



## Patient Journey

Luglio 2025



1	<i>Stratificazione e livelli di rischio del DM77</i>	3
2	<i>I livello – Persona in salute</i>	5
3	<i>II livello – Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo</i>	10
4	<i>Diagnosi delle cronicità</i>	15
5	<i>III livello – Persona con complessità clinico assistenziale media</i>	17
6	<i>IV livello – Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta</i>	21
7	<i>V livello – Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale</i>	24
8	<i>VI livello – Persona in fase terminale</i>	27
9	<i>Attori e sistemi informativi</i>	30
10	<i>Sintesi Patient Journey</i>	36
11	<i>Sistemi – Principali funzionalità e integrazioni</i>	40
12	<i>Esempi di sequence diagram</i>	48



## Stratificazione e livelli di rischio del DM77



## Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio-assistenziali - DM77

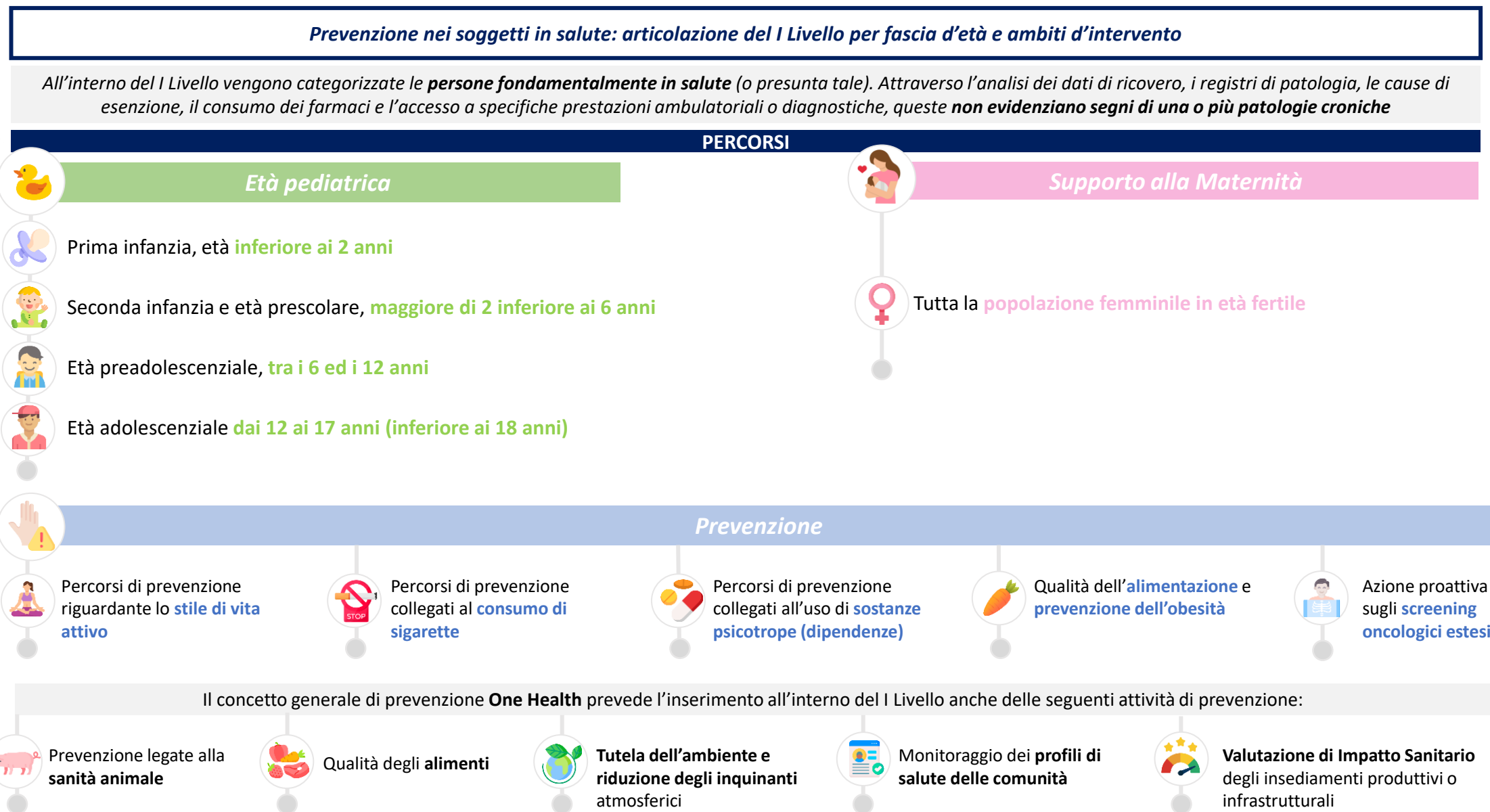
	CLASSIFICAZIONE DEL BISOGNO DI SALUTE	CONDIZIONE CLINICA/ SOCIALE	BISOGNO/INTENSITÀ ASSISTENZIALE	AZIONI (PRESA IN CARICO DERIVANTE)
I Livello	Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
II Livello	Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita
III Livello	Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
IV Livello	Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
V Livello	Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbidità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
VI Livello	Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali



## I livello – Persona in salute

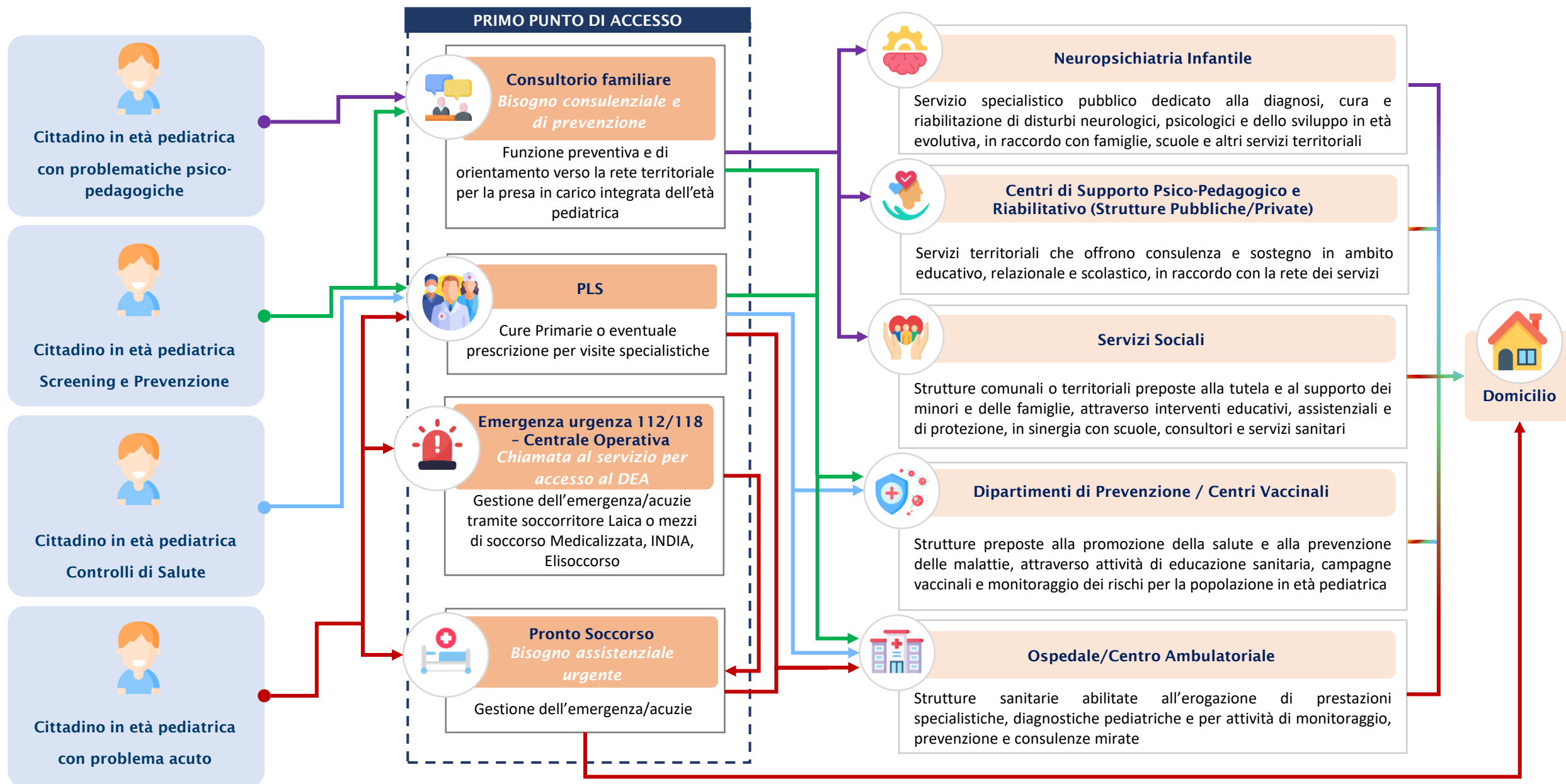


## I Livello



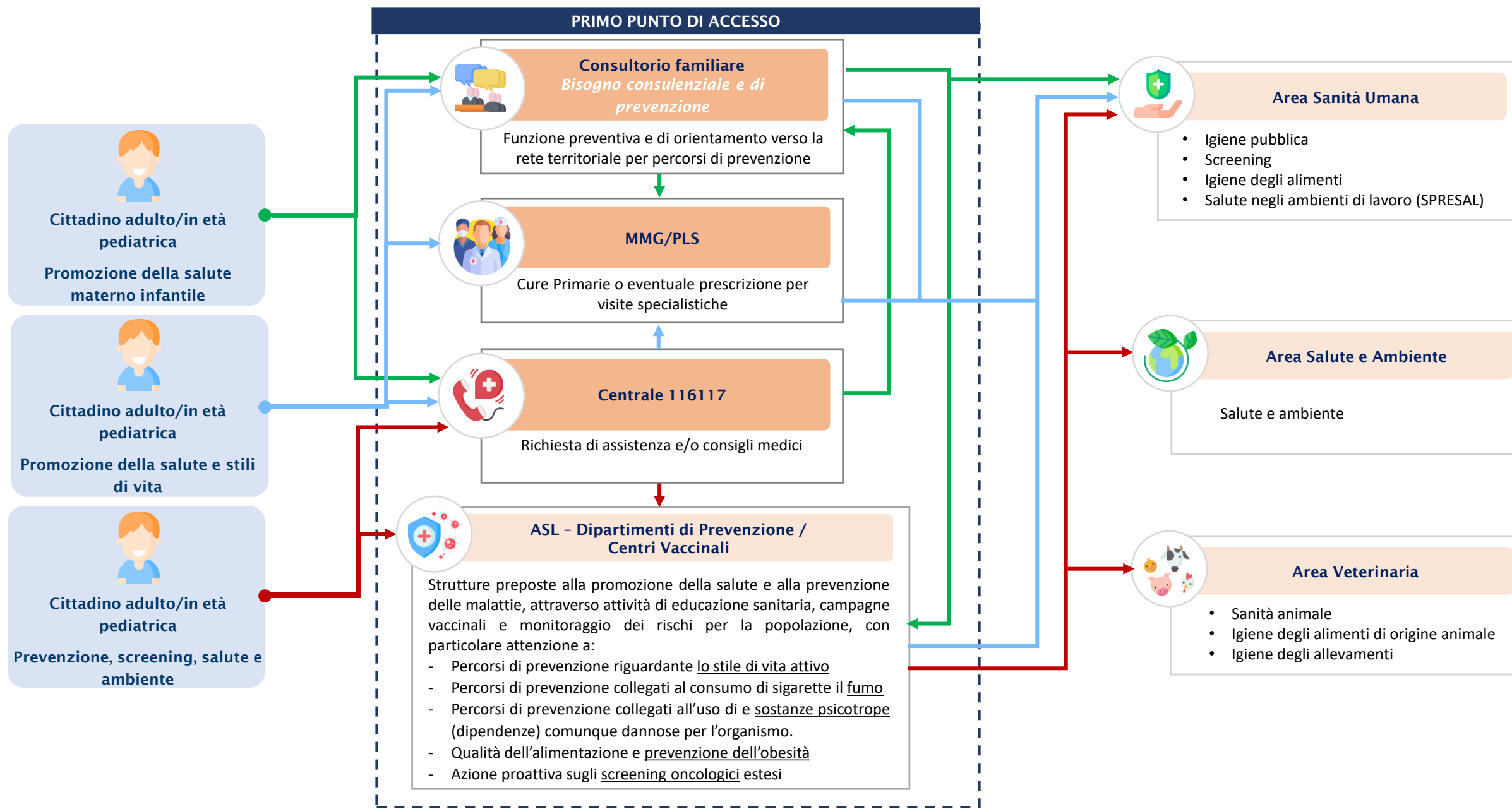


# I Livello – Flusso Percorso Pediatrico





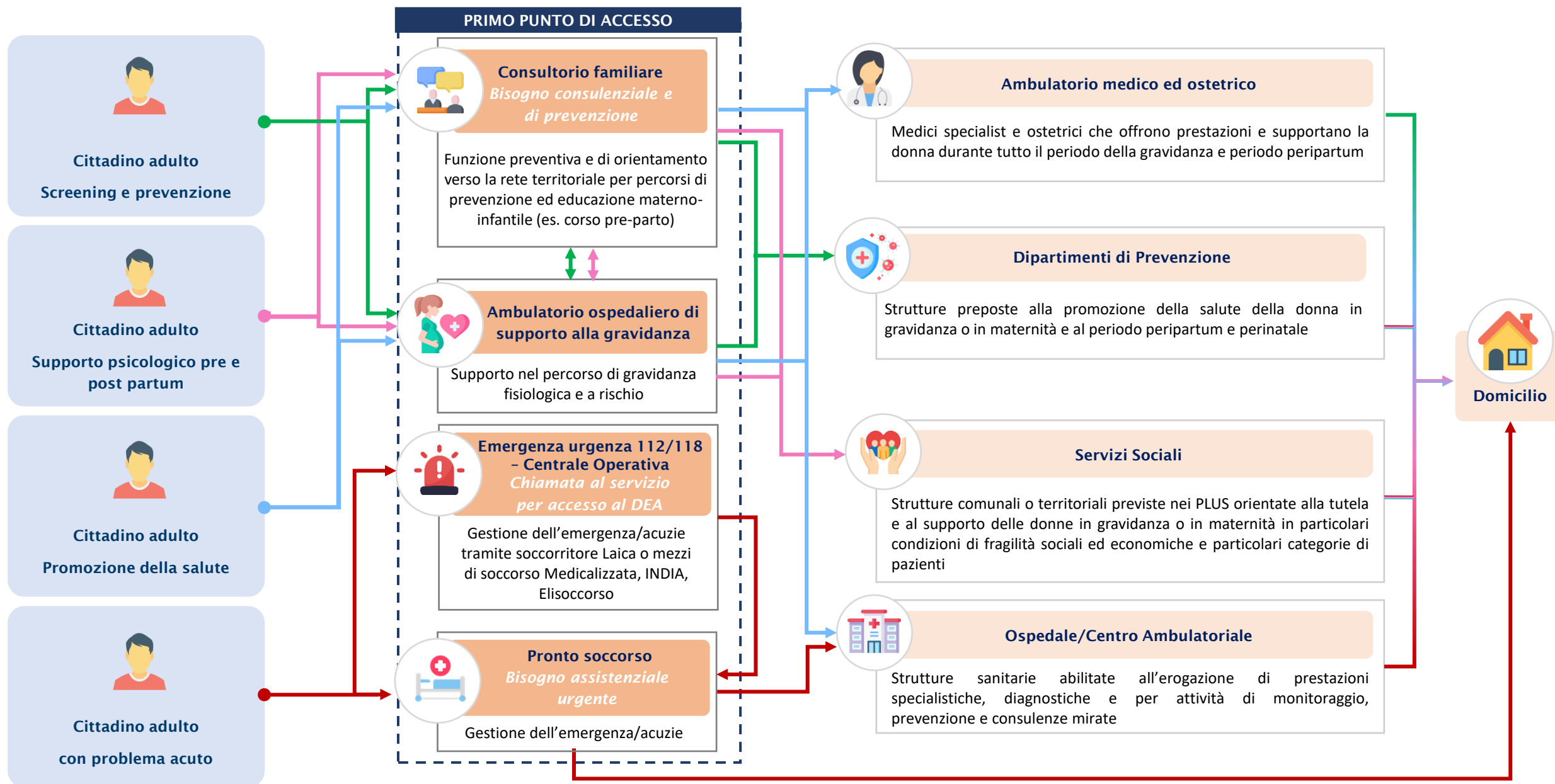
# I Livello – Flusso Prevenzione







# I Livello – Flusso donna in gravidanza/maternità





**Il livello – Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo**



## Prevenzione nei soggetti con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo: articolazione del II Livello per fascia d'età e ambiti d'intervento

