

RMRARE

Manuale Utente

Codice Documento: **CRS-FORM-MES#514**

Documento: **RMRARE-Manuale Utente**

Versione: **4.0**

Data: **03-08-2026**

Cronologia delle Revisioni

Revisione	Sintesi delle Modifiche
1.0	Prima versione nuovo applicativo
2.0	Modifica stato dei documenti per i pazienti fuori Regione
3.0	Esposizione applicativo su Internet, Firma Remota ed Aggiornamento dati anagrafici
4.0	Aggiunta sezione Scheda di Emergenza

Sommario

1 Introduzione	6
1.1 Scopo	6
1.2 Riferimenti Documentali.....	6
1.3 Formalismi utilizzati	6
1.4 Definizioni e acronimi	6
2 Rete Malattie Rare - Finalità.....	8
2.1 Rete Malattie Rare.....	8
2.2 Web Application	8
2.3 Modelli CDA2 e PDF	8
3 Accesso alla Web Application Rete Malattie Rare	9
3.1 Profilazione.....	9
3.2 Utenti del Sistema	9
3.3 Homepage.....	10
4 Funzionalità Web Application	11
4.1 Ricerca paziente.....	11
4.1.1 Risultati Ricerca	11
4.1.2 Stato cittadino	12
4.2 Info	12
4.3 Inserisci Contatto.....	12
4.4 Modifica contatto	14
4.5 Nuovo Documento.....	15
4.5.1 Tipo Documento ed Esenzione	15
4.5.2 Nuovo Certificato di Malattia	16
4.5.3 Nuovo Piano Terapeutico.....	24
4.5.4 Scheda di Emergenza.....	25
4.5.5 Nuovo Piano Riabilitativo	27
4.6 Ricerca Documento	29
4.6.1 Stato documenti	30
4.6.2 Tool-tip stato validità	30
4.6.3 Visualizza Documento.....	31
4.6.4 Modifica Documento	31
4.6.5 Rinnova Documento.....	32
4.6.6 Annulla Documento.....	33
4.6.7 Aggiornamento dati anagrafici.....	33
4.6.8 Stampa Documento	34
4.7 Registra Documento.....	34
4.7.1 Dichiarazione di Autorizzazione e Oscuramento	34
4.7.2 Procedura di firma.....	35
4.7.3 Archiviazione e pubblicazione	36

4.8 Gestione delle bozze	37
--------------------------------	----

Indice Tabelle

Tabella 1 - Acronimi	6
Tabella 2- Stato cittadino	12
Tabella 3- Inserisci contatto	14
Tabella 4- Dati Amministrativi	17
Tabella 5- Dati diagnosi	19
Tabella 6- Programma terapeutico	21
Tabella 7 - Scheda di emergenza	26
Tabella 8- Piano Riabilitativo	28
Tabella 9- Stato documenti	30
Tabella 10- Stato validità	31

Indice delle Figure

Figura 1 - Homepage	10
Figure 2 - Ricerca Paziente	11
Figura 3- Ricerca Paziente	12
Figura 4- Ricerca Paziente: Azioni	12
Figura 5- Info Cittadino	12
Figura 6- Inserisci Contatto	13
Figura 7- Inserisci Contatto	13
Figura 8- Modifica Contatto	15
Figura 9 - Tipo Documento ed Esenzione	15
Figura 10: Certificato di Malattia	16
Figura 11- Certificato di Malattia: errore	16
Figura 12- Certificato di Malattia: errore in bozza	16
Figura 13- Certificato di malattia: warning	16
Figura 14- Dati Amministrativi	18
Figura 15- Dati Amministrativi: errore	18
Figura 16- Dati diagnosi	19
Figura 17- Dati diagnosi	20
Figura 18- Dati diagnosi: Struttura di prima diagnosi	20
Figura 19- Dati diagnosi: errore	20
Figura 20: Warning Annulla	21
Figura 21- Programma terapeutico	21
Figura 22- Programma terapeutico: Nessun trattamento previsto	22
Figura 23- Programma terapeutico: Inserimento farmaco	22
Figura 24- Programma terapeutico: Inserimento farmaco	23
Figura 25- Programma terapeutico: inserimento farmaco	23
Figura 26- Programma terapeutico: Inserimento farmaco	23
Figura 27- Validazione	23
Figura 28- Piano Terapeutico	24
Figura 29- Piano Terapeutico: warning	24
Figura 30- Piano Terapeutico: errore	24
Figura 31- Piano Terapeutico: errore	25
Figura 32 – Scheda di emergenza	25
Figura 33 – Scheda di emergenza non compilata	25
Figura 34 - Stampa Scheda di Emergenza	27
Figura 35- Piano Riabilitativo	27
Figura 36- Piano riabilitativo: errore	27
Figura 37- Piano Riabilitativo: warning	27
Figura 38- Piano Riabilitativo: errore	28
Figura 39- Piano Riabilitativo	29

Figura 40- Ricerca Documenti.....	29
Figura 41- Tool-tip stato validità	31
Figura 42- Modifica Certificato di Malattia: Motivazione sostituzione	31
Figura 43- Rinnova Documento	32
Figura 44- Annulla documento: esempio di errore.....	33
Figura 45- Aggiorna dati anagrafici	33
Figura 46- Aggiorna dati anagrafici: avviso	34
Figura 47- Registra	34
Figura 48- Dichiarazione di Autorizzazione e Oscuramento	35
Figura 49- DAO.....	35
Figura 50- Firma	35
Figura 51- Firma remota: dati account per firma elettronica	36
Figura 52: Otp.....	36
Figura 53: Firma: esito positivo	36
Figura 54- Firma: errore	36
Figura 55: Archiviazione e Pubblicazione.....	36
Figura 56- Errore pubblicazione	37
Figura 57- Salvataggio in bozza.....	37
Figura 58- Ricerca Documenti in bozza	37

1 Introduzione

1.1 Scopo

Lo scopo di questo documento è descrivere le modalità di utilizzo, le funzionalità e le caratteristiche tecniche dell'applicativo Rete Malattie Rare (RMRARE).

Il nuovo applicativo RMRARE sostituisce quello precedentemente in uso RMR.

Il manuale è ad uso esterno, destinato ad utenti quali operatori o strutture.

1.2 Riferimenti Documentali

[1] AS-SEVO-SELG#02 Dematerializzazione dei Documenti Clinici – Linee Guida; **[2]** BC–SISS–ScS-Analisi Organizzativa Gestione Eventi Informativi e Notifiche - Analisi

Impatto Organizzativo - Gestione di Eventi Informativi e Notifiche per Cittadini ed Operatori socio-sanitari **[3]** DC-AP-OPRTR#01 - Analisi dei Processi Organizzativi – Regole per la definizione degli

Operatori CRS-SISS **[4]** Serv-San-Clin-FSE - Scheda Servizio – Il Fascicolo Sanitario Elettronico, Servizi Comuni

Condivisi; **[5]** CRS-ISAU-SIAU#05 Specifiche di interfaccia Applicativi Utente **[6]** IE Mode iN Edgev3.0 Abilitare la modalità Microsoft Internet Explorer in Microsoft EDGE

1.3 Formalismi utilizzati

Si riportano di seguito i formalismi utilizzati nel presente manuale al fine di consentire una corretta consultazione dello stesso:

Pulsanti/Bottoni: i pulsanti/bottoni o i Tab sullo schermo sono stampati in **‘grassetto fra virgolette’**;

Campi: i campi sono descritti in *“corsivo tra virgolette”*;

Funzioni applicative: sono riportate in ***grassetto corsivo***;

Messaggi delle finestre di dialogo: sono riportati in *corsivo*;

Attenzione - Questo simbolo mette in evidenza la presenza di un messaggio di attenzione che contiene informazioni utili.

1.4 Definizioni e acronimi

Termine	Definizione
ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS	Azienda Tutela della Salute
CM	Certificato di Malattia
DB	Database
DCE	Documento clinico Elettronico
FSE	Fascicolo sanitario elettronico
ICCE	Identifica Cittadino e Classe di Esenzione
MMG	Medico Medicina Generale
NAR	Nuova Anagrafe Regionale
PIN	Personal Identification Number
PDL	Postazione di Lavoro
PR	Piano Riabilitativo
PT	Piano Terapeutico
SEB	Servizi di Base
SISS	Sistema Informativo Socio-Sanitario
SSR	Sistema Sanitario Regionale

Tabella 1 - Acronimi

Certificato di Malattia (CM)

Si intende un documento clinico che attesta la diagnosi di una patologia rara, rilasciato da uno specialista dei Centri della Rete Nazionale o Regionale e consente l'esenzione sanitaria e l'accesso a prestazioni specifiche.

Piano Terapeutico (PT)

Si intende un documento clinico, redatto da un Medico Specialista, che destinato ad identificare un particolare trattamento farmacologico prescrivibile solo in presenza di particolari rilievi clinici in patologie e branche specialistiche selezionate.

Piano Riabilitativo (PR)

Si intende un documento clinico, redatto da un Medico Specialista, che prevede un percorso personalizzato volto al recupero dell'autonomia e al miglioramento della qualità della vita del paziente.

Documento Clinico Elettronico (DCE)

S'intende una rappresentazione elettronica di un documento clinico, contenente osservazioni cliniche, opinioni mediche, informazioni su azioni o eventi di natura clinico-sanitaria. Se strutturato secondo standard condivisi, il documento clinico elettronico permette di realizzare una piena interoperabilità semantica fra sistemi informativi, cioè permette l'acquisizione del contenuto del documento con strumenti automatici.

2 Rete Malattie Rare - Finalità

In questo capitolo viene presentata la Rete Malattie Rare e ne vengono descritte le finalità di utilizzo dell'applicativo per quanto riguarda la diagnosi e la terapia delle Malattie Rare.

2.1 Rete Malattie Rare

La Rete Nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle Malattie Rare è costituita da Presidi accreditati, appositamente individuati dalle Regioni, e da Centri con funzioni di coordinamento. Regione Lombardia ha individuato una serie di Presidi ed un Centro con funzioni di Coordinamento.

Il paziente per il quale sia stato formulato da un Medico il sospetto diagnostico di una Malattia Rara, deve essere indirizzato dallo stesso Medico al Presidio della Rete in grado di garantire la diagnosi. L'obiettivo principale è quindi quello di facilitare al massimo il paziente nel percorso diagnostico e terapeutico, garantendo un elevato livello della qualità dell'assistenza resa ed una tempestività d'azione.

2.2 Web Application

L'applicativo Rete Malattie Rare ha lo scopo di permettere ai Presidi accreditati di gestire la rilevazione, l'archiviazione e la consultazione dei casi di patologie relative alle Malattie Rare, con finalità di supporto diagnostico-terapeutico ai pazienti affetti da tali patologie, di studi epidemiologici, di controllo delle esenzioni e delle spese. RMR ha quindi le seguenti finalità:

- Registrazione dei casi di Malattie Rare rilevati sul territorio lombardo da parte delle strutture appartenenti alla Rete Malattie Rare (Presidi di Rete);
- Certificazione della Malattia Rara e del diritto all'esenzione;
- Condivisione delle informazioni clinico-diagnostiche da parte dei Medici dei Presidi di Rete al fine di garantire un adeguato percorso diagnostico-terapeutico al paziente;
- Analisi statistiche ed epidemiologiche.

