una valutazione iniziale del rischio di insorgenza di lesioni da pressione. Si rivaluta inoltre ogni paziente settimanalmente e/o in presenza di variazioni significative. In caso di evidenza di lesioni si utilizzano le più aggiornate evidenze scientifiche in termini di medicazioni avanzate. <a href="https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2024-07/SAN-documento-di-indirizzo-per-la-prevenzione-e-la-gestione-delle-lesioni-da-pressione-LdP.pdf">https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2024-07/SAN-documento-di-indirizzo-per-la-prevenzione-e-la-gestione-delle-lesioni-da-pressione-LdP.pdf</a>
SICUREZZA TRASFUSIONALE	La sicurezza trasfusionale viene garantita dalla corretta esecuzione del prelievo e della compilazione delle richieste (doppio operatore – doppio controllo) e con la corretta distribuzione e assegnazione al paziente ricevente, su cui è essenziale procedere con opportuna identificazione, vanno segnalati eventi o reazioni avverse.



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	<b>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE</b> FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 58 a 26

	<p>Nella pratica clinica è indispensabile conoscere le procedure trasfusionali e l'utilizzo della check-list dedicata, al fine di evitare errori che possono essere mortali (PO 08/25 MOCP)</p>
<b>SUPERAMENTO DELLA CONTENZIONE</b>	<p>La contenzione sotto il profilo sanitario è da considerare un atto non terapeutico: non cura, non previene e non riabilita. Viene favorito l'utilizzo di approcci alternativi nella gestione delle persone evitando l'uso della contenzione sia in ambito ospedaliero che territoriale (vedi PO 01/25 MOCP).</p>
<b>CONTROLLO DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE</b>	<p>La rete garantisce la presa in carico di persone affette da malattie evolutive a prognosi infausta che necessitano di un adeguato trattamento del dolore e di altre problematiche di natura fisica, psicologica, sociale e spirituale, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita attraverso la collaborazione con la RLCP. Per tutti i pazienti deve essere effettuata la rilevazione del dolore in maniera sistematica e utilizzando le scale di riferimento (vedi Manuale Operativo per la gestione dei percorsi clinici nelle cure palliative). In presenza di dolore va garantita un'adeguata terapia antalgica (vedi PO 03/25 MOCP) ed una successiva rivalutazione dell'efficacia della stessa.</p>
<b>VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI</b>	<p>Nel corso dell'attività lavorativa, il personale sanitario e sociosanitario è esposto al rischio di subire episodi di aggressione verbale e/o fisica. Tutti i nodi della rete promuovono una politica di prevenzione del fenomeno della violenza sugli operatori attraverso l'implementazione di misure che consentano la riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono. In caso di aggressione l'evento deve essere segnalato e la struttura organizzativa deve offrire un supporto psicologico all'operatore coinvolto. <a href="https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-11/2021_Revisione_Documento_Indirizzo_Raccomandazione_8.pdf">https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-11/2021_Revisione_Documento_Indirizzo_Raccomandazione_8.pdf</a> Procedura aziendale prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (ver. 1/12/2021).</p>
<b>LA FORMAZIONE SULLA SICUREZZA DEL PAZIENTE</b>	<p>Come per le altre competenze necessarie al personale nell'utilizzo degli strumenti di gestione del rischio clinico, anche la formazione su tali logiche di problem solving diviene il mezzo per poter attivare il miglioramento. È pertanto fondamentale che i direttori delle articolazioni organizzative promuovano eventi formativi sul tema del rischio clinico e sensibilizzino gli operatori alla partecipazione.</p>
<b>PARTECIPAZIONE DEL MALATO E DELLA FAMIGLIA ALLA GESTIONE DEL RISCHIO</b>	<p>Fondamentale, in particolare nell'ambito domiciliare, rendere partecipe il caregiver e la persona malata alla gestione dei rischi sopra indicati. L'educazione alla gestione di presidi, farmaci e dispositivi, la capacità di riconoscere particolari segni e sintomi, l'educazione alla corretta movimentazione del paziente ed alle appropriate cure igieniche sono utili alla prevenzione del rischio clinico e contribuiscono al benessere della persona.</p>
<b>NOTA BENE</b>	<p>Per le procedure specifiche sulle raccomandazioni di cui sopra le articolazioni organizzative della rete faranno riferimento alle procedure in vigore adeguandole al contesto operativo, si potrà valutare sulla base delle successive fasi di assessment di procedere con procedure specifiche per la rete delle CdC. <a href="https://www.regione.lazio.it/enti/salute/centro-regionale-rischio-clinico">https://www.regione.lazio.it/enti/salute/centro-regionale-rischio-clinico</a></p>

Si allega SCHEDE INCIDENT REPORTING



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>Edizione 1 del 03/03/2026</p>	<p>MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE</p>	<p>Pag. 59 a 26</p>

## PRINCIPALE NORMATIVA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO



- Legge 17 luglio 2020, n. 77. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, concernente la "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"
- Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"
- Decreto del Ministero della Salute del 29 luglio 2022 Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta
- Decreto 29 aprile 2022 Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia. (22A03098) (GU Serie Generale n.120 del 24-05-2022)
- Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77"
- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante Piano Nazionale della Cronicità
- Determinazione 28 febbraio 2023, n. G02706 Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro di cui alla Determinazione regionale n. G14215/2022.
- Determinazione 20 dicembre 2022, n. G18206 Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77"
- DGR 976/23 "Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024 - 2026",
- Deliberazione della Giunta regionale del 21 dicembre 2021 n. 970, avente ad oggetto "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025";
- Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77"
- Determinazione 28 febbraio 2023, n. G02706 Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro di cui alla Determinazione regionale n. G14215/2022.
- Determinazione 20 dicembre 2022, n. G18206 Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77"
- Decreto 29 aprile 2022 Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia. (22A03098) (GU Serie Generale n.120 del 24-05-2022);

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	<b>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 60 a 26

- DGR n. 1118 19/12/2024 Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute, Componenti 1 e 2 – Rimodulazione del Piano Operativo Regionale di cui alla DGR n. 667 dell’08/08/2024;
- DGR n.338/2023 “Piano Operativo Regionale. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Missione 6 Salute. Componente 1. (M6C1) Reti di Prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale. Sub investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici. Approvazione Modello organizzativo dei Servizi di Telemedicina territoriali ed ospedalieri della Regione Lazio”;
- Determinazione G09925/2023 “Piano Operativo Regionale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute. Componente 1. (M6C1) Reti di Prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale. Sub investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici”.
- Determinazione regionale n. G15959 del 18 novembre 2022, Revisione del "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso" (DCA U00453/2019)
- DGR n. 688 del 7/8/2025, n. 688 L.r. n. 4/03 e s.m.i. - R.R. n. 20/2019. Requisiti minimi autorizzativi ed ulteriori di accreditamento delle Case della Comunità. Integrazione del DCA n. U0008/2011 e del DCA n. U00469/2017
- DGR n. 416 del 20 giugno 2024, Linee di indirizzo regionali per l’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC).
- DGR n. 360 del 23 maggio 2025 Approvazione delle Linee di Indirizzo per l’istituzione delle Unità di Continuità Assistenziale
- DGR n. 621 del 17 luglio 2025 Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care
- DGR n. 1216 11 Dicembre 2025 Approvazione del "Modello Organizzativo Regionale per lo Sviluppo e implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali
- DGR n. 1264 del 18 Dicembre 2025 Approvazione del documento "Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità"
- Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità, Quaderni AGENAS Supplemento Rivista Monitor, 2022
- Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità, AGENAS Settembre 2022
- Documento di indirizzo contenente indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione dei pazienti, dei cittadini e della comunità nell’ambito delle Case della Comunità, AGENAS dicembre 2023
- Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle case della comunità HUB, AGENAS, 2024
- Documento tecnico sui Point of Care Testing (POCT) in ambito territoriale a supporto dell’attuazione del DM 77/2022 Quaderno di Monitor Gennaio 2026 Supplemento alla rivista semestrale Monitor
- Documento analitico sul modello orientativo di erogazione del Teleassistenza, del Teleconsulto, della Televisita, del Telemonitoraggio e Telecontrollo, AGENAS Gennaio 2026
- Linee di indirizzo per l’attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità emanate dalla Conferenza delle Regioni e delle Provincie autonome 25/117/CR05a/C7, 9/09/2025
- Direzione Regione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Area patrimonio e Tecnologie, nota protocollo n. U0010956 del 8 gennaio 2026 avente per oggetto PNRR M6C1 1.1 Casa della Comunità – Documenti comprovanti il raggiungimento del target M6C1 -3 “Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche” - Aggiornamento delle linee guida per il conseguimento del target e del set documentale
- Deliberazione ASL VT n. 670 del 29/05/2025 Presa d’atto DGR n. 343 del 14 maggio 2025 "Approvazione dell’Atto di autonomia aziendale della Azienda Sanitaria Locale di Viterbo"
- Deliberazione CS n. 256/2024 Approvazione del documento "Sistema centrali operative: articolazione, funzioni e linee operative" e successiva Deliberazione CS n. 581/2024 “Attivazione Centrali Operative Territoriali”
- Deliberazione DG n° 2090 del 31/12/2025 Approvazione “Manuale Operativo Sistema Centrali Operative Fase II – Processi di Transitional Care”
- Deliberazione DG n° 2088 DEL 31/12/2025 Approvazione “Linee d’indirizzo per i Percorsi assistenziali ad elevata integrazione socio sanitaria rivolti alle persone con disabilità complessa - Rete Regionale Tobia Dama Integrata”

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	<b>RETE AZIENDALE DELLE STRUTTURE INTERMEDIE FASE I - LE CASE DELLA COMUNITA'</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione 1 del 03/03/2026	MANUALE OPERATIVO STRUTTURE INTERMEDIE	Pag. 61 a 26

- Deliberazione DG n° 451 del 06/05/2025 Istituzione Rete Locale Cure Palliative, accreditate con successivo provvedimento Regionale DGR n. 694 del 7/08/2025
- Deliberazione DG n. 1926 del 06/10/2022 Presa d'atto DGR 643 del 26/07/2022 e approvazione del documento "Attuazione DGR 643/22: riordino attività territoriali e avvio dei cantieri"
- Deliberazione DG n° 791 del 19/6/2025 Approvazione del progetto "La Medicina di Precisione nella ASL di Viterbo"
- Del. n. 572 del 07/04/2022 Approvazione del piano territoriale per le attività sanitarie e socio sanitarie – modello organizzativo sistema territoriale della ASL di Viterbo e successivo aggiornamento del. n. 620 del 21/3/23
- Rapporti ISTISAN 24/24, Manuale di valutazione della comunicazione nelle cure palliative. Gruppo CARE (Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia) Cure Palliative 2024
- Documento di indirizzo sul consenso informato, Centro rischio Clinico regione Lazio, 2022
- Deliberazione del Direttore Generale n° 194 DEL 03/02/2026, Attivazione Case della Comunità: determinazioni

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT





Numero Cartella

Cartella Sanitaria Integrata

Cognome e nome:

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Caregiver:

Contatti:

**I° intervento**

Data di presa in carico \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data di termine \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**II° intervento**

Data di presa in carico \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data di termine \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**III° intervento**

Data di presa in carico \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data di termine \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



**SEZIONE INFERMIERISTICA**

Cognome e nome:

N. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**ANAMNESI SOCIALE**

Sesso  M  F

Stato civile  Celibe/nubile  Coniugato/a  Separato/a  Divorziato/a  Vedovo/a

**Titolo di studio**

- Nessuno  
 Scuola dell'obbligo (specificare fino a che anno) \_\_\_\_\_  
 Scuola secondaria di secondo grado (specificare) \_\_\_\_\_  
 Laurea o altro \_\_\_\_\_

**Professione**

- Pensionato/a  
 Casalinga  
 Disoccupato/a  
 Professione attuale o pregressa \_\_\_\_\_

Figli  Si  No numero \_\_\_\_\_/F numero \_\_\_\_\_/M

**Vive con**

- Nessuno  
 Coniuge  
 Convivente  
 Figlio/a  
 Sorella/Fratello  
 Padre  
 Madre  
 Altro \_\_\_\_\_

**Protesi e ausili**

- Occhiali  
 Dentiera  
 Acustiche  
 Ausili per la deambulazione \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

**Servizi attivi a domicilio**

- ADI  
 ADIAI  
 Intervento ente locale  
 Intervento volontari

**Vita sociale**

- Relazioni con il vicinato  
 Riesce ad uscire e socializzare  
 Limitate all'interno dell'abitazione

**Abitazione**

Piano \_\_\_\_\_ Ascensore  Si  No  
Camera singola con bagno adiacente  Si  No

**Annotazioni**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cognome e nome:

N. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Le seguenti informazioni, raccolte mediante intervista telefonica, verranno riesaminate in presenza

Mobilità	Autonomia	Dispositivi	Dieta	Stato mentale
Normale	Totale	Catetere venoso	Normale	Vigile
Con aiuto	Limitata	Catetere vesciale	Autonoma	Rallentato
Carrozzina	Non autosufficiente	Stomia	Con aiuto	Confuso
Costretto a letto		Peg	Diabetica	Agitato
		SNG	Iposodica	Soporoso
		O2 terapia	Altro	Coma

ANAMNESI FISIOLÓGICA E STILI DI VITA

Peso KG \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_ cm  riferita  rilevata

Fumo  No  Si numero/die \_\_\_\_\_ età inizio \_\_\_\_\_ anni età sospensione \_\_\_\_\_ anni

Alcool  No  Si  vino  birra  superalcolici quantità \_\_\_\_\_/die

Dipendenze  No  Si specificare \_\_\_\_\_

Assume liquidi e/o alimenti  No  Si ma non a sufficienza  Si

Gravidanze in atto  No  Si specificare \_\_\_\_\_

ALLERGIE

Documentate \_\_\_\_\_

Sospette \_\_\_\_\_

NOTE \_\_\_\_\_

Condizioni generali	Annotazioni
Buone	
Discrete	
Scadenti	
Pessime	
Terminale	

**Nell'ultimo mese** è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?

Oppure ha fatto qualche viaggio internazionale?

Manifesta uno dei seguenti sintomi:

Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?

Dolore addominale/diarrea?

Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?

Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?

In famiglia c'è qualcuno che manifesta questi sintomi

Specificare

Storia di pregresso COVID  No  Si specificare \_\_\_\_\_

Data ultimo tampone \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Esito negativo  Esito positivo

**Sezione MEDICA**

**Cognome e nome:**

**N.** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Anamnesi familiare**

nulla di rilevante     note di rilievo (specificare)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anamnesi patologica remota e prossima**

Soffre o ha mai sofferto delle seguenti malattie?	Si	No	Note
Diabete tipo I			
Diabete tipo II			
Ipertensione			
Malattie neurologie degenerative			
Malattie neurologie ischemiche			
Asma			
BPCO			
Malattie cardiache del ritmo			
Malattia cardiaca ischemica e/o dilatativa			
Scompenso cardiaco			
Malattie infettive pregresse			
Malattie infettive in corso			
Malattie renali			
Calcolosi renale/vescicale			
Calcoli biliari			
Malattie gastroenterologiche			
Malattie oncologiche			
Malattie ematologiche			
Malattia autoimmune			
Malattia rara			
Malattie apparato muscolo scheletrico			
Disabilità			
Interventi chirurgici			

### Esame obiettivo

Testa collo  nulla di rilevante  note di rilievo (specificare)

---

---

Torace  nulla di rilevante  note di rilievo (specificare)

---

---

Addome  nulla di rilevante  note di rilievo (specificare)

---

---

Apparato cardio circolatorio  nulla di rilevante  note di rilievo (specificare)

---

---

Esame neurologico  nulla di rilevante  note di rilievo (specificare)

---

---

Terapia in corso

Farmaco	Data inizio e data fine se prevista	Dosaggio	Posologia

Osservazione cute

- Integra
- Disidratata
- Edematosa
- Decubiti

---

---

Ulcere venose

---

---

Piede diabetico

---

---

Cognome e nome:

N. \_\_\_\_/\_\_\_\_

Diario integrato medico infermieristico

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ accesso n. \_\_\_\_

Ora	Annotazioni	Firma MD	Firma INF

Prestazioni effettuate

Prestazione	Si	No

Terapia somministrata

Farmaco	Data inizio e data fine se prevista	Dosaggio	Posologia

Parametri rilevati

	Ora:	Ora:	Osservazioni
PA			
TC			
FC			
SpO2			
Glicemia capillare			
...			
...			

Prescrizioni rilasciate \_\_\_\_\_

**Carta di osservazione NEWS modificata**

Parametro	Valori	Data	Data	Data	Data	Data
Frequenza respiro	<8	3	3	3	3	3
	9-11	1	1	1	1	1
	12-20	0	0	0	0	0
	21-24	2	2	2	2	2
	>25	3	3	3	3	3
Saturazione O2	< 91%	3	3	3	3	3
	92-93	2	2	2	2	2
	94-95	1	1	1	1	1
	> 96	0	0	0	0	0
O2 terapia	Si	2	2	2	2	2
	No	0	0	0	0	0
TC	<35	3	3	3	3	3
	35.1 -36	1	1	1	1	1
	36.1-38	0	0	0	0	0
	38.1-39	1	1	1	1	1
	>39.1	2	2	2	2	2
FC	<90	3	3	3	3	3
	91-100	2	2	2	2	2
	101 -110	1	1	1	1	1
	111-130	0	0	0	0	0
	>131	3	3	3	3	3
PA	<40	3	3	3	3	3
	41-50	1	1	1	1	1
	51-90	0	0	0	0	0
	91-110	1	1	1	1	1
	110-130	2	2	2	2	2
	>131	3	3	3	3	3
Coscienza	Vigile	0	0	0	0	0
	Richiamo, dolore, coma	3	3	3	3	3
<b>Totale</b>						

Controllo in teleassistenza

(allegare intervista)

Effettuato da

- COA
- USCAT

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ora \_\_:\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Controllo in teleassistenza

(allegare intervista)

Effettuato da

- COA
- USCAT

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ora \_\_:\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Controllo in teleassistenza

(allegare intervista)

Effettuato da

- COA
- USCAT

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ora \_\_:\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### Consenso informato all'atto medico

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Atto/i sanitario proposto:

\_\_\_\_\_

Possibili complicanze

\_\_\_\_\_

Dichiaro di

- a) **Essere stato correttamente informato** in una lingua nota e con parole a me chiare e di aver compreso **i benefici ed i rischi** correlati all'intervento proposto e/o le eventuali alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto dello stesso
- b) **Ho riferito** al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- c) **Ho avuto la possibilità** di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- d) **Essere a conoscenza** della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario

Di conseguenza:

- ACCETTO L'ATTO SANITARIO PROPOSTO
- RIFIUTO L'ATTO SANITARIO PROPOSTO

Firma \_\_\_\_\_

<b>Professionisti sanitari dell'equipe che propone ed effettua l'intervento erogabile a domicilio, come definito nelle procedure aziendali</b>	
<b>Nome e cognome medico</b>	<b>Nome e cognome infermiere</b>
Firma _____	Firma _____

**Autodichiarazione caregiver e consenso informato**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Documento di Identità \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

- Di essere convivente;
- Di essere familiare convivente;
- Di essere caregiver che fornisce assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di essere stato **correttamente informato in una lingua nota e con parole a me chiare ed ho compreso quali segni osservare, quali accorgimenti adottare e come comportarmi nel corso delle attività assistenziali per quanto nelle mie possibilità** al fine di assicurare la collaborazione al team clinico assistenziale nel processo.

Firma \_\_\_\_\_

<p><b>I professionisti sanitari dell'equipe hanno verificato la capacità del caregiver di</b></p> <p><input type="checkbox"/> osservare e riferire eventuali segni di allert _____</p> <p><input type="checkbox"/> eseguire manovre basilari quali _____</p> <p><input type="checkbox"/> altro _____</p>	
<p><b>Nome e cognome medico</b></p>	<p><b>Nome e cognome infermiere</b></p>
<p><b>Firma</b> _____</p>	<p><b>Firma</b> _____</p>

<p><b>Luogo:</b></p>	<p><b>Data:</b></p>
----------------------	---------------------

## VALUTAZIONE DEL DOLORE IN ETÀ PEDIATRICA

### Scala FLACC

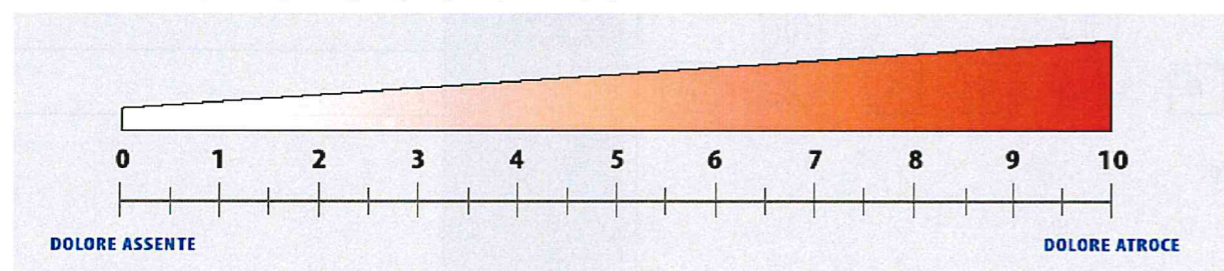
(indicata per il neonato, il bambino in età pre-verbale al di sotto dei 3 anni e per i bambini che per deficit motori o cognitivi non possono fornire una valutazione soggettiva del dolore)

Categoria	Punteggio		
	0	1	2
Volto	Espressione neutra o sorriso	Smorfie occasionali o sopracciglia corrugate, espressione distaccata, disinteressata	Da frequente a costante aggrottamento delle sopracciglia, bocca serrata, tremore del mento
Gambe	Posizione normale o rilassata	Si agita, è irrequieto, teso	Scalcia, o raddrizza le gambe
Attività	Posizione quieta, normale, si muove in modo naturale	Si contorce, si dondola avanti e indietro, teso	Inarcato, rigido o si muove a scatti
Pianto	Assenza di pianto (durante la veglia o durante il sonno)	Geme o piagnucola, lamenti occasionali	Piange in modo continuo, urla o singhiozza, lamenti frequenti
Consolabilità	Soddisfatto, rilassato	È rassicurato dal contatto occasionale, dall'abbraccio o dal tono della voce, è distraibile	Difficile da consolare

### Scala Wong/Baker (indicata per i bambini dai 3 ai 6 anni)



### Scala VAS/NRS (indicata per i ragazzi più grandi, dai 7 in poi)



Scala Verbale - Legenda di riferimento livello dolore				
0 = DOLORE <b>ASSENTE</b>	1-2-3 = DOLORE <b>LIEVE</b>	4-5-6 = DOLORE <b>MODERATO</b>	7-8-9 = DOLORE <b>FORTE</b>	10 = DOLORE <b>INSOPPORTABILE</b>

Note \_\_\_\_\_

## VALUTAZIONE DEL DOLORE NEI PAZIENTI CON DEFICIT COGNITIVI

APS (Abbey Pain Scale - Dementia Care Australia Pty Ltd)		Assente 0	Lieve 1	Moderato 2	Severo 3
Q1	vocalizzazione (es. gemiti, lamenti, pianto)				
Q2	espressioni facciali (aspetto teso, aggrottamento di ciglia e smorfie, aspetto spaventato)				
Q3	cambiamenti del linguaggio del corpo (agitazione, posizioni di difesa di parte del corpo, atteggiamenti di allontanamento)				
Q4	cambiamenti comportamentali (stato confusionale, rifiuto del cibo, alterazioni degli schemi abituali)				
Q5	Alterazioni fisiologiche (temperatura corporea, alterazioni del polso o della pressione arteriosa, sudorazione, rossore o pallore)				
Q6	Alterazioni corporee (lacerazioni della cute, lesioni da decubito, artrite, contratture, pregresse lesioni)				
Somma dei valori					

Come usare la scala: mentre si osserva il soggetto, dare un punteggio alle domande da Q1 a Q6

SEZIONE RIEPILOGATIVA				
Scala utilizzata	FLACC	Wong/Baker	VAS/NRS	
Punteggio all'ingresso	Punteggio alla dimissione			
APS Livello del dolore	0-2 No Dolore	3-7 Lieve	8-13 Moderato	14 + Severo
APS Tipo di dolore	Cronico		Acuto	Subacuto
NOTE				

Note per la compilazione: inserire il valore del dolore rilevato e barrare le caselle

**SCHEDA DI MONITORAGGIO DEL DOLORE**

	I	II	III	IV	V	VI	VII
DATA							
h →	ET EC	ET EC	ET EC	ET EC	ET EC	ET EC	ET EC
10							
9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							

	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV
DATA							
h →	ET EC	ET EC	ET EC	ET EC	ET EC	ET EC	ET EC
10							
9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							

Note \_\_\_\_\_

**Legenda:**  
 annerire la casella corrispondente al valore vas indicativa del dolore riferito dal paziente e completare con i simboli e lettere corrispondenti.  
 Efficacia della Terapia (ET): + POSITIVO - NEGATIVO +/- MEDIOCRE  
 Effetti Collaterali rilevati (EC): N = nausea, V = vomito, AL = allucinazioni D = delirio A = astenia S = sonnolenza ST = stitichezza CM = confusione mentale.

**UOSD TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE**  
 Hub Rete Aziendale - Spoke Rete Regionale

**CARTELLA SANITARIA**  Ambulatoriale  Territoriale  Ospedaliera C.C. n° \_\_\_\_\_

COGNOME ..... NOME.....

CF ..... Esenzione .....

Eta' ..... BMI..... NP  SP  OB \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

- Dolore assente
- Dolore postoperatorio
- Dolore neoplastico
- Dolore cronico non oncologico
- Dolore acuto
- Dolore episodico intenso

Ipotesi causale del dolore \_\_\_\_\_

	<b>Aree di osservazione</b>	
	Dolore	
	Situazione personale	
	Contesto familiare e sociale	
	Terapia domiciliare del dolore	
	Comportamenti da impulso incontrollato	
Altro		
Priorità: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bassa		

Note:

**Scala Verbale - Legenda di riferimento livello dolore**

0 = DOLORE <b>ASSENTE</b>	1-2-3=DOLORE <b>LIEVE</b>	4-5-6= DOLORE <b>MODERATO</b>	7-8-9 = DOLORE <b>FORTE</b>	10 =DOLORE <b>INSOPPORTABILE</b>
------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------



**NRS**

**IL DOLORE E' ACCETTABILE? SI NO**





**SE RICHIESTA INTERVENTO A DOMICILIO COMPILARE LA RESTANTE PARTE DEL MODULO**

<input checked="" type="checkbox"/>	Condizione clinica di base	Dettagli
	Malattia cronica	
	Malattia rara	
	Disabilità	
	Stato terminale	
	Altro	

<b>Allergie</b>	
<b>Terapia attuale</b>	

PARAMETRI	
PA	_____ / _____ mmHg, F.C.
FC	_____ bpm
SpO <sub>2</sub>	_____ % □ aa, □ O <sub>2</sub> terapia a _____ l\min. per _____ h\die
TC	_____ °C
FR	_____ atti\min
GLICEMIA	(DXT) _____ mg\dl effettuato ore _____ : _____ □ post prandiale □ pre prandiale

STATO VACCINALE	
<input type="checkbox"/> Vaccino anti Covid -19	Ultima somministrazione _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Vaccino antinfluenzale 22/23	<input type="checkbox"/> Antipneumococcico 22/23

<input type="checkbox"/> Si propone intervento da attuare possibilmente entro _____ (tempo minimo 24 h)	
<input type="checkbox"/> La stima della durata dell'intervento è di _____ (max 7 gg tranne casi eccezionali)	
<input type="checkbox"/> Necessita di accesso giornaliero	
<input type="checkbox"/> Necessita di più di un accesso/die	
L'utente non può recarsi in altro setting per	<input type="checkbox"/> Stato infettivo o riacutizzazione della patologia di base in atto <input type="checkbox"/> Condizioni di estrema vulnerabilità che determinano altro rischio al trasporto e/o all'accesso in strutture sanitarie <input type="checkbox"/> Non trasportabile

Medico richiedente \_\_\_\_\_ Contatti: ☎ \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Si informa che la richiesta verrà valutata congiuntamente dalla COT A e dal team UCA (o dal servizio predisposto ad assicurare la prestazione) al fine di dare riscontro in tempo utile sui tempi e modo di interventi concordati a su eventuale inappropriata della stessa.*

**Scheda primo contatto P.U.A.**

**Codice Fiscale**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data della domanda \_\_\_\_\_

N° Cart. \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_ M  F

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Naz. \_\_\_\_\_

Residenza: Comune \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Domicilio: presso familiare  presso: struttura sociale  RSA  Struttura Sanitaria

Cognome sul campanello \_\_\_\_\_ Identificativo struttura \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel.....Cell.....

MMG.....

TITOLO DI STUDIO	STATO CIVILE	STATO GIURIDICO	BADANTE /CARE GIVER CONVIVENTE
ELEMENTARE	CELIBE-NUBILE	SOGGETTO DI DIRITTO	SI
MEDIA INF	CONIUGATO-A	AMM.DI SOSTEGNO	NO
MEDIA SUP.	SEPARATO-A	CURATORE	
LAUREA BREVE	DIVORZIATO-A	TUTORE	<b>COD.ESENZ.</b>
LAUREA MAGISTRALE	VEDOVO-A		
NON DICHIARATO			

n° componenti nucleo familiare(escluso il paziente)\_\_\_\_\_ N° di figli\_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI MMG**

DIAGNOSI PREVALENTE .....

DIAGNOSI CONCOMITANTI.....

<b>AUTONOMIA</b>	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> parz. dipendente	<input type="checkbox"/> dipendente
<b>MOBILITA'</b>	<input type="checkbox"/> si sposta da solo	<input type="checkbox"/> si sposta assistito	<input type="checkbox"/> non si sposta
<b>DISTURBI COGNITIVI</b>	<input type="checkbox"/> assenti/lievi	<input type="checkbox"/> moderati	<input type="checkbox"/> gravi
<b>DISTURBI COMPORTAMENTALI</b>	<input type="checkbox"/> assenti/lievi	<input type="checkbox"/> moderati	<input type="checkbox"/> gravi
<b>SUPPORTO SOCIALE</b>	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> parziale e/o temp.	<input type="checkbox"/> assente

**SCHEDA NSIS**

autonomia	totalmente dipendente	parzialmente dipendente	autonomo
gradi di mobilità	totalmente dipendente	parzialmente dipendente	autonomo
supporto sociale	presente	non presente	
rischio infettivo	si	no	
broncorespirazione/drenaggio posturale	si	no	
ossigeno terapia	si	no	
ventiloterapia	si	no	
tracheostomia	si	no	
gestione della stomia	si	no	
eliminazione urinaria intestinale	si	no	
alterazione ritmo sonno veglia	si	no	
intervento educativo terapeutico	si	no	
cura ulcere cutanee 1 e 2 grado	si	no	
cura ulcere cutanee 3 e 4 grado	si	no	
prelievi venosi non occasionali	si	no	
ECG	si	no	
telemetria	si	no	
terapia sottocut. Intramusc. Infusione	si	no	
gestione catetere	si	no	
trasfusioni	si	no	
controllo dolore	si	no	
assist. Stato terminale oncologico	si	no	
assist. Stato terminale non oncologico	si	no	
supervisione continua	si	no	
assistenza IADIL	si	no	
assistenza ADL	si	no	
supporto CARE GIVER	si	no	
trattamenti riabilitativi			
neurologico	si	no	
ortopedico	si	no	
di mantenimento	si	no	
Disturbi			
distrubi cognitivi	assenti/lievi	moderati	gravi
disturbi comportamentali	assenti/lievi	moderati	gravi
alimentazione			
assistita	si	no	
enterale	si	no	
parenterale	si	no	

Nominativo di chi presenta la domanda \_\_\_\_\_

Il sottoscritto ai sensi del D.leg.vo 196/2003 e per gli effetti degli art. 13 e 23 fornisce il proprio consenso al trattamento dei dati forniti. Grado di parentela \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

OPERATORE PUA.....



**INFORMAZIONI DA PRIMO CONTATTO TELEFONICO (COT A)**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ora \_\_\_\_: \_\_\_\_ Operatore \_\_\_\_\_ ID N° \_\_\_\_/\_\_\_\_

Raccolta informazioni tramite contatto con: \_\_\_\_\_

Grado di parentela con l'assistito \_\_\_\_\_

Condizioni socio abitative	
Piano _____ Ascensore <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vive con: _____
Camera _____ Bagno vicino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Caregiver: _____

<b>Autonomia</b> <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Limitata <input type="checkbox"/> Non autosufficiente
<b>Mobilità</b> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Costretto a letto
<b>Si alimenta</b> <input type="checkbox"/> Si autonomamente <input type="checkbox"/> Si con aiuto <input type="checkbox"/> NO
<b>Stato mentale</b> <input type="checkbox"/> Orientato e collaborante <input type="checkbox"/> Vigile <input type="checkbox"/> Rallentato <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Agitato <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Coma
<input type="checkbox"/> Nessun accesso venoso <input type="checkbox"/> Accesso venoso periferico <input type="checkbox"/> Accesso venoso centrale _____
<input type="checkbox"/> Catetere vescicale _____
<input type="checkbox"/> Stomia _____
<input type="checkbox"/> Drenaggio _____
<input type="checkbox"/> Peg _____
<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> per nutrizione <input type="checkbox"/> senza nutrizione
<input type="checkbox"/> O2 terapia con _____
<input type="checkbox"/> Lesioni cutanee _____ <input type="checkbox"/> ferite chirurgiche _____

PARAMETRI	
PA	_____/_____/____ mmHg, F.C.
FC	_____ bpm
SpO2	_____ % <input type="checkbox"/> aa, <input type="checkbox"/> O2 terapia a _____ l\min. per _____ h\die
TC	_____ °C
FR	_____ atti\min
GLICEMIA	(DXT) _____ mg\dl effettuato ore ____:____ <input type="checkbox"/> post prandiale <input type="checkbox"/> pre prandiale

<b>ALLERGIE</b>
<input type="checkbox"/> Sospette _____
<input type="checkbox"/> Documentate: _____
Terapia in atto: _____

STATO VACCINALE	
<input type="checkbox"/> Anti Covid -19	<input type="checkbox"/> Ciclo completo <input type="checkbox"/> Ultimo richiamo n° _____ effettuato il ____/____/____
<input type="checkbox"/> Antinfluenzale	Effettuato il ____/____/____
<input type="checkbox"/> Antipneumococcico	Effettuato il ____/____/____

Note

**Gli interessati sono stati informati sulla necessità di firmare il consenso ai trattamenti**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_





**Modello di Scheda Valutazione Educazione Sanitaria**  assistito o  caregiver

**Dati Identificativi**

- Paziente (Nome/ID): \_\_\_\_\_
- Data/e dell'intervento educativo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Operatore/i (Infermiere/Medico): \_\_\_\_\_
- Patologia/Problema di salute  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Valutazione Iniziale (Diagnosi Educativa)**

- **Conoscenze pregresse sulla malattia:** [ ] Nulle [ ] Parziali [ ] Buone
- **Motivazione all'apprendimento:** [ ] Bassa [ ] Media [ ] Alta
- **Barriere all'apprendimento (fisiche, cognitive, linguistiche):** \_\_\_\_\_

**Obiettivi Educativi (SMART)**

- *Esempio: Il paziente sarà in grado di misurare la glicemia autonomamente entro la dimissione.*

**Interventi Educativi Effettuati (Metodologie)**

- Colloquio individuale  
\_\_\_\_\_
- Dimostrazione pratica (Ritorno dimostrazione)  
\_\_\_\_\_
- Materiale informativo scritto/video  
\_\_\_\_\_
- Educazione anche al Caregiver  
\_\_\_\_\_

**Annotazioni**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Valutazione dell'Apprendimento (Outcome)

Utilizzare tecniche come il **Teach-back** (chiedere al paziente di rispiegare con parole proprie).

Area di Valutazione	Obiettivo raggiunto	Note/Osservazioni
Conoscenza (es. segni/sintomi)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parziale	
Abilità Tecnica (es. iniezione)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parziale	
Autogestione (es. dieta/terapia)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parziale	
Adattamento emotivo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parziale	

Altro

### Risultati della Valutazione (Scala di Efficacia)

- **Apprendimento verificato:**
  - **Pieno:** Il paziente dimostra le competenze autonomamente.
  - **Parziale:** Il paziente necessita di supervisione o ulteriori interventi.
  - **Nulla:** Il paziente non ha acquisito le nozioni/abilità.
- **Necessità di follow-up:**  Sì  No

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma Operatore: \_\_\_\_\_

Firma assistito: \_\_\_\_\_

Firma caregiver: \_\_\_\_\_

**MODELLO PROGETTO INDIVIDUALE DI SALUTE PRIS**

Stadiatione o grading di malattia	Lieve	Moderato	Severo	Grave	Annotazioni

Comorbidità	Fattori di fragilità	Fattori di rischio
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare	<input type="checkbox"/> Supporto famigliare/sociale <input type="checkbox"/> Livello di autonomia <input type="checkbox"/> Polifarmacoterapia <input type="checkbox"/> Utilizzo frequente dei servizi sanitari <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Lavoro <input type="checkbox"/> Fumo <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Sedentarietà <input type="checkbox"/> Consumo di alcool <input type="checkbox"/> .....

Associando dei valori alle voci declinate alle tabelle precedenti si può applicare una formula che classifichi il livello di intervento

Livello PrIS	3	4	5	6	Annotazioni
	PrIS semplice	PrIS <input type="checkbox"/> Semplice <input type="checkbox"/> Complesso	PrIS Complesso	PrIS Complesso fine vita	

**Esempio di declinazione del PrIS**

Obiettivi di salute	Indicatori	Modi	Tempi				
<input type="checkbox"/> Recuperare compenso/ capacità ...	Diminuire senso di affaticamento e affanno (riuscire a xx) Ridurre tosse, affanno e secrezioni bronchiali Riacquistare equilibrio intestinale (consistenza feci e frequenza evacuazioni) Ripristinare i valori glicemici entro un range di Controllo del dolore...	Terapia Controllo assunzione sale Controllo peso e diuresi	Rivalutazione a 6/12 mesi				
<input type="checkbox"/> Mantenere compenso/ capacità ...	Parametri sopra ma in mantenimento anziché in recupero	Vedi sopra	Vedi sopra				
<input type="checkbox"/> Modificare i comportamenti (stili di vita): Perdere peso? Smettere di fumare? Moderare assunzione di alcolici, attività fisica moderata...	Ridurre il peso di almeno xx kg Non fumare o diminuire xxx	Consigli dietetici o dieta personalizzata Invio centro antifumo Controllo assunzione liquidi Controllo assunzione sale Indicazioni su attività fisica o programma personalizzato di attività fisica	Entro 3, 6, 12 mesi				
<input type="checkbox"/> Aderire al percorso di cura proposto...	Assumere la terapia ad orario e secondo prescrizione, Riferire effetti collaterali o variazioni dei sintomi/segni...	App di monitoraggio Teleassistenza	Verifica periodica				
<input type="checkbox"/> Altro							
Farmaco	Inizio	Fine	Quanto assumerne	Quando assumerlo	Come assumerlo	Come conservarlo	Avvertenze

Altre annotazioni

- Ossigenoterapia
- Farmaci da prendere solo se ho bisogno \_\_\_\_\_
- Farmaci sconsigliati \_\_\_\_\_
- Farmaci da non assumere (allergie) \_\_\_\_\_
- Promemoria:
- Scadenza piano terapeutico

**Se polifarmacoterapia inserire nel percorso di medicina di precisione**

Anche il calendario di follow up viene generato automaticamente dal sistema sulla base del grading di malattia, gli indicatori previsti nei LEA e nelle linee guida.

Follow up (a sei mesi o ad un anno)	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu
Visita in presenza in ambulatorio specialistico I° livello						x
Visita in presenza in ambulatorio specialistico II° livello						
Controlli consigliati presso il MMG	x		x		x	
Rinnovo piano terapeutico			X (televisita)			
Esami ematici					X (specificare)	
Indagini strumentali				X (specificare)		
Consulenze		X (specificare)				
Intervento infermieristico	x	x	x			

Appuntamento già calendarizzato se erogato dal servizio di cura. Il percorso di follow up è condiviso con il MMG che gestirà prescrizioni e prima visione degli esami e delle indagini diagnostiche propedeutiche ai controlli successivi. Potrà in questo modo allertare lo specialista se necessario anticipare la visita di controllo (anche chiedendo un teleconsulto). In ogni caso vanno fornite alla persona tutte le indicazioni utili affinché sappia come fare per accedere ai servizi erogatori delle prestazioni in calendario\*.

Intervento MMG		
Controllo periodico (in presenza o in televisita) per	<input type="checkbox"/> Almeno settimanale	NB per le persone che non hanno competenza nella gestione di device i controlli del medico e il confronto tra questo e il servizio saranno più frequenti
<input type="checkbox"/> Prescrizione farmaci	<input type="checkbox"/> Almeno mensile	
<input type="checkbox"/> Presa visione esami	<input type="checkbox"/> ...	
<input type="checkbox"/> Controllo clinico		

Telemedicina	Periodicità	Modo	Inizio	Fine	Variazione	Inizio	Fine
Teleassistenza	Settimanale	Contatto telefonico Messaggio Altro	xx	xx			
Automonitoraggio	Quindicinale	App	xx	xx			
Telecontrollo	Giornaliero	Device	xx	xx			
Televisita	<input type="checkbox"/> Il paziente dà il consenso e, lui o il suo caregiver, hanno le competenze e gli strumenti necessari per partecipare alla televisita, oppure caregiver						

Il paziente aderisce ai programmi di educazione terapeutica

	Appuntamento	Inizio	Fine	Cadenza	Chi partecipa	Comprensione	Risultato
Sedute di gruppo					<input type="checkbox"/> Utente	Livello sufficiente	Il paziente è in grado di
Sedute singole					<input type="checkbox"/> Utente e caregiver <input type="checkbox"/> Caregiver	Livello insufficiente xxx	Il caregiver è in grado di
Consegna materiale informativo						Si	No

Adesione a

- Percorso fumo
- Percorso alcool
- Programma attività fisica/riabilitativa
- Ecc

Anche in questo caso vanno fornite tutte le indicazioni di accesso e se possibile gli appuntamenti\*

*\*le Centrali Operative potranno supportare i servizi specialistici in queste attività di programmazione delle attività, a tale scopo abbiamo definito una mappa dei servizi e delle opportunità.*

**SOTTOSCRIZIONE DEL PRIS SEMPLICE da parte di**

- Paziente
- Medico di medicina generale
- Medico specialista
- IFeC
- Altra figura se coinvolta

Nel PRIS complesso si aggiunge la UVMD è il conseguente PAI/PRI

**IL MIO PIANO DI AUTOCURA: COMPORTAMENTI PER RIMANERE IN SALUTE**

Nome \_\_\_\_\_

### Scheda per evento acuto

Gentile assistito, pur avendo superato la fase acuta della malattia, per i primi giorni sarà necessario osservare alcune buone norme che le consentano di riprendere gradualmente le sue normali attività evitando di incorrere in complicanze o stress inutili al suo organismo già debilitato (provato). Le consigliamo per i primi giorni una alimentazione equilibrata che veda la preferenza di cibi leggeri, non piccanti né particolarmente conditi come ad esempio

---

Evitare di fumare e bere alcolici per almeno \_\_\_\_\_

### Attività fisica

- Attività leggera fino al prossimo controllo
- Ripresa graduale delle attività
- Può riprendere da subito le normali attività
- L'attività sessuale potrà essere ripresa
- Potrà riprendere la guida e le attività all'aria aperta
- Altro

È buona norma mantenere

- una puntuale eliminazione intestinale consulti il medico in caso di difficoltà nell'evacuazione
- una puntuale igiene, la parte interessata va detersa con prodotti .....
- altro

Particolari avvertenze:

- Medicazioni evitare di bagnare la parte qualora .....
- Movimentazione e gestione di tutori (vedi allegato)
- Altro

Fare attenzione a particolari sintomi e segni quali:

- comparsa di febbre .....
- dolore non rispondente a terapia consigliata o ingravescente
- arrossamento e gonfiore della ferita o della zona circostante
- .....

**La preghiamo di non avere timore a chiedere al personale medico o infermieristico eventuali chiarimenti**

## RACCOMANDAZIONI ALLA DIMISSIONE

### Sintomi di allarme

Contattare il nostro reparto se il paziente ha:

- Febbre superiore a 38.5 C° specialmente se associata a brividi
- Difficoltà a respirare o un respiro corto o respiri troppo frequenti o tosse insistente
- Si stanca facilmente, ha difficoltà ad alimentarsi o rifiuta il cibo
- Vomito e/o diarrea
- Segni di disidratazione (labbra secche, urine scarse o assenti)
- Vertigini, debolezza, palpitazioni, insonnia, estrema irritabilità
- Ferita chirurgica o dei drenaggi arrossata o il rossore si sta' diffondendo, se la ferita si apre o drena un liquido giallo , se ha cattivo odore
- Frequenza dei battiti cardiaci troppo alta (eventuali Range)

### Cura della ferita chirurgica

- Mantenere l'incisione pulita e asciutta
- Non applicare unguenti o rimedi casalinghi sull'incisione
- Il bagno/doccia con immersione della ferita, sarà possibile dopo che sono cadute tutte le "crosticine"
- I punti di sutura saranno rimossi al primo controllo, non tagliarli o strapparli a casa
- Nel periodo estivo non esporre la ferita al sole entro un anno dalla procedura

### Scheda per cronico

Gentile assistito, la patologia che le è stata diagnosticata comporta da parte sua una partecipazione attiva al processo di cura perché è fondamentale per evitare le complicanze che questa può determinare se non viene osservato uno stile di vita adeguato e non si segue con puntualità la terapia prescritta. Nel suo caso una corretta alimentazione, un'adeguata attività fisica ed altri accorgimenti che troverà di seguito descritti sono di fatto assimilabili alla terapia farmacologica ed hanno lo stesso peso sulla qualità di vita.

### Consigli dietetici:

*descrittivi*

Vedi diario nutrizionale o dieta personalizzata allegata oppure

Una dieta equilibrata è importante per promuovere la salute anche nelle persone sane, nel suo caso, vista la patologia diagnosticata è opportuno evitare l'assunzione di alimenti quali \_\_\_\_\_

altri alimenti come \_\_\_\_\_ vanno consumati con moderazione

È necessaria una assunzione di liquidi (preferibilmente acqua naturale, ma anche ..... ) moderata, di almeno tot..., molto limitata

L'assunzione di bevande alcoliche è sconsigliata (del tutto o tranne per un bicchiere di vino ai pasti).

Il fumo va sempre evitato

- diario nutrizionale
- dieta personalizzata
- dieta generica:

→ alimenti da limitare \_\_\_\_\_

→ alimenti da evitare \_\_\_\_\_

→ alimenti da preferire \_\_\_\_\_

### Controlli giornalieri

**Peso**

**Pressione**

**Glicemia**

**I MIEI FARMACI**

Nome \_\_\_\_\_ data di compilazione \_\_\_\_\_

Ci raccomandiamo affinché lei prenda tutti i farmaci che le sono stati prescritti, negli orari e nella quantità indicata seguendo le istruzioni del diario di terapia.

Ricordi che i farmaci hanno nomi commerciali e nomi generici, per non sbagliare è bene scrivere e verificare entrambi i nomi.

Se per tenere il diario di terapia lo estrae dalla cartellina si ricordi di portarlo con sé quando si reca ad una visita medica, se la terapia in quell'occasione viene modificata, modifichi o sostituisca subito anche il foglio, se ha difficoltà chiedi all'infermiere del servizio o ad un suo familiare.

Se ha dubbi o non è sicuro di aver capito bene chiedi al medico o all'infermiere di spiegarle nuovamente le giuste modalità di assunzione della terapia.

Parli con il suo medico prima di assumere nuovi farmaci, anche se da banco, per evitare interazione con quelli che sta già assumendo.

Se rileva altri sintomi compatibili ad effetti collaterali o correlabili ad una reazione allergica avvisi immediatamente il medico e sospenda la terapia fino a che questo non le dia indicazioni specifiche.

In genere i farmaci vanno tenuti in ambienti asciutti, al riparo da luce e calore, e mantenuti nella confezione integra, solo in alcuni casi vanno tenuti al fresco (+- 4°). Per compresse e fiale vale la scadenza impressa sulle scatole, per sciroppi, colliri e soluzioni vale solo se la confezione è integra, una volta aperte hanno una durata di conservazione che va dai sette ai dieci giorni. In ogni caso leggere attentamente le istruzioni di conservazione oppure chiedere al medico o all'infermiere.

Tenere sempre lontano dalla portata dei bambini o di persone non orientate.

	Ora 🕒	Nome farmaco	Dosaggio	Dopo i pasti	Lontano dai pasti	Termine terapia	Note
Mattina	7.00	Pantoprazolo/pantorc	1 compressa		X		
	8.00	Amoxicillina	1 compressa	X		Fino al .....	
Mezzogiorno ☼	12.30	Metformina	1 compressa		X Subito prima del pasto		
Pomeriggio							
Sera	12.30	Metformina	1 compressa		X Subito prima del pasto	12.30	Metformina
	20.00	Amoxicillina	1 compressa	X		Fino al .....	20.00
Notte ☾							

Ossigenoterapia

Farmaci da prendere solo se ho bisogno \_\_\_\_\_

Farmaci sconsigliati \_\_\_\_\_

Farmaci da non assumere (allergie) \_\_\_\_\_

Promemoria: Scadenza piano terapeutico \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**I MIEI CONTROLLI**

Nome \_\_\_\_\_ data di compilazione \_\_\_\_\_

Per le caratteristiche stesse della sua malattia è bene che Lei abbia un punto di riferimento che la segua nel tempo ed a cui rivolgersi in caso di necessità.

La nostra presa in carico è relativa solo alle fasi più acute della Sua malattia che necessitano del ricovero ospedaliero.

Le abbiamo fissato una visita presso il centro a lei più vicino per un controllo, al momento della visita deciderà con il team presente nell'ambulatorio se aderire al percorso di presa in carico per lei indicato. Potrà condividere questa decisione con il suo MMG che sarà comunque partecipe a qualsiasi percorso di cura verrà intrapreso.

Il servizio che si occuperà di seguirla per il suo problema di salute è: \_\_\_\_\_

Il primo appuntamento è fissato per \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_ che è l'ambulatorio a lei più vicino

Contatti del servizio per eventuali informazioni

Contatti per disdire o spostare la visita (in altra data o presso un altro centro)

Prima della visita dovrà effettuare i seguenti controlli:

- Esami ematici \_\_\_\_\_
- Indagini radiologiche \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

Troverà le impegnative tra la documentazione e potrà effettuare le prenotazioni degli esami oggi stesso prima di lasciare l'ospedale.

Per gli esami ematici non è necessaria la prenotazione

Quando si recherà alla visita porti con sé la sua agenda di dimissione e altra documentazione sanitaria in suo possesso, si faccia accompagnare da un familiare se ha difficoltà a ricordare le cose o ha bisogno di un sostegno.

Se nell'intervallo di tempo che intercorre tra la dimissione e la prima visita ambulatoriale o tra una visita e l'altra si verificano delle alterazioni del suo stato di salute

Ad esempio \_\_\_\_\_

Contatti il suo medico curante che valuterà gli eventuali accorgimenti, se necessario anche richiedendo una visita urgente.

# TUTORIAL UTENTE PER L'APPRENDIMENTO ALLE MODALITA' D'USO DEL COLLEGAMENTO IN TELEMEDICINA

- 1) Nel giorno e l'orario concordato per l'appuntamento l'utente vedrà comparire presso la email, dichiarata in fase di primo contatto, il sottostante invito (figura 1)

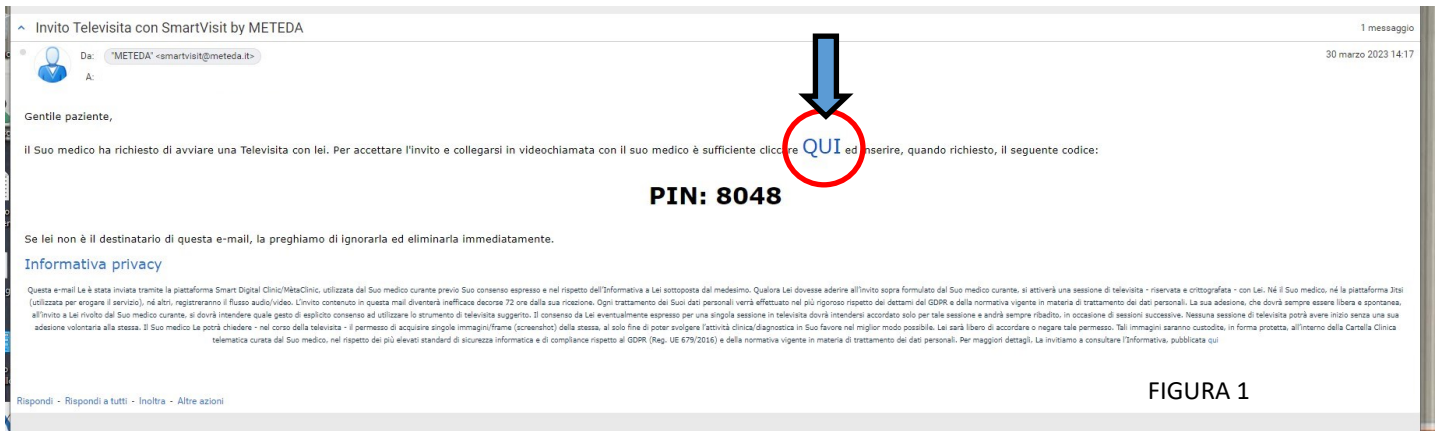


FIGURA 1

- 2) Insieme all'invito viene inviato un codice pin univoco che corrisponde alla propria televisita (figura 1).
- 3) Per attivare il collegamento bisogna cliccare sul testo evidenziato in grande che riporta la scritta "QUI" (evidenziato con il cerchio rosso e la freccia (figura 1), di seguito si aprirà una schermata con la richiesta di inserimento PIN come da figura sottostante (figura 2)

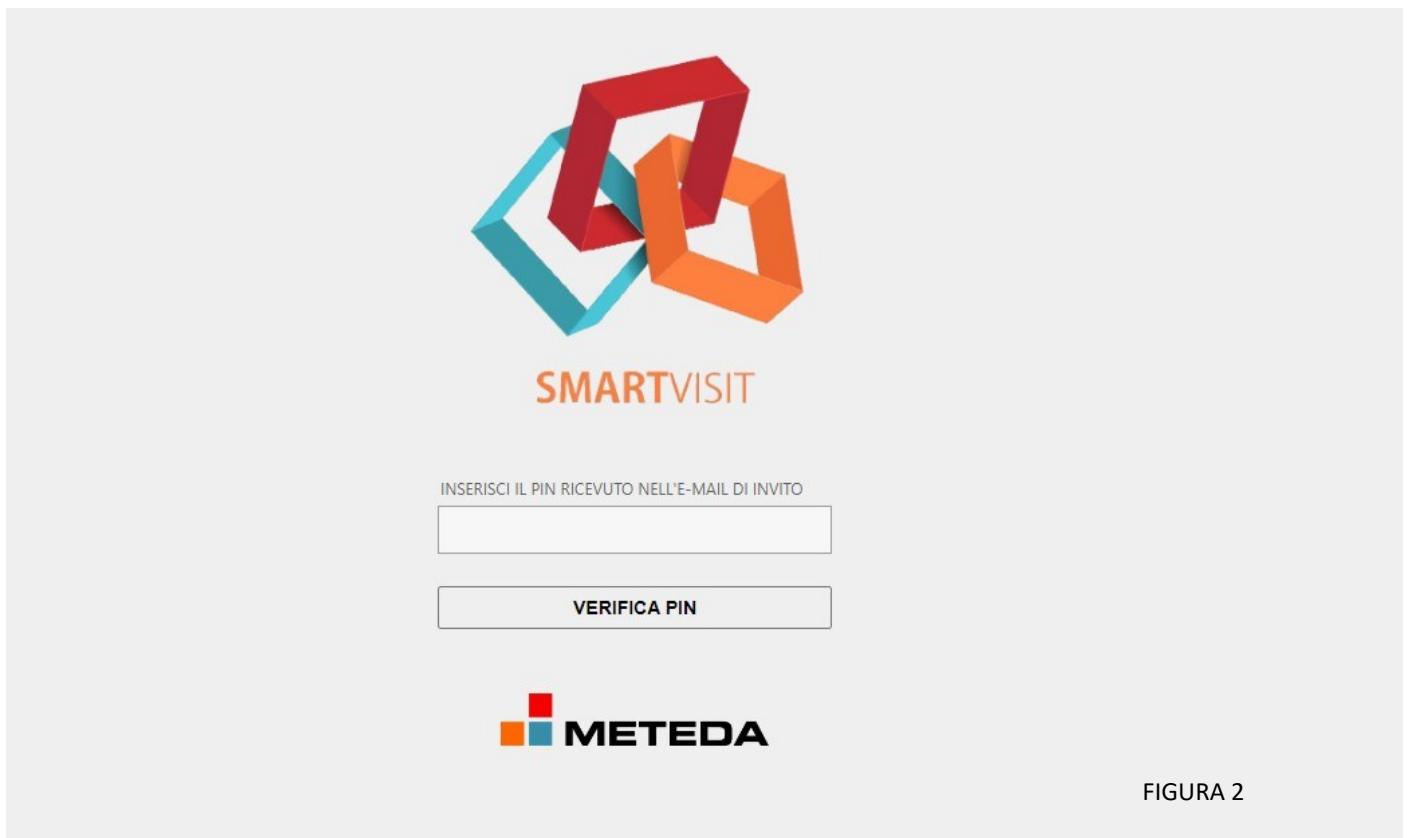


FIGURA 2

- 4) Una volta inserito il codice PIN e validato, il sistema chiederà di scegliere la modalità di partecipazione alla tele visita. A questo punto cliccare sull'icona "AVVIA SUL WEB" (figura 3)

Per partecipare a questa riunione sul tuo telefono ti serve l'app mobile SmartVisit by METEDA.

Se hai già l'app:

Entra in riunione usando l'app

Se non hai ancora l'app:

Scarica l'app



Avvia sul web

FIGURA 3

- 5) A questo punto l'utente verrà collegato al portale di tele visita (figura 4). Se il sistema chiede di abilitare il microfono o avviare la comunicazione rispondere positivamente. Quando il collegamento diventa attivo sarà visualizzato il medico in attesa in video chiamata.