Nel II Livello rientrano persone con **problemi di salute a bassa complessità**, non invalidanti né cronici, e con **condizioni acute a risoluzione temporanea** che richiedono un accesso mirato ai servizi sanitari

I Livello

II Livello

III Livello

IV Livello

V Livello

VI Livello

### PROCESSI



#### EVENTO ACUTO NON URGENTE

**Problema di salute lieve o moderato**, senza rischio immediato, gestibile tramite il MMG, le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) o le Case della Comunità



#### EVENTO ACUTO URGENTE

**Condizione acuta significativa** che necessita di una **valutazione rapida** attraverso il MMG, le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) o l'accesso autonomo al Pronto Soccorso



#### EMERGENZA SANITARIA

**Evento acuto grave con rischio immediato per la vita del paziente o con rischio di evoluzione a breve termine con perdita delle funzioni vitali**, che richiede l'attivazione del servizio di emergenza (118) o l'accesso diretto al Pronto Soccorso per una **stabilizzazione tempestiva**

### FOCUS INTERVENTISTICO

- Accesso facilitato alle **cure primarie** e alla **diagnostica specialistica**
- **Gestione clinica integrata** del bisogno acuto
- **Transizione verso percorsi di riabilitazione** ove necessario

### STRUTTURE E SERVIZI COINVOLTI



MMG/PLS



CASE DELLA COMUNITÀ



SPECIALISTICA AMBULATORIALE /DIAGNOSTICA



CUP



STRUTTURE RIABILITATIVE



AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)