2.3 Modelli CDA2 e PDF

L'applicativo si integra con i repository aziendali, consentendo l'archiviazione in bozza o in via definitiva dei documenti in formato CDA2 e PDF prodotti dai medici specialistici appartenenti ad uno specifico Ente/Presidio. Una volta che il documento è archiviato sul repository, l'applicativo si occupa della sua pubblicazione verso il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Nell'ambito dell'elaborazione dei documenti, è prevista la produzione del documento XML, in formato CDA2, e del documento PDF di:

- Certificato di Malattia
- Piano Terapeutico
- Piano Riabilitativo

3 Accesso alla Web Application Rete Malattie Rare

L'applicativo è esposto sul web al seguente link: <https://operatorisiss.servizirl.it/rmrare/> oltre che essere presente su menù SISS, alla voce "Rete malattie rare": l'autenticazione è possibile sia tramite Carta SISS che con Firma Remota. Con l'esposizione su Internet, in questa modalità l'applicativo è fruibile tramite i browser maggiormente diffusi senza l'utilizzo della PDL SISS.

Si rimanda al Manuale 'Accesso al SISS' per la descrizione completa della procedura.

3.1 Profilazione

L'applicazione è fruibile da operatori opportunamente profilati nel sistema di Provisioning dagli uffici PdA/PdR di ATS e ASST. Le informazioni che caratterizzano l'operatore (SISS) sono:

- Codice Ente (obbligatorio), Struttura (obbligatorio) e Reparto di appartenenza (facoltativo)
- Codice profilo funzionale (ruolo applicativo obbligatorio)
- Attributo esteso (obbligatorio)

Le Strutture sono identificate dal codice ente Gestore (L1) e un codice struttura (L2). Il reparto in cui l'operatore è abilitato è indicato con il codice reparto (L3). Con "Profilo funzionale" si intende un raggruppamento di operatori omogeneo che condividono gli stessi privilegi nel più ampio sistema informativo regionale SISS (in termini di Servizi applicativi). Attualmente l'applicativo RMRARE permette l'accesso ai seguenti profili:

- Ruolo 13: Medico Specialista

Con attributo esteso SISS si intende quella specifica che permette di identificare puntualmente tra gli operatori SISS con lo stesso profilo funzionale quelli che possono utilizzare l'applicativo.

L'attributo esteso che permette l'accesso a RMRARE è:

- |PRRP!RMR|

3.2 Utenti del Sistema

Gli utenti della Rete Malattie Rare sono i Presidi individuati da Regione Lombardia mediante Delibera della Giunta Regionale, quali centri abilitati ad erogare prestazioni finalizzate alla diagnosi ed al trattamento delle Malattie Rare e in possesso di documentata esperienza di attività diagnostica o terapeutica specifica.

È stato inoltre individuato, quale Centro di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare della Regione Lombardia il Centro Ricerche Cliniche per le Malattie Rare Aldo e Cele Daccò, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS (Ranica - BG). Il Centro di Coordinamento Regionale ha la funzione di:

- Coordinamento dei Presidi accreditati, al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata terapia;
- Scambio di informazioni e documentazione con gli altri Centri interregionali e con gli organismi internazionali competenti;
- Consulenza e supporto ai medici del SSN in ordine alle Malattie Rare ed alla disponibilità dei farmaci appropriati per il loro trattamento.

3.3 Homepage

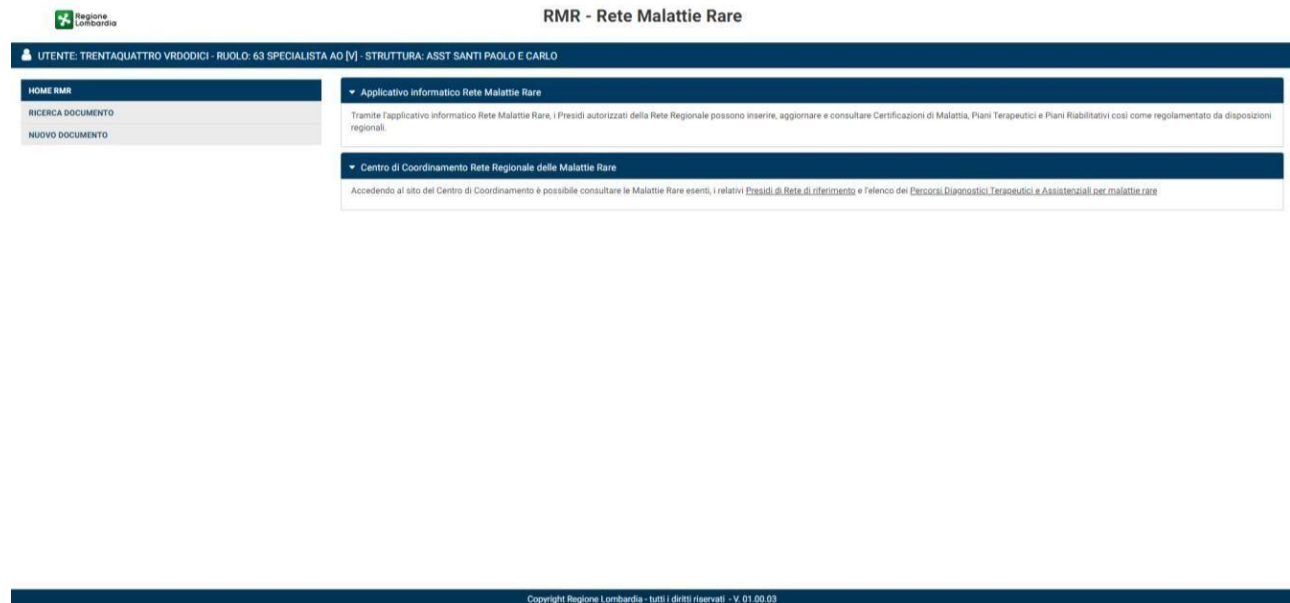


Figura 1 - Homepage

I Principali elementi della Homepage sono:

- “Nome”, “Cognome”, “Ruolo”, “Struttura” dell’utente collegato.
- Menu laterale: elenca le funzioni applicative attive in base al flusso operativo gestito:
 - o ‘Home RMR’ o ‘Ricerca Documento’ o ‘Nuovo Documento’
- Sezione informativa con descrizione dell’applicativo e i link per il sito del Centro di Coordinamento per le Malattie Rare

Il link “Database Malattie Rare Esenti e relativi Presidi di Rete” consente di accedere al Registro dei Presidi della Regione Lombardia sul sito dell’Istituto Mario Negri (Presidi di Rete (marionegri.it)) nel quale è possibile ricercare i Presidi di Rete autorizzati e le Malattie diagnosticabili da ciascun Presidio.

Il link “[Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali \(PDTA\)](#)” consente di accedere alla pagina di riferimento presente sul sito dell’Istituto Mario Negri (Percorsi Diagnostici, Terapeutici e Assistenziali (PDTA) (marionegri.it)) dalla quale è possibile visualizzare le schede attualmente pubblicate.

4 Funzionalità Web Application

In questo capitolo sono descritte le funzionalità disponibili per la Web Application di Rete Malattie Rare.

Le due funzioni principali **Nuovo Documento** e **Ricerca Documento** sono descritte rispettivamente nei paragrafi 4.4 e 4.5, con richiami ed integrazioni ad altre funzionalità.

4.1 Ricerca paziente

La funzionalità **Ricerca paziente** consente all'utente abilitato la ricerca di un cittadino. È la prima operazione da eseguire nel caso d'uso di Nuovo Documento.

La ricerca viene effettuata sia tra le anagrafiche dei cittadini iscritti al SSR della regione Lombardia sia tra le anagrafiche dei cittadini non iscritti al SSR ma che sono venuti in contatto con gli Enti Erogatori di Servizi Socio Sanitari della Regione Lombardia.

Figure 2 - Ricerca Paziente

La Ricerca prevede l'utilizzo dei seguenti filtri:

- "Codice Fiscale"
- "Cognome"
- "Nome"
- "Data di Nascita"
- "Sesso"
- "Provincia Nascita"
- "Comune Nascita"

La Ricerca prevede un vincolo delle seguenti combinazioni minime di dati:

- "Codice Fiscale"
- "Cognome", "Nome" e "Sesso"
- "Cognome", "Data di nascita" e "Sesso"
- "Cognome", "Data di nascita", "Sesso", "Provincia di nascita" e "Comune di nascita"

4.1.1 Risultati Ricerca

Una volta impostati i parametri ed effettuata la ricerca tramite il pulsante **'Filtro'**, il Sistema restituisce una lista di nominativi, che presentano i seguenti attributi:

- "Cognome/Nome"
- "Codice Fiscale"
- "Sesso"
- "Data di Nascita"

- “Assistito”
- “Azioni”

Cognome/Nome	Codice Fiscale	Sesso	Dati di Nascita	Assistito	Azioni
CITTASISS DUE	CTTDUE04R10F205V	M	10/10/2004	ATTIVO	  
CITTASISS DUE	CTTDUE41A12F205X	M	12/01/1941	ATTIVO	  
CITTASISS DUE	CTTDUE69L18L682S	M	18/07/1969	NON-ATTIVO	  
CITTASISS DUE	CTTDUE72R11L176S	M	11/10/1972	NON-ATTIVO	  

Figura 3- Ricerca Paziente

Il risultato della ricerca può proporre uno dei seguenti risultati:

- Un solo cittadino: il Sistema valorizza i rispettivi campi per un unico cittadino;
- Una lista di cittadini: il Sistema visualizza una lista di cittadini con i dati inseriti in comune (Figura 3). È necessario selezionare il paziente per il quale si vuole elaborare il documento;
- Nessun cittadino: compare a video un messaggio (figura 6) che invita l'utente a registrare l'anagrafica del nuovo paziente abilitando la pagina Inserisci Contatto (paragrafo 4.3) e provvedendo a valorizzare i campi già inseriti come parametri della ricerca.

Per gli assistiti sono disponibili le seguenti azioni, attivabili dai rispettivi pulsanti:

- Info
- Nuovo Documento
- Modifica

Assistito	Azioni
NON_ATTIVO	   
NON_ATTIVO	  
NON_ATTIVO	  

Figura 4- Ricerca Paziente: Azioni

4.1.2 Stato cittadino

Ogni cittadino presenta un “Stato” riportato dal metodo ICCE in base alla registrazione al SSR, sotto la voce “Assistito”.

Stato	Descrizione	Visualizzato sull'applicativo
ATTIVO	Cittadino residente in Lombardia e correttamente registrato al SSR	AT
NON ATTIVO	Cittadino fuori regione registrato come Contatto o Cittadino defunto	NAT

Tabella 2- Stato cittadino

4.2 Info

Permette di visualizzare come tool-tip l'indirizzo di residenza del cittadino.