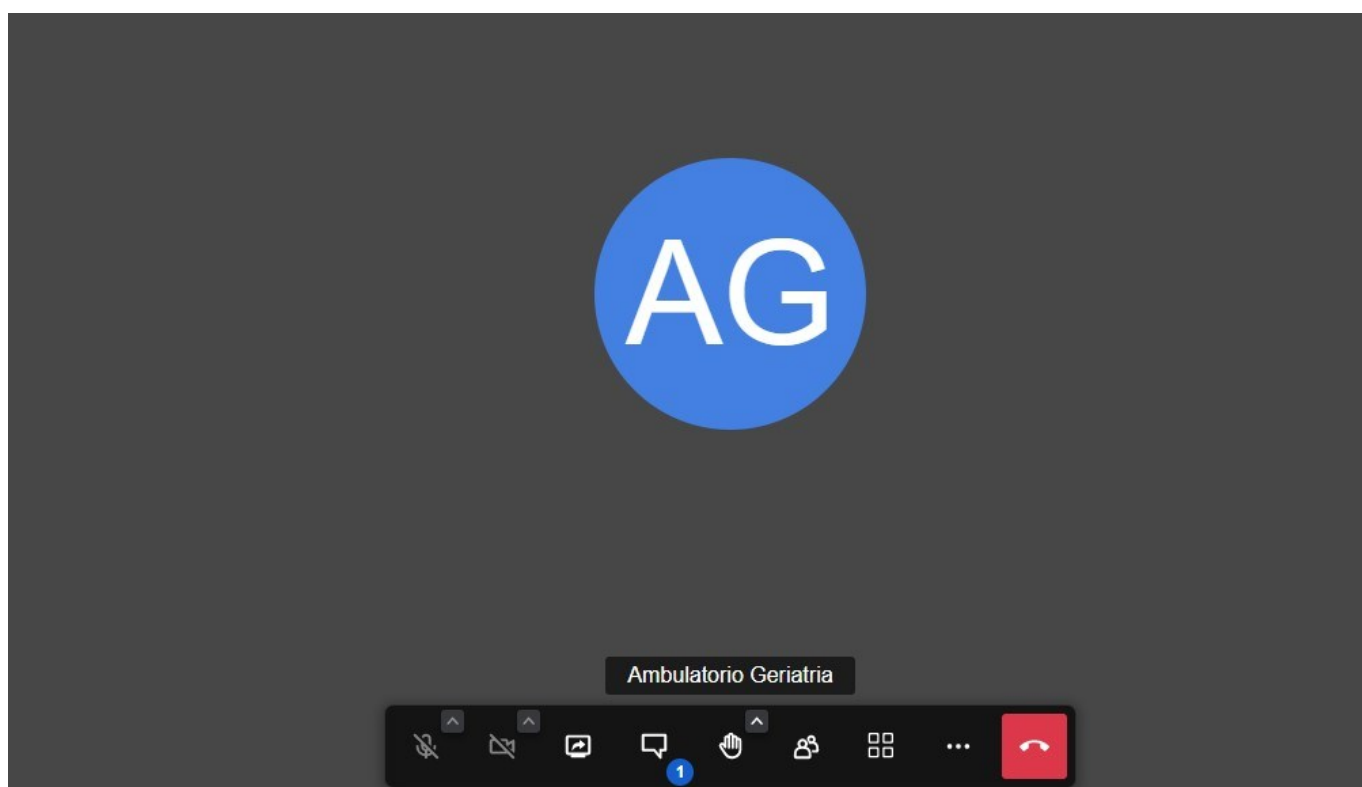


FIGURA 4

- 6) Cliccando sull'icona in basso a destra riportante i quattro quadrati (figura 5) si aprirà una schermata contenente tutti i partecipanti alla televisita (figura 6)

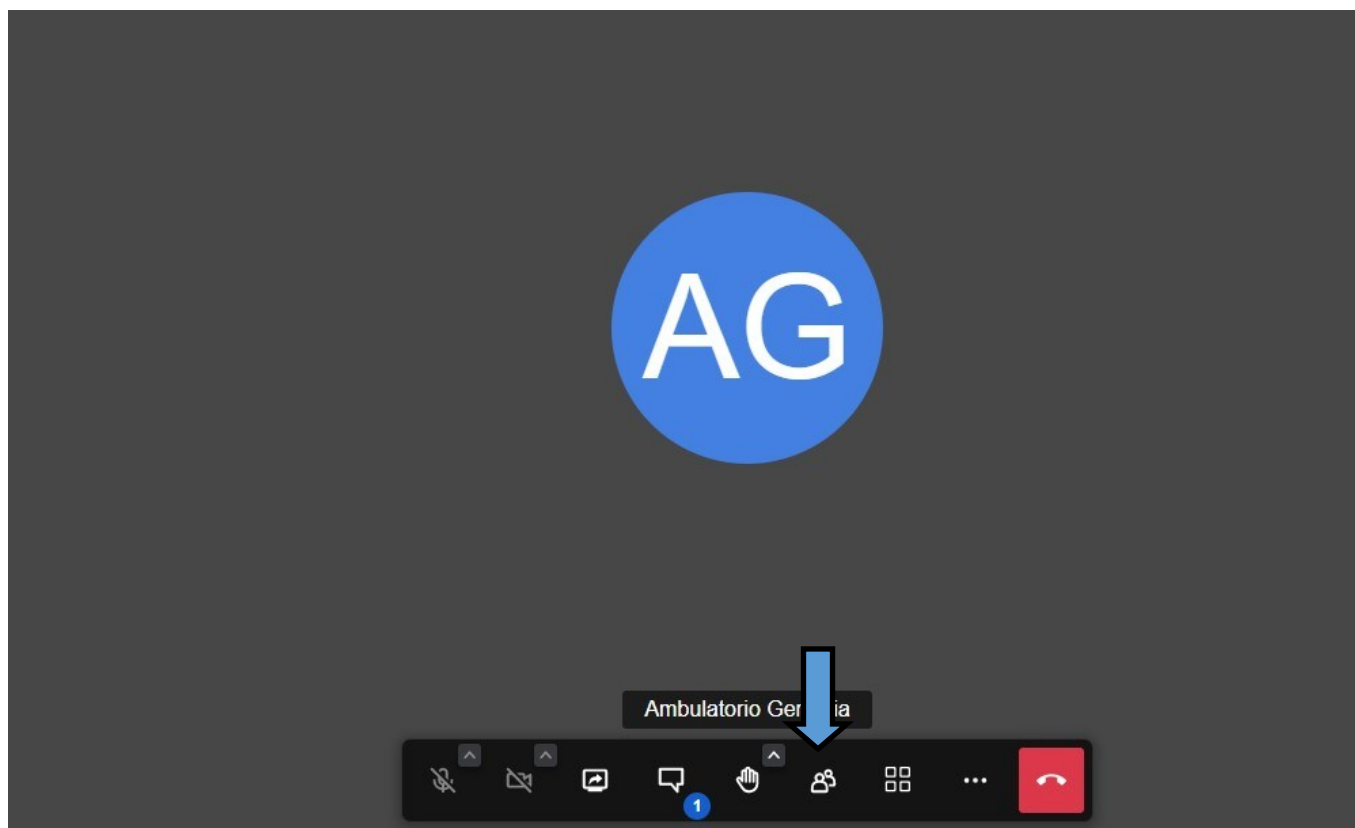


FIGURA 5

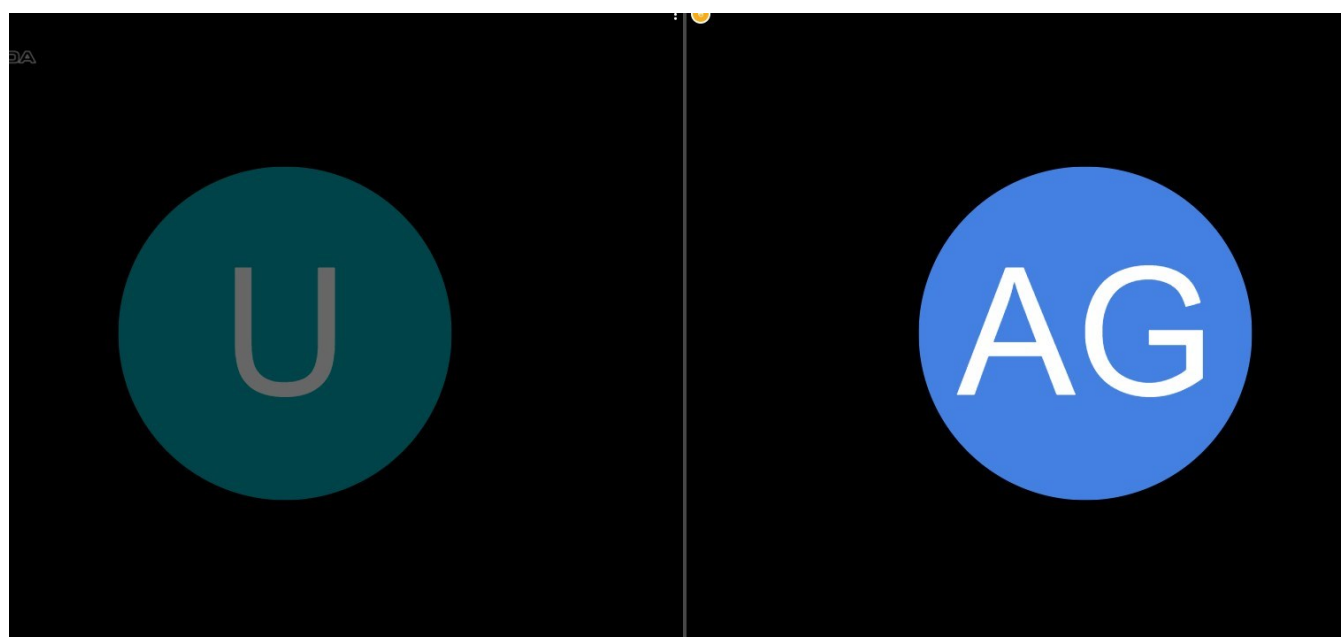


FIGURA 6

7) Al termine della televisita basterà cliccare sull'icona in basso a destra riportante il simbolo del telefono rosso (figura 7) e attendere la schermata di chiusura (figura 8)

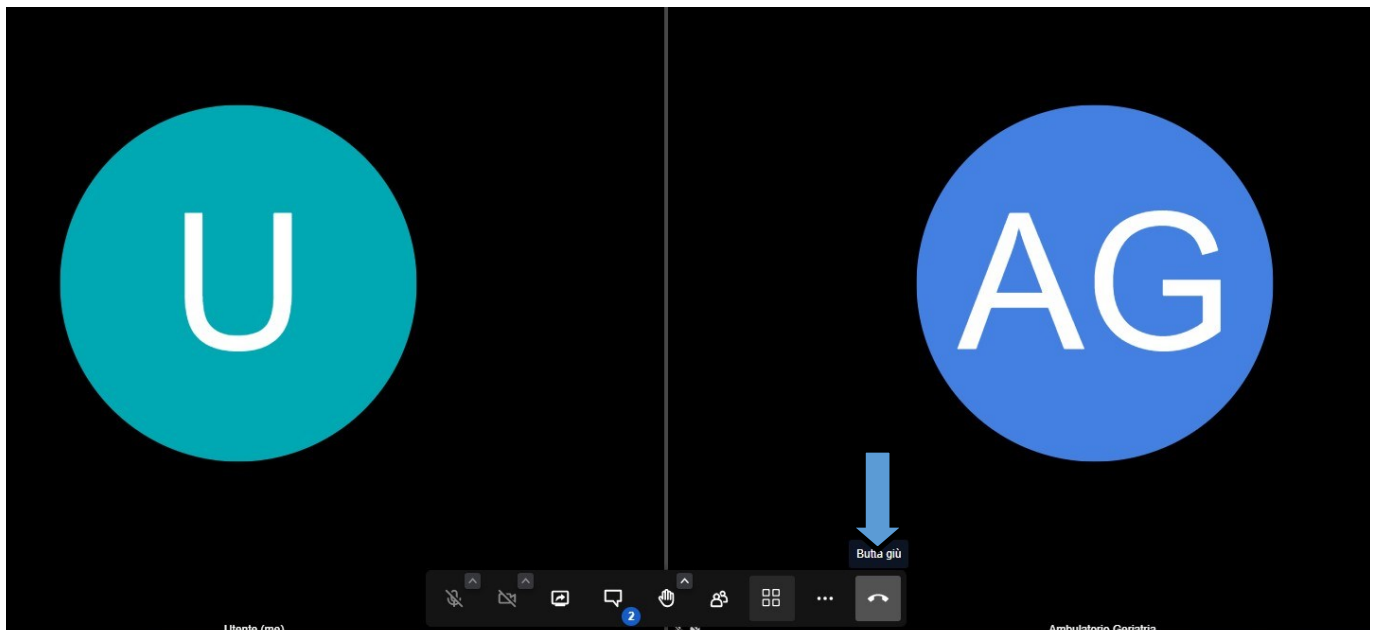


FIGURA 7



FIGURA 8



**Fabbricante 93/42CEE:**

**Drug-Pin S.r.l.**  
Via Sassoferrato, 1  
20135 Milano – (IT) Italy

## Sommario

1.	Descrizione generale del Dispositivo .....	3
2.	Destinazione d'uso e a chi è destinato .....	3
3.	Specifiche di funzionamento .....	3
4.	Ambiti di utilizzo .....	3
5.	Attivazione e registrazione .....	4
6.	Spiegazioni per il corretto e sicuro utilizzo .....	4
7.	Limitazioni d'uso del dispositivo .....	4
8.	Utilizzo del dispositivo Drug Pin.....	4
8.2	Inserimento Nuovo Paziente.....	6
8.3	Scheda Informazioni Paziente.....	7
8.4	Scheda Dati di Laboratorio.....	8
8.5	Scheda Biochimica Funzionale su Base Genomica.....	9
8.6	Pagina OTTIMIZZA TERAPIA .....	10
8.7	Configura Report di "Ottimizza Terapia" .....	16
9.	Avvertenze e Precauzioni.....	17
10.	Bibliografia.....	18
11.	Fabbricante responsabile .....	18
12.	Indice di revisione e data.....	18

## 1. Descrizione generale del Dispositivo

Drug-PIN® è uno strumento per aiutare i medici a prendere le migliori decisioni su quali farmaci prescrivere ai propri pazienti in termini di sicurezza ed efficacia.

Il sistema Drug-PIN analizza le interazioni tra forme attive e/o pro-farmaco (DDIs) integrandole con dati del paziente, tra i quali dati biochimici e genomici (polimorfismi). DrugPIN evidenzia il possibile sovraccarico metabolico dovuto alla condivisione delle stesse vie metaboliche da parte di diversi farmaci o sostanze.

Una interazione farmaco-farmaco (drug-drug interactions, DDIs) è definita come la risposta farmacologica o clinica alla somministrazione di una combinazione di farmaci, diversa da quella prevista dagli effetti noti dei due agenti quando somministrati singolarmente. I DDIs possono essere divisi in due categorie in base ai meccanismi in vivo di interazione: farmacocinetici (assorbimento, distribuzione, metabolismo ed escrezione) e farmacodinamici (funzione recettoriale, processi biologici ed effetti additivi/contrari). I DDIs possono portare ad effetti clinici critici per lo sviluppo di reazione avverse al farmaco (adverse drug reactions ADRs) e possono ridurre o aumentare l'efficacia farmacologica. I DDIs sono stati studiati a livello preclinico e clinico. Numerosi studi hanno riportato gli effetti dei DDI su differenti popolazioni di pazienti, in particolar modo sui pazienti anziani a causa della loro terapia pluri-farmaco. Inoltre, gli ADRs collegati ai DDIs possono aumentare il numero e/o la durata delle ospedalizzazioni e minimizzare la compliance del paziente stesso.

Drug Pin offre una soluzione pratica e veloce per la determinazione automatica di un punteggio di interazione negativa tra i farmaci. Il sistema determina il grado di interazione negativa del cocktail di farmaci impiegato e consente di rimodulare/migliorare il punteggio stesso proponendo delle alternative. La gravità del rischio farmacologico da interazione viene sintetizzato nel punteggio (**score**) che quindi rappresenta un indicatore di potenziali fattori di rischio nella terapia corrente. Il sistema di punteggio è oggetto di brevetto.

## 2. Destinazione d'uso e a chi è destinato

Il software Drug-PIN consente di creare profili e terapie individuali per i pazienti e aiuta a identificare facilmente i potenziali rischi nel trattamento del paziente. Una panoramica di tutte le voci dei pazienti che hai creato è disponibile al momento dell'accesso. Questi pazienti possono essere ordinati per ID, pseudonimo, punteggio e aggiornamento.

Il sistema a punteggio detto "score", brevettato da Drug-PIN, è un indicatore dei potenziali fattori di rischio nella terapia attuale.

Il Dispositivo Medico Drug Pin è ad esclusivo uso professionale da parte del Medico.

## 3. Specifiche di funzionamento

Il Dispositivo Drug Pin può essere utilizzato da tutti i web browser più diffusi (quali Chrome, Firefox, Safari, Edge) su piattaforme Windows, Mac e Linux. È necessaria una connessione internet stabile. Non è necessaria un'installazione di software aggiuntivi. È consigliata una risoluzione di schermo di almeno 1024x768.

## 4. Ambiti di utilizzo

Tutte quelle situazioni in cui un paziente è sottoposto a terapie farmacologiche complesse.

In molte specialità mediche, come la psichiatria, la endocrinologia, la medicina interna e l'oncologia, i DDIs sono importanti in quanto i pazienti usualmente si trovano ad assumere numerosi farmaci o medicinali

auto prescritti quali erbe o composti naturali che possono interagire con i farmaci prescritti. Questi ultimi nella maggior parte dei casi possono interagire in numerosi processi biologici. Pertanto, queste interazioni possono portare all'insorgenza di ADRs che possono inficiare la compliance del paziente al trattamento, ridurne l'efficacia e, in ultima istanza, portare al fallimento della terapia.

## 5. Attivazione e registrazione

Per l'attivazione del proprio account l'utente dovrà essere registrato sulla piattaforma dagli amministratori. A seguito della registrazione, l'utente riceverà una e-mail con il proprio "User Name" e le istruzioni per impostare la password. L'operazione avverrà attraverso il re-indirizzamento su una pagina web sicura in cui si potrà scegliere la password. Una volta creata la password l'utente sarà attivato e in grado di accedere con le proprie credenziali ed utilizzare l'applicazione.

## 6. Spiegazioni per il corretto e sicuro utilizzo

Il dispositivo, per poter funzionare correttamente, necessita che il medico segua scrupolosamente le indicazioni qui riportate e tenga presente le avvertenze e precauzioni di cui al paragrafo 8.

## 7. Limitazioni d'uso del dispositivo

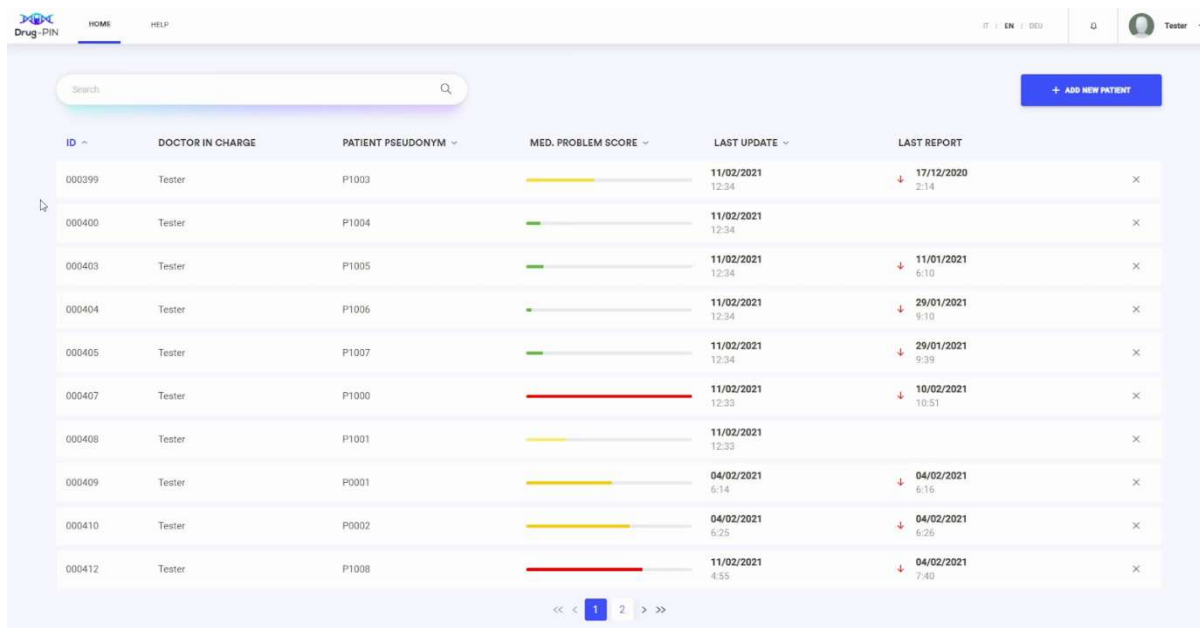
Il dispositivo prevede un accesso personale, non fornire quindi le credenziali di accesso a terzi e conservarle in maniera sicura. Il dispositivo non fornisce soluzioni autonome per l'ottimizzazione della terapia. È responsabilità del Medico validare la terapia farmacologica assegnata al paziente.

## 8. Utilizzo del dispositivo Drug Pin

Drug-PIN è uno strumento per aiutare i medici a prendere le migliori decisioni su quali farmaci prescrivere ai propri pazienti in termini di sicurezza ed efficacia. Combina e analizza dati metabolici, interazioni farmaco-farmaco e profili genomici per ottenere la migliore terapia personalizzata basata sui dati dei singoli pazienti.

**Per accedere al sistema, aprire il seguente link nel browser: <https://viterbo.drug-pin.com/app>.**

Il software Drug-PIN consente di creare profili e terapie individuali per i pazienti e aiuta a identificare facilmente i potenziali rischi nel trattamento del tuo paziente. Una panoramica di tutte le voci dei pazienti seguiti è disponibile al momento dell'accesso. La lista dei pazienti può essere ordinata per ID, pseudonimo, punteggio e aggiornamento.

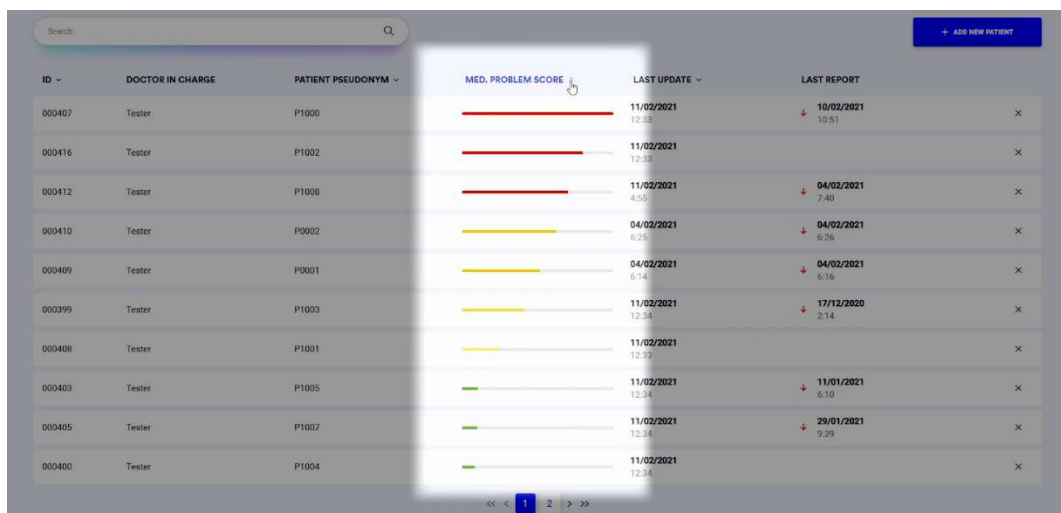


Search  Q + ADD NEW PATIENT

ID	DOCTOR IN CHARGE	PATIENT PSEUDONYM	MED. PROBLEM SCORE	LAST UPDATE	LAST REPORT
000399	Tester	P1003		11/02/2021 12:34	17/12/2020 2:14
000400	Tester	P1004		11/02/2021 12:34	
000403	Tester	P1005		11/02/2021 12:34	11/01/2021 6:10
000404	Tester	P1006		11/02/2021 12:34	29/01/2021 9:10
000405	Tester	P1007		11/02/2021 12:34	29/01/2021 9:39
000407	Tester	P1000		11/02/2021 12:33	10/02/2021 10:51
000408	Tester	P1001		11/02/2021 12:33	
000409	Tester	P0001		04/02/2021 6:14	04/02/2021 6:16
000410	Tester	P0002		04/02/2021 6:25	04/02/2021 6:26
000412	Tester	P1008		11/02/2021 4:55	04/02/2021 7:40

<< 1 2 >>

Il punteggio del “problema medico” brevettato da Drug-PIN è un indicatore dei potenziali fattori di rischio nella terapia attuale.  
L'ordinamento dei pazienti in base a questo punteggio consente un modo semplice e veloce per identificare i casi ad alto rischio.



Search  Q + ADD NEW PATIENT

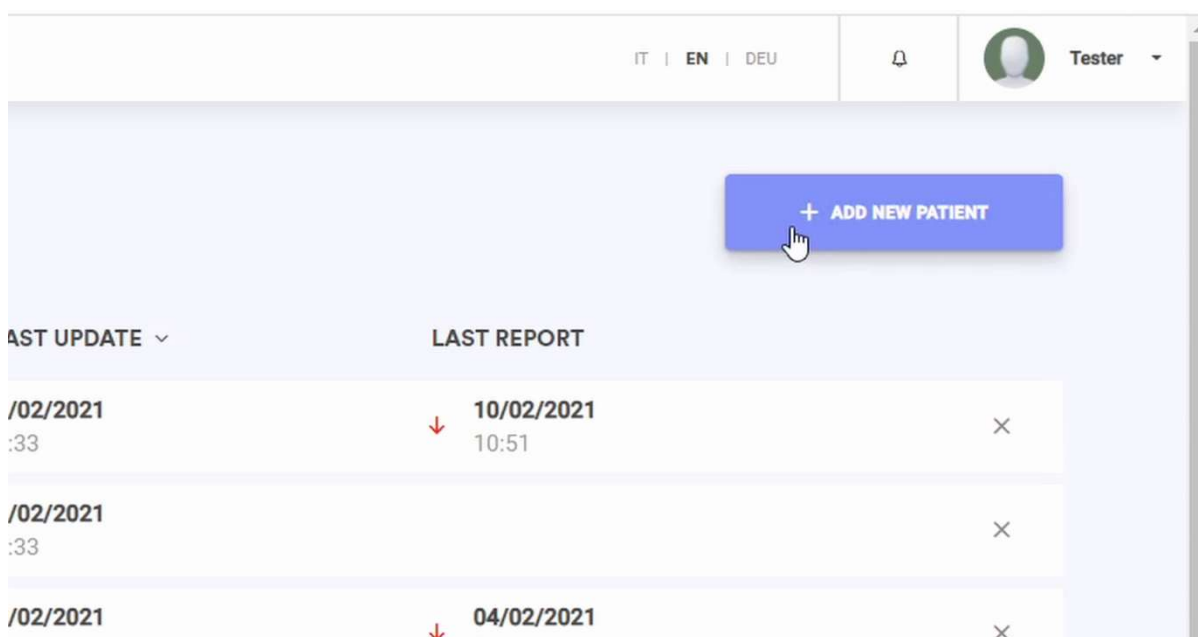
ID	DOCTOR IN CHARGE	PATIENT PSEUDONYM	MED. PROBLEM SCORE	LAST UPDATE	LAST REPORT
000407	Tester	P1000		11/02/2021 12:33	10/02/2021 10:51
000416	Tester	P1002		11/02/2021 12:33	
000412	Tester	P1008		11/02/2021 4:55	04/02/2021 7:40
000410	Tester	P0002		04/02/2021 6:25	04/02/2021 6:26
000409	Tester	P0001		04/02/2021 6:14	04/02/2021 6:16
000399	Tester	P1003		11/02/2021 12:34	17/12/2020 2:14
000408	Tester	P1001		11/02/2021 12:33	
000403	Tester	P1005		11/02/2021 12:34	11/01/2021 6:10
000405	Tester	P1007		11/02/2021 12:34	29/01/2021 9:39
000400	Tester	P1004		11/02/2021 12:34	

<< 1 2 >>

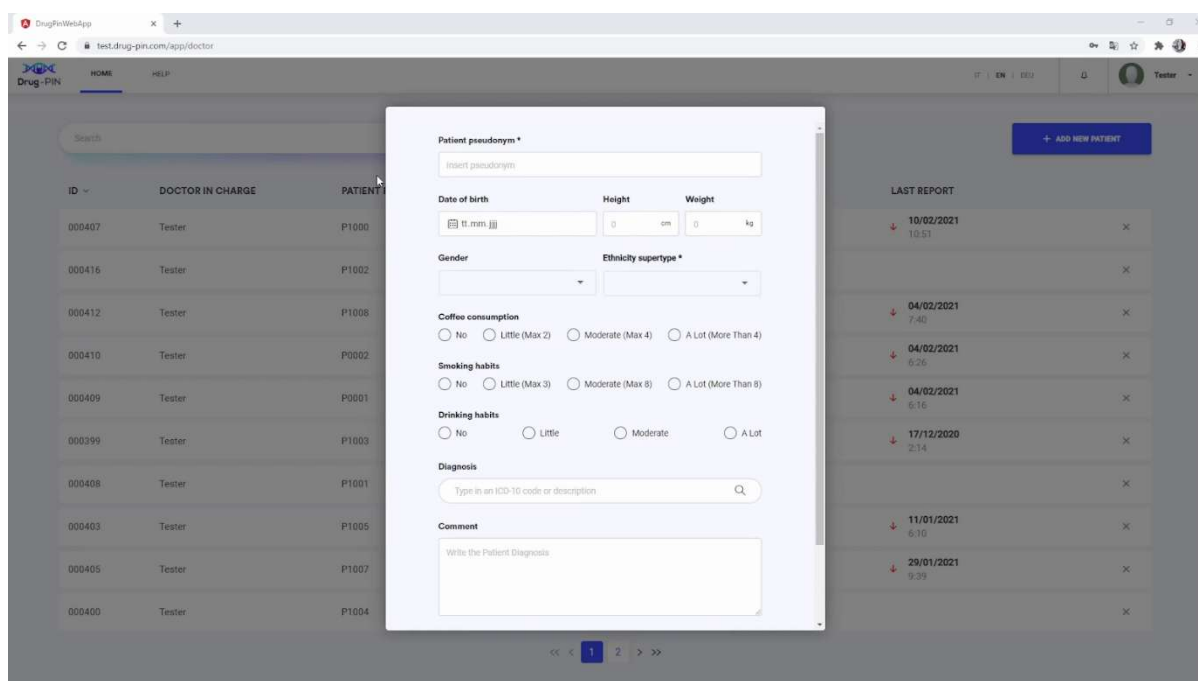
## 8.2 Inserimento Nuovo Paziente

+ AGGIUNGI NUOVO PAZIENTE

Cliccando sul tasto "AGGIUNGI NUOVO PAZIENTE" è possibile creare una nuova voce:



Si apre una finestra in cui è possibile inserire le informazioni di base del paziente come lo pseudonimo del paziente, la data di nascita, l'altezza, il peso, il sesso e l'etnia. Inoltre, possono essere aggiunte alcune abitudini come il consumo di caffè e una diagnosi nota.



### ATTENZIONE:



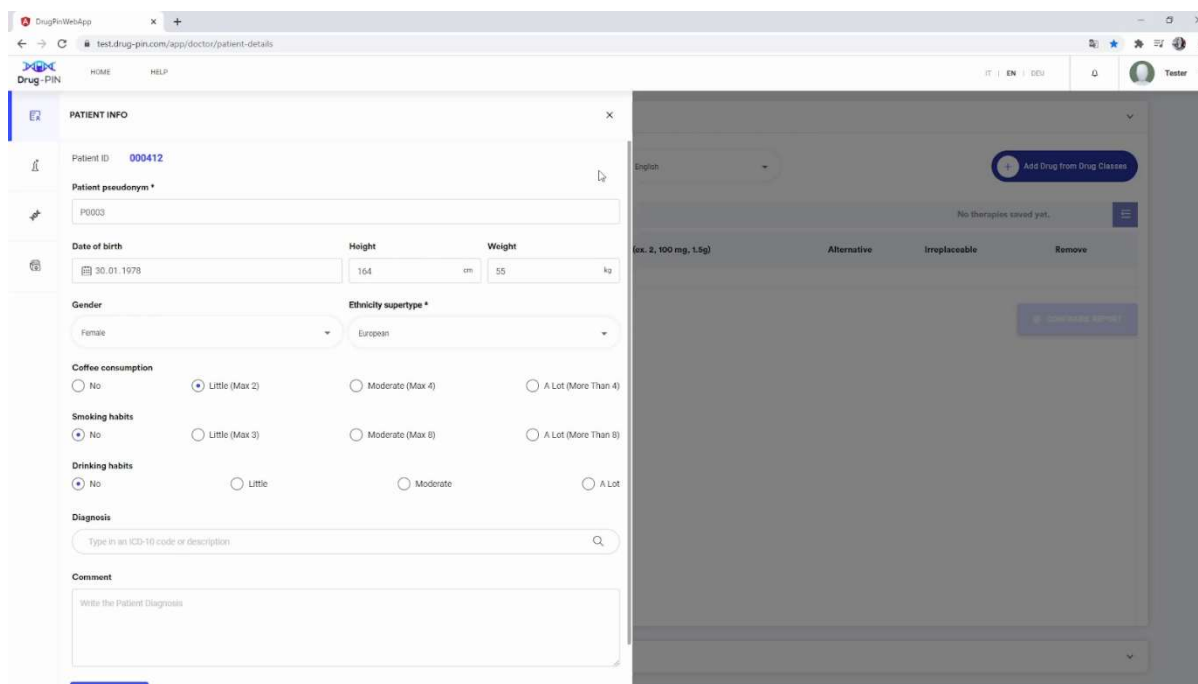
- I valori altezza e peso sono da inserire nel rispetto le unità di misura del sistema metrico decimale (n questo caso: cm e Kg)
- L'identificazione della patologia avviene tramite la codifica standard ICD10
- Le abitudini al caffè sono espresse in caffè al giorno (0, <2, <4 oppure >>4)
- La abitudini al fumo sono esprimibili in sigarette al giorno (0, <3, <8 oppure >>8)

Questi dati possono essere modificati successivamente sulla scheda informativa del paziente.

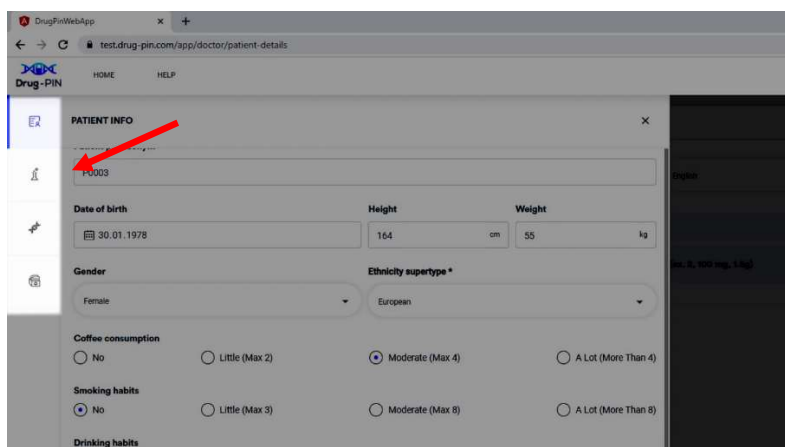
## 8.3 Scheda Informazioni Paziente



Per accedere alla scheda delle informazioni generali del paziente, fare clic sull'icona con la rubrica. Qui si possono visualizzare e modificare le informazioni sul profilo generico del paziente.



Per navigare tra le diverse sezioni dei dati di un paziente, utilizzare le icone a sinistra per selezionare una scheda specifica:



## 8.4 Scheda Dati di Laboratorio

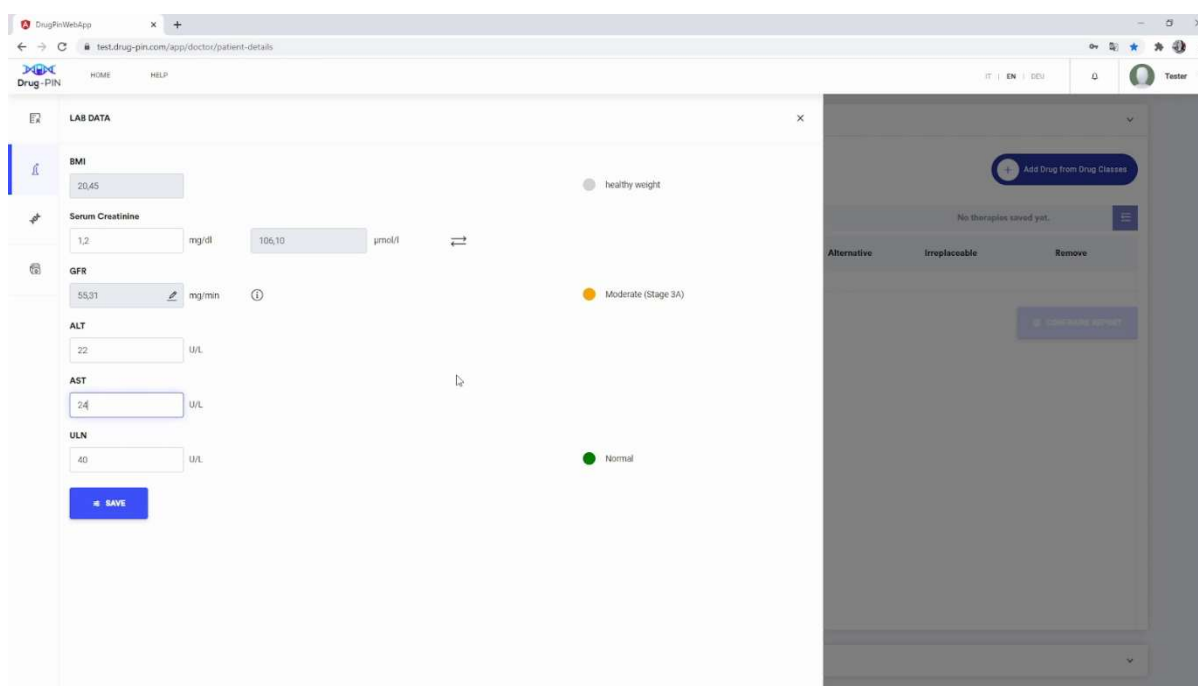


Sulla scheda dati di laboratorio, il BMI viene calcolato automaticamente in base ai dati inseriti nella sezione precedente, mentre ALT e AST possono essere inserite manualmente. Inoltre, il GFR viene calcolato automaticamente in base al valore della creatinina sierica. È anche possibile modificare tale valore.

Gli indicatori a destra mostreranno se i valori di laboratorio rientrano in un intervallo fisiologico o patologico.



Prima di proseguire, assicurati di salvare le modifiche.










### ATTENZIONE:

- Il BMI è stato calcolato come  $BMI = \text{peso [kg]} / (\text{altezza [m]})^2 (*)$
- La Creatinina Sierica deve essere espressa in mg/dL
- Il GFR (Glomerular Filtration Rate) è espressa in mg/min (\*\*)
- La ALT (Alanina Aminotransferasi) deve essere espressa in U/L (Unità di Enzima / Litro)
- La AST (Aspartato Aminotransferasi) deve essere espressa in U/L (Unità di Enzima / Litro)
- L'ULN (Upper Limit of Normal) deve essere espresso in U/L (Unità di Enzima / Litro)

Nota (\*):

L'indicazione grafica a colori del BMI è basata sulla seguente tabella:

Categoria	BMI range Kg/m <sup>2</sup>	Colore
Sottopeso	< 18.4	
Normale	18.5 – 24.9	
Sovrappeso	25 - 30	
Obesità I grado	30.1 – 34.9	
Obesità II grado	35 - 40	

Obesità III grado	> 40	
-------------------	------	---

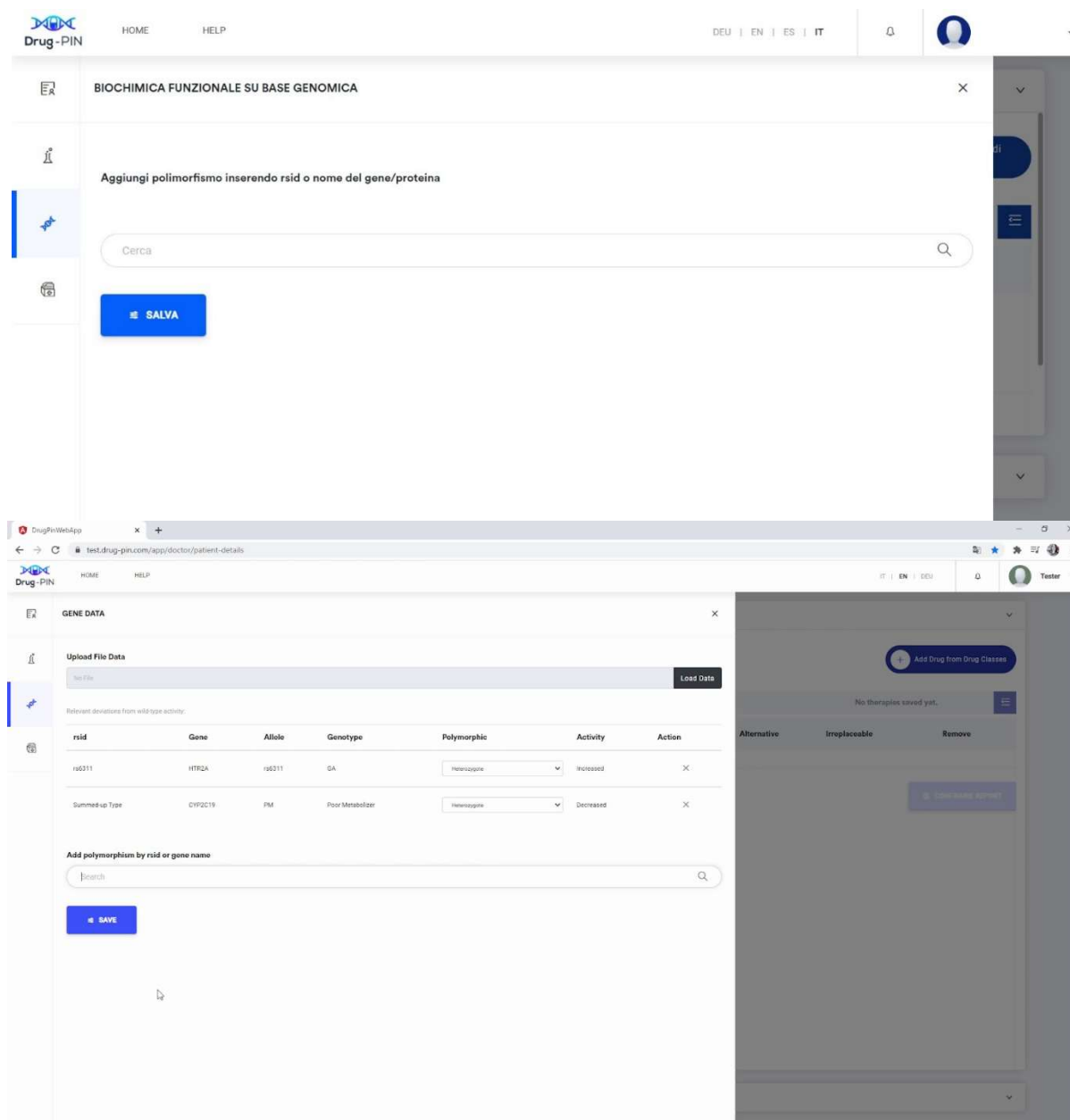
Nota (\*\*):

Il calcolo del GFR è basato sul seguente studio: S. Levey et al, "A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate," Ann Intern Med., 2009 May 5; 150(9): 604-612

## 8.5 Scheda Biochimica Funzionale su Base Genomica




Per accedere alla scheda dei dati genetici, fare clic sull'icona dell'elica del DNA. Qui si possono aggiungere informazioni sul profilo genetico del paziente, nello specifico varianti a singolo nucleotide, o SNV, presenti nel database del sistema. A sistema sono disponibili sono gli SNV con evidenze cliniche esistenti.



The screenshot displays two overlapping windows from the Drug-PIN web application. The top window, titled "BIOCHIMICA FUNZIONALE SU BASE GENOMICA", features a search bar labeled "Cerca" and a blue "SALVA" button. The bottom window, titled "GENE DATA", includes an "Upload File Data" section with a "Load Data" button and a table of genetic variants. The table has columns for rsid, Gene, Allele, Genotype, Polymorphic, Activity, and Action. Two rows are visible: one for rs6211 (HTR2A) with genotype GA and increased activity, and another for a "Summed up Type" (CYP2C19) with genotype PM and decreased activity. Below the table is another search bar and a "SAVE" button. On the right side of the bottom window, a sidebar shows options for "Alternative", "Irreplaceable", and "Remove", along with a "No therapies saved yet." message and a "COMPLETARE" button.

Per aggiungere un polimorfismo tramite la ricerca, è sufficiente digitare l'RS-ID o il nome del gene e selezionare la variante desiderata dall'elenco. Una volta selezionato l'RS-ID è possibile cambiare il genotipo del paziente tramite l'apposito menu a tendina.

 Assicurati di salvare le modifiche prima di lasciare la pagina.



Dopo aver inserito tutti i dati noti del paziente, è il momento di ottimizzare i farmaci del paziente. Vai alla pagina Terapia.

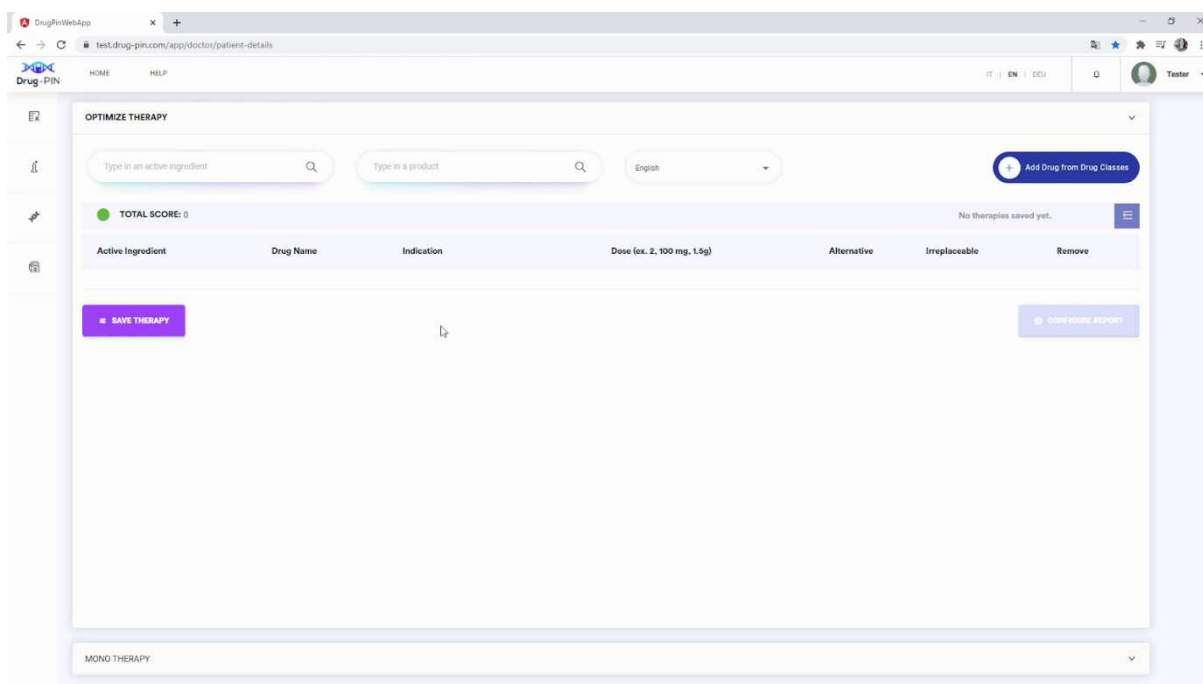
## 8.6 Pagina OTTIMIZZA TERAPIA

Partendo da HOME (menù in alto)

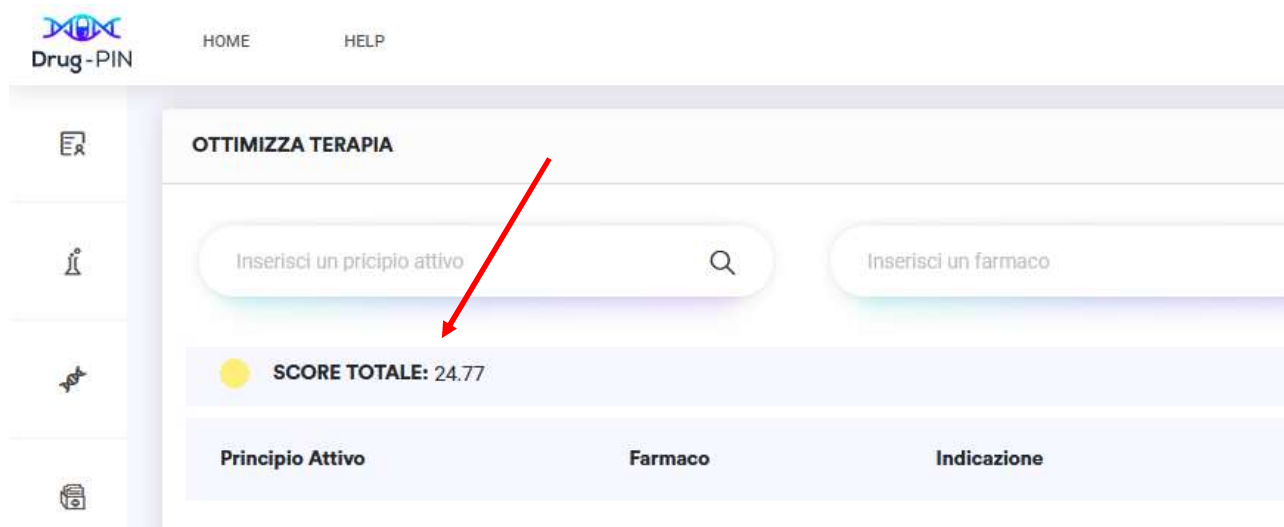


Selezionare il paziente per il quale si vuole ottimizzare la terapia.

Si aprirà la pagina "Ottimizza Terapia", qui puoi inserire tutte le informazioni sulle prescrizioni del tuo paziente, comprese l'indicazione e la dose del singolo farmaco.

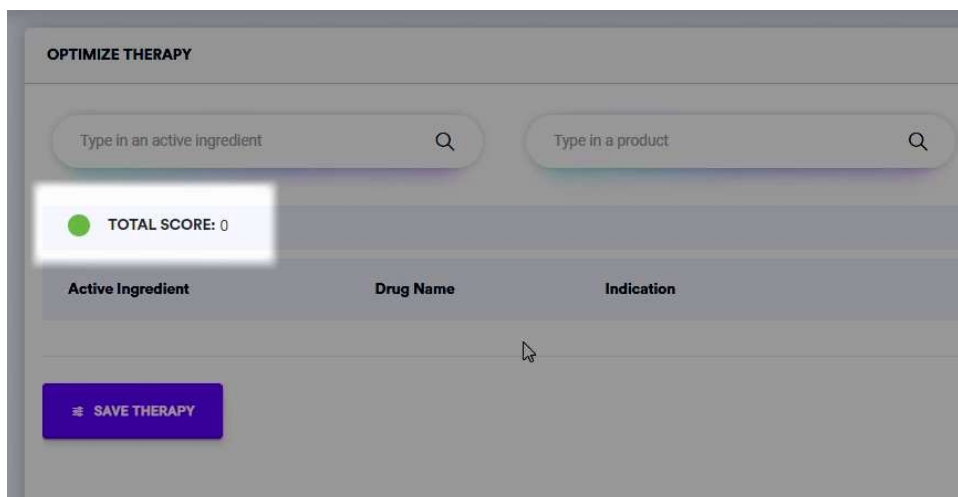


Il punteggio del “problema medico” menzionato in precedenza può essere visualizzato nella parte superiore della pagina come valore e come codice colore (vedi nota \*\*\* al fondo del paragrafo) :

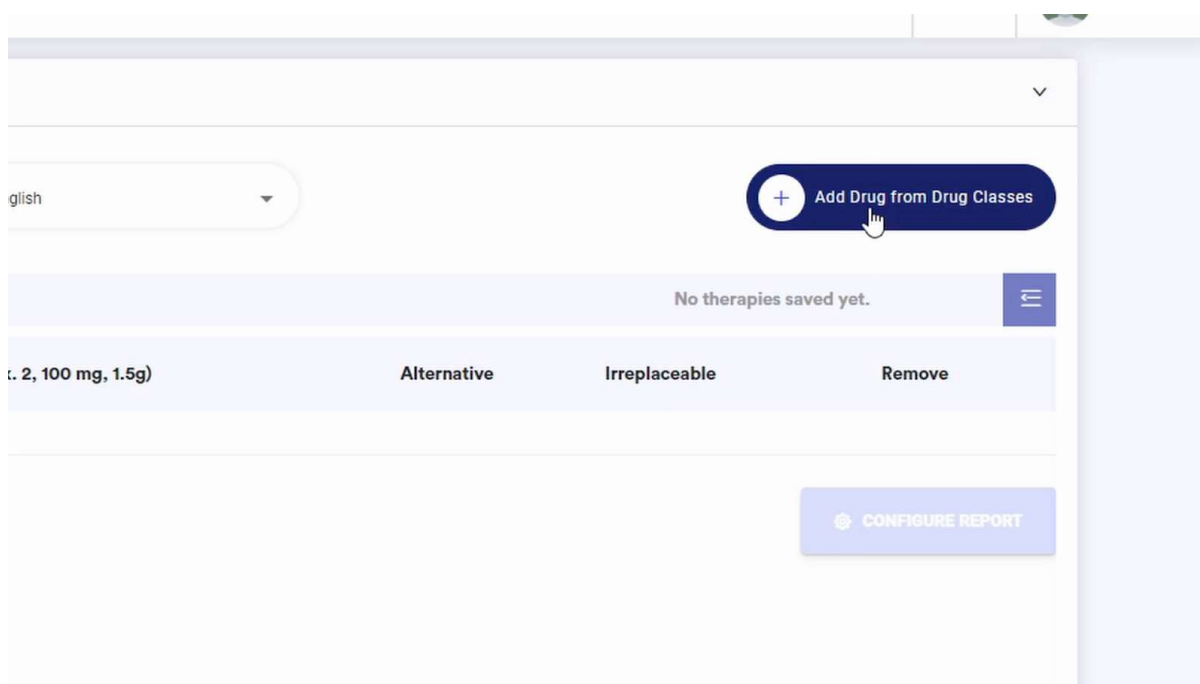


Lo score indicherà se la combinazione di farmaci nel piano terapeutico del paziente è efficace. Questo punteggio riflette le interazioni tra più farmaci, nonché il profilo genetico, i dati di laboratorio e le abitudini note del paziente nel sistema.

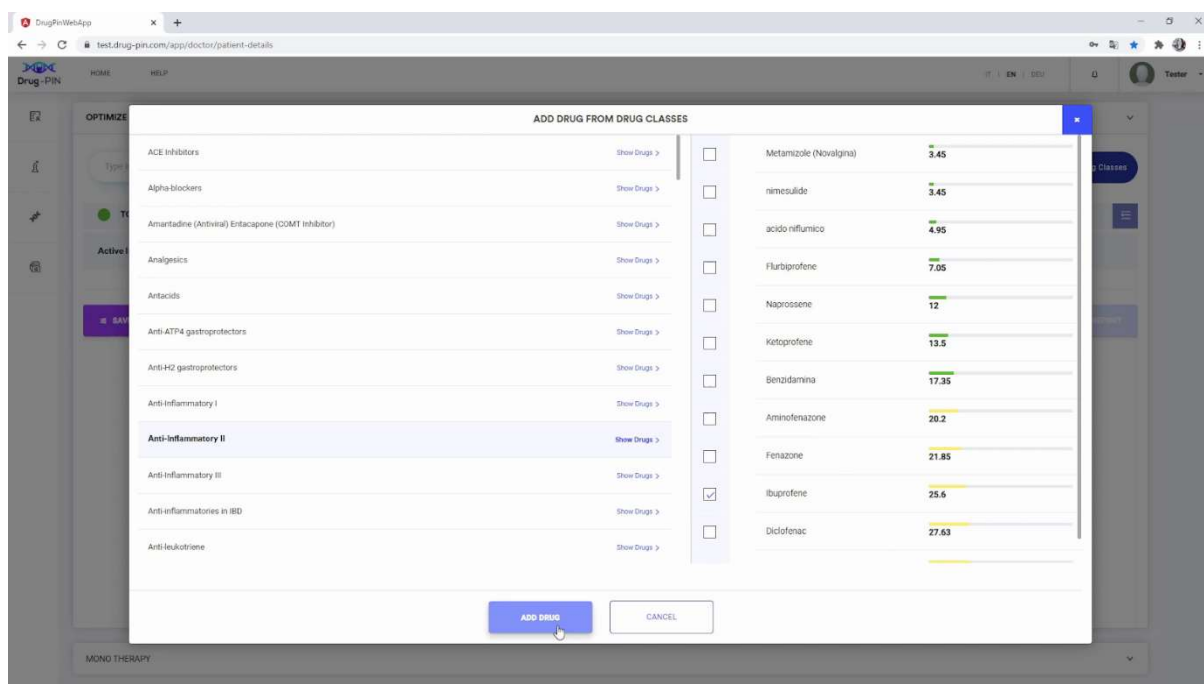
Nel caso di situazione ottimale lo score sarà in verde



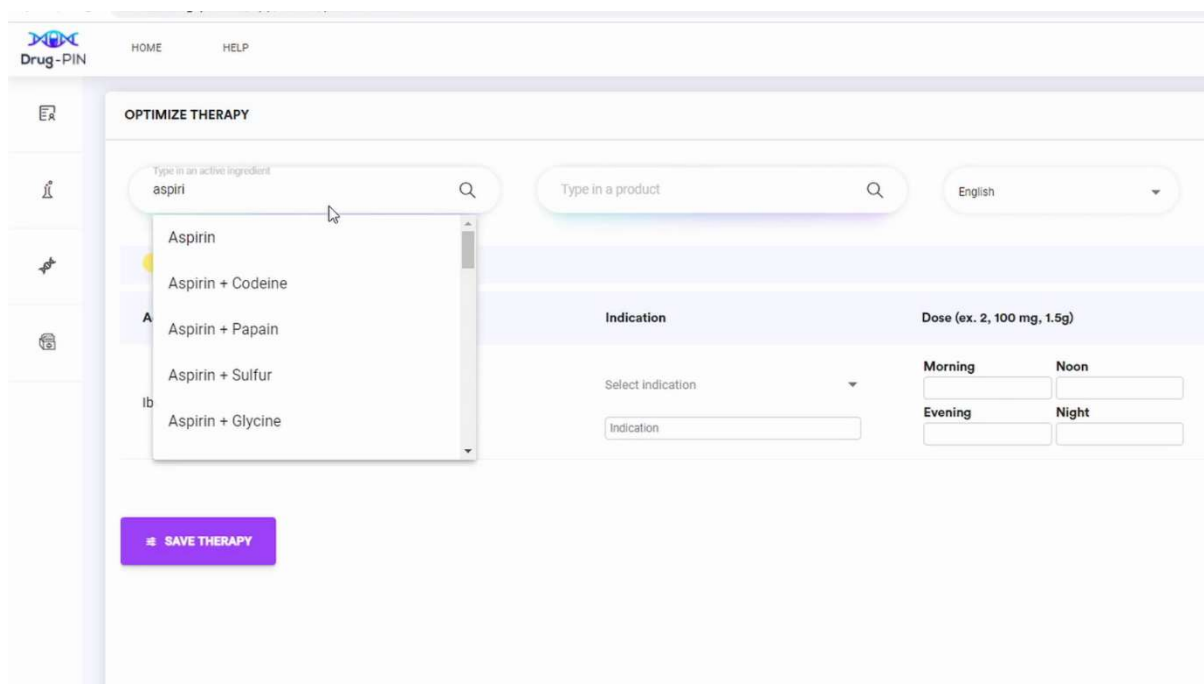
I farmaci possono essere aggiunti alla terapia in diversi modi. Facendo clic su "AGGIUNGI FARMACO DA CLASSI DI FARMACI", è possibile selezionare i farmaci da una serie di classi di farmaci differenti.



Dopo aver selezionato una classe di farmaci specifica, i farmaci elencati mostrano come influenzeranno il punteggio complessivo se aggiunti alla terapia.



Inoltre, i farmaci possono essere aggiunti cercando un prodotto specifico (nome commerciale) o un ingrediente attivo utilizzando la ricerca nella parte superiore della pagina. Questa ricerca può essere eseguita in base a nomi in inglese, tedesco o italiano, a seconda della selezione.



Con ogni farmaco aggiunto, il punteggio cambierà di conseguenza.

**OPTIMIZE THERAPY**

Type in an active ingredient

Type in a product

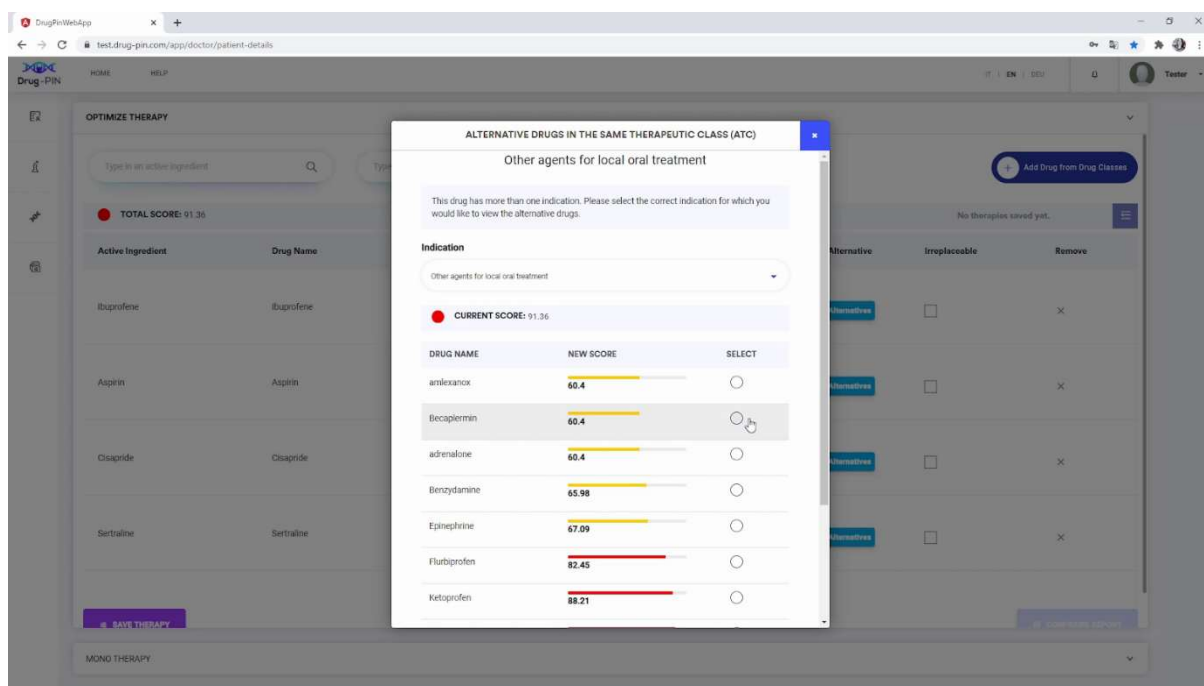
**TOTAL SCORE: 91.36**

Active Ingredient	Drug Name	Indication
Ibuprofene	Ibuprofene	Select indication <input type="text" value="Indication"/>

I farmaci già selezionati nella terapia possono essere sostituiti utilizzando il pulsante "Alternative".

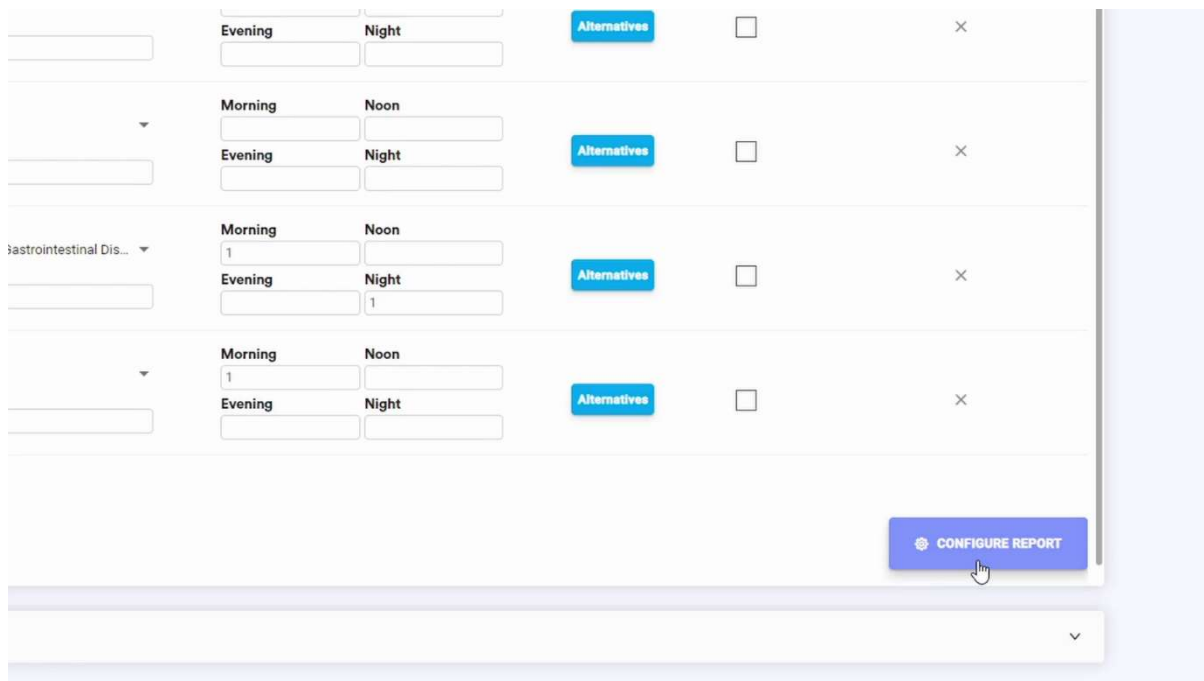
Dose (ex. 2, 100 mg, 1.5g)		Alternative	Irreplaceable
Morning <input type="text"/>	Noon <input type="text"/>	<input type="button" value="Alternatives"/>	<input type="checkbox"/>
Evening <input type="text"/>	Night <input type="text"/>		
Morning <input type="text"/>	Noon <input type="text"/>	<input type="button" value="Alternatives"/>	<input type="checkbox"/>
Evening <input type="text"/>	Night <input type="text"/>		

Questo ti mostrerà una serie di farmaci alternativi che possono essere utilizzati invece per ottimizzare la tua terapia. Se stai sostituendo un farmaco in base al punteggio della terapia, le alternative ai farmaci ti mostrano come influenzeranno il punteggio se le selezioni.



Assicurati di salvare tutte le modifiche.

Dopo aver inserito tutti i dati del paziente e i farmaci, è possibile creare un rapporto per ottenere una panoramica della terapia del paziente.



Nota (\*\*\*):

I codici colori assegnati per definire graficamente il punteggio "score" sono basati sulla seguente codifica:

Descrizione	Score	Colore
Nessun problema rilevato	< 0	⊙
Basso impatto	0 - 20	⊙
Possibile problema	20 - 30	⊙
Raccomandata revisione	30 - 50	⊙
Azione richiesta	50 - 70	⊙
Azione necessaria	> 70	⊙

## 8.7 Configura Report di "Ottimizza Terapia"

È possibile selezionare la tipologia di report che si intende generare. A seconda del tipo, cambierà il livello informativo del report, da meno (tipo "Piccolo") a più dettagliato (tipo "Grande").

CONFIGURA REPORT ×

Seleziona Il Tipo Di Report

Piccolo

Medio

Grande

Inserisci una classi di farmaci 🔍

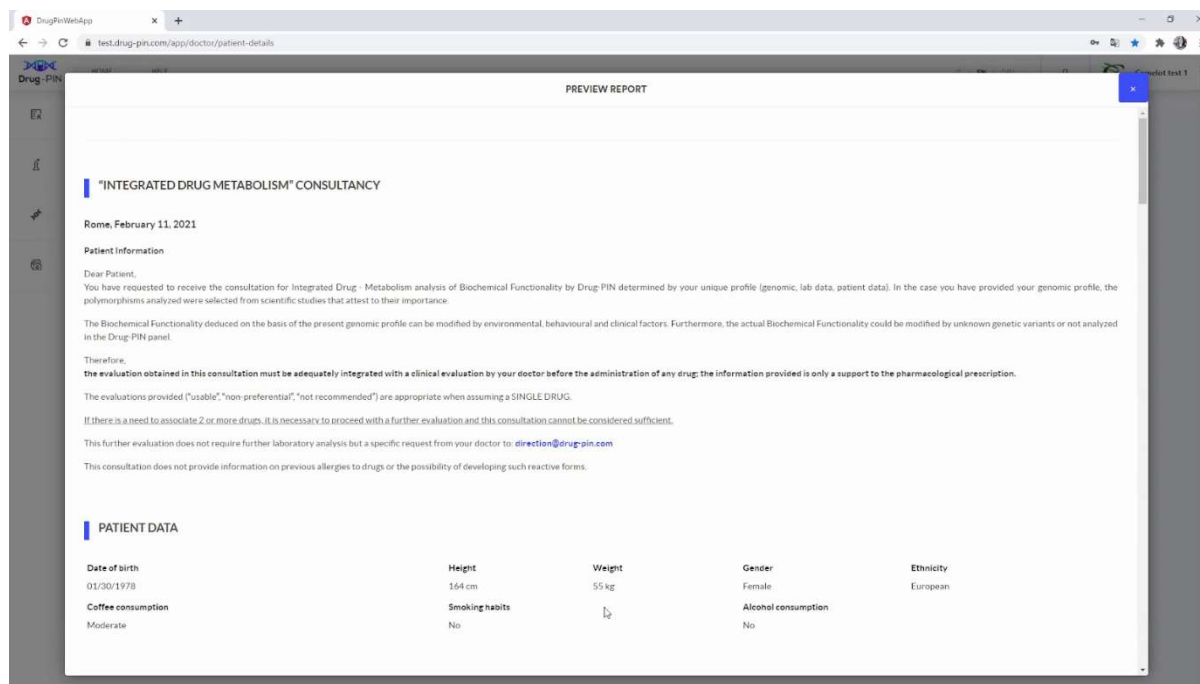
<input type="checkbox"/>	ACE-inibitori	<a href="#">Dettagli &gt;</a>
<input type="checkbox"/>	Agonisti Dopaminergici Ergolinici	<a href="#">Dettagli &gt;</a>
<input type="checkbox"/>	Agonisti Dopaminergici Non Ergolinici	<a href="#">Dettagli &gt;</a>

Includi note utilizzo/assunzione

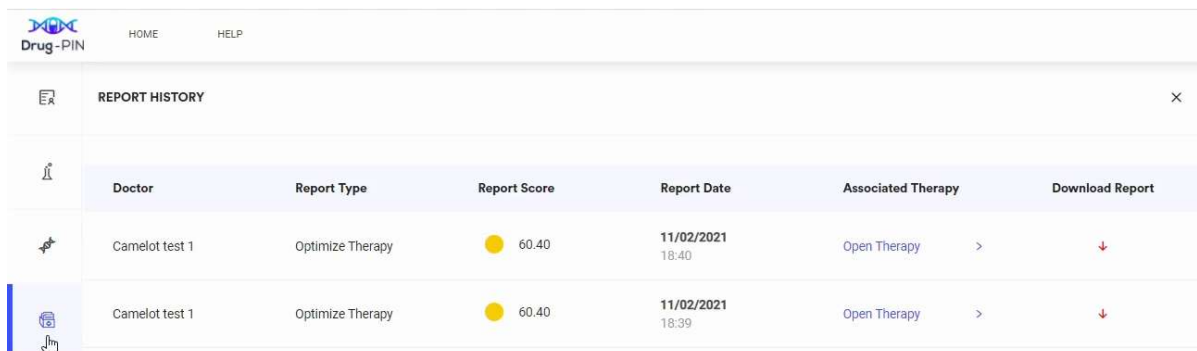
ANTEPRIMA REPORT

ANNULLA

Questo rapporto include tutte le informazioni inserite come i dati generali del paziente, i dati di laboratorio e il profilo genomico, nonché la terapia corrente. Spiega la composizione del punteggio, elenca alcune raccomandazioni basate sui diversi fattori (farmaci eventualmente presenti nelle Beers o Priscus list ) e mostra un'analisi metabolica per il farmaco del paziente.