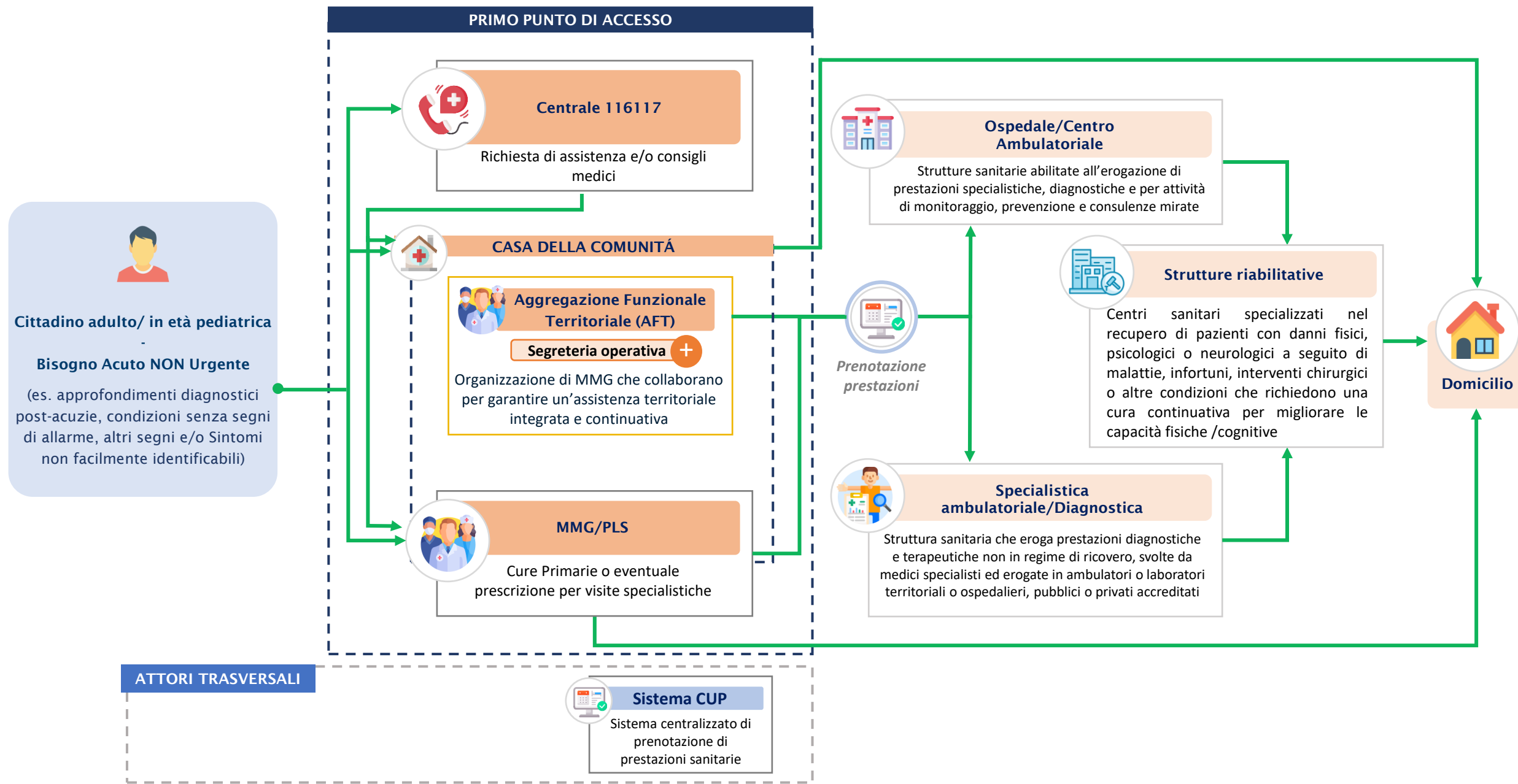
OSPEDALE/CENTRO AMBULATORIALE



PRONTO SOCCORSO

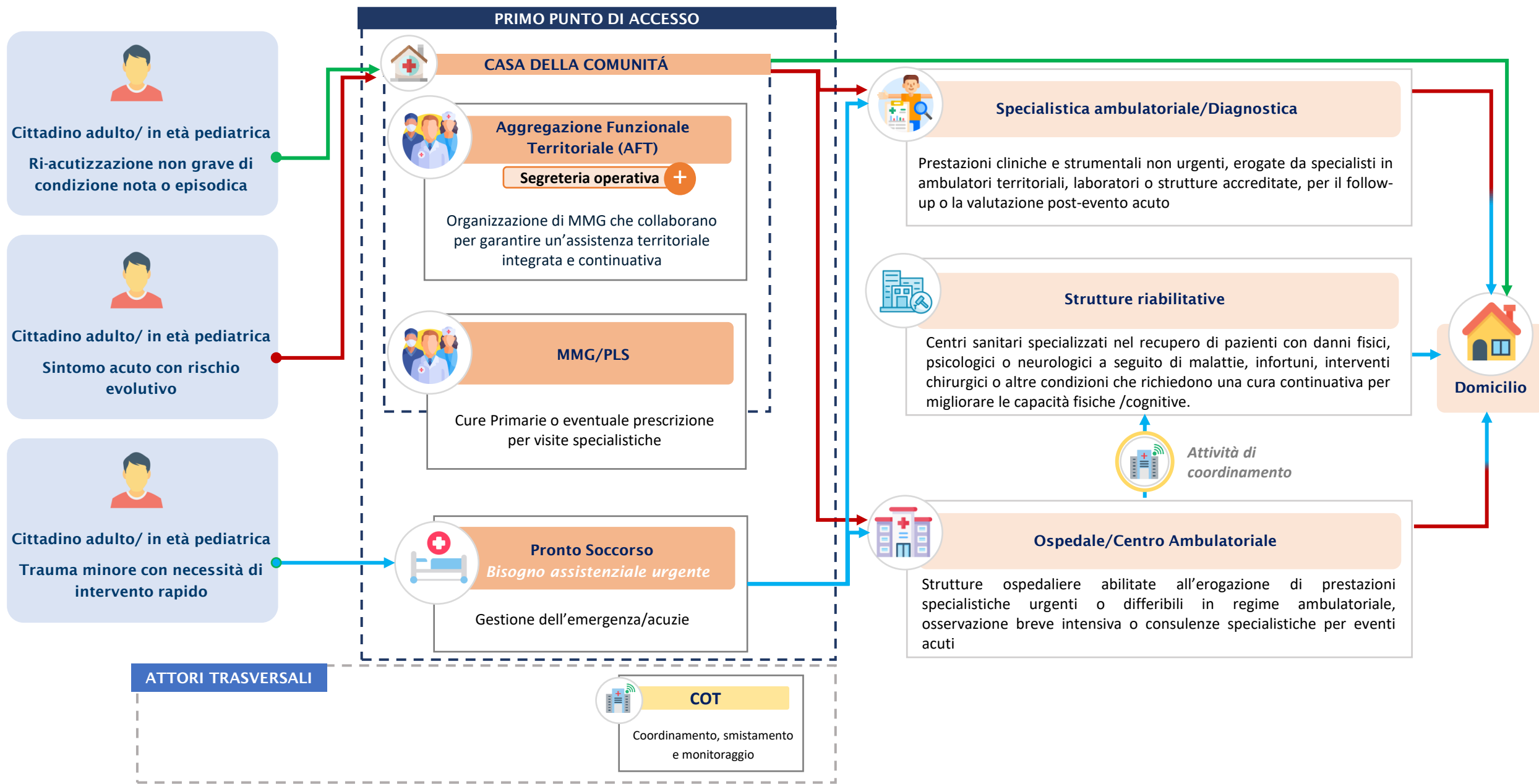


## Il Livello – Flusso Evento Acuto Non Urgente



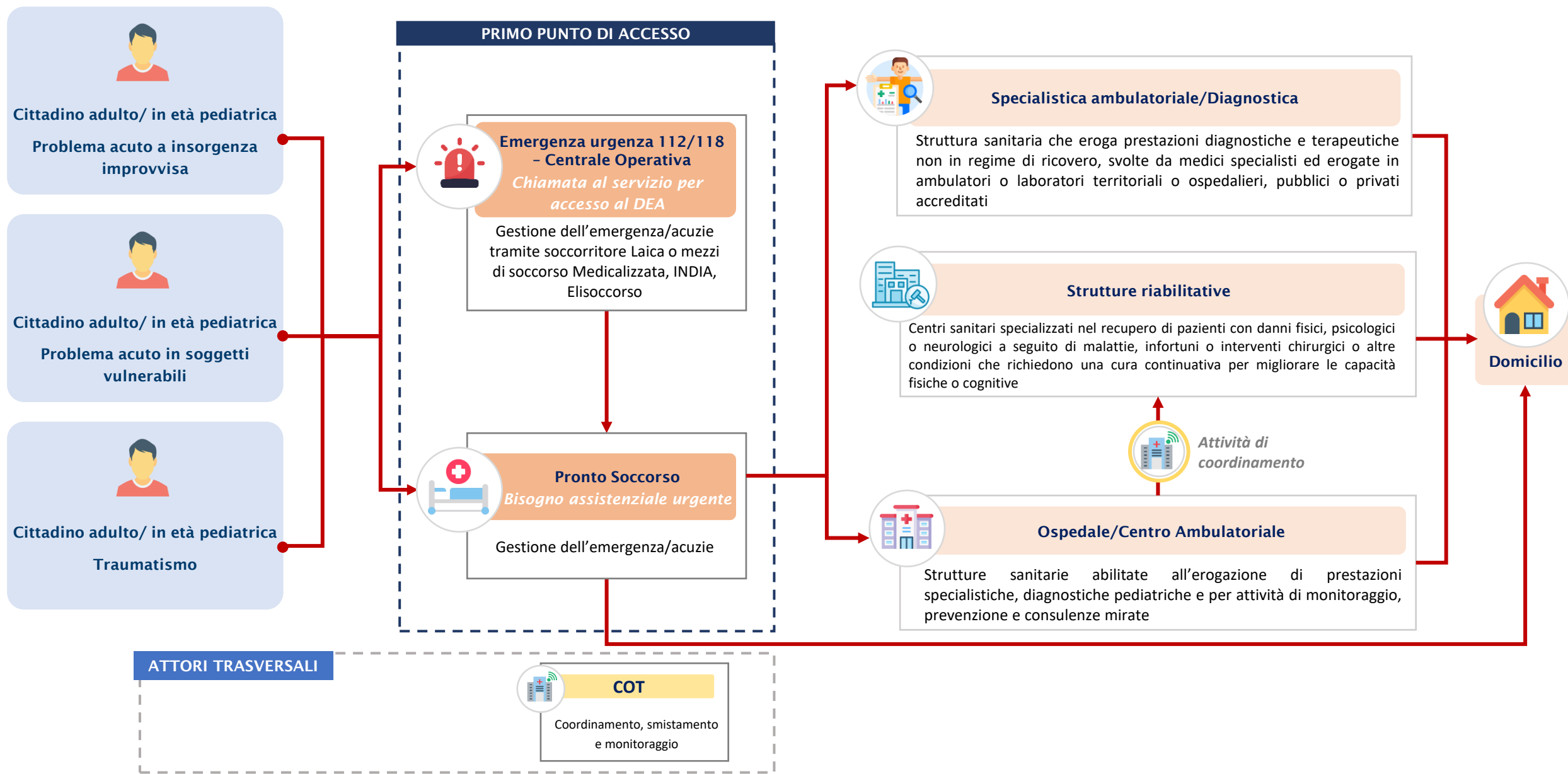


## II Livello – Flusso Evento Acuto Urgente





## II Livello – Flusso Emergenza Sanitaria



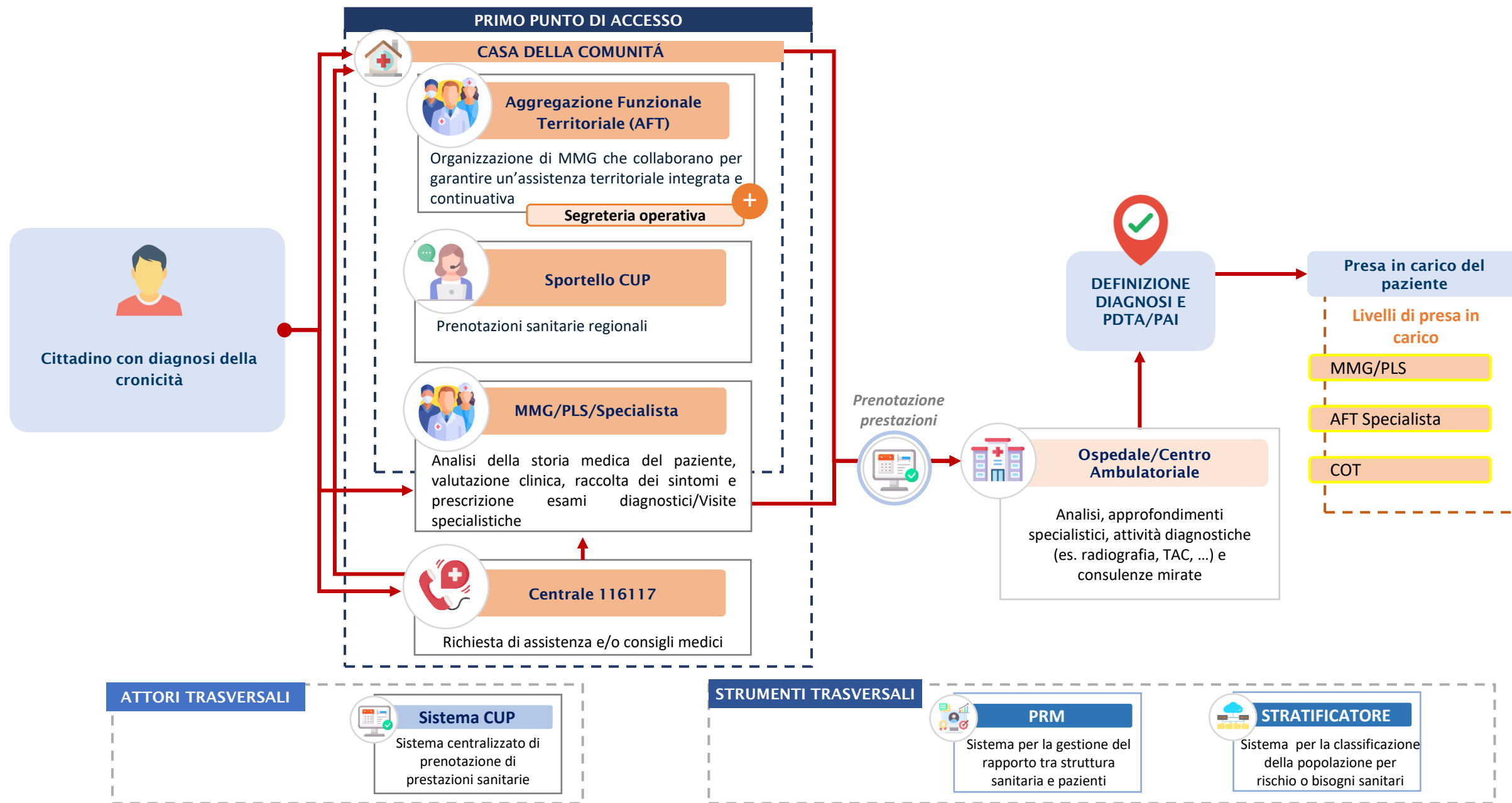


## Diagnosi delle cronicità

*(Flusso valido per cittadini appartenenti ai livelli III, IV, V e VI)*



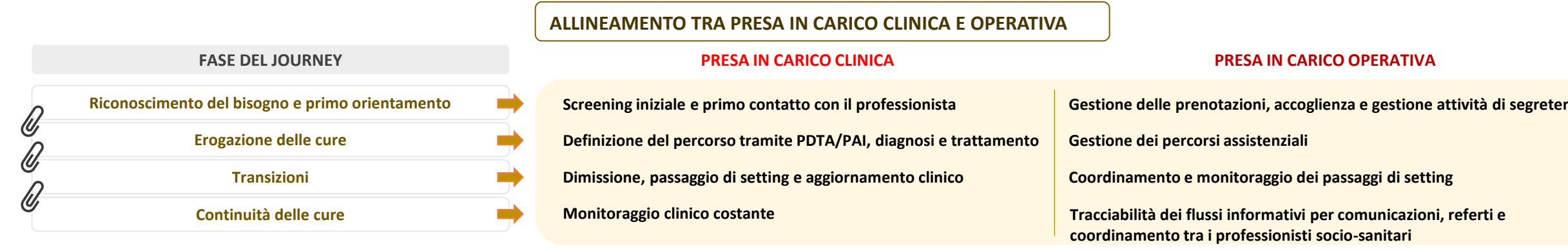
# Flusso diagnosi delle cronicità





# Presa in Carico Clinica vs Operativa | Ambito, Attori e Funzioni

	PRESA IN CARICO CLINICA	PRESA IN CARICO OPERATIVA
 DEFINIZIONE	<p>Gestione del <b>bisogno sanitario</b> del paziente tramite <b>valutazione, diagnosi e trattamento</b>, all'interno di un <b>percorso assistenziale strutturato</b> (PDTA/PAI). È il dominio dei professionisti sanitari e delle reti cliniche</p>	<p><b>Coordinamento organizzativo e logistico</b> del percorso di cura. <b>Garantisce accessibilità, continuità e tracciabilità</b> del servizio, supportando i clinici con strumenti digitali e processi strutturati</p>
 PRINCIPALI ATTORI COINVOLTI	<div><b>MMG/PLS/AFT</b></div> <div><b>Centro/Rete Specialistica di riferimento per patologia</b></div> <div><b>Reti Specialistiche pluripatologia</b></div> <div><b>UVT/UVM Infermieri della comunità</b></div>	<div><b>Segreteria AFT</b></div> <div><b>Centrale Operativa della Cronicità (COT-Cronicità)</b></div> <div><b>Centro di Assistenza Specialistico</b></div> <div><b>COT-Setting</b></div> <div><b>SUA/PUA</b></div>
 OBIETTIVI PRINCIPALI	<ul style="list-style-type: none"><li>Inquadramento clinico appropriato</li><li>Definizione del percorso di cura</li><li>Coordinamento medico-specialistico</li><li>Valutazione prognostica e monitoraggio terapeutico</li><li>Gestione degli aspetti di natura clinica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Facilitazione dell'accesso ai servizi</li><li>Coordinamento tra livelli di assistenza</li><li>Monitoraggio dei flussi operativi</li><li>Ottimizzazione dei percorsi e riduzione dei tempi d'attesa</li><li>Gestione degli aspetti di natura operativa</li></ul>





**III livello – Persona con complessità clinico assistenziale media**  
*(presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica)*



### Prevenzione nei soggetti con complessità clinico assistenziale media: articolazione del III Livello per patologie, percorsi e strutture coinvolte

I Livello

II Livello

III Livello

IV Livello

V Livello

VI Livello

*Nel III Livello rientrano persone con una **patologia cronica a media complessità clinico-assistenziale**, non gravemente invalidante, spesso **monopatologica**, ma che richiede un **percorso strutturato e continuativo di presa in carico**. L'assistenza è centrata sull'**applicazione di PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali)**, definiti a livello regionale e adattati localmente in base alla disponibilità dei servizi territoriali. In alcuni casi, possono essere presenti **forme iniziali di disabilità o fragilità sociale**, ma senza una condizione di instabilità severa*

#### PERCORSI

##### Gestione Integrata a prevalenza MMG / Specialistica

Pazienti clinicamente stabili, affetti da una singola patologia, attualmente in fase compensata e non caratterizzati da criticità acute in atto, per i quali può essere utile un monitoraggio più ravvicinato e interventi di supporto puntuali

##### Gestione Totalmente Specialistica

Pazienti clinicamente stabili ma con segni di fragilità emergente che richiedono una valutazione multidimensionale e un approccio assistenziale personalizzato

#### Obiettivi

L'obiettivo principale in questo livello è **assicurare la continuità, l'appropriatezza e l'efficacia della presa in carico**, attraverso:



**L'attuazione sistematica dei PDTA regionali**, adattati localmente alle risorse e ai servizi disponibili



**Il monitoraggio dell'aderenza terapeutica** e della corretta esecuzione degli esami di follow-up



**L'attivazione delle centrali di coordinamento per la cronicità** nei casi più complessi

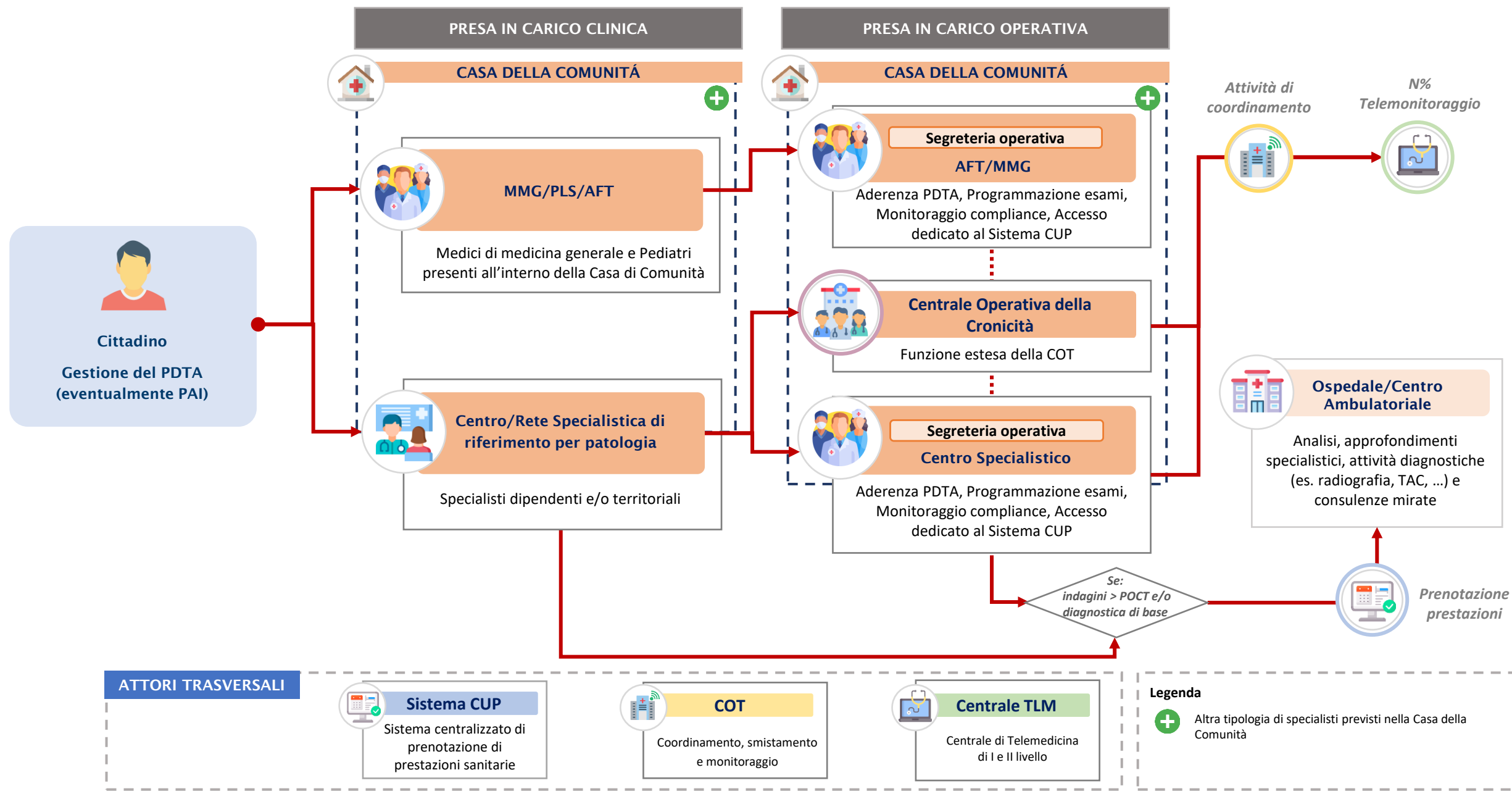
#### Servizi di Telemedicina di I o II livello

Una quota selezionata di pazienti può beneficiare di **servizi di Telemedicina di I o II livello**, in funzione della stabilità clinica e della capacità di autogestione.

In presenza di **peggioramenti clinici, disabilità emergente o fragilità sociale rilevante**, il paziente può transire verso il **IV o V livello di stratificazione**, attivando modelli di assistenza più articolati (cure domiciliari, residenzialità, gestione intensiva della cronicità)

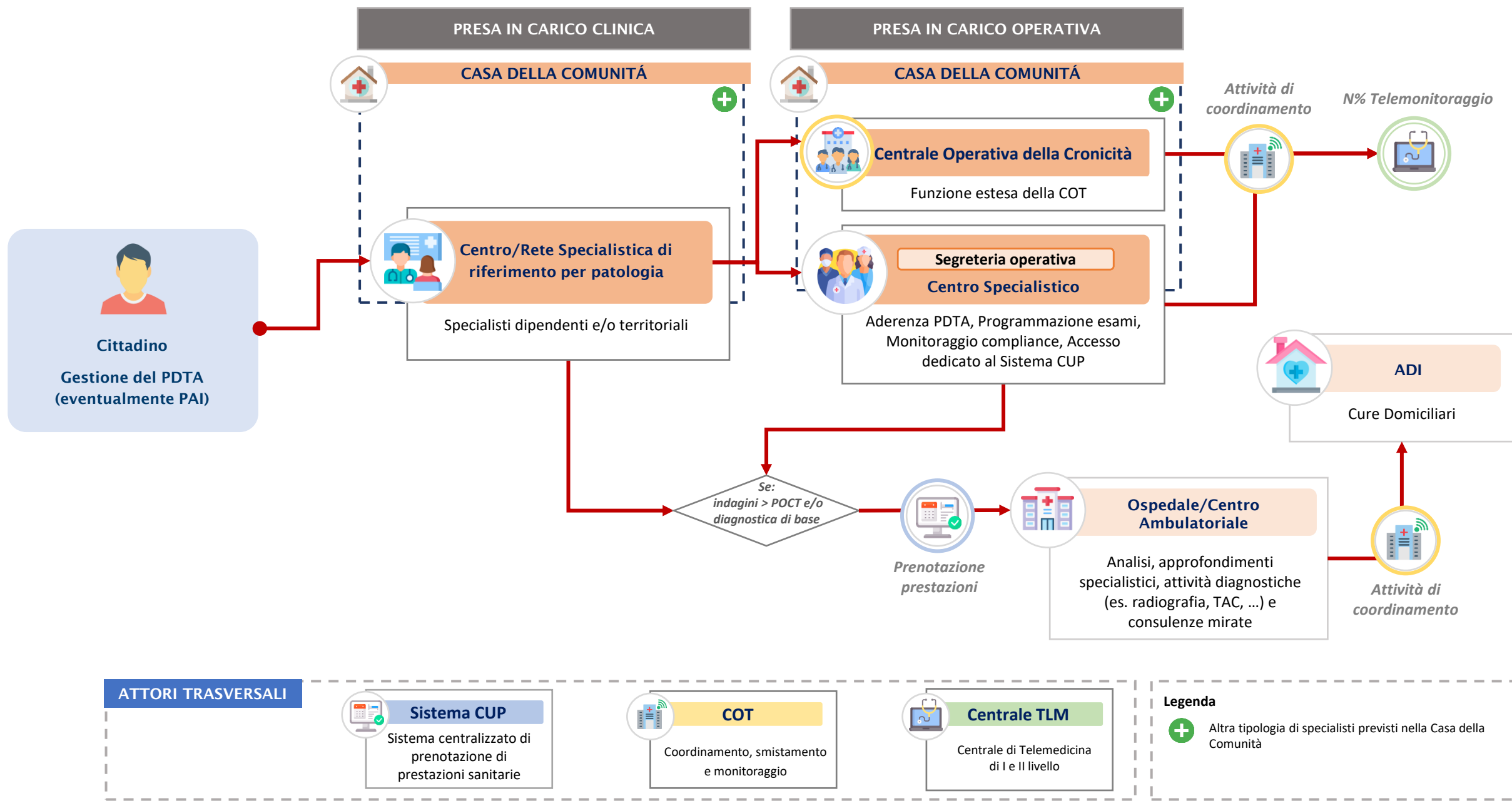


## III Livello - Gestione Integrata a prevalenza MMG/Specialista





## III Livello - Gestione totalmente Specialista





## **IV livello – Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta**

*(presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari)*



*Presa in carico dei soggetti con complessità clinico-assistenziale medio-alta, con o senza fragilità sociale: articolazione del IV livello per ambito di intervento*