Cognome/Nome	Codice Fiscale	Sesso	Dati di Nascita	Assistito	Azioni
CITTASISS DUE	CTTDUE40R10M149N	M	10/10/1940	ATTIVO	  

Indirizzo di residenza:
 ARCO DUE 123 85
 LECCO (LECCO)

Figura 5- Info Cittadino

4.3 Inserisci Contatto

Tramite la funzionalità **Inserisci Contatto** si può registrare un contatto nella base dati Anagrafe dei Contatti nel Dominio Centrale (Anagrafica temporanea cittadini non SISS). Questa funzionalità si attiva se, nella pagina della **Ricerca paziente**, vengono inseriti dei parametri di ricerca per un cittadino non presente in anagrafe.

Info

La ricerca non ha prodotto nessun esito.

La ricerca è stata effettuata con i seguenti parametri:

Cognome: esempio

nome: contatto

Sesso: M

Inserisci anagrafica contatto

chiudi

Figura 6- Inserisci Contatto

Procedendo sul pulsante **‘Chiudi’**, l'utente interrompe l'operazione ed è rimandato alla Homepage. Procedendo sul pulsante **‘Inserisci anagrafica contatto’** l'utente accede alla pagina interessata.

DATI PAZIENTE

Codice Fiscale *

Cognome *

Nome *

Campo obbligatorio. 16 caratteri consentiti

Sesso *

Data di nascita *

Stato di nascita *

Comune di nascita *

Seleziona lo stato di residenza

Seleziona il comune di nascita (inserire almeno 2 caratteri)

Stato di residenza *

Regione di residenza *

Seleziona la regione di residenza

Provincia di residenza *

Comune di residenza *

Seleziona la provincia di residenza

Seleziona il comune di residenza

CAP di residenza

Indirizzo di residenza *

Civico di residenza *

Inserisci il cap di residenza

Inserisci l'indirizzo di residenza

Inserisci il Civico del residenza

Tipologia asl/ats *

ATS residenza *

ATS assistenza *

Seleziona tipologia asl/ats

Seleziona Ats residenza

Seleziona Ats assistenza

ASL residenza *

ASL assistenza *

Seleziona Asl residenza

Seleziona Asl assistenza

Regione di domicilio *

Provincia di domicilio *

Comune di domicilio *

CAP di domicilio

Seleziona la regione di domicilio

Seleziona la provincia di domicilio

Inserisci il cap di domicilio

Indirizzo di domicilio *

Civico di domicilio *

Inserisci l'indirizzo di domicilio

Inserisci il civico del domicilio

Telefono Paziente

Titolo di studio

Professione

Seleziona il titolo di studio del paziente

Seleziona la professione del paziente

Salva **Annulla**

Figura 7- Inserisci Contatto

I campi contrassegnati da un asterisco rosso “*” sono obbligatori e devono essere valorizzati. La pagina è costituita dai seguenti campi:

Campo	Descrizione
“Nome”	Indica il nome del cittadino per il quale si compila la scheda; è un campo obbligatorio.
“Cognome”	Indica il cognome del cittadino per il quale si compila la scheda; è un campo obbligatorio.
“Sesso”	Indica il sesso del cittadino per il quale si compila la scheda; è un campo obbligatorio.
“Data di Nascita”	Può essere valorizzata con il pulsante accanto o manualmente; è un campo obbligatorio.
“Codice Fiscale”	Indica il codice fiscale del cittadino per il quale viene compilata la scheda; è un campo obbligatorio.
“Stato di Nascita”	Indica lo stato di nascita del cittadino per il quale si compila la scheda; è un campo obbligatorio. Se il cittadino è nato all'estero inserire il valore “EE – Estero”.
“Comune di Nascita”	Indica il comune di nascita per i cittadini nati in Italia (se Provincia di Nascita contiene un valore diverso da “EE – Estero”). Per i cittadini nati all'estero (se Provincia di Nascita contiene il valore “EE – Estero”), il campo assume il valore selezionato tra gli stati esteri elencati in ordine alfabetico nella tendina corrispondente; è un campo obbligatorio.
“Data Decesso”	Indica la data di decesso del paziente; non è un campo obbligatorio.

“Provincia Residenza”	Indica la provincia di residenza del paziente; è un campo obbligatorio. Se il cittadino risiede all'estero inserire il valore “EE – Estero”; se risiede in Italia, procedere con la selezione della provincia.
“Comune di Residenza”	Indica il comune della residenza del paziente per i cittadini residenti in Italia. Per i cittadini residenti all'estero (se Provincia di Residenza contiene il valore “EE – Estero”), il campo assume il valore selezionato tra gli stati esteri elencati in ordine alfabetico nella tendina corrispondente; è un campo obbligatorio. Il comune può essere selezionato solo se in precedenza è stata selezionata la provincia.
“Frazione Residenza”	Indica la frazione di residenza del paziente; non è un campo obbligatorio.

"Provincia Residenza"	Indica la provincia di residenza del paziente; è un campo obbligatorio. Se il cittadino risiede all'estero inserire il valore "EE – Estero"; se risiede in Italia, procedere con la selezione della provincia.
"Indirizzo Residenza"	Indica l'indirizzo di residenza del paziente; è un campo obbligatorio se il campo Provincia di Residenza non è stato valorizzato "EE – Estero".
"N.ro Civico Residenza"	Indica il numero civico della residenza del paziente; è un campo obbligatorio se la nazione di residenza è Italia.
"C.A.P Residenza"	Indica il codice avviamento postale della residenza del paziente; è un campo obbligatorio se la nazione di residenza è Italia.
"Provincia di Domicilio"	Indica la provincia di reperibilità del paziente; è un campo obbligatorio se uno dei campi del domicilio è stato valorizzato
"Luogo di Domicilio"	Indica il comune di reperibilità del paziente; è un campo obbligatorio se almeno uno dei campi del domicilio è stato valorizzato. Il comune può essere selezionato solo se, precedentemente, è stata selezionata la provincia.
"Frazione Domicilio"	Indica la frazione di domicilio del paziente; non è un campo obbligatorio.
"Indirizzo Domicilio"	Indica l'indirizzo di reperibilità del paziente; è un campo obbligatorio se almeno uno dei campi del domicilio è stato valorizzato.
"N.ro Civico Domicilio"	Indica il numero civico di reperibilità del paziente; è un campo obbligatorio se almeno uno dei campi del domicilio è stato valorizzato.
"C.A.P Domicilio"	Indica il codice avviamento postale di domicilio del paziente; non è un campo obbligatorio.
"Telefono Paziente"	Indica il recapito telefonico del paziente; non è un campo obbligatorio.
"Titolo di studio"	Indica il titolo di studio conseguito dal paziente; è un campo obbligatorio.
"Professione"	Indica la professione che attualmente ricopre il paziente; è un campo obbligatorio.

Tabella 3- Inserisci contatto

Con il pulsante '**Salva**' l'utente conclude le operazioni e registra il cittadino come contatto.

Attenzione: In caso di omissione o errore nella compilazione di uno o più dati, la nuova anagrafica non può essere registrata finché l'utente non inserisce il dato corretto.

Attenzione: I documenti registrati per i contatti, firmati e archiviati, saranno disponibili nella **Ricerca Documenti** in stato "Attivo" ma non è prevista la loro pubblicazione

all'interno del FSE.

4.4 Modifica contatto

Tramite la funzionalità **Modifica Contatto** si può modificare l'anagrafica di un contatto nella base dati "Anagrafe dei Contatti" nel Dominio Centrale (Anagrafica temporanea cittadini non SISS). Questa funzionalità si attiva selezionando il pulsante '**Modifica Contatto**' dalla **Ricerca Paziente** ed è disponibile solo per i cittadini in stato NAT. Nella figura seguente viene rappresentato un esempio della pagina **Modifica Contatto**.

I campi sono gli stessi del caso precedente di **Inserisci Contatto** (paragrafo 4.3).

DATI PAZIENTE

Codice fiscale * TSTCTT80A01F839T

Cognome * TEST

Nome * CONTATTO

Sesso * Maschio

Data di nascita * 01-01-1980

Stato di nascita * ITALIA

Comune di nascita * NAPOLI

Stato di residenza * ITALIA

Regione di residenza * LOMBARDIA

Provincia di residenza * MILANO

Comune di residenza * MILANO

CAP di residenza 20142

Indirizzo di residenza * via prova

Civico di residenza * 55

Tipologia asl/ats * ATS Assistenza

ATS residenza * Seleziona Ats residenza

ATS assistenza * ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

ASL residenza * Seleziona Asl residenza

ASL assistenza * ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Regione di domicilio * LOMBARDIA

Provincia di domicilio * MILANO **Provincia Domicilio**

Comune di domicilio * MILANO

CAP di domicilio 20142

Indirizzo di domicilio * via prova

Civico di domicilio * 55

Telefono Paziente

TITOLO DI STUDIO

Seleziona il titolo di studio del paziente

Professione

Seleziona la professione del paziente

Salva **Annulla**

Figura 8- Modifica Contatto

Con il pulsante **‘Salva’** l'utente conclude le operazioni e registra le modifiche all'anagrafica del cittadino.

4.5 Nuovo Documento

Tramite la funzionalità di **Nuovo Documento** è possibile compilare e registrare un documento per il paziente appena selezionato attraverso la **Ricerca Pazienti**. In questo paragrafo sono elencate i passaggi che portano alla pubblicazione del documento sul FSE in base alla tipologia di documento selezionato.

4.5.1 Tipo Documento ed Esenzione

La redazione di un Nuovo Documento prosegue, dopo la ricerca del paziente, con la scelta del **“Tipo Documento”** tra:

- Certificato di Malattia
- Piano Terapeutico
- Piano Riabilitativo

Selezionare il tipo di documento per il paziente

Cognome: TEST

Nome: TEST

Data di nascita: 31/01/2000

Luogo di nascita: MILANO

Residenza: Indirizzo di residenza: ALZAIA POPOLATA 1 BRESCO (MILANO)

Tipo Documento

Piano riabilitativo

Certificato malattia

Piano riabilitativo

Piano terapeutico

Codice Esenzione *

Selezione...

Conferma **Annulla**

Figura 9 - Tipo Documento ed Esenzione

La scelta dell'Esenzione è possibile sia attraverso la **“Descrizione Esenzione”** che il **“Codice Esenzione”**. La scelta di una delle due opzioni comporta la compilazione automatica dell'altra.

Attenzione: le scelte del tipo di Documento e dell'Esenzione sono vincolate da una serie di criteri riportati nei capitoli successivi.

4.5.2 Nuovo Certificato di Malattia

Si procede alla compilazione di un nuovo Certificato di Diagnosi scegliendo come documento Certificato di Malattia e selezionando l'Esenzione.

Figura 10: Certificato di Malattia

Procedendo sul tasto **‘Conferma’** si avviano le operazioni di compilazione di un Nuovo Certificato di Malattia; questo è possibile se vengono rispettati alcuni criteri nella scelta dell'esenzione.

Vincoli di scelta

- Non è possibile la scelta di un nuovo Certificato di Malattia se ne è già presente uno del proprio presidio per il paziente e l'esenzione scelti.