Ogni volta che si scarica un report, questo può essere trovato nella cronologia del report e può aiutare a tenere traccia delle modifiche apportate alla terapia di un paziente nel tempo.



Doctor	Report Type	Report Score	Report Date	Associated Therapy	Download Report
Camelot test 1	Optimize Therapy	60.40	11/02/2021 18:40	Open Therapy >	↓
Camelot test 1	Optimize Therapy	60.40	11/02/2021 18:39	Open Therapy >	↓

L'utilizzo di Drug-PIN ti supporterà nell'ottimizzazione della terapia sulla base di fattori ampiamente applicabili come le interazioni farmaco-farmaco, nonché i dati personali individuali come il profilo genomico del tuo paziente. Il punteggio generale semplifica l'identificazione dei potenziali fattori di rischio e l'adeguamento rapido dei farmaci di conseguenza. Questo ti aiuterà ad aumentare l'efficacia del tuo trattamento e a ridurre i potenziali effetti collaterali per offrire ai tuoi pazienti la migliore assistenza possibile.

## 9. Avvertenze e Precauzioni

- Uso Professionale riservato ai soli Medici;
- Utilizzare solo dopo aver letto e compreso il presente manuale;
- Il SW collabora con il Medico ma non fornisce soluzioni autonome;
- È responsabilità del Medico scegliere la giusta combinazione dei farmaci sulla base della sua competenza, esperienza e conoscenza diretta del paziente;
- La competenza del Medico è necessaria per sopperire o gestire ad eventuali informazioni incomplete

- Il Medico deve conoscere direttamente il paziente per poter integrare o gestire eventuali informazioni mancanti;
- Il Medico deve poter esser in grado di stabilire una cura farmacologica anche senza l'ausilio del dispositivo;
- Utilizzare il dispositivo in un ambiente adatto e privo di distrazioni.

## 10. Bibliografia

1. *Tatro D, ed, Drug Interaction Facts. St Louis: JB Lippincott, 1992*
2. *Palleria C, Di Paolo A, Giofrè C et al. Pharmacokinetic drug-drug interaction and their implication in clinical management. J Res Med Sci. 2013 Jul; 18(7): 601–610.*
3. *J. Doucet MD, Drug-Drug Interactions Related to Hospital Admissions in Older Adults: A Prospective Study of 1000 Patients. J Am Geriatr Soc. 1996 Aug;44(8):944-8.*
4. *Van Leeuwen RW, Jansman FG, Van den Bemt PM, de Man F, Piran F, Vincenten I, Jager A, Rijnveld AW, Brugma JD, Mathijssen RH, van Gelder T. Drug-drug interactions in patients treated for cancer: a prospective study on clinical interventions. Ann Oncol. 2015 May; 26(5):992-7.*
5. *Florentine MV Rompelman, Adrianus AJ Smit, Eric JF Franssen et al. Drug–drug interactions of cytostatics with regular medicines in lung cancer patients. J Oncol Pharm Pract. 2016 Aug 16*

## 11. Fabbricante responsabile



**Drug-Pin S.r.l.**  
Via Sassoferato, 1  
20135 Milano (IT)  
Italy

## 12. Indice di revisione e data

V1.2 del 31/03/2023

V1.1 del 25/05/2022

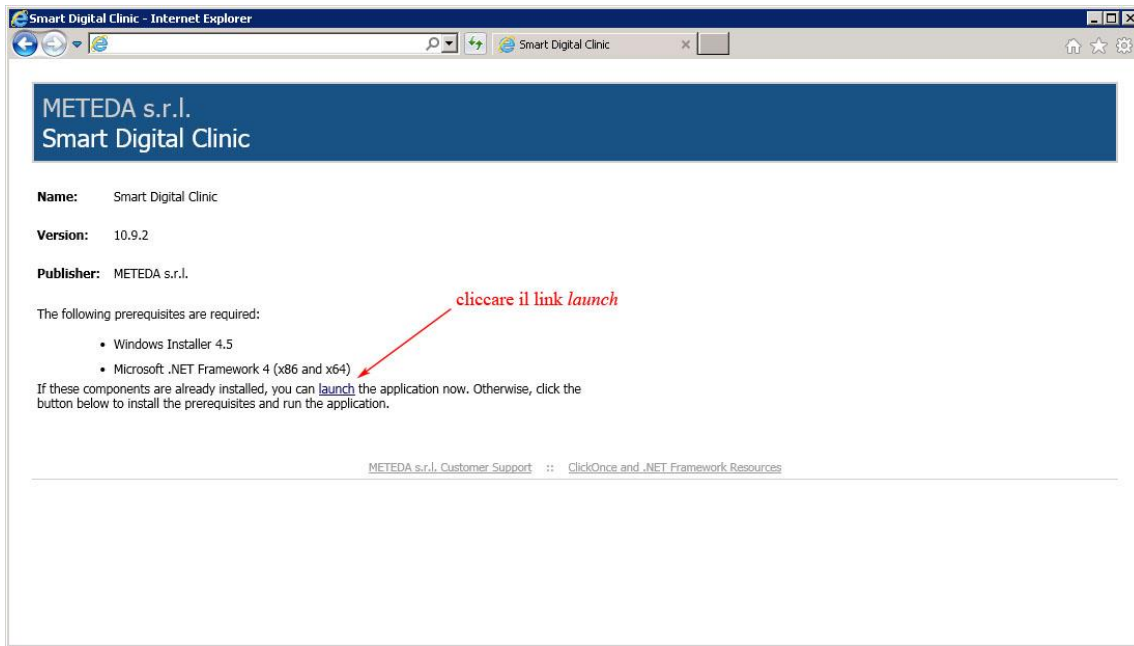
V1.0 del 15/04/2021

## Installazione Smart Digital Clinic con Internet Explorer

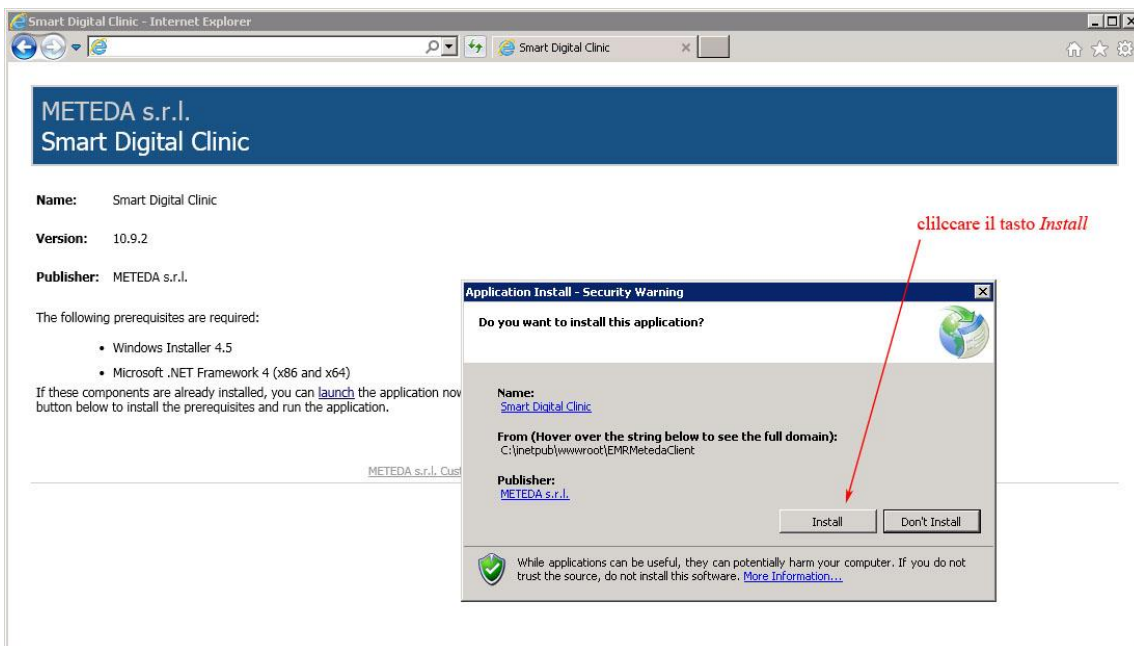
1. Aprire il browser Internet ed inserire l'indirizzo:

<http://srvdiabetologico.auslviterbo.dom/EMRMetedaClient>

2. Verrà visualizzata la pagina web di installazione di Smart Digital Clinic da cui bisognerà cliccare il link *launch* (vedi immagine seguente) per avviare l'installazione.



3. Dopo aver cliccato il link *launch* apparirà una finestra in cui si chiede la conferma nel voler procedere con l'installazione del client, cliccare il tasto *Install* per avviare l'installazione (vedi immagine seguente).



4. Al termine dell'installazione verrà avviato in automatico Smart Digital Clinic.

N.B.: Se non si utilizza il browser della Microsoft Internet Explorer l'installazione non si avvierà in automatico come descritta in precedenza ma verrà richiesto il download del file *EMRMeteda.application*, quindi cliccando il file scaricato si avvierà l'installazione.

Segue un esempio di installazione con il browser Mozilla FireFox.

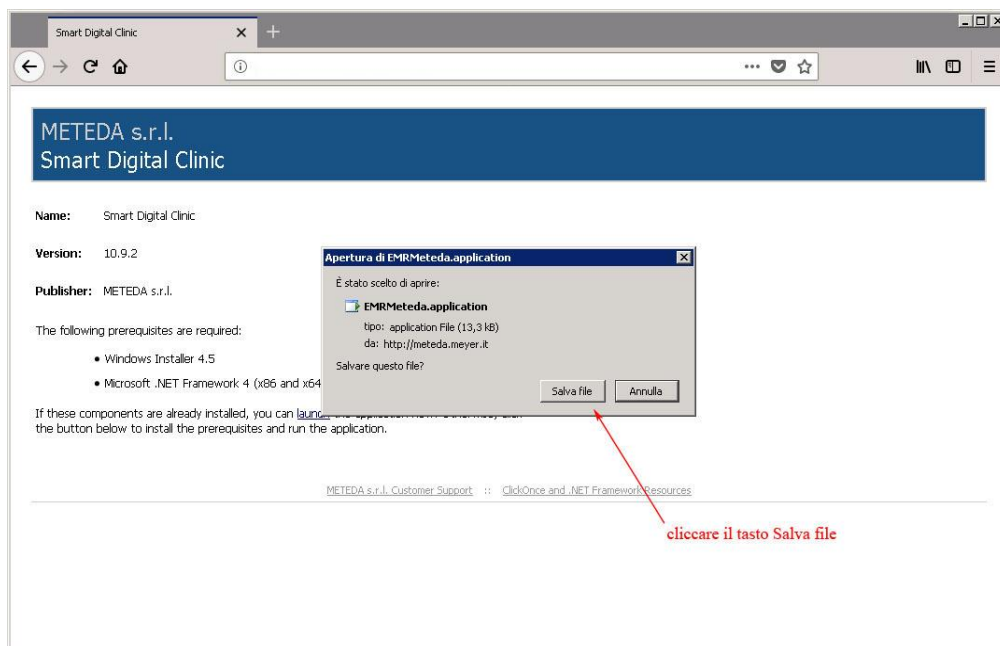
## Installazione Smart Digital Clinic con altri browser

1. Aprire il browser Internet ed inserire l'indirizzo

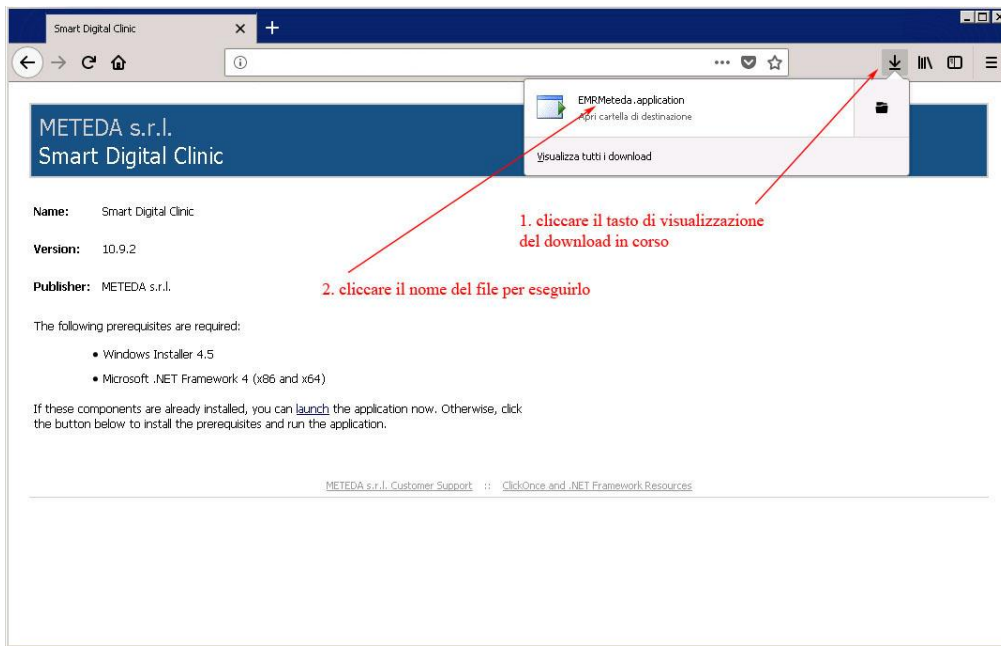
<http://srvdiabetologico.auslviterbo.dom/EMRMetedaClient>

2. Verrà visualizzata la pagina web di installazione di Smart Digital Clinic da cui bisognerà cliccare il link *launch* (vedi immagine seguente) per scaricare il file di installazione.

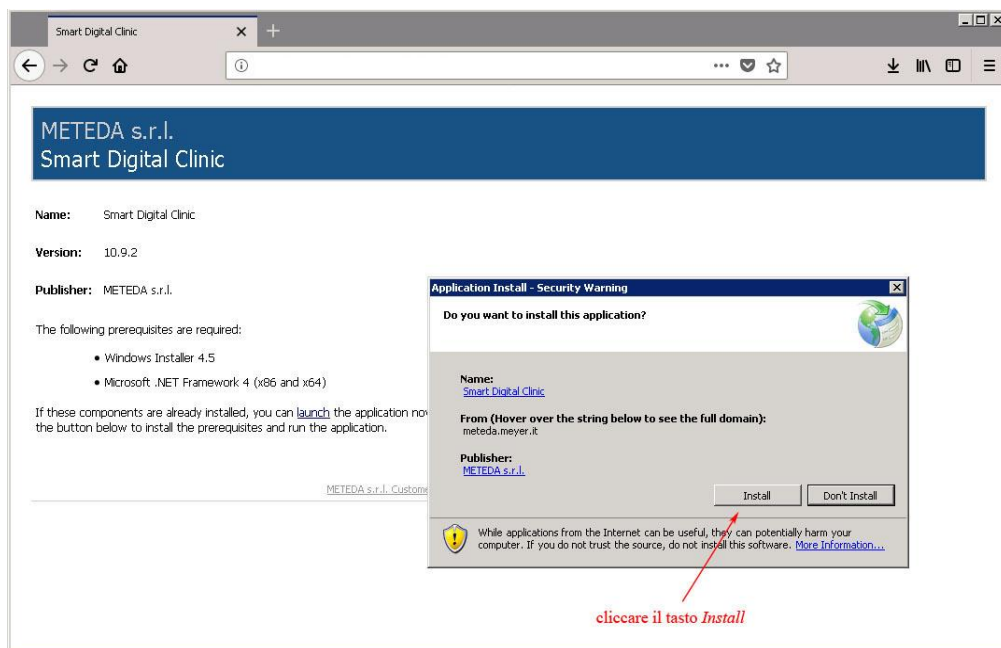
3. Dopo aver cliccato il link *launch* apparirà una finestra in cui si chiede di salvare il file *EMRMeteda.application* (vedi immagine seguente). Cliccare il tasto *Salva file* per salvare *EMRMeteda.application* nel disco locale;



4. Cliccare il tasto per visualizzare il file scaricato, quindi cliccare file scaricato per avviare l'installazione:



5. Dopo aver cliccato il file scaricato *EMRMeteda.application* apparirà una finestra in cui si chiede la conferma nel voler procedere con l'installazione del client, cliccare il tasto *Install* per avviare l'installazione (vedi immagine seguente).



# MANUALE UTENTE

---

Informazioni relative all'uso di MètaClinic®

**MètaClinic®** v.10.9

# MètaClinic® v.10.9

## Servizio di Assistenza :

assistenza@meteda.it

0735 782131 dal lunedì al venerdì, dalle ore 9,30 alle 17,30



 **Manufacturer:** METEDA S.r.l.

Via Antonio Bosio, 2 int. 10 – 00161 Roma –Italia

**Product Name:** MètaClinic®

**Version:** 10.9

All trademarks and copyrights are the property of their respective owners.

Your license is visible during the Setup phase and it is possible to access to it clicking the "ABOUT" section included in the software.

La licenza d'uso è visionabile durante la fase di installazione e disponibile nel software cliccando il tasto "INFO".

## SIMBOLI

### SIMBOLI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE



**ATTENZIONE / AVVERTENZA. Leggere con attenzione.** MANCANZE O NEGLIGENZE NELL'ADEMPIMENTO DELLE SEGUENTI INDICAZIONI POSSONO PROVOCARE IL MALFUNZIONAMENTO DEL DISPOSITIVO E/O DANNI, LESIONI AL PAZIENTE.

### SIMBOLI RELATIVI AL DISPOSITIVO



Nome ed indirizzo del Fabbricante



Questo prodotto soddisfa i requisiti della Direttiva Europea 93/42 / CEE sui dispositivi medici. Classe IIA.

## Indice

<b>SIMBOLI</b> .....	3
<b>1. Introduzione</b> .....	7
<b>2. Destinazione d'uso</b> .....	7
<b>3. Disclaimer</b> .....	7
<b>4. Requisiti minimi di sistema</b> .....	8
<b>5. Come installare MètaClinic®</b> .....	9
<b>6. Creazione e gestione degli utenti</b> .....	12
<b>7. Basi per la navigazione dell'applicativo</b> .....	12
<b>9.1 Menù visibili all'accesso del programma</b> .....	13
<b>9.2 Menù visibili dopo aver selezionato un paziente</b> .....	13
<b>9.3 Funzioni generali</b> .....	13
<b>8. Pazienti</b> .....	14
<b>11. Utenti</b> .....	18
<b>11.1 Aggiungere un nuovo utente</b> .....	22
<b>11.2 Modificare i dati di un utente</b> .....	22
<b>11.3 Gestione dei permessi degli utenti</b> .....	23
<b>11.4 Lista dei medici di medicina generale</b> .....	25
<b>11.5 Permessi</b> .....	27
<b>12. Statistiche</b> .....	28
<b>12.1 Come elaborare una statistica</b> .....	28
<b>Ricerca pazienti</b> .....	29
<b>Aggiungere una condizione</b> .....	31
<b>Risultati</b> .....	33
<b>Comporre ed eseguire una statistica completa</b> .....	33
<b>Indicatori</b> .....	36
<b>Report prestazioni</b> .....	38
<b>Effettuare un report</b> .....	39
<b>13. Schede</b> .....	41
<b>13.1 Tariffario nazionale</b> .....	41
<b>13.2 Registrare una nuova data</b> .....	56
<b>13.3 Classificazioni</b> .....	58
<b>13.4 Esami strumentali</b> .....	62
<b>13.5 Note</b> .....	63
<b>13.6 Allegati</b> .....	64
<b>13.7 La scheda anamnesi</b> .....	67
<b>Anamnesi recente</b> .....	68

---

<b>Anamnesi Remota</b> .....	70
<b>14 Esami</b> .....	72
<b>14.1 Aggiungere una nuova registrazione</b> .....	73
<b>14.2 Laboratori</b> .....	76
<b>14.3 Gruppi di esami</b> .....	77
<b>14.4 Sottogruppi di esami</b> .....	79
<b>14.5 Il Grafico</b> .....	80
<b>15 Terapie</b> .....	81
<b>15.1 Terapia</b> .....	82
<b>15.2 Note</b> .....	83
<b>16. Pediatria</b> .....	86
<b>16.1 Dati Paziente</b> .....	87
<b>16.2 Circonferenza testa</b> .....	87
<b>16.3 Deviazione dal peso ideale</b> .....	89
<b>16.4 Valutazione della velocità di crescita</b> .....	91
<b>16.5 Stadi puberali</b> .....	92
<b>16.6 Stima altezza futura</b> .....	93
<b>16.7 Valutazione dal BMI e Deviazione dal BMI ideale</b> .....	95
<b>16.8 Valutazione cut-off internazionale di Cole</b> .....	96
<b>17. Documenti</b> .....	98
<b>17.1 Creazione di un nuovo gruppo di modelli</b> .....	98
<b>17.2 L'editor dei documenti:</b> .....	100
<b>Menù Home</b> .....	100
<b>Menù Inserisci</b> .....	101
<b>Menù Layout di pagina</b> .....	101
<b>Menù Vista</b> .....	102
<b>17.3 Creazione di un nuovo modello</b> .....	102
<b>Aggiunta di un campo dinamico singolo al documento</b> .....	104
<b>Aggiunta di un campo dinamico multiplo al documento</b> .....	104
<b>17.4 Creazione di un documento per un paziente</b> .....	105
<b>18. Ricetta Rossa</b> .....	107
<b>18.1 Ricetta rossa per la prescrizione di esami strumentali</b> .....	107
<b>18.2 Ricetta rossa per la prescrizione di esami di laboratorio</b> .....	108
<b>18.3 Ricetta rossa per la prescrizione di farmaci</b> .....	110
<b>18.4 Impostazioni e stampa di una ricetta</b> .....	111
<b>19. Stampa</b> .....	112
<b>19.1 Stampa pagina corrente</b> .....	112

---

---

19.2 Stampa pagina riepilogativa .....	113
20. Impostazioni .....	115
20.1 MètaClinic .....	115
Layout .....	115
20.2 Anagrafica .....	115
Layout .....	115
Campi visibili .....	116
20.3 Schede organi .....	117
Generale .....	117
Contratto terapeutico .....	118
21. Direttive e Standard di Riferimento .....	119

## 1. Introduzione

Il dispositivo medico software MètaClinic® è un'innovativa tecnologia che offre un supporto per la gestione delle malattie croniche non trasmissibili e l'ottimizzazione della terapia specifica.

E' una piattaforma specifica per attività ambulatoriali e in Day Hospital:

- aiuta a focalizzare le informazioni pratiche e significative
- riduce le informazioni ridondanti
- consente di risparmiare tempo aiutando il medico ad ottimizzare il proprio processo decisionale supportandolo nell'individuazione della soluzione clinica;
- consente al medico di registrare anche manualmente i dati archiviati se non derivano da collegamenti con servizi o hardware esterni

Mostra sinteticamente la storia clinica del paziente.

Il software MètaClinic® è destinato a medici ed operatori sanitari che si occupano del trattamento delle persone con malattie croniche non trasmissibili.

## 2. Destinazione d'uso

Il dispositivo è un software medico gestionale, dedicato alla memorizzazione e alla elaborazione dei dati clinici per la gestione dei pazienti ambulatoriali, istituzionalizzati o in Day Hospital affetti da malattie croniche non trasmissibili (es.: dismetabolici, endocrinopatici, cardiopatici, pneumologici, allergologici, nefropatici).

Il software visualizza un'ampia gamma di dati dei pazienti, mostrati con simboli, codici-colore e grafici.

E' un sistema modulare che permette di supportare in maniera efficiente ed aggiornata il Medico sia nella revisione ed ottimizzazione della terapia per i propri pazienti ambulatoriali, istituzionalizzati sia nell'attività di reparto di day hospital, archiviando in modo ottimale e di immediato utilizzo i dati da egli stesso registrati.

Gli utenti destinati all'uso di MètaClinic® sono i medici e/o il personale infermieristico e/o tecnico specializzato.

## 3. Disclaimer

Questo documento è destinato a professionisti provvisti di una buona conoscenza delle procedure e della terminologia medica specifica.

Si prega di leggere con attenzione questo Manuale Utente e tutte le informazioni, inclusa la descrizione tecnica, allegate al dispositivo stesso prima di utilizzare MètaClinic®.

L'uso di MètaClinic® da parte di qualsiasi persona diversa dai destinatari d'uso, per qualsiasi scopo o applicazione diversi da quanto specificato nel Manuale Utente, o il mancato rispetto di una qualsiasi delle istruzioni, saranno considerati USO IMPROPRIO.

METEDA non sarà considerata responsabile di eventuali impostazioni errate da parte dell'utente.

**IMPORTANTE:** Si consiglia di mantenere il computer sempre aggiornato con gli ultimi software di sicurezza. Per ulteriori informazioni su come mantenere il computer e le informazioni memorizzate in condizioni di sicurezza, si prega di visitare il sito <http://www.windows.com/security>.

## 4. Requisiti minimi di sistema

La funzionalità dell'applicativo è garantita con i seguenti requisiti di sistema:

Requisiti hardware e software del server:

MètaClinic® è supportato dai computer con processori Intel Pentium Dual Core a 2Ghz e successivi (o compatibili) con almeno 4 Gb di ram (consigliati 8 Gb di ram) e almeno 1 Gb di spazio libero sul disco.

Si consiglia di dimensionare il server in base al numero di utenti che si prevede di collegare ed all'entità dei dati da trattare.

I sistemi operativi supportati sono Windows Server 2008 o superiori (no versione CORE) con Framework .NET versione 4.0 o superiori.

Deve essere installato IIS (Internet Information Services) versione 6 o superiori.

Requisiti hardware e software del client:

MètaClinic® client è supportato dai computer con processori Intel Pentium 4 e successivi (o compatibili) con almeno 3 Gb di ram e almeno 500 Mb di spazio libero sul disco.

Il sistema operativo deve essere Windows XP sp3 o superiore con Framework .NET versione 4.0 o superiore.

Il monitor dovrà avere una risoluzione minima di 1024 x 768 pixel, consigliata 1280 x 800 pixel.

MètaClinic® supporta i seguenti database:

Microsoft SQL server 2005 o superiori

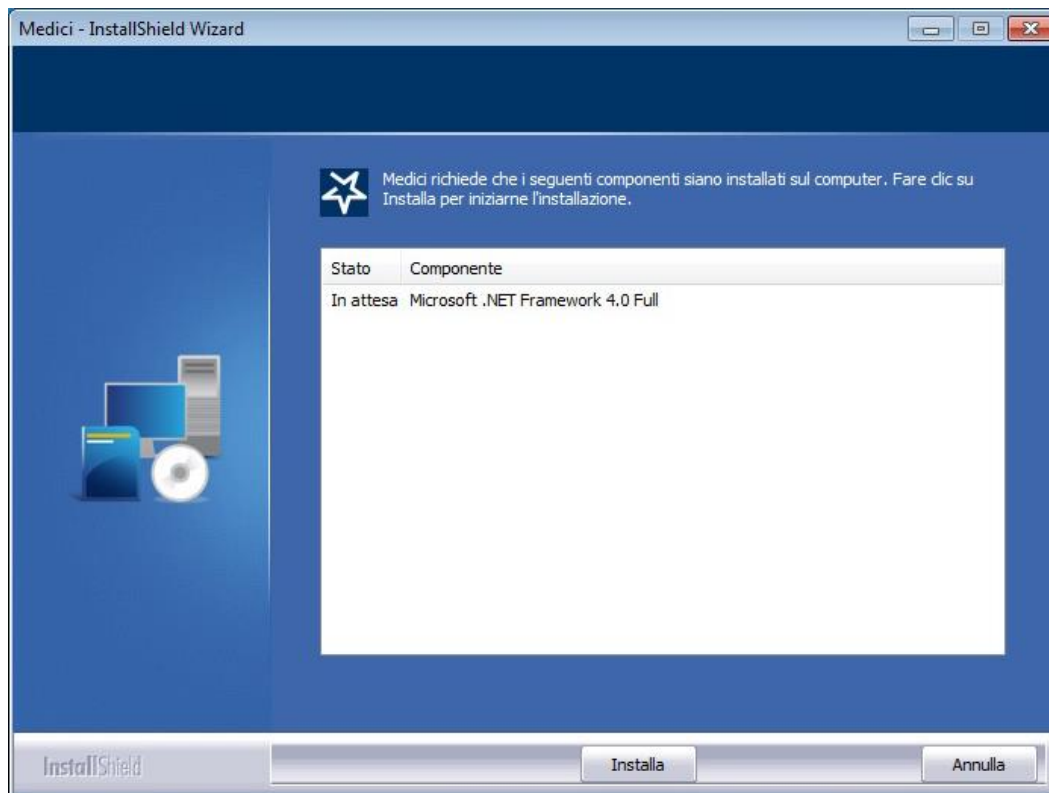
Oracle 9i o superiore

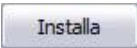
Nel caso in cui sia già presente un database server, dovrà poter essere accessibile dal server di MètaClinic®.

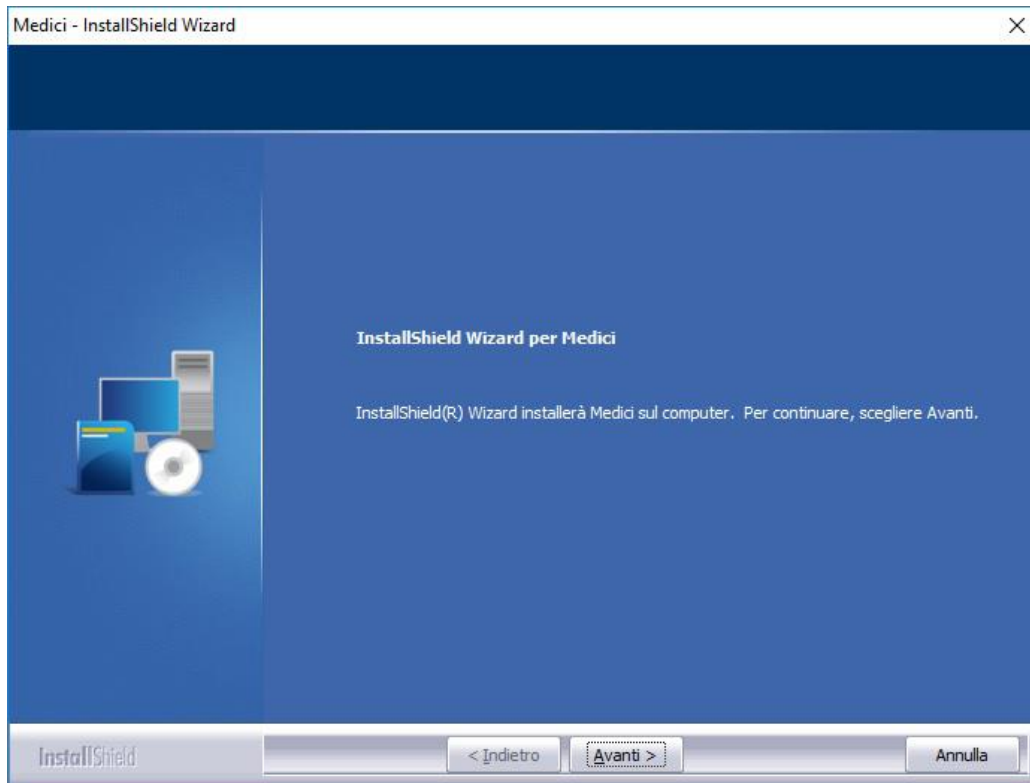
Nel caso in cui il database non sia già presente verrà installata la versione Microsoft SQL server 2008 Express Edition.

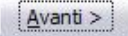
## 5. Come installare MètaClinic®

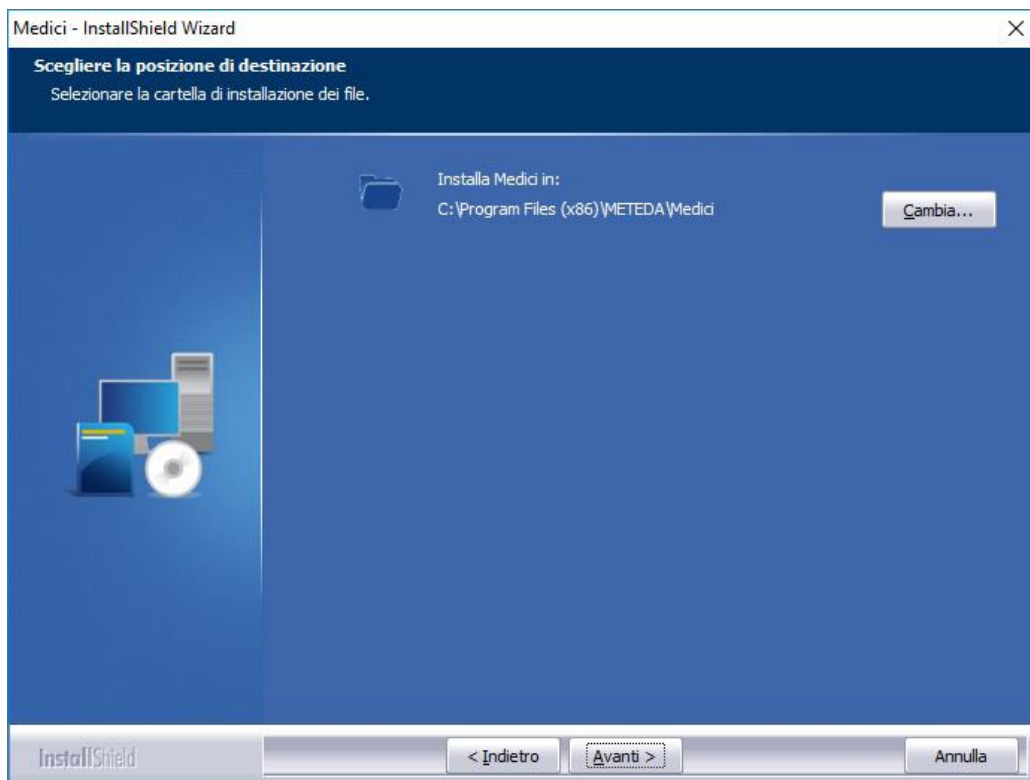
Eseguendo il setup di MètaClinic® verrà effettuato il controllo se nel sistema è presente il Microsoft .NET Framework 4.0, requisito essenziale per il funzionamento del programma, nel caso in cui non sia installato verrà visualizzato un messaggio che informerà l'utente, come visibile nell'immagine seguente:

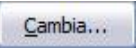




Cliccando il tasto *Installa*  si avvierà il processo di installazione del Microsoft .NET Framework 4.0 e successivamente l'installazione di MètaClinic® come visibile nell'immagine seguente:



Cliccando il tasto *Avanti*  verrà richiesto il percorso in cui si vuole installare i files del programma, come visibile nell'immagine seguente:




Verrà proposto un percorso in cui verrà installato MètaClinic® che sarà possibile personalizzare cliccando il tasto *Cambia* , quindi cliccare il tasto *Avanti*  e successivamente il tasto *Installa*  per procedere con l'installazione.

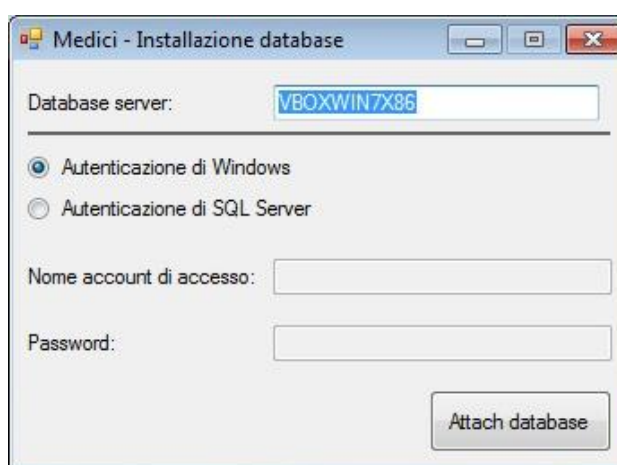
Verrà visualizzata una barra di progressione dell'installazione, il dettaglio dei files copiati e al termine bisognerà cliccare il tasto *Fine*  per concludere l'installazione dei files.

Dopo aver installato i files dell'applicativo il setup guiderà l'utente nell'installazione del database.

Nel caso di una nuova installazione, oltre al database del programma, verrà installato anche il motore *SQL Server 2008 R2* della Microsoft necessario al corretto funzionamento di MètaClinic®.

Cliccando il tasto *Installa*  si avvierà l'installazione del *Microsoft SQL Server 2008 R2*.

Seguirà la richiesta di autenticazione per accedere al server sql appena installato per poter collegare e rendere disponibile un database vuoto di MètaClinic®, segue un immagine di esempio:

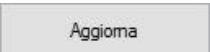


E' possibile utilizzare sia un utenza di Windows che di SQL Server, cliccare il tasto *Attach database*

 per concludere la procedura.

Verrà visualizzata un ultima finestra in cui è possibile leggere il riepilogo dell'installazione.

Nel caso in cui sia già presente un database o si stia aggiornando un installazione di Smart Digital Clinic versione client server, verrà informato l'utente della presenza di un installazione e sarà possibile scegliere se aggiornare il database presente o installarne uno nuovo.

Selezionando l'opzione desiderata e cliccando il tasto *Aggiorna*  verrà conclusa l'installazione di MètaClinic®.

## 6. Creazione e gestione degli utenti

Per poter accedere al software MètaClinic®, è necessario avere un proprio account o profilo utente, se non si dispone del personale profilo utente bisognerà rivolgersi ad un utente amministratore di MètaClinic® che potrà procedere alla creazione.

NOTA: Se si tratta di una nuova installazione di MètaClinic®, nel programma sarà presente solo il profilo utente dell'amministratore generale (utente: Admin) con il quale sarà possibile creare gli account per gli utenti che dovranno utilizzare il software.

Con l'utente Admin non è possibile inserire dati clinici nuovi.

In possesso del proprio profilo utente sarà possibile accedere a MètaClinic® inserendo il proprio *Nome utente*, *Password* e selezionando il *Centro*, se ne sarà disponibile più di uno, dalla seguente schermata:

MètaClinic

Italiano

MètaClinic

10.9.2.0 € 0051

Nome utente  
Username

Password:  
Password

Centro

Accedi

2018 METEDA S.r.l. via Silvio Pellico, 4 63074 San Benedetto del Tronto, Italy

## 7. Basi per la navigazione dell'applicativo

L'interfaccia di MètaClinic® è facile da capire e navigare.

Questa sezione del manuale mostrerà come spostarsi attraverso le principali funzioni del software e aiuterà a capirne l'utilità.

Il software visualizza in un'unica schermata i principali dati sulla gestione del caso clinico utilizzando simboli, colori e grafici per:

- aiutare a focalizzare tutte le informazioni significative del caso clinico e supportare il medico nella decisione su come fornire la migliore cura possibile ai pazienti;
- ridurre il sovraccarico di informazioni e consentire di risparmiare tempo, contribuendo a fornire la conoscenza necessaria per ottimizzare il processo clinico decisionale ed identificare soluzioni terapeutiche individuali.

Il personale sanitario ha a disposizione le seguenti funzioni principali:

### 9.1 Menù visibili all'accesso del programma



- PAZIENTI* - Visualizza il modulo con l'elenco dei pazienti registrati nel dispositivo medico software;
- UTENTI* - Visualizza il modulo con l'elenco degli utenti registrati nel dispositivo medico software (visibile solo ad utenti amministratori);
- STATISTICHE* - Visualizza il modulo delle statistiche in cui è possibile rilevare, interpretare e analizzare dati anche con l'ausilio di grafici.

### 9.2 Menù visibili dopo aver selezionato un paziente



- SCHEDE* - Visualizza il modulo di gestione della situazione clinica degli organi;
- ESAMI* - Consente di visualizzare e registrare i risultati degli esami di laboratorio;
- TERAPIE* - Consente di verificare ed aggiornare la terapia prescritta al paziente;
- PEDIATRIA* - Modulo specialistico per la gestione ed il trattamento dei pazienti in età pediatrica. E' possibile creare nuove visite e memorizzare i relativi dati solo per pazienti con età inferiore a 18 anni;
- DOCUMENTI* - Modulo per la creazione e gestione di documenti e modelli di documenti, utilizzato principalmente per produrre referti medici;

### 9.3 Funzioni generali

Sul lato destro della barra blu di navigazione sono disponibili le seguenti funzioni generali:



consente di visualizzare a schermo intero la pagina corrente;



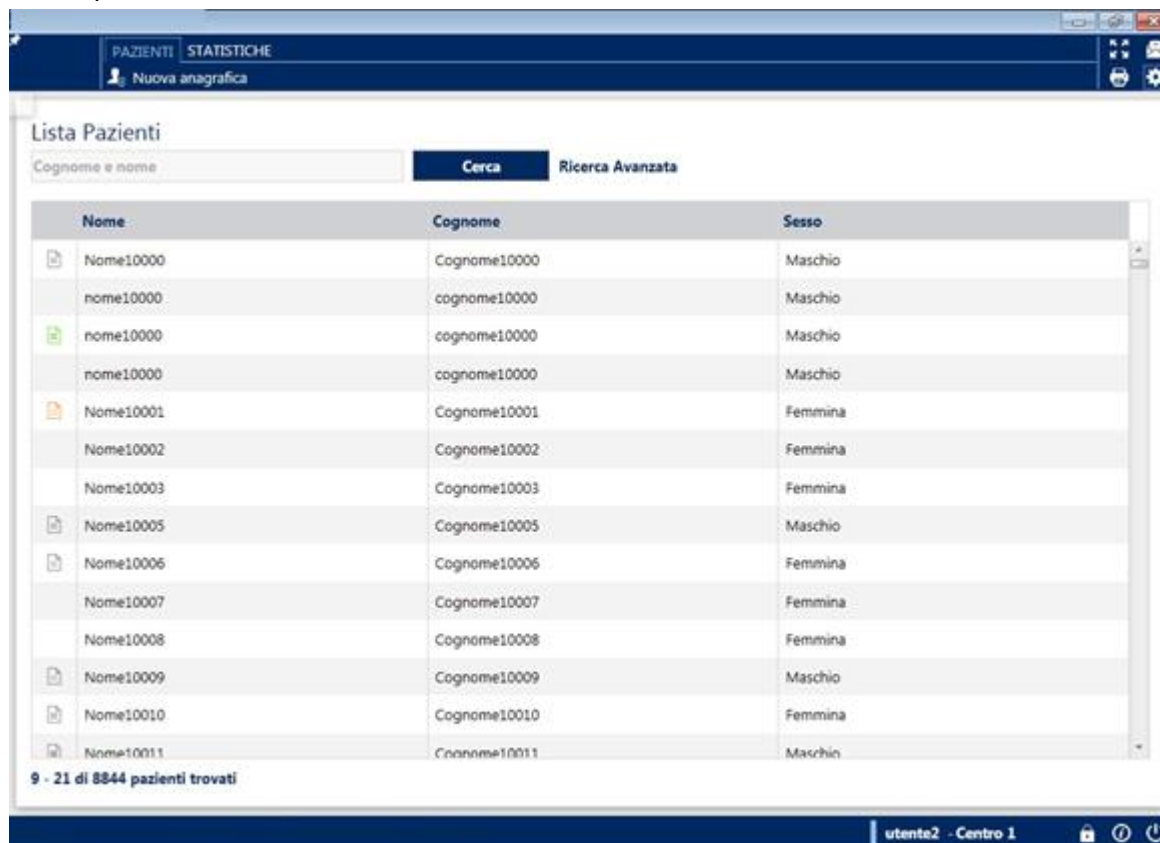
stampa la pagina corrente o un riepilogo generale;



permette di gestire e personalizzare le impostazioni del software.

## 8. Pazienti

Il modulo *PAZIENTI* consente di visualizzare e gestire l'elenco dei pazienti registrati nel database del dispositivo medico software.




La ricerca dei pazienti già registrati può essere eseguita in due diverse modalità:


- *cerca* per cognome e/o nome;
- *ricerca avanzata*; la funzione consente di effettuare una ricerca utilizzando altre informazioni come il codice fiscale, il centro di appartenenza, cartelle aperte o chiuse, anno primo accesso all'ambulatorio e molti altri dettagli selezionabili cliccando la freccia verticale



In base ai criteri di ricerca inseriti il sistema visualizzerà i risultati trovati.

La tabella dei risultati può includere diversi campi relativi ai dati anagrafici, contatti, recapiti, dati sanitari ed altri dettagli.

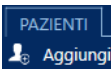
Per personalizzare graficamente le informazioni visualizzate nella lista dei pazienti cliccare l'icona *Visualizza le impostazioni dell'applicazione*  quindi *Campi visibili* del gruppo *Anagrafica*, si accederà alla lista completa dei dettagli visualizzabili.

Cliccando il titolo di ciascuna colonna viene evidenziata una freccia  che consente di variare l'ordine di visualizzazione dei dati.

Cliccando il titolo delle colonne e trascinandole è possibile variare l'ordinamento (delle colonne) nella lista pazienti.

Le modifiche effettuate al layout verranno salvate uscendo dal programma solo per l'utente corrente.



Per creare l'anagrafica di un nuovo paziente cliccare il tasto *Aggiungi*  presente nel modulo PAZIENTI

Il sistema visualizzerà una pagina composta da più schede come da: immagine seguente:

Codice Paziente: 0000000

**Dati Anagrafici** | Contatti | Recapiti | Dati Sanitari | Altri Campi

* Cognome	<input type="text" value="Cognome"/>	* Nome	<input type="text" value="Nome"/>
* Sesso	<input type="radio"/> Femmina <input type="radio"/> Maschio	* Data di Nascita	<input type="text" value="Select a date"/> 15
Codice Fiscale	<input type="text" value="Codice Fiscale"/> <input type="button" value="Calcola"/>	Stato di nascita	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text" value="Luogo di nascita"/> <input type="button" value="Cerca"/>	Codice Comune Nascita	<input type="text" value="Codice Comune Nascita"/>
Scolarità	<input type="text"/>	Stato Civile	<input type="text"/>
Professione	<input type="text"/>	Origine	<input type="text"/>
Omonimo	<input type="checkbox"/>		

Per la creazione di una nuova anagrafica è necessario inserire almeno i campi obbligatori contraddistinti da un asterisco (\*) che risultano essere il *Cognome*, *Nome*, *Sesso* e *Data di Nascita*.

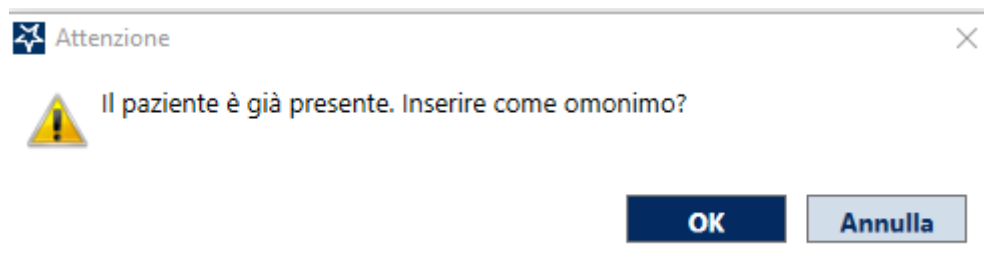
Al termine cliccare il tasto *Salva*  per memorizzare nel database i dati inseriti, il sistema chiuderà automaticamente la finestra e selezionerà la nuova anagrafica creata.

Nella finestra di inserimento dei dati di una nuova anagrafica è presente anche il tasto *Annulla*

che se premuto la chiuderà senza la memorizzazione dei dati inseriti.

Il sistema consente la gestione di anagrafiche omonime.

In caso di registrazione di un paziente con dati identificativi uguali ad un paziente già presente nel database del software, cliccando il tasto *Salva*  verrà visualizzato un messaggio di *Attenzione* come da: immagine seguente:



Cliccando il tasto *OK* sarà possibile salvare nel database l'ulteriore anagrafica con lo stesso nome e cognome.

Per modificare i dati associati ad un anagrafica di un paziente precedentemente inserito, dopo aver cercato il paziente, fare un clic sulla riga corrispondente al nominativo cercato per selezionare il paziente e cliccare il tasto *Anagrafica*:



Si aprirà la finestra con i dati precedentemente memorizzati, del paziente selezionato. Dopo aver effettuato le modifiche necessarie bisognerà cliccare il tasto *Salva* come precedentemente descritto durante la fase di memorizzazione di un nuovo paziente.

Il tasto *Anagrafica* presente nella destra del menù, evidenziato nell'immagine precedente, è visibile in tutti i moduli del programma per un veloce accesso ai dati anagrafici.

Per aggiungere un *Promemoria* al paziente selezionato cliccare il tasto *Promemoria*, il software aprirà una finestra come da immagine di esempio che consentirà all'utente di:



- inserire nel campo *Testo*, il promemoria da ricordare;
- assegnare un livello di importanza dell'informazione registrata. Gli stati possono essere: *Non valorizzato*, *Importante*, *Medio*, *Normale*;

Cliccando il tasto *Salva* verrà memorizzato il testo inserito nella casella *Testo* e sarà modificabile solo per l'intera giornata di introduzione.

Il giorno successivo la nota inserita sarà visualizzata nello storico dei promemoria, sotto la casella *Testo*, con la data ed il colore relativo il livello di importanza che è stato selezionato in fase di inserimento.


Cliccando il tasto *Annulla* il testo inserito nella nota non verrà salvato e memorizzato nel database.





Note su nome cognome (la nota e' riservata alla equipe. Di default non è mai stampata) [-] [□] [X]

**Livello nota:**

**Testo:**

**10/3/2009** - admin  
 OCUL 09/03/2009  
 grado lieve con qualche distrofia al polo posteriore. Qualche microaneurima da retinopat. diabetica background di  
 CARD 17/07/2006  
 RS 72 b; BAV I. Normale compenso emodinamico.

Le anagrafiche dei pazienti che hanno un promemoria registrato saranno contrassegnate con il simbolo di un documento  con un codice colore corrispondente al livello di rilevanza assegnato alla nota:

-  *Non valorizzato*
-  *Importante*
-  *Medio*
-  *Normale*

Segue un immagine di esempio in cui sono visibili le icone dei promemoria dei pazienti:

Nome	Cognome	Sesso
nome10000	cognome10000	Maschio
 nome10000	cognome10000	Maschio
nome10000	cognome10000	Maschio
 Nome10001	Cognome10001	Femmina

## 11. Utenti

Il modulo *Utenti* consente di visualizzare la lista degli utenti e dei Medici di Medicina Generale (MMG) autorizzati e di gestire i relativi account e permessi.



Sulla barra di navigazione sono presenti le funzioni relative a:

- *Lista Medici MG*: visualizza la lista dei medici di medicina generale memorizzati nel database di MètaClinic® (cap. 11.4)
- *Permessi*: da questo modulo è possibile creare nuovi template per la gestione dei permessi degli utenti (cap. 11.3)
- *Aggiungi*: consente di creare un nuovo utente (cap. 11.1)

Accedendo alla scheda utenti viene visualizzata la lista degli utenti memorizzati nel database.

Login	Centro	Nominativo	Gruppo utente	Reparto	Ultimo accesso	Data cambio password	Amministratore	Disabilitato
Utente	Oracle Centro 1	Utente Disabilitato	Operatore	Diabetologia		01/01/1900		✗
utentebis	Oracle Centro 2	utente centro 2	Medico di repi	Medicina gene	14/12/2016 16:55	14/11/2016		✗
utente2	Oracle Centro 2	CognomeUtente2 NomeUtente	Medico di repi	Diabetologia	27/02/2017 14:45	10/02/2017	✓	
utente2	Oracle Centro 1	CognomeUtente2 NomeUtente	Medico di repi	Diabetologia	27/02/2017 14:45	10/02/2017		
utente3	Oracle Centro 2	NomeUtente3 CognomeUtente	Medico di repi	Diabetologia	01/02/2017 10:00	15/12/2016		
utente4	Oracle Centro 2	CognomeUtente4 NomeUtente	Medico di repi	Diabetologia	02/12/2016 09:37	22/11/2016	✓	
utente4	Oracle Centro 1	CognomeUtente4 NomeUtente	Medico di repi	Diabetologia	02/12/2016 09:37	22/11/2016		
utente5	Oracle Centro 1	utente5 utente5	Operatore	Diabetologia	23/11/2016 15:58	23/11/2016		
utente6	Oracle Centro 2	cognome 6 nome 6	Medico di repi	Diabetologia		01/01/1900		

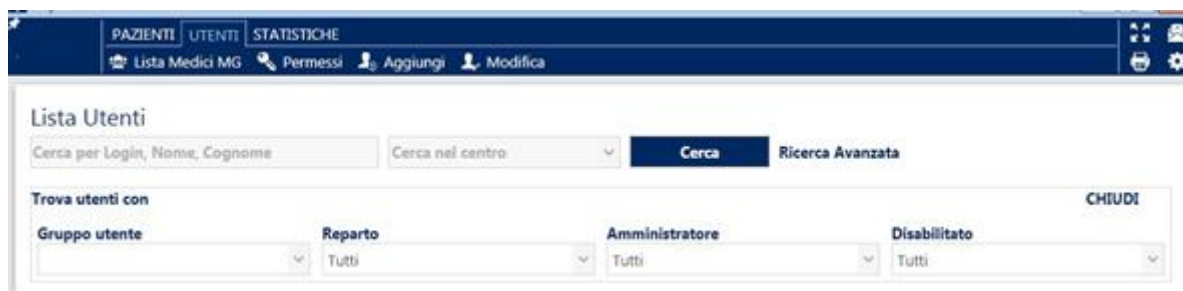
La ricerca di un utente già registrato all'interno del database può essere eseguita con due diverse modalità:

- mediante tasto *Cerca*;


La ricerca verrà eseguita inserendo il nome del *login* o il *Nome* o il *Cognome* dell'utente ed il *Centro* a cui ha accesso.



- con la funzione *ricerca avanzata*.

La funzione consente di effettuare una ricerca utilizzando ulteriori criteri di selezione delle anagrafiche: *Gruppo utente*, *Reparto*, *Amministratore*, *Disabilitato*.



La tabella della lista Utenti visualizza per ciascun utente i seguenti dati Login, Centro, Nominativo, Gruppo Utente, Reparto e dati relativi all'utilizzo dell'account: ultimo accesso, data cambio password, amministratore, disabilitato.

Facendo click sull'icona , presente in ogni anagrafica, è possibile visualizzare e modificare la configurazione dei permessi di ogni utente.

Le icone in corrispondenza delle ultime due colonne, indicano rispettivamente il possesso dei permessi di amministratore, icona verde , e se l'utente è disabilitato, icona rossa .

The screenshot shows the 'Lista Utenti' interface with a table of user data. The table has the following columns: Login, Centro, Nominativo, Gruppo utente, Reparto, Ultimo accesso, Data cambio password, Amministratore, and Disabilitato. The data rows are as follows:

Login	Centro	Nominativo	Gruppo utente	Reparto	Ultimo accesso	Data cambio password	Amministratore	Disabilitato
 Utente	Oracle Centro 1	Utente Disabilitato	Operatore	Diabetologia		01/01/1900		
 utentebis	Oracle Centro 2	utente centro 2	Medico di repi	Medicina gene	14/12/2016 16:55	14/11/2016		
 utente2	Oracle Centro 2	CognomeUtente2 NomeUtente	Medico di repi	Diabetologia	27/02/2017 14:45	10/02/2017		
 utente2	Oracle Centro 1	CognomeUtente2 NomeUtente	Medico di repi	Diabetologia	27/02/2017 14:45	10/02/2017		

Cliccando il titolo delle colonne è possibile cambiare l'ordinamento dei dati visualizzati in modo crescente o decrescente.


Cliccando il titolo delle colonne e trascinandole è possibile variare l'ordinamento (delle colonne) nella lista pazienti, come visibile nell'immagine seguente:

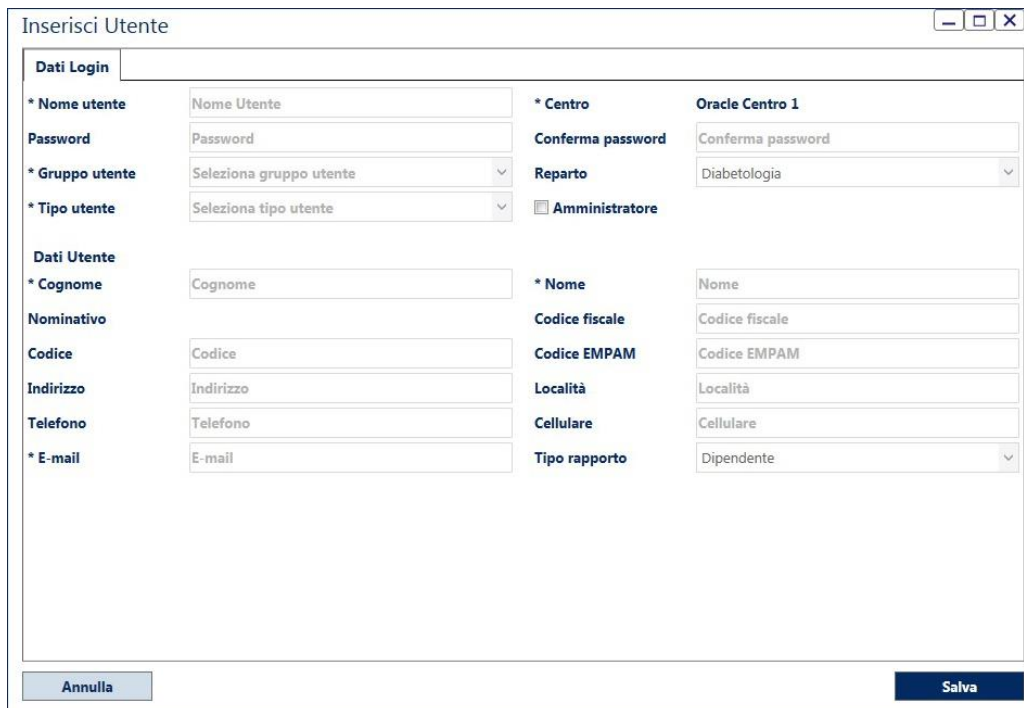
The screenshot shows the 'Lista Utenti' (User List) interface. At the top, there are navigation tabs for 'PAZIENTI', 'UTENTI', and 'STATISTICHE'. Below these are links for 'Lista Medici MG', 'Permessi', and 'Aggiungi'. The main area is titled 'Lista Utenti' and includes a search bar with the text 'Cerca per Login, Nome, Cognome' and buttons for 'Cerca' and 'Ricerca Avanzata'. The table below lists several users with the following data:

Login	Centro	Nominativo	Gruppo utente	Gruppo utente	Reparto	Ultimo accesso	Data cambio password	Amministratore	Disabilitato
utente1	Oracle Centro :	utente1		Medico di repa	Diabetologia	13/04/2017 15:24	30/11/2016	🟢	
utente2	Oracle Centro :	CognomeUtente2		Medico di repa	Diabetologia	26/05/2017 13:03	14/03/2017		
utente4	Oracle Centro :	CognomeUtente4		Medico di repa	Diabetologia	02/12/2016 09:37	22/11/2016		
utente5	Oracle Centro :	utente5 utente5		Operatore	Diabetologia	23/11/2016 15:58	23/11/2016		

Le modifiche effettuate al layout verranno salvate uscendo dal programma, solo per l'utente corrente.

### 11.1 Aggiungere un nuovo utente

Cliccando il tasto *Aggiungi*  verrà visualizzata la finestra in cui poter inserire i dati relativi al nuovo utente, come visibile dall'immagine seguente:




Dati Login	
* Nome utente	Nome Utente
Password	Password
* Gruppo utente	Seleziona gruppo utente
* Tipo utente	Seleziona tipo utente

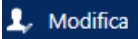
  

Dati Utente	
* Cognome	Cognome
* Nome	Nome
Nominativo	
Codice	Codice
Indirizzo	Indirizzo
Telefono	Telefono
* E-mail	E-mail
* Centro	Oracle Centro 1
Conferma password	Conferma password
Reparto	Diabetologia
<input type="checkbox"/> Amministratore	
Codice fiscale	Codice fiscale
Codice EMPAM	Codice EMPAM
Località	Località
Cellulare	Cellulare
Tipo rapporto	Dipendente

I campi contraddistinti da un asterisco (\*) sono obbligatori e non possono essere omessi e sono: *Nome utente, Centro, Gruppo utente, Tipo utente, Cognome, Nome ed E-mail.*

Dopo aver inserito i dati necessari, cliccare il tasto *Salva*  per creare il nuovo utente e memorizzarlo nel database.

### 11.2 Modificare i dati di un utente

Cliccando due volte la riga in corrispondenza di un utente o il tasto *Modifica* , dopo aver selezionato l'utente, si aprirà la finestra contenente i dettagli:

Dopo aver variato o integrato dettagli dell'utente cliccare il tasto *Salva* per memorizzare i dati nel database.

E' possibile accedere ai dettagli dell'utente corrente, da qualsiasi modulo del programma, cliccando il nome dell'utente autenticato e che viene riportato in basso a destra di tutte le videate.

Nome10049	Cognome10049	Femmina
Nome10050	Cognome10050	Femmina
Nome10052	Cognome10052	Maschio
Nome10053	Cognome10053	Maschio
Nome10054	Cognome10054	Femmina
Nome10055	Cognome10055	Femmina
Nome10056	Cognome10056	Femmina

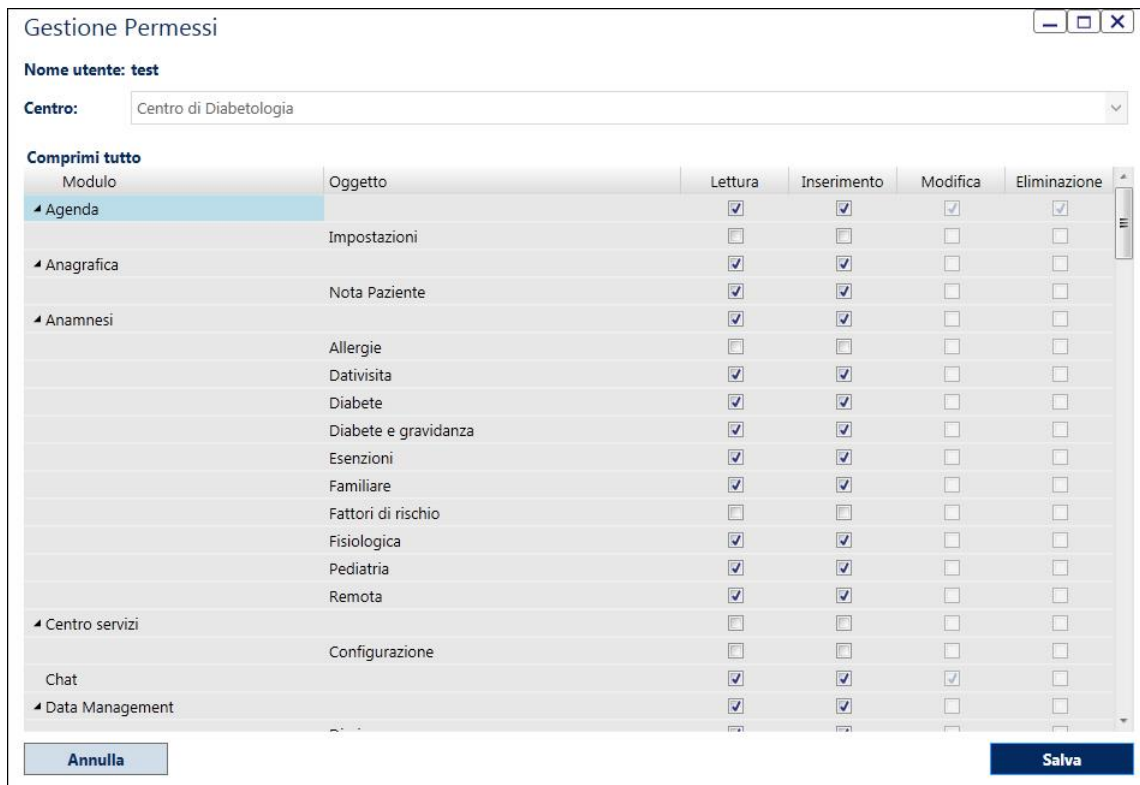
53 - 65 di 8844 pazienti trovati

utente2 - Oracle Centro 1

### 11.3 Gestione dei permessi degli utenti

Nella finestra dei dettagli sono presenti tre tasti:

- *Gestione permessi*, cliccando il tasto **Gestione permessi** si accede nella scheda in cui è possibile abilitare/disabilitare i permessi di lettura, inserimento, modifica ed eliminazione per ogni modulo di MètaClinic®.