Il IV livello di stratificazione comprende persone con **complessità clinico-assistenziale medio-alta**, caratterizzate da cronicità, fragilità e/o disabilità, nonché dalla **presenza di patologie multiple e complesse**. Questi individui possono inoltre presentare **fragilità sociale o condizioni socioeconomiche svantaggiate** che influenzano il loro stato di salute e il bisogno assistenziale. Il modello di stratificazione ACG (Adjusted Clinical Groups) colloca il **20,2% della popolazione** all'interno di questo livello

CARATTERISTICHE PRINCIPALI



Fascia di interesse

55-85 anni, con maggiore concentrazione nella fascia 65-85 anni



Principali condizioni cliniche

- **Scompenso cardiaco**
- **Disabilità motorie e sensoriali**
- **Ipertensione**
- **Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)**
- **Diabete**
- **Insufficienza Renale**
- **Malattie Oncologiche**
- **Patologie neurologiche degenerative**



Complessità clinico-assistenziale

- **Elevata multimorbilità** che richiede una gestione complessa e multidisciplinare
- Dipendenza da **terapie avanzate o trattamenti intensivi**
- Necessità di **assistenza continuativa** (sanitaria e socio-assistenziale)
- Condizioni **instabili o progressive**, necessità di monitoraggio continuo per **prevenire riacutizzazioni e ospedalizzazioni frequenti**



Determinanti sociali e fragilità socio-economiche

- **Isolamento geografico** e difficoltà di accesso ai servizi sanitari
- **Fragilità familiare** e carenza di caregiver
- **Disabilità**
- **Condizioni economiche precarie**
- **Condizioni abitative sfavorevoli**, presenza di barriere architettoniche

PRINCIPALI AZIONI NECESSARIE



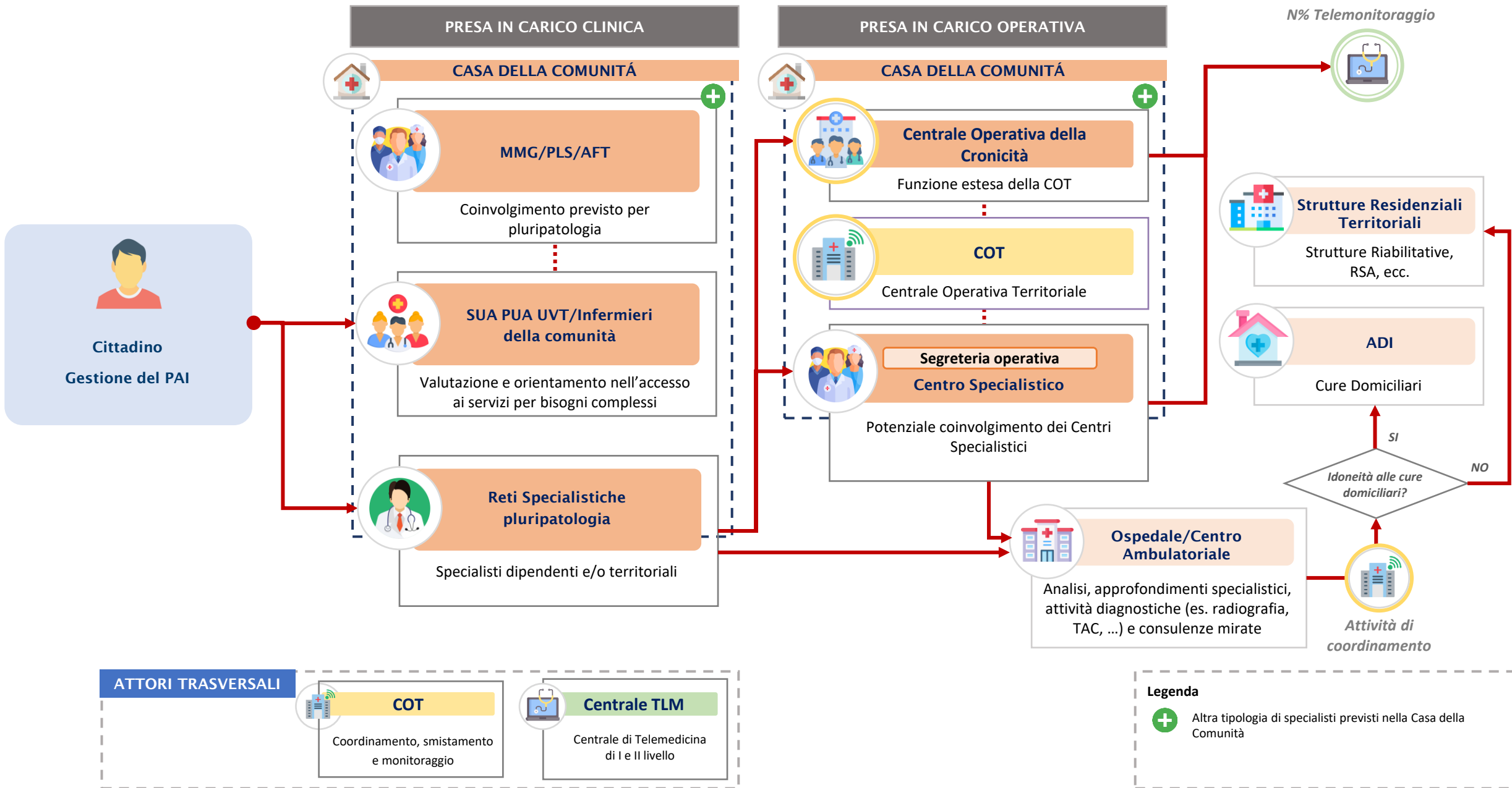
PRESA IN CARICO E MONITORAGGIO



MODIFICA DEL PDTA



# Livello – Flusso presa in carico del Cittadino con complessità clinico-assistenziale medio-alta







**V livello – Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale**  
*(presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali con parziale o totale non autosufficienza)*



*Presa in carico dei soggetti con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale*

I Livello

*Nel V Livello rientrano persone con una multimorbilità instabile e disabilità associate, spesso in condizione di non autosufficienza, con fragilità sociale strutturata e perdurante nel tempo. Sono pazienti caratterizzati da elevata complessità clinica e gestionale, difficilmente assistibili nel proprio contesto di vita, con frequenti transizioni tra i diversi setting assistenziali e con necessità di presa in carico da parte di team multidisciplinari specializzati*

II Livello

PERCORSI

III Livello

Gestione Multidisciplinare Complessa




- Pazienti in instabilità clinica, con bisogni assistenziali elevati, non autosufficienti o con disabilità gravi, in condizioni di vulnerabilità sociale persistente
- Necessitano di interventi personalizzati, integrati e continuativi

IV Livello






Rafforzamento della rete socio-sanitaria

- Coordinamento strutturato tra servizi sanitari e sociali
- Integrazione funzionale tra ospedale, territorio e strutture residenziali territoriali (es. RSA, ADI, hospice)

V Livello

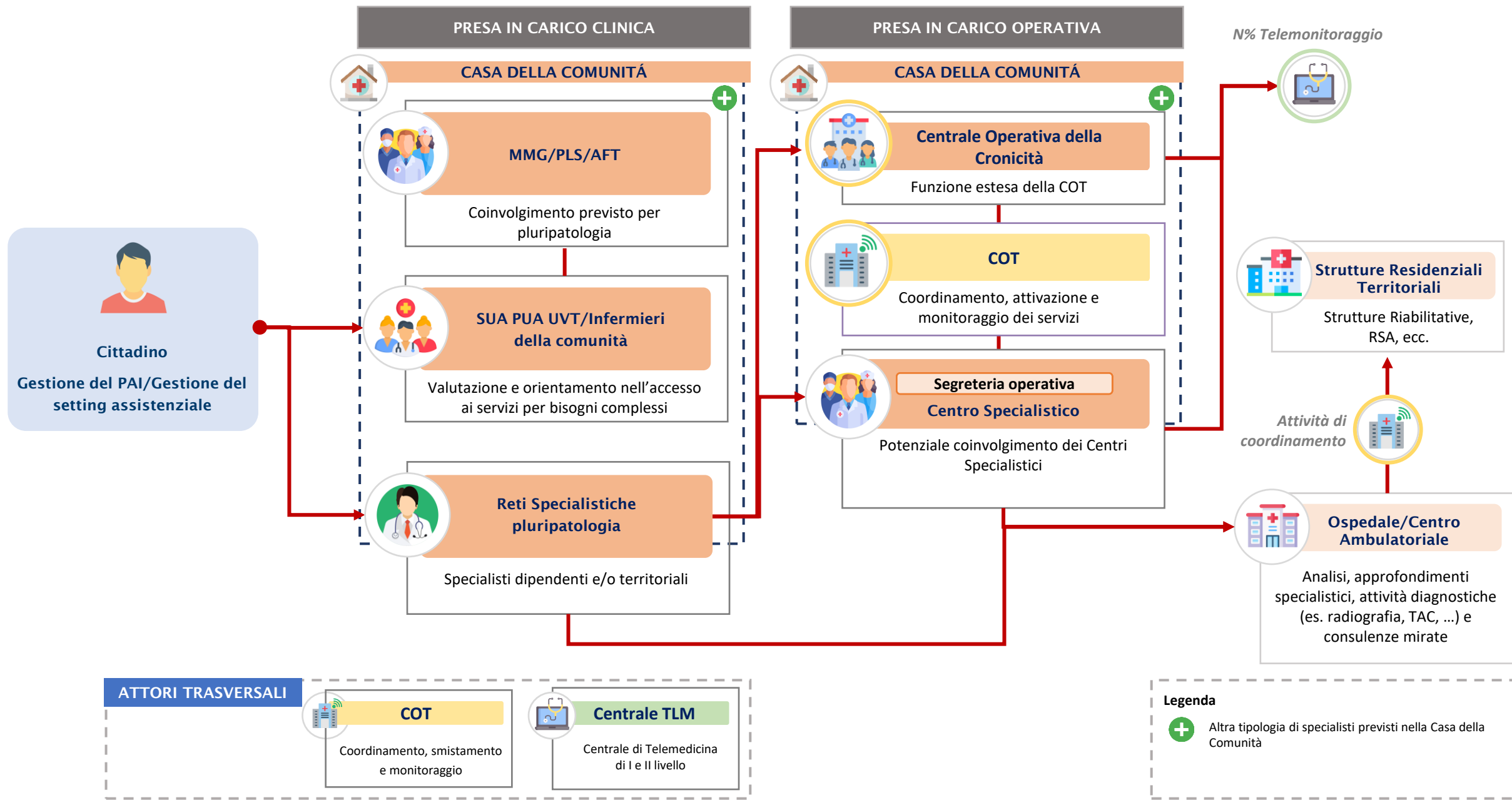
- Obiettivi**
-  Attivazione tempestiva di **percorsi personalizzati per la gestione della cronicità complessa** e delle “dimissioni difficili”
  -  **Presa in carico integrata** da parte di équipe multidisciplinari (COT, PASS, infermieristica di comunità, servizi sociali, MMG, specialisti)
  -  **Utilizzo delle risorse territoriali** per evitare ricoveri ripetuti e inappropriate transizioni di setting

VI Livello

- Principali Strutture e Servizi coinvolti**
-  **Case Della Comunità**
  -  **COT**
  -  **Centrale Operativa della Cronicità**
  -  **Segreteria Centri Specialistici**
  -  **Strutture Residenziali Territoriali**



# V Livello – Flusso presa in carico del Cittadino con complessità elevata con fragilità sociale





## **VI livello – Persona in fase terminale**

*(presenza con cronicità, fragilità e disabilità)*



Presa in carico dei soggetti in fase terminale

I Livello

Nel VI Livello rientrano persone in fase terminale, con evoluzione clinica sfavorevole, elevata fragilità e bisogni assistenziali complessi. Questa stratificazione tiene conto non solo della cronicità, ma anche della presenza di disabilità, fragilità e fattori sociali compromessi. Comprende pazienti oncologici e non, in condizioni cliniche tali da richiedere cure palliative specialistiche e assistenza continuativa

II Livello

PERCORSI

III Livello

Cure Palliative Domiciliari





- Pazienti in fase terminale per i quali è possibile garantire la qualità della vita a domicilio
- Presa in carico da parte di équipe multiprofessionali con competenze palliative specifiche

IV Livello

Assistenza in Struttura (es. Hospice, RSA)

- Coordinamento strutturato tra servizi sanitari e sociali
- Integrazione funzionale tra ospedale, territorio e strutture residenziali territoriali (es. RSA, ADI, hospice)