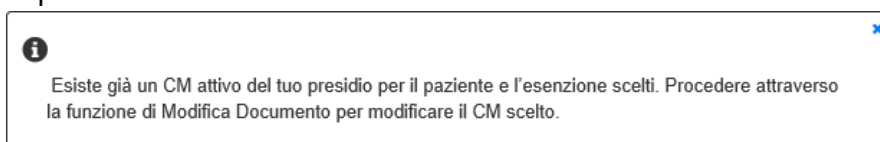


Figura 11- Certificato di Malattia: errore

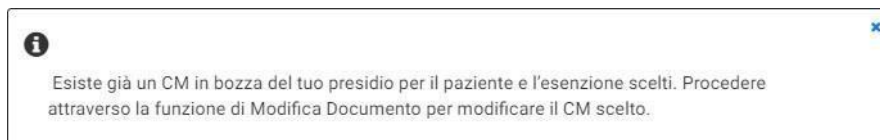


Figura 12- Certificato di Malattia: errore in bozza

- È possibile la scelta di un nuovo Certificato di Malattia se ne è già presente una in rete di un altro presidio per il paziente e l'esenzione scelti. In questo caso il Sistema mostra un messaggio di warning per avvisare l'utente. In alternativa, l'utente può procedere alla creazione del Piano Terapeutico dall'apposita funzione.



Figura 13- Certificato di malattia: warning

Una volta effettuati i controlli, il Sistema guida l'utente nella redazione di un nuovo Certificato di Malattia fino alla sua pubblicazione sul FSE.

Con il pulsante **‘Annulla’** l'utente interrompe le operazioni ed è rimandato alla Homepage.

Tab ‘Dati Amministrativi’

Nel Tab vengono gestiti gli attributi amministrativi del paziente e del medico prescrittore.

Sezione	Attributo	Tipo di compilazione	Tipo Attributo
"Dati paziente"	"Sesso"	Precompilato	Non editabile

Sezione	Attributo	Tipo di compilazione	Tipo Attributo
	"Codice Fiscale"	Precompilato	Non editabile

	"Telefono Paziente"	Da compilare	Inputbox
	"Ats Residenza"	Precompilato	Non editabile
	"Ats Assistenza"	Precompilato	Non editabile
	"Nome"	Precompilato	Non editabile
	"Cognome"	Precompilato	Non editabile
	"Titolo di studio"	Da compilare	Dropdown
	"Professione"	Da compilare	Dropdown
	"Comune di Nascita"	Precompilato	Non editabile
	"Stato di residenza"	Precompilato	Non editabile
	"Regione di residenza"	Precompilato	Non editabile
	"Provincia di Residenza"	Precompilato	Non editabile
	"Comune di Residenza"	Precompilato	Non editabile
	"Cap di Residenza"	Precompilato	Non editabile
	"Indirizzo di Residenza"	Precompilato	Non editabile
	"Civico di Residenza"	Precompilato	Non editabile
	"Regione di Domicilio"	Precompilato	Dropdown
	"Provincia di Domicilio"	Precompilato	Dropdown
	"Comune di Domicilio"	Precompilato	Dropdown
	"Cap di Domicilio"	Precompilato	Inputbox
	"Indirizzo di Domicilio"	Precompilato	Inputbox
	"Civico di Domicilio"	Precompilato	Inputbox
<i>"Dati Medico Specialista"</i>	"Codice Fiscale"	Precompilato	Non editabile
	"Cognome"	Precompilato	Non editabile
	"Nome"	Precompilato	Non editabile
	"Ente"	Precompilato	Non editabile
	"Presidio"	Precompilato	Non editabile
	"Unità Organizzativa"	Precompilato	Non editabile
	"Telefono"	Da compilare	Inputbox
	"Email"	Da compilare	Inputbox

Tabella 4- Dati Amministrativi

NUOVO DOCUMENTO

Paziente: CITTASISS DUE

Dati Amministrativi

Dati diagnosi

Programma terapeutico

Registra

DATI PAZIENTE

Data di nascita *

10-10-1940

Sesso *

Maschio

Codice Fiscale *

CTTDUE40R10M149N

Telefono Paziente

Ats Residenza *

ATS DELLA BRIANZA

Ats Assistenza *

ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Nascondi Anagrafica

ANAGRAFICA

Nome *

DUE

Cognome *

CITTASISS

Titolo di studio *

LICENZA DI SCUOLA ELEMENTARE

Professione *

DISOCCUPATO / IN CERCA DI PRIMA OCCUPAZIONE

Comune di nascita *

ABBIATEGRASSO

Stato di residenza *

ITALIA

Regione di residenza *

LOMBARDIA

Provincia di residenza *

LECCO

Comune di residenza *

LECCO

Cap di residenza *

20081

Indirizzo di residenza *

ARCO DUE 123

Civico di Residenza *

55

Regione di domicilio *

LOMBARDIA

Provincia di domicilio *

MILANO

Comune di domicilio *

CORMANO

Cap di domicilio *

20032

Indirizzo di domicilio *

RIONE NEGRO

Civico del domicilio *

3

DATI MEDICO SPECIALISTA

Codice Fiscale *

VRDNT71A01F205E

Cognome *

VRDODICI

Nome *

TRENTAQUATTRO

Ente *

ASST SANTI PAOLO E CARLO

Presidio

OSPEDALE S. CARLO BORROMEO - MILANO

Unità Organizzativa

NEFROLOGIA

Telefono

Email

Salva

Annulla

Figura 14- Dati Amministrativi

I dati obbligatori sono contrassegnati dal ‘*’.

In caso non siano stati compilati uno o più campi obbligatori, il Sistema mostra un messaggio di errore al momento del salvataggio. I campi da compilare obbligatoriamente sono evidenziati in rosso.

RMR - Rete Malattie Rare

Errore!

Uno o più campi obbligatori non valorizzati

PAOLO E CARLO

NUOVO DOCUMENTO

Paziente: CITTASISS TRENTA

Dati Amministrativi

Dati diagnosi

Programma terapeutico

Registra

DATI PAZIENTE

Data di nascita *

01-12-1994

Sesso *

Maschio

Codice Fiscale *

CTTTNT94T01C342X

Telefono Paziente

Ats Residenza *

ATS DELLA BRIANZA

Ats Assistenza *

ATS DELLA BRIANZA

Nascondi Anagrafica

ANAGRAFICA

Nome *

TRENTA

Cognome *

CITTASISS

Titolo di studio *

Seleziona il titolo di studio

Professione *

Seleziona la professione del paziente

Comune di nascita *

ENNA

Figura 15- Dati Amministrativi: errore

Una volta terminata la compilazione, è necessario procedere sul pulsante **‘Salva’** per continuare.

Procedendo su **‘Annulla’**, si perdono le modifiche effettuate. L’utente è avvisato dal Sistema attraverso un messaggio di warning.

Tab **‘Dati Diagnosi’**

Nel Tab vengono gestiti i dati di diagnosi riguardanti il Certificato di Malattia.

Sezione	Attributi	Tipo compilazione	Tipo attributo
"Dati diagnosi"	"Codice Esenzione"	PRECOMPILATO	Dropdown
	"Descrizione" "Esenzione"	PRECOMPILATO	Dropdown
	"Malattia Afferente"	Da compilare	Dropdown

RMRARE-Manuale Utente
Pag. 18

Sezione	Attributi	Tipo compilazione	Tipo attributo
	"Data Esordio "Patologia"	Da compilare	Data
	"Data Prima Diagnosi"	Da compilare	Data
	"Screening neonatale"	Da compilare	Dropdown
	"Dati clinici"	Da compilare	Checkbox + inputbox
	"Esami Strumentali"	Da compilare	Checkbox + inputbox
	"Indagini di laboratorio"	Da compilare	Checkbox + inputbox
	"Dati Biochimici"	Da compilare	Checkbox
	"Indagini Genetiche"	Da compilare	Checkbox
	"Anatomia e citoistologia" "Patologica"	Da compilare	Checkbox
"Struttura di prima Diagnosi"	"Tipologia"	Precompilato	Dropdown
	"Regione"	Precompilato	Dropdown
	"Provincia"	Precompilato	Dropdown
	"Descrizione Struttura Estero"	Da compilare	Inputbox
	"Stato struttura Estero"	Da compilare	Inputbox

Tabella 5- Dati diagnosi

NUOVO DOCUMENTO
Paziente: CITTASISS DUE

Dati Amministrativi

Dati diagnosi

Programma terapeutico

Registra

Codice Esenzione *

RN1360

Descrizione Esenzione *

ALPORT SINDROME DI

malattia afferente

Selezione...

Data esordio patologia *

Data prima diagnosi *

Screening neonatale *

NO

STRUTTURA DI PRIMA DIAGNOSI

Tipologia *

IL MEDESIMO CHE STA CERTIFICANDO IL CASO

Regione

LOMBARDIA

Provincia

MILANO

Descrizione

OSPEDALE S. CARLO BORROMEO - MILANO

Descrizione Struttura Estero

Inserisci la descrizione della struttura estero

Stato Struttura Estero

Seleziona lo stato della struttura estero

Dati clinici

☐

Esami strumentali

☐

Indagini di laboratorio

Dati biochimici

☐

Indagini genetiche

☐

Anatomia e citoistologia patologica

☐

Salva

Annulla

Figura 16- Dati diagnosi

La “Descrizione Esenzione” e il “Codice Esenzione” risultano precompilati. È possibile la modifica dei due campi rispettando i vincoli di scelta indicati.

La selezione della “Malattia afferente” è obbligatoria solo se disponibile.

L’indicazione della “Data di Prima diagnosi” e della “Data Esordio Patologia” è lasciata all’utente ed è obbligatoria.

L’indicazione dello “Screening Neonatale” è preimpostato a “No”. Durante l’eventuale modifica, il Sistema mostra un pop-up dal testo: *Indicare se la diagnosi della malattia rara è emersa durante uno screening neonatale.*

Figura 17- Dati diagnosi

Tramite i campi relativi alla “*Struttura di prima Diagnosi*”, l’utente indica la struttura che ha portato alla diagnosi della malattia rara. Il campo “*Tipologia*” è precompilato con “*Il Medesimo che sta certificando il caso*”; l’utente può:

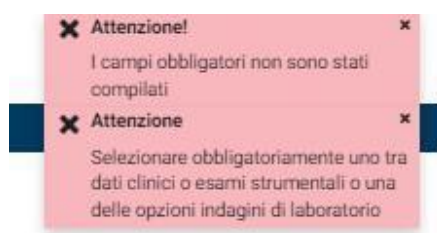
- Confermare con “Il Medesimo che sta certificando il caso”: le informazioni sono preinserite, non è necessario inserirne altre;
- Modificare con “Altra struttura in Italia”: è necessario scegliere dal menù a tendina la “Regione”, la “Provincia” e la “Descrizione della Struttura”;
- Modificare con “Struttura Estero”: è necessario inserire manualmente i campi “Descrizione Struttura Estero” e “Stato Struttura Estero”.