- *Disabilita*, cliccando il tasto **Disabilita** l'account corrispondente verrà disattivato e l'utente relativo non potrà più accedere a MètaClinic®.

Nella lista degli utenti un'icona verde comparirà in corrispondenza dell'utente nella colonna *Disabilitato*.



Per abilitare nuovamente l'account dell'utente, aprire la scheda di dettaglio dell'utente come sopra descritto e fare click sul tasto **Abilita**.

- *Salva*, **Salva** consente di memorizzare i cambiamenti.

### 11.4 Lista dei medici di medicina generale

Cliccando il tasto *Lista Medici Mg* **Lista Medici MG** si accede alla finestra che consente di visualizzare e gestire la lista dei medici di medicina generale.

Il menù presente nel secondo livello visualizza le funzioni associate alla pagina.



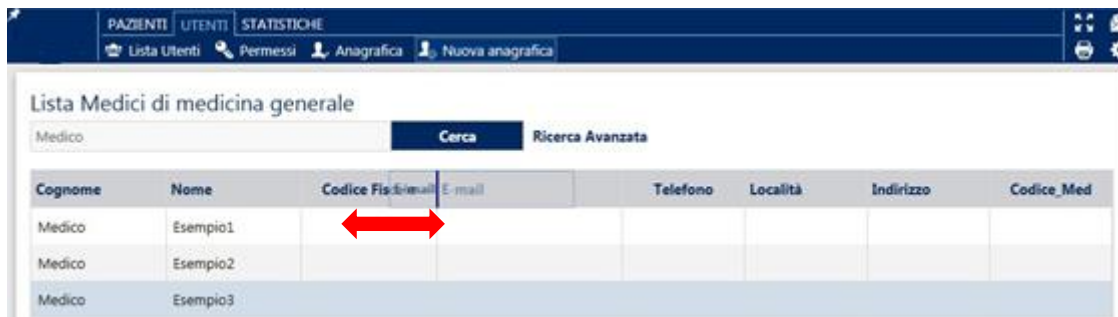
La ricerca di un medico di medicina generale già registrato all'interno del database, può essere eseguita con due diverse modalità:

- ricerca per *Nome, Cognome o Email* cliccando il tasto *Cerca*;
- ricerca per *Codice Fiscale*, cliccando *Ricerca Avanzata*, quindi compilando la casella *Codice Fiscale* e premendo il tasto *Cerca*


Ogni riga della lista contiene dati anagrafici completi dei Medici di Medicina Generale.

Cliccando il titolo delle colonne è possibile cambiare ordinamento, in ordine crescente o decrescente, della visualizzazione dei dati.

Cliccando il titolo delle colonne e trascinandole è possibile variare l'ordinamento (delle colonne) nella lista dei Medici di medicina generale.



Le modifiche effettuate al layout verranno salvate uscendo dal programma solo per l'utente corrente.


Dalla lista dei Medici di medicina generale, selezionando un medico e cliccando il tasto *Modifica*  **Anagrafica** o cliccando due volte la riga corrispondente ad un medico si aprirà una finestra contenente i dettagli memorizzati nel database.

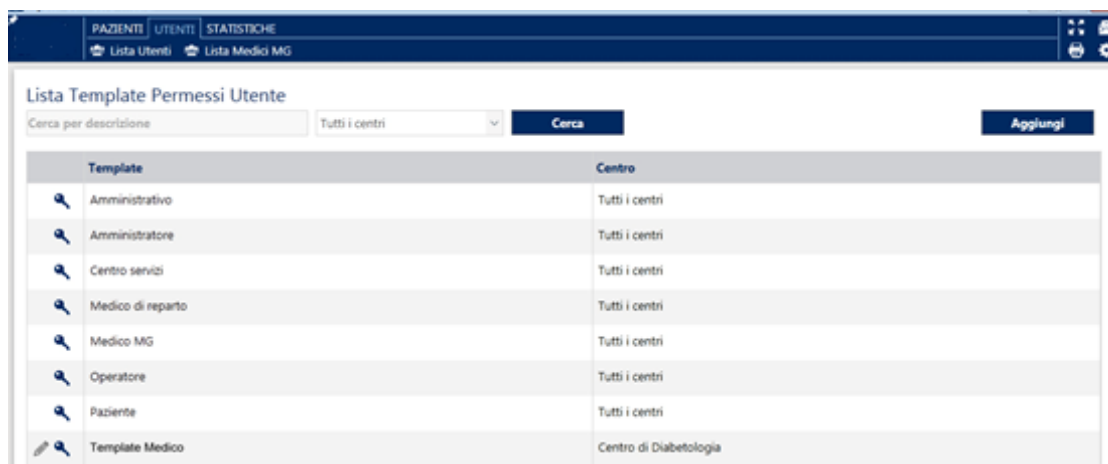
Mario Rossi			
* Cognome	Rossi	* Nome	Mario
Nominativo	Mario Rossi	Codice Fiscale	Codice Fiscale
EstCodMMG	EstCodMMG	Codice EMPAM	Codice EMPAM
Indirizzo	Indirizzo	Località	Località
Telefono	Telefono	Cellulare	Cellulare
E-mail	E-mail	Codice Med	Codice Med
<input type="button" value="Annulla"/>		<input type="button" value="Salva"/>	

Dopo aver integrato o modificato i dettagli del Medico MG cliccare il tasto *Salva* per memorizzare gli aggiornamenti.

Cliccando il tasto *Nuova anagrafica*  **Nuova anagrafica** sarà possibile inserire i dati per la creazione di un nuovo profilo per un Medico di medicina generale.

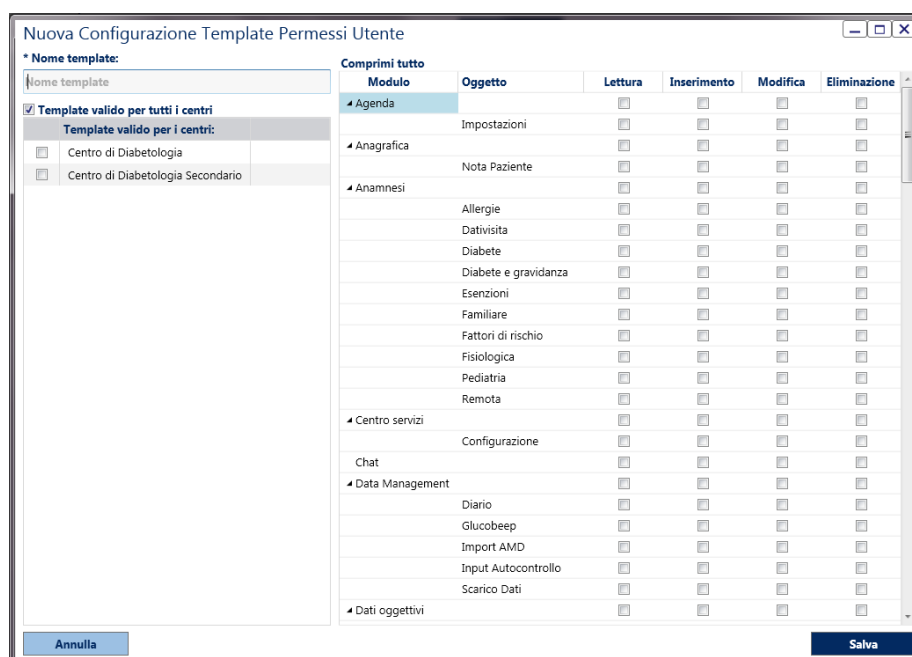
## 11.5 Permessi

Cliccando il tasto *Permessi*  **Permessi** si accede alla scheda contenente l'elenco dei template dei permessi standard e personalizzati ed il centro a cui sono associati.



Template	Centro
Amministrativo	Tutti i centri
Amministratore	Tutti i centri
Centro servizi	Tutti i centri
Medico di reparto	Tutti i centri
Medico MG	Tutti i centri
Operatore	Tutti i centri
Paziente	Tutti i centri
Template Medico	Centro di Diabetologia

Cliccando il tasto *Aggiungi* **Aggiungi** si accederà alla finestra di creazione e gestione dei template da cui sarà possibile specificare i permessi di lettura, inserimento, modifica ed eliminazione per ogni modulo di MètaClinic® e successivamente sarà possibile assegnare il template più appropriato ad ogni utente.



**Nuova Configurazione Template Permessi Utente**

\* Nome template:

**Template valido per tutti i centri**

**Template valido per i centri:**

- Centro di Diabetologia
- Centro di Diabetologia Secondario

**Comprimi tutto**

Modulo	Oggetto	Letture	Inserimento	Modifica	Eliminazione
Agenda	Impostazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anagrafica	Nota Paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anamnesi	Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Datavisita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabete e gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Esenzioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fattori di rischio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fisiologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Remota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro servizi	Configurazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data Management	Diario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glucobeeep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Import AMD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Input Autocontrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Scarico Dati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dati oggettivi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Per creare e configurare un nuovo *Template Permessi Utente* è necessario:

- definire il Nome Template digitandolo nel corrispondente campo;
- selezionare i centri per cui il template è valido;
- definire i permessi per ogni modulo di MètaClinic®

Il *Template Permessi Utente* viene associato in fase di creazione di un nuovo utente o modifica dei dati anagrafici mediante la selezione da un elenco a discesa nel campo obbligatorio *Tipo Utente*.

NOTA: Modificando i permessi (*Gestione Permessi* dai dettagli di un utente) il modello del template, associato all'utente, non viene modificato.

## 12. Statistiche

Il modulo delle statistiche permette di rilevare, interpretare e analizzare i dati anche con l'ausilio di grafici.

Attraverso il confronto e l'incrocio dei dati, il sistema elabora le informazioni memorizzate nel database per visualizzare la lista dei pazienti che rispondono ai criteri di ricerca impostati.

E' ad esempio possibile sapere quanti e quali pazienti con infarto del miocardio hanno sviluppato una insufficienza renale e quanti hanno ricevuto un trattamento con ACE-inibitore; il numero di ospedalizzazioni per BPCO riacutizzata in un determinato periodo di tempo, e così via.

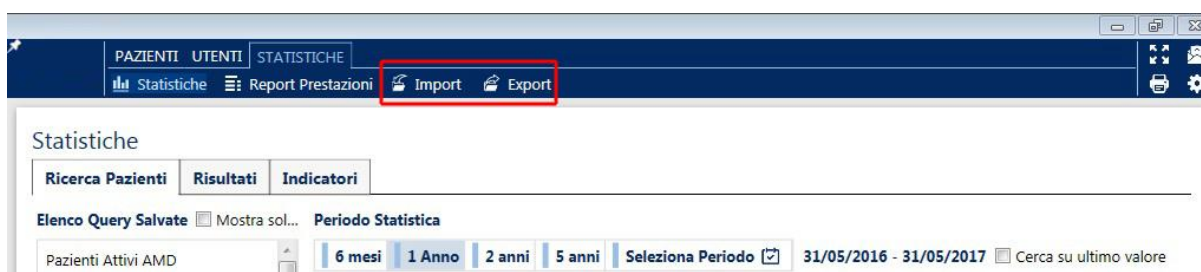
Le ricerche impostate possono avere vario grado di complessità, incrociando fra loro più informazioni.

Una volta selezionata una determinata lista di pazienti in base a specifiche caratteristiche (ad esempio i pazienti con esordio di nefropatia dopo 20 anni di malattia) è possibile poi approfondire la ricerca statistica individuando ad esempio qual è il valore medio di creatinina tra tali pazienti.

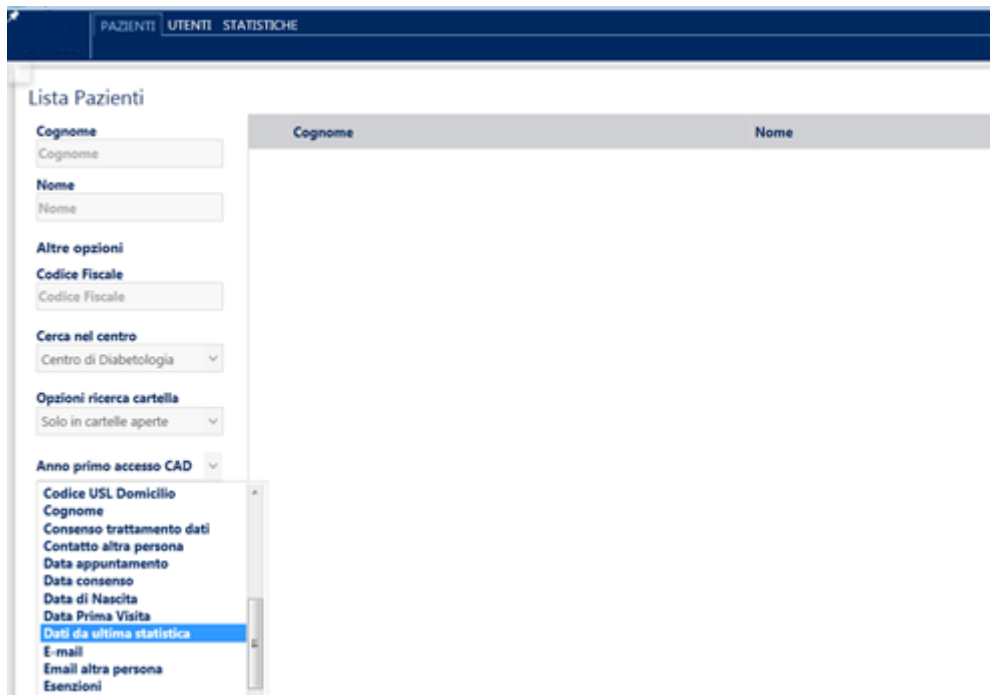
Infine è possibile visualizzare nell'Archivio Pazienti, la lista dei pazienti individuati con una ricerca e accedere così direttamente a tutti i loro dati.

Dal modulo *Statistiche* è possibile importare ed esportare le condizioni delle statistiche, sarà quindi possibile salvare sul disco del computer un file contenente le condizioni della statistica creata.

Segue un immagine in cui sono evidenziati i due tasti per importare ed esportare una statistica:



### 12.1 Come elaborare una statistica

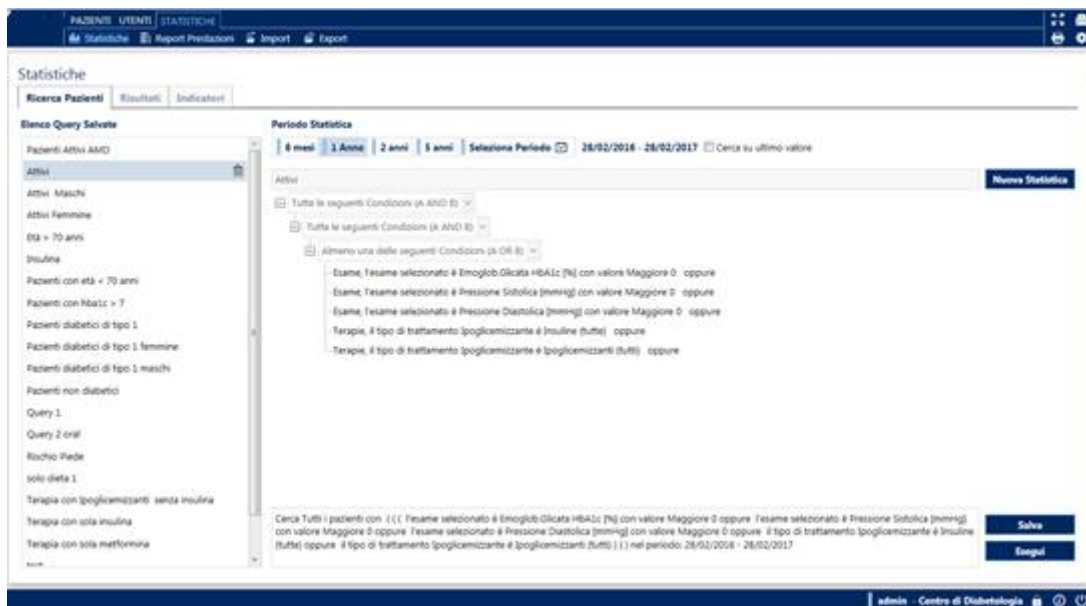




Il modulo *statistiche* visualizza di default una pagina strutturata in tre schede principali:

- Ricerca Pazienti
- Risultati
- Indicatori

### Ricerca pazienti

I criteri (query) utilizzati per l'elaborazione di una statistica possono essere selezionati dall'*Elenco Query Salvate* o creando una nuova o più condizioni sulla base delle proprie esigenze di ricerca.



Inoltre, tramite il tasto *Export*  **Export**, le query delle statistiche possono essere esportate e salvate in un file ed essere quindi utilizzate anche in altre installazioni di MètaClinic®, tramite il tasto *Import*  **Import**.

Le query salvate appariranno nell'*Elenco Query Salvate* presente nella colonna di sinistra nella scheda *Ricerca Pazienti* del modulo *Statistiche*.

Cliccando il nome di una query memorizzata nell'*Elenco Query Salvate* verrà richiamato e visualizzato il criterio impostato della statistica e cliccando il tasto *Esegui* **Esegui** sarà possibile visualizzare la lista dei pazienti risultanti.

In fase di impostazione di alcune statistiche e' necessario selezionare un periodo di tempo nel quale fare la ricerca, cliccando gli intervalli già impostati o scegliendo delle date specifiche dal calendario, come da immagine seguente:



Il *Periodo Statistica* è applicabile per i campi dei seguenti moduli:

- *Anamnesi Remota*
- *Archivio Materiali*
- *Archivio Materiali Per Categoria*
- *Arti Inferiori*, solo nei valori *Indice di Winsor piede sinistro* e *Indice di Winsor piede destro*
- *Classificazioni*
- *Complicanze*
- *Esami*
- *Esami Strumentali*
- *Eventi Farmaci*
- *Farmaci*
- *Prescrizione Dietetica*
- *Principio Attivo*
- *Stili di Vita*
- *Tariffario Nazionale*


Per elaborare una nuova statistica non inclusa tra quelle salvate, cliccare il tasto *Nuova Statistica*

**Nuova Statistica**

Nel campo editabile  posto a sinistra del tasto *Nuova Statistica* digitare la descrizione della query.

Dopo aver cliccato il tasto *Nuova Statistica* e digitato il nome è necessario selezionare la condizione corrispondente alle proprie esigenze, tra quelle proposte dall'elenco a discesa dopo aver individuato il campo da ricercare



Muovendo il mouse sopra la descrizione della condizione viene visualizzato il tasto *Aggiungi* e l'icona *Elimina Condizioni* .

Il tasto *Aggiungi* permette di scegliere tra le seguenti opzioni:

- *Aggiungi Condizione*: consente di impostare le condizioni relative ad una specifica query;
- *Aggiungi Gruppo Padre*: consente di aggiungere un gruppo condizione di livello superiore ad una precedentemente impostata;
- *Aggiungi Gruppo Figlio*: consente di aggiungere un gruppo di condizioni di livello inferiore ad un gruppo precedentemente creato;
- *Aggiungi Query*: consente di aggiungere le condizioni di una query precedentemente salvata.

Il tasto  elimina tutte le condizioni impostate.

### **Aggiungere una condizione**

Selezionando la funzione *Aggiungi Condizione* il sistema apre una finestra di dialogo come da immagine seguente:

**Imposta Condizione**

**Lista Moduli**

- Anagrafica
- Anamnesi Diabetologica
- Anamnesi Familiare
- Anamnesi Fisiologica
- Anamnesi Remota
- Archivio ATC
- Archivio Materiali
- Archivio Materiali Per Categoria
- Arti Inferiori
- Classificazioni
- Complicanze
- Esami**
- Esami Strumentali
- Eventi Farmaci
- Farmaci
- Inizio Terapia Farmaco
- Ipoglicemie
- Prescrizione Dietetica
- Principio Attivo
- Protocollo
- Stili di Vita
- Tariffario Nazionale
- Tipo Trattamento Ipoglicemizzante

**Filtro di ricerca**

peso

**Lista Esami**

- Liq.Cerebro-Spinale Peso Sp.
- Peso [kg]**
- Peso Max [Kg]
- Peso Min [Kg]
- Peso Specifico (Sie)
- Peso Specifico Urine
- Peso stimato [cm]

**Condizione** Maggiore

**Valori** 50 kg

Annulla Aggiungi

Per impostare la condizione bisogna selezionare il modulo tra quelli presenti nella *Lista Moduli*. Nell'immagine di esempio proposta è stato selezionato il modulo *Esami* e impostato il *Filtro di ricerca* "peso", quindi selezionato l'esame *Peso [kg]*, la *Condizione* "Maggiore" e il *Valore* "50".

Cliccando il tasto *Aggiungi* **Aggiungi** verrà impostata e visualizzata la condizione creata nella pagina iniziale delle *Statistiche*.

Per aggiungere nuove condizioni cliccare il tasto *Aggiungi* **Aggiungi** e ripetere il flusso di attività sopra descritto.

Nella sezione inferiore della scheda delle *Statistiche* sono riepilogata le condizioni impostate come da immagine seguente:

Cerca Tutti i pazienti con ( l'esame selezionato è Peso [kg] con valore Maggiore 50 ) nel periodo: 01/03/2016 - 01/03/2017

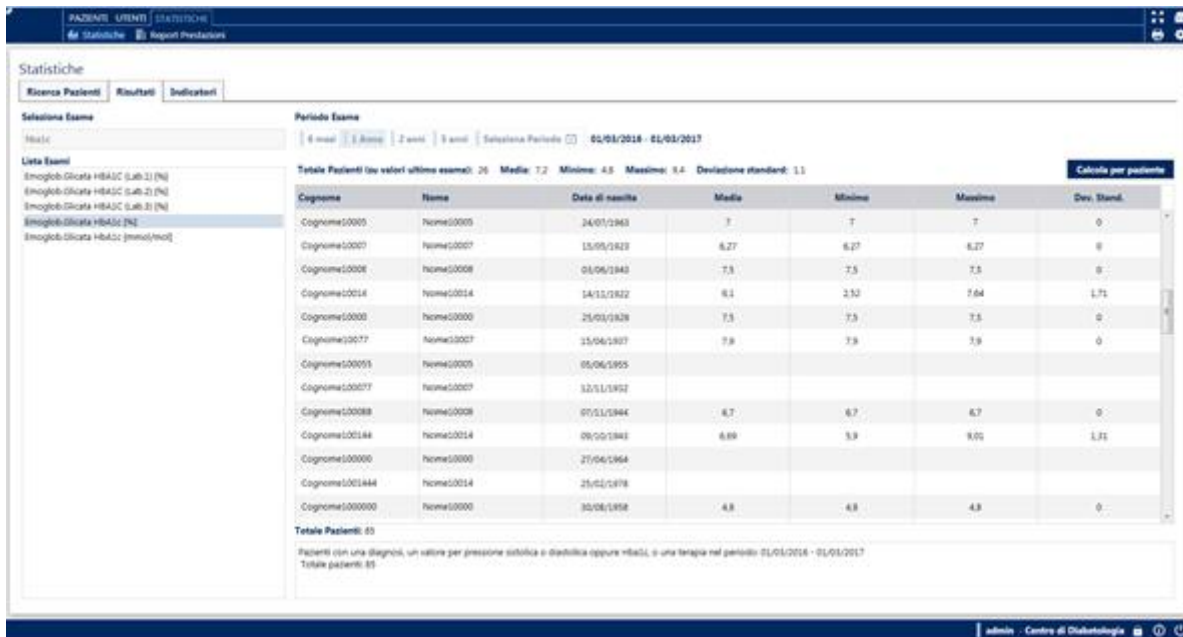
Salva

Esegui

Per visualizzare la lista dei pazienti risultanti dalla statistica cliccare il tasto *Esegui* **Esegui**, verrà chiesto di salvare la statistica nell'*Elenco Query Salvate* quindi in automatico verrà visualizzato il risultato.

## Risultati

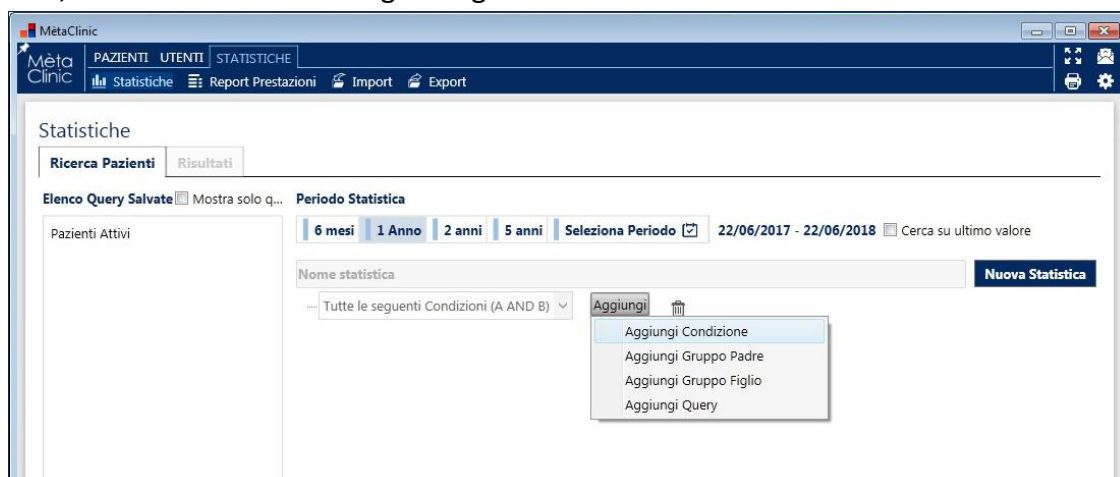
In questa sezione verrà visualizza la lista dei pazienti risultanti dalla statistica, nella colonna di sinistra apparirà la lista degli esami di laboratorio che se selezionati attiveranno il tasto *Calcola per paziente* consentendo di eseguire il calcolo della *Media, Minimo, Massimo e Deviazione Standard*, per i pazienti visualizzati.



consente di eseguire, sulla popolazione selezionata, il calcolo della Media, Minimo, Massimo, Dev. Stand. Con riferimento ad uno specifico esame di laboratorio.

## Comporre ed eseguire una statistica completa

Volendo ad esempio cercare tutti i pazienti con più di dieci anni di infarto del miocardio con ipertensione arteriosa bisognerà cliccare il tasto *Nuova Statistica* quindi posizionare il mouse sopra il menù a discesa in cui si scelgono le condizioni, sulla destra apparirà il tasto *Aggiungi* che cliccato visualizzerà il menù da cui scegliere l'opzione *Aggiungi condizione*, come visibile dall'immagine seguente:



Cliccando *Aggiungi Condizione* verrà visualizzata una finestra da cui poter impostare la prima condizione necessaria per estrarre i dati dalla nostra statistica.

Bisognerà selezionare il modulo *Classificazioni* quindi *Infarto miocardico acuto* dalla *Lista Classificazioni* ed infine nella sezione *Con Problema Attivo*, selezionare *SI*, come visibile dall'immagine seguente:

Imposta Condizione

**Lista Moduli**

- Anagrafica
- Anamnesi Familiare
- Anamnesi Fisiologica
- Anamnesi Remota
- Archivio ATC
- Classificazioni**
- Complicanze
- Esami
- Esami Strumentali
- Eventi Farmaci
- Farmaci
- Prescrizione Dietetica
- Principio Attivo
- Protocollo
- Stili di Vita
- Tariffario Nazionale

**Lista Complicanze**

Cuore Cardiolog.

**Lista Classificazioni**

- Non Cardiopatia
- Reumatismo articolare acuto
- Cardiopatie reumatiche croniche
- Malattia ipertensiva
- Ipertensione essenziale [401]
- Malattie ischemiche del cuore
- Infarto miocardico acuto [410]**
- Angina pectoris [413]
- Arteriosclerosi coronarica [414.0]
- Altre malattie del cuore
- Pericardite acuta [420]
- Endocardite acuta e subacuta [421]
- Altre malattie dell'endocardio [424]
- Miocardopatie [425]
- Disturbi della conduzione [426]
- Disturbi del ritmo cardiaco [427]
- Insufficienza cardiaca [428]

**Con Problema Attivo**

SI  NO  Indifferente

Annulla **Aggiungi**

Cliccare il tasto *Aggiungi* **Aggiungi** per impostare la prima condizione.

Per impostare la seconda condizione posizionare nuovamente il mouse sopra il menù a discesa in cui si scelgono le condizioni, cliccare il tasto *Aggiungi* **Aggiungi** selezionare *Aggiungi Condizione* e dalla finestra che verrà visualizzata selezionare nuovamente *Classificazioni* ma questa volta bisognerà selezionare *la patologia Ipertensione essenziale*, selezionando *SI* dalla sezione in cui si specifica se il problema è attivo come visibile nell'immagine seguente:

Imposta Condizione
[-] [ ] [X]

**Lista Moduli**

- Anagrafica
- Anamnesi Familiare
- Anamnesi Fisiologica
- Anamnesi Remota
- Archivio ATC
- Classificazioni**
- Complicanze
- Esami
- Esami Strumentali
- Eventi Farmaci
- Farmaci
- Prescrizione Dietetica
- Principio Attivo
- Protocollo
- Stili di Vita
- Tariffario Nazionale

**Lista Complicanze**

Cuore Cardiolog. ▾

**Lista Classificazioni**

- Non Cardiopatia
- ▾ Reumatismo articolare acuto
- ▾ Cardiopatie reumatiche croniche
- ▾ Malattia ipertensiva
- ▾ **Ipertensione essenziale [401]**
  - Specificata come maligna [401.0]
  - Specificata come benigna [401.1]
  - Non specificata come maligna o benigna [401.9]
- ▾ Malattie ischemiche del cuore
- ▾ Infarto miocardico acuto [410]
- ▾ Angina pectoris [413]
- ▾ Arteriosclerosi coronarica [414.0]
- ▾ Altre malattie del cuore
- ▾ Pericardite acuta [420]
- ▾ Endocardite acuta e subacuta [421]
- ▾ Altre malattie dell'endocardio [424]
- ▾ Miocardiopatie [425]
- ▾ Disturbi della conduzione [426]
- ▾ Disturbi del ritmo cardiaco [427]
- ▾ Insufficienza cardiaca [428]

**Con Problema Attivo**

SI  NO  Indifferente

Annulla
Aggiungi

Cliccando il tasto *Aggiungi* **Aggiungi** imposteremo la seconda.

Sarà visibile il riepilogo delle condizioni impostate:

MètaClinic
PAZIENTI UTENTI STATISTICHE
⌵ ⌵ ⌵

Statistiche
Report Prestazioni
Import
Export

**Statistiche**

Ricerca Pazienti Risultati

Elenco Query Salvate  Mostra solo q...

Pazienti Attivi

**Periodo Statistica**

6 mesi 1 Anno 2 anni 5 anni Seleziona Periodo 22/06/2017 - 22/06/2018 Cerca su ultimo valore

Nome statistica Nuova Statistica

Tutte le seguenti Condizioni (A AND B)

- Complicanze, Nella complicanza Cuore Cardiolog. la classificazione è di tipo Malattie ischemiche del cuore - Infarto miocardico ac
- Complicanze, Nella complicanza Cuore Cardiolog. la classificazione è di tipo Malattia ipertensiva - Ipertensione essenziale [401] -

Cerca Tutti i pazienti con ( Nella complicanza Cuore Cardiolog. la classificazione è di tipo Malattie ischemiche del cuore - Infarto miocardico acuto [410] e con problema attivo e Nella complicanza Cuore Cardiolog. la classificazione è di tipo Malattia ipertensiva - Ipertensione essenziale [401] - Non specificata come maligna o benigna [401.9] e con problema attivo ) nel periodo: 22/06/2017 - 22/06/2018

Salva
Esegui

Dopo aver selezionato i criteri di ricerca è possibile eseguire la statistica e anche salvarla per essere riutilizzata, premendo il tasto *Salva* 

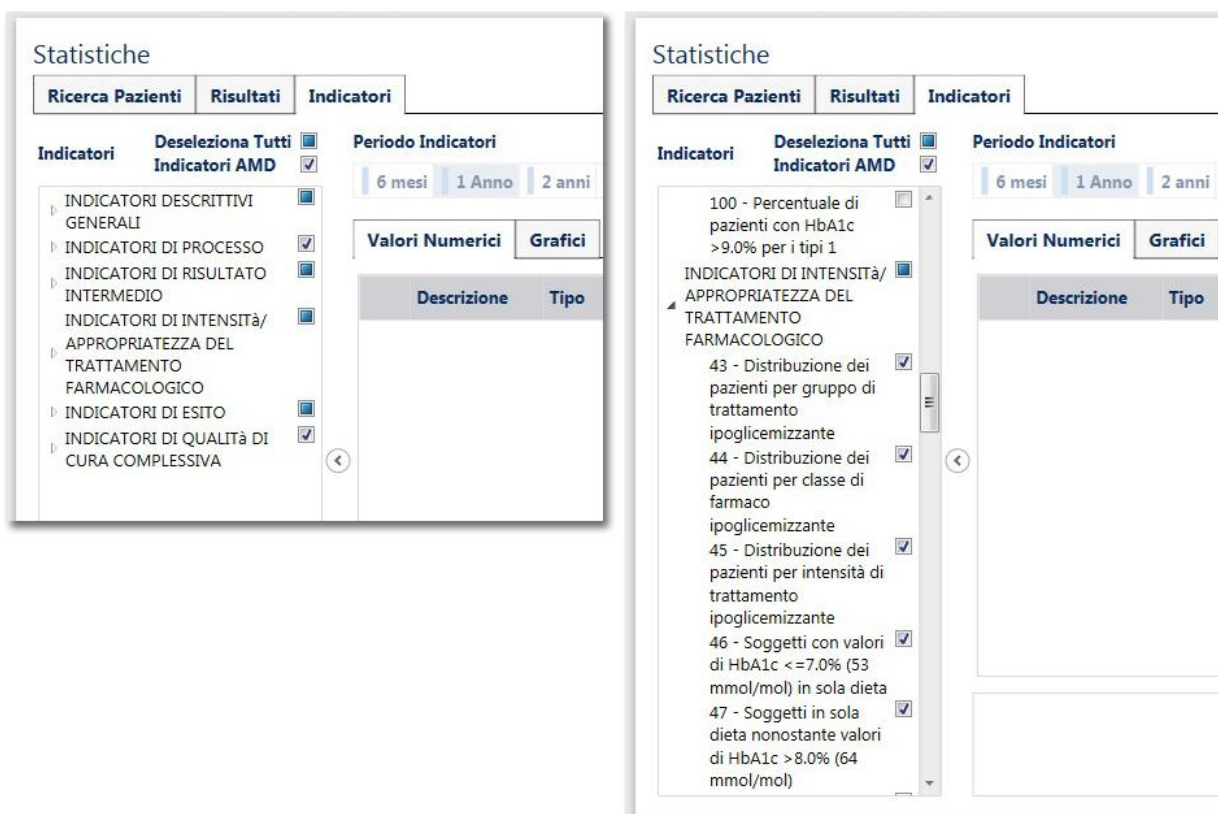
### Indicatori

*Ancora non disponibili per tutte le specialistiche, segue un esempio di come vengono gestiti gli indicatori nel reparto di Diabetologia.*

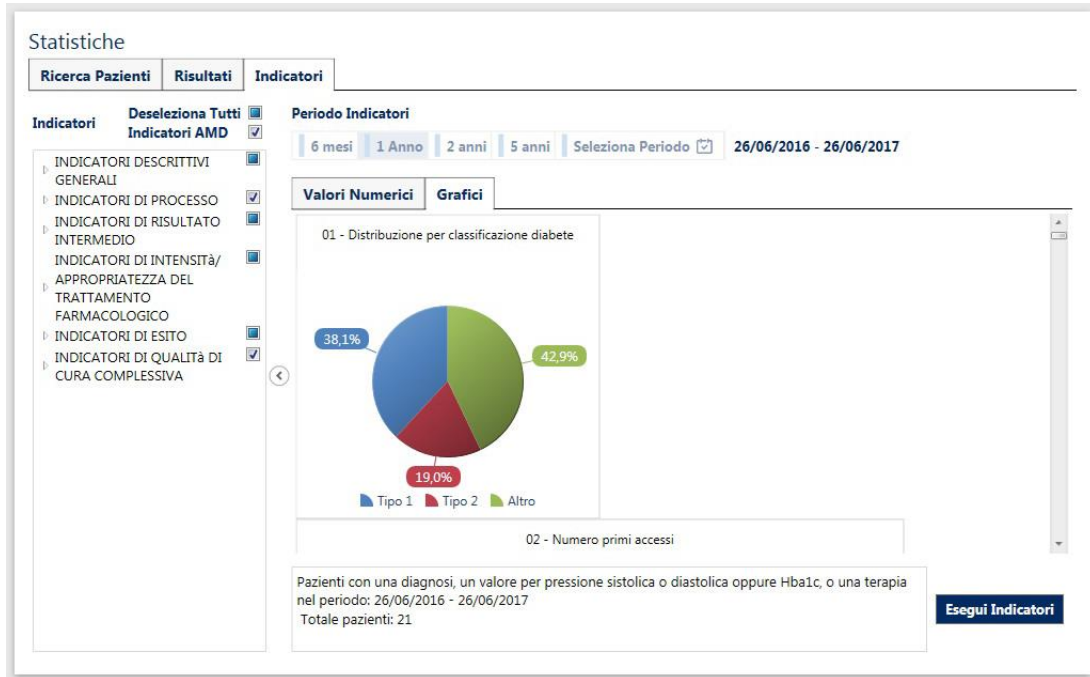
Dopo aver individuato la lista dei soggetti che risponde alla ricerca scelta (query) e' possibile elaborare su questa popolazione una serie di indicatori descrittivi, di processo, di risultato intermedio, di intensità ed appropriatezza della terapia, di esito e di qualità complessiva della cura.

Il medico potrà selezionare tutti, uno o piu' indicatori tra quelli elencati per farli calcolare al sistema.

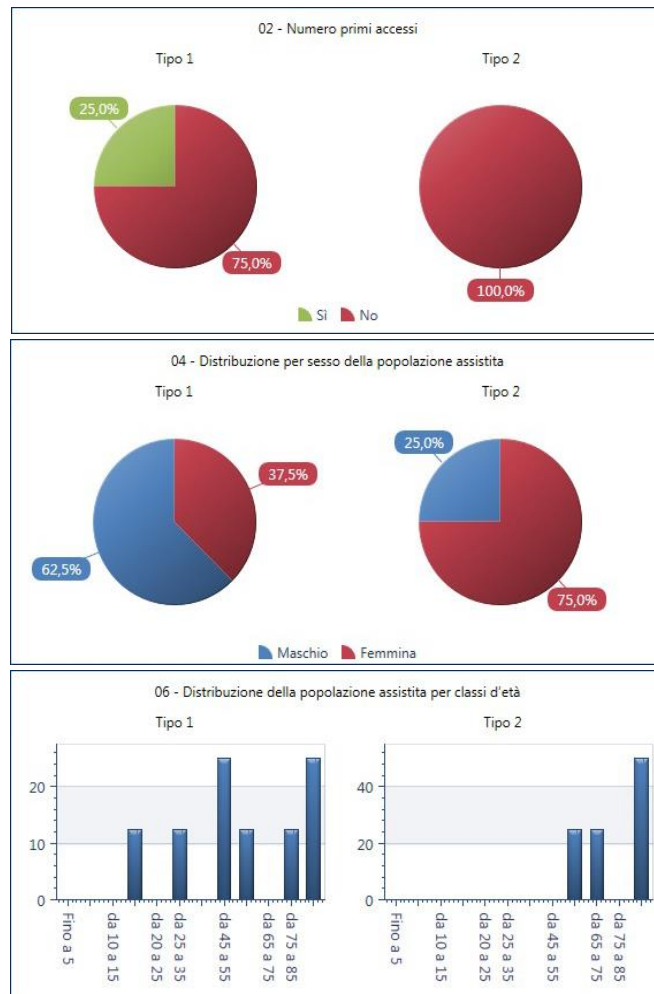
Segue un immagine della lista delle categorie degli indicatori presenti e un immagine con alcune categorie espansive in cui è possibile vedere in dettaglio gli indicatori presenti in diabetologia:





L'elaborazione degli indicatori può essere tabellare o grafica, segue un immagine di esempio di MètaClinic® in cui viene visualizzato un grafico degli indicatori:

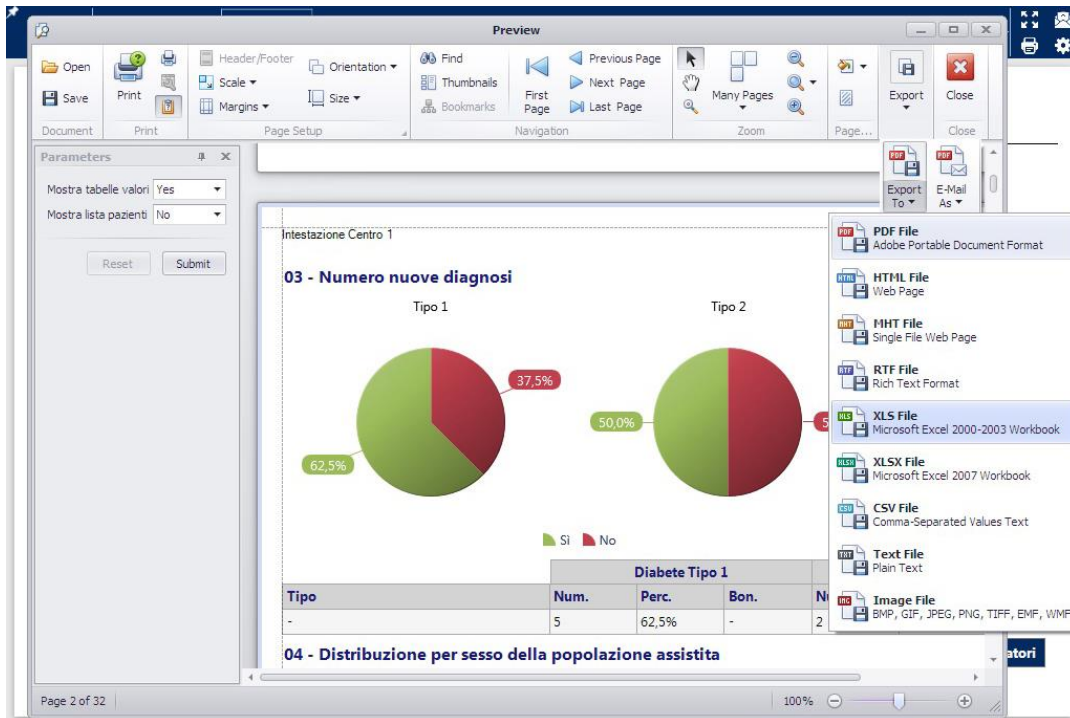


Altri esempi di grafici disponibili per la valutazione degli indicatori AMD:



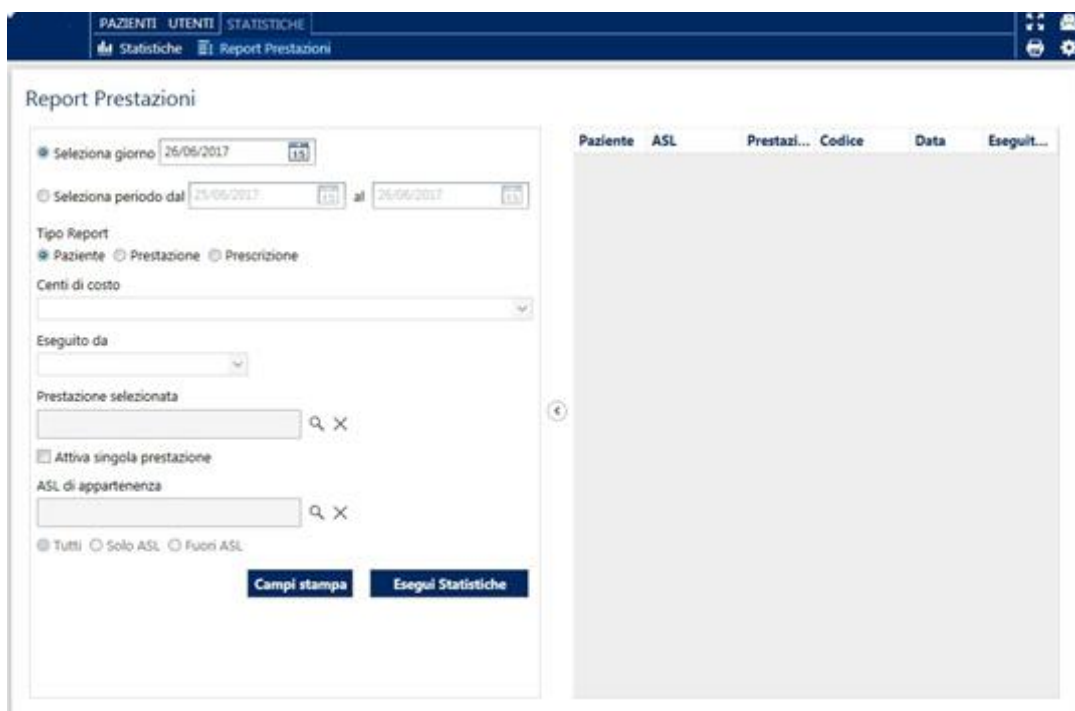
Il risultato di queste elaborazioni può essere stampato o esportato in diversi tipi di file cliccando il *tasto Stampa pagina corrente*  e, dal menù che verrà visualizzato, selezionando l'opzione *Stampa pagina corrente*, verrà visualizzata l'anteprima di stampa dal quale sarà possibile cliccare il

 *tasto Export* e selezionare il formato desiderato, come visibile nell'immagine seguente:



### Report prestazioni

In questo modulo è possibile effettuare il riepilogo delle prestazioni ambulatoriali relative all'attività del reparto, riguardante un giorno o un periodo specifico.



E' possibile effettuare tre tipi di report:

- Paziente: viene presentata la lista dei pazienti con il dettaglio delle prestazioni che gli sono state prescritte
- Prestazione: viene effettuato un conteggio distinto per ogni prestazione
- Prescrizione: viene effettuato il conteggio delle prescrizioni effettuate da ogni singolo utente

### Effettuare un report

Per effettuare un report per prima cosa bisognerà selezionare il periodo di interesse, MètaClinic® proporrà, come impostazione predefinita, la giornata odierna, nel caso in cui si vorrà cambiare giorno o impostare un periodo bisognerà cliccare le icone relative ai calendari o scrivere manualmente la data nel formato gg/mm/aaaa.

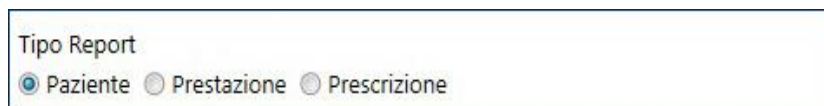
Segue un immagine in cui è visibile l'opzione Seleziona giorno, in cui è possibile specificare un singolo giorno o in alternativa Seleziona periodo dal al in cui è possibile specificare un periodo:



Seleziona giorno 26/06/2017 15

Seleziona periodo dal 25/06/2017 15 al 26/06/2017 15

Dopo aver specificato il periodo di interesse, bisognerà selezionare il tipo di report che produrrà il risultato per Paziente, Prestazione o Prescrizione.



Tipo Report

Paziente  Prestazione  Prescrizione

Successivamente si potrà selezionare un centro di costo specifico o considerarli tutti non effettuando selezioni.

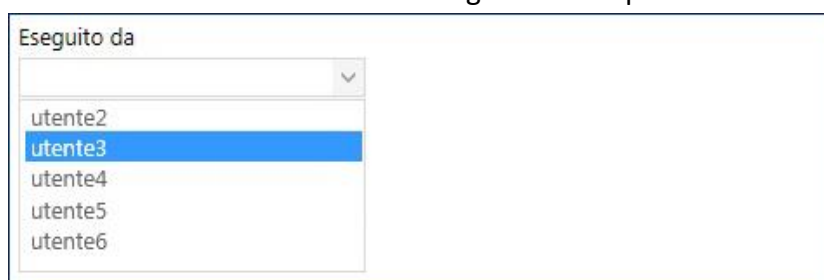


Centri di costo

Esterno

Interno

E' inoltre possibile effettuare un report specificando di considerare solo le prestazioni prescritte da un singolo utente, selezionandolo dal menù a discesa Eseguito da o, anche in questo caso, non effettuando una selezione verranno considerati tutti gli utenti disponibili.



Eseguito da

utente2

utente3

utente4

utente5

utente6

Nel campo Prestazione selezionata sarà possibile specificare di effettuare il report per una specifica prestazione o per tutte le prestazioni non effettuando selezioni.

Segue un immagine di esempio in cui non sono state selezionate delle prestazioni e verranno quindi considerate tutte quelle prescritte:



Prestazione selezionata

 Attiva singola prestazione

Nell'immagine seguente invece il report sarà fatto solo prendendo in considerazione la prestazione Visita Biabetologica:



Prestazione selezionata

 Attiva singola prestazione

Ultimo parametro che è possibile impostare è l'ASL di appartenenza



ASL di appartenenza

 Tutti  Solo ASL  Fuori ASL

se si imposterà una asl sarà poi possibile specificare se voler avere l'elenco di tutti i pazienti dell'Asl selezionata (Solo ASL) o fuori dall'Asl selezionata (Fuori ASL).

Segue un esempio di un report di prestazioni per un utente specifico nell'arco di un tempo specificato. **Esegui Statistiche**

Dopo aver impostato i parametri desiderati, cliccando il tasto Esegui Statistiche , nella colonna di destra saranno visibili le prestazioni e il numero di prescrizioni effettuate dall'utente selezionato, come visibile dall'immagine seguente:

Report Prestazioni

Seleziona giorno

Seleziona periodo dal  al

Tipo Report

Paziente  Prestazione  Prescrizione

Centi di costo

Eseguito da

utente

Prestazione selezionata

Attiva singola prestazione

ASL di appartenenza

Tutti  Solo ASL  Fuori ASL

Prestazione	Quantità
ARTERIOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE [88.48 ]	1
Coronarografia [88.48 ]	12
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA [88.72.3 ]	3
ECOGRAFIA CARDIACA [88.72.1 ]	1
FOTOGRAFIA DEL FUNDUS [95.11 ]	11
Visita Diabetologica di Controllo [89.01 ]	21

## 13. Schede

Il modulo *Schede* consente di visualizzare e gestire tutte le informazioni cliniche del paziente selezionato. Queste informazioni sono raggruppate per organo e contengono sempre le classificazioni ICD9 delle diagnosi, gli esami strumentali che hanno portato alle diagnosi e le note a testo libero che sono state registrate dal medico o dall'operatore sanitario per quell'organo. Questa strutturazione non si presenta nella scheda della Anamnesi.

Dal menù di MètaClinic® cliccare il modulo *Schede* da cui è inoltre possibile accedere ai sotto moduli *Tariffario nazionale*, *Classificazioni*, *Contratto Terapeutico* ed *Allegati*.



Per l'analisi del *Modulo schede* si rinvia alla sezione specifica a pag 49 del presente paragrafo dopo la descrizione del *Tariffario nazionale*; *Classificazioni* e *Contratto Terapeutico* che introducono dei concetti che poi saranno gestiti nel modulo *schede* e che quindi è utile che vengano spiegati precedentemente.

### 13.1 Tariffario nazionale

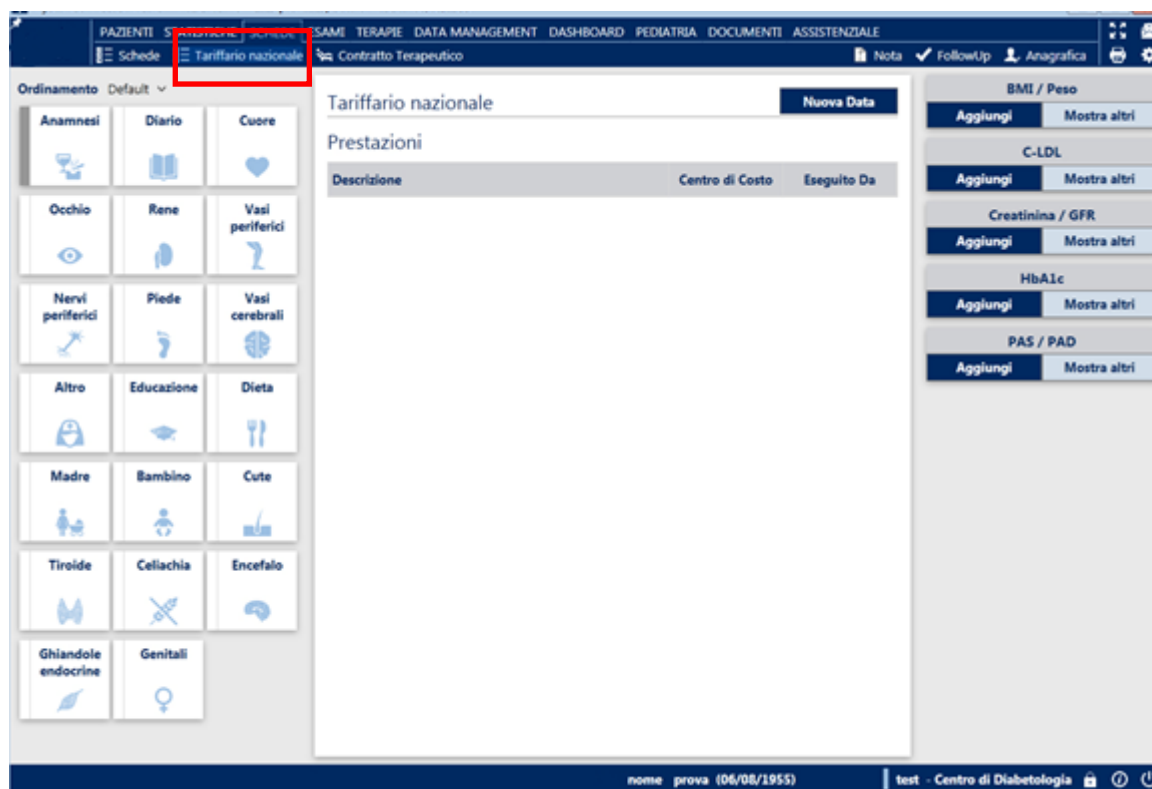
In questa sezione MètaClinic® presenta la lista delle prestazioni specialistiche erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale. Le prestazioni ricorrenti possono essere anche raggruppate tra i Preferiti, per facilitarne la individuazione.

Tramite il *Tariffario Nazionale* è possibile registrare le prestazioni erogate ai pazienti secondo una classificazione ufficiale che permette il confronto dei dati tra Centri diversi e di realizzare un

database delle attività diagnostiche e terapeutiche con i relativi centri di costo, da cui estrapolare informazioni utili per la gestione ed il monitoraggio del lavoro del reparto. I dati qui raccolti hanno fondamentalmente un uso amministrativo tendente a registrare le prestazioni eseguite dal reparto.

E' possibile generare dei report sulle prestazioni prescritte, come descritto a pagina 43.

Il modulo del *Tariffario Nazionale* è accessibile dalle *Schede*.



Dal *Tariffario nazionale* cliccando il tasto *Nuova Data* **Nuova Data**, si accede a due schede, *Preferiti* e *Tariffario nazionale DM 22/07/96*.

Tariffario nazionale - □ X

**Preferiti** | **Tariffario nazionale D.M. 22/07/96** 01/03/2017 ☑

Descrizione	Centro di Costo	Eseguito Da	
Visita Diabetologica di Controllo	interno ▾	Utente ▾	🗑
COLESTEROLO HDL	interno ▾	Utente ▾	🗑
COLESTEROLO TOTALE	interno ▾	Utente ▾	🗑
CREATININA CLEARANCE	interno ▾	Utente ▾	🗑

Annulla
Salva

Il *Filtro di ricerca* agevola l'individuazione della prestazione.

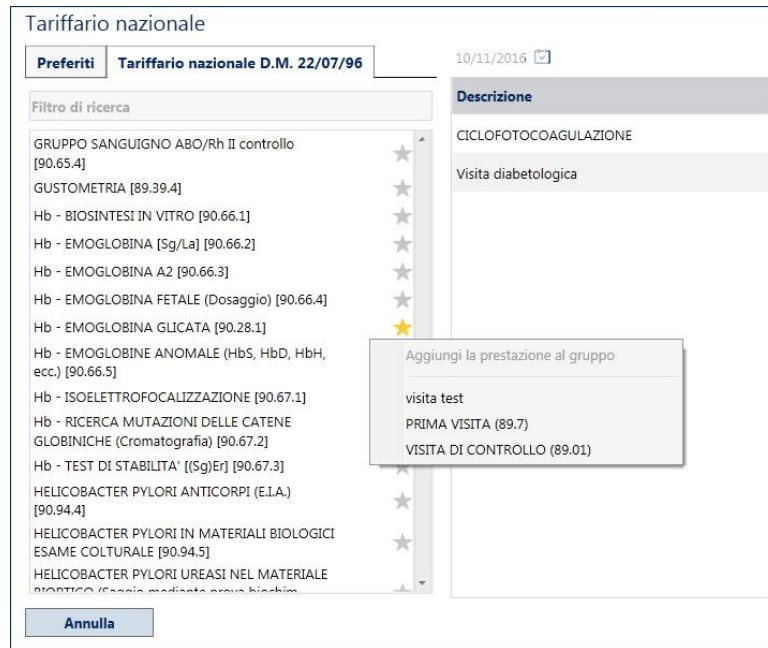
Tariffario nazionale




**Preferiti** | **Tariffario nazionale D.M. 22/07/96**



- (LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI [88.77.3]
- 11 DEOSSICORTISOLO [90.01.1]
- 17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P) [90.01.2]
- 17 CHETOSTEROIDI [dU] [90.01.3]
- 17 IDROSSICORTICOIDI [dU] [90.01.4]
- ABLAZIONE TARTARO [96.54.1]
- ACIDI BILIARI [90.01.5]
- ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU] [90.02.1]
- ACIDO CITRICO [90.02.2]
- ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA) [90.02.3]
- ACIDO IPPURICO [90.02.4]
- ACIDO LATTICO [90.02.5]
- ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI) [90.03.1]
- ACIDO PIRUVICO [90.03.2]
- ACIDO SIALICO [90.03.3]
- ACIDO VALPROICO [90.03.4]


Annulla


Spostando il mouse sopra le prestazioni, se il proprio utente fa parte del gruppo amministratori, verrà evidenziata una riga con le seguenti icone :



- **Seleziona la prestazione:**  cliccando l'icona verrà associata la prestazione al paziente
- **Aggiungi la prestazione ad un gruppo:**  cliccando l'icona verrà visualizzata una lista di gruppi presenti nell'elenco dei *Preferiti*, selezionandone uno si assocerà la prestazione relativa, al gruppo. Questa opzione è comoda per creare gruppi di prestazioni nell'elenco dei *Preferiti* che permetteranno di aggiungere una lista di prestazioni ad un paziente in un solo click del mouse.
- **Aggiungi a preferiti:**  cliccando l'icona verrà aggiunta la prestazione corrispondente alla lista dei *Preferiti*, cliccandola nuovamente verrà rimossa.


La stella presente nell'icona sarà di colore giallo  se la prestazione è presente nella lista dei preferiti, sarà invece di colore grigio  se non lo è.

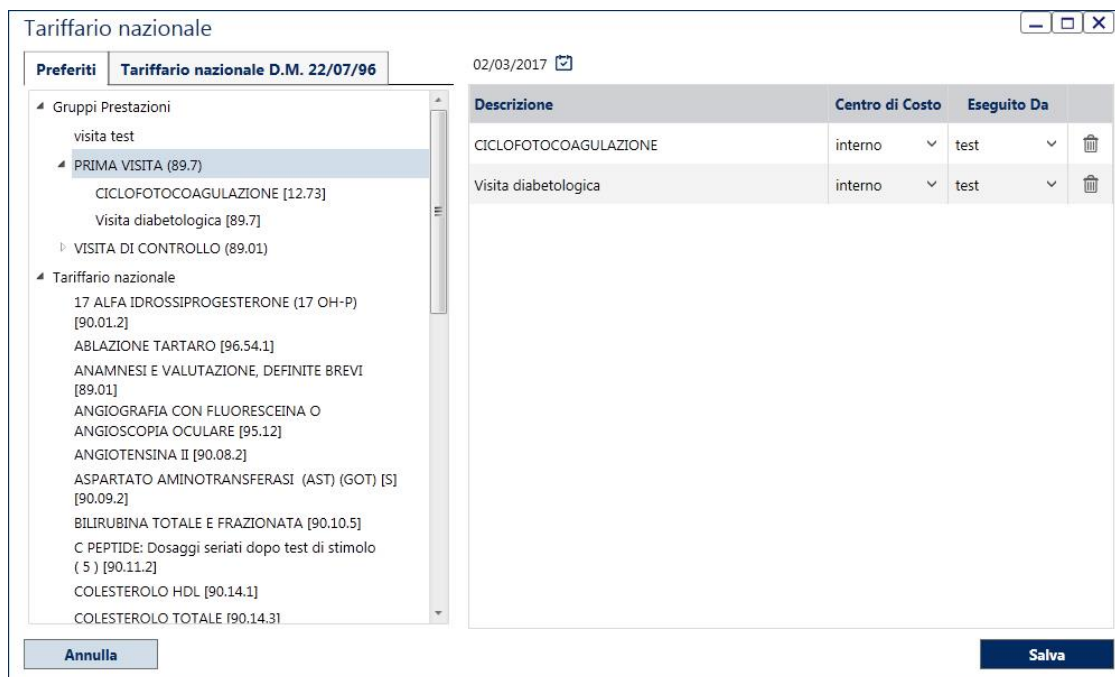
L'utente non amministratore non avrà la possibilità di aggiungere le prestazioni a gruppi o ai preferiti ma avrà visualizzata solo l'icona  per associare le prestazione ad un paziente.

L'associazione della prestazione al paziente può essere eseguita sia dalla scheda *Preferiti* che dalla scheda *Tariffario nazionale DM 22/07/96* cliccando la riga corrispondente ad una prestazione o la relativa icona .

Dalla scheda *Preferiti* è inoltre possibile associare al paziente più di una prestazione contemporaneamente se precedentemente sono stati configurati dei *gruppi di prestazioni*.

I *gruppi di prestazioni* contengono una o più prestazioni, quindi associando un gruppo ad un paziente verranno associate tutte le prestazioni, contenute nel gruppo, al paziente.

Le prestazioni associate saranno visibili nella colonna destra della finestra, in cui sarà inoltre possibile impostare la data di registrazione selezionandola dall'icona .

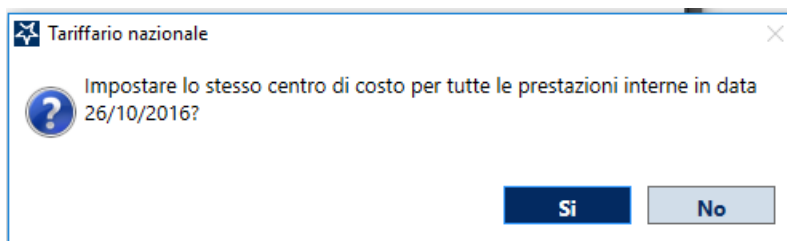


### Attribuzione *Centro di Costo*

In corrispondenza della prestazione selezionata l'utente può definire il *Centro di Costo* ed il campo *Eseguito Da*.

Nella colonna *Centro di Costo* appare un menù a tendina nel quale è possibile selezionare il centro di costo delle prestazioni attribuite al paziente.

Selezionato il centro di costo di una prestazione verrà chiesto se lo si vuole associare a tutte le prestazioni della data corrente, verrà quindi visualizzata una finestra di dialogo come da immagine seguente:



Selezionando il tasto *Si* il centro di costo selezionato verrà impostato a tutte le prestazioni associate al paziente per la data selezionata.