V Livello

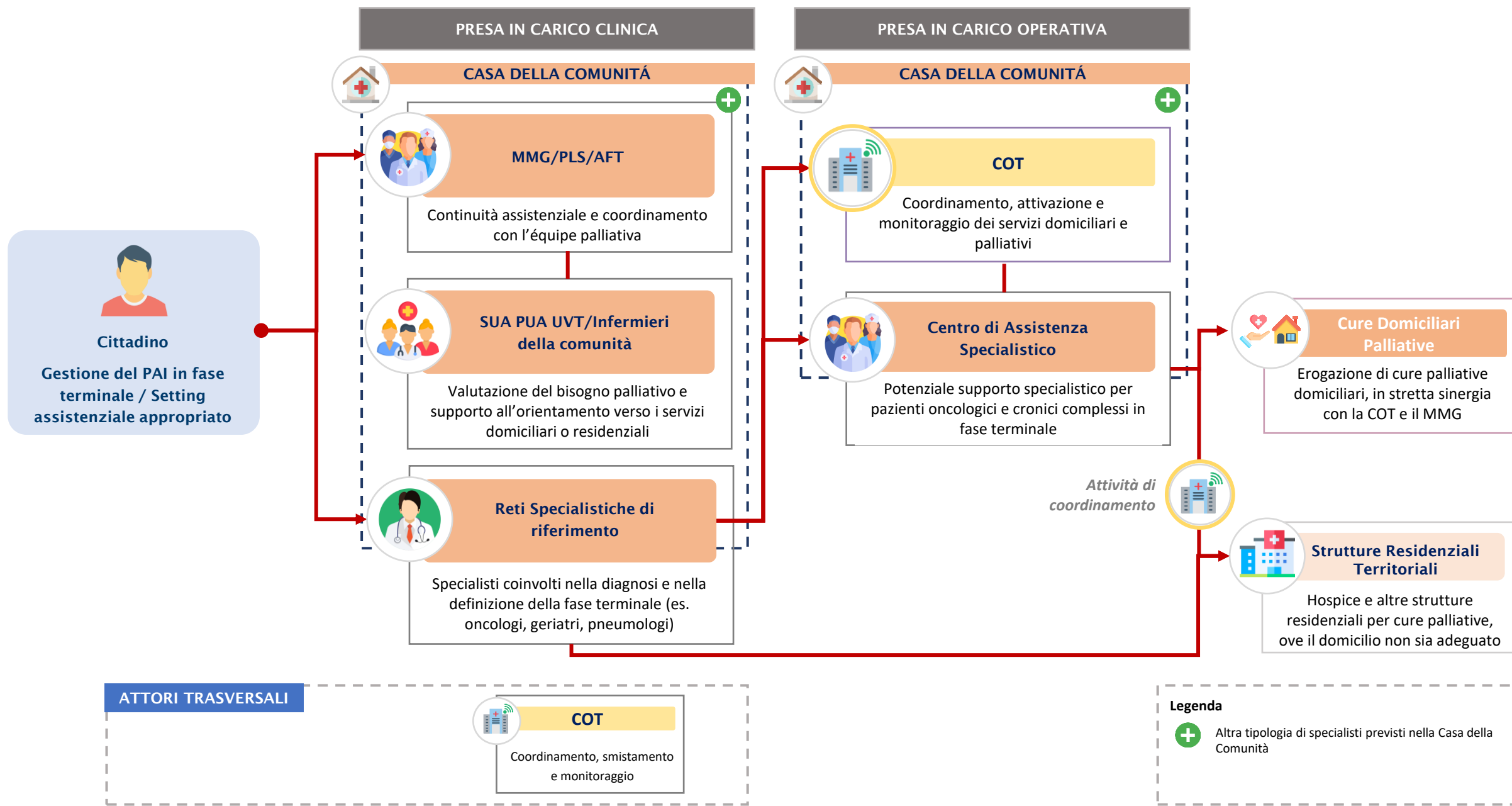
- Obiettivi**
-  Garantire la **qualità della vita residua** attraverso cure palliative personalizzate
  -  **Assistenza centrata sul domicilio** come setting preferenziale, ove possibile
  -  Coordinamento tra **equipe specialistiche** (oncologi, geriatri, palliativisti, MMG) e **reti territoriali**
  -  Attivazione di COT e Centri di Assistenza Specialistica per i pazienti oncologici

- Principali Strutture e Servizi coinvolti**
-  **Equipe Multidisciplinari Palliative**
  -  **COT**
  -  **Centri di Assistenza Specialistica**
  -  **Hospice/RSA**