Figura 18- Dati diagnosi: Struttura di prima diagnosi

È obbligatoria la selezione di uno dei seguenti campi e la compilazione del relativo campo note:

- “Dati clinici”
- “Esami strumentali”
- “Indagini di laboratorio”, fra cui selezionare uno dei seguenti campi:
- “Dati biochimici”
- “Indagini genetiche”
- “Anatomia e citoistologia patologica”

In caso di errore, il Sistema mostra il seguente messaggio:

**Figura 19- Dati diagnosi: errore**

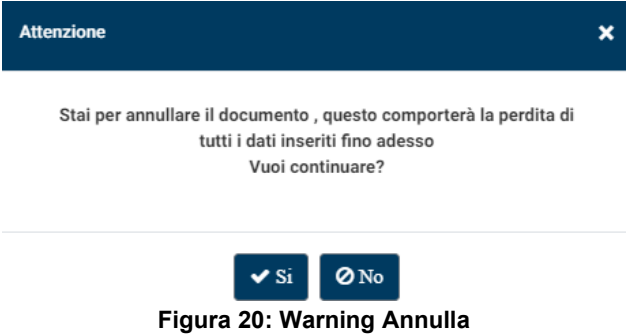
Durante la compilazione dei “*Dati Clinici*”, il Sistema mostra un pop-up dal testo: *Inserire i dati clinici hanno portato alla diagnosi.*

Durante la compilazione di “*Esami strumentali*”, il Sistema mostra un pop-up dal testo: *Inserire gli esami strumentali che hanno portato alla diagnosi.*

Durante la compilazione di “*Indagini di laboratorio*”, il Sistema mostra un pop-up dal testo: *Inserire le Indagini di laboratorio che hanno portato alla diagnosi.*

Una volta terminata la compilazione, è necessario procedere sul pulsante ‘**Salva**’ per continuare.

Procedendo su ‘**Annulla**’, si perdono le modifiche effettuate. L’utente è avvisato dal Sistema attraverso un messaggio di warning.



Tab ‘Programma Terapeutico’

Il Tab gestisce i dati che determinano il Piano Terapeutico.

Sezione	Attributo	Tipo compilazione	Tipo attributo
"Piano Terapeutico"	"Data Inizio Terapia"	Precompilato	Non editabile
	"Data Fine Terapia"	Precompilato (modificabile)	Data
	• "Prima Prescrizione" • "Prosecuzione cure" • "Nessun trattamento previsto"	Da compilare	Checkbox, solo 1 attivabile
	"Nota Generale"	Da compilare	Textarea
	"Farmaco commercializzato in italia"	Da compilare	Checkbox
	"Eventuali Trattamenti non farmacologici"	Da compilare	Inputbox
"Piano Terapeutico-Farmaco commercializzato in italia"	"Principio Attivo"	Da compilare	Dropdown
	"Nome commerciale"	Da compilare	Dropdown
	"Posologia"	Da compilare	Inputbox
"Piano Terapeutico -	"Galenici – Principio attivo"	Da compilare	Inputbox

Galenico o Farmaco non comercializzato in Italia"	"Galenici – Forma farmaceutica"	Da compilare	Inputbox
	"Posologia"	Da compilare	Inputbox

Tabella 6- Programma terapeutico

NUOVO DOCUMENTO
Paziente: CITTASISS DUE

Dati Amministrativi

Dati diagnosi

Programma terapeutico

Registra

Data Inizio Terapia *

20-06-2023

Data Fine Terapia *

20-06-2024

Prima prescrizione:

Prosecuzione cure:

Nessun trattamento previsto

Nota Generale:

Farmaco commercializzato in Italia

Principio Attivo

Nome commerciale

posologia

Azioni

Nessun risultato trovato

Aggiungi

Galenico o Farmaco non commercializzato in Italia

Principio attivo galenici

Forma farmaceutica galenici

posologia

Azioni

Nessun risultato trovato

Aggiungi

Eventuali trattamenti non farmacologici:

Salva

Annulla

Figura 21- Programma terapeutico

La “*Data Fine Terapia*” è precompilata ad 1 anno dalla compilazione del Piano Terapeutico. È possibile modificare la data non oltre quella precompilata.

È obbligatoria la selezione di uno dei tre campi:

- “Prima Prescrizione”
- “Prosecuzione Cure”
- “Nessun Trattamento Previsto”

In caso di selezione di “*Prima Prescrizione*” o “*Prosecuzione Cure*”, è obbligatoria la selezione di un Farmaco o la compilazione del campo “*Nota Generale*” o “*Eventuali Trattamenti Non Farmacologici*”. In caso di selezione di “*Nessun Trattamento Previsto*”, non è possibile selezionare alcun campo successivo. Questa scelta è necessaria in caso di Certificato di Malattia che non necessita di un Piano Terapeutico.

Figura 22- Programma terapeutico: Nessun trattamento previsto

L'utente può inserire eventuali note attraverso il testo libero “*Nota Generale*”.

Per aggiungere un Farmaco fra le opzioni disponibili, l'utente procede sul corrispettivo tasto ‘**Aggiungi**’.

Figura 23- Programma terapeutico: Inserimento farmaco

Nel caso di “*Farmaci commercializzati in Italia*” l'applicativo mostra i campi “*Principio Attivo*”, “*Nome commerciale*” e “*Posologia*”. L'utente può inserire il farmaco ricercandolo sia dal “*Principio attivo*” che dal “*Nome commerciale*”. Per effettuare la ricerca è necessario inserire almeno tre caratteri nel campo corrispondente (figura 24). Una volta selezionato il “*Principio Attivo*”, l'applicativo mostra le possibili scelte di “*Nomi commerciale*” (AIC) disponibili. Viceversa, una volta scelto il “*Nome commerciale*”, l'applicativo valorizza in automatico il “*Principio Attivo*”. L'utente procede quindi con l'inserimento della “*Posologia*” come testo libero.

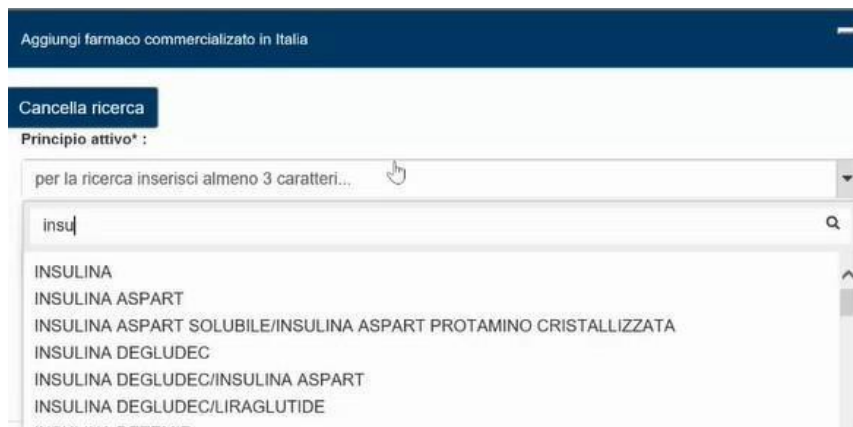


Figura 24- Programma terapeutico: Inserimento farmaco

L'utente può cancellare la ricerca attraverso il pulsante **'Cancella ricerca'**, confermare l'inserimento del farmaco attraverso **'Salva'** o annullare l'operazione con **'Annulla'**. In caso si voglia eliminare il Farmaco inserito, è sufficiente cliccare su **'Rimuovi'**, disponibile dalla colonna **"Azioni"**.

Attenzione: in caso di scelta di **"Principio Attivo"** senza un **"Nome commerciale"**, non sarà possibile proseguire nella selezione del Farmaco. Il Sistema invita l'utente a cambiare modalità di inserimento.



Figura 25- Programma terapeutico: inserimento farmaco

Nel caso di **"Galenici o Farmaci non commercializzati in Italia"**, l'utente segue le stesse operazioni, ma inserisce il **"Principio Attivo"**, **"Forma Farmaceutica"** e **"Posologia"** come testo libero.



Figura 26- Programma terapeutico: Inserimento farmaco

L'utente può infine inserire **"Eventuali Trattamenti non farmacologici"** nell'apposito campo come testo libero.

Procedendo sul pulsante **'Salva'**, i documenti sono sottoposti al processo di validazione (figura 27), terminato il quale i documenti Certificato di Malattia e Piano Terapeutico sono salvati in bozza. (paragrafo 4.8)

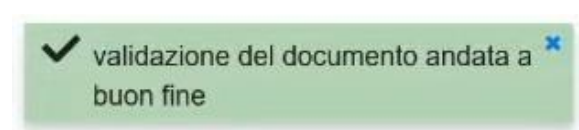


Figura 27- Validazione

Procedendo sul pulsante **‘Annulla’**, si perdono le modifiche effettuate. L’utente viene avvisato dal Sistema attraverso un messaggio di warning. (figura 20)

Tab **‘Registra’** e Procedure di firma, archiviazione e pubblicazione

Le operazioni da eseguire sul Tab **‘Registra’** sono riportate nel paragrafo 4.7.1.

Le procedure di firma, archiviazione e pubblicazione dei documenti sono riportate nel paragrafo 4.7.2 e 4.7.3.

4.5.3 Nuovo Piano Terapeutico



Figura 28- Piano Terapeutico

Vincoli di scelta

- La scelta di un nuovo Piano Terapeutico è possibile solo se esiste in rete un Certificato di Malattia da associare al paziente e l'esenzione scelti. In caso i vincoli non siano rispettati, il Sistema mostra un messaggio di errore.

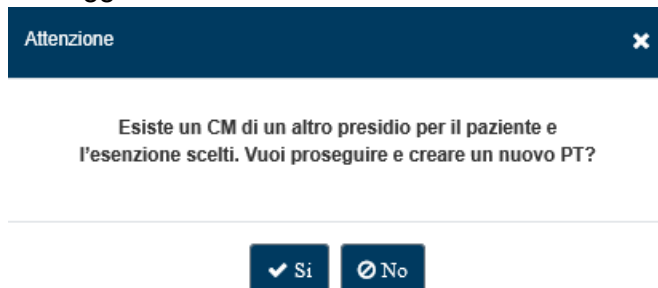


Figura 29- Piano Terapeutico: warning

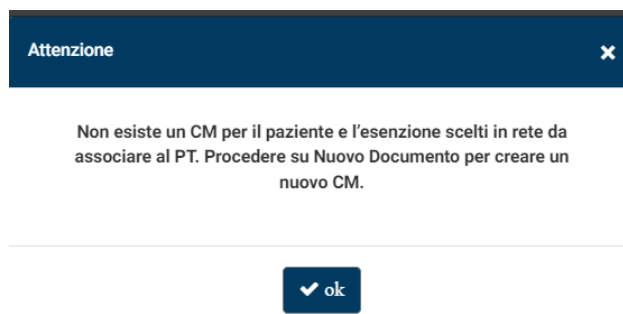
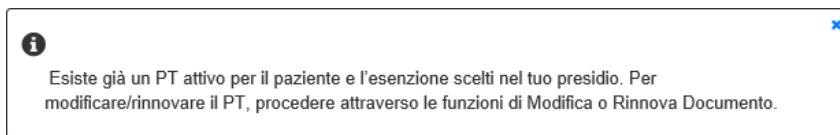


Figura 30- Piano Terapeutico: errore

- Non è possibile la scelta di un Nuovo Piano Terapeutico già presente nel proprio presidio per il paziente e l'esenzione scelti. In caso di vincoli non rispettati, il Sistema mostra un messaggio di errore, invitando l'utente a procedere attraverso il Modifica (paragrafo 4.6.4) o Rinnova Documento (paragrafo 4.6.5).