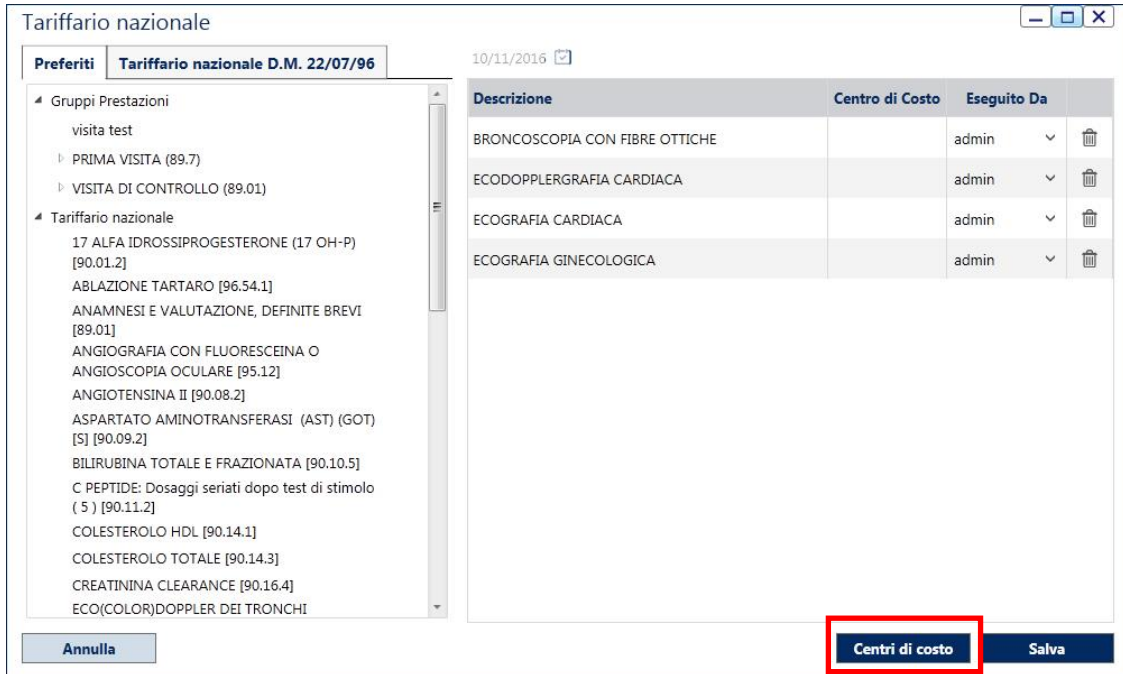
Cliccando il tasto *No* il centro di costo verrà associato solo alla prestazione corrispondente.

Nella colonna *Eseguito Da* è presente un menù a tendina nel quale è possibile selezionare l'utente che ha eseguito la prestazione.

Cliccando l'icona del cestino  verrà cancellata la relativa prestazione associata al paziente.

- *Centri di costo*

Se il proprio utente fa parte del gruppo degli amministratori è possibile creare, cancellare e rinominare i centri di costo accedendo alla finestra *Gestione Centri di Costo* cliccando il tasto *Centri di costo* dal tariffario nazionale.






Dalla finestra di *Gestione Centri di Costo* cliccando il tasto **+** viene creato un nuovo centro di costo in cui si dovrà specificare una *Descrizione* ed un *Codice*, confermando il nuovo inserimento cliccando il tasto *Applica le modifiche* ✓.

Cliccando il tasto *Annulla le modifiche* ✗ verrà annullato il nuovo inserimento.



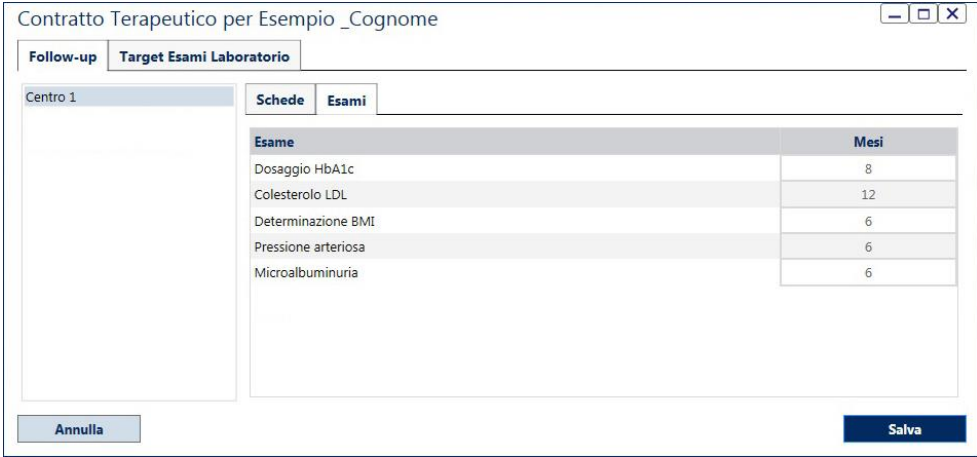
Per registrare i dati inseriti cliccare il tasto *Salva* **Salva**.

I centri di costo già registrati possono essere modificati cliccando l'icona *Modifica il centro di costo*  e cancellati cliccando l'icona *Rimuovi il centro di costo* 


Cliccando il tasto *Contratto Terapeutico*  si accede ad una pagina strutturata in due schede: *Follow-up* e *Target Esami Laboratorio*.


Nella scheda *Follow-up* nella colonna di sinistra si trova la lista dei PDTA preparati dall'amministratore del sistema contenenti le schede (con eventuali prestazioni correlate) e gli esami di laboratorio da monitorare (vedi pagina 116). Una volta fatta questa selezione sulla parte destra della videata vengono presentate le schede cliniche inserite nel PDTA e la lista delle prestazioni degli esami di laboratorio che si vogliono monitorare.

I tempi di follow up proposti dal PDTA scelto sia su *Schede* che *Esami* possono essere personalizzati per il singolo paziente modificando in ciascun campo delle colonne *Normale* e *Patologico* il numero corrispondente alla frequenza valutata dal medico.





Esame	Mesi
Dosaggio HbA1c	8
Colesterolo LDL	12
Determinazione BMI	6
Pressione arteriosa	6
Microalbuminuria	6

Cliccando il tasto *Salva*  i dati inseriti verranno memorizzati nel database e saranno visibili nella cliccando l'opzione *Impostato per paziente*, presente nella colonna sinistra, come visibile dall'immagine seguente:




Esame	Mesi
Dosaggio HbA1c	8
Colesterolo LDL	12
Determinazione BMI	6
Pressione arteriosa	6
Microalbuminuria	6

L'utente amministratore ha inoltre la possibilità di aggiungere altri esami, oltre quelli già presenti, accedendo al menù *Visualizza le impostazioni dell'applicazione*  e cliccando il tasto  visibile nella colonna *Esame* del tab *Esami* dell'opzione *Contratto terapeutico*



verrà visualizzata una finestra da cui poter cercare, scegliere e aggiungere gli esami desiderati come visibile dall'immagine seguente in cui è stato cercato e selezionato l'esame dei **TRIGLICERIDI**:





Cliccando il tasto *Salva*  verrà memorizzato il nuovo esame nella lista degli esami come visibile dall'immagine seguente:



All'estrema destra della riga del nuovo esame aggiunto è visibile l'icona di un cestino che se premuta permetterà di rimuovere l'esame inserito. Non è possibile cancellare gli esami presenti nella lista predefiniti.

Nella scheda *Target Esami Laboratorio* l'utente medico potrà modificare, per lo specifico paziente selezionato, il *Range Max* degli esami di laboratorio relativi alle prestazioni dei test di laboratorio visibili nel contratto terapeutico

I target per gli esami di laboratorio possono cambiare nel tempo in funzione della storia clinica del paziente, sarà indicata la data a cui i nuovi valori massimi accettabili vengono ridotti. Per ottenere questo si deve inserire la data di definizione del target cliccando l'icona calendario  posta in alto a destra della scheda.

L'utente medico può cancellare una data precedentemente inserita cliccando l'icona cestino  visualizzata alla destra della data che si intende rimuovere.

Il sistema aprirà una finestra di dialogo in cui verrà chiesta conferma dell'eliminazione, cliccando il tasto *Sì*, la scheda relativa alla data selezionata sarà definitivamente rimossa;

I parametri definiti nelle schede del contratto terapeutico costituiscono i valori di riferimento per la segnalazione di follow-up scaduti e non eseguiti e per il codice-colore di classificazione dei risultati degli esami relativi al rischio cardiovascolare visualizzati nelle tile dei reminder del modulo

**SCHEDE**

Il modulo *Schede* e' uno dei moduli più importanti del programma; è diviso in tre aree, a sinistra è posizionata la lista degli organi, al centro le date memorizzate per ogni visita con i relativi dati inseriti e a destra la colonna dei reminder sul rischio cardiovascolare.

The screenshot displays the 'Schede' (Diary) section of the MètaClinic software. The interface is divided into three main areas:

- Left Sidebar (organi):** A vertical list of body organs for selection, including Anamnesi, Cuore, Occhio, Rene, Vasi periferici, Nervi periferici, Piede, and Vasi cerebrali. A large red watermark 'organi' is overlaid on this section.
- Central Area (Visite Diario):** Displays a table of visit dates (12/05/2008, 21/08/2007, 26/03/2007) and a detailed clinical note. The note describes the patient's metabolic status, mentioning 'COMPENSO GLICEMICO adeguato' and 'SITUAZIONE METABOLICA h stabilizzata'. A red watermark 'dati visite' is overlaid on this section.
- Right Sidebar (reminder):** A list of reminders for various parameters: BMI / Peso, C-LDL, Creatinina / GFR, and PAO. Each reminder shows a date and numerical values, with buttons for 'Aggiungi' and 'Mostra altri'.

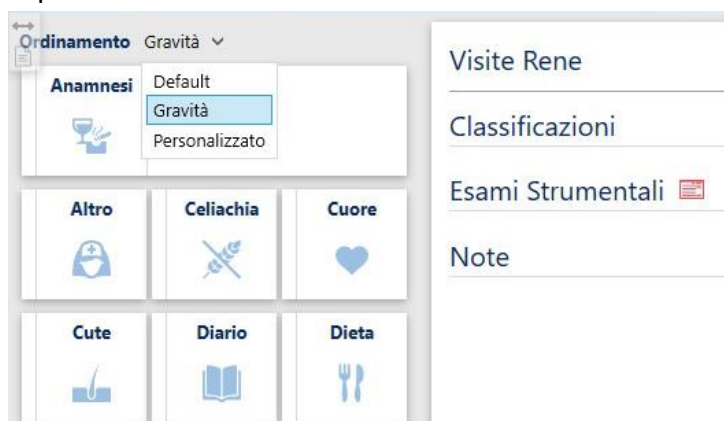
Nella sezione sinistra vengono riportate le schede degli organi da cui si selezionano quelle utili per la specifica malattia cronica, ad esempio le schede dell'Endocrinologia:



e quelle della Cardiologia:



L'ordinamento delle schede può essere gestito attraverso la scelta dell'opzione preferita dall'elenco a discesa disponibile in alto a sinistra della videata.



La visualizzazione corrente di MètaClinic® è l'ordinamento *Default*.

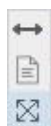
Gli altri ordinamenti disponibili sono:

- *Gravità* ordina le tiles delle schede (complicanze) in base all'ultimo codice colore attribuito dal medico in fase di input dei dati: *Non valorizzato (Grigio)*, *Allerta (Rosso)*, *Patologico (Arancio)* e *Normale (Verde)*.

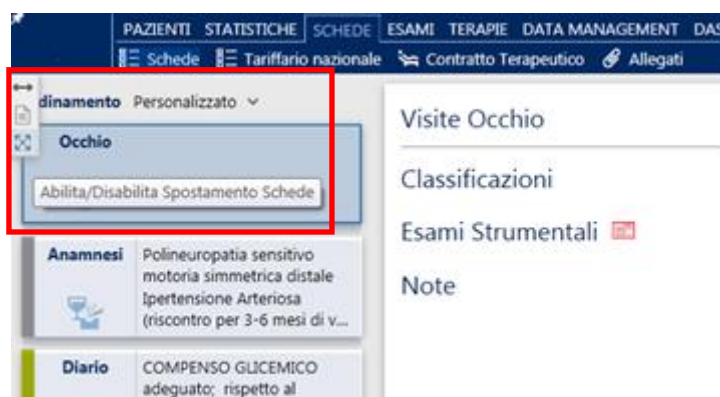
Nell'ordinamento per gravità, le tiles corrispondenti a schede per le quali non è stata registrata alcuna visita saranno visualizzate come in dimensione ridotta. Nell'immagine seguente sono visibili tiles in dimensioni estese e ridotte.





- *Personalizzato* abilita lo spostamento manuale delle tiles per creare un ordine personalizzato. Quando il mouse è nell'area delle schede delle complicanze viene visualizzato un menù in alto

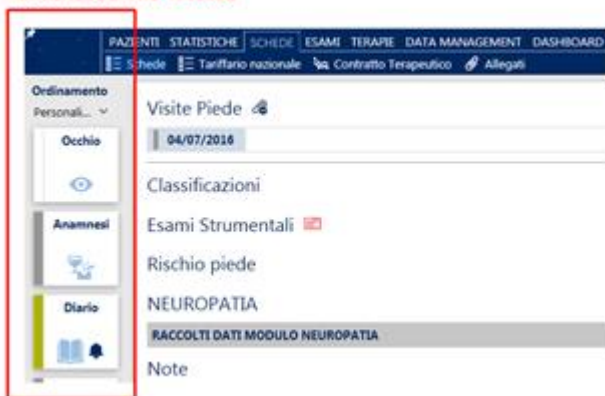


a sinistra con le seguenti opzioni: *Riduci/Allarga*, *Cambia Visualizzazione* e *Abilita/Disabilita Spostamento Schede*.

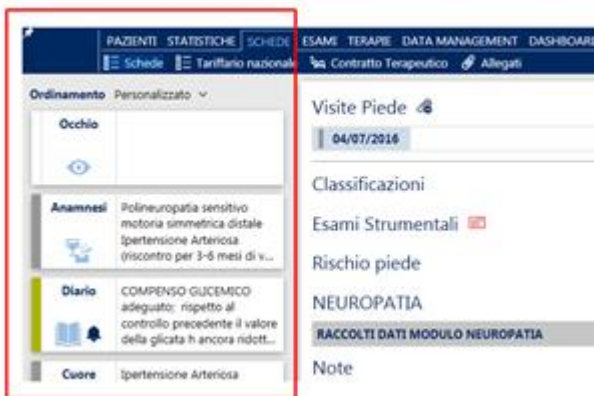


- *Abilita/Disabilita Spostamento Schede* : si entra in modalità di *spostamento* premendo questo tasto. In questa fase si possono ordinare le schede a piacimento con drag and drop sulle schede stesse. Si esce dalla fase di spostamento premendo nuovamente il tasto *Abilita/Disabilita Spostamento Schede* .
- *Riduci/Allarga* ridimensiona la colonna della lista delle complicanze come nelle immagini seguenti:

visualizzazione ridotta




visualizzazione estesa




- *Cambia visualizzazione* ridimensiona le tiles delle complicanze come nelle immagini seguenti:



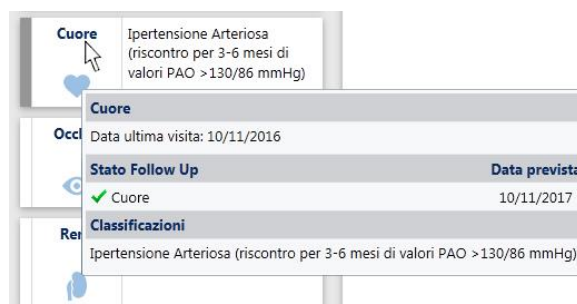
Ogni tile ha il medesimo layout:

- *riga verticale colorata*: indica lo stato di gravità della complicanza e viene assegnato dal medico.  
I possibili stati di gravità sono: *Non Valorizzato* (colore grigio); *Allerta* (colore rosso); *Patologico* (colore arancione); *Normale* (colore verde).
- *icona*: identificativa della scheda complicanza e relativo nome.
- *follow-up scaduto*: indicato con l'icona .
- *diagnosi*: visibile solo nella versione estesa delle tiles.

I colori arancione e verde vengono proposti automaticamente in supporto alla classificazione introdotta.

La dimensione della colonna laterale, delle tiles e l'ordinamento delle schede può anche essere definito cliccando il tasto *Visualizza le impostazioni dell'applicazione* , quindi *Complicanze e Generale*, sarà visibile l'opzione *Metodo di ordinamento delle Schede*: che consente di riorganizzare l'ordinamento delle schede.

Posizionando il mouse in prossimità del nome della complicanza verrà visualizzata una finestra di riepilogo dell'ultima visita, lo stato e la data prevista del follow up e classificazioni.



Nell'area centrale è visualizzato l'ultimo dettaglio archiviato di ciascuna complicanza per un massimo di tre righe. Passando con il mouse sopra alla tile si apre una grande tip contenente tutte

le ultime informazioni per esteso riguardanti data della scadenza del follow up e la classificazione completa.

E' inoltre possibile registrare nuove date di visite, classificazioni, esami strumentali e note.

**Visite Occhio** Nuova Data

09/12/2016 | 07/12/2016 | 05/12/2016 | 03/12/2016 | 01/12/2016 | 08/05/2000 | 09/11/1999

**Classificazioni**

Storico Diagnosi	Dal	Al	Ricovero
Non Retinopatia Diabetica	05/12/2016	Non attiva	No
Retinopatia Iperensiva	05/12/2016	Non attiva	No
Retinopatia Diabetica non Proliferante	09/11/1999	<input checked="" type="checkbox"/>	No

**Esami Strumentali**

Data	Descrizione	Referto	Risultato
09/12/2016	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA		

**Note**

Ipoglicemia (del 28/11/2016 )

Capacità di riconoscere i sintomi dell'ipoglicemia:

Nell'area di destra sono visualizzati i reminder relativi al rischio cardiovascolare con evidenza dei risultati dei test di laboratorio e delle informazioni relative lo stile di vita.

**Visite Diario** Nuova Data

12/05/2008 | 21/08/2007 | 26/03/2007

**Classificazioni**

**Esami Strumentali**

**Note**

COMPENSO GLICEMICO adeguato; rispetto al controllo precedente il valore della glicata h ancora migliorato. Peso in riduzione (-3kg); PA con sistolica ancora oltre i limiti per cui consigliata terapia con valsartan 160mg 1/2 cp al mattino e controllo di creat e k dopo 20gg. Lipidi non in norma (obiettivo LDL <100 e TRIGL <150) per cui consigliata terapia con simvastatina 40mg 1/2 cp la sera e controllo di transaminasi e CPK dopo 6 e 12 settimane e successivamente ogni 6 mesi. Il pz riferisce pregressi episodi di emorragie non ben specificate in relazione ad assunzione di farmaci non specificati; si allerta il Curante per valutazione di precedenti episodi a cui fa riferimento il pz e se pur essere assunta la terapia prescritta. Al momento si conferma la sola terapia alimentare. La SITUAZIONE METABOLICA h stabilizzata per cui si invia il pz alla GESTIONE INTEGRATA con il MMG come da allegato.

Ultima modifica: Admin Admin (04/10/2009 22:52)

**organi**

**dati visite**

**BMI / Peso**

05/09/2016	28,7 / 78,0
12/05/2008	26,4 / 72,0

**C-LDL**

22/04/2008	/ 148,0
05/07/2007	/ 124,0

**GFR**

22/04/2008	0,80 / -
05/07/2007	0,90 / -

**PA**

19/10/2016	41 / 5,9
18/10/2016	45 / 6,3

**PAO**

12/05/2008	170 / 90,0
21/08/2007	140 / 80,0

Segue un esempio della visualizzazione di un esame:

BMI / Peso	
17/03/2017	25,5 / 78,0
13/01/2016	32,0 / 98,0
<input type="button" value="Aggiungi"/> <input type="button" value="Mostra altri"/>	

La colonna dei reminder elenca i rischi cardiovascolari in questo ordine:

- il nome dell'esame e del valore.

- i valori relativi alle due visite più recenti. Cliccando il tasto *Mostra altri*  verranno visualizzati altri valori memorizzati per lo specifico esame.

- nell'angolo in alto a sinistra è presente un'icona che indica l'andamento del parametro considerato rispetto al periodo precedente, gli stati sono i seguenti:

 l'ultimo valore è aumentato rispetto al precedente;


 l'ultimo valore è diminuito rispetto al precedente;


 l'ultimo valore risulta stabile rispetto al precedente;

- vicino alla freccia di tendenza è visualizzato un pallino colorato che indica:

 *Rosso*: Valori fuori target ma nessuna terapia specifica;

 *Arancione*: Valori fuori target e terapia specifica presente;

 *Verde*: Terapia specifica presente e valori in target;

- nell'angolo in alto a destra di ciascuna voce del reminder potrebbe essere visualizzata l'icona . L'icona indica la presenza di un follow-up scaduto.

L'utente medico cliccando il tasto *Aggiungi*  può memorizzare direttamente un nuovo valore e la relativa data di esecuzione senza andare nella videata degli esami di laboratorio. I dati inseriti nelle voci dei reminder del rischio cardiovascolare saranno in automatico visualizzati anche nel modulo degli *Esami*.

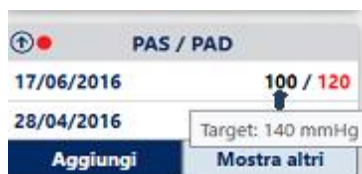
I valori relativi ai risultati degli esami sono visualizzati secondo il seguente criterio di codice-colore:


- *colore rosso*: il valore risulta superiore al *range max* definito nel target del contratto terapeutico

- *colore nero*: il valore registrato risulta inferiore o uguale al *range max* definito nel target del contratto terapeutico

In mancanza di un contratto terapeutico il Range max è quello di normalità dell'esame stesso

Posizionando il mouse in corrispondenza dei valori verrà visualizzato il valore del *Target* per il relativo esame.



E' possibile far scomparire la colonna dei reminder cliccando il tasto *Riduci/Allarga*  che appare quando il mouse è nell'area dei reminder,

Cliccando la scheda di una complicanza verranno visualizzati i relativi dettagli come visibile nell'immagine seguente:

Storico Diagnosi	Dal	Al	Ricovero
Non Cardiopatia	08/11/1999	Non attiva	No

Esami Strumentali

Note

Ipoglicemia (del 01/02/2017 )

Capacità di riconoscere i sintomi dell'ipoglicemia: **PARZIALMENTE CONSERVATA**


Ultima modifica: CognomeUtente2 NomeUtente2 (09/03/2017 10:13)


I dettagli visibili delle complicanze sono la *Data* di registrazione, le *Classificazioni*, gli *Esami Strumentali*, le *Note* ed altre informazioni specifiche della patologia relativa alla complicanza selezionata.

In basso a destra di ciascuna scheda è visualizzata la data e il dettaglio dell'ultimo utente che ha inserito o modificato un dato.

Per registrare una nuova visita procedere come di seguito descritto:

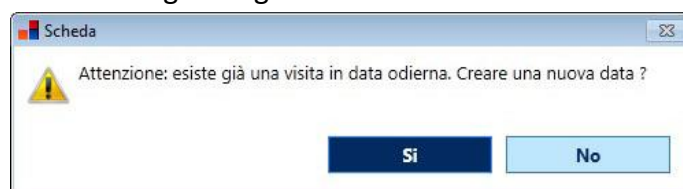
### 13.2 Registrare una nuova data

Cliccando il tasto *Nuova Data*  verrà automaticamente creata una visita con la data odierna come visibile nell'immagine seguente:

e nel caso in cui si vorrà cambiare la data appena creata bisognerà cliccare il tasto *Seleziona data*  posto affianco la data appena creata, verrà visualizzato un calendario da cui poter scegliere la data desiderata, come visibile dall'immagine seguente:

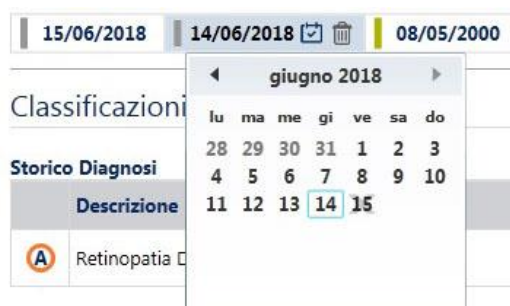


Nel caso in cui sia già memorizzata una visita con la data odierna, l'utente sarà informato con un messaggio, come visibile nell'immagine seguente:





clickando il tasto **Si** verrà generata una nuova visita con la prima data disponibile che differisce da quella odierna.

La data odierna non sarà selezionabile e verrà barrata con una X come visibile nella figura seguente:



La nuova data creata è visualizzata nella sezione alta della videata centrale, immediatamente sotto al nome della scheda. Alla sinistra della data sarà visibile una barra verticale con il codice colore indicante lo stato di gravità dei dati inseriti, sono possibili i seguenti stati:

- colore rosso **27/07/2017** indica uno stato di *Allerta*
- colore arancione **27/07/2017** indica uno stato *Patologico*
- colore verde **27/07/2017** indica uno stato *Normale*
- colore grigio **27/07/2017** indica uno stato *Non valorizzato*

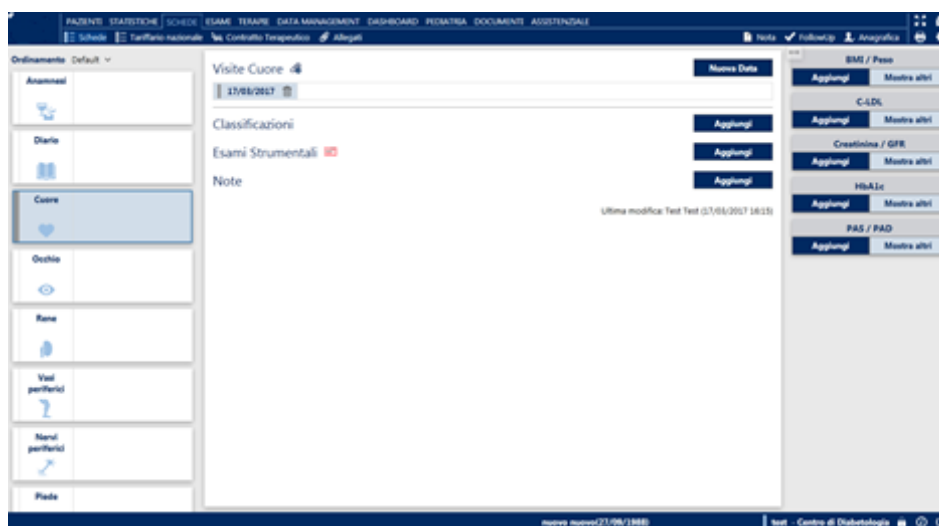
Per eliminare una visita cliccare l'icona  posizionata vicino la data **10/06/2016** , verrà chiesta conferma e verrà cancellata la data e tutte le informazioni inserite ad essa associate.

I dati possono essere cancellati solo nell'arco della giornata di inserimento, solo gli utenti amministratori possono cancellare date di registrazioni più vecchie.

In ogni caso i dati sono cancellati solo funzionalmente.

La barra verticale colorata visualizzata immediatamente prima della data indicata lo stato della complicanza.

Segue un immagine in cui è visibile una nuova data creata nel modulo delle schede.



Dopo aver creato una nuova data saranno visibili i tasti **Aggiungi** in corrispondenza delle *Classificazioni*, *Esami strumentali*, *Note* ed altri dati inseribili in base alla complicanza selezionata.

### 13.3 Classificazioni

Cliccando il tasto **Aggiungi** relativo alle *Classificazioni* verrà aperta una finestra in cui saranno visibili le classificazioni relative la scheda selezionata. La lista presentata delle diagnosi è quella relativa all'organo di cui si sta trattando e può essere composta da una selezione di specifici codici ICD9CM o da Classificazioni proprie di MètaClinic.

Sarà possibile anche definire la diagnosi e impostare lo *Stato* di gravità.

Selezione delle classificazioni [-] [ ] [X]

**Stato**

Non valorizzato   Allerta   Patologico    Normale

Descrizione	Cod ICD9CM
Non Retinopatia Diabetica	
↳ Retinopatia Diabetica non Proliferante	362.01
↳ Retinopatia Diabetica Preproliferante	410
↳ Retinopatia Diabetica Proliferante	362.02
↳ Oftalmopatia Diabetica Avanzata	361
Maculopatia Diabetica	362.55
Retinopatia Ipertensiva	362.11
Glaucoma	365.44
Cataratta	366.41
↳ Cecità	369

Diagnosi (classificazione)	Valore	Data insorgenza	Ricovero	Attivo	x
Cataratta		15/06/2018 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annulla
Cod ICD9CM
Salva

Per ogni stato corrisponde un diverso codice colore visualizzato con una barra verticale in corrispondenza della data della visita, come indicato nella pagina precedente.

Per registrare una diagnosi cliccare la descrizione corrispondente, verrà inserita una nuova riga nella colonna *Diagnosi (classificazione)* . Alla diagnosi si possono collegare informazioni di dettaglio quali *Data insorgenza della malattia appena registrata*, se la diagnosi ha prodotto un *Ricovero* e se la malattia è una malattia cronica o in corso “Attiva”

Diagnosi (classificazione)	Valore	Data insorgenza	Ricovero	Attivo	x
Retinopatia Diabetica non Proliferante		17/03/2017 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annulla
Cod ICD9CM
Salva

E' inoltre possibile inserire un *Valore* numerico per alcune classificazioni, come descritto nella pagina successiva.

E' possibile cancellare la classificazione appena registrata premendo l' icona del cestino. Se si ha la necessità di visualizzare tutte le classificazioni ICD9CM bisogna cliccare il tasto *Cod ICD9CM* Cod ICD9CM, verrà visualizzata una finestra da cui poter cercare e selezionare la classificazione interessata, come visibile dall'immagine seguente:

Selezione delle classificazioni

Stato

Non valorizzato  Allerta  Patologico  Normale

Ricerca su ICD

retin

Descrizione	Cod ICD9CM
Interventi sulla retina, sulla coroide, sul corpo vitreo e sulla camera posteriore [14]	14
Rimozione di corpo estraneo dal segmento posteriore dell'occhio [14.0]	14.0
Rimozione di corpo estraneo dal segmento posteriore dell'occhio, SAI [14.00]	14.00
Rimozione di corpo estraneo dal segmento posteriore dell'occhio con utilizzo di magnete [14.01]	14.01
Rimozione di corpo estraneo dal segmento posteriore dell'occhio senza utilizzo di magnete [14.02]	14.02
Procedure diagnostiche sulla retina, sulla coroide, sul corpo vitreo e sulla camera posteriore [14.1]	14.1
Trattamento di lesione retinica e coroideale [14.2]	14.2
Riparazione di lacerazione della retina [14.3]	14.3

Diagnosi (classificazione)	Valore	Data insorgenza	Ricovero	Attivo	x

Terminato l'inserimento cliccare il tasto **Salva** per memorizzare i dati o il tasto **Annulla** per annullare l'inserimento corrente.

La colonna **Valore**: Esistono alcune Classificazioni specifiche di MètaClinic® che se finiscono con il segno =, danno la possibilità di aggiungere il valore numerico quando selezionato.. Questa funzione permette di registrare il valore di un esame correlato alla diagnosi ad esempio nel caso si crei una classificazione " Neuropatia sensitiva periferica - Biotesiometria="

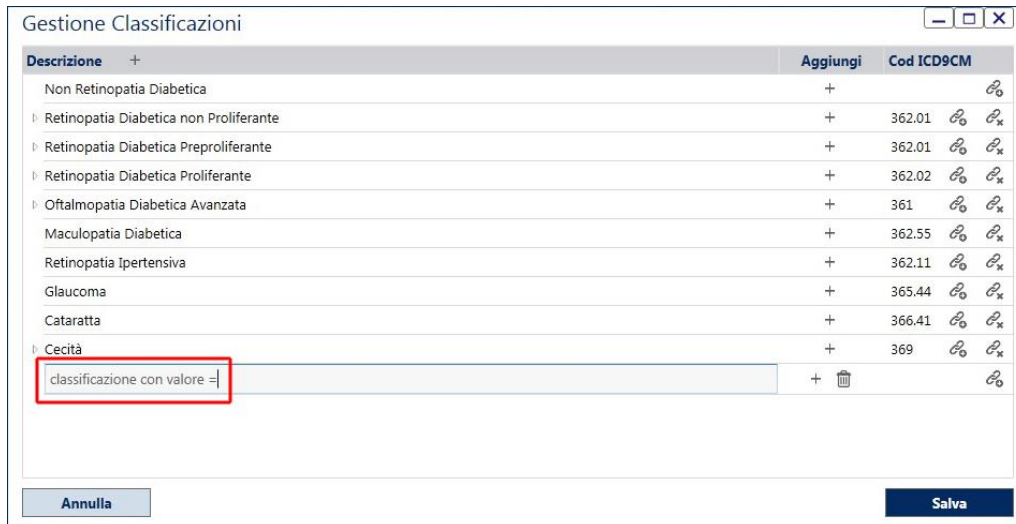
Classificazioni MètaClinic®:

L'utente amministratore avrà visibile il tasto **Classificazioni** come indicato nell'immagine seguente:

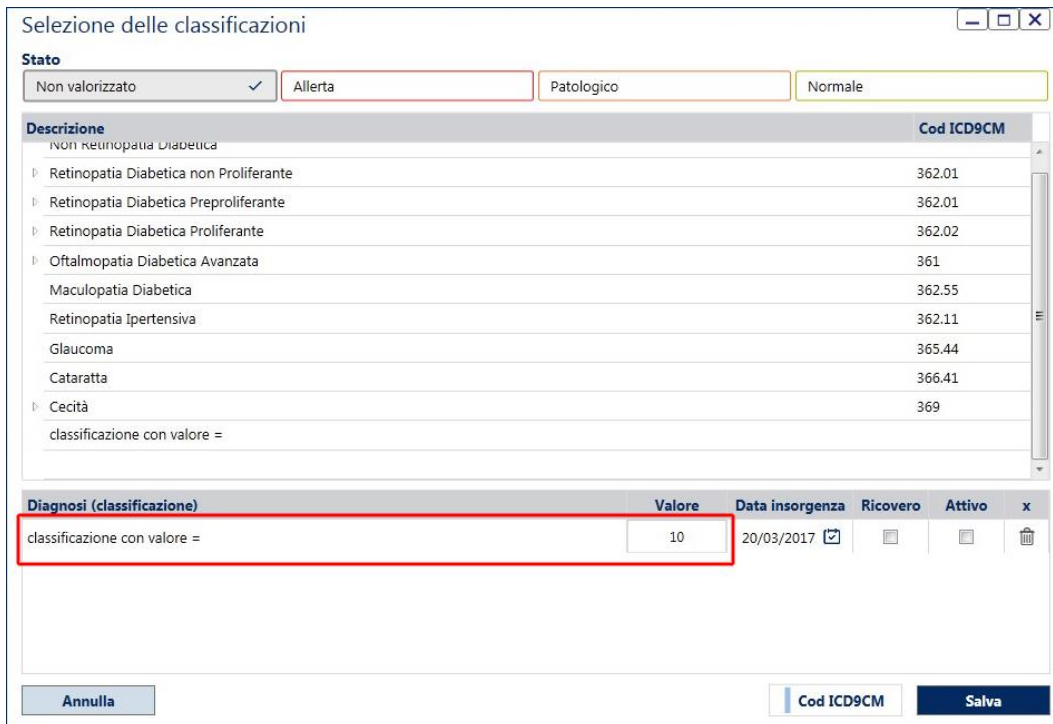


Cliccando il tasto **Classificazioni** si accede alla finestra di **Gestione Classificazioni** in cui è possibile crearne di nuove. Questa funzione serve a creare delle classificazioni ad albero in sostituzione o in integrazione a quelle ICD9CM.

In fase di creazione se dopo il nome della classificazione viene aggiunto il carattere di uguaglianza "=", come visibile nell'immagine seguente



in fase di creazione della diagnosi, MètaClinic® interpreterà il segno di uguaglianza ( = ) inserito nel nome della complicanza e abiliterà la colonna *Valore* per l'inserimento di valori numerici.



Nella finestra principale delle *Schede* risulterà visibile il valore inserito subito dopo il nome, come visibile nell'immagine seguente:



Inoltre nella finestra principale delle *Schede* è presente lo *Storico Diagnosi* per ogni complicanza. I risultati della visita corrente sono automaticamente registrati anche nella scheda dell'*Anamnesi* nei dettagli dell'*Anamnesi Remota*.

### 13.4 Esami strumentali

Gli *Esami Strumentali* rappresentano una sezione della scheda in cui l'utente medico registra l'esame strumentale eseguito, il risultato ed altre informazioni correlate.

The screenshot shows the 'Esami Strumentali' section of a medical record. It features a table with the following data:

Data	Descrizione	Referto	Risultato
06/07/2017	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA		Normale

Additional interface elements include a sidebar with navigation options (Cuore, Altro, Anamnesi, Celiachia, Cute), a top section for 'Visite Cuore' with a 'Nuova Data' button, and a right-hand panel with various clinical metrics like BMI, C-LDL, Creatinina GFR, HbA1c, and PAS PAD.

Per aggiungere informazioni su esami strumentali relative alla data appena creata cliccare il tasto **Aggiungi**, il sistema aprirà una finestra come da immagine seguente:

The dialog box 'Selezione degli esami strumentali' contains the following information:

**Stato:** Non valorizzato, Allerta, Patologico (checked), Normale



Codice	Codice Regionale	Descrizione
89.44		ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO
92.05.3		ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS)
88.48		Coronarografia
88.72.4		ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFOGEEA
88.72.3		ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA
88.72.2		ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA
88.72.1		ECOGRAFIA CARDIACA
89.52		ELETTROCARDIOGRAMMA


Codice	Codice Reg	Descrizione	Data Esame	Risultato	Prestazione	Centro di Costo	Eseguito Da/ Registrato Da	x
89.52		ELETTROCARDIOGRAMMA	20/03/2017	Normale	Interno	Esterno	utente	

**Referto:** Followup tra tre mesi

Buttons: Annulla, Tutti, Salva

E' possibile impostare uno *Stato* per l'esame selezionando *Non valorizzato*, *Allerta*, *Patologico* o *Normale*.

Per associare uno o più esami effettuati dal paziente bisogna cliccare il nome dell'esame strumentale, verrà creata una nuova riga, nella parte bassa della finestra *Selezione degli esami strumentali*, in cui sarà possibile specificare la *Data Esame*, il *Risultato*, il tipo di *Prestazione*, il *Centro di Costo*, da chi è stato eseguito (*Eseguito Da/Registrato Da*) e un eventuale nota al *Referto* cliccando l'icona . Nel caso in cui sia già presente un commento l'icona verrà visualizzata così: 

La lista degli esami strumentali visualizzati è specifica, in base alla scheda selezionata. Se si ha la necessità di ricercare tra tutti gli esami strumentali bisogna cliccare il tasto *Tutti* .

Verrà visualizzata la lista completa degli esami strumentali presenti nel database di MètaClinic® e sarà anche possibile effettuare un filtro di ricerca specificando una parte del nome come visibile nella figura seguente:


Selezione degli esami strumentali 

**Stato**

Non valorizzato  Allerta  Patologico  Normale

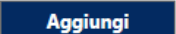
Codice	Codice Regionale	Descrizione
88.77.3	12345	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI
86.30.4	5286304	ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE DI NEOFORMAZIONI CUTANEE, MEDIANTE LASER
13.64	341364	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA
13.64		CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA
45.43.1	5845431	COLONSCOPIA CON ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE CON LASER
11.99.4		CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare
11.99.2	3411992	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE CON LASER A ECCIMERI

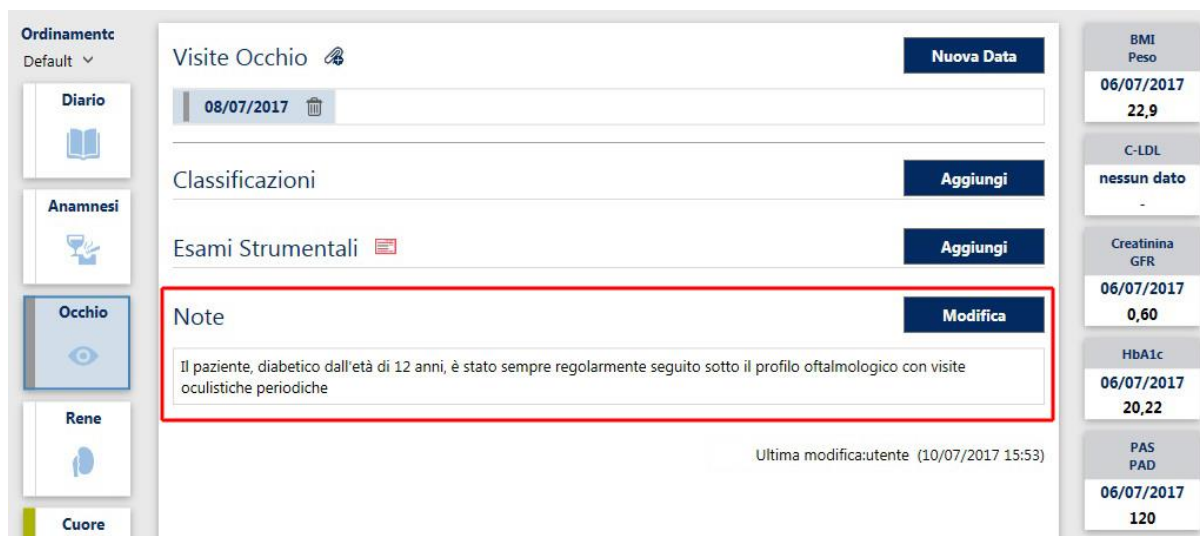
Codice	Codice Reg	Descrizione	Data Esame	Risultato	Prestazione	Centro di Costo	Eseguito Da/ Registrato Da	x
--------	------------	-------------	------------	-----------	-------------	-----------------	----------------------------	---

Terminare la fase di inserimento dei dati cliccare il tasto *Salva* .

Anche gli esami strumentali hanno uno storico in cui vengono raccolti tutti quelli fatti in precedenza.

### 13.5 Note

Per ogni scheda è possibile inserire del testo libero cliccando il tasto *Aggiungi*  in corrispondenza delle *Note* come visibile dall'immagine seguente:



Se è già presente una nota sarà visibile il tasto *Modifica* **Modifica**.

### 13.6 Allegati

Nel modulo delle *Schede* è possibile allegare documenti e immagini cliccando il tasto *Allegati* **Allegati**, si aprirà una finestra dove verranno visualizzati eventuali documenti già presenti in tutte le schede.



E' anche possibile visualizzare solo gli allegati di una specifica complicità selezionandola dalla lista a scomparsa come visibile nell'immagine seguente:



Nella lista saranno visibili solo le schede che hanno dei documenti associati.

Come ulteriore criterio di visualizzazione è inoltre possibile scegliere un periodo cliccando *Tutti i valori*, *Data* (Corrente) o specificando un *Intervallo* di date come visibile dall'immagine seguente:




Per inserire un nuovo allegato cliccare il tasto *Aggiungi allegato* **Aggiungi allegato**, si aprirà la finestra *Nuovo allegato* dal quale si potrà selezionare un file, presente nel proprio computer, cliccando il tasto *File* **File**.




Cliccando il tasto *Fotocamera* **Fotocamera** si potrà scattare una foto, se il computer è dotato di una webcam, e allegarla alle schede.

Dopo aver selezionato un file da allegare o aver scattato una foto con una webcam apparirà un'immagine rappresentante il tipo selezionato come visibile nell'immagine seguente:



bisognerà quindi selezionare una *Scheda* e una *Data* e cliccare il tasto *Salva*  per memorizzare l'allegato.

Posizionando il mouse sopra i documenti e le immagini allegate appariranno delle icone che permetteranno di aprire, modificare o eliminare gli allegati.


- cliccando l'icona *Apri*  verrà visualizzato un menù da dove sarà possibile specificare come aprire il file selezionato:




Le opzioni disponibili sono *Apri (default di Windows)*, *Apri con* e *Imposta applicazione di default*. *Apri (default di Windows)* permetterà di aprire il file selezionato con l'applicazione di default impostata in Windows per quel tipo file corrente.


*Apri con* permetterà di aprire il file scegliendo un'applicazione tra quelle disponibili.

*Imposta applicazione di default* permetterà di impostare un'applicazione di default per aprire il tipo di file selezionato.

- l'icona *Modifica*  consentirà di editare i dettagli del documento selezionato, si potrà quindi cambiare la *Descrizione*, cambiare *Scheda* e *Data*.

- l'icona *Elimina*  cancellerà il documento selezionato.

Nelle complicitanze in cui sono presenti delle date di registrazione sarà visibile, vicino al nome, l'icona  che permetterà di aprire direttamente la finestra per all'allegare un file.

L'utente *admin* potrà cambiare la dimensione massima dei files da allegare cliccando l'icona *Modifica*  presente nella finestra *Allegati* come visibile nell'immagine seguente:

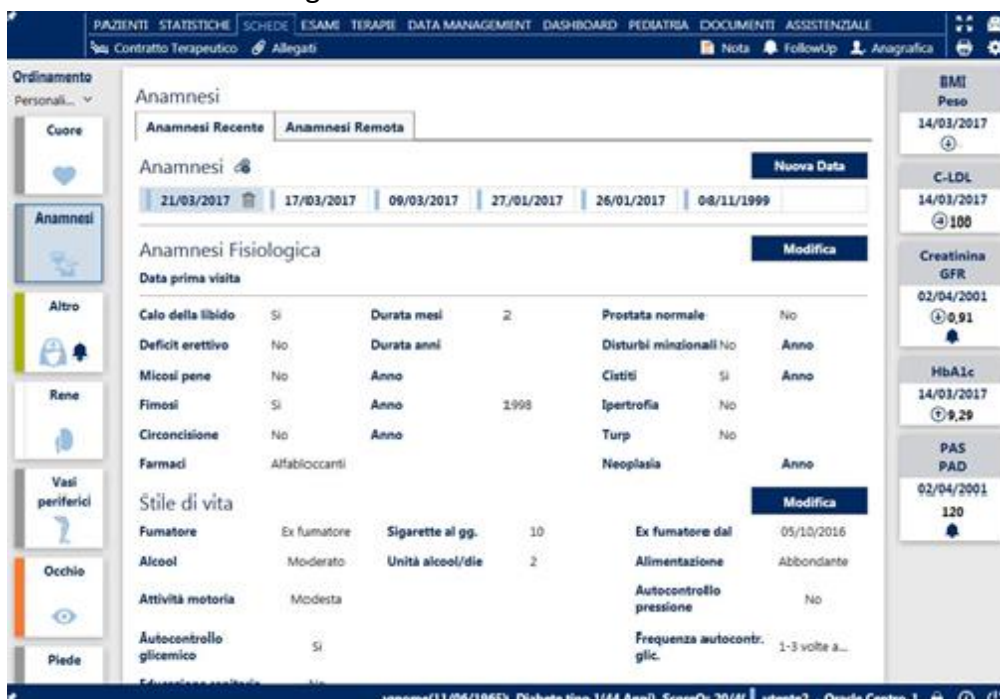


La dimensione massima consentita impostabile è di 100 Mb e la dimensione consigliata è di 5 Mb nel caso in cui si stia utilizzando una versione Express del motore del database Microsoft Sql.

### 13.7 La scheda anamnesi

Il modulo *Anamnesi* è suddiviso in due schede:

- *Anamnesi Recente* definisce gli eventi fisiologici significativi e lo stile di vita attuale del paziente
- *Anamnesi Remota* illustra l'anamnesi diabetologica del paziente in esame, l'anamnesi familiare e lo storico delle diagnosi.



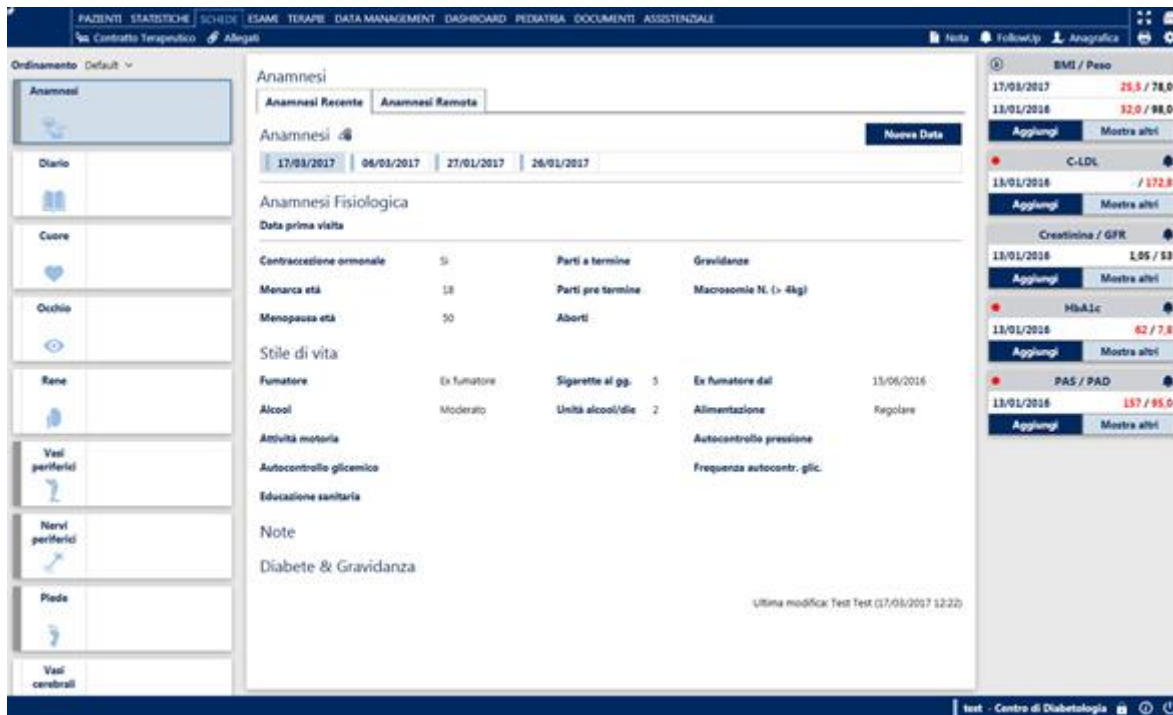
Durante la prima registrazione delle informazioni per poter inserire i dati cliccare il tasto *Aggiungi*

**Aggiungi**

L'aggiornamento di informazioni precedentemente inserite e l'inserimento di nuove visite avviene mediante l'utilizzo del tasto *Modifica* **Modifica**.

### Anamnesi recente

Per aggiornare la scheda *Anamnesi Recente* procedere come di seguito descritto.



- Cliccare il tasto *Nuova Data* **Nuova Data**, per registrare la data di aggiornamento della scheda.

Il sistema apre una finestra con il calendario da cui selezionare o digitare la data desiderata.



Cliccare il tasto *Salva* **Salva** per registrare la nuova data.

### Anamnesi fisiologica

L'anamnesi fisiologica risulta essere differente in base al sesso e all'età del paziente.

Per aggiornare le informazioni relative all'anamnesi fisiologica cliccare il tasto **Modifica**, si aprirà la scheda per la registrazione dei dati.

Segue un esempio della scheda dell'*Anamnesi Fisiologica* di un paziente di sesso femminile.

Anamnesi Fisiologica

Data prima visita

Contracezione ormonale  Parti a termine

Menarca età  Parti pre termine  Gravidanze

Menopausa età  Aborti  Macrosomie N. (> 4kg)

Annulla Salva

E' possibile inserire tutte o parte delle informazioni richieste e quindi cliccare il tasto **Salva** per memorizzarle.

### Stile di vita

Cliccare il tasto *Aggiungi* o *Modifica* relativo per accedere alla finestra in cui inserire le informazioni relative lo *Stile di vita* del paziente.

Stile di vita

Stato

Fumatore  Sigarette al gg.  Ex fumatore dal

Alcool  Unità alcool/die  Alimentazione

Attività motoria  Uso di droghe

Educazione sanitaria

Annulla Salva

Cliccare il tasto **Salva** per registrare le informazioni inserite o il tasto **Annulla** per tornare alla finestra principale senza effettuare il salvataggio dei dati.

### Note

E' inoltre possibile inserire una nota cliccando il tasto **Aggiungi** in corrispondenza delle *Note*, come visibile dall'immagine seguente:

### Gravidanza

Nel caso di pazienti di sesso femminile sarà presente anche uno specifico modulo per l'inserimento delle informazioni relative la gravidanza.

Segue un immagine della finestra del modulo *Gravidanza*

Data mestruazione	Data termine gravidanza	Gravidanza programmata	Informazione / Educazione	Contraccezione	Fecondazione	Peso pregravidico	BMI	Acido folico mg	Mesi prima del concepimento	Mesi dopo il concepimento	x
14/01/2016			Strutturata	No	Naturale						

Inserire i dati relativi la gravidanza e cliccare il tasto *Aggiungi* **Aggiungi**, i dati saranno copiati in una riga nella parte bassa della finestra e cliccando il tasto *Salva* **Salva** verranno memorizzati nel database.

### Anamnesi Remota

La sezione riepiloga la storia patologica del paziente. La scheda si suddivide in:

- *Anamnesi Diabetologica*: visibile se inserita dal reparto di Diabetologia, memorizza la diagnosi specifica di diabete e la data della stessa;
- *Anamnesi Familiare*: sono presenti informazioni di eventuali patologie familiari;

- *Anamnesi Remota*: registro di tutte le patologie avvenute prima della visita e di quelle rilevate nel corso nelle visite diabetologiche ricorrenti;
- *Diabete & Gravidanza*: è possibile memorizzare dati relativi la gravidanza di pazienti di sesso femminile;

## Anamnesi Familiare

Nella sezione *Anamnesi Familiare* è possibile inserire i dati relativi alle patologie dei familiari del paziente.

Anamnesi Familiare \_ □ ×

**Numero di fratelli**

Maschi  Femmine  Gemello?

---

**Inserimento dati**

Soggetto

Origine

Patologie  Data di nascita

**Aggiungi**

Soggetto	Gemello	Origine	Tipo Diabete	Patologie	Data di nascita	Data diagnosi	x
Figlio 1		Caucasica		Altre Neoplasie	06/02/1990		

**Annulla** **Salva**

## Anamnesi remota

Nell'anamnesi remota è possibile memorizzare le malattie, i traumi e gli interventi a cui il paziente si è dovuto sottoporre.

All'apertura del modulo sarà visualizzata la lista dei preferiti delle *Malattie e Traumi, Interventi e Classificazioni Supplementari*, in alternativa è possibile cliccare la singola scheda per avere la lista completa.

Nella scheda *Tutte* sarà possibile effettuare una ricerca per parola chiave nell'intero database.

Oltre alla *Descrizione* della malattia (o intervento o trauma) è visibile il codice *ICD9M* e, tramite un'icona che rappresenta una stella, se l'elemento è inserito tra i *Preferiti*.

Se l'elemento è tra i *Preferiti* sarà visibile una stella gialla altrimenti la stella sarà di colore grigio .

Gestione Anamnesi Remota [-] [ ] [X]

Preferiti Malattie e Traumi Interventi Classificazioni Supplementari Tutte

Malattie infettive e parassitarie Ricerca:

Descrizione	Cod ICD9CM	Preferiti
▸ Tubercolosi		★
▸ Malattie infettive intestinali		★
▸ Poliomielite ed altre malattie virali del sistema nervoso centrale non trasmesse da artropodi		★
▸ Malattie virali con esatema		★
▸ Malattie batteriche trasmesse da animali		★
▸ Altre malattie batteriche		★
▸ Malattie da virus e da Chlamydiae		★
▸ Rickettsiosi ed altre malattie trasmesse da artropodi		★

**Anamnesi Remota**

Data	Descrizione	Nota	Permanente	Data fine	x

Annulla Salva

Terminato l'inserimento sarà possibile salvare i dati cliccando il tasto *Salva* Salva.

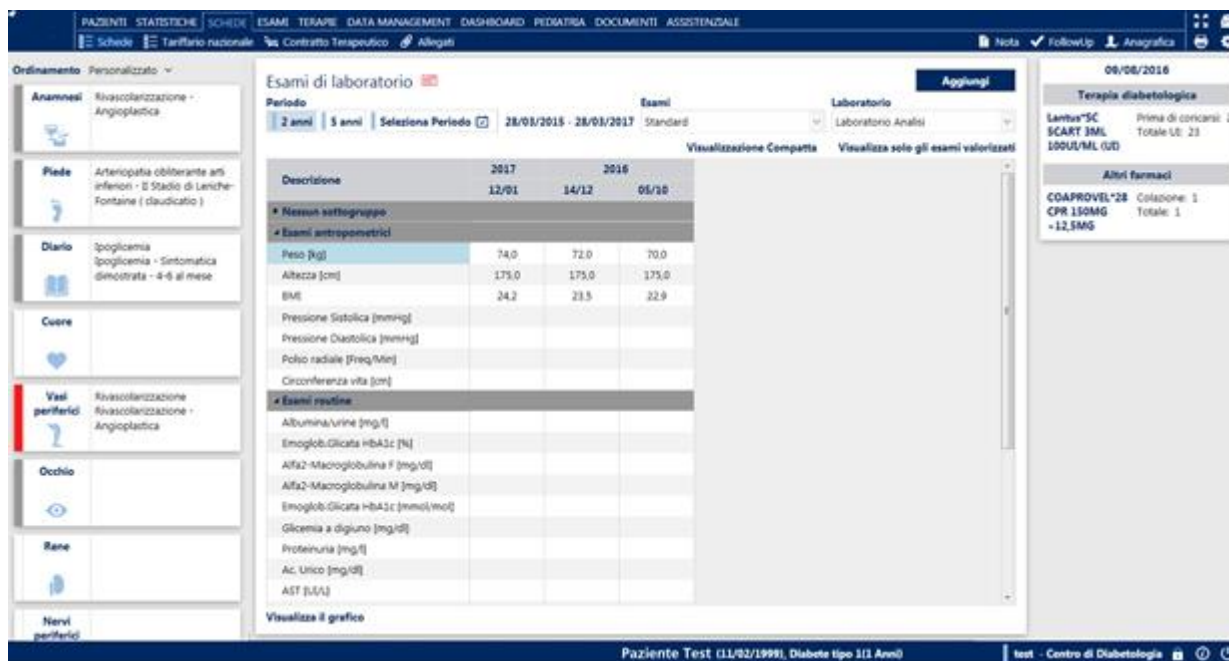
**L'anamnesi remota si auto alimenta raccogliendo tutte le classificazioni archiviate nei vari organi nel tempo.**

## 14 Esami

Il modulo *Esami* consente di registrare gli esiti dei test di laboratorio e visualizzarli in formato tabellare e grafico.

Come negli altri moduli l'area di lavoro è divisa in tre sezioni, nella colonna di sinistra saranno sempre visibili le schede relative le complicità, al centro tutte le informazioni degli esami e nella colonna di destra saranno visualizzate le terapie più recenti.

Segue un immagine di esempio del modulo *Esami*:




Nella parte alta della finestra degli esami è possibile selezionare il periodo di visualizzazione, il gruppo e il laboratorio degli esami. Segue un immagine di esempio:



E' possibile filtrare la visualizzazione degli esami per periodo, cliccando gli intervalli di date preimpostate, *2 anni*, *5 anni* o selezionando un range di date cliccando *Seleziona Periodo*.

Il gruppo di esami predefinito che viene visualizzato è quello *Standard* ma è possibile creare nuovi gruppi secondo le proprio esigenze.


### 14.1 Aggiungere una nuova registrazione


Per inserire una nuova registrazione di valori di esami cliccare il tasto *Aggiungi* , verrà visualizzata una finestra da cui selezionare o digitare la data di memorizzazione.

Scelta la data di registrazione verrà creata una nuova colonna in cui inserire i valori degli esami.

I valori inseriti e memorizzati potranno essere di diversi colori:

- in *Nero* tutti i dati che rientrano nel target di normalità del laboratorio selezionato;
- in *Rosso* tutti i dati superiori al target di normalità del laboratorio;
- in *Arancione* tutti i dati inferiori al target di normalità del laboratorio;

In corrispondenza di ciascun valore inserito è possibile inserire una *Nota* cliccando l'icona *Clicca per modificare la nota*  in fase di registrazione in risultati precedentemente inseriti.

In corrispondenza dei risultati può essere visualizzata l'icona , il simbolo indica che è stato utilizzato un laboratorio diverso da quello predefinito.

In corrispondenza dei valori degli esami relativi al rischio cardiovascolare può essere visibile un pallino colorato di supporto decisionale alla terapia.

Posizionando il mouse sopra il pallino verranno visualizzati dei supporti decisionali in relazione al colore:

- ● terapia presente e valori in target;
- ● terapia presente ma valori non in target;
- ● valori fuori target e nessuna terapia;

Segue un immagine di esempio di visualizzazione degli esami di laboratorio:

Esami di laboratorio 							Aggiungi
Descrizione	2017			2016			
	14/03	23/02	13/02	20/01	19/12	16/12	
<b>↳ Nessun sottogruppo</b>							
Peso [kg]				48,0	48,0	50,0	
BMI				19,5	19,5	20,3	
Peso Max [Kg]	62	62 	62	62	62	62	
Peso Min [Kg]	47	47 	47	47	47	47	
Altezza [cm]	157	157 	157	157	157	157	
Emoglob.Glicata HbA1c [%]	● 7,0		● 7,6				
Emoglob.Glicata HbA1c [mmol/mol]	● 53,01		● 60,00 				
Glicemia a digiuno [mg/dl]			124				

Cliccando il tasto *Visualizzazione Compatta* **Visualizzazione Compatta** verrà ridotta la dimensione delle colonne in cui sono memorizzati i valori degli esami e in presenza di una nota o di un esame di un altro laboratorio non verranno più visualizzate le relative icone ma la casella del valore cambierà colore come visibile nell'immagine seguente:

Esami di laboratorio Aggiungi

Periodo: 2 anni 5 anni Seleziona Periodo 30/03/2007 - 30/03/2017

Esami: Standard Laboratorio: Centro Test

Presenza Nota 
  Altro Laboratorio 
  Entrambi 
 Visualizzazione estesa 
 Visualizza tutti gli esami

Descrizione	2017			2016		2015		20
	14/03	23/02	13/02	20/01	19/12	16/12	07/12	05/02
<b>▲ Nessun sottogruppo</b>								
Peso [kg]				48,0	48,0	50,0	52,0	51,0
BMI				19,5	19,5	20,3	21,1	20,7
Peso Max [Kg]	62	62	62	62	62	62	62	62
Peso Min [Kg]	47	47	47	47	47	47	47	47
Altezza [cm]	157	157	157	157	157	157	157	157
Emoglob.Glicata HbA1c [%]	<span style="color: green;">●</span> 7,0		<span style="color: red;">●</span> 7,6					
Emoglob.Glicata HbA1c [mmol/mol]	<span style="color: red;">●</span> 53,01		<span style="color: red;">●</span> 60,00					
Glicemia a digiuno [mg/dl]			124					

In presenza di esami di altri laboratori la casella verrà evidenziata in azzurro, in presenza di una nota la casella verrà colorata in giallo e in verde in presenza di una nota per un esame di un altro laboratorio.

Cliccare il tasto *Visualizzazione estesa* **Visualizzazione estesa** per tornare alla dimensione standard delle colonne.

E' inoltre presente il tasto *Visualizza tutti gli esami* **Visualizza tutti gli esami** che se cliccato permetterà di visualizzare tutti gli esami associati al gruppo corrente anche se non contengono valori memorizzati.

Cliccare *Visualizza solo gli esami valorizzati* **Visualizza solo gli esami valorizzati** per tornare alla visualizzazione standard e nascondere gli esami che non hanno valori registrati.

Segue un immagine di esempio in cui è attivata la visualizzazione di tutti gli esami compresi quelli che non hanno valori memorizzati:

Esami di laboratorio Aggiungi

Periodo: 2 anni 5 anni Seleziona Periodo 30/03/2007 - 30/03/2017

Esami: Standard Laboratorio: Centro Test

Presenza Nota 
  Altro Laboratorio 
  Entrambi 
 Visualizzazione estesa 
 Visualizza solo gli esami valorizzati


Descrizione	2017			2016		2015		
	14/03	23/02	13/02	20/01	19/12	16/12	07/12	05/02
<b>▲ Nessun sottogruppo</b>								
Peso [kg]				48,0	48,0	50,0	52,0	51,0
BMI				19,5	19,5	20,3	21,1	20,7
Peso Max [Kg]	62	62	62	62	62	62	62	62
Peso Min [Kg]	47	47	47	47	47	47	47	47
Altezza [cm]	157	157	157	157	157	157	157	157
Emoglob.Glicata HbA1c [%]	<span style="color: green;">●</span> 7,0		<span style="color: red;">●</span> 7,6					
Emoglob.Glicata HbA1c [mmol/mol]	<span style="color: red;">●</span> 53,01		<span style="color: red;">●</span> 60,00					
Pressione Sistolica [mmHg]								
Pressione Diastolica [mmHg]								
Colesterolo [mg/dl]								
Colesterolo LDL [mg/dl]								
Colesterolo LDL [mmol/l]								
Colesterolo HDL [mg/dl]								
Trigliceridi post 12h dig. [mg/dl]								
Glicemia a digiuno [mg/dl]			124					

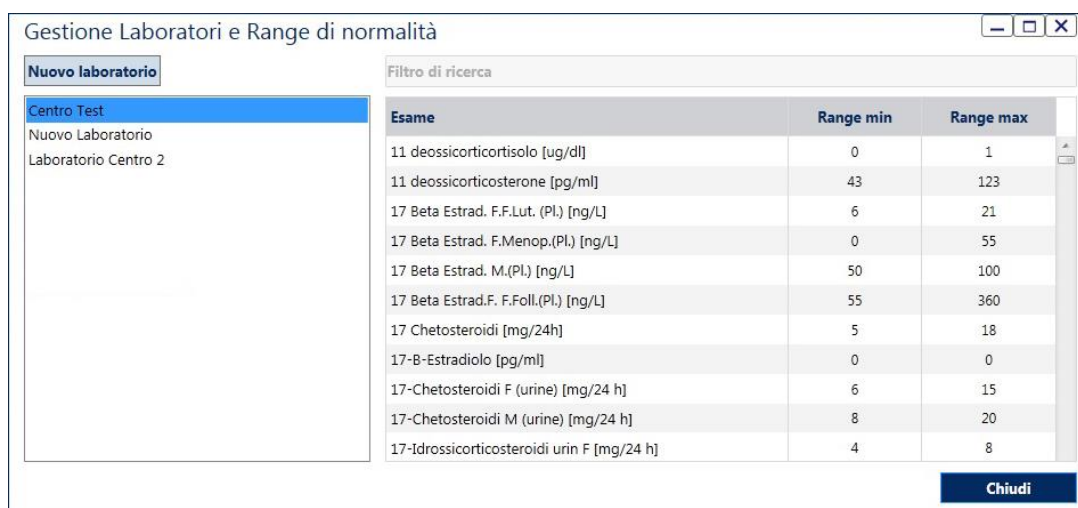
L'utente *Admin* ha la possibilità di creare nuovi *Laboratori*, *Gruppi* e *SottoGruppi* di esami.