VI Livello



## VI Livello – Flusso presa in carico del Cittadino in fase terminale





## Attori e sistemi informativi



Cittadino/  
Caregiver

## LEGENDA

SISAR

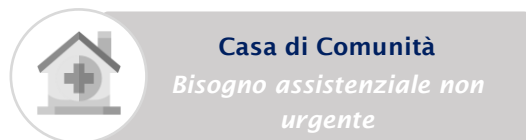
GARSIA

CCE

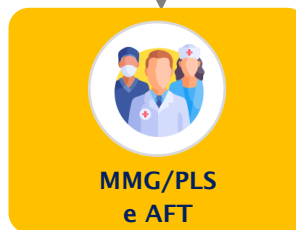
Altri  
Sistemi

S.I. da  
attivare/  
potenziare

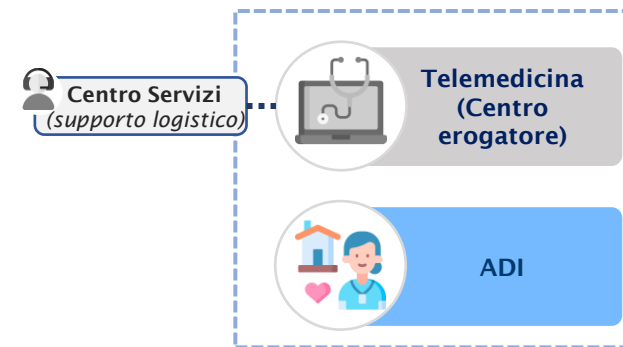
## PRIMO PUNTO DI ACCESSO



## ATTORI TRASVERSALI



## SERVIZI SOCIO SANITARI TERRITORIALI



Servizi domiciliari



Strutture residenziali



SISTEMI  
REGIONALI

CUP WEB

FSE

CDR

ANAGS

CCT

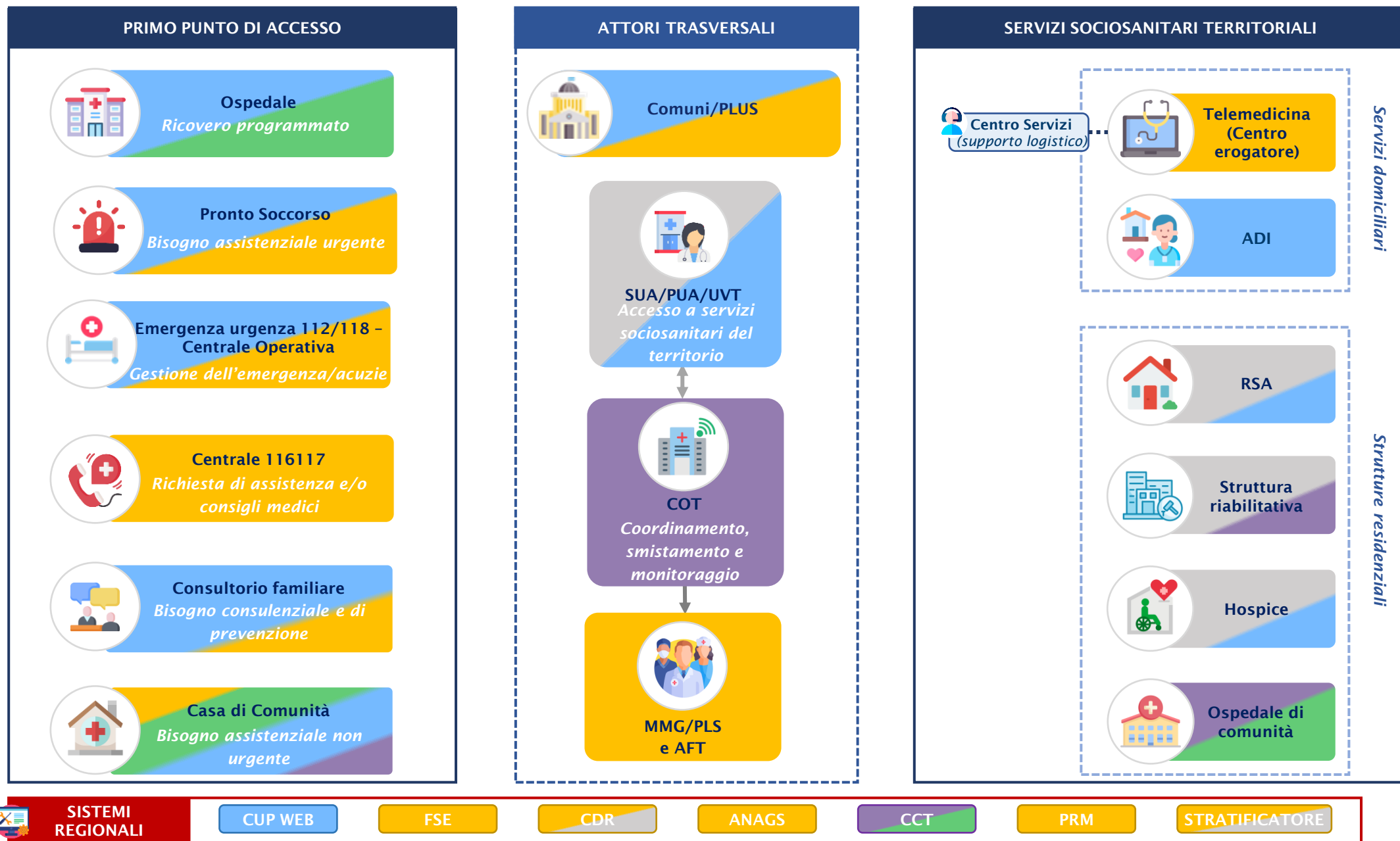
PRM

STRATIFICATORE





## Attori e sistemi informativi – Fase 1





Cittadino/  
Caregiver

## LEGENDA

SISAR

GARSIA

CCE

Altri  
Sistemi

S.I. da  
attivare/  
potenziare

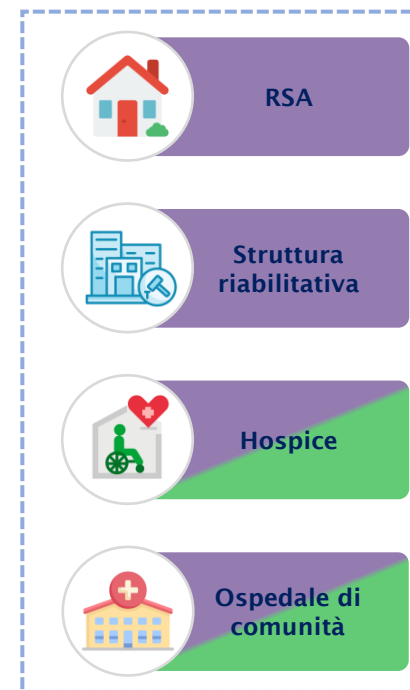
## PRIMO PUNTO DI ACCESSO



## ATTORI TRASVERSALI



## SERVIZI SOCIO SANITARI TERRITORIALI



**SISTEMI  
REGIONALI**

CUP WEB

FSE

CDR

ANAGS

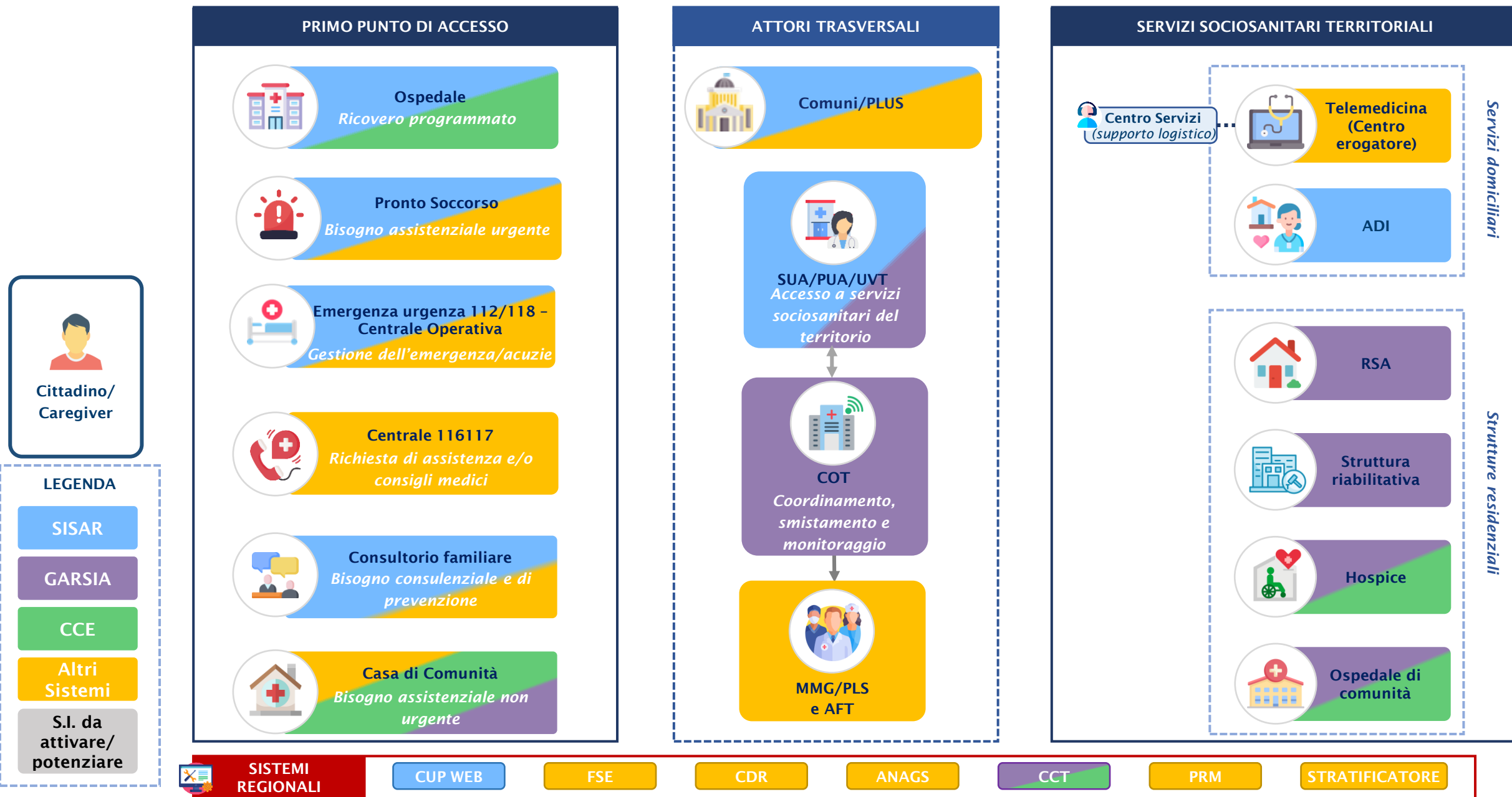
CCT

PRM

STRATIFICATORE



## Attori e sistemi informativi – Fase 3





Cittadino/  
Caregiver

## LEGENDA

SISAR

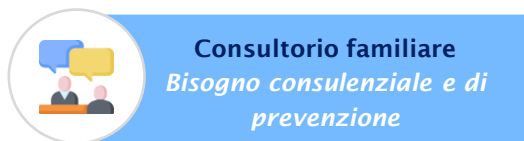
GARSIA

CCE

Altri  
Sistemi

S.I. da  
attivare/  
potenziare

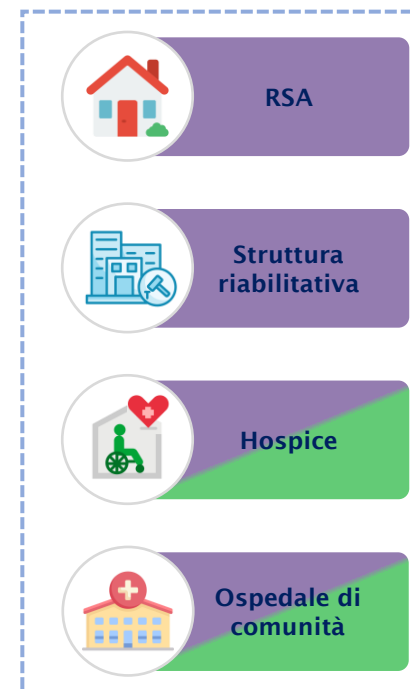
## PRIMO PUNTO DI ACCESSO



## ATTORI TRASVERSALI



## SERVIZI SOCIO SANITARI TERRITORIALI



**SISTEMI  
REGIONALI**

CUP WEB

FSE

CDR

ANAGS

CCT

PRM

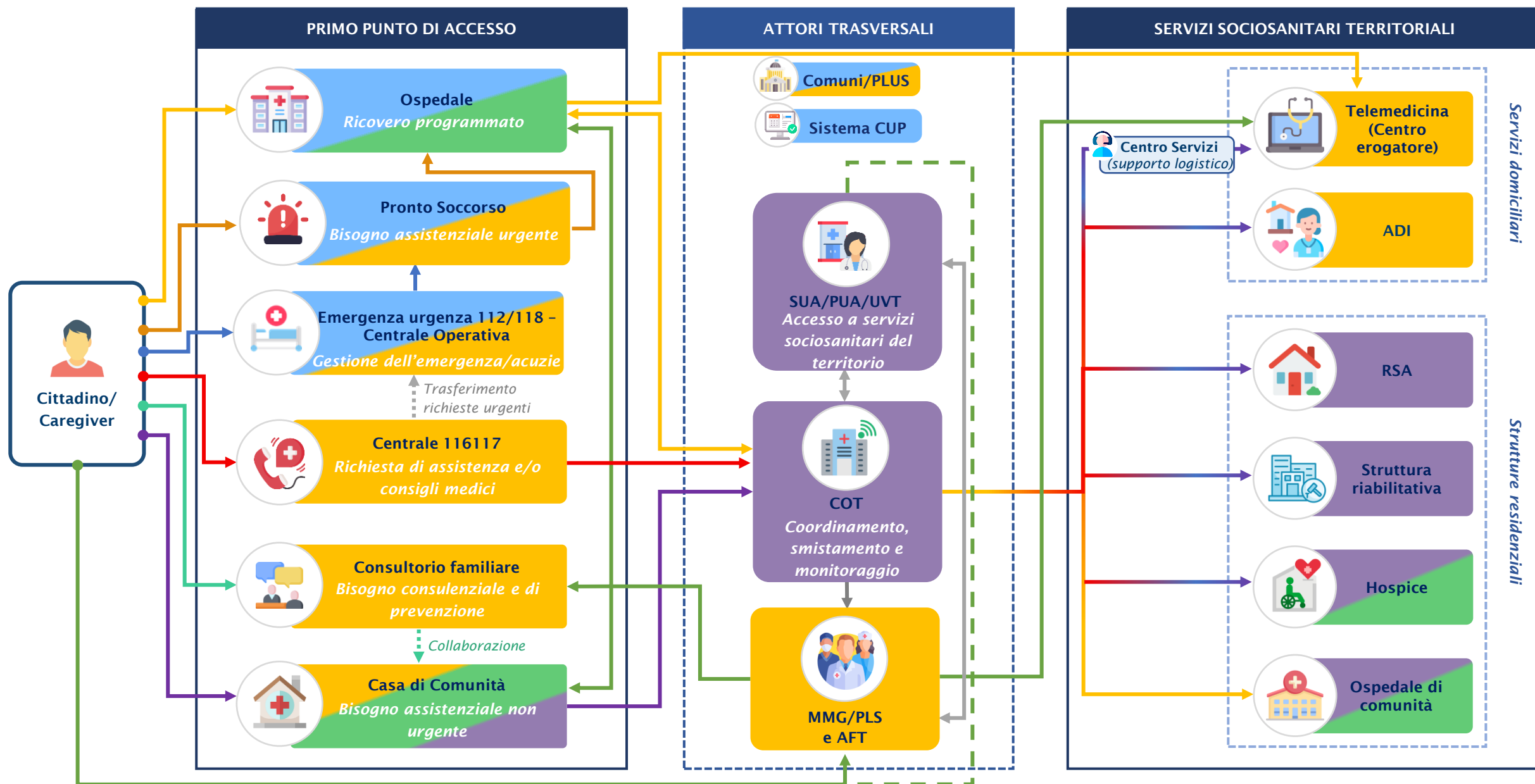
STRATIFICATORE



## Attori e sistemi informativi | Sintesi Patient Journey

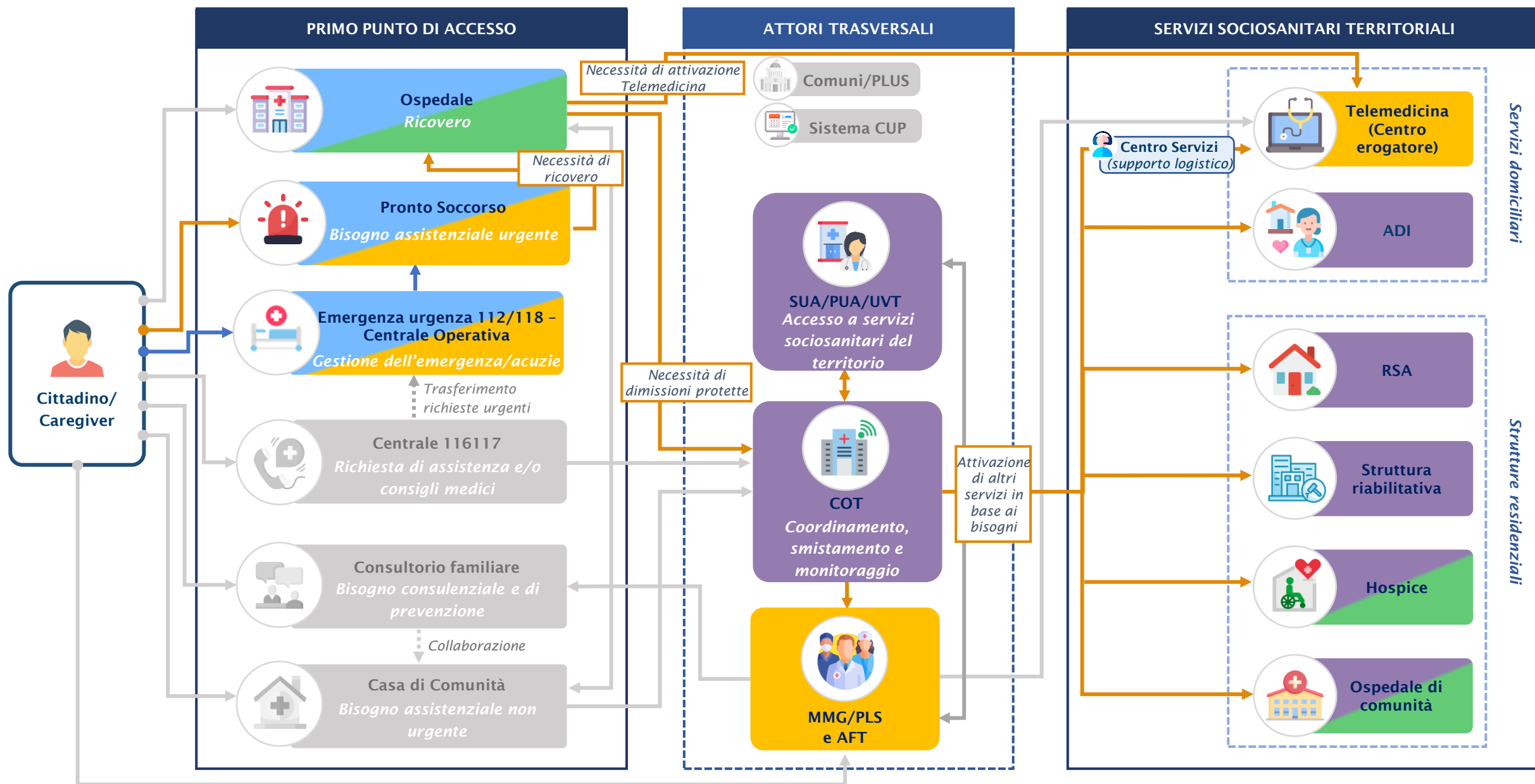


# Patient Journey – Percorsi assistenziali



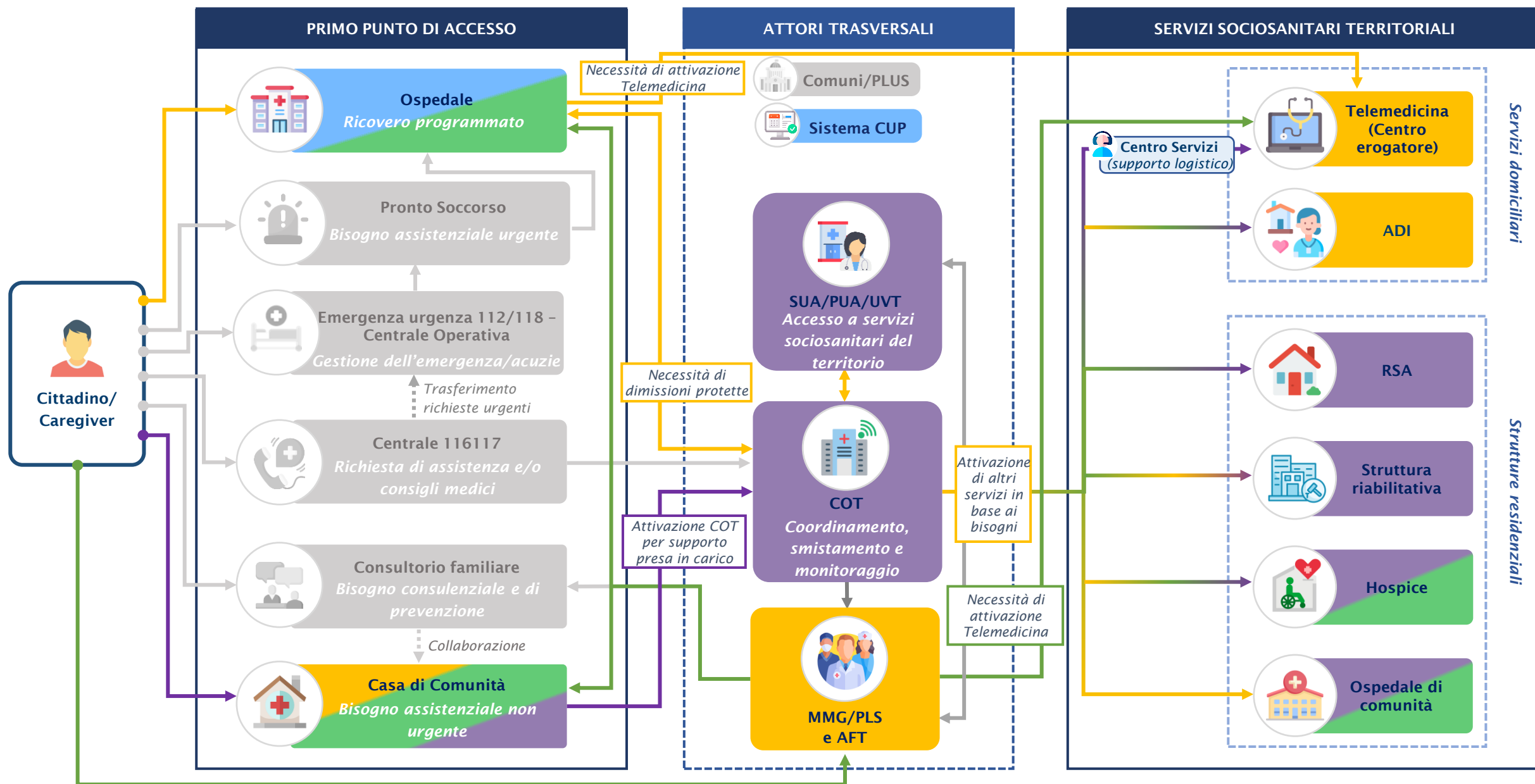


## Esempio Flusso Patient Journey – II Livello | Emergenza Sanitaria





# Esempio Patient Journey – III Livello | Gestione Integrata a prevalenza MMG/Specialista







## Sistemi – Principali funzionalità e integrazioni



## GARSIA

### ATTORI COINVOLTI

### PRINCIPALI MACRO-FUNZIONALITÀ

### INTEGRAZIONI INTERNE

### INTEGRAZIONI ESTERNE



COT

- Condivisione di informazioni e invio alert ai diversi attori della rete territoriale
- Monitoraggio dei tempi di risposta e dell'efficacia degli interventi attivati
- Tracciamento di eventuali variazioni del setting assistenziale (es. dimissioni protette, trasferimenti, ecc)
- Monitoraggio della presa in carico del paziente
- Visualizzazione dei servizi attivi e dello stato delle segnalazioni in tempo reale
- Sistema di diponibilità dei posti con possibilità di prenotazione, occupazione e conferma di trasferimento del paziente
- Ciclo passivo di fatturazione per la determinazione dei costi relativi all'esercizio dei servizi nelle strutture
- Accesso e visualizzazione della Cartella UVT e PUA
- Automazione Order Entry per l'inserimento delle informazioni relative al paziente



SUA/PUA/UVT



Hospice



RSA



Ospedale di Comunità



Struttura riabilitativa



Casa di Comunità

SISAR:  
Ospedale

**Altri Sistemi:**  
PRM, Centrale 116117, FSE, ANAGS, TLM, MMG/PLS, ADI



Casa di Comunità

- Digitalizzazione della presa in carico del paziente e verifica dell'ingaggio
- Funzionalità di definizione, modifica e monitoraggio dei PDTA
- Programmazione e coordinamento degli accessi programmati, urgenti o domiciliari
- Gestione degli appuntamenti sanitari e sociosanitari, con monitoraggio dei flussi assistenziali



COT



SUA/PUA/UVT

SISAR:  
Ospedale, CUP, Comuni/PLUS

**Altri Sistemi:**  
PRM, Comuni/PLUS, ANAGS, FSE, STRATIFICATORE



SUA/PUA/UVT

- Strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale e sanitario del cittadino
- Registrazione e tracciamento delle segnalazioni e richieste di presa in carico
- Condivisione delle informazioni, relative ai percorsi assistenziali, con i nodi territoriali (es. MMG, COT, specialisti)



COT



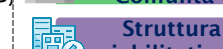
RSA



Casa di Comunità



Ospedale di Comunità



Struttura riabilitativa



Hospice

SISAR:  
Ospedale

**Altri Sistemi:**  
ANAGS, MMG/PLS, Comuni/PLUS, FSE, PRM



RSA

- Gestione digitale della presa in carico dei pazienti ricoverati in struttura
- Monitoraggio delle condizioni cliniche e sociali del paziente all'interno della struttura
- Comunicazione strutturata con COT, MMG e familiari per variazioni o eventi critici
- Strumenti per la registrazione e rendicontazione delle presenze, dati trimestrali e informazioni relative al flusso ARS/FAR
- Generazione del flusso ARS/FAR su tracciato nazionale e trasmissione dello stesso



COT



SUA/PUA/UVT

**Altri Sistemi:**  
ANAGS, MMG/PLS, FSE, PRM



Struttura riabilitativa

- Gestione e monitoraggio del piano riabilitativo individuale (PRI)
- Monitoraggio degli obiettivi clinici e dei progressi terapeutici del paziente
- Registrazione degli accessi e delle dimissioni nella struttura
- Strumenti per la registrazione e rendicontazione delle presenze, degli interventi riabilitativi erogati e informazioni relative al flusso SIAR
- Generazione del flusso SIAR su tracciato nazionale e trasmissione dello stesso