**Figura 31- Piano Terapeutico: errore**

Compilazione

La compilazione di un Nuovo Piano Terapeutico prevede i seguenti passaggi:

- Tab 'Dati Amministrativi'
- Tab 'Programma Terapeutico'
- Tab 'Registra'
- Procedure di firma, archiviazione e pubblicazione

Non è possibile la compilazione del Tab '**Dati diagnosi**'.

La compilazione dei rispettivi Tab è invariata rispetto al caso d'uso del Nuovo Certificato di Malattia ed è rimandata al paragrafo 4.5.2.

Le procedure di Registrazione e di firma, archiviazione e pubblicazione sono rimandate al paragrafo 4.7.

4.5.4 Scheda di Emergenza

La Scheda di Emergenza rappresenta un'integrazione documentale non obbligatoria a corredo del Piano Terapeutico descritto nel paragrafo 4.5.3.

Figura 32 – Scheda di emergenza

La scelta di compilare il documento è dello specialista in questione. Il sistema propone la sua compilazione di default ma è possibile spuntare la casella "Nessuna Scheda di Emergenza" per passare direttamente alle procedure di Registrazione e di Firma, archiviazione e pubblicazione del paragrafo 4.7.

Figura 33 – Scheda di emergenza non compilata

Il Tab gestisce i dati che determinano la Scheda di Emergenza:

Sezione	Attributo	Tipo compilazione	Note
"Scheda di Emergenza"	"Eventuali ulteriori note diagnostiche"	Campo di testo non obbligatorio	
	Condizione tempo-dipendente	Checkbox obbligatoria	Si = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	Discussione sui limiti al trattamento	Checkbox obbligatoria	Discusso = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	Complicanze da considerare in acuto	Checkbox obbligatoria	Si = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	Farmaci o interventi da attuare in emergenza	Checkbox obbligatoria	Si = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	Farmaci o interventi da non attuare in emergenza	Checkbox obbligatoria	Si = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	Condivisione protocollo per terapia in urgenza	Checkbox obbligatoria	Si = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	Difficoltà gestione delle vie aeree	Checkbox obbligatoria	Si = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	Incannulamento venoso	Checkbox obbligatoria	Difficoltoso = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	Device utilizzati	Checkbox obbligatoria	Si = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	SPO2 senza supporto ventilatorio	Numero + % obbligatorio	
	SPO2 con supporto ventilatorio	Numero + % non obbligatorio	
	PA	Numero + mmHg obbligatorio	
	FC	Numero + bpm obbligatorio	
	Peso	Numero + kg obbligatorio	
	Data rilevazione peso	Data (GG-MM-AAAA) non obbligatorio	
	Riferimenti clinici specialistici per eventuali comorbidità	Checkbox obbligatoria	Si = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	Allergie	Checkbox obbligatoria	Si = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	Problemi medici cronici	Checkbox obbligatoria	Si = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	Malformazioni maggiori presenti	Checkbox obbligatoria	Si = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	Sviluppo psico - intellettuale	Checkbox obbligatoria	Non adeguato = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	Terapia farmacologica	Checkbox obbligatoria	Si = campo Descrizione da compilare obbligatoriamente
	Note aggiuntive	Campo di testo non obbligatorio	

Tabella 7 - Scheda di emergenza

Come documento a corredo del Piano Terapeutico, la Stampa della Scheda di Emergenza è disponibile nel .pdf del Piano Terapeutico associato, stampabile nella pagina di Ricerca Documento.

Centro di Riferimento	Codice Esenzione	Codice Fiscale	Tipo	Stato	Cognome e Nome Medico	Data Compilazione	Azioni
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA	RN0040		PT	AT		12/06/2026 15:17:49	   
FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI DI MONZA	RN0040		CM	AT		12/06/2026 10:44:34	   

Figura 34 - Stampa Scheda di Emergenza

4.5.5 Nuovo Piano Riabilitativo

Selezionare il tipo di documento per il paziente

Cognome: TEST Nome: TEST
 Data di nascita: 31/01/2000 Luogo di nascita: MILANO
 Residenza: Indirizzo di residenza: ALZAIA POPOLATA 1 BRESCO (MILANO)

Tipo Documento

Descrizione Esenzione *

Codice Esenzione *

 Conferma  Annulla

Figura 35- Piano Riabilitativo

Vincoli di scelta

- La scelta di un Nuovo Piano Riabilitativo è possibile solo se esiste in rete un Certificato di Malattia da associare al paziente e l'esenzione scelti. In caso i vincoli non siano rispettati, il Sistema mostra un messaggio di errore.

Attenzione

Non esiste un CM per il paziente e l'esenzione scelti in rete da associare al PR. Procedere su Nuovo Documento per creare un nuovo CM.

 ok

Figura 36- Piano riabilitativo: errore

Attenzione

Esiste un CM di un altro presidio per il paziente e l'esenzione scelti. Vuoi proseguire e creare un nuovo PR?

 Sì  No

Figura 37- Piano Riabilitativo: warning

- Non è possibile la scelta di un Nuovo Piano Riabilitativo già presente nel proprio presidio per il paziente e l'esenzione scelti. In caso di vincoli non rispettati, il Sistema mostra un messaggio di errore, invitando l'utente a procedere attraverso il Modifica (4.6.4) o Rinnova Documento (4.6.5).

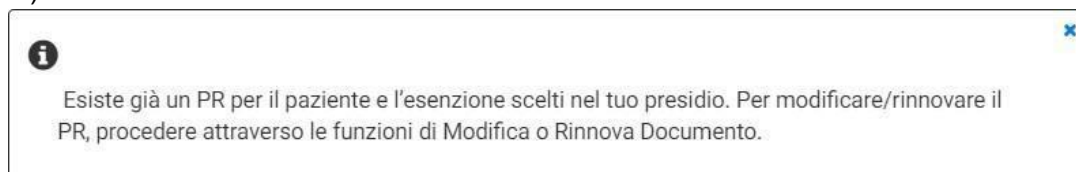


Figura 38- Piano Riabilitativo: errore

Compilazione

La compilazione di un Nuovo Piano Riabilitativo prevede i seguenti passaggi:

- Tab 'Dati Amministrativi'
- Tab 'Piano Riabilitativo'
- Tab 'Registra'
- Procedure di firma, archiviazione e pubblicazione

Attenzione: Il tab '**Piano Riabilitativo**' è disponibile solo per le funzioni che gestiscono la "*Tipologia di Documento*" scelta dall'utente: Piano Riabilitativo. Non verrà mostrato durante la gestione dei Documenti Certificato di Malattia e Piano Terapeutico.

In questo caso non è possibile la compilazione del Tab '**Dati diagnosi**' e '**Programma Terapeutico**'. È permessa la visualizzazione.

I campi del Tab '**Piano Riabilitativo**' sono:

Sezione	Attributo	Tipo compilazione	Tipo attributo
"Piano Riabilitativo"	"Data Inizio Trattamento"	Precompilato	Non editabile
	"Data Fine Trattamento"	Precompilato (modificabile)	Data
• "Prima Prescrizione" • "Proseguimento della Cura"	Da compilare		Checkbox, solo 1 attivabile
"Programma Riabilitativo Individuale"	Da compilare		Textarea

Tabella 8- Piano Riabilitativo

La "*Data Fine Trattamento*" è precompilata ad 1 anno dalla compilazione del Piano Terapeutico. È possibile modificare la data non oltre quella precompilata.

È obbligatoria la selezione di uno dei due campi fra "*Prima Prescrizione*" e "*Proseguimento della Cura*".

L'utente deve infine compilare il testo libero "*Programma Riabilitativo Individuale*" per completare la descrizione del Piano Riabilitativo.

NUOVO DOCUMENTO
Paziente: TEST TEST

Dati Amministrativi

Dati diagnosi

Programma terapeutico

Piano Riabilitativo

Registra

Data Inizio Trattamento:
21-06-2023

Data Fine Trattamento:
21-06-2024

☐ Prima Prescrizione

☐ Proseguimento della Cura

Progetto Riabilitativo Individuale:

Salva

Annulla

Figura 39- Piano Riabilitativo

Procedendo sul pulsante **‘Salva’**, i documenti vengono sottoposti al processo di validazione, terminato il quale il documento Piano Riabilitativo è salvato in bozza.

Procedendo sul pulsante **‘Annulla’**, si perdono tutti i dati inseriti. L'utente viene avvisato dal Sistema attraverso un messaggio di warning.

Le procedure di registrazione e di firma, archiviazione e pubblicazione del documento sono rimandate al capitolo 4.7.

4.6 Ricerca Documento

La funzione consente di ricercare i Documenti presenti nell'archivio ed eventualmente pubblicati sul FSE. Il Sistema permette l'accesso ai documenti prodotti dal proprio presidio con una semplice ricerca tramite una serie di filtri.

UTENTE: TRENTAQUATTRO VRDODICI - RUOLO: 63 SPECIALISTA AO [V] - STRUTTURA: ASST SANTI PAOLO E CARLO

HOME RMR

RICERCA DOCUMENTO

NUOVO DOCUMENTO

RICERCA DOCUMENTI

Ricerca Documenti

Codice Fiscale

Codice Fiscale

Tipo Documento

Selezione...

Stato Documento

ATTIVO

Codice Esenzione

Selezione...

Periodo di riferimento:

dal

al

Solo Mio Presidio

☒

Q Filtra

Pulisci

Presidio	Codice Esenzione	Codice Fiscale	Tipo	Stato	Cognome e Nome Medico	Data Compilazione	Azioni
OSPEDALE S. CARLO BORROMEO - MILANO	RCG130	PRDQTR81E02Z611T	PT	AT	VRDODICI TRENTAQUATTRO	28/06/2023 10:24:27	   
OSPEDALE S. CARLO BORROMEO - MILANO	RCG130	PRDQTR81E02Z611T	CM	AT	VRDODICI TRENTAQUATTRO	28/06/2023 10:24:27	   
OSPEDALE S. CARLO BORROMEO - MILANO	RCG080	CTTSNQ55A01F205E	PT	AT	VRDODICI TRENTAQUATTRO	27/06/2023 05:26:10	   
OSPEDALE S. CARLO BORROMEO - MILANO	RCG080	CTTSNQ55A01F205E	CM	AT	VRDODICI TRENTAQUATTRO	27/06/2023 05:17:54	   

Figura 40- Ricerca Documenti

La funzione di ricerca prevede la scelta o la compilazione dei seguenti campi come filtri:

- “Codice fiscale”
- “Tipo Documento”:
 - o *Certificato di Malattia* o *Piano Terapeutico* o *Piano Riabilitativo*
- “Stato Documento”:
 - o *Attivo (AT)* o *Non Attivo (NAT)* o *Bozza (BZ)* o *Tutti i documenti*

- “Codice Esenzione”
- “Periodo di riferimento”
- “Solo mio Presidio”

Il campo “*Solo mio Presidio*” risulta preselezionato e non può essere deselezionato. La consultazione di documenti prodotti da altri presidi è possibile tramite l’accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico.