## 14.2 Laboratori


MètaClinic® gestisce più di un laboratorio per la memorizzazione dei valori degli esami, questa possibilità è utile per specificare la provenienza dei risultato degli esami.

Per ogni laboratorio è possibile memorizzare i valori minimi e massimi (*Range min* e *max di normalità*) degli esami.



Cliccando il tasto *Laboratori*  si accede alla finestra *Gestione Laboratori e Range di normalità* come visibile nell'immagine seguente:



Nella colonna di sinistra c'è la lista dei laboratori già disponibili in MètaClinic®, a destra sono visualizzati tutti i relativi esami associati con i loro valori di normalità (*Range min* e *Range max*).

Per creare un nuovo laboratorio cliccare il tasto *Nuovo laboratorio* , nella colonna di sinistra verrà creata una nuova riga in cui inserire il nome

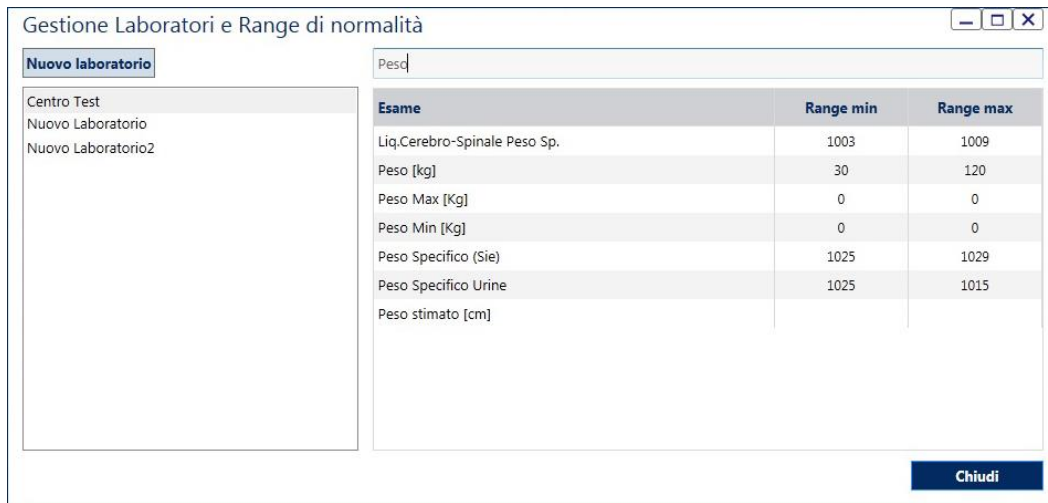
 

dopo aver digitato il nome cliccare il tasto  per confermare e salvare i dati o il tasto  per annullare la creazione del nuovo laboratorio.

In fase di creazione di un nuovo laboratorio verranno associati tutti gli esami disponibili e sarà possibile personalizzare i valori di normalità (*Range min* e *Range max*).

Per personalizzare i valori di normalità di un laboratorio, selezionare il laboratorio nella colonna di sinistra, nella colonna di destra apparirà l'elenco completo di tutti gli esami associati al laboratorio, cliccare nella casella della colonna *Range min* o *Range max* dell'esame da variare e inserire il valore desiderato o modificarlo se già presente.

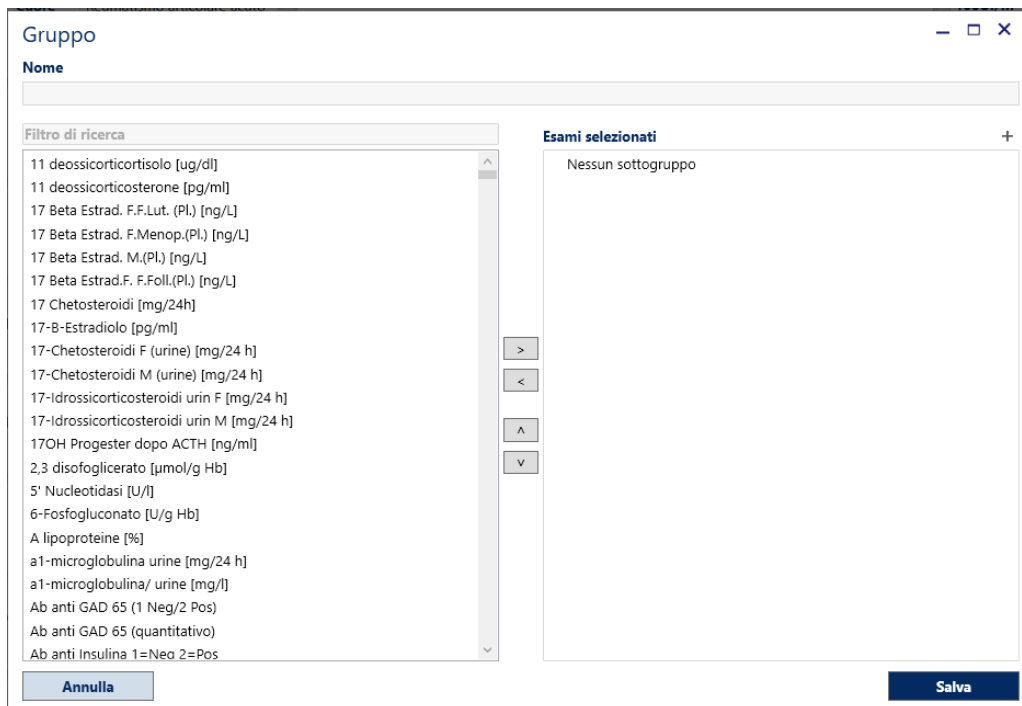
E' inoltre possibile filtrare la lista degli esami scrivendo il nome, o parte dell'esame che si vuole cercare, nella riga sopra la lista in corrispondenza della scritta *Filtro di ricerca*, come visibile nell'immagine seguente:




E' possibile rinominare o cancellare laboratori già presenti in MètaClinic® posizionando il mouse sopra il nome, appariranno le icone *Rinomina* ed *Elimina* , utilizzate per cambiare nome o eliminarlo definitivamente.

### 14.3 Gruppi di esami


Cliccando il tasto *Nuovo gruppo* si aprirà la finestra *Gruppo* come visibile nell'immagine seguente:




L'organizzazione degli esami di laboratorio in gruppi permette di presentare gli esami che vengono più frequentemente utilizzati dal reparto, nell'ordine voluto (facilità di lettura per il medico, facilità di input per l'infermiere...)



Digitare il *Nome* del nuovo gruppo, associare gli esami selezionandoli dalla colonna di sinistra e spostarli con il tasto  nella colonna di destra.

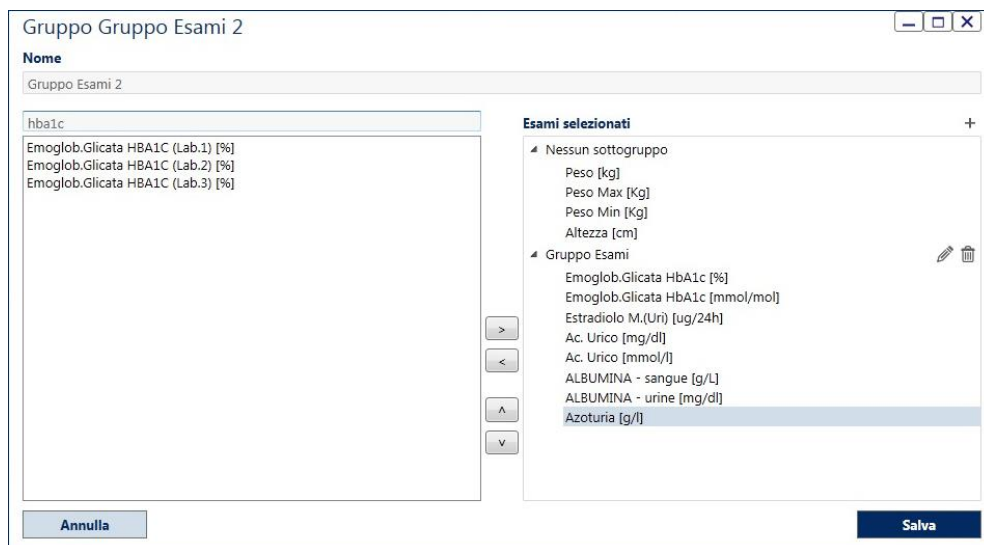
E' possibile ricercare uno o più esami per nome (o parte del nome) digitandolo nel *Filtro di ricerca*.


Per rimuovere un esame da un gruppo, selezionare l'esame dalla colonna di destra e cliccare il tasto  per spostarlo nella colonna di sinistra.

E' inoltre possibile creare uno o più sottogruppi cliccando il tasto , è necessario associare almeno un esame al nuovo sottogruppo creato altrimenti non sarà possibile salvare i dati.

Segue un immagine di esempio in cui viene creato un nuovo gruppo di esami con nome *Gruppo Esami 2*, in cui è stato creato un sottogruppo con nome *Gruppo Esami* e nel quale sono stati associati degli esami.

Con i tasti  e  è possibile variare l'ordine di visualizzazione degli esami e anche spostare gli esami da un sottogruppo ad un altro.



Cliccando il tasto *Salva*  verrà memorizzato il nuovo gruppo ed i relativi esami selezionati.

Cliccando il tasto *Modifica Gruppo*  verrà aperta una finestra simile alla precedente ma sarà presente anche il tasto *Elimina*  che se cliccato cancellerà il gruppo corrente.

E' inoltre possibile modificare il nome del gruppo creare o cancellare dei sottogruppi e gestire gli esami associati (aggiungerne di nuovi o rimuovere quelli presenti).

### 14.4 Sottogruppi di esami

Per ogni gruppo è possibile creare più sottogruppi se si vuole avere una divisione logica degli esami. Segue un immagine di esempio:

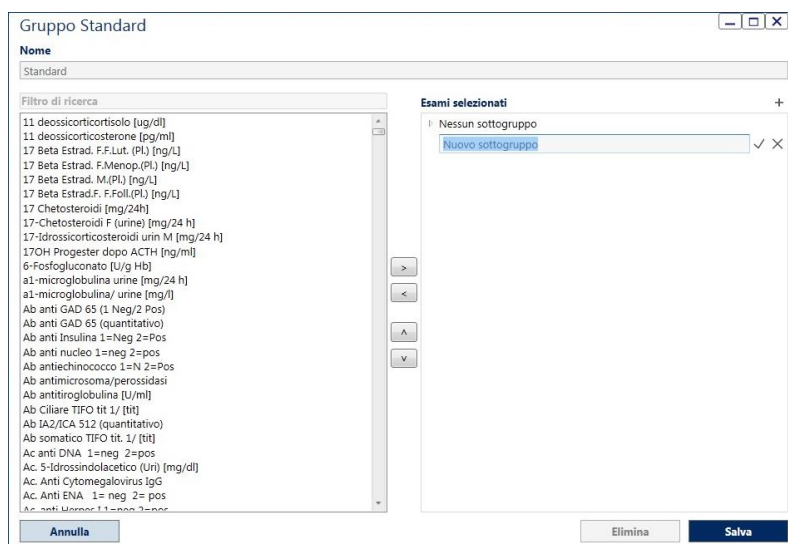
Descrizione	2017		2016	
	12/01	14/12	05/10	
<b>Esami antropometrici</b>				
Peso [kg]	74,0	72,0	70,0	
Altezza [cm]	175,0	175,0	175,0	
BMI	24,2	23,5	22,9	
Pressione Sistolica [mmHg]				
Pressione Diastolica [mmHg]				
Polso radiale [Freq/Min]				
Circonferenza vita [cm]				
<b>Esami routine</b>				
Albumina/urine [mg/l]				
Emoglob.Glicata HbA1c [%]				
Alfa2-Macroglobulina F [mg/dl]				
Alfa2-Macroglobulina M [mg/dl]				
Emoglob.Glicata HbA1c [mmol/mol]				
Glicemia a digiuno [mg/dl]				
Proteinuria [mg/l]				
Ac. Urico [mg/dl]				
AST [UI/L]				

L'organizzazione degli esami di laboratorio in sottogruppi permette di visionare esami che hanno affinità cliniche e che quindi facilitano la lettura diagnostica da parte del medico (es.: Emocromo, Funzionalità epatica, endocrinologia).


I sottogruppi possono essere creati cliccando il tasto **Nuovo Gruppo** e successivamente modificati dall'utente *Admin* cliccando il tasto **Modifica Gruppo**, si aprirà una finestra in cui si potrà aggiungere nuovi gruppi cliccando il tasto **+**.

Verrà creato un nuovo sottogruppo con nome predefinito *Nuovo sottogruppo*, sarà possibile cambiare il nome secondo le proprie esigenze confermando il nuovo nome cliccando il tasto **✓**.

Cliccare il tasto **✗** per annullare l'inserimento del nuovo sottogruppo.




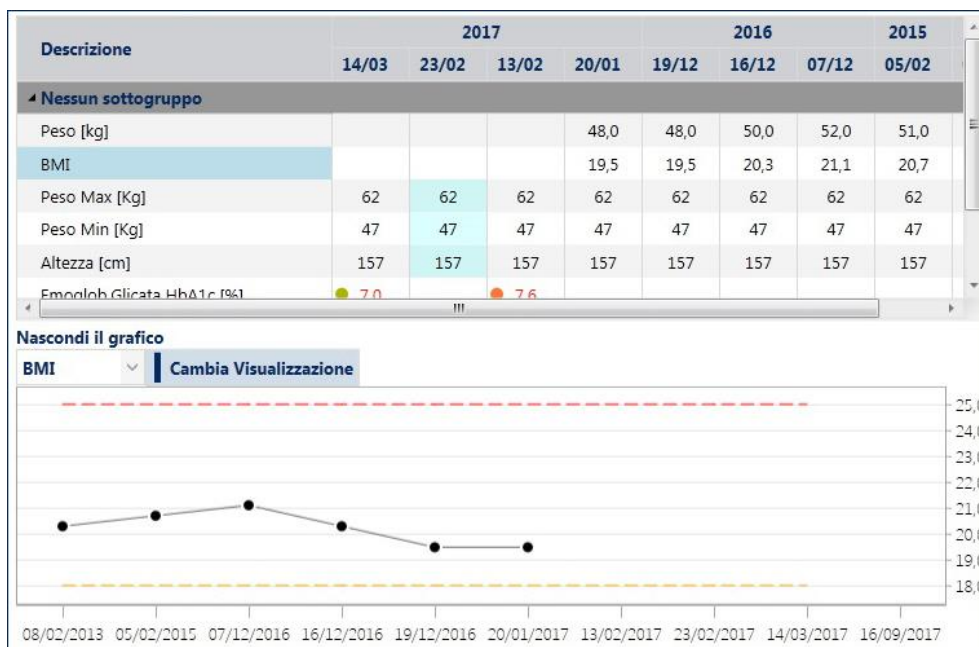
E' necessario aggiungere degli esami al nuovo sottogruppo creato prima di effettuare il salvataggio dei dati altrimenti non verrà memorizzato.

Cliccare il tasto *Salva*  per registrare il nuovo sottogruppo creato.


### 14.5 Il Grafico

Nella parte inferiore del modulo degli *Esami* è possibile visualizzare il grafico relativo ai valori registrati, nel tempo, per ciascun esame.

Il grafico viene visualizzato cliccando il tasto *Visualizza Grafico*  o cliccando il nome dell'esame per cui si vuole visualizzarlo, come nell'immagine seguente in cui è stato selezionato l'esame *BMI*:



E' possibile visualizzare i grafici di tutti gli esami cliccando il nome dell'esame nella colonna a sinistra ai valori o dal menù a discesa disponibile subito sopra il grafico.

Il grafico visualizzato come nella figura precedente non considera la distanza temporale delle date di memorizzazione degli esami quindi i punti rappresentanti i valori risultano tutti equidistanti ma cliccando il tasto *Cambia Visualizzazione*  verrà considerata la proporzione nell'asse delle ascisse in funzione del tempo tra gli esami stessi.

Cliccando il tasto *Nascondi il grafico*  si chiuderà la visualizzazione del grafico degli esami.


## 15 Terapie

Il modulo *Terapie* consente di registrare le terapie prescritte al paziente.

Cliccando il tasto *Terapie* **TERAPIE** verrà aperto il modulo in cui si potranno visualizzare e registrare le terapie che il paziente segue.

Si potranno memorizzare terapie specialistiche divise per fasce orarie in cui sarà specificata la quantità di assunzione e nel caso in cui nel database sia presente anche un reparto di Diabetologia, sarà visibile anche la terapia diabetologica se il paziente ha una prescrizione per quella data.

Per salvare una nuova prescrizione cliccare il tasto *Nuova Data* **Nuova Data**, MètaClinic inserirà una nuova visita con la data odierna che sarà visualizzata nell'intestazione della pagina

Cliccando l'icona del calendario *Seleziona data*  sarà possibile cambiare la data se non si vuole creare una registrazione per la data odierna.

Inoltre vicino la data è visibile un'icona rappresentante un cestino che se cliccato permetterà di cancellare la registrazione inserita nell'arco di una giornata, passato questo periodo solo gli utenti amministratori potranno cancellare la registrazione.

Dopo aver creato una nuova data sarà possibile aggiungere le prescrizioni cliccando il tasto *Aggiungi* **Aggiungi** in mancanza di una precedente terapia, altrimenti sarà visibile e bisognerà cliccare il tasto *Modifica* **Modifica**.


### 15.1 Terapia

La sezione riepiloga il dettaglio della terapia specialistica prescritta al paziente.

Dopo aver creato una nuova data sarà possibile aggiungere una prescrizione specialistica cliccando il tasto *Aggiungi* **Aggiungi** in mancanza di una precedente terapia, altrimenti bisognerà cliccare il tasto *Modifica* **Modifica**.

L'immagine seguente visualizza un esempio della finestra *Terapia*, il sistema ripropone in automatico la precedente terapia prescritta al paziente se impostata come continuativa e potrà essere modificata cancellando o aggiungendo farmaci o semplicemente variando le unità del farmaco prescritto per ogni singolo pasto.

E' inoltre possibile specificare una motivazione per ogni singolo farmaco prescritto e aggiungere una nota cliccando il tasto **+** in corrispondenza del farmaco per il quale si vuole aggiungere una nota.

Aggiunta una nota verrà visualizzata un'icona *documento* .

Cliccando l'icona *cestino*  il sistema elimina il farmaco corrispondente.

Il farmaco nella corrente prescrizione non comparirà più nella terapia diabetologica, se presente.

Terapia - □ X

Descrizione	Colazione	Spuntino matt.	Pranzo	Merenda	Cena	Prima di coricarsi	Totale	Freq.	Motivazione	Nota	Continuativo	Ev. Avverso	Effetto Col.
RAMIPRIL ABC*14CPR DIV 5MG					1		1		▼	📄 ▼	+	🗑️	🗑️

**Ricerca**

ramip **Cerca**

Farmaco  Inizio del Campo  In Commercio  Personalizzato

Principio Attivo  Parte del campo  Tutti

Farmaco	Principio Attivo	Cat.	Produttore	Prezzo	Esaur.	Nota
RAMIPRIL	RAMIPRIL	C				
RAMIPRIL ABC*14CPR DIV 5MG	RAMIPRIL	A	ABC FARMACEUTICI SpA	22		
RAMIPRIL ABC*28CPR DIV 10MG	RAMIPRIL	A	ABC FARMACEUTICI SpA	579		
RAMIPRIL ABC*28CPR DIV 2,5MG	RAMIPRIL	A	ABC FARMACEUTICI SpA	285		
RAMIPRIL ACC*14CPR 5MG	RAMIPRIL	A	ACCORD HEALTHCARE ITALIA Srl	22		
RAMIPRIL ACC*28CPR 10MG	RAMIPRIL	A	ACCORD HEALTHCARE ITALIA Srl	579		

**Annulla** **Salva**

Nella parte bassa della finestra della *Terapia* è possibile cercare i farmaci da prescrivere come visibile nell'immagine precedente, sono disponibili diverse opzioni per ottimizzare e velocizzare la ricerca.

In particolare è possibile effettuare una ricerca per nome del *Farmaco*  o per *Principio Attivo* , per farmaci solo *In Commercio*  o *Tutti*  (anche farmaci non più in commercio).

E' inoltre possibile filtrare la ricerca per *Inizio del Campo*  o *Parte del campo* , con queste due ultime opzioni è possibile effettuare ricerche specificando l'inizio del nome di un farmaco (minimo tre caratteri) o parte del nome.

Per effettuare una ricerca digitare il farmaco o il principio attivo che si intende prescrivere e cliccare il tasto *Cerca*

Cliccare il farmaco interessato dall'elenco della ricerca, verrà aggiunto alla terapia del paziente e sarà possibile specificare le quantità di assunzione nelle colonne dei pasti.

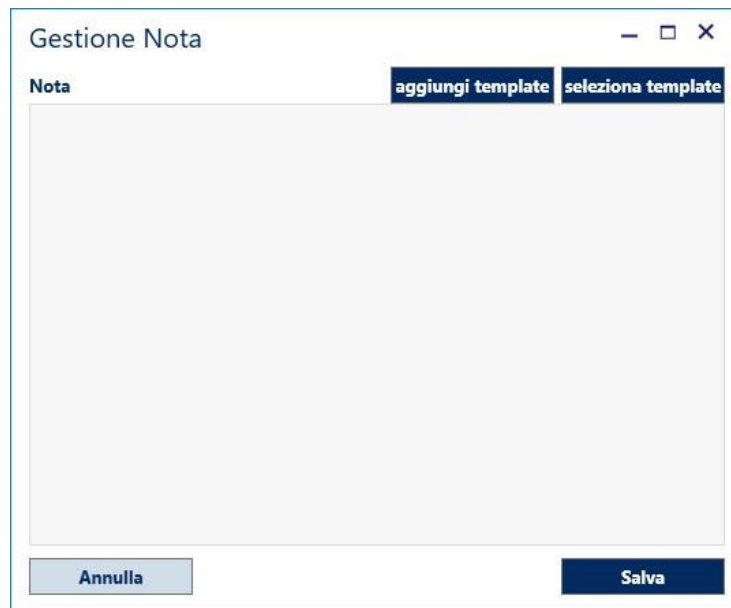
Cliccando invece il nome del principio attivo, sotto la colonna *Principio Attivo*, verrà prescritto il farmaco generico.

E' inoltre possibile prescrivere un farmaco senza specificare la quantità, MètaClinic chiederà conferma all'utente prima del salvataggio della terapia. Nel caso in cui non si specifichi la quantità è sempre possibile dare indicazioni nelle note, sull'assunzione del farmaco.

Cliccando il tasto *Salva*  la terapia risulterà memorizzata.

## 15.2 Note

Cliccando il tasto *Aggiungi*  o *Modifica*  verrà visualizzata una finestra come la seguente, in cui sarà possibile scrivere una nota e salvarla anche come template.



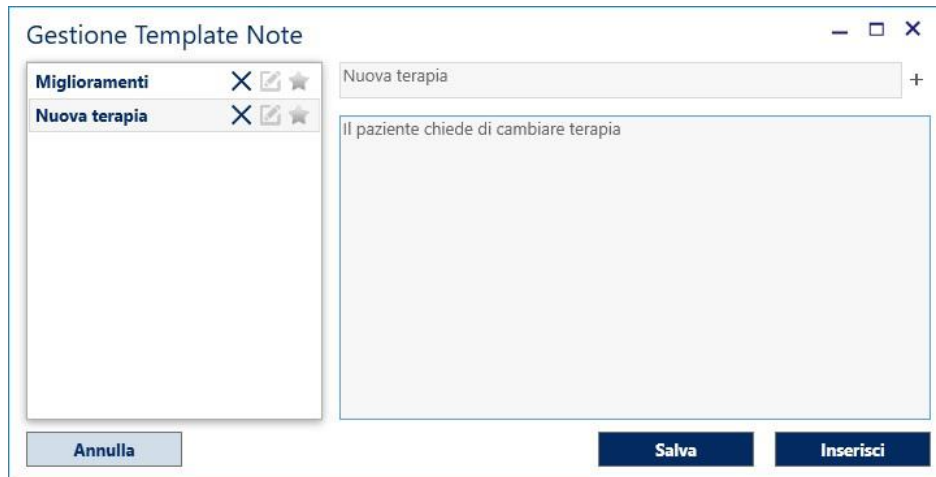
Scrivendo una nota e cliccando il tasto *Salva* **Salva** verrà memorizzata nella data corrente della prescrizione, cliccando il tasto *aggiungi template* **aggiungi template** verrà creato un modello con la nota corrente come visibile dall'immagine seguente:



La creazione dei Template permette di prepararsi frasi standard ripetitive, o schemi di prescrizione di autocontrollo... che possono essere inseriti con un solo clic nella nota di testo della terapia, che in genere viene consegnata alla fine della visita al diabetico.



Dopo aver specificato il nome del nuovo modello che si sta inserendo, cliccare il tasto *Salva* **Salva** per memorizzarlo.



Per inserire una nota dai modelli salvati cliccare il tasto *seleziona template* **seleziona template**, verrà visualizzata una finestra come segue

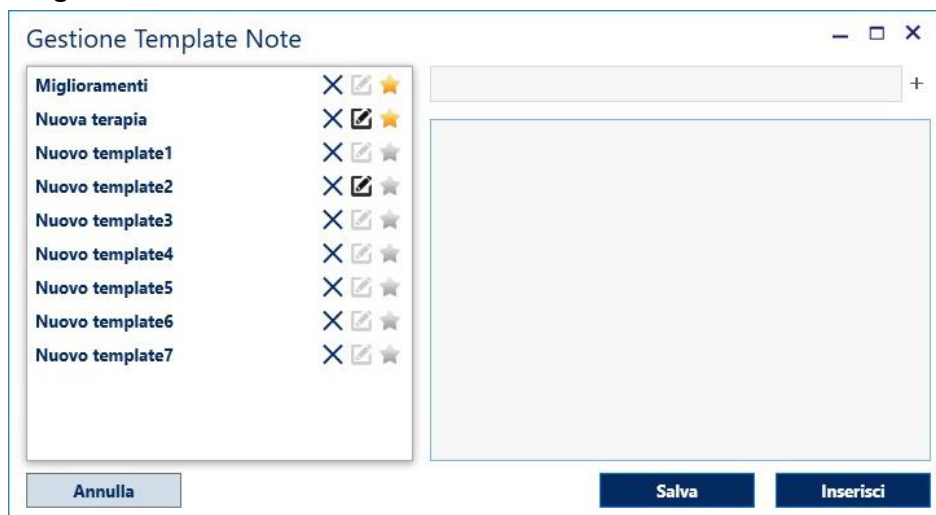


nella colonna di sinistra sono visibili i titoli dei modelli disponibili, cliccare il template desiderato, nell'area di destra verrà visualizzato il testo della nota, cliccare il tasto *Inserisci* **Inserisci** per aggiungerlo.

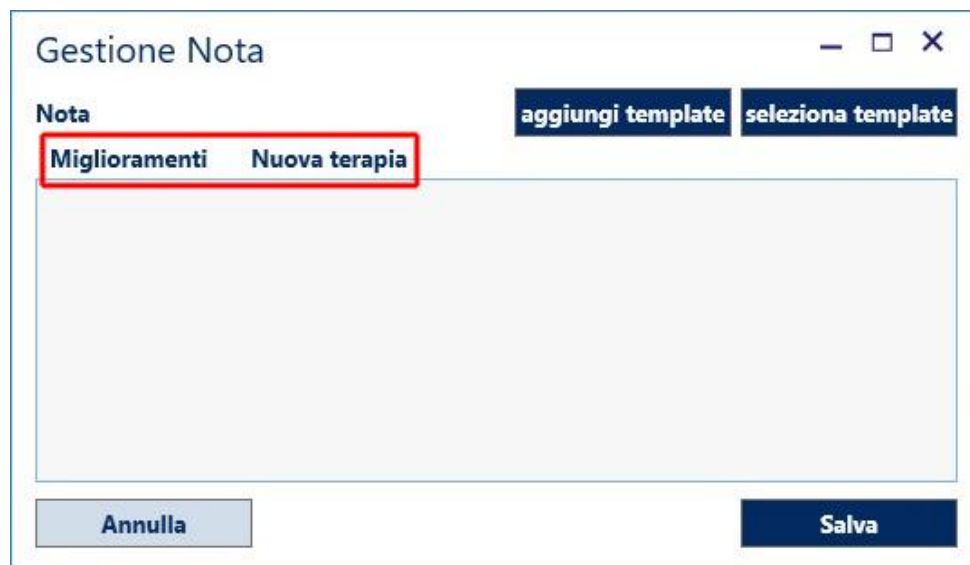
I template possono essere eliminati cliccando il tasto *Elimina il template* **X** in corrispondenza del modello che si vuole cancellare.

I modelli possono essere condivisi con gli altri utenti cliccando il tasto *Condividi il template con gli altri utenti* , attivata la condivisione l'icona corrispondente diventerà di colore blu .

E' inoltre possibile creare una lista di note preferite cliccando il tasto *Aggiungi il template ai preferiti* , le note aggiunte alla lista preferiti avranno l'icona di colore giallo  come visibile nell'immagine seguente



Le note presenti nella lista dei preferiti risulteranno visibili nella finestra *Gestione Nota* come "tasti di inserimento rapido", che se cliccati produrranno l'inserimento del testo senza aprire la finestra di *selezione template* come visibile nell'immagine seguente, (le note aggiunte ai preferiti hanno nome *Miglioramenti* e *Nuova terapia*)



## 16. Pediatria

Il modulo *Pediatria* di MètaClinic® è dedicato alla valutazione dello stato nutrizionale, della crescita staturale e degli stadi puberali di tutti i pazienti con età anagrafica inferiore a 18 anni, attraverso l'analisi dei percentili, il calcolo della velocità di crescita.

Si accede al modulo cliccando il tasto *Pediatria* **PEDIATRIA** dal menù principale.

Per registrare una nuova visita cliccare il tasto *Nuova Data* **Nuova Data** e selezionarla dalla finestra che verrà visualizzata.

Il sistema visualizzerà una scheda divisa in più sezioni: *Dati Paziente*, *Circonferenza testa*, *deviazione dal peso ideale*, *Valutazione della velocità di crescita*, *Stadi Puberali*, *Stima altezza futura*, *Valutazione del BMI*, *Deviazione dal BMI ideale*, *Valutazione cut-off internazionale di Cole*, segue un immagine di esempio:

PAZIENTI STATISTICHE SCHEDE ESAMI TERAPIE DATA MANAGEMENT DASHBOARD PEDIATRIA DOCUMENTI ASSISTENZIALE	
Info Genitori	
Nota FollowUp Anagrafica	
Nuova Data	
05/04/2017 16/03/2017	
Pediatria	
Dati Paziente	
Età	3 anni, 9 mesi e 4 giorni
Peso attuale [kg]	30,0
Altezza attuale [cm]	70,0
Circonferenza testa [cm]	35,0
Nota	
Stadi Puberali	
Genitali (G)	
Pelli Pubici (PH)	
Volume Testicolare SX [ml]	
Volume Testicolare DX [ml]	
Stima altezza futura	
CDC	
Altezza minima	173,0 cm - 30° Percentile (z-score -0,5382)
Altezza media	181,5 cm - 74° Percentile (z-score 0,6529)
Altezza massima	190,0 cm - 97° Percentile (z-score 1,8532)
Circonferenza testa	
CDC Grafico	
Percentile Età - Circ. testa	
---	
Deviiazione dal peso ideale	
CDC Grafico	
Percentile Età - Altezza	
0° Percentile (z-score -7,9725)	
Percentile Età - Peso	
100° Percentile (z-score 4,2133)	
Età staturale	
8 mesi e 12 giorni	
Peso staturale	
9,04 kg	
Eccesso/difetto ponderale	
231,9% (20,96 kg)	
Valutazione della velocità di crescita	
Grafico	
Velocità di crescita	
---	
Percentile velocità di crescita	
---	
Salva Annulla	
Valutazione del BMI	
BMI	
61,22 kg/m <sup>2</sup>	
Deviiazione dal BMI ideale	
CDC Grafico	
Percentile Età - BMI	
100° Percentile (z-score 7,9958)	
BMI ideale	
15,72 (peso da BMI ideale: 7,70 kg)	
Indice di Cole	
389,6%	
Valutazione cut-off internaz. di Cole	
Grafico	
Cut-off BMI	
20,57 19,27 17,58 14,58 13,72 13,10	
Peso da BMI [kg]	
10,08 9,44 8,61 7,14 6,72 6,42	
Stato nutrizionale	
Rischio obesità	

## 16.1 Dati Paziente

Nella prima sezione troveremo visualizzata l'*Età* del paziente e si potranno inserire i valori di:

- *Peso attuale* (espresso in kg)
- *Altezza attuale* (espressa in cm)
- *Circonferenza testa* (espressa in cm), per i bambini di età inferiore ai 3/5 anni (a seconda se la tabella di riferimento selezionata è *CDC* o *OMS/WHO*).


Sulla base dei dati inseriti vengono effettuate approfondite valutazioni dello stato nutrizionale e staturale del soggetto attraverso l'analisi dei percentili, il calcolo della velocità di crescita, la valutazione degli stadi puberali e bersaglio genetico.

Nel campo *Nota* è possibile registrare appunti del medico.

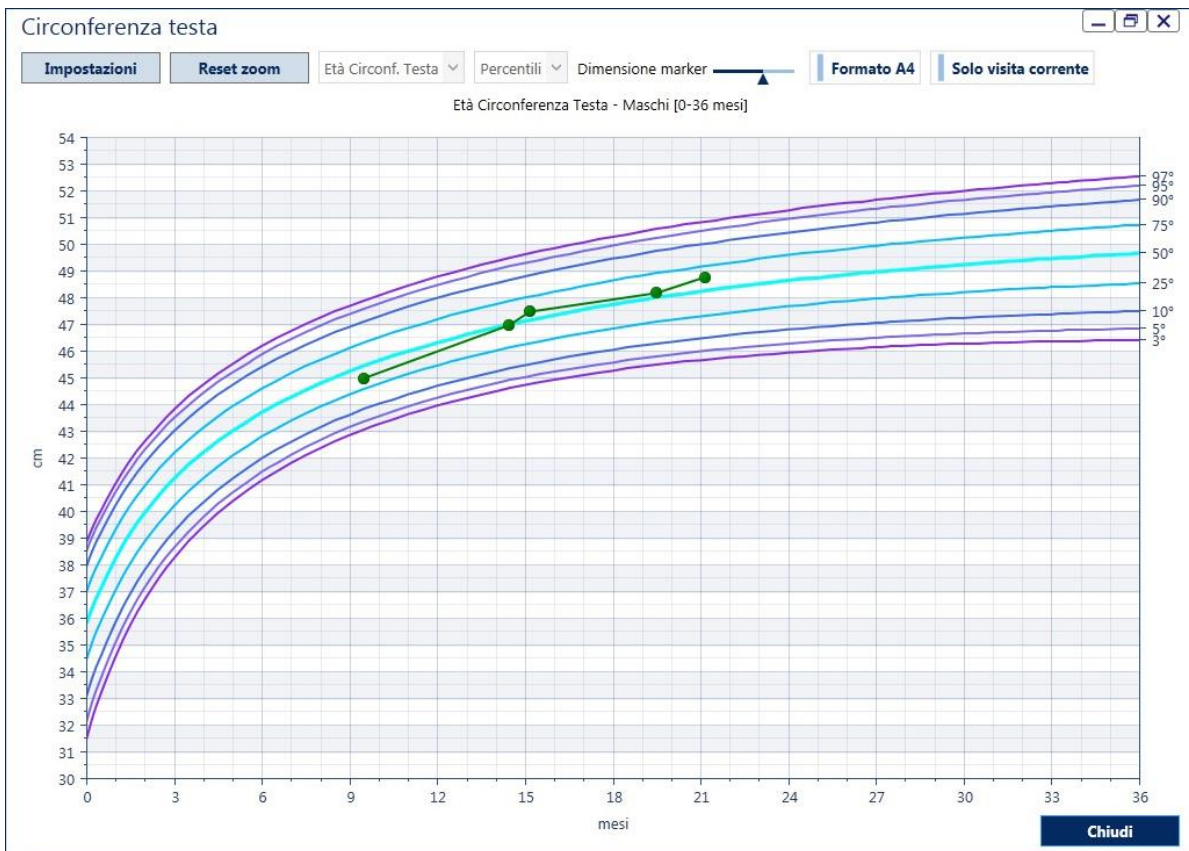
## 16.2 Circonferenza testa

Il calcolo del *Percentile Età - Circonferenza testa* viene effettuato se è stato inserito il valore della *Circonferenza testa* nella sezione *Dati Paziente*.

Sarà possibile effettuare il calcolo del percentile con il metodo *CDC* per bambini con età inferiore ai tre anni e con metodo *OMS/WHO* per bambini con età inferiore ai cinque anni.

Cliccando il tasto *Grafico*  verranno visualizzati, con dei pallini verdi, i valori inseriti durante le visite e sarà possibile valutare l'andamento di crescita della *Circonferenza testa* confrontandolo con i grafici dei percentili del metodo selezionato.

La curva del 50<sup>esimo</sup> percentile, di colore turchese, ha uno spessore ed un'intensità maggiore rispetto alle altre.



Posizionando il mouse sopra i pallini del grafico verrà visualizzata la *Data visita*, l'*Età* del paziente e il valore della *Circonferenza testa*.

Nella finestra del grafico sono disponibili le seguenti opzioni:

- *Impostazioni*: cliccando il tasto verrà visualizzata una finestra che consente di definire il valore *Minimo* e *Massimo* visualizzato nella dell'asse Y del grafico (circonferenza testa in cm).

Segue un immagine di esempio:



Dopo aver modificato i valori *Minimo* e *Massimo* cliccare il tasto *Salva* per memorizzarli.



- *Reset zoom*, consente di ripristinare le dimensioni precedenti ad un'azione di zoom;
- Possibilità di visualizzare i percentili di riferimento in *Percentile, Percentile e z-score, z-score*.
- *Dimensione marker*: consente di ridurre la dimensione dell'indicatore dei dati del paziente (pallino verde) ottimizzando la visualizzazione a video nel caso di un elevato numero di visite presenti;
- *Formato A4*, consente di visualizzare i grafici a video nelle stesse proporzioni di stampa;
- *Solo visita corrente*, visualizzerà i dati della data selezionata.

Il grafico mostrato di default è il grafico con lo storico delle visite ed è utile nel caso in cui vengano fatte più rilevazioni di peso nel corso del tempo, in quanto consente di evidenziare visivamente l'andamento dei valori.

Per visualizzare solo la visita corrente cliccare il tasto *Solo visita corrente* .

### 16.3 Deviazione dal peso ideale

In questa sezione viene calcolato il *Percentile Età - Altezza*, *Percentile Età - Peso*, *Età staturale*, *Peso staturale* ed *Eccesso/difetto ponderale*.

L'utente può prendere in considerazione sei tabelle scegliendo dal menu a tendina:

- CDC tabelle americane del 2000
- OMS/WHO tabelle del 2007
- Tanner tabelle del 1967, ancora usate da molti pediatri
- Cacciari Italia
- Cacciari Italia centro-settentrionale
- Cacciari Italia meridionale e isole

Deviazione dal peso ideale		CDC	Grafico
<b>Percentile Età - Altezza</b>	20° Percentile (z-score -0,8455)		
<b>Percentile Età - Peso</b>	81° Percentile (z-score 0,8920)		
<b>Età staturale</b>	1 anno, 6 mesi e 2 giorni		
<b>Peso staturale</b>	11,73 kg		
<b>Eccesso/difetto ponderale</b>	15,1% (1,77 kg)		

A seconda della tabella adottata i valori dei percentili presentano delle variazioni.

#### *Percentile età-altezza*

definisce il percentile dell'altezza in base all'età. Al 50<sup>esimo</sup> percentile il soggetto risulta nella media. Con valori più alti o più bassi si ha una condizione di sviluppo staturale superiore o inferiore alla norma.

#### *Percentile età-peso*

definisce il percentile del peso in base all'età. Al 50<sup>esimo</sup> percentile il soggetto risulta nella media. Con valori più alti o più bassi si ha una condizione di sviluppo ponderale superiore o inferiore alla norma. Non risulta collegato con l'altezza del soggetto.

#### *Età staturale*

indica l'età presunta in base all'altezza.

#### *Peso staturale*

indica il peso consigliato per il soggetto in base alla sua altezza.

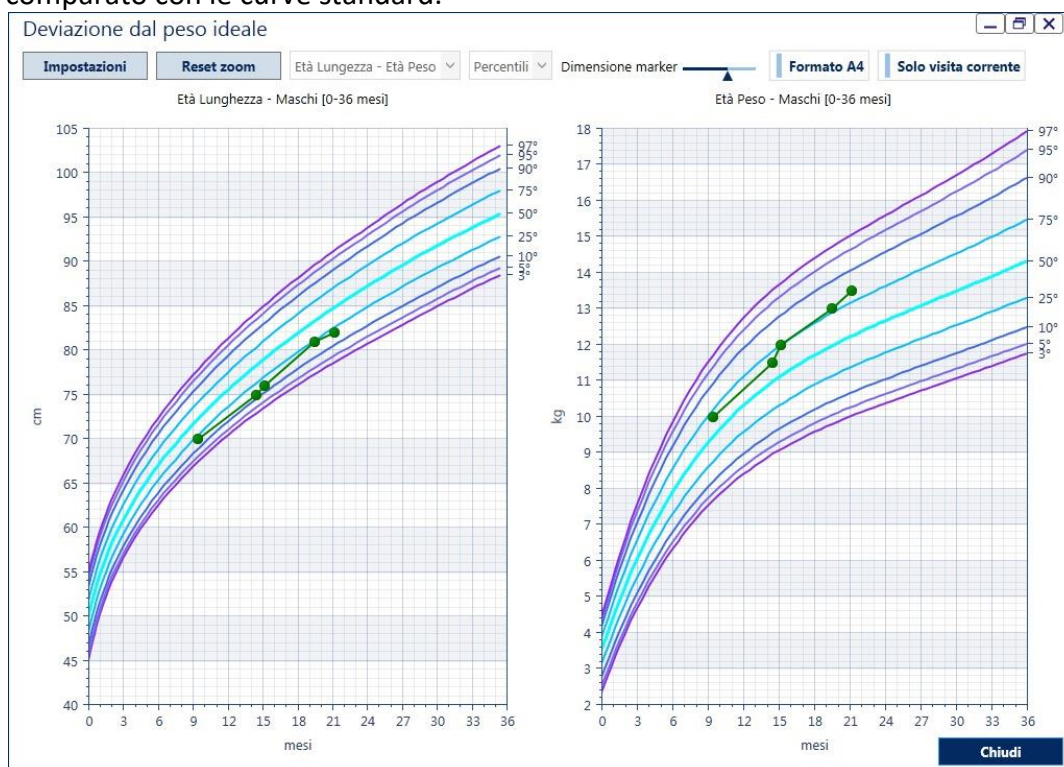
### Eccesso/Difetto ponderale

esprime l'eccesso/difetto di peso (in percentuale e in kg) rispetto al peso staturale visualizzato subito sopra.

Accanto al menu di selezione delle tabelle di riferimento è presente il tasto *Grafico*

**Grafico**

che se cliccato permetterà di visualizzare la rappresentazione grafica dei percentili *Età Lunghezza*, *Età Peso* ed i valori inseriti durante le visite del paziente selezionato (rappresentati da pallini verdi), permettendo così una valutazione grafica dell'andamento di crescita comparato con le curve standard.



La curva del 50<sup>esimo</sup> percentile di colore turchese ha uno spessore ed un'intensità di colore maggiore rispetto alle altre.

Posizionando il mouse sopra i pallini del grafico, verrà visualizzata la *Data visita*, l'*Età* del paziente e il valore della *Lunghezza* o del *Peso* a seconda del percentile in esame.

Nella finestra dei grafici sono disponibili le seguenti opzioni:


- *Impostazioni*, cliccandolo verrà visualizzata una finestra in cui poter scegliere le grandezze da visualizzare: *età-altetezza*, *età-peso*, *altetezza-peso*.

Il medico seleziona il tipo di tabella e definirà il valore *Minimo* e *Massimo* dell'asse y del grafico.

Per registrare le impostazioni inserite cliccare il tasto *Salva* **Salva**.

- *Reset zoom*, consente di ripristinare le dimensioni precedenti ad un'azione di zoom;
- Possibilità di visualizzare i percentili di riferimento in *Percentile*, *Percentile e z-score*, *z-score*.
- *Dimensione marker*: consente di ridurre la dimensione dell'indicatore dei dati del paziente (pallino verde) ottimizzando la visualizzazione a video nel caso di un elevato numero di visite presenti;
- *Formato A4*, consente di visualizzare i grafici a video nelle stesse proporzioni di stampa;
- *Solo visita corrente*, visualizzerà i dati della data selezionata.

Il grafico visualizzato rappresenta lo storico delle visite ed è utile nel caso in cui vengano fatte più rilevazioni di lunghezza e peso nel corso del tempo, in quanto consente di evidenziare visivamente l'andamento dei valori.

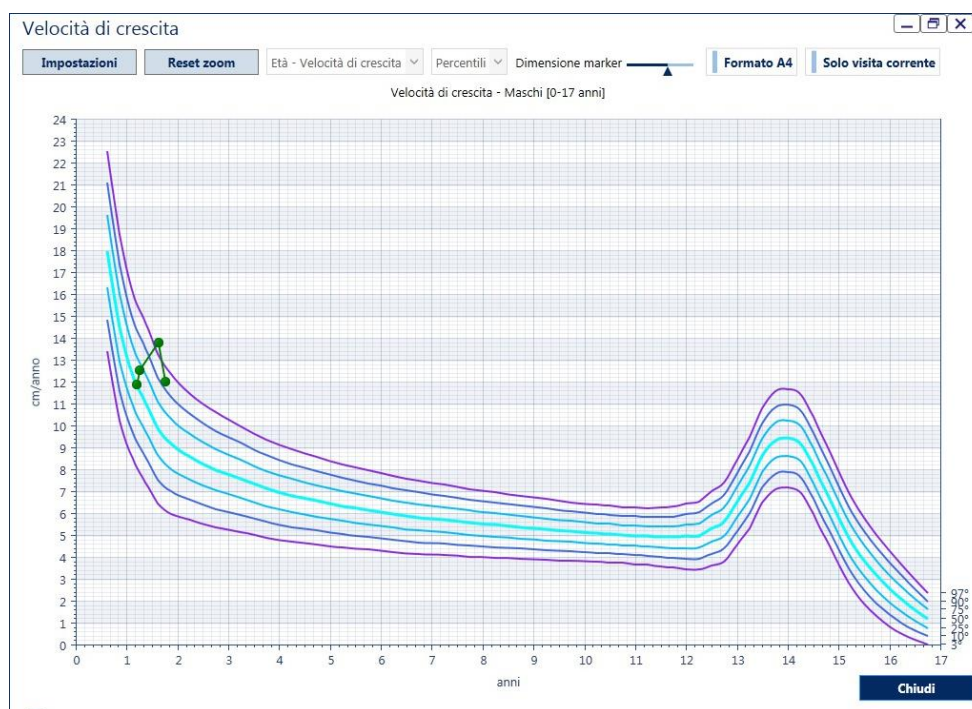
Per visualizzare solo la visita corrente cliccare il tasto *Solo visita corrente* .

#### 16.4 Valutazione della velocità di crescita

Nella *Valutazione e velocità di crescita* verrà calcolato il valore della *Velocità di crescita* e il relativo percentile z-score (percentile e z-score vengono calcolati utilizzando le tabelle di Tanner).

Inoltre cliccando il tasto *Grafico*  verrà visualizzato il grafico della *Velocità di crescita*.

Il parametro viene calcolato sui valori dell'altezza, prendendo in considerazione due visite che sono distanti tra di loro per un periodo che va da un minimo di quattro ad un massimo di otto mesi.



Nella finestra dei grafici sono disponibili le seguenti opzioni:

- *Impostazioni*, cliccando il tasto verrà visualizzata una finestra che consente di definire il valore *Minimo* e *Massimo* visualizzato nella dell'asse Y del grafico (cm/anno).

Per registrare le impostazioni inserite cliccare il tasto *Salva* .

- *Reset zoom*, consente di ripristinare le dimensioni precedenti ad un'azione di zoom;
- Possibilità di visualizzare i percentili di riferimento in *Percentile*, *z-score*, *Percentile e z-score*.
- *Dimensione marker*: consente di ridurre la dimensione dell'indicatore dei dati del paziente (pallino verde) ottimizzando la visualizzazione a video nel caso di un elevato numero di visite presenti;
- *Formato A4*, consente di visualizzare i grafici a video nelle stesse proporzioni di stampa;
- *Solo visita corrente*, visualizzerà i dati della data selezionata.

Il grafico visualizzato rappresenta lo storico delle visite ed è utile nel caso in cui vengano fatte più rilevazioni nel corso del tempo, in quanto consente di evidenziare visivamente l'andamento dei valori.

Per visualizzare solo la visita corrente cliccare il tasto *Solo visita corrente* Solo visita corrente.

### 16.5 Stadi puberali


In questa sezione l'utente andrà a registrare lo stadio puberale in termini di stadio di sviluppo mammella/genitali, peli pubici e per quanto riguarda i pazienti di sesso maschile è possibile registrare il volume testicolare in ml valutato con orchidometro.

Cliccando il tasto *Modifica* Modifica l'utente accede ad una scheda grafica, differenziata per genere, di ausilio nella definizione dello stadio puberale.


Seguono due immagini di esempio per sesso maschile e femminile:

**Genitali (G)**
**Peli Pubici (PH)**


**G1 - Età Prepuberale**  
Pene, testicoli, scroto di dimensioni infantili




**G2 - Età 11.64 (9.50 - 13.78)**  
Ingrossamento dello scroto e dei testicoli, senza aumento di volume del pene. Iniziale pigmentazione dello scroto



**G3 - Età 12.85 (10.77 - 14.93)**  
Aumento del pene, specie in lunghezza. Ulteriore crescita dello scroto e dei testicoli




**G4 - Età 13.7 (11.73 - 15.81)**  
Aumento del pene, soprattutto in spessore, con sviluppo del glande. Ulteriore crescita dello scroto e dei testicoli




**G5 - Età 14.92 (12.72 - 17.12)**  
Genitali di forma e dimensioni adulte


**PH1 - Età Prepuberale**  
Assenza di peli pubici




**PH2 - Età 13.44 (11.26 - 15.62)**  
Pochi peli lunghi, poco pigmentati, sottili, lisci o leggermente arricciati, soprattutto alla base del pene



**PH3 - Età 13.90 (11.82 - 15.98)**  
Peli più scuri, grossi, arricciati, sparsi sul pube



**PH4 - Età 14.36 (12.20 - 16.52)**  
Peli di tipo adulto, su una superficie più ridotta rispetto a quella dell'adulto













**PH5 - Età 15.18 (13.04 - 17.32)**  
Peli di tipo adulto per qualità e quantità

**Volume Testicolare**

Volume Testicolare SX [ml]	---	v	Volume Testicolare DX [ml]	---	v
----------------------------	-----	---	----------------------------	-----	---

Annulla
Conferma

Mammelle (B)	Peli Pubici (PH)
 <p><b>B1 - Età Prepuberale</b> Mammella infantile: sporge solo la papilla</p>	 <p><b>PH1 - Età Prepuberale</b> Assenza di peli pubici</p>
 <p><b>B2 - Età 11.15 (8.95 - 13.25)</b> Stadio del bottone mammellare: la mammella e la papilla si ingrossano leggermente: il diametro della areola si allarga</p>	 <p><b>PH2 - Età 11.69 (9.27 - 14.11)</b> Peli sottili, lunghi e chiari, lisci o leggermente arricciati, soprattutto lungo le grandi labbra</p>
 <p><b>B3 - Età 12.15 (9.97 - 14.33)</b> Ulteriore ingrossamento mammario e dell'areola, senza separazione dei loro contorni</p>	 <p><b>PH3 - Età 12.36 (10.16 - 14.56)</b> Peli più scuri, gorsci, arricciati, sparsi sul pube</p>
 <p><b>B4 - Età 13.1 (10.81 - 15.31)</b> Areola e papille diventano sporgenti</p>	 <p><b>PH4 - Età 12.95 (10.83 - 15.07)</b></p>
 <p><b>B5 - Età 15.33 (11.85 - 18.81)</b> Mammelle di aspetto adulto: protrusione del solo capezzolo in seguito alla retrazione dell'areola sulla superficie della mammella</p>	 <p><b>PH5 - Età 14.41 (12.17 - 16.65)</b> Peli di tipo adulto, su un'area più piccola rispetto alla donna adulta</p>

Cliccando le immagini e impostando il *Volume Testicolare* (solo per pazienti di sesso maschile) sarà possibile definire lo stadio di sviluppo del paziente.

Dopo aver definito lo stadio di sviluppo del paziente, cliccare il tasto *Conferma*  per memorizzarli, i dati saranno riepilogati nelle corrispondenti voci della sezione *Stadi Puberali*.

## 16.6 Stima altezza futura

Cliccando il tasto *Info Genitori*  dal menù di MètaClinic® verrà visualizzata una finestra in cui poter inserire delle informazioni sui genitori del paziente.

- □ X

### Informazioni sui genitori

<b>Madre</b>		<b>Padre</b>	
Altezza [cm]	<input type="text" value="168,0"/>	Altezza [cm]	<input type="text" value="178,0"/>
Professione	<input type="text" value="Impiegato / religioso / ..."/>	Professione	<input type="text" value="Professionista / Dirigente"/>
Titolo di studio	<input type="text" value="Superiore"/>	Titolo di studio	<input type="text" value="Universitaria"/>
Stato civile	<input type="text" value="Coniugato /a"/>	Stato civile	<input type="text" value="Coniugato /a"/>
Etnia	<input type="text" value="Caucasica"/>	Etnia	<input type="text" value="Caucasica"/>
Italiana	<input type="text" value="Sì"/>	Italiana	<input type="text" value="Sì"/>
Nazione	<input type="text" value=""/>	Nazione	<input type="text" value=""/>
Parla italiano	<input type="text" value=""/>	Parla italiano	<input type="text" value=""/>

Stima altezza futura del bambino

<b>Altezza minima</b>	171,0 cm - 21° Percentile (z-score -0,8170)
<b>Altezza media</b>	179,5 cm - 64° Percentile (z-score 0,3718)
<b>Altezza massima</b>	188,0 cm - 94° Percentile (z-score 1,5700)

I dati richiesti consentono di integrare le valutazioni già elaborate, nella schermata principale, con la previsione dell'altezza futura del bambino (e percentile di riferimento), calcolata attraverso i dati dell'Altezza del padre e della madre.

Nella finestra *Informazioni sui genitori* è anche possibile inserire dati socio-demografici con descrizione della situazione familiare specificando *Professione, Titolo di studio, Stato civile, Etnia, Nazione* del padre e della madre e la conoscenza parlata della lingua italiana.

I dati hanno finalità conoscitiva con cui in futuro si potranno fare delle statistiche.

Il sistema infatti, determina automaticamente, sulla base dei dati di altezza dei genitori, la possibile altezza futura del bambino. Sono calcolati i seguenti valori:

- *Altezza media* che sarà la più probabile,
- *Altezza minima* e *massima* che il bambino potrà raggiungere in base alle caratteristiche genetiche dei genitori.

Per individuare il percentile dell'altezza di riferimento l'utente può scegliere se utilizzare le tabelle *CDC* (tabelle americane), *OMS/WHO*, *Tanner* o le tabelle di *Cacciari* (tabelle italiane), in cui è anche possibile specificare l'origine geografica per il *Centro-Nord* e *Sud* Italia.

Stima altezza futura del bambino

<b>Altezza minima</b>	<input style="width: 100%;" type="text" value="CDC"/> <ul style="list-style-type: none"> <li style="background-color: #007bff; color: white; padding: 2px;">CDC</li> <li style="padding: 2px;">OMS/WHO</li> <li style="padding: 2px;">Tanner</li> <li style="padding: 2px;">Cacciari Italia</li> <li style="padding: 2px;">Cacciari Centro-Nord</li> <li style="padding: 2px;">Cacciari Sud</li> </ul>
<b>Altezza media</b>	
<b>Altezza massima</b>	

I dati calcolati, relativi alla possibile altezza futura del bambino e relativo percentile di riferimento sono visualizzati nella corrispondente sezione *Stima altezza futura* del modulo *Pediatria*.

### 16.7 Valutazione dal BMI e Deviazione dal BMI ideale

Il software calcola automaticamente il BMI del soggetto e ne analizza la deviazione rispetto al BMI ideale attraverso l'ausilio di tabelle.

#### Valutazione del BMI

<b>BMI</b>	15,61 kg/m <sup>2</sup>
<b>Deviazione dal BMI ideale</b>	CDC <span style="float: right;"><a href="#">Grafico</a></span>
<b>Percentile Età - BMI</b>	32° Percentile (z-score -0,4671)
<b>BMI ideale</b>	16,14 (peso da BMI ideale: 13,96 kg)
<b>Indice di Cole</b>	96,7%

Per il calcolo della deviazione l'utente può scegliere se utilizzare le tabelle CDC (americane), OMS/WHO oppure le tabelle di *Cacciari* (tabelle italiane), in cui è anche possibile specificare l'origine geografica per il *Centro-Nord* e *Sud* Italia.

#### Deviazione dal BMI ideale

<b>Percentile Età - BMI</b>	CDC
<b>BMI ideale</b>	CDC
<b>Indice di Cole</b>	OMS/WHO
	Cacciari Italia
	Cacciari Centro nord
	Cacciari Sud

#### Valutazione cut-off internaz. di Cole

BMI 35      BMI 30


I dati calcolati sono:

- *Percentile Età - BMI*: ossia il percentile del BMI in riferimento all'età
- *BMI ideale*: il BMI consigliato in base all'età del soggetto
- *Indice di Cole*: valore ottenuto dal prodotto tra 100 ed il rapporto tra BMI reale e BMI ideale.

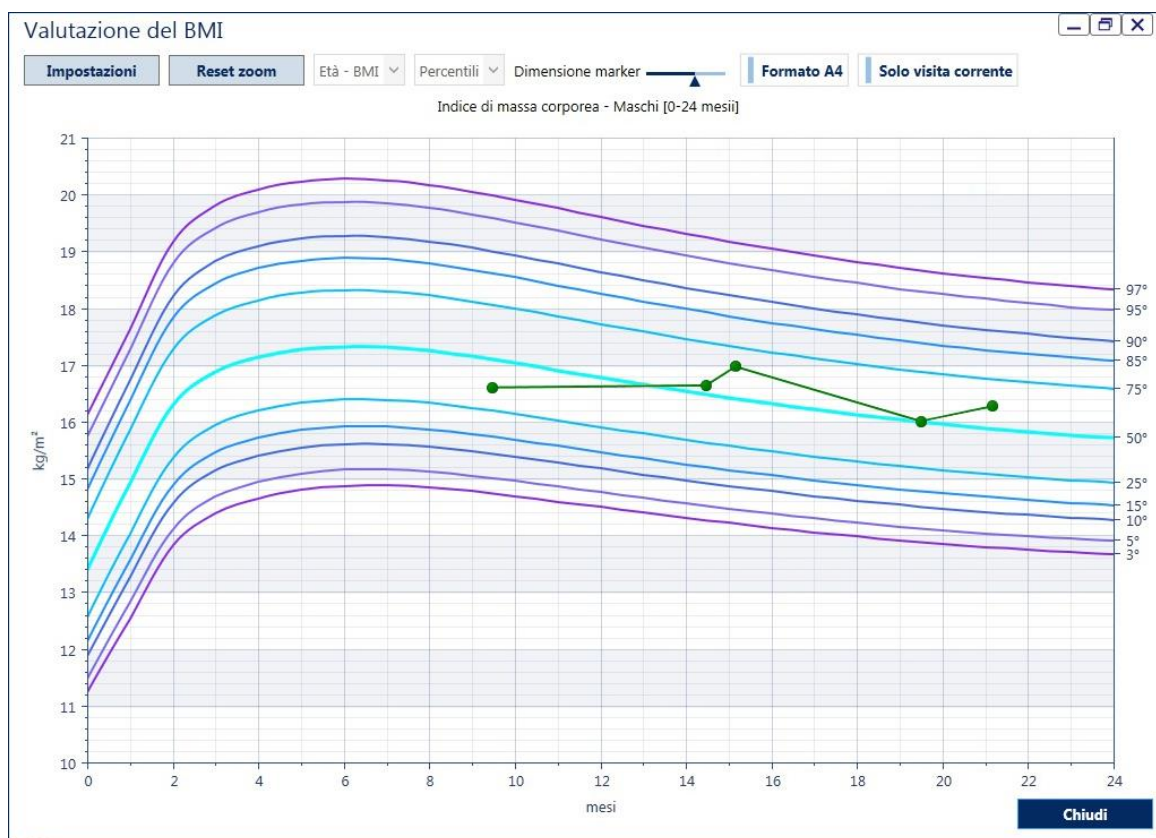
Se inferiore a 100 il soggetto ha un BMI reale inferiore a quello ideale.

Al contrario un indice superiore a 100 sta ad indicare un BMI reale superiore a quello ideale.

Per valori di indice di Cole superiori a 120 si parla di situazione ponderale "da tenere sotto controllo".

Il tasto *Grafico*  visualizza la rappresentazione grafica del percentile del BMI rispetto all'età.

I valori del paziente sono indicati con dei pallini verdi.



Nella finestra dei grafici sono disponibili le seguenti opzioni:

- *Impostazioni*, cliccando il tasto verrà visualizzata una finestra che consente di definire il valore *Minimo* e *Massimo* visualizzato nella dell'asse Y del grafico (BMI kg/m<sup>2</sup>).

Per registrare le impostazioni inserite cliccare il tasto *Salva* Salva.

- *Reset zoom*, consente di ripristinare le dimensioni precedenti ad un'azione di zoom;
- Possibilità di visualizzare i percentili di riferimento in *Percentile*, *z-score*, *Percentile* e *z-score*.
- *Dimensione marker*: consente di ridurre la dimensione dell'indicatore dei dati del paziente (pallino verde) ottimizzando la visualizzazione a video nel caso di un elevato numero di visite presenti;
- *Formato A4*, consente di visualizzare i grafici a video nelle stesse proporzioni di stampa;
- *Solo visita corrente*, visualizzerà i dati della data selezionata.

Il grafico visualizzato rappresenta lo storico delle visite ed è utile nel caso in cui vengano fatte più rilevazioni nel corso del tempo, in quanto consente di evidenziare visivamente l'andamento dei valori.

Per visualizzare solo la visita corrente cliccare il tasto *Solo visita corrente* Solo visita corrente.

## 16.8 Valutazione cut-off internazionale di Cole

In questa sezione viene mostrato un parallelismo tra i BMI soglia validi per gli adulti e quelli corrispondenti per i pazienti dell'età in questione.

BMI= 25, BMI =30 e BMI =35

rappresentano i valori soglia che definiscono le condizioni di sovrappeso (tra 25 e 30), di obesità (tra 30 e 35) e di obesità patologica (oltre 35), per gli adulti.

BMI= 18.5, BMI =17 e BMI =16

rappresentano le condizioni di sottopeso leggero (tra 18.5 e 17), di sottopeso moderato (tra 17 e 16) e di sottopeso grave (al di sotto di 16).

Quindi anche all'età evolutiva è stato applicato il principio di *cut off point* secondo cui i valori soglia del BMI negli adulti (25; 30, 35, 18.5; 17, 16) sono riconducibili a valori di BMI avuti in età infantile. Viceversa a valori di BMI in età infantile è possibile associare valori di BMI che potrebbero essere raggiunti in età adulta.