COT



SUA/PUA/UVT

















**Altri Sistemi:**  
ANAGS, MMG/PLS, FSE, PRM



















GARSIA			
ATTORI COINVOLTI	PRINCIPALI MACRO-FUNZIONALITÀ	INTEGRAZIONI INTERNE	INTEGRAZIONI ESTERNE
<div><div>Hospice</div></div>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestione digitale della presa in carico dei pazienti ricoverati in struttura</li><li>• Monitoraggio dei sintomi e delle esigenze dell'assistito</li><li>• Tracciamento delle attività cliniche, relazionali e amministrative erogate</li><li>• Strumenti per la registrazione e rendicontazione delle presenze, delle prestazioni erogate e informazioni relative al flusso Hospice</li><li>• Generazione del flusso Hospice su tracciato nazionale e trasmissione dello stesso</li></ul>	<div>COT</div> <div>SUA/PUA/UVT</div>	<div>Altri Sistemi: ANAGS, MMG/PLS, FSE, PRM, STRATIFICATORE</div>
<div><div>Ospedale di comunità</div></div>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestione digitale della presa in carico dei pazienti ricoverati in struttura</li><li>• Tracciabilità dei flussi in ingresso e dimissione verso domicilio o altre strutture</li><li>• Monitoraggio degli indicatori clinico-assistenziali e delle transizioni di cura</li><li>• Strumenti per la registrazione e rendicontazione delle presenze, delle prestazioni erogate e informazioni relative al flusso SIOC</li><li>• Generazione del flusso SIOC su tracciato nazionale e trasmissione dello stesso</li></ul>	<div>COT</div> <div>SUA/PUA/UVT</div>	<div>Altri Sistemi: ANAGS, MMG/PLS, FSE, PRM, STRATIFICATORE</div>



## SiSAR





















ATTORI COINVOLTI	PRINCIPALI MACRO-FUNZIONALITÀ	INTEGRAZIONI INTERNE	INTEGRAZIONI ESTERNE
 <b>Ospedale</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestione centralizzata delle fasi di accettazione, dimissione e trasferimenti con pianificazione di dimissioni protette e transiti verso strutture domiciliari o territoriali</li><li>• Coordinamento in tempo reale dei flussi assistenziali con Pronto Soccorso, Centrale 112/118 e servizi territoriali per assicurare continuità di cura</li><li>• Monitoraggio KPI operativi (tempi di degenza, occupazione posti letto, performance) attraverso dashboard dedicate</li></ul>	 <b>Pronto Soccorso</b>  <b>Consultorio familiare</b>  <b>Comuni/Plus</b>	<b>Garsia:</b> COT, SUA/PUA/UVT, ecc.  <b>Altri Sistemi:</b> PRM, FSE, ANAGS, TLM, MMG/PLS
 <b>Pronto Soccorso</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Emissione codici di triage e priorità d'accesso con gestione immediata dei casi critici in ingresso</li><li>• Compilazione di un fascicolo emergenza contenente anamnesi, allergie, terapie e referti condivisi con altri attori</li><li>• Attivazione dei flussi per il ricovero, la dimissione o il trasferimento assistenziale</li><li>• Analisi dei tempi di attesa per l'ottimizzazione dei processi e delle risorse operative</li></ul>	 <b>Ospedale</b>  <b>112/118 Centrale Operativa</b>	<b>Altri Sistemi:</b> ANAGS, FSE
 <b>Emergenza urgenza 112/118 Centrale Operativa</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Registrazione delle chiamate ricevute, assegnazione mezzi con tracking GPS</li><li>• Condivisione delle informazioni in tempo reale con PS e ospedali, inviando codici di priorità, referti essenziali e segnalazioni urgenti</li><li>• Produzione report operativi (tempi di risposta, copertura territoriale) per la misurazione di performance e l'implementazione di eventuali miglioramenti</li></ul>	 <b>Pronto Soccorso</b>	<b>Altri Sistemi:</b> ANAGS, FSE
 <b>Consultorio familiare</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pianificazione appuntamenti sanitari e socio-sanitari integrando agende con CUP</li><li>• Strumenti per la registrazione e rendicontazione delle presenze, delle prestazioni erogate</li><li>• Condivisione dati in tempo reale con FSE, CUP e altri attori (MMG/PLS, ADI) per una rete assistenziale integrata</li></ul>	 <b>Ospedale</b>  <b>Pronto Soccorso</b>  <b>Comuni/Plus</b>	<b>Altri Sistemi:</b> ANAGS, MMG/PLS
 <b>Comuni/PLUS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Strumenti di monitoraggio della presa in carico sociale dei cittadini fragili registrando segnalazioni e interventi</li></ul>	 <b>Ospedale</b>  <b>Consultorio familiare</b>	<b>Garsia:</b> PUA  <b>Altri Sistemi:</b> ANAGS, MMG/PLS










CCE			
ATTORI COINVOLTI	PRINCIPALI MACRO-FUNZIONALITÀ	INTEGRAZIONI INTERNE	INTEGRAZIONI ESTERNE
 Ospedale	<ul style="list-style-type: none"><li>Identificazione del paziente e acquisizione dei consensi</li><li>Accesso alla storia clinica del paziente comprensiva di documentazione e referti</li><li>Strumenti di supporto per l'inquadramento clinico</li><li>Supporto digitale alla gestione del ciclo del farmaco e prescrizione, somministrazione e tracciabilità delle terapie</li><li>Digitalizzazione dei percorsi chirurgici e ambulatoriali</li><li>Tracciamento dispositivi, raccolta e visualizzazione dei dati clinici per il monitoraggio e la continuità delle cure</li><li>Integrazione dei dati per ricerca clinica</li><li>Order Entry per il caricamento di dati clinici e infermieristici relativi al paziente</li></ul>	 Hospice  Ospedale di Comunità  Casa di Comunità	<div>SISAR: Ospedale, CUP</div> <div>Altri Sistemi: PRM, FSE, ANAGS, CDR, STRATIFICATORE</div>
 Casa di Comunità	<ul style="list-style-type: none"><li>Identificazione del paziente e acquisizione dei consensi</li><li>Accesso alla storia clinica del paziente comprensiva di documentazione e referti</li><li>Strumenti di supporto per l'inquadramento clinico</li><li>Supporto digitale alla gestione del ciclo del farmaco e prescrizione, somministrazione e tracciabilità delle terapie</li><li>Tracciamento dispositivi, raccolta e visualizzazione dei dati clinici per il monitoraggio e la continuità delle cure</li><li>Integrazione dei dati per continuità assistenziale post-ricovero</li><li>Order Entry per il caricamento di dati clinici e infermieristici relativi al paziente</li></ul>	 Ospedale di Comunità  Ospedale  Hospice	<div>SISAR: CUP</div> <div>Altri Sistemi: PRM, FSE, ANAGS, CDR</div>
 Hospice	<ul style="list-style-type: none"><li>Identificazione del paziente e acquisizione dei consensi</li><li>Accesso alla storia clinica del paziente comprensiva di documentazione e referti</li><li>Strumenti di supporto per l'inquadramento clinico</li><li>Supporto digitale alla gestione del ciclo del farmaco e prescrizione, somministrazione e tracciabilità delle terapie</li><li>Tracciamento dispositivi, raccolta e visualizzazione dei dati clinici per il monitoraggio e la continuità delle cure</li><li>Integrazione dei dati per continuità assistenziale post-ricovero</li><li>Order Entry per il caricamento di dati clinici e infermieristici relativi al paziente</li></ul>	 Ospedale di Comunità  Casa di Comunità  Ospedale	<div>SISAR: CUP</div> <div>Altri Sistemi: PRM, FSE, ANAGS, CDR</div>
 Ospedale di Comunità		 Hospice  Casa di Comunità  Ospedale	<div>SISAR: CUP</div> <div>Altri Sistemi: PRM, FSE, ANAGS, CDR</div>



## PRM

ATTORI COINVOLTI	PRINCIPALI MACRO-FUNZIONALITÀ	INTEGRAZIONI INTERNE	INTEGRAZIONI ESTERNE
 <b>Ospedale</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Registrazione dati dei pazienti</li><li>• Sfruttamento dei canali di comunicazione per informazioni operative</li><li>• Gestione delle prestazioni sanitarie ed eventuale prenotazione delle visite specialistiche</li></ul>	 <b>Ospedale di Comunità</b>  <b>Casa di Comunità</b>	<div>SISAR: CUP</div> <div>Garsia: COT</div> <div>S.I. da attivare/potenziare: CCT</div> <div>Altri Sistemi: (es. ANAGS, FSE, MMG/PLS)</div>
 <b>Casa di Comunità</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestione multidimensionale della presa in carico</li><li>• Gestione condivisa del PAI tra gli i professionisti sanitari coinvolti</li><li>• Accesso integrato ai dati clinici e sociali</li><li>• Presenza delle principali informazioni relative ai percorsi di salute</li><li>• Condivisione dati di presa in carico dei pazienti e principali informazioni relative al percorso di cura</li></ul>	 <b>ADI</b>  <b>MMG</b>  <b>Ospedale</b>  <b>Ospedale di Comunità</b>  <b>Centrale 116117</b>	<div>SISAR: CUP</div> <div>Garsia: COT</div> <div>S.I. da attivare/potenziare: CCT</div> <div>Altri Sistemi: (es. ANAGS, FSE, MMG/PLS)</div>
 <b>Ospedale di comunità</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Raccolta dei dati relativi ai ricoveri brevi dei pazienti a bassa intensità clinica</li><li>• Tracciabilità dei flussi in ingresso e dimissione verso domicilio o altre strutture</li><li>• Coordinamento con MMG, COT e case della comunità per l'integrazione territoriale</li><li>• Monitoraggio degli indicatori clinico-assistenziali e delle transizioni di cura</li></ul>	 <b>Ospedale</b>  <b>Casa di Comunità</b>	<div>SISAR: CUP</div> <div>Garsia: COT</div> <div>S.I. da attivare/potenziare: CCT</div> <div>Altri Sistemi: (es. ANAGS, FSE, MMG/PLS)</div>
 <b>Centrale 116117</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultazione dei dati sanitari dei pazienti finalizzati alla risoluzione del problema segnalato dal cittadino</li></ul>	 <b>MMG</b>  <b>ADI</b>  <b>Casa di Comunità</b>	<div>SISAR: CUP</div> <div>Garsia: COT</div> <div>S.I. da attivare/potenziare: CCT</div> <div>Altri Sistemi: (es. ANAGS, FSE, MMG/PLS)</div>
 <b>ADI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reportistica dell'attivazione dei servizi domiciliari</li><li>• Monitoraggio interventi e accessi domiciliari</li></ul>	 <b>MMG</b>  <b>Casa di Comunità</b>	<div>SISAR: CUP</div> <div>Garsia: COT</div> <div>S.I. da attivare/potenziare: CCT</div> <div>Altri Sistemi: (es. ANAGS, FSE, MMG/PLS)</div>
 <b>MMG</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunicazione con il cittadino e gli altri attori dei diversi percorsi assistenziali</li></ul>	 <b>ADI</b>  <b>Casa di Comunità</b>	<div>SISAR: CUP</div> <div>Garsia: COT</div> <div>S.I. da attivare/potenziare: CCT</div> <div>Altri Sistemi: (es. ANAGS, FSE, MMG/PLS)</div>



STRATIFICATORE			
ATTORI COINVOLTI	PRINCIPALI MACRO-FUNZIONALITÀ	INTEGRAZIONI INTERNE	INTEGRAZIONI ESTERNE
<div><div>ARES e RAS</div></div>	<ul style="list-style-type: none"><li>Alimentazione dei dati garantendo il rispetto della normativa nel trattamento dei dati sensibili</li><li>Raccolta, gestione e analisi dei dati provenienti dai sistemi sanitari regionali per l'aggiornamento delle informazioni</li><li>Definizione d percorso e progetti di valenza regionale (Linee Guida/PDTA regionali da declinare in PDTA a livello locale</li><li>Supporto nella creazione di profili di rischio, analizzare trend epidemiologici</li></ul>	<div>Aziende Socio Sanitarie</div>	<div>SISAR: Ospedale, CUP, Comuni/PLUS</div> <div>Altri Sistemi: ANAGS</div>
<div><div>Aziende Socio Sanitarie</div></div> <div><div>Direttori Socio Sanitari</div><div>Responsabili di Distretto</div><div>Direttori Generali</div></div>	<ul style="list-style-type: none"><li>Attuazione dei programmi di cura territoriali</li><li>Identificare target di popolazione a cui destinare interventi mirati</li><li>Definizione dei percorsi di cura e alla gestione dei processi di presa in carico</li><li>Co-progettazione aziendale con servizi sociali ed Enti Gestori dei PLUS</li></ul>	<div>Casa di Comunità</div> <div>ARES e RAS</div>	<div>CCE: Ospedale</div> <div>Altri Sistemi: PRM</div> <div>SISAR: Ospedale, CUP, Comuni/PLUS</div>
<div><div>Casa di Comunità</div></div>	<ul style="list-style-type: none"><li>Traduzione operativa delle informazioni per implementare interventi</li><li>Coinvolgimento diretto dei cittadini nella promozione della salute, attraverso progetti educativi e iniziative di prevenzione</li><li>Attuazione e Diffusione dei progetti di salute al livello distrettuale</li><li>Co-progettazione locale con servizi sociali ed Enti Gestori dei PLUS</li><li>Eventuale personalizzazione dei progetti di cura da parte del MMG</li></ul>	<div>Aziende Socio Sanitarie</div>	<div>Altri Sistemi: PRM</div>



## Esempi di sequence diagram





## Flusso diagnosi delle cronicità – Attori coinvolti

ATTORI	DESCRIZIONE
Paziente	Cittadino che accede ai servizi del SSR
MMG/PLS	Figura clinica di riferimento territoriale, responsabile della presa in carico iniziale e della continuità assistenziale
AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale)	Insieme strutturato di professionisti della medicina primaria che operano in modo integrato nella gestione della cronicità
Specialista/Rete Specialistica per patologia	Medico ospedaliero o territoriale che collabora nella presa in carico clinica per patologie specifiche; può operare in presenza o in telemedicina
Casa della comunità	Hub territoriale di riferimento per l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari di prossimità dove opera l'AFT
CENTRALE 116117	Numero Unico Europeo per cure non Urgenti che gestisce richieste di assistenza e/o consigli medici
COT	Coordina e monitora i diversi setting assistenziali per pazienti complessi, integrando servizi e professionisti
Sistema CUP (Centro Unico di prenotazione)	Sistema centralizzato di prenotazione di prestazioni sanitarie
PUA/UVT	Punto Unico di Accesso per i cittadini che necessitano di assistenza e Unità di valutazione Territoriale che si occupa della valutazione multidimensionale del paziente e della definizione del PAI/PDTA
Ospedale/Centro Ambulatoriale	Fornisce esami diagnostici avanzati e consulenze specialistiche; integra il percorso di cura con il secondo livello di assistenza, genera referti e alimentano il FSE e il CDR