Se l’utente non inserisce alcun filtro, il Sistema restituisce tutti i documenti in stato AT per il proprio presidio.

Una volta effettuata la ricerca, la lista dei documenti visualizza i seguenti attributi:

- “Presidio”
- “Codice Esenzione”
- “Codice Fiscale”
- “Tipo Documento”
- “Stato Documento”
- “Cognome e nome medico”
- “Data compilazione”

È possibile ordinare i documenti visualizzati in ordine crescente o decrescente per tutti gli attributi.

Le funzioni disponibili per ogni documento sono riportate nella colonna:

- “Azioni”

Se il documento è in stato AT, le funzioni disponibili sono:

- Visualizza documento
- Modifica documento
- Rinnova documento
- Annulla documento
- Stampa documento

Se il documento è in stato BZ le funzioni disponibili sono:

- Visualizza documento
- Modifica documento

Se il documento è in stato NAT le funzionalità disponibili sono:

- Visualizza documento
- Stampa documento

Attenzione: Si ricorda che le operazioni effettuate con le funzioni di **Modifica**, **Rinnova** ed **Annulla Documento** risulteranno effettive solo dopo le fasi di firma, archiviazione e pubblicazione.

4.6.1 Stato documenti

Stato	Descrizione	Visualizzato sull'applicativo
<i>Attivo</i>	Documento firmato, archiviato e pubblicato* (*per i soli pazienti Assistibili) con successo.	AT
<i>Bozza</i>	Documento compilato e validato ma non firmato, archiviato e pubblicato. Disponibile per essere ripreso e modificato.	BZ
<i>Non attivo</i>	Documento annullato tramite l'apposita funzione.	NAT

Tabella 9- Stato documenti

4.6.2 Tool-tip stato validità

Il tool-tip è attivo solo per i Piani Terapeutici e i Piano Riabilitativi in stato AT, che riportano una data di scadenza.

Stato validità	Descrizione
<i>In corso di validità</i>	Documento attivo la cui data di scadenza è successiva a quella odierna.

Stato validità	Descrizione
<i>Scaduto</i>	Documento attivo la cui data di scadenza è antecedente a quella odierna. Il documento non è stato ancora rinnovato.
<i>Rinnovato</i>	Documento attivo già rinnovato con uno più recente.

Tabella 10- Stato validità

Presidio	Codice Esenzione	Codice Fiscale	Tipo	Stato	Cognome e Nome Medico	Data Compilazione	Azioni
OSPEDALE S. PAOLO - MILANO	RCG103	KRNR650S27G000G	PT	AT	AMARILLO TEST	20/06/2023 12:52:09	In corso di validità

Figura 41- Tool-tip stato validità

4.6.3 Visualizza Documento

Il caso d'uso prevede la visualizzazione dei dati precedentemente inseriti per il documento selezionato. Non è possibile effettuare alcuna modifica.

4.6.4 Modifica Documento

Il caso d'uso prevede la modifica del Certificato di Malattia, del Piano Terapeutico e del Piano Riabilitativo.

Attenzione: Si ricorda che tramite la funzione di **Modifica Documento**, vengono create nuove versioni dei documenti, che sostituiscono quelli precedenti. Per rinnovare un Piano Terapeutico o Riabilitativo, l'utente deve procedere attraverso la funzione di **Rinnova Documento**.

Attenzione: Si ricorda che è possibile modificare un documento solo se appartenente al presidio dell'utente che esegue l'operazione.

Modifica Certificato di Malattia

Nel caso di modifica del Certificato di Malattia, l'utente è rimandato al tab Dati Diagnosi.

Oltre a confermare o modificare i campi interessati, l'utente deve selezionare il *“Motivo della modifica”* fra:

- “Guarigione”
- “Inserimento nuove informazioni”
- “Patologia errata”

Motivazione Sostituzione: *

Seleziona la motivazione

GUARIGIONE
 INSERIMENTO NUOVE INFORMAZIONI
 PATOLOGIA ERRATA

Figura 42- Modifica Certificato di Malattia: Motivazione sostituzione

Una volta terminate e salvate le modifiche del Certificato di Malattia attraverso il pulsante **‘Salva’**, l'utente è rimandato al tab **‘Programma terapeutico’** per confermare o eventualmente modificare il Piano Terapeutico attivo associato al Certificato. Si rimanda al paragrafo 4.5.2 per la compilazione dei Tab interessati.

L'utente conclude le modifiche con le procedure di registrazione, firma, archiviazione e pubblicazione. (paragrafo 4.7)

Modifica Piano Terapeutico

Nel caso di modifica del Piano Terapeutico l'utente viene rimandato al Tab **‘Programma terapeutico’**.

Si rimanda al paragrafo 4.5.2 per la compilazione dei Tab interessati.

L'utente conclude le modifiche con le procedure di registrazione, firma, archiviazione e pubblicazione (paragrafo 4.7)

Modifica Piano Riabilitativo

Nel caso di modifica del Piano Riabilitativo l'utente viene rimandato al Tab **'Piano Riabilitativo'**.

Si rimanda al paragrafo 4.5.2 per la compilazione dei Tab interessati.

L'utente conclude le modifiche con le procedure di registrazione, firma, archiviazione e pubblicazione (paragrafo 4.7)

4.6.5 Rinnova Documento

Il caso d'uso prevede il rinnovo del Piano Terapeutico e del Piano Riabilitativo. Attraverso la funzione l'utente può prolungare la scadenza del Piano precedentemente redatto ed eventualmente aggiornarlo o modificarlo.

Attenzione: A differenza del **Modifica Documento**, con il **Rinnova Documento** vengono creati nuovi documenti che non sostituiscono i precedenti.

Rinnova Piano Terapeutico

Nel caso di rinnovo di un Piano Terapeutico, l'utente viene rimandato direttamente al Tab **'Programma terapeutico'**. Il Sistema mostra il Tab precedentemente compilato per confermare o modificare i dati; la *"Data di Fine Terapia"* potrà essere impostata al massimo di un anno dalla data di compilazione.

Si rimanda al paragrafo 4.5.3 per la compilazione dei Tab interessati.

L'utente conclude il rinnovo con le procedure di registrazione, firma, archiviazione e pubblicazione (paragrafo 4.7)

Il nuovo Piano Terapeutico così creato potrà essere rinnovato e modificato ulteriormente; lo stato di validità sarà In corso di validità e passerà in stato Scaduto se non verrà rinnovato ulteriormente a tempo debito.

Pur essendo in stato AT, il Piano già rinnovato non potrà essere rinnovato o modificato ulteriormente. Potrà essere visualizzato, annullato o stampato tramite le apposite funzioni; il tool-tip dello stato di validità sarà Rinnovato.

Presidio	Codice Esenzione	Codice Fiscale	Tipo	Stato	Cognome e Nome Medico	Data Compilazione	Azioni
OSPEDALE S. CARLO BORROMEO - MILANO	RCG080	CTTSNQ55A01F205E	PT	AT	VRDODICI TRENTAQUATTRO	27/06/2023 05:26:10	 In corso di validità
OSPEDALE S. CARLO BORROMEO - MILANO	RCG080	CTTSNQ55A01F205E	PT	AT	VRDODICI TRENTAQUATTRO	28/06/2023 11:39:24	

Figura 43- Rinnova Documento

Rinnova Piano Riabilitativo

Nel caso di rinnovo di un Piano Riabilitativo, l'utente viene rimandato direttamente al Tab **'Piano Riabilitativo'**. Il Sistema mostra il Tab precedentemente compilato per confermare o modificare i dati; la *"Data di Fine Terapia"* potrà essere impostata al massimo di un anno dalla data di compilazione.

Si rimanda al paragrafo 4.5.5 per la compilazione dei Tab interessati.

L'utente conclude il rinnovo con le procedure di registrazione, firma, archiviazione e pubblicazione (paragrafo 4.7)

In maniera analoga rispetto al caso d'uso del Rinnova Piano Terapeutico, il Piano Riabilitativo così creato potrà essere rinnovato e modificato ulteriormente; lo stato di validità sarà In corso di validità e passerà in stato Scaduto se non verrà rinnovato ulteriormente a tempo debito.

Pur essendo in stato AT, il Piano già rinnovato non potrà essere rinnovato o modificato ulteriormente. Potrà essere visualizzato, annullato o stampato tramite le apposite funzioni; il tool-tip dello stato di validità sarà Rinnovato.

4.6.6 Annulla Documento

Il caso d'uso è tipico del Certificato di Malattia, Piano Terapeutico e Piano Riabilitativo. Una volta completate tutte le procedure, è pubblicato un documento con la dicitura 'Annullativo' che sostituisce il documento precedente.

Attenzione: Si ricorda che è possibile annullare un documento solo nel caso in cui sia stato commesso un errore relativo all'anagrafica del paziente.

Attenzione: Si ricorda che è possibile annullare un documento solo se redatto dal presidio dell'utente che esegue l'operazione.

Annulla Certificato di Malattia

Per poter annullare un Certificato di Malattia, devono essere rispettati i seguenti vincoli:

- Non devono essere presenti Piani Riabilitativi associati in stato AT. In caso di errore, il Sistema invita l'utente ad annullare i Piani Riabilitativi attivi associate al Certificato.
- Non devono essere presenti Piani Terapeutici rinnovati associati in stato AT. Il Sistema verifica se esiste solo l'ultimo (o l'unico) Piano Terapeutico associato. In caso di errore, il Sistema invita l'utente ad annullare i Piani Terapeutici attivi associati al Certificato.

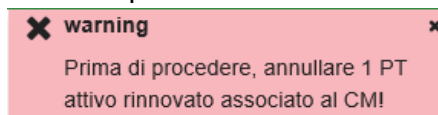


Figura 44- Annulla documento: esempio di errore

Attenzione: con questa operazione, l'utente annulla contestualmente il Piano Terapeutico attivo associato al Certificato di Malattia.

L'utente viene rimandato direttamente al tab '**Registra**', e conclude l'operazione con le procedure di firma, archiviazione e pubblicazione dei documenti annullativi di Certificato di Malattia e Piano Terapeutico (paragrafo 4.7).

Annulla Piano Terapeutico

La funzione di annullare un Piano Terapeutico è disponibile solo per i Piani Terapeutici già rinnovati, il cui tool-tip dello stato di validità riporta Rinnovato.

L'utente viene rimandato direttamente al Tab '**Registra**' e conclude l'operazione con le procedure di firma, archiviazione e pubblicazione del documento annullativo del Piano Terapeutico (paragrafo 4.7).

Attenzione: Non è possibile annullare singolarmente l'ultimo (o l'unico) Piano Terapeutico prodotto associato ad un Certificato di Malattia. In questo caso, il Piano Terapeutico sarà annullato contestualmente al Certificato di Malattia.

Annulla Piano Riabilitativo

La funzione di annullare un Piano Riabilitativo è disponibile per tutti i Piani Riabilitativi attivi.