Viene fatta una sorta di previsione per il futuro secondo cui ad un valore di BMI nel bambino/adolescente corrisponderebbe una posizione nella classificazione internazionale delle condizioni di sottopeso, sovrappeso e obesità nell'adulto.

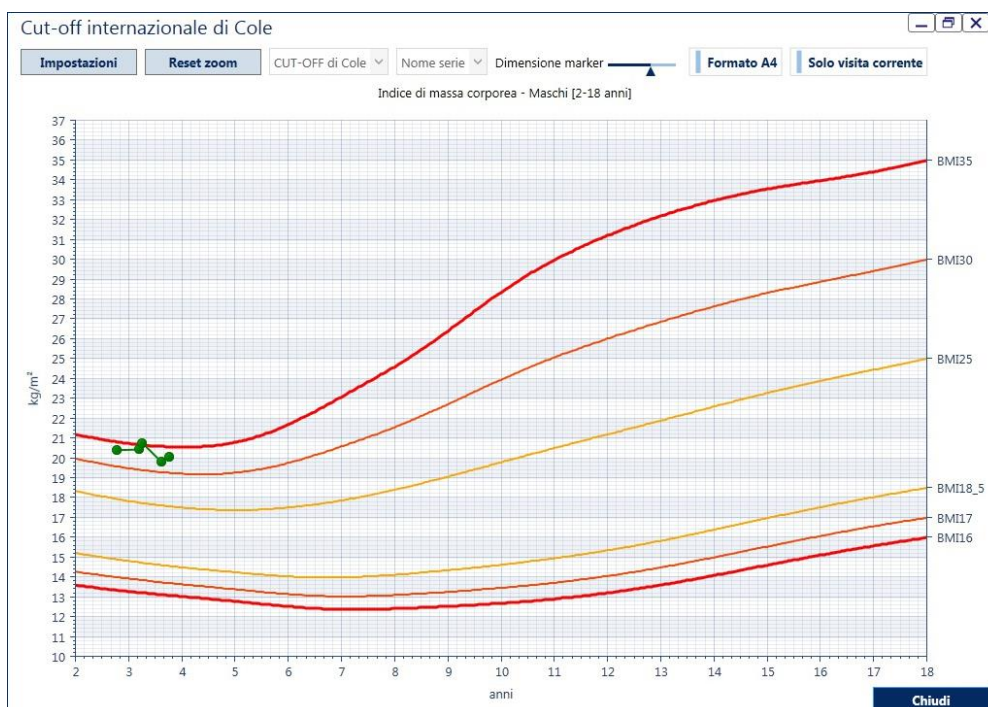
Il grafico mostra chiaramente il concetto. La linea gialla rappresenta l'andamento previsto per il BMI fino ai valori soglia del sovrappeso (pari a 25) e sottopeso (pari a 18.5), a 18 anni.

La linea rossa rappresenta l'andamento previsto per il BMI fino al valore soglia dell'obesità (pari a 30) e del sottopeso moderato (pari 17), a 18 anni.

La linea rossa doppiamente marcata rappresenta l'andamento previsto per il BMI fino al valore soglia dell'obesità grave (pari a 35) e del sottopeso grave (pari 16) ,a 18 anni.

Se il BMI del nostro paziente si trova per esempio nella fascia tra le due linee (gialla e rossa del BMI 25-30) si prevede che a 18 anni sarà un adulto sovrappeso.

Nella sezione della valutazione dei cut-off internazionali di Cole viene definito lo "stato nutrizionale" del paziente come "nella norma" oppure "a rischio sovrappeso", "a rischio obesità", sottopeso leggero, sottopeso moderato, sottopeso grave.



## 17. Documenti

Nel modulo *Documenti* è possibile creare dei referti per i pazienti con la possibilità di inserire anche automaticamente i dati delle visite. Ogni dato archiviato in MètaClinic può essere inserito automaticamente in documenti che ogni medico può organizzarsi autonomamente. Questa funzione permette di avere infinite stampe automatiche personalizzate, riempite automaticamente di dati.

Si accede al modulo cliccando il tasto *Documenti* **DOCUMENTI** presente nel menù di MètaClinic®, verrà visualizzata una finestra come la seguente

Nome	Data	Modificato da	Centro
Lettera di dimissione (10/04/2017)	10/04/2017 11:02	Utente2	Oracle Centro 1
Storico complicanze (10/04/2017)	10/04/2017 11:01	Utente2	Oracle Centro 1
valori esami (10/04/2017)	10/04/2017 10:42	Utente2	Oracle Centro 1

Nella colonna di sinistra sono presenti i modelli dei documenti ed è possibile dividerli in gruppi secondo le proprie esigenze.

Nella colonna di destra è presente la lista dei documenti salvati per il paziente selezionato.

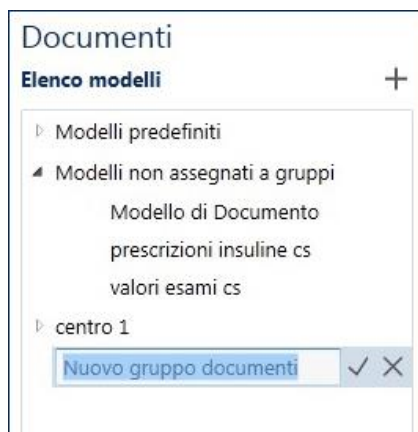
### 17.1 Creazione di un nuovo gruppo di modelli


Per poter gestire i gruppi di modelli è necessario essere un utente amministratore.

Cliccando il tasto *Crea nuovo gruppo* **+** verrà creato un nuovo gruppo di documenti in cui bisognerà specificare il nome e confermare cliccando il tasto **✓**.

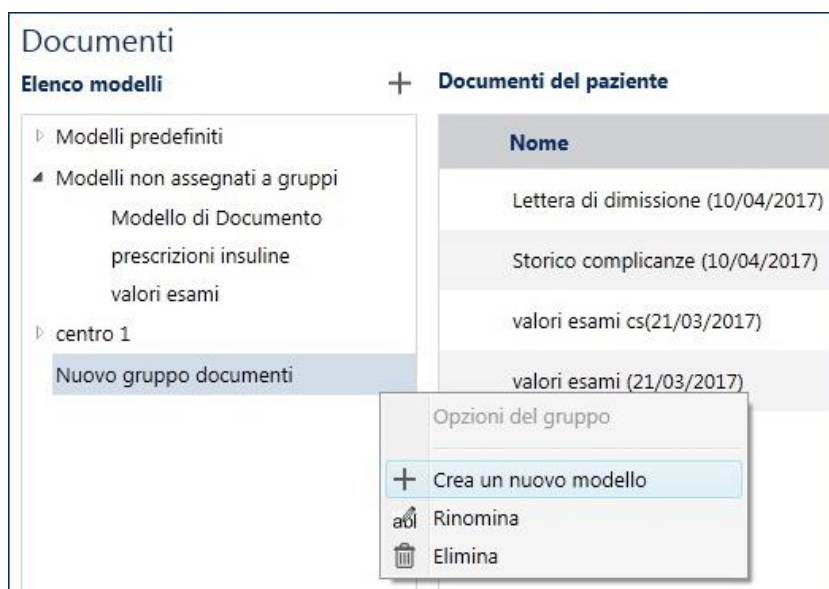
Cliccando il tasto **✕** verrà annullata la creazione del nuovo gruppo di documenti.




Segue un'immagine di esempio:





Posizionando il mouse sopra il nome dei gruppi dei documenti verrà visualizzata l'icona *Opzioni*  che se cliccata visualizzerà un menù dal quale sarà possibile rinominare o eliminare il gruppo selezionato o creare un nuovo modello di documento.

Segue un immagine in cui viene visualizzato il menù *Opzioni*:

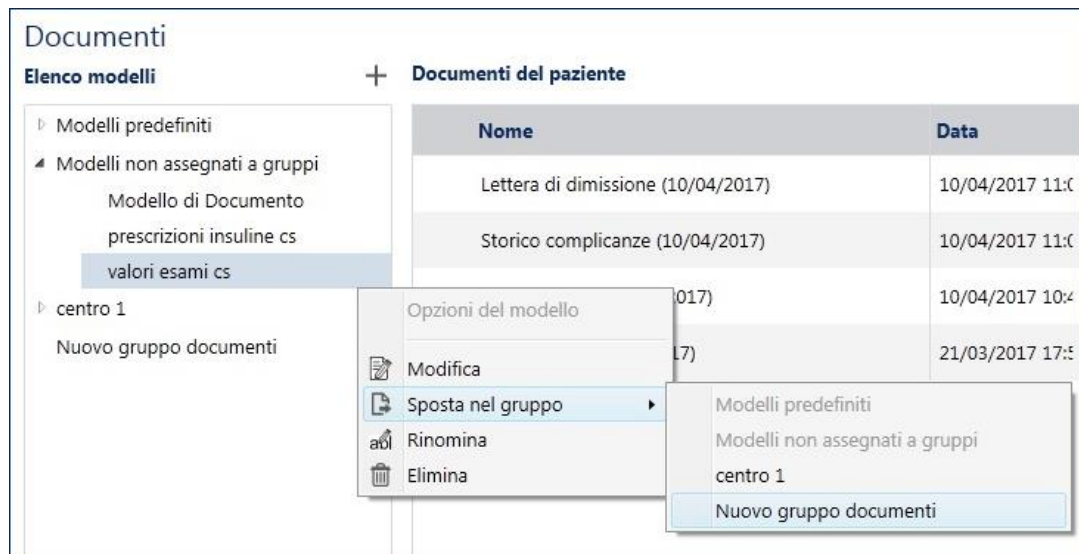


Cliccare l'opzione  *Rinomina* se si vuole cambiare nome ad un gruppo di documenti,  *Elimina* per cancellare il gruppo selezionato o  *Crea un nuovo modello* per creare un nuovo modello di documento e associarlo al gruppo corrente.

Non è possibile cancellare gruppi contenenti modelli di documenti quindi se si vuole cancellarne uno che ha al suo interno dei documenti bisognerà procedere prima alla cancellazione dei modelli o in alternativa spostarli in altri gruppi.

Per spostare un documento in un altro gruppo bisogna posizionare il mouse sopra il nome del modello di documento che si vuole spostare, quindi cliccare il tasto *Opzioni* , selezionare la voce del menù  *Sposta nel gruppo*, che a sua volta visualizzerà un ulteriore menù con la lista dei gruppi presenti e selezionandone uno, il documento verrà spostato in esso.

Segue un immagine di esempio:



## 17.2 L'editor dei documenti:

L'editor dei modelli è diviso in tre aree:

- *menù editor documenti* da cui è possibile formattare il testo, inserire immagini, impostare i margini di pagina dei documenti, cambiare tipo di visualizzazione dei documenti ed altre opzioni;
- *area creazione documenti* in cui è possibile scrivere il testo ed inserire tutti gli elementi che andranno a comporre il documento:
- *opzioni dati pazienti*, è l'elenco completo di tutti i valori dinamici che è possibile inserire nel documento.

In fase di apertura di un modello di documento i valori dinamici richiameranno i dati memorizzati durante le visite, come ad esempio i valori degli esami di laboratorio o i farmaci delle terapie prescritte e creeranno un documento personalizzato per ogni paziente.

## Menù Home

Nel menù *Home* sono presenti gli strumenti per la formattazione del testo, la creazione di elenchi puntati, di stili e strumenti per la gestione degli appunti e di ricerca testo.

Risulta diviso in varie sezioni:

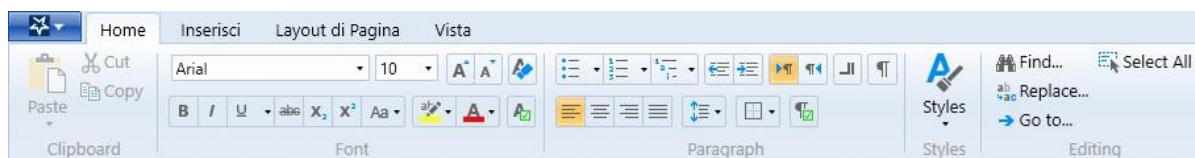
- *Clipboard*: ci sono i tasti per eseguire la copia negli appunti del computer (in memoria) di testo o immagini e l'incolla che è il procedimenti inverso e cioè copiare nel documento che stiamo editando il testo o l'immagine che abbiamo negli appunti.

Queste funzioni sono utili se si vuole portare del testo o delle immagini da un documento ad un altro.

- *Font*: ci sono i tasti per cambiare tipo di font, tipo di formattazione e colore dei testi.
- *Paragraph*: ci sono le principali funzioni per formattare i paragrafi e creare elenchi puntati.

- *Styles*: è possibile creare stili personalizzati di paragrafi.
- *Editing*: troviamo strumenti di ricerca di testi nei documenti ed è anche possibile effettuare sostituzioni di caratteri e parole.

Segue l'immagine di esempio del menù *Home*:

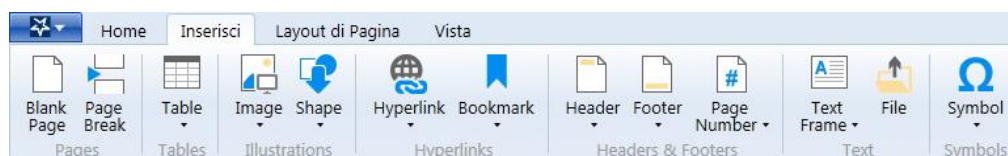


## Menù Inserisci

Nel menù *Inserisci* sono presenti gli strumenti per la creazione di tabelle, di forme geometriche, l'import di immagini e simboli, l'inserimento di intestazioni e piè di pagina.

Le sezioni disponibili in questo menù sono le seguenti:

- *Pages*: sono presenti due tasti, *Blank Pages* che permette di inserire una nuova pagina vuota e *Page Break* inserisce un'interruzione di pagina.
- *Tables*: permette di creare delle tabelle selezionando il numero di righe e colonne il modo grafico o in alternativa specificando i dettagli numericamente cliccando il tasto *Insert table*.
- *Illustrations*: è possibile inserire immagini nel documento e vari tipi di forme selezionabili da un elenco esistente.
- *Hyperlinks*: permette di inserire link nel documento.
- *Headers & Footers*: permette di creare un'intestazione e piè di pagina dei documenti e inserire il numero di pagina.
- *Text*: è possibile creare una cornice contenente del testo e importare dei files di diversi formati.
- *Symbols*: da qui è possibile inserire vari simboli tra cui ©, ® ed altri.



## Menù Layout di pagina

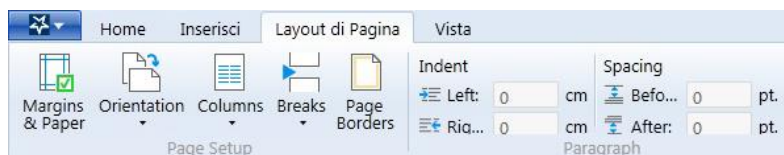
Nel menù *Layout di Pagina* sono presenti gli strumenti per definire ed impostare la formattazione della pagina dei documenti.

Sono presenti nelle seguenti sezioni:

- *Page Setup*: con i tasti *Margins & Papers* e *Orientation* è possibile impostare le dimensioni dei margini, dell'intestazione e piè di pagina, delle colonne e dell'orientamento delle pagine. Con il tasto *Columns* si può impostare la pagina per avere due o tre colonne.

- *Paragraph*: in questa sezione sono presenti gli strumenti per impostare l'indentatura e la distanza prima e dopo i paragrafi.

Segue un immagine di esempio del menù:



## Menù Vista

Nel menù *Vista* sono presenti gli strumenti per personalizzare la visualizzazione dell'editor dei documenti.

Sono presenti le seguenti sezioni:

- *Vista Documenti*: permette di cambiare tipo di visualizzazione in *Bozza* o *Layout Stampa* e di cambiare lo *Zoom* della pagina.

- *Mostra*: permette di visualizzare o nascondere il *Righello Orizzontale*, *Righello Verticale* e la *Barra di Stato*.



- *Correzione*: è possibile scegliere la lingua di visualizzazione.

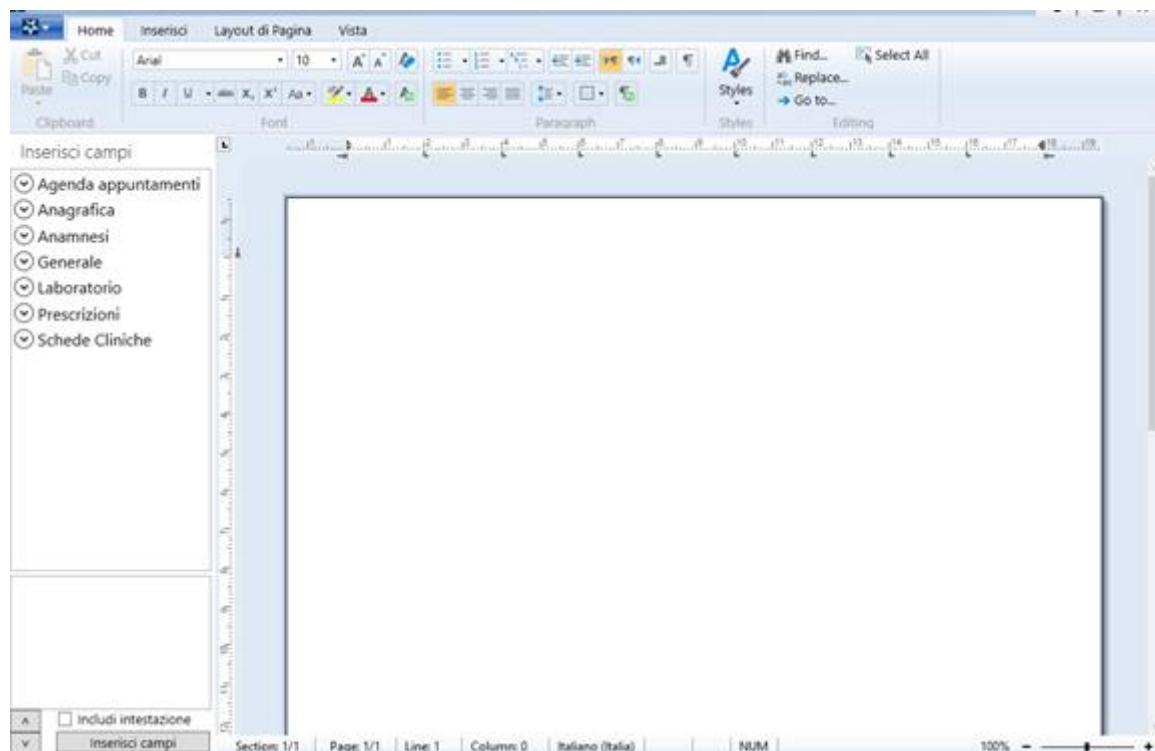
Segue un immagine di esempio del menù:



## 17.3 Creazione di un nuovo modello

Per poter creare, modificare o cancellare i modelli di documenti è necessario essere un utente amministratore.

Posizionando il mouse sopra il nome di un gruppo di modelli verrà visualizzato il tasto *Opzioni*  e cliccandolo apparirà un menù dal quale poter selezionare  **Crea un nuovo modello**, verrà generato un nuovo *Modello di documento* vuoto come visibile nell'immagine seguente:



Sarà possibile creare il documento come se si utilizzasse un normale programma di videoscrittura ad eccezione dei campi dinamici che sarà possibile inserire per avere in automatico le informazioni del paziente che è stato selezionato in MètaClinic®.

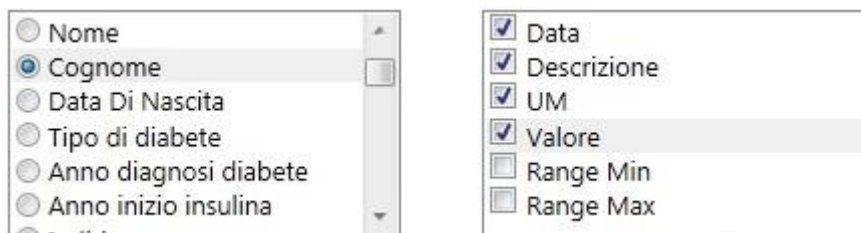
Nella colonna di sinistra dell'editor del documento è disponibile l'elenco completo di tutti i campi, raggruppati per modulo di MètaClinic®, che è possibile inserire per personalizzare il modello di documento che si sta creando, come visibile dall'immagine seguente:




I campi dinamici possono inserire un singolo valore o più valori a seconda del tipo selezionato.

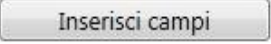
E' possibile distinguere i due tipi in fase di selezione, il campo singolo viene selezionato cliccando un cerchio  mentre il campo che può inserire più valori viene selezionato cliccando un quadrato .

Seguono due immagini di esempio in cui è visibile una selezione di un campo singolo e una selezione di campi multipli:

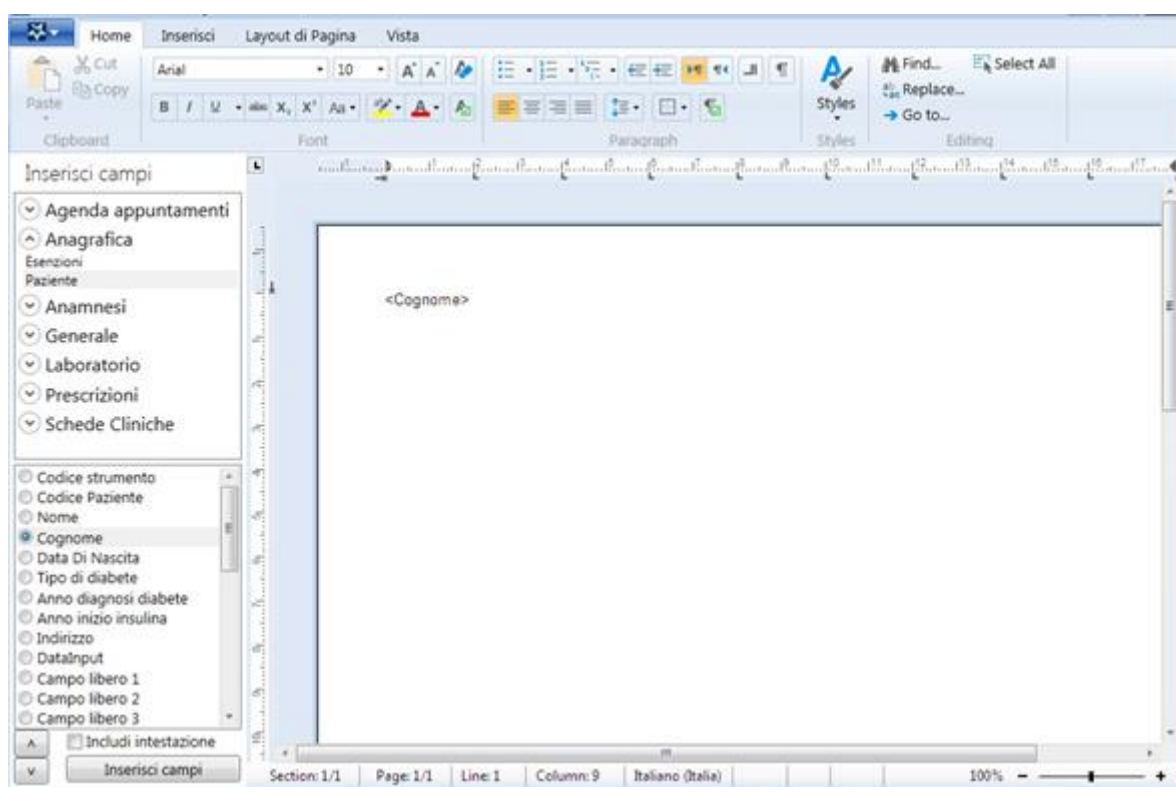


### Aggiunta di un campo dinamico singolo al documento


Cliccando la freccia  visibile alla sinistra del nome del gruppo verranno visualizzati i dettagli disponibili da poter inserire nel documento, quindi selezionando un'opzione, tra le disponibili, verranno visualizzati i dettagli da poter aggiungere al documento.

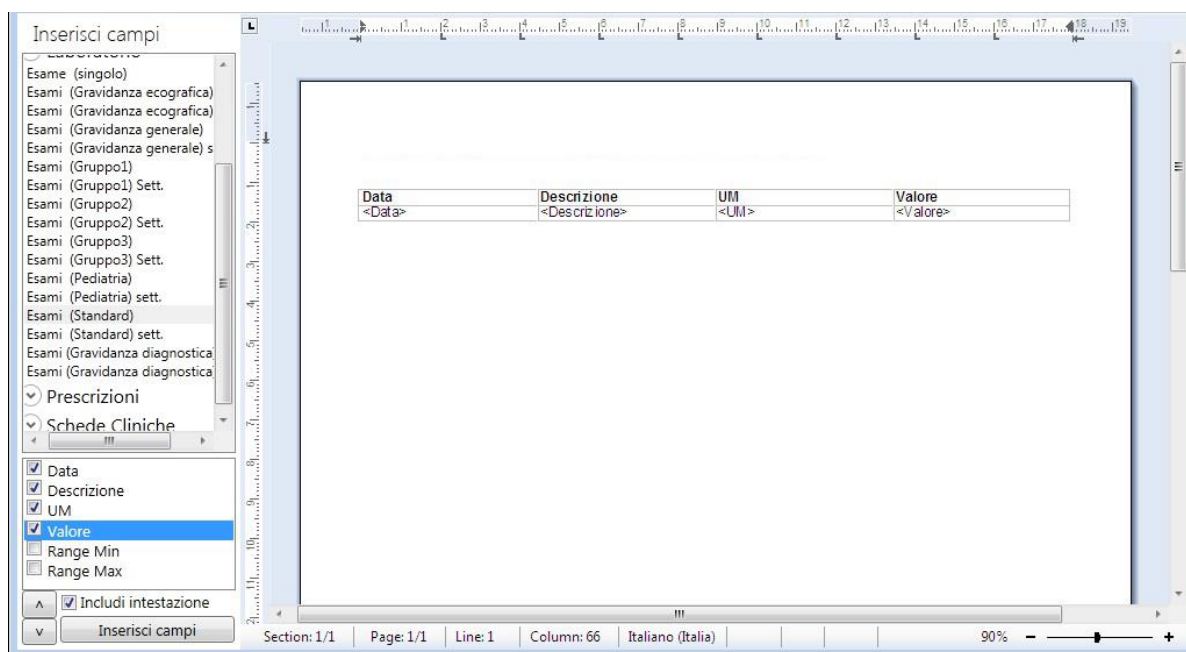
Segue un'immagine di esempio in cui è stato espanso il gruppo *Anagrafica*, selezionato il campo *Paziente* e il dettaglio *Cognome* e cliccato il tasto *Inserisci campi* .

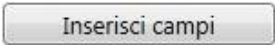
L'opzione *Cognome* viene aggiunta al documento in prossimità della posizione del cursore e viene visualizzato il nome del campo inserito *<Cognome>*.



### Aggiunta di un campo dinamico multiplo al documento

Come per l'aggiunta del singolo campo dinamico, cliccando la freccia  visibile alla sinistra del nome del gruppo verranno visualizzati i dettagli disponibili da poter inserire nel documento, quindi selezionando un'opzione, tra le disponibili, verranno visualizzati i dettagli da poter aggiungere al documento e sarà possibile effettuare più di una selezione come visibile nell'immagine seguente:




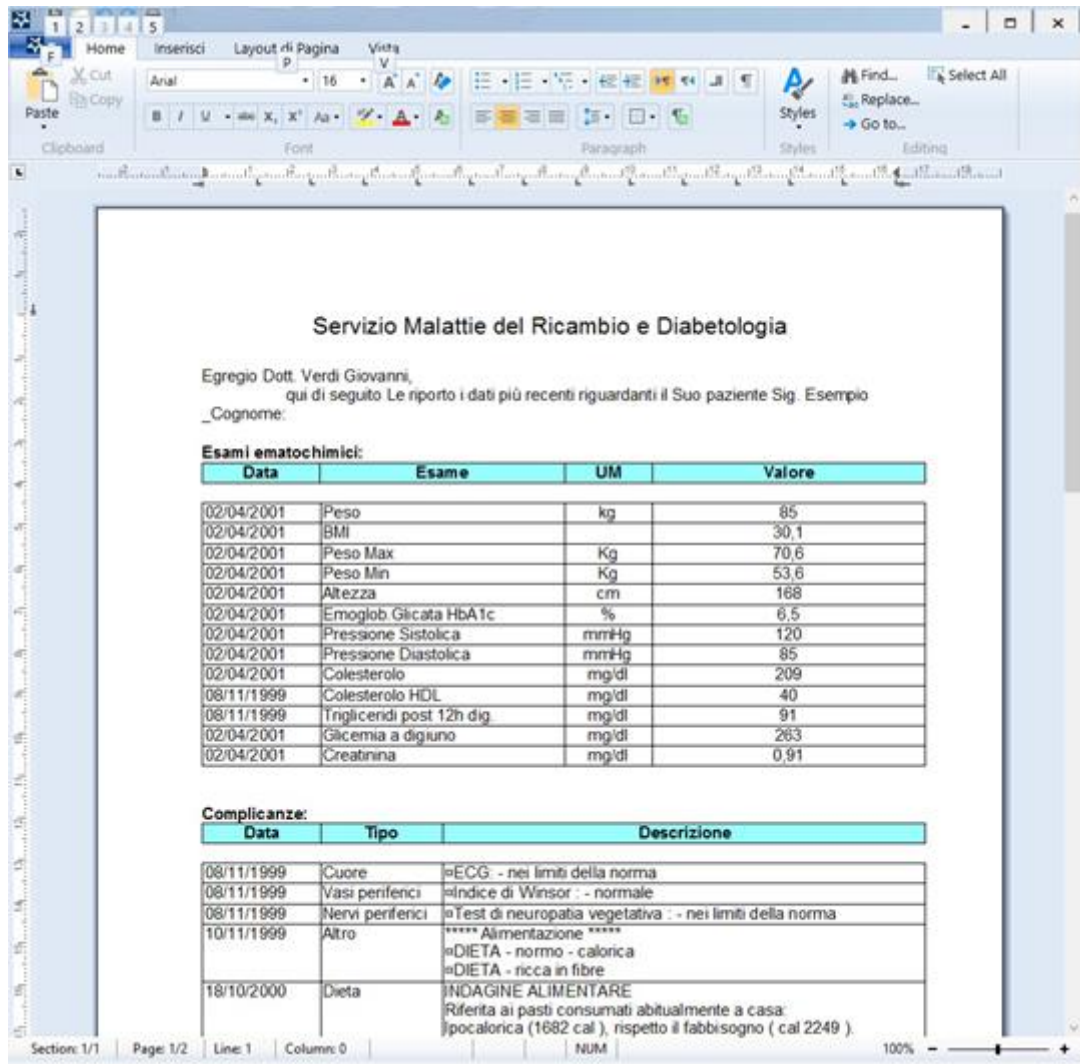
Dopo aver espanso il gruppo *Laboratorio*, è stata selezionata l'opzione *Esami (Standard)* e i dettagli *Data*, *Descrizione*, *UM* e *Valore* e quindi inseriti nel documento, attivando l'opzione *Includi intestazione*, cliccando il tasto *Inserisci campi* .

Attivando l'opzione *Includi intestazione*, oltre ai valori degli esami, verrà visualizzato il nome del campo come intestazione della colonna.

#### 17.4 Creazione di un documento per un paziente

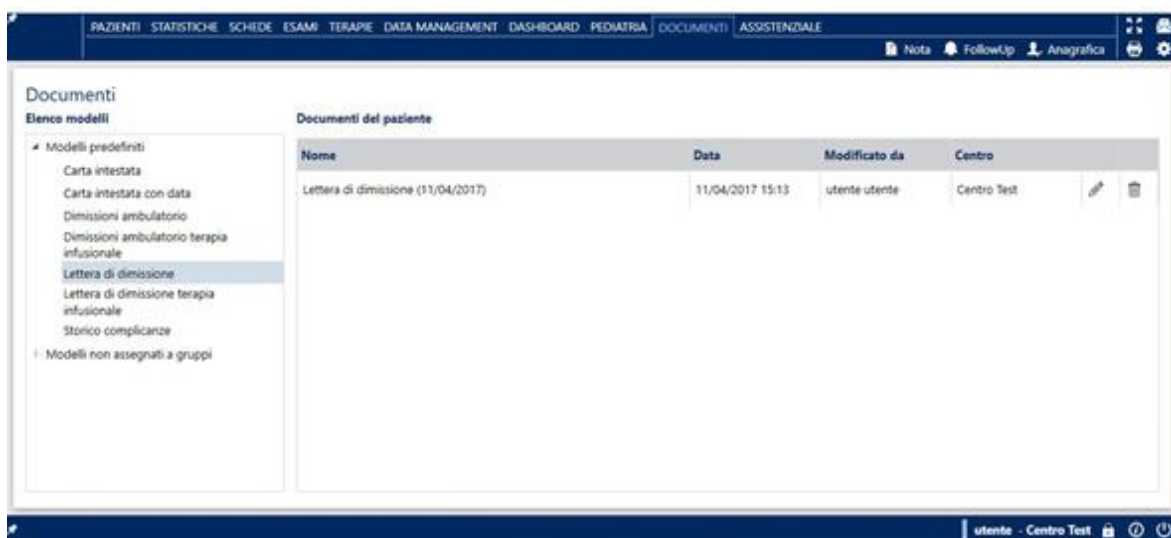
Dopo aver creato modelli di documenti è possibile generare in automatico i referti che saranno memorizzati nella cartella del paziente selezionato.

Cliccando due volte il nome di un modello di documento, dall'*Elenco modelli*, o il tasto *Crea documento per il paziente*  (che apparirà posizionando il mouse sopra il nome di un modello di documento) verrà aperto l'editor dei documenti e creato un documento, ed in base ai campi dinamici contenuti del modello, popolato con i dati del paziente selezionato come visibile nell'immagine seguente:





Nel documento generato in automatico, è anche possibile effettuare correzioni o aggiungere del testo.

Terminata la compilazione del documento sarà possibile salvarlo nella colonna *Documenti del paziente* e resterà quindi memorizzato nella cartella del paziente selezionato, come visibile nell'immagine seguente:




Una volta salvati nella cartella di un paziente i documenti perderanno i campi dinamici e resteranno memorizzati i dati presenti al momento della creazione.


Gli utenti amministratori possono modificare i documenti cliccando il tasto *Modifica documenti*  ed eliminarli cliccando il tasto *Elimina documento* .

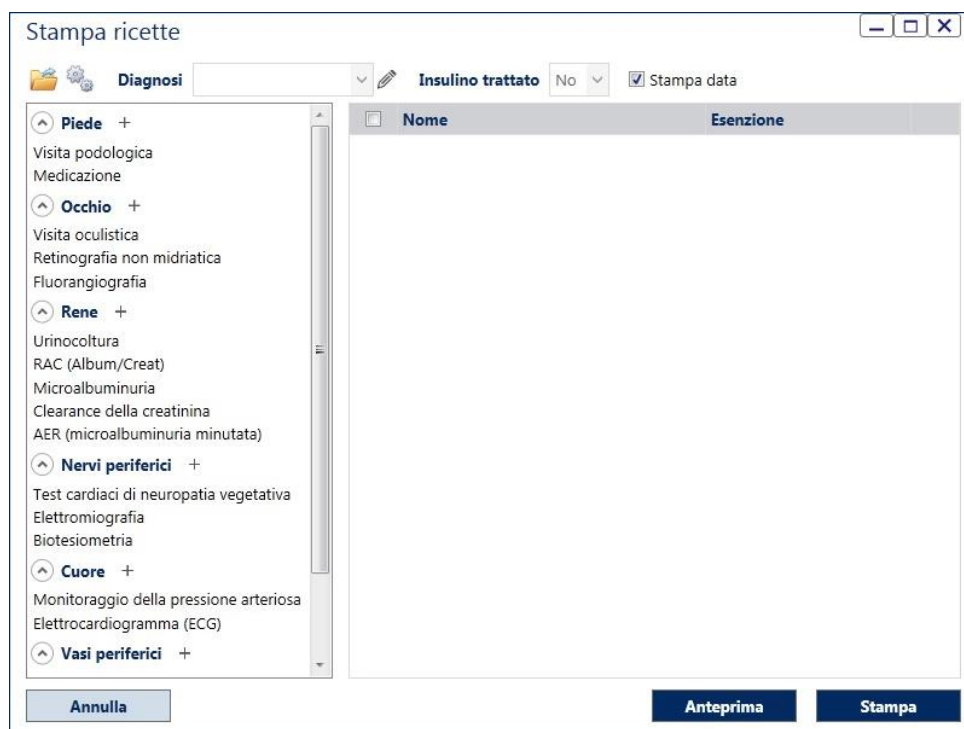
## 18. Ricetta Rossa

Da MètaClinic® è possibile stampare la *Ricetta rossa* per la prescrizione di esami strumentali (modulo *Schede*), esami di laboratorio (modulo *Esami*), farmaci per terapie diabetologiche e non diabetologiche (modulo *Terapie*).


Si accede alla compilazione della *Ricetta rossa* cliccando l'icona  presente nei moduli delle *Schede*, *Esami* e *Terapie*.

### 18.1 Ricetta rossa per la prescrizione di esami strumentali

Accedendo al modulo *Schede* in corrispondenza degli *Esami Strumentali* è visibile l'icona della *Ricetta rossa*  che se cliccata visualizzerà la finestra *Stampa ricette* come visibile dall'immagine seguente:

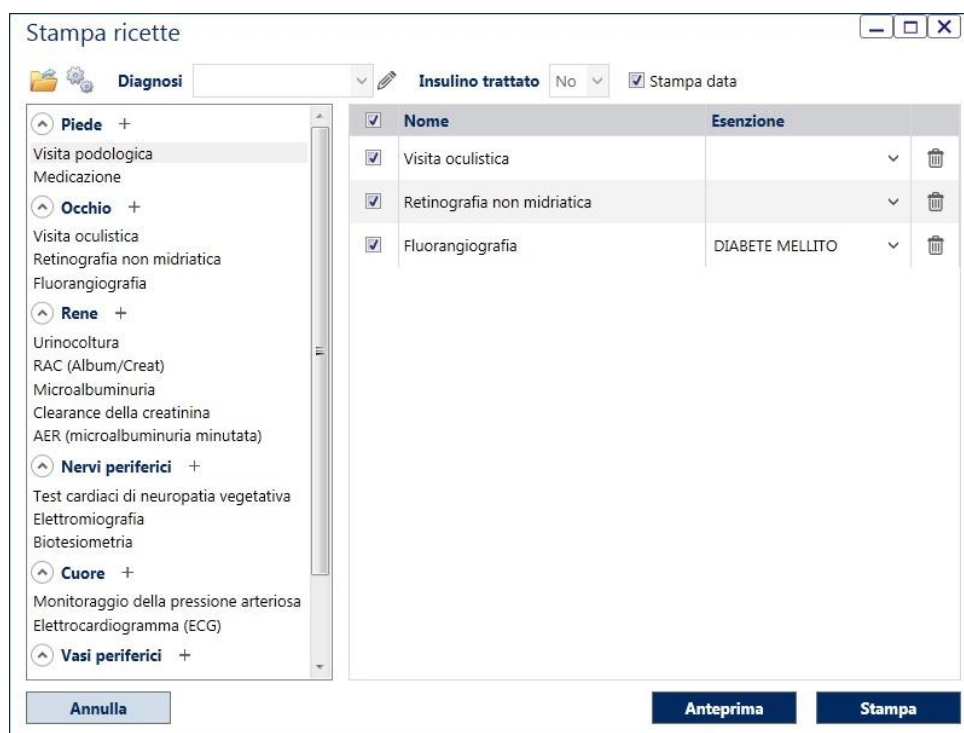


Nella colonna di sinistra saranno visibili le prestazioni prescrivibili tramite la *Ricetta rossa*, raggruppate per specialistica, cliccando il tasto *Aggiungi tutte le prestazioni del gruppo* + verranno aggiunte tutte le disponibili di quel gruppo alla ricetta.


Sarà sempre possibile eliminare delle prestazioni dalla ricetta cliccando il tasto *Rimuovi* .

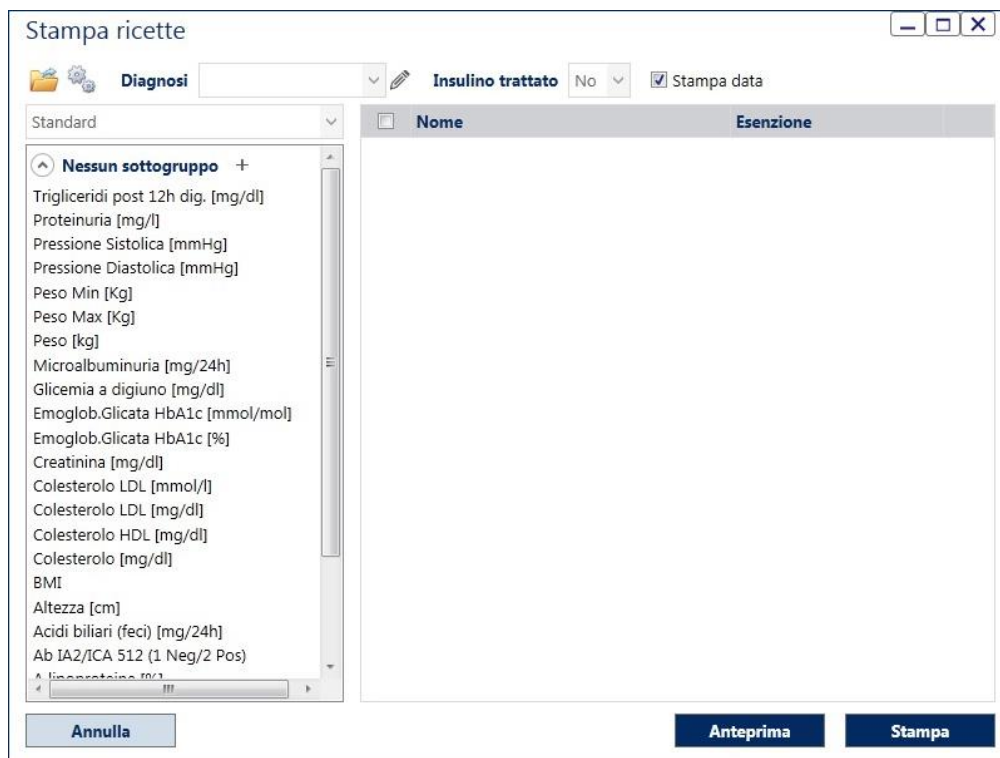
Se non si vuole aggiungere tutte le prestazioni di un gruppo è possibile cliccare due volte sul nome di una prestazione per aggiungerla alla ricetta, la prestazione verrà quindi visualizzato nella colonna di destra.

E' inoltre possibile specificare un'esenzione se il paziente ne possiede una, stampare la data nella ricetta, specificare una *Diagnosi* e se il paziente è in trattamento insulinico, segue un'immagine di esempio:




## 18.2 Ricetta rossa per la prescrizione di esami di laboratorio

Accedendo al modulo *Esami* in corrispondenza del titolo della scheda *Esami di laboratorio* è visibile l'icona della *Ricetta rossa*  che se cliccata visualizzerà la finestra *Stampa ricette* come visibile dall'immagine seguente:

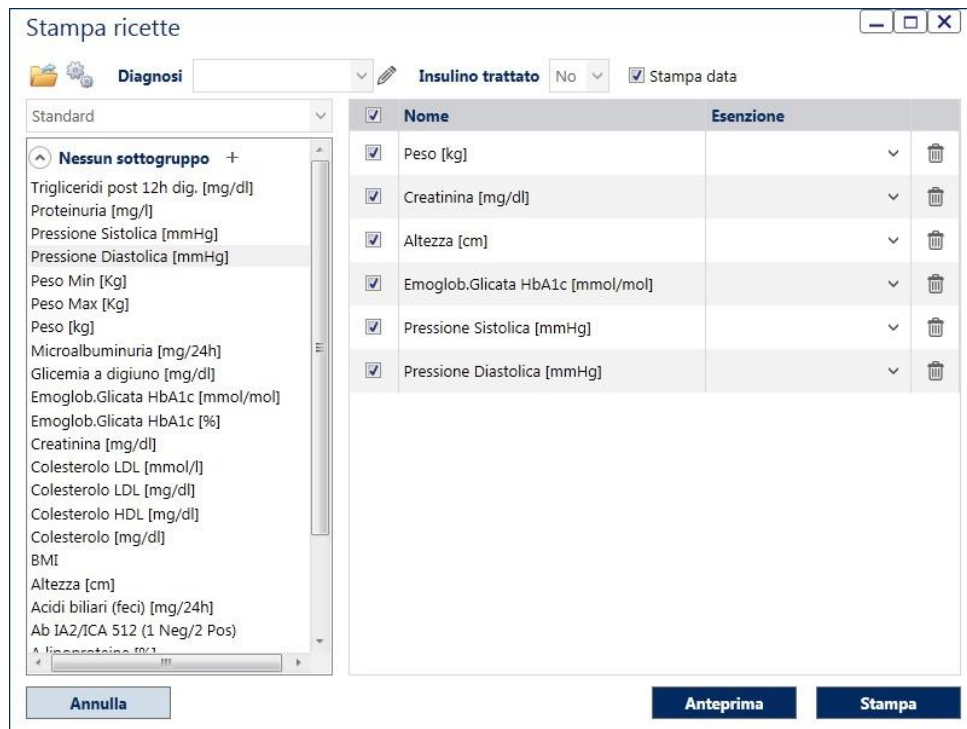


Nella colonna di sinistra saranno visibili gli esami di laboratorio prescrivibili tramite la *Ricetta rossa*, raggruppati per gruppi disponibili in MètaClinic®, cliccando il tasto *Aggiungi tutte le prestazioni del gruppo* + verranno aggiunti alla ricetta tutti gli esami disponibili di quel gruppo.


Sarà sempre possibile eliminare degli esami dalla ricetta cliccando il tasto *Rimuovi* .

Se non si vuole aggiungere tutti gli esami del gruppo è possibile cliccare due volte sul nome di un esame per aggiungerlo alla ricetta, l'esame sarà quindi visualizzato nella colonna di destra.

E' inoltre possibile specificare un'esenzione se il paziente ne possiede una, stampare la data nella ricetta, specificare una *Diagnosi* e se il paziente è in trattamento insulinico, segue un'immagine di esempio:



### 18.3 Ricetta rossa per la prescrizione di farmaci

Accedendo al modulo delle *Terapie* in corrispondenza del titolo della sezione *Terapia Diabetologica e Altri Farmaci* è visibile l'icona della *Ricetta rossa*  che se cliccata, in presenza di una prescrizione, visualizzerà la finestra *Stampa ricette*.



In automatico verrà creata una *Ricetta rossa* con i farmaci prescritti durante la visita.


E' inoltre possibile specificare un'esenzione se il paziente ne possiede una, stampare la data nella ricetta, specificare una *Diagnosi* e se il paziente è in trattamento insulinico, segue un'immagine di esempio:






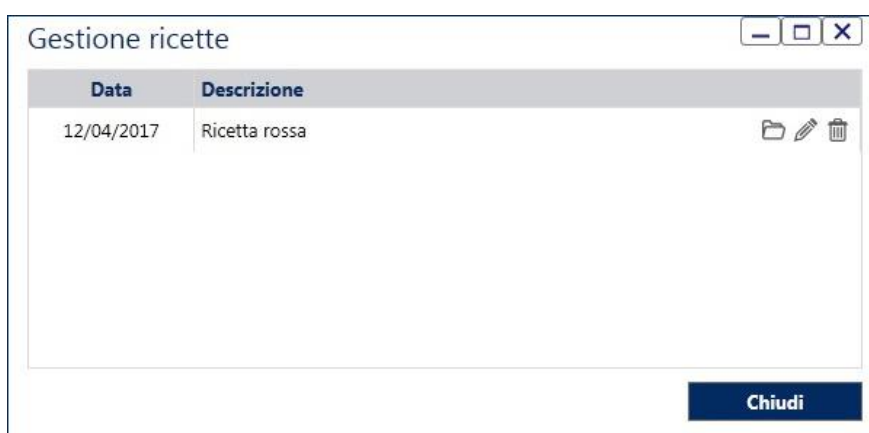


In caso vengano generate più di una ricetta, saranno visualizzabili con i tasti di navigazione posti in alto o utilizzando la barra di scorrimento bar laterale.

Cliccando il tasto *Quick Print*  dalla finestra dell'anteprima di stampa delle ricette o cliccando il tasto *Stampa*  verranno stampate le ricette e salvate nel database.


Cliccando il tasto *Gestione*  verrà visualizzata la finestra *Gestione ricette* dove saranno visibili tutte le ricette stampate e memorizzate.

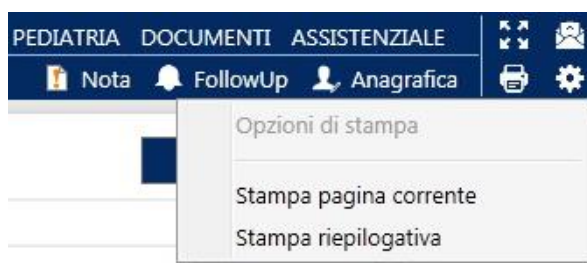
Da questo elenco sarà possibile eliminarle, modificare la descrizione e editare le ricette salvate, cliccando i rispettivi tasti *Elimina ricetta* , *Modifica descrizione*  e *Apri ricetta* .



## 19. Stampa

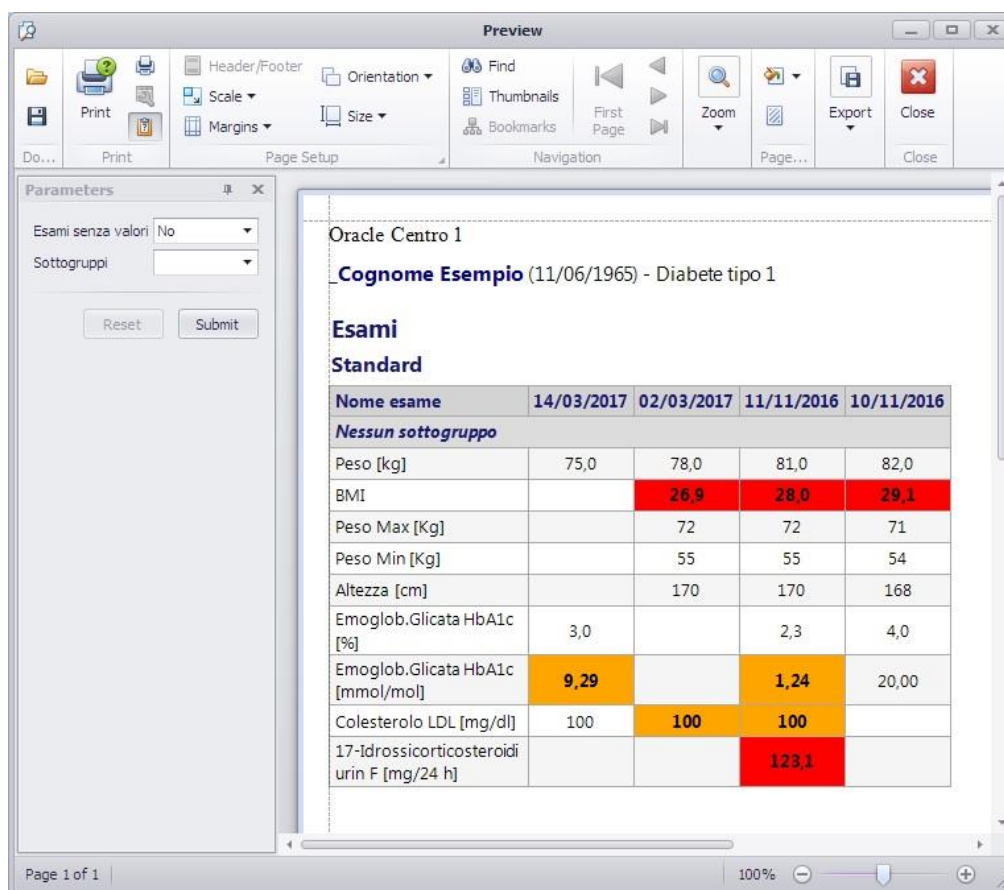
In ogni modulo di MètaClinic® è possibile effettuare una stampa riepilogativa della finestra corrente o di tutti i dati disponibili per il paziente selezionato da qualsiasi videata.

Nell'angolo in alto a destra è presente l'icona *Stampa pagina corrente*  che se cliccata visualizzerà un menù con due opzioni, *Stampa pagina corrente* e *Stampa riepilogativa*, come visibile nell'immagine seguente:




### 19.1 Stampa pagina corrente

Cliccando l'opzione *Stampa pagina corrente* si aprirà una finestra con l'anteprima della pagina che sarà stampata, segue un'immagine di esempio:



Dall'anteprima è possibile cambiare il tipo di stampante, variare i margini di stampa ed esportare il documento in pdf cliccando l'icona *Export* .

Per stampare il documento come visibile dall'anteprima cliccare il tasto *Quick Print* .

Per selezionare una stampante diversa da quella impostata come predefinita, cliccare il tasto *Print* .

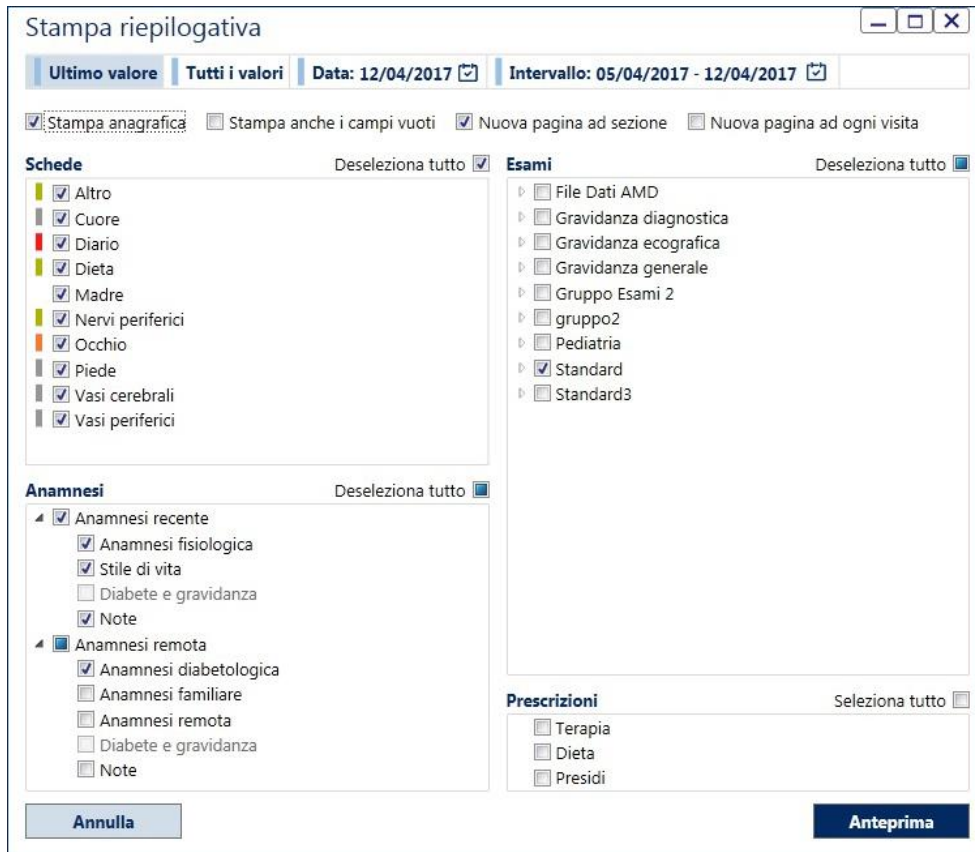
## 19.2 Stampa pagina riepilogativa

Cliccando l'opzione *Stampa riepilogativa* verrà visualizzata la finestra *Stampa riepilogativa* in cui sarà possibile selezionare tutti i dati che si vorrà stampare per il paziente selezionato.

I dati selezionabili e stampabili saranno tutti quelli inseriti nel modulo delle *Schede*, *Anamnesi*, *Esami* e *Prescrizioni*.

Sarà inoltre possibile selezionare l'intervallo di tempo per il quale si vuole stampare i dati o semplicemente specificare l'*Ultimo valore* disponibile, le possibili opzioni saranno quindi: *Ultimo valore*, *Tutti i valori*, *Data odierna* e *Intervallo di date*.

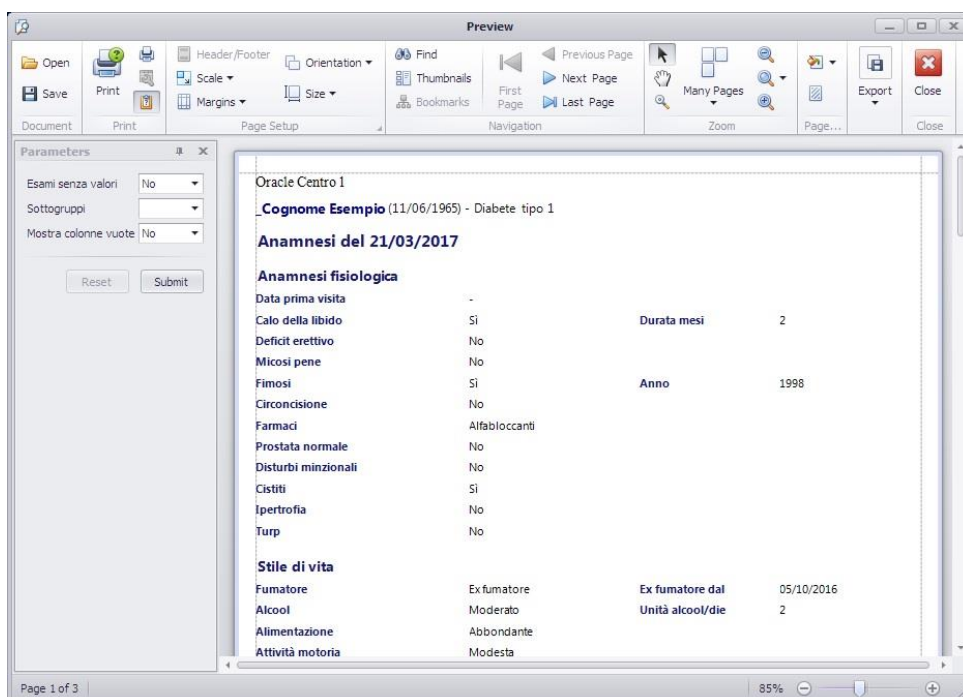
Segue un immagine di esempio della finestra *Stampa riepilogativa*.




Selezionare i dati che si desidera stampare spuntando il quadrato  a sinistra della voce interessata.

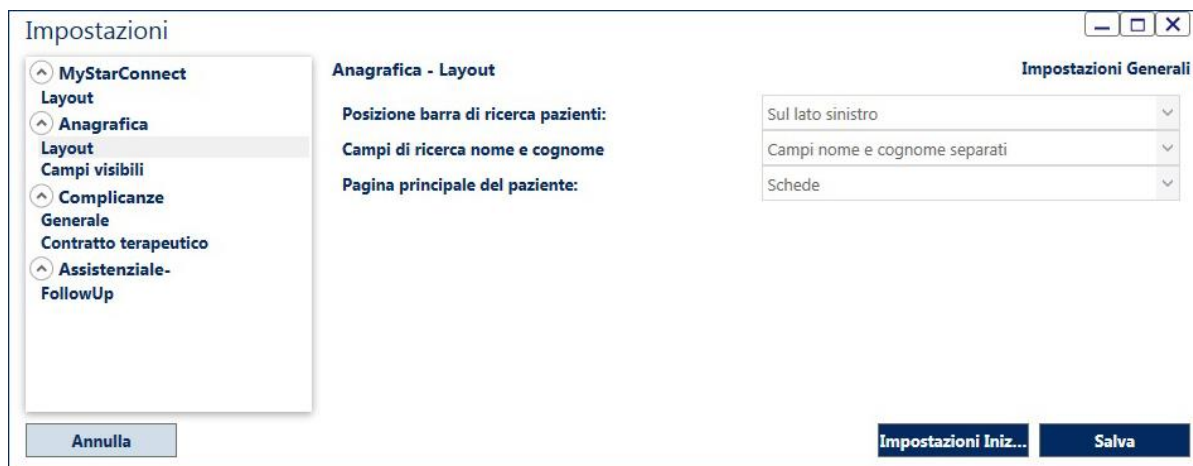
E' anche possibile selezionare, per la stampa, l'intero gruppo di voci spuntando **Seleziona tutto** .

Cliccando il tasto **Anteprima**  verrà generata l'anteprima di stampa come visibile nell'immagine seguente:



## 20. Impostazioni

Cliccando l'icona *Visualizza le impostazioni dell'applicativo*  presente a destra del menù, si accede al modulo da cui è possibile personalizzare alcuni moduli di MètaClinic®, come visibile nell'immagine seguente:



Nella colonna di sinistra è presente l'elenco dei moduli in cui è possibile effettuare delle personalizzazioni.

### 20.1 MètaClinic

#### Layout

In questa sezione è possibile modificare le dimensioni dei caratteri di tutti i testi presenti in MètaClinic® e le dimensioni dei margini del testo.

Modificando un elemento è possibile avere un riscontro immediato nell'area di *Anteprima* presente nella parte bassa della finestra.

### 20.2 Anagrafica

In questa sezione è possibile personalizzare il modulo in cui si effettuano le ricerche dei pazienti.

#### Layout

Sono presenti le seguenti opzioni:

- *Posizione barra di ricerca pazienti*: con questa opzione è possibile posizionare la barra di ricerca in alto o sulla sinistra del modulo di ricerca anagrafica

- *Campi di ricerca nome e cognome*: con questa opzione è possibile impostare un'unica riga in cui inserire *Nome, Cognome* o *Cognome e Nome* in fase di ricerca o due righe distinte per *Nome* e *Cognome*

- *Pagina principale del paziente*: con questa opzione è possibile specificare quale modulo aprire, dopo aver effettuato una ricerca, cliccando due volte il nome di un paziente


Come impostazione predefinita la *Posizione barra di ricerca pazienti* è posizionata *In alto* e il modulo di ricerca verrà visualizzato come visibile dall'immagine seguente:



The screenshot shows a web interface titled "Lista Pazienti". At the top, there is a search bar with the placeholder text "Cognome e nome", a blue "Cerca" button, and a link for "Ricerca Avanzata". Below the search bar is a table with three columns: "Cognome", "Nome", and "Sesso". The table is currently empty.

Sarà presente un unico campo di testo in cui poter effettuare le ricerche per *Nome*, *Cognome* o *Cognome e Nome* di un paziente.

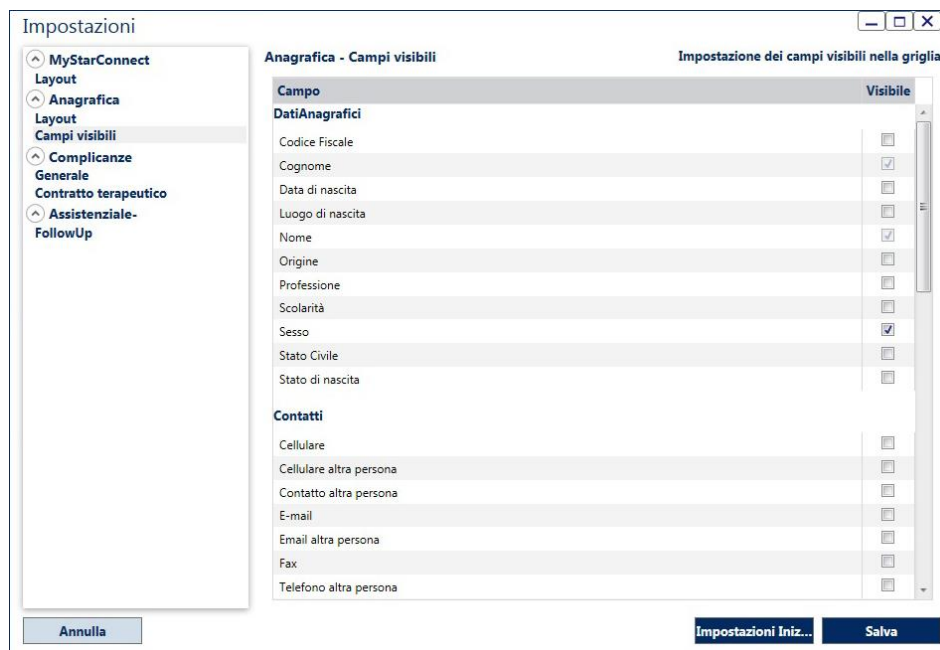
Cambiando l'impostazione di *Posizione barra di ricerca pazienti* in *Sul lato sinistro*, il modulo della ricerca verrà visualizzato come visibile dall'immagine seguente, in cui inoltre l'opzione *Campi di ricerca nome e cognome* è impostata in *Campi nome e cognome separati*:



The screenshot shows the same "Lista Pazienti" interface, but with the search bar moved to the left side. The search bar is labeled "Cognome" and "Nome". Below it are several filter options: "Altre opzioni" (Codice Fiscale), "Cerca nel centro" (Tutti), "Opzioni ricerca cartella" (Solo in cartelle aperte), and "Anno primo accesso CAD". A blue "Cerca" button is located at the bottom of the search bar. The table on the right has columns for "Nome", "Cognome", and "Sesso" and is empty.

### Campi visibili

E' possibile decidere quali campi visualizzare nella griglia dei risultati delle ricerche anagrafiche, come visibile dall'immagine seguente:



Gli unici due campi obbligatori e che quindi non possono essere nascosti sono il *Cognome* e *Nome*.

### 20.3 Schede organi

In questa sezione è possibile personalizzare la visualizzazione delle schede.

#### Generale

Le opzioni disponibili sono:

- *Consenti la selezione della complicanza sulle altre pagine:* è possibile abilitare o disabilitare la selezione di una scheda quando si è in un altro modulo
- *Grandezza barra laterale:* imposta la dimensione della colonna di sinistra dove verranno visualizzate le schede. È possibile scegliere una dimensione compatta o estesa. Selezionando la visualizzazione compatta le schede potranno essere visualizzate solo in modalità compatta. Selezionando la visualizzazione estesa sarà possibile visualizzare tre schede in modalità compatta o una scheda in modalità estesa.
- *Dimensione tile schede:* imposta la dimensione predefinita delle schede. È possibile selezionare la dimensione compatta o estesa. Nella dimensione estesa verranno visualizzate anche le note e le classificazioni relative.



Dimensione compatta



, dimensione estesa

- *Metodo di ordinamento delle Schede:* imposta l'ordine in cui verranno visualizzate le schede. È possibile selezionare l'ordinamento di *Default* proposto dal software, *per Gravità* in cui le schede

con maggiore gravità verranno visualizzate per prime e *Personalizzato* che permetterà di ordinare le schede secondo le proprio esigenze.

- *Ordinamento personalizzato delle Schede*: permette di modificare l'ordinamento delle schede.

### Contratto terapeutico

In questa scheda è possibile personalizzare le durate del contratto terapeutico per ogni scheda e impostare una scadenza anche per gli esami di laboratorio interessati.

Il modulo è diviso in due schede visualizzabili cliccando il relativo tab (*Schede* e *Esami*).

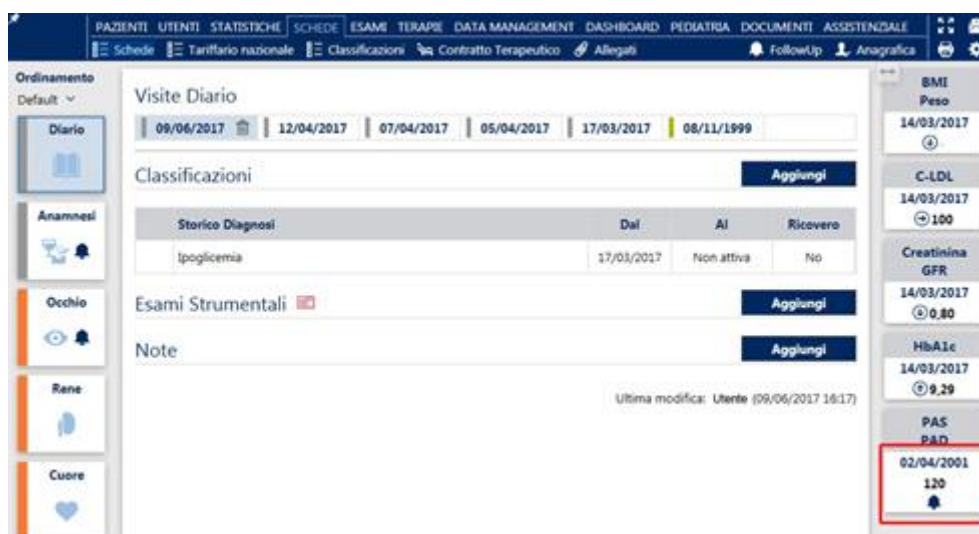
Nel tab *Schede* sono visibili le *Schede* con il relativo numero di mesi che se superato permetterà la visualizzazione di un allarme (icona campanella 🔔) che indicherà il superamento della soglia temporale impostata.

Segue un immagine di esempio di una scheda con la campanella di allarme che indica il superamento dei mesi impostati:





Nel tab *Esami* sarà possibile impostare il numero di mesi entro il quale ripetere il controllo.

Per gli esami se viene superato il periodo entro il quale ripetere il controllo, verrà visualizzata la campanella di allarme nella colonna di destra nei moduli *Schede*, *Esami* e *Terapie*, come visibile dall' immagine seguente:



L'utente amministratore può creare nuovi profili di *Contratto terapeutico* cliccando l'icona **+**, verrà richiesto il nome del nuovo contratto terapeutico, come visibile nell'immagine seguente:

Dopo aver impostato il nuovo nome e cliccato il tasto *Ok*  per confermare l'inserimento, verrà presentata la lista di tutte le schede in cui sarà possibile impostare il numero di mesi di durata del *Contratto Terapeutico* e cliccando l'icona **+** presente in ogni riga di ogni scheda, sarà possibile aggiungere delle prestazioni.

Dopo aver impostato i valori per le schede interessate bisognerà cliccare il tasto *Salva*  per memorizzare il nuovo *Contratto Terapeutico* creato.

## 21. Direttive e Standard di Riferimento

Classificazione dispositivo: Classe IIa, come previsto nella regola 10 dell'allegato IX.

Il dispositivo è stato sviluppato in conformità alla Direttiva 93/42/CEE, (e successivo emendamento 2007/47 / CE ) e alle seguenti norme:

- UNI CEI EN ISO 13485 - Dispositivi medici - Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti per scopi regolamentari
- EN 62304 - Medical Device Software - Processi del ciclo di vita del software
- UNI CEI EN ISO 14971 - Applicazione della gestione dei rischi ai dispositivi medici
- CEI EN 62366 - "Dispositivi medici – Applicazione dell'ingegneria delle caratteristiche per l'utilizzazione dei dispositivi medici".
- ISO 15223-1 - Simboli da utilizzare nei dispositivi medici, etichettatura e informazioni da fornire.

## MANUALE UTENTE

---

Manuale utente relativo al modulo SmartVisit di Smart Digital Clinic  
e MètaClinic

# Smart Digital Clinic MètaClinic Modulo SmartVisit

## Modulo SmartVisit di Smart Digital Clinic e MètaClinic

### Servizio di Assistenza:

assistenza@meteda.it

0735 782131 dal lunedì al venerdì, dalle ore 9,30 alle 17,30



### **Fabbricante:**

METEDA S.r.l.

Via Antonio Bosio, 2 int. 10 – 00161 Roma –Italia

### **Nome modulo:**

Modulo SmartVisit di Smart Digital Clinic e MètaClinic

## Sommario

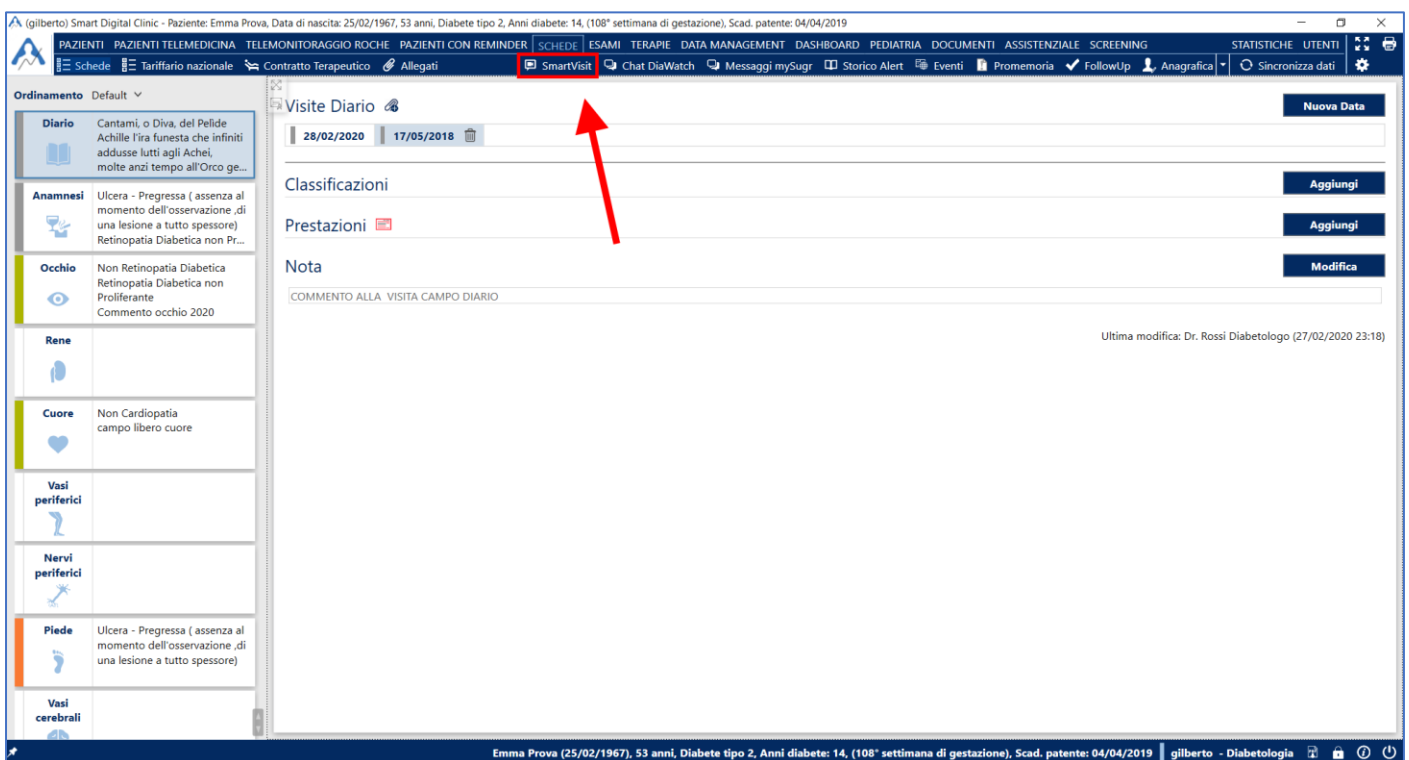
INTRODUZIONE.....	4
DESCRIZIONE INTERFACCIA .....	4
ARCHITETTURA DI SISTEMA.....	8
REQUISITI MINIMI DI SISTEMA .....	9

## INTRODUZIONE

Il documento illustra le caratteristiche del modulo SmartVisit di Smart Digital Clinic / MètaClinic dedicato alla Televisita. Il sistema consente al medico di invitare il paziente in una videochiamata totalmente crittografata, direttamente dalla cartella clinica Smart Digital Clinic / MètaClinic in modo facile e sicuro, senza bisogno di ulteriori account oltre a quello del software di cartella clinica.

## DESCRIZIONE INTERFACCIA

Nella software di cartella clinica, dopo aver selezionato un paziente, nella barra blu in alto, in sotto funzione delle principali sezioni del programma è disponibile il tasto SmartVisit.




The screenshot displays the user interface of the Smart Digital Clinic software. At the top, a blue navigation bar contains various menu items, with 'SmartVisit' highlighted by a red box and a red arrow pointing to it. Below the navigation bar, the main content area is divided into several sections: 'Diario', 'Anamnesi', 'Occhio', 'Rene', 'Cuore', 'Vasi periferici', 'Nervi periferici', and 'Piede'. Each section contains specific patient data and clinical notes. The 'Visite Diario' section is currently active, showing a list of visits with dates and a 'Nuova Data' button. The 'Nota' section contains a text area for comments and a 'Modifica' button. The bottom status bar shows patient information: 'Emma Prova (25/02/1967), 53 anni, Diabete tipo 2, Anni diabete: 14, (108° settimana di gestazione), Scad. patente: 04/04/2019' and the user 'gilberto - Diabetologia'.

Cliccando sul tasto SmartVisit si aprirà una finestra contenente lo storico di tutte le sessioni di televisita effettuate nei confronti del paziente selezionato. Per ogni sezione verranno mostrate le informazioni relative alla data, ora inizio, ora fine, durata, organizzatore (nome utente che ha avviato la SmartVisit) e centro. Inoltre, se durante la sessione di SmartVisit il medico ha catturato delle schermate sul video del paziente, mediante la funzionalità di screenshot disponibile nell'interfaccia, in corrispondenza di quella sessione di SmartVisit, verrà riportata nella griglia dello storico un'icona di allegato ad indicare la presenza delle immagini catturate.

### SmartVisit per il paziente Prova Emma (25/02/1967) □ ×

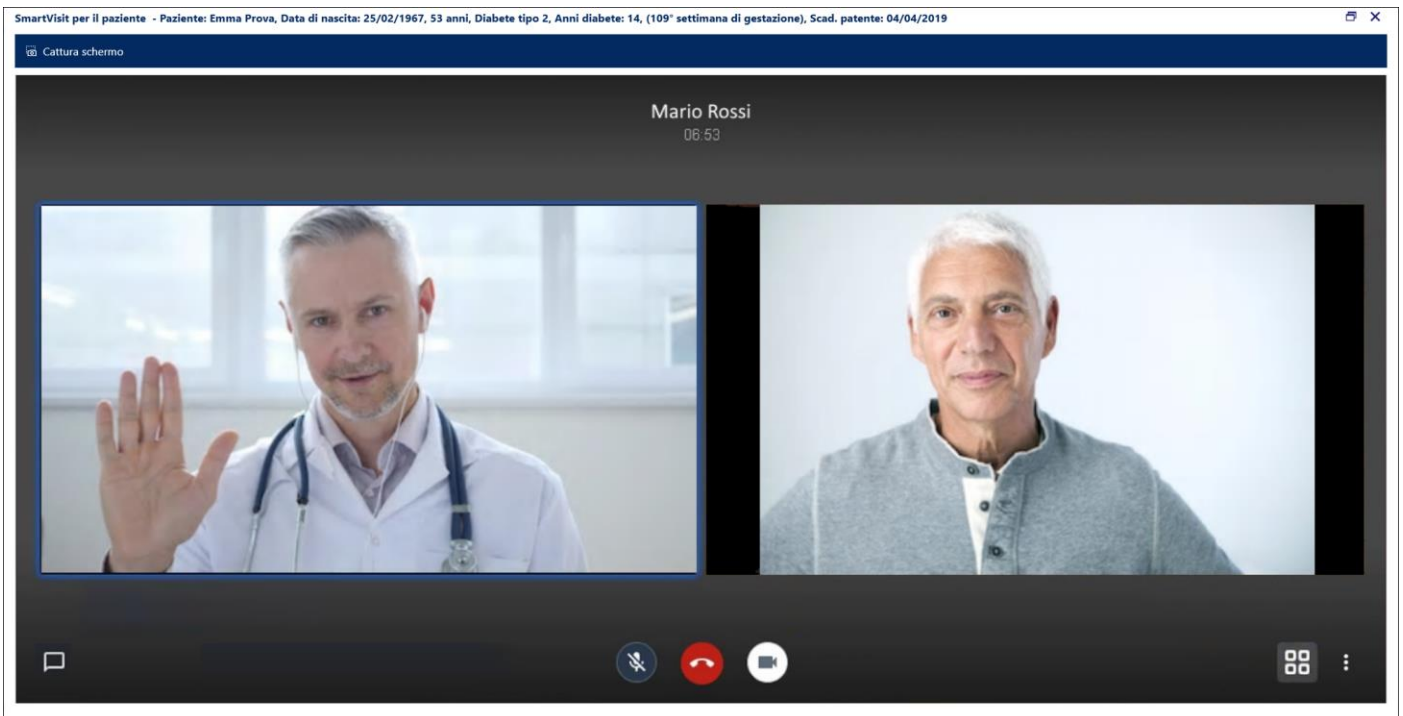
**E-mail**  
 **Avvia nuova SmartVisit**

Data	Ora inizio	Ora fine	Durata	Organizzatore	Centro	
29/05/2020	19:46:31	19:47:59	00:01:27	Cognome Nome	Diabetologia	
29/05/2020	19:27:39	19:28:24	00:00:44	Cognome Nome	Diabetologia	
29/05/2020	19:25:43	19:26:58	00:01:15	Cognome Nome	Diabetologia	

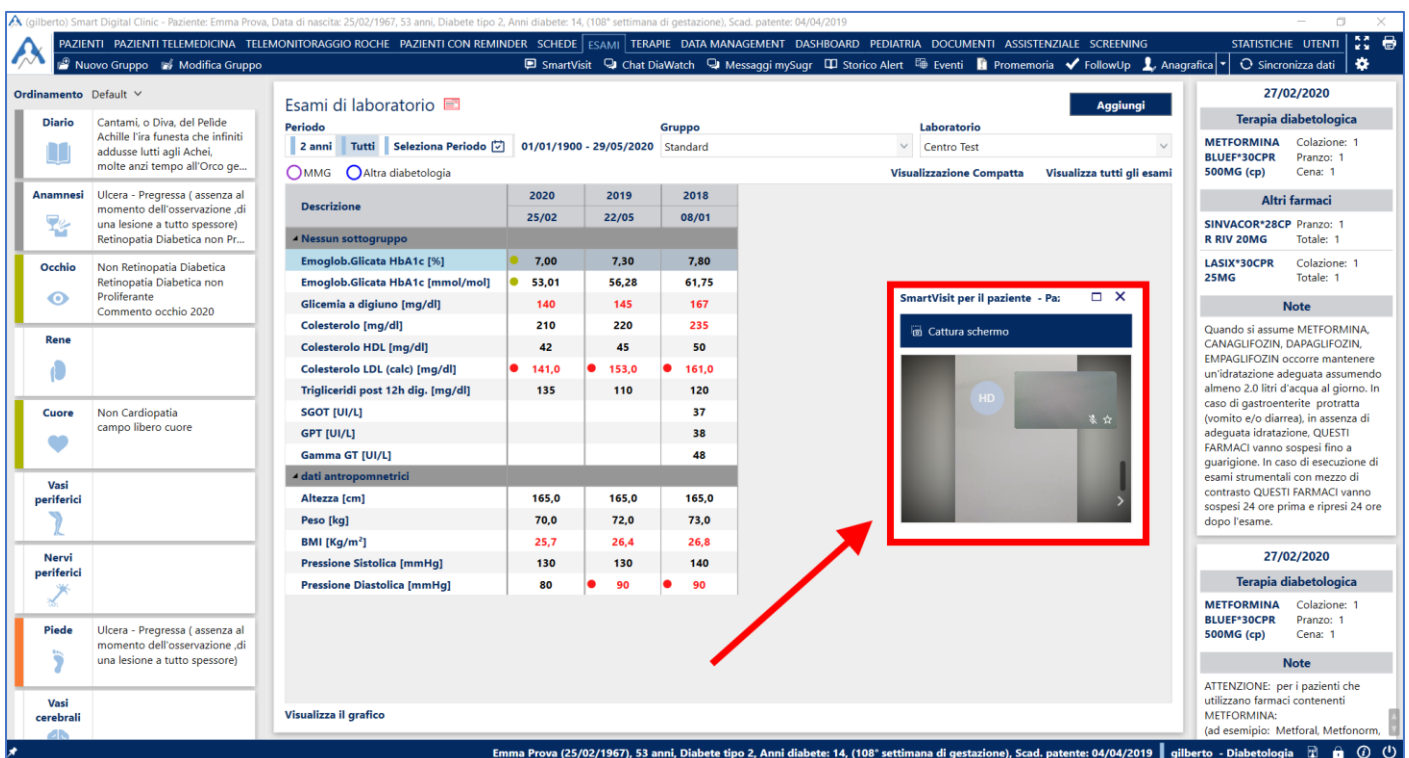
**Chiudi**

Per avviare una nuova sessione di SmartVisit ed invitare il paziente selezionato a partecipare, è sufficiente inserire l'indirizzo email del paziente a cui inviare l'invito di tele visita. Il sistema suggerirà in compilazione automatica l'indirizzo email registrato nel profilo anagrafico del paziente o, se diverso, l'ultimo indirizzo email utilizzato con quel paziente nella precedente SmartVisit.

Cliccando sul tasto "Avvia Nuova SmartVisit" verrà aperta la finestra della tele visita in cui avverrà la videochiamata. Contestualmente, all'indirizzo email del paziente specificato al punto precedente, verrà inviata una mail contenente il link per partecipare alla tele visita. Una volta che il paziente avrà cliccato sul link di partecipazione, verrà collegato in videochiamata nella stanza virtuale creata dal medico. Il paziente potrà accedere alla tele visita via browser o via app mobile "Jitsi" (disponibile gratuitamente e senza bisogno di account negli store Android e iOS) secondo quanto indicato nella sezione dei requisiti di sistema.



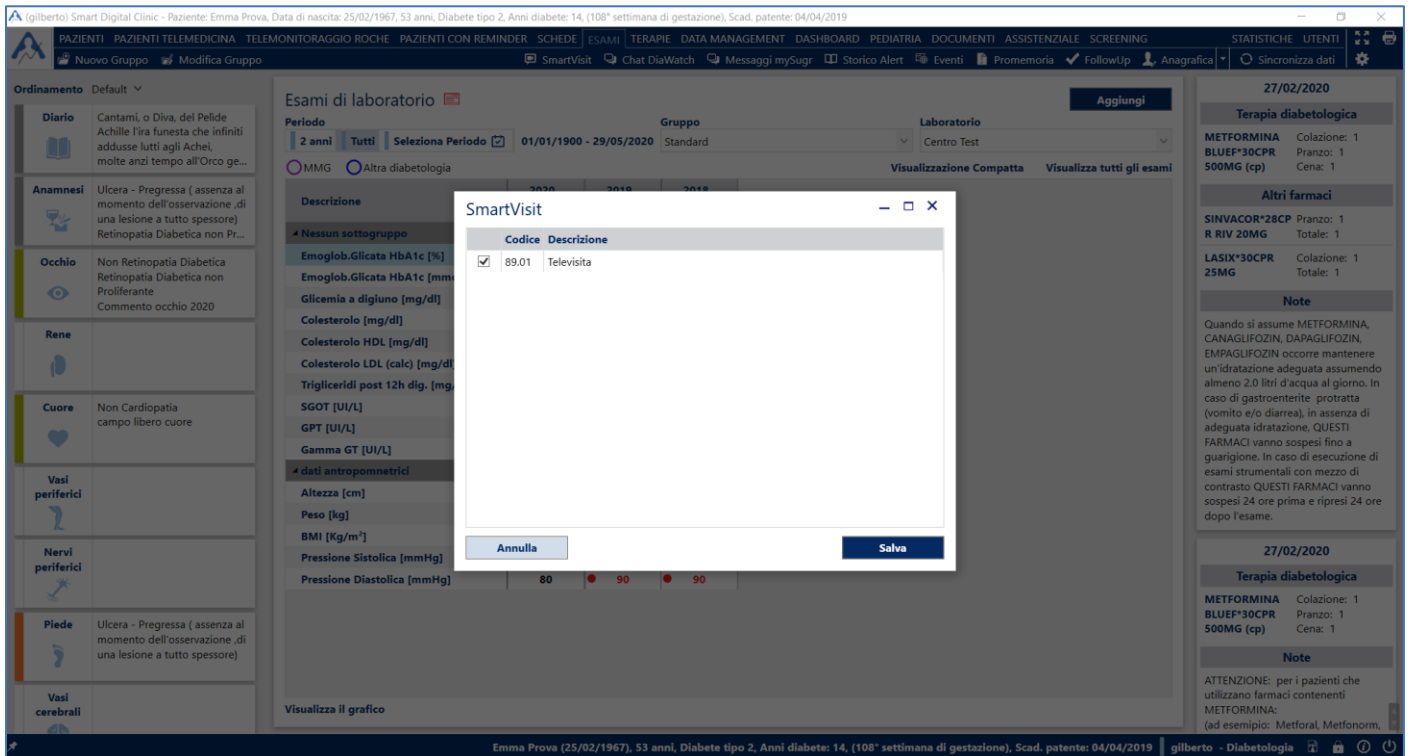
Nel corso di una SmartVisit è possibile per il medico minimizzare la finestra della videochiamata in modo da poter continuare a consultare ed utilizzare la cartella clinica durante la tele visita con il paziente.



Descrizione	2020	2019	2018
Emoglob.Glicata HbA1c [%]	7,00	7,30	7,80
Emoglob.Glicata HbA1c [mmol/mol]	53,01	56,28	61,75
Glicemia a digiuno [mg/dl]	140	145	167
Colesterolo [mg/dl]	210	220	235
Colesterolo HDL [mg/dl]	42	45	50
Colesterolo LDL (calc) [mg/dl]	141,0	153,0	161,0
Trigliceridi post 12h dig. [mg/dl]	135	110	120
SGOT [U/L]			37
GPT [U/L]			38
Gamma GT [U/L]			48
<b>dati antropometrici</b>			
Altezza [cm]	165,0	165,0	165,0
Peso [kg]	70,0	72,0	73,0
BMI [Kg/m <sup>2</sup> ]	25,7	26,4	26,8
Pressione Sistolica [mmHg]	130	130	140
Pressione Diastolica [mmHg]	80	90	90

Durante la tele visita è possibile catturare lo schermo del video del paziente cliccando sul tasto Cattura Schermo nella finestra di SmartVisit. Le immagini catturate verranno archiviate all'interno della sezione allegati della scheda DIARIO in cartella.

Al termine della tele visita, dopo aver riagganciato mediante il tasto rosso di chiusura chiamata e aver chiuso la finestra di SmartVisit, il sistema chiede al medico se intende rendicontare la sessione appena terminata come prestazione di Tele visita. In questo modo, sarà poi possibile estrarre dal report prestazioni disponibile in cartella tutte le prestazioni di Tele visita erogate nell'arco temporale selezionabile.

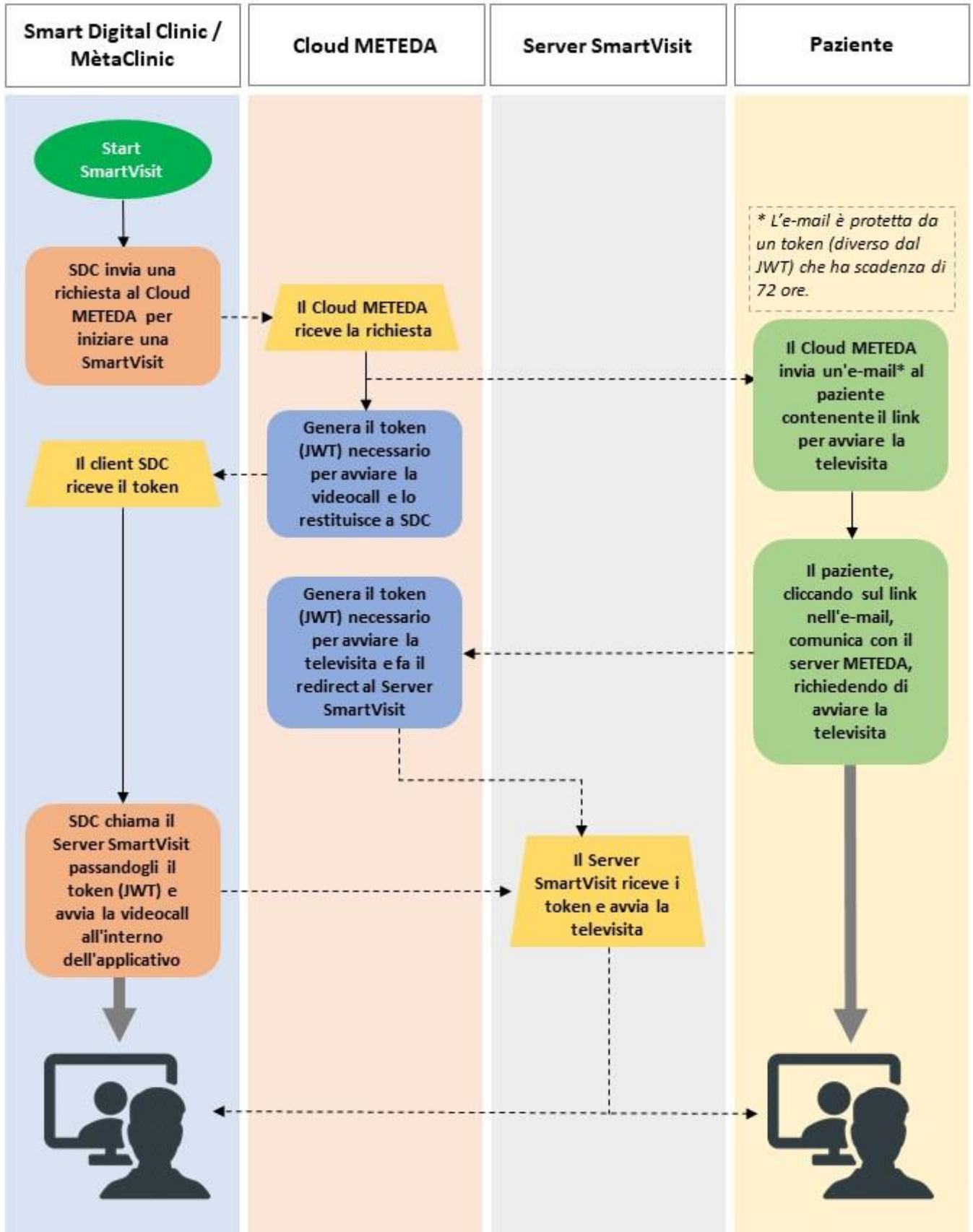


The screenshot shows the METEDA software interface for a patient named Emma Prova. The main window displays 'Esami di laboratorio' (Laboratory Tests) for the period 01/01/1900 - 29/05/2020. A 'SmartVisit' dialog box is open in the center, with a table containing the following data:

Codice	Descrizione
<input checked="" type="checkbox"/>	89.01 Tele visita

The dialog box has 'Annulla' (Cancel) and 'Salva' (Save) buttons. The background interface shows various medical data points, including blood sugar levels and blood pressure, and a sidebar with patient history and medication lists.

## ARCHITETTURA DI SISTEMA



## REQUISITI MINIMI DI SISTEMA

La funzionalità del modulo SmartVisit è garantita con i seguenti requisiti minimi di sistema.

### **Requisiti hardware e software lato medico:**

- Windows 7 SP1 (o versioni superiori) aggiornato con gli ultimi aggiornamenti di Windows;
- Smart Digital Clinic / MètaClinic versione 10.9.9.2 (e superiori);
- Kit multimediale (microfono, speaker, webcam).

### **Requisiti di networking (per ogni client SDC):**

- Dovrà essere abilitata la comunicazione verso il server <https://services.meteda.com> ;
- Dovrà essere abilitata la comunicazione verso il server <https://smartvisit.meteda.com> sia tramite HTTP (porta 80) che HTTPS (porta 443). Dovrà inoltre essere aperta una delle seguenti porte:
  - UDP 10000
  - TCP 4443

La porta UDP 10000 permette performance migliori della TCP 4443, ed è quindi preferibile.

In presenza di Firewall o sistemi di Antivirus vanno concessi al software Smart Digital Clinic / MètaClinic i permessi di accedere alla webcam ed al microfono.

### **Requisiti hardware e software lato paziente:**

- PC con Browser Chrome (83.0.41 o superiori) o Mozilla (ultime versioni);
- App mobile Jitsi. I browser mobile non sono supportati.

### **Note sulla sicurezza:**

Si ricorda che l'utilizzo di sistemi operativi (e/o applicazioni) non più supportati dagli aventi diritto espone a concreti rischi in termini di sicurezza dell'infrastruttura IT.

## MANUALE UTENTE

---

Manuale utente relativo al modulo SmartVisit di Smart Digital Clinic  
e MètaClinic

# Smart Digital Clinic MètaClinic Modulo SmartVisit

## Modulo SmartVisit di Smart Digital Clinic e MètaClinic

### Servizio di Assistenza:

assistenza@meteda.it

0735 782131 dal lunedì al venerdì, dalle ore 9,30 alle 17,30



### **Fabbricante:**

METEDA S.r.l.

Via Antonio Bosio, 2 int. 10 – 00161 Roma –Italia

### **Nome modulo:**

Modulo SmartVisit di Smart Digital Clinic e MètaClinic

## Sommario

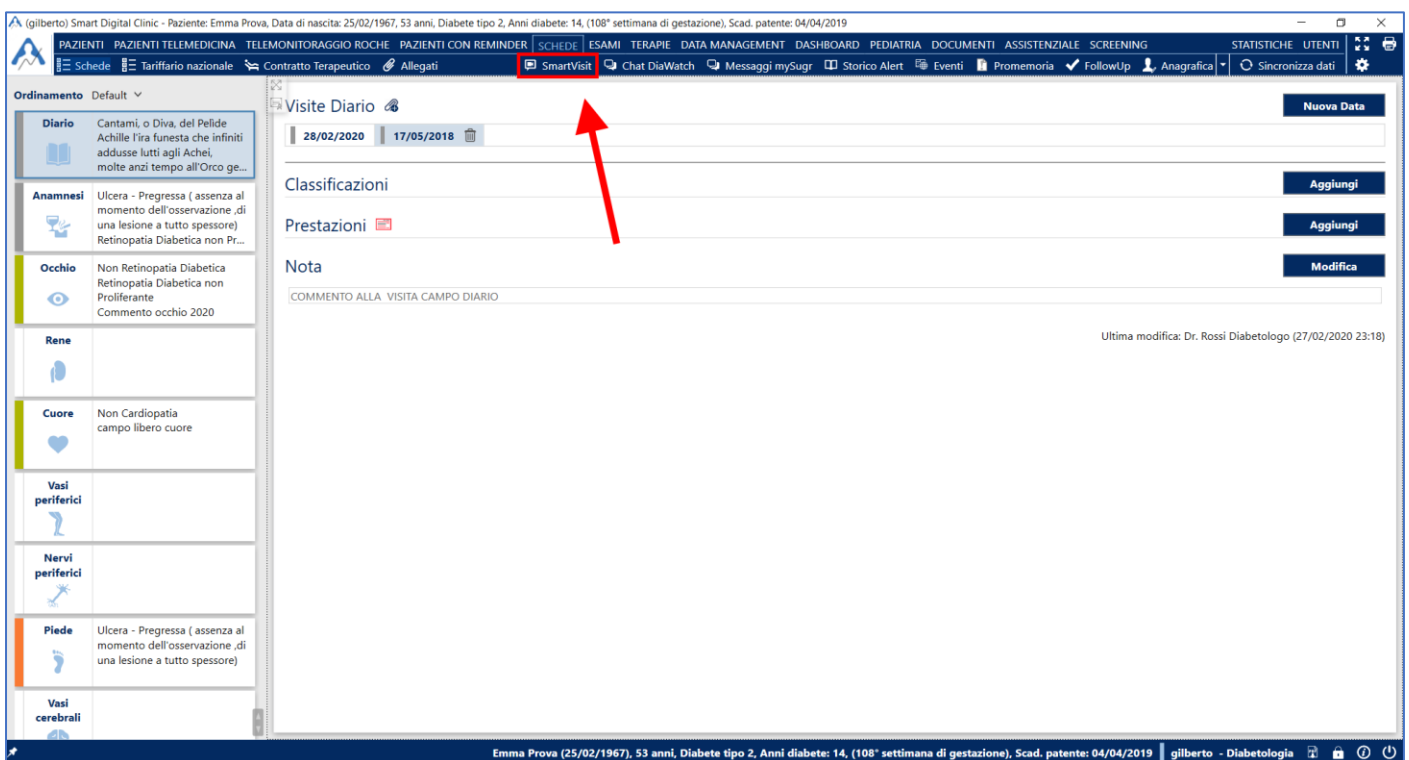
INTRODUZIONE.....	4
DESCRIZIONE INTERFACCIA .....	4
ARCHITETTURA DI SISTEMA.....	8
REQUISITI MINIMI DI SISTEMA .....	9

## INTRODUZIONE

Il documento illustra le caratteristiche del modulo SmartVisit di Smart Digital Clinic / MètaClinic dedicato alla Televisita. Il sistema consente al medico di invitare il paziente in una videochiamata totalmente crittografata, direttamente dalla cartella clinica Smart Digital Clinic / MètaClinic in modo facile e sicuro, senza bisogno di ulteriori account oltre a quello del software di cartella clinica.

## DESCRIZIONE INTERFACCIA

Nella software di cartella clinica, dopo aver selezionato un paziente, nella barra blu in alto, in sotto funzione delle principali sezioni del programma è disponibile il tasto SmartVisit.




The screenshot displays the user interface of the Smart Digital Clinic software. At the top, a blue navigation bar contains various menu items, with 'SmartVisit' highlighted by a red box and a red arrow pointing to it. Below the navigation bar, the main content area is divided into several sections: 'Diario', 'Anamnesi', 'Occhio', 'Rene', 'Cuore', 'Vasi periferici', 'Nervi periferici', and 'Piede'. Each section contains specific patient data and clinical notes. The 'Visite Diario' section is currently active, showing a list of visits with dates and a 'Nuova Data' button. The 'Nota' section contains a text area for comments and a 'Modifica' button. The bottom status bar displays patient information: 'Emma Prova (25/02/1967), 53 anni, Diabete tipo 2, Anni diabete: 14, (108° settimana di gestazione), Scad. patente: 04/04/2019' and the user's name 'gilberto - Diabetologia'.

Cliccando sul tasto SmartVisit si aprirà una finestra contenente lo storico di tutte le sessioni di televisita effettuate nei confronti del paziente selezionato. Per ogni sezione verranno mostrate le informazioni relative alla data, ora inizio, ora fine, durata, organizzatore (nome utente che ha avviato la SmartVisit) e centro. Inoltre, se durante la sessione di SmartVisit il medico ha catturato delle schermate sul video del paziente, mediante la funzionalità di screenshot disponibile nell'interfaccia, in corrispondenza di quella sessione di SmartVisit, verrà riportata nella griglia dello storico un'icona di allegato ad indicare la presenza delle immagini catturate.

### SmartVisit per il paziente Prova Emma (25/02/1967) □ ×

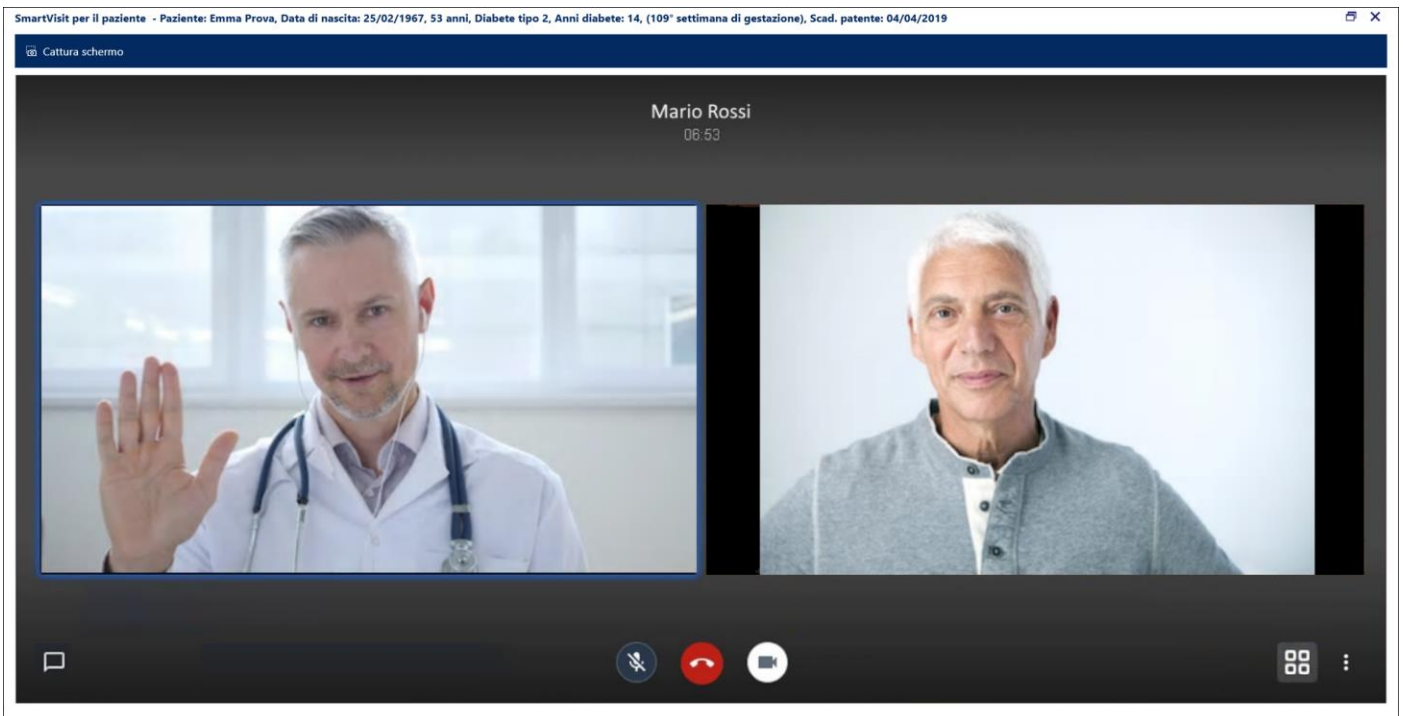
**E-mail**  
 Avvia nuova SmartVisit

Data	Ora inizio	Ora fine	Durata	Organizzatore	Centro	
29/05/2020	19:46:31	19:47:59	00:01:27	Cognome Nome	Diabetologia	
29/05/2020	19:27:39	19:28:24	00:00:44	Cognome Nome	Diabetologia	
29/05/2020	19:25:43	19:26:58	00:01:15	Cognome Nome	Diabetologia	

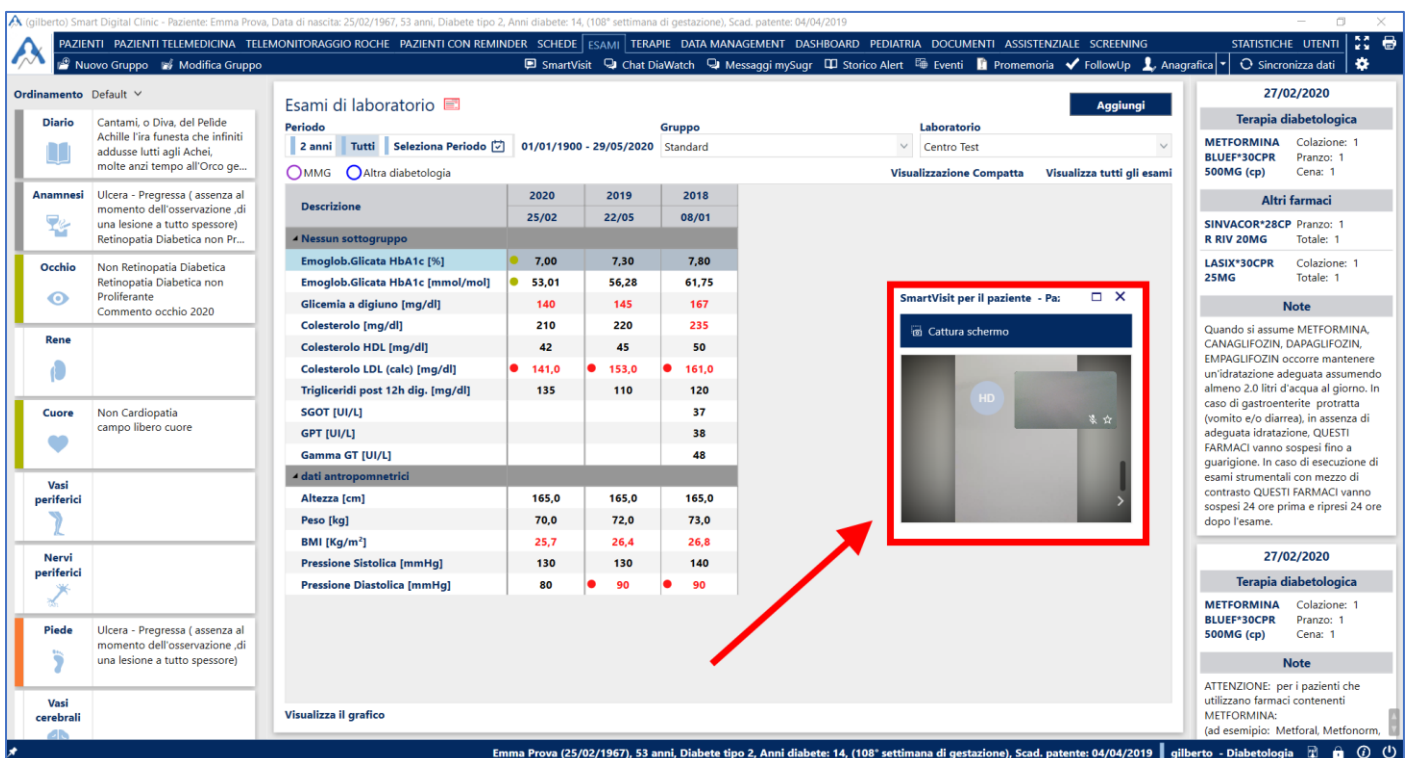
Chiudi

Per avviare una nuova sessione di SmartVisit ed invitare il paziente selezionato a partecipare, è sufficiente inserire l'indirizzo email del paziente a cui inviare l'invito di tele visita. Il sistema suggerirà in compilazione automatica l'indirizzo email registrato nel profilo anagrafico del paziente o, se diverso, l'ultimo indirizzo email utilizzato con quel paziente nella precedente SmartVisit.

Cliccando sul tasto "Avvia Nuova SmartVisit" verrà aperta la finestra della tele visita in cui avverrà la videochiamata. Contestualmente, all'indirizzo email del paziente specificato al punto precedente, verrà inviata una mail contenente il link per partecipare alla tele visita. Una volta che il paziente avrà cliccato sul link di partecipazione, verrà collegato in videochiamata nella stanza virtuale creata dal medico. Il paziente potrà accedere alla tele visita via browser o via app mobile "Jitsi" (disponibile gratuitamente e senza bisogno di account negli store Android e iOS) secondo quanto indicato nella sezione dei requisiti di sistema.



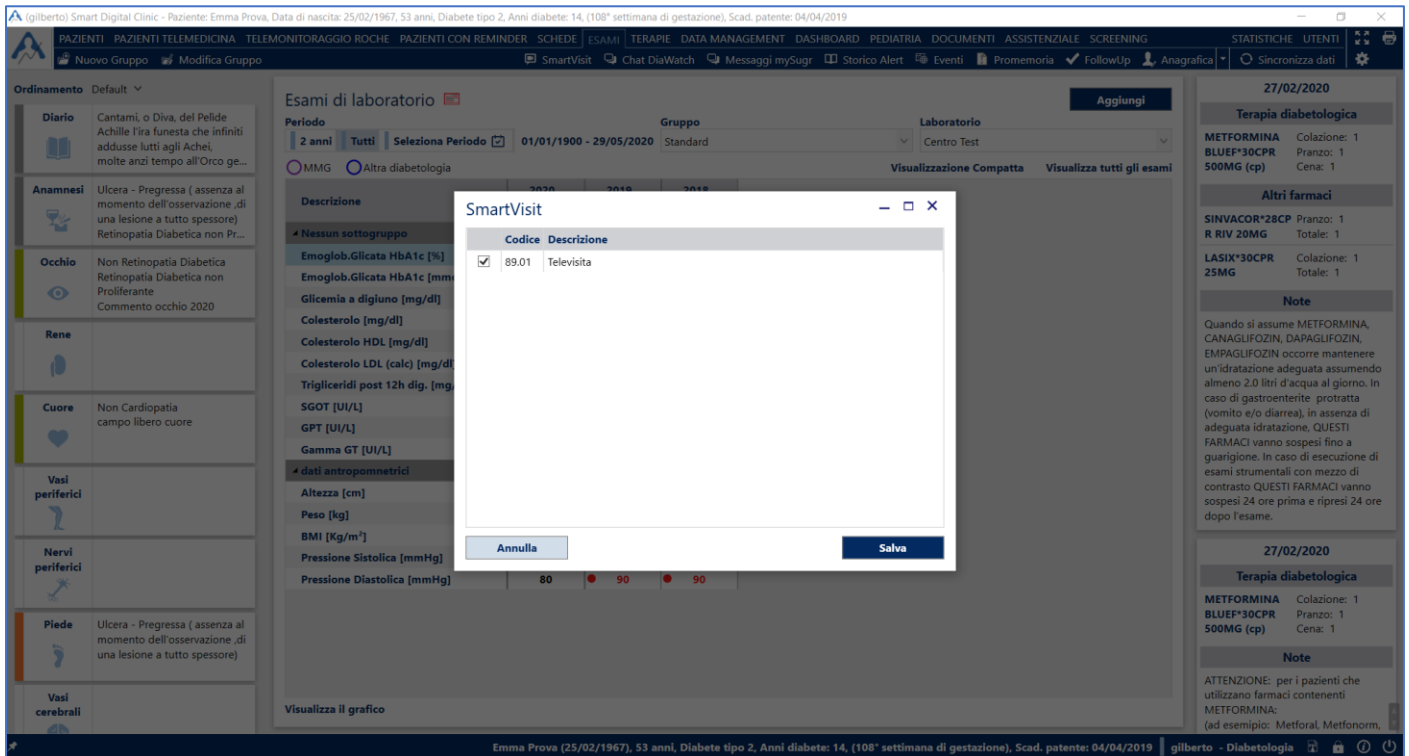
Nel corso di una SmartVisit è possibile per il medico minimizzare la finestra della videochiamata in modo da poter continuare a consultare ed utilizzare la cartella clinica durante la televisita con il paziente.



Descrizione	2020	2019	2018
Emoglob.Glicata HbA1c [%]	7,00	7,30	7,80
Emoglob.Glicata HbA1c [mmol/mol]	53,01	56,28	61,75
Glicemia a digiuno [mg/dl]	140	145	167
Colesterolo [mg/dl]	210	220	235
Colesterolo HDL [mg/dl]	42	45	50
Colesterolo LDL (calc) [mg/dl]	141,0	153,0	161,0
Trigliceridi post 12h dig. [mg/dl]	135	110	120
SGOT [U/L]			37
GPT [U/L]			38
Gamma GT [U/L]			48
<b>dati antropometrici</b>			
Altezza [cm]	165,0	165,0	165,0
Peso [kg]	70,0	72,0	73,0
BMI [Kg/m <sup>2</sup> ]	25,7	26,4	26,8
Pressione Sistolica [mmHg]	130	130	140
Pressione Diastolica [mmHg]	80	90	90

Durante la televisita è possibile catturare lo schermo del video del paziente cliccando sul tasto Cattura Schermo nella finestra di SmartVisit. Le immagini catturate verranno archiviate all'interno della sezione allegati della scheda DIARIO in cartella.

Al termine della tele visita, dopo aver riagganciato mediante il tasto rosso di chiusura chiamata e aver chiuso la finestra di SmartVisit, il sistema chiede al medico se intende rendicontare la sessione appena terminata come prestazione di Tele visita. In questo modo, sarà poi possibile estrarre dal report prestazioni disponibile in cartella tutte le prestazioni di Tele visita erogate nell'arco temporale selezionabile.

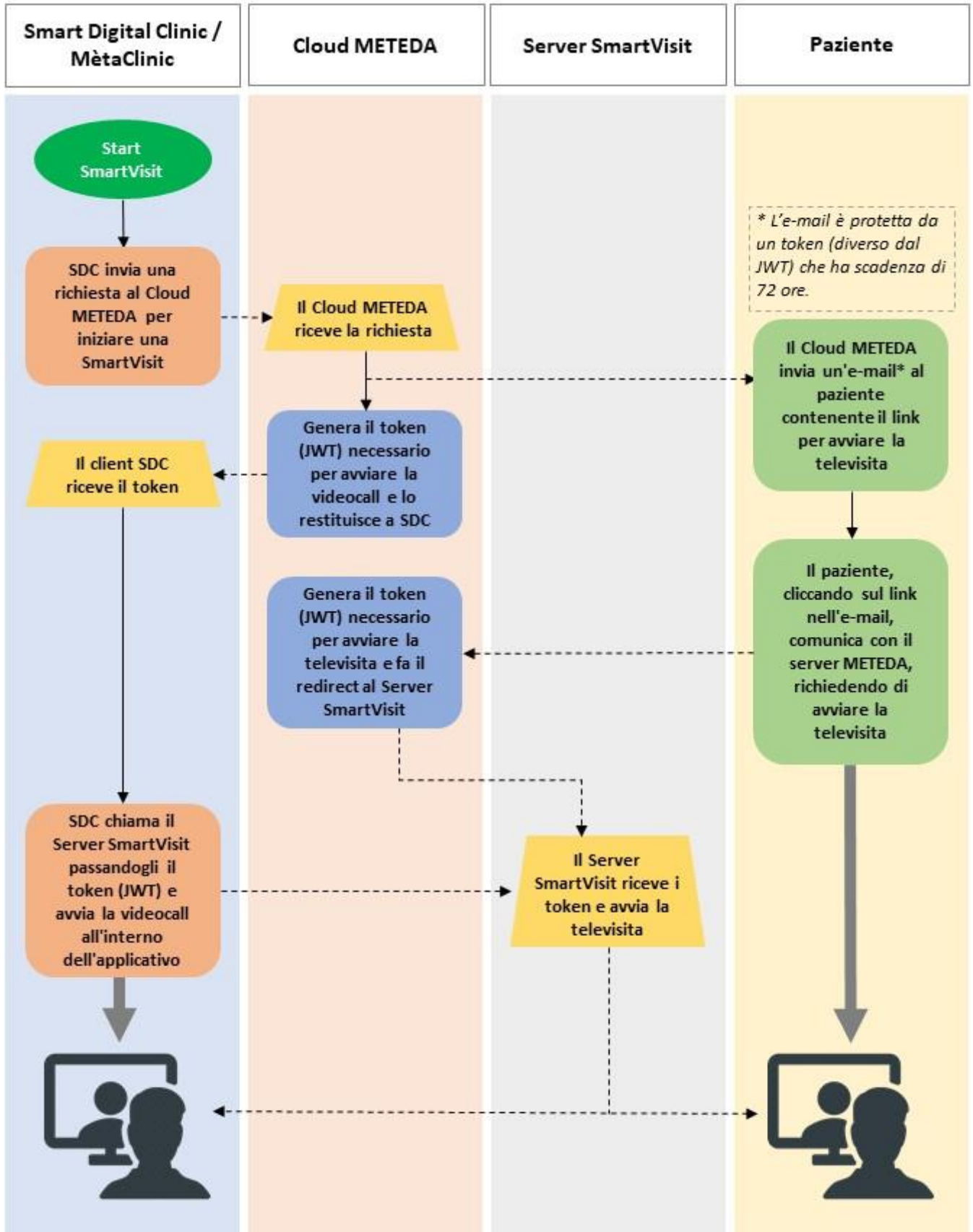


The screenshot shows the METEDA software interface for patient Emma Prova. A 'SmartVisit' dialog box is open, allowing the user to record the tele-visit as a performance. The dialog box contains a table with the following data:

Codice	Descrizione
<input checked="" type="checkbox"/>	89.01 Tele visita

Buttons for 'Annulla' and 'Salva' are visible at the bottom of the dialog. The background interface shows laboratory test results for 'Esami di laboratorio' with a period of 01/01/1900 - 29/05/2020. The patient's medical history and medication list are also visible on the right side of the screen.

## ARCHITETTURA DI SISTEMA



## REQUISITI MINIMI DI SISTEMA

La funzionalità del modulo SmartVisit è garantita con i seguenti requisiti minimi di sistema.

### **Requisiti hardware e software lato medico:**

- Windows 7 SP1 (o versioni superiori) aggiornato con gli ultimi aggiornamenti di Windows;
- Smart Digital Clinic / MètaClinic versione 10.9.9.2 (e superiori);
- Kit multimediale (microfono, speaker, webcam).

### **Requisiti di networking (per ogni client SDC):**

- Dovrà essere abilitata la comunicazione verso il server <https://services.meteda.com> ;
- Dovrà essere abilitata la comunicazione verso il server <https://smartvisit.meteda.com> sia tramite HTTP (porta 80) che HTTPS (porta 443). Dovrà inoltre essere aperta una delle seguenti porte:
  - UDP 10000
  - TCP 4443

La porta UDP 10000 permette performance migliori della TCP 4443, ed è quindi preferibile.

In presenza di Firewall o sistemi di Antivirus vanno concessi al software Smart Digital Clinic / MètaClinic i permessi di accedere alla webcam ed al microfono.

### **Requisiti hardware e software lato paziente:**

- PC con Browser Chrome (83.0.41 o superiori) o Mozilla (ultime versioni);
- App mobile Jitsi. I browser mobile non sono supportati.

### **Note sulla sicurezza:**

Si ricorda che l'utilizzo di sistemi operativi (e/o applicazioni) non più supportati dagli aventi diritto espone a concreti rischi in termini di sicurezza dell'infrastruttura IT.

## SCHEDA DI INCIDENT REPORTING

Data di compilazione \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ora \_\_\_\_; \_\_\_\_

### SEZIONE 1 - DATI PRELIMINARI

#### 1. Struttura/unità operativa:

Specificare se l'evento è accaduto in:

- Degenza ordinaria
- DH/DS
- Ambulatorio
- Terapia Intensiva
- Osservazione breve
- Sala Operatoria
- Sede assistenziale afferente al Distretto
- Altro \_\_\_\_\_

#### 2. Segnalazione di:

- Evento dannoso per il paziente (evento avverso)
- Evento potenzialmente dannoso per il paziente (near miss)
- Evento sentinella (prendere in riferimento l'elenco nella sezione 3)

- 
- Altro

Quale è stato/quale poteva essere il danno per il paziente?

\_\_\_\_\_

Nella gravità le conseguenze sono state/avrebbero potuto essere

- nessuna
- non so
- lievissime
- lievi
- gravi
- gravissime

3. A che ora ed in quale turno di lavoro si è verificato l'evento dannoso/potenzialmente dannoso?

Giorno \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Turno

- Mattino
- Pomeriggio
- Notturmo
- Cambio turno
- Altro \_\_\_\_\_

4. Il paziente è stato informato sull'accaduto? **SI**   
**NO**
5. L'evento è stato segnalato in cartella clinica? **SI**   
**NO**
6. Sono state erogate prestazioni assistenziali/effettuati accertamenti clinici o strumentali specifici, in seguito all'evento?  
**SI**   
**NO**

Descrivere quali

---

---

---

---

## SEZIONE 2 - INDIVIDUAZIONE DELLA TIPOLOGIA DELL'EVENTO

### 7. Selezionare la tipologia di evento che ha generato il danno o che avrebbe potuto generarlo

- Procedure terapeutiche non strettamente farmacologiche (diete, drenaggi, infusioni...) errate
- Mobilizzazione del paziente errata
- Caduta accidentale del paziente (da compilare anche la scheda segnalazione cadute)
- Procedure diagnostiche errate / Percorso diagnostico errato
- Procedure riabilitative errate / Percorso riabilitativo errato
- Prescrizione degli esami errata / confondibile
- Intervento errato dell'accompagnatore / accompagnatrice
- Altro \_\_\_\_\_

## RILEVAZIONE DI ERRORI NELLA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA

**Nome del farmaco/dispositivo:**

**Selezionare in quale fase della terapia farmacologica è avvenuto l'errore:**

- Errore di prescrizione
- Errore di preparazione
- Errore di somministrazione
- Errore di monitoraggio

Eventuali ulteriori considerazioni su quanto segnalato \_\_\_\_\_

### SEZIONE 3 – RILEVAZIONE DI EVENTI SENTINELLA

#### 8. Indicare l'Evento Sentinella che è avvenuto:

1. Procedura in paziente sbagliato (procedure chirurgiche o invasive)
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto (procedure diagnostiche / terapeutiche diverse da quelle prescritte)
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
- ~~8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita~~
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero/extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118e/o all'interno del pronto soccorso
15. Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

### SEZIONE 4 – ANALISI DELL'EVENTO

#### ANALISI DEI FATTORI CONTRIBUENTI LEGATI AL PAZIENTE E AL PERSONALE

#### 9. Fattori legati al paziente:

##### (è possibile indicare più di una risposta):

- Condizioni precarie/fragilità/infermità
- Paziente non cosciente o scarsamente orientato
- Barriere linguistiche e/o culturali
- Mancata adesione al progetto terapeutico
- Altro \_\_\_\_\_

#### 10. Fattori legati al personale:

- Difficoltà/negligenza nell'esecuzione di istruzioni/procedure
- Inadeguate conoscenze e/o inesperienza
- Fatica/stress
- Mancata e/o inesatta lettura documentazione e/o etichetta
- Scarso lavoro di gruppo
- Inadeguata valutazione del paziente

## ANALISI DEI FATTORI CONTRIBUENTI LEGATI AL SISTEMA

### 11. Fattori legati a procedure organizzative:

(è possibile indicare più di una risposta):

- Mancata/inadeguata comunicazione
- Staff inadeguato/insufficiente
- Insufficiente addestramento/inserimento
- Gruppo nuovo/inesperto
- Elevato turn over
- Scarsa continuità assistenziale
- Protocollo/procedura inesistente o ambigua
- Mancato coordinamento/supervisione

### 12. Fattori legati alle risorse tecnologiche e strutturali:

- Mancanza/inadeguatezza attrezzature
- Mancata/inadeguata manutenzione delle attrezzature
- Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo
- Ambiente inadeguato/carenze strutturali (descrizione) \_\_\_\_\_

### 13. Altri fattori \_\_\_\_\_

## RILEVAZIONE DEI FATTORI MINIMIZZANTI

### 14. Quali fattori hanno contribuito, eventualmente, a ridurre il rischio derivante dall'evento dannoso/eventopotenzialmente dannoso?

(è possibile indicare più di una risposta):

- Tempestivo riconoscimento ed immediata azione correttiva
- Buona pianificazione
- Buon livello di comunicazione con paziente/care giver
- Buon livello di comunicazione all'interno dell'equipe
- Circostanze fortuite
- Altro \_\_\_\_\_

## SEZIONE 5 – AZIONI SUGGERITE

### 15. Come potrebbe essere ridotta per il futuro la possibilità che l'evento dannoso/evento potenzialmente dannoso si ripeta?

(è possibile indicare più di una risposta):

- Maggiore standardizzazione nei processi
- Cambiamenti nelle attuali procedure organizzative e/o assistenziali
  - Specificare \_\_\_\_\_
- Migliore documentazione scritta sulle condizioni del paziente
- Formazione del personale più adeguata
- Affiancamento del personale
- Revisione attrezzature / tecnologia / edilizia
- Consulenza di un esperto esterno
- Altri suggerimenti

## SEZIONE 6 – INDAGINE SULLE AZIONI INTRAPRESE

### 16. Si è già discusso, all'interno del vostro reparto, dell'avvenuto?

Sì

No

### 17. Sono state già introdotte azioni correttive? Eventualmente, cosa hanno riguardato?

- Ridefinizione delle procedure organizzative e assistenziali
- Nuovi protocolli di formazione
- Revisione della documentazione scritta
- Non so
- Altro \_\_\_\_\_

### **DESCRIZIONE DELL' EVENTO DANNOSO / POTENZIALMENTE DANNOSO (COMPILARE IN FORMA LEGGIBILE)**

Compilare le parti di testo libero in forma leggibile

**Conoscere le cause che hanno contribuito all'accadimento di un evento avverso aiuta a non ripetere lo stesso evento in futuro, ecco perché è importante la segnalazione degli eventi avversi da parte degli operatori sanitari (incident reporting).**

L'incident reporting è la segnalazione spontanea, volontaria ed anonima (non è obbligatorio dichiarare il compilatore) degli eventi avversi e dei problemi organizzativi.

I professionisti che si trovano coinvolti in un incidente che sia evento avverso o sentinella od in una situazione ancora più importante di quasi evento (near miss), devono attenzionare l'episodio al servizio di risk management per mezzo della scheda allegata e pubblicata nella sessione dedicata al Risk Management del Portale ASL Viterbo.

Le segnalazioni da voi fornite costituiscono una base fondamentale sia per identificare i miglioramenti che come dato utilizzato per la mappatura ed analisi dei rischi

Possiamo considerare questo documento come **strumento preziosissimo per il miglioramento della qualità dell'assistenza e del benessere organizzativo.**

- Nella **sezione 1** devono essere inseriti i dati preliminari riguardanti il luogo dell'accadimento, l'ora; se trattasi di evento avverso, evento sentinella o near miss, indicando la gravità reale o potenziale dell'evento. Importante è comunicare al paziente l'accaduto e segnalarlo nella cartella clinica.
- La **sezione 2** è necessaria ad individuare il tipo di evento.
- La **sezione 3** deve essere presa in considerazione solo in caso di EVENTO SENTINELLA, segnando una crocetta sul numero corrispondente.
- Con la **sezione 4** si devono indicare i fattori maggiormente implicati.
- Nelle **sezioni successive (5 e 6)** si evidenziano, rispettivamente, eventuali azioni di miglioramento suggerite o già messe in atto.
- Nell'ultimo riquadro si deve stilare una breve ed esauriente descrizione del caso che si è verificato.

Una volta terminata la compilazione, la scheda dovrà essere inviata in busta al Protocollo Generale all'attenzione Risk Manager o inviata come allegato alla mail: [risk.manager@asl.vt.it](mailto:risk.manager@asl.vt.it)