L'utente viene rimandato direttamente al tab '**Registra**', e conclude l'operazione con le procedure di firma, archiviazione e pubblicazione del documento annullativo del Piano Riabilitativo. (paragrafo 4.7)

4.6.7 Aggiornamento dati anagrafici

Tramite la funzione "Aggiorna" presente nei "Dati amministrativi" è possibile aggiornare i dati anagrafici richiamando la Nuova Anagrafica Regionale in fase di "Modifica" e "Rinnova" di un documento. In questo modo è possibile allineare i dati dei pazienti anche dopo la creazione di un primo documento.

Figura 45- Aggiorna dati anagrafici

Una volta terminate le procedure di compilazione, prima della firma, il sistema incrocerà i dati anagrafici inseriti nel tab amministrativo con quelli contenuti nell'Anagrafe Regionale. Qualora i dati

non fossero allineati, il sistema risponderà con il seguente avviso, indirizzando lo specialista alla funzionalità “Aggiorna”:

RMR - Rete Malattie Rare

DLO: 63 SPECIALISTA AO [V] - STRUTTURA: ASST FATEBENEFRAELLI SACCO

MODIFICA DOCUMENTO
Paziente: CITTASSISS DIECI

☐ Dati Amministrativi ☐ Dati diagnosi ☐ Programma terapeutico ☐ Registra

☒ Gestione Standard Autorizzazione e Oscuramento

► Firma Documenti

Figura 46- Aggiorna dati anagrafici: avviso

4.6.8 Stampa Documento

È possibile effettuare il download dei documenti prodotti in formato PDF, per poi procedere al salvataggio e/o alla stampa.

4.7 Registra Documento

La funzionalità **Registra Documento** è disponibile dal Tab **‘Registra’** e consente di completare l’operazione di censimento del nuovo Documento, e prevede i seguenti passaggi

- Indicazione dei dati per la Dichiarazione di Autorizzazione e Oscuramento (DAO)
- Firma dei Documenti
- Archiviazione e Pubblicazione sul FSE

L’utente è indirizzato direttamente dal Sistema sul Tab **‘Registra’** al termine di:

- Nuovo Documento
- Modifica Documento
- Rinnova Documento
- Annulla Documento

La procedura di registrazione del Documento è necessaria per la creazione del documento in formato PDF e CDA2 e la successiva pubblicazione sul FSE.

4.7.1 Dichiarazione di Autorizzazione e Oscuramento

NUOVO DOCUMENTO
Paziente:

☐ Dati Amministrativi ☐ Dati diagnosi ☐ Programma terapeutico ☐ Registra

☒ Gestione Standard Autorizzazione e Oscuramento

► Firma Documenti

Figura 47- Registra

Il Sistema presenta la compilazione di *“Autorizzazione e Oscuramento”* preimpostata con la *“Gestione Standard di Autorizzazione e Oscuramento”*, che prevede la selezione del campo *“Cittadino autorizzato alla consultazione”*,

Se non si intende modificare l’impostazione, l’utente può salvare il DAO e avviare le pratiche di firma procedendo sul pulsante **‘Salva dao e firma’**. In caso si voglia modificare l’impostazione,

l'utente può deselezionare il campo "Gestione Standard Autorizzazione e Oscuramento" e compilare le sezioni.

The screenshot shows the 'NUOVO DOCUMENTO' interface for a patient named 'Paziente:'. The top navigation bar includes tabs for 'Dati Amministrativi', 'Dati diagnosi', 'Programma terapeutico', and 'Registra'. Below this, there is a checkbox for 'Gestione Standard Autorizzazione e Oscuramento'. The main section is titled 'Dichiarazione di Autorizzazione e Oscuramento' and contains a sub-section 'Selezionare l'eventuale causale di oscuramento' with checkboxes for 'Oscuramento volontario del cittadino', 'Interruzione volontaria della gravidanza', 'Violenze subite', 'Tossicodipendenza', and 'HIV'. There is also a 'Consultazione cittadino' section with a checked checkbox 'Cittadino autorizzato alla consultazione' and a 'Note reperibilità' text area. At the bottom right, there are 'Salva' and 'Annulla' buttons. A 'Firma Documenti' button is visible at the bottom left.

Figura 48- Dichiarazione di Autorizzazione e Oscuramento

Per salvare le modifiche, si procede sul tasto 'Salva'. In questo caso, l'utente effettua un ulteriore passaggio per avviare il processo di firma.

In caso di esito positivo il Sistema mostra a video il messaggio pop-up:

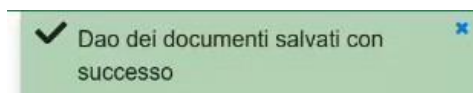


Figura 49- DAO

Con il tasto 'Annulla' si annulla la procedura, i documenti sono salvati in stato di bozza. Il Sistema avvisa l'utente tramite un messaggio di warning. (figura 20).

4.7.2 Procedura di firma

Come ultimo passaggio l'utente dà il via al processo di pubblicazione e firma dei documenti, cliccando nuovamente sul tasto 'Firma Documenti'.

Come mostrato in figura 42, l'utente può salvare il Dao e firmare il documento in un unico passaggio con il pulsante 'Salva dao e firma'.

In caso l'utente effettua e salva delle modifiche al Dao, l'utente apre la tendina dal pulsante 'Firma Documenti' e preme il tasto 'Firma'.

Con il tasto 'Annulla' si annulla la procedura di firma dei documenti. Questi saranno salvati in stato di bozza e il Sistema rimanda l'utente alla Homepage.

The screenshot shows the 'NUOVO DOCUMENTO' interface for a patient named 'Paziente: TESTGC OTTO'. The top navigation bar includes tabs for 'Dati Amministrativi', 'Dati diagnosi', 'Programma terapeutico', and 'Registra'. Below this, there is a checkbox for 'Gestione Standard Autorizzazione e Oscuramento'. The main section is titled 'Dichiarazione di Autorizzazione e Oscuramento' and contains a 'Salva' button. Below this, there is a 'Firma Documenti' section with a text area for 'Certificato di malattia del: 2020-12-04 con patologia: MALATTIA DEL FEGATO POLICISTICO' and a text area for 'Piano Terapeutico del: 2020-12-04'. At the bottom right, there are 'Firma' and 'Annulla' buttons.

Figura 50- Firma

Terminate le procedure di compilazione del DAO, l'utente procede con la Firma dei Documenti.

Lo strumento utilizzato per la firma digitale è la Firma Remota. Lo specialista deve inserire il nome utente fornito in fase di acquisizione della Firma Remota e la Password scelta in autonomia. Il dominio da inserire è necessariamente "frLispa".



Figura 51- Firma remota: dati account per firma elettronica

Inseriti i dati richiesti, per ultimare il processo di firma è necessario inserire l'otp generato dal dispositivo associato alla Firma Remota.

Figura 52: Otp

Se la procedura di firma è andata a buon fine, il Sistema mostra a video il messaggio pop-up:

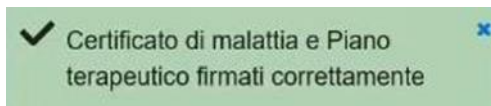


Figura 53: Firma: esito positivo

In caso di errori durante le fasi di firma, il documento verrà salvato in bozza e il Sistema mostra a video un messaggio del tipo:

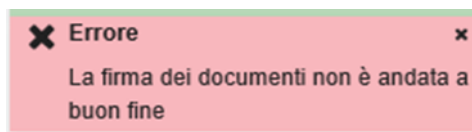


Figura 54- Firma: errore

Per una corretta configurazione della Firma Remota, si rimanda al rispettivo link: [Firma Remota per Operatori Socio Sanitari - ARIA](#). In generale, per eventuali problemi sulla postazione, si consiglia di richiedere assistenza ai propri Sistemi Informativi aziendali.

4.7.3 Archiviazione e pubblicazione

Una volta firmati correttamente i documenti, il Sistema procede automaticamente alla loro archiviazione sul repository aziendale e alla pubblicazione sul FSE.

Se le procedure di archiviazione e pubblicazione sono andate a buon fine, il Sistema mostra a video il seguente messaggio pop-up e rimanda l'utente alla pagina di **Ricerca Documenti** in stato AT.

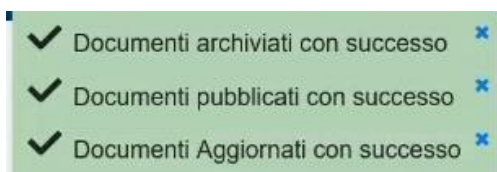


Figura 55: Archiviazione e Pubblicazione

In caso di errori durante le fasi di archiviazione e pubblicazione, è mostrato un messaggio di errore ed il documento verrà salvato in bozza l'utente rimandato alla pagina di **Ricerca Documenti** in stato BZ.

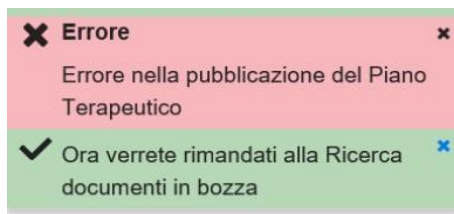


Figura 56- Errore pubblicazione

Attenzione: per i cittadini registrati come contatti non è prevista la fase di pubblicazione sul FSE. Le procedure si fermano all'archiviazione dei documenti. Questi risulteranno comunque in stato AT e saranno rintracciabili e scaricabili dalla Ricerca Documenti. Le funzionalità previste dai documenti per i contatti saranno le medesime di un assistito Regione.

4.8 Gestione delle bozze

Un documento viene salvato in stato di Bozza dopo la procedura di validazione dei dati, ovvero se è stato compilato correttamente ma le procedure di firma, archiviazione e pubblicazione non sono andate a buon fine.

Nel caso del salvataggio in bozza di un Nuovo Certificato di Malattia, è salvato in bozza anche il Piano Terapeutico associato.

L'utente è avvisato della corretta creazione delle bozze dei documenti tramite il pop up in figura:



Figura 57- Salvataggio in bozza

L'utente può eseguire la ricerca dei soli documenti in stato BZ tramite l'opportuno filtro. I documenti in bozza possono essere ripresi e modificati in qualsiasi momento per essere registrati correttamente tramite il tasto **'Modifica'**.

RICERCA DOCUMENTI

Ricerca Documenti

Codice Fiscale

Tipo Documento

Selezione...

Stato Documento

BOZZA

Codice Esenzione

Selezione...

Periodo di riferimento:

dal al

Solo Mio Presidio ☐

Q Filtra Pulisci

Presidio	Codice Esenzione	Codice Fiscale	Tipo	Stato	Cognome e Nome Medico	Data Compilazione	Azioni
OSPEDALE S. CARLO BORROMEO- MILANO	RC0110	CTTCNQ4R10F205K	CM	BZ	VRDODICI TRENTAQUATTRO	31/05/2023 05:15:16	🔍 📄
OSPEDALE S. CARLO BORROMEO- MILANO	RC0110	CTTDUEAGRTOM149N	CM	BZ	VRDODICI TRENTAQUATTRO	01/06/2023 10:48:59	🔍 📄

Figura 58- Ricerca Documenti in bozza