SISTEMI/STRUMENTI	DESCRIZIONE
Garsia	Piattaforma regionale per la raccolta, gestione e integrazione delle informazioni anagrafiche, clinico-assistenziali e socio-sanitarie dei cittadini assistiti, con l'obiettivo di supportare la presa in carico proattiva dei pazienti, in particolare dei soggetti cronici o fragili
PRM	Piattaforma per l'engagement e la comunicazione con il paziente che funge da orchestratore centrale per un supporto continuo e personalizzato tra personale sanitario e cittadino
Stratificatore	Strumento analitico per la stratificazione del rischio della popolazione
CDR	Clinical Data Repository che contiene tutti i dati clinici raccolti dalle strutture integrate
FSE	Strumento digitale che raccoglie e rende disponibili online i dati e i documenti sanitari dei cittadini
Gestionale AFT/MMG	Sistema informativo utilizzato da MMG e AFT per la gestione delle attività cliniche e amministrative
Altri sistemi verticali	Sistemi informativi utilizzati da Specialisti per la gestione delle attività cliniche e amministrative
SISaR/CCE	Sistemi informativi utilizzati da ospedali e centri ambulatoriali
CCA	Documento sanitario che raccoglie in modo strutturato prestazioni, referti e valutazioni cliniche effettuate in ambito ambulatoriale

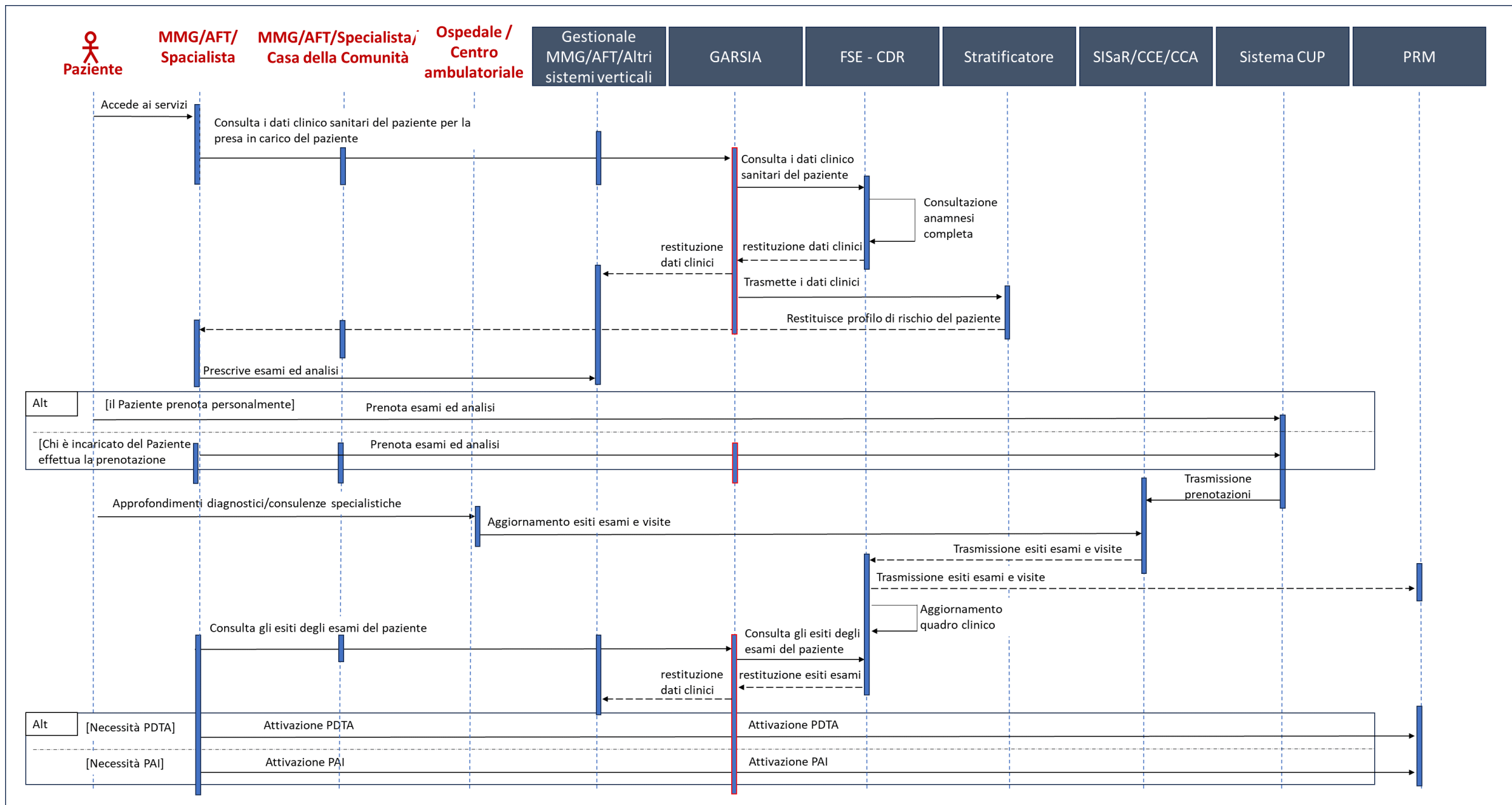


# Flusso diagnosi delle cronicità – Macro fasi del percorso

ATTORE/SISTEMA “INVIANTE”	ATTORE/SISTEMA “RICEVENTE”	AZIONE
Paziente	AFT/MMG/Specialista/Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA/Gestionale MMG/AFT/Altre soluzioni verticali</a>	Il paziente accede ai servizi del territorio, spesso tramite il proprio MMG presso la Casa della Comunità o attraverso un accesso diretto ai servizi della CdC o attraverso il contatto con la Centrale 116117
AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA/Gestionale MMG/AFT/Altre soluzioni verticali</a>	<a href="#">FSE e CDR</a>	Il MMG/AFT/Specialista accede tramite integrazione con FSE e/o CDR per consultare l'anamnesi completa del paziente (diagnosi, farmaci, referti ospedalieri e ambulatoriali pregressi)
AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA</a>	<a href="#">Sistema Stratificatore</a>	I dati clinici del paziente vengono trasmessi al sistema stratificatore
<a href="#">Sistema Stratificatore</a>	AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA/Gestionale MMG/AFT/Altre soluzioni verticali</a>	Lo Stratificatore restituisce il profilo di rischio del paziente (es. alto, medio, basso consumo di risorse, complessità delle patologie) e le sue condizioni cliniche raggruppate. Questo orienta la definizione del percorso
AFT/MMG/Specialista → <a href="#">Gestionale MMG/AFT/Altre soluzioni verticali</a>	Paziente	L'AFT/MMG/specialista prescrive al paziente la prenotazione di esami e approfondimenti per l'eventuale diagnosi di una o più cronicità
Paziente oppure il AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA/Gestionale MMG/AFT/Altre soluzioni verticali</a>	<a href="#">Sistema CUP</a>	Il paziente oppure l'AFT/MMG/Specialista utilizza il sistema CUP per prenotare gli esami e gli approfondimenti prescritti
<a href="#">Sistema CUP</a>	Ospedale/Centro Ambulatoriale → <a href="#">SISaR/CCE/CCA</a>	Le prenotazioni vengono trasmesse alla struttura sanitaria competente, dove il paziente effettua gli approfondimenti diagnostici e le consulenze specialistiche
Ospedale/Centro Ambulatoriale → <a href="#">SISaR/CCE/CCA</a>	<a href="#">FSE e CDR</a>	Gli esiti degli esami e delle visite vengono inviati al FSE e al CDR, aggiornando il quadro clinico del paziente
<a href="#">FSE e CDR</a>	<a href="#">PRM</a>	Gli esiti delle prestazioni diagnostiche e specialistiche sono aggiornati sul FSE e sul CDR, con condivisione anche verso il PRM
AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA</a>	Strutture/Specialisti coinvolti nel PAI/PDTA → <a href="#">GARSIA/PRM</a>	Sulla base degli esiti, viene definita la diagnosi e, se necessario, attivato un PDTA (Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale) o un PAI (Piano Assistenziale Individuale), condiviso tra MMG, specialisti e altri attori territoriali



# Flusso diagnosi delle cronicità – Sequence Diagram





# Gestione del Paziente Cronico (Telemonitoraggio) – Attori coinvolti

ATTORI	DESCRIZIONE
Paziente	Soggetto al centro del percorso di cura, destinatario del PDTA e, se necessario, del PAI
MMG/PLS	Figura clinica di riferimento territoriale, responsabile della presa in carico iniziale e della continuità assistenziale
AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale)	Insieme strutturato di professionisti della medicina primaria che operano in modo integrato nella gestione della cronicità
Specialista/Rete Specialistica per patologia	Medico ospedaliero o territoriale che collabora nella presa in carico clinica per patologie specifiche; può operare in presenza o in telemedicina
Infermieri di Comunità	Operano nell’ambito territoriale e nelle Case della Comunità, in stretta sinergia con il MMG per l’attuazione del piano assistenziale
Casa della Comunità	Hub territoriale di riferimento per l’erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari di prossimità dove opera l'AFT
COT (Centrale Operativa Territoriale)	Coordina e monitora i diversi setting assistenziali per pazienti complessi, integrando servizi e professionisti
PUA/UVT	Punto Unico di Accesso per i cittadini che necessitano di assistenza e Unità di valutazione Territoriale che si occupa della valutazione multidimensionale del paziente e della definizione del PAI/PDTA
Centrale di Telemedicina	Supporta la gestione a distanza del paziente tramite strumenti di telemonitoraggio e teleconsulenza, di I e II livello
Ospedale / Centro Ambulatoriale	Fornisce esami diagnostici avanzati e consulenze specialistiche, integra il percorso di cura con il secondo livello di assistenza e genera referti e alimentando il FSE e il CDR
SISTEMI/STRUMENTI	DESCRIZIONE
Garsia	Piattaforma regionale per la raccolta, gestione e integrazione delle informazioni anagrafiche, clinico-assistenziali e socio-sanitarie dei cittadini assistiti, con l’obiettivo di supportare la presa in carico proattiva dei pazienti, in particolare dei soggetti cronici o fragili
PRM	Piattaforma per l'engagement e la comunicazione con il paziente che funge da orchestratore centrale per un supporto continuo e personalizzato tra personale sanitario e cittadino
CDR	Clinical Data Repository che contiene tutti i dati clinici raccolti dalle strutture integrate
PHOEMA	Piattaforma per il telemonitoraggio centralizzato dei pazienti attraverso la gestione remota e continuativa dei parametri vitali e specifici di patologia
FSE	Strumento digitale che raccoglie e rende disponibili online i dati e i documenti sanitari dei cittadini
Gestionale AFT/MMG	Sistema informativo utilizzato da MMG e AFT per la gestione delle attività cliniche e amministrative
Altri sistemi verticali	Sistemi informativi utilizzati da Specialisti per la gestione delle attività cliniche e amministrative
SISaR/CCE	Sistemi informativi utilizzati da ospedali e centri ambulatoriali
CCA	Documento sanitario che raccoglie in modo strutturato prestazioni, referti e valutazioni cliniche effettuate in ambito ambulatoriale

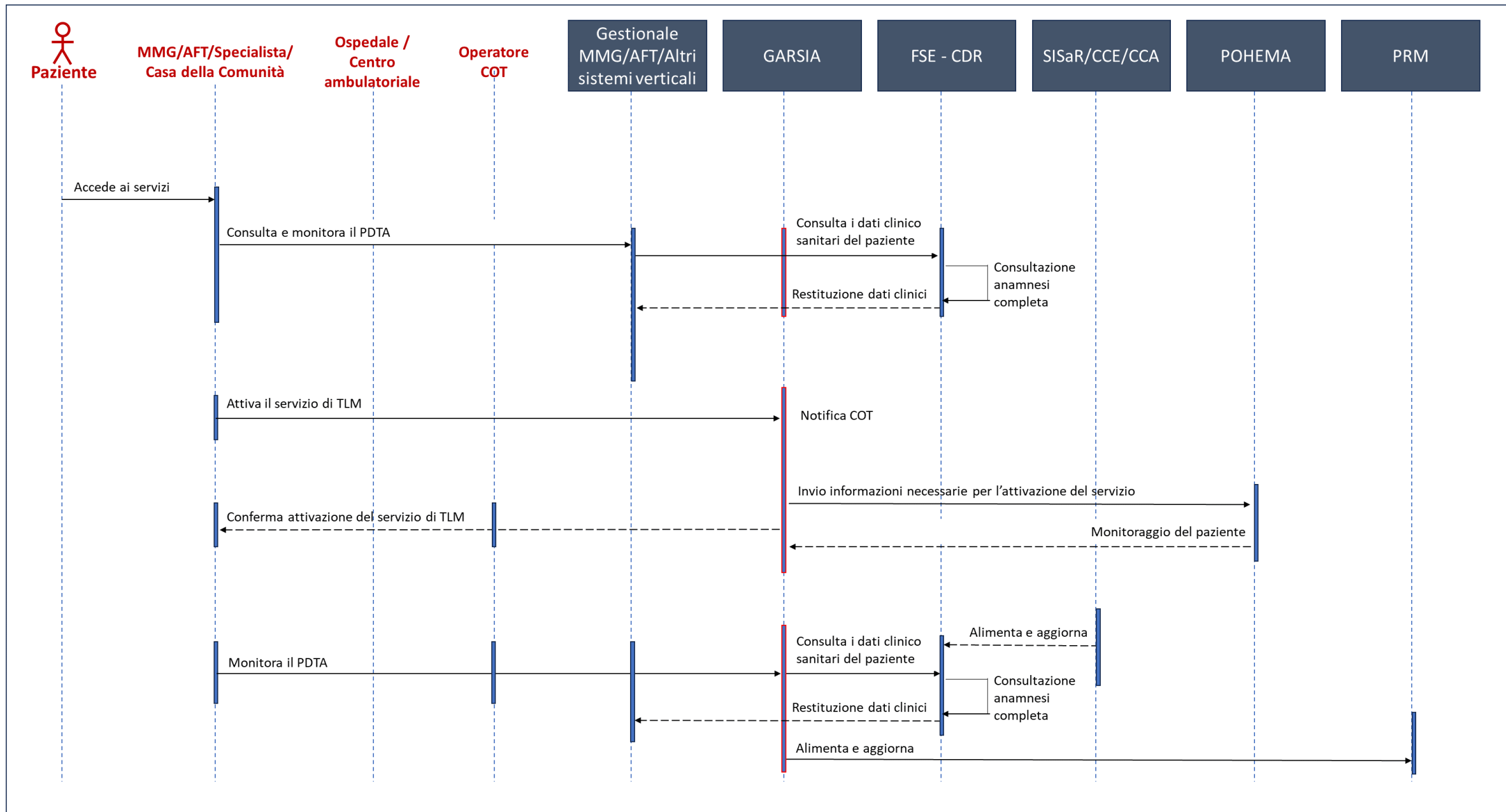


# Gestione del Paziente Cronico (Telemonitoraggio) – Macro fasi del percorso

ATTORE/SISTEMA “INVIANTE”	ATTORE/SISTEMA “RICEVENTE”	AZIONE
Paziente	AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA/Gestionale MMG/AFT/Altre soluzioni verticali</a>	Il paziente accede ai servizi del territorio, spesso tramite il proprio MMG presso la Casa della Comunità o attraverso un accesso diretto ai servizi della CdC
AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA/Gestionale MMG/AFT/Altre soluzioni verticali</a>	FSE e CDR	Il MMG/AFT/Specialista monitora l’andamento del PDTA tramite integrazione con FSE e/o CDR per consultare l'anamnesi completa del paziente (diagnosi, farmaci, referti ospedalieri e ambulatoriali pregressi)
AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA</a>	Centrale di Telemedicina → <a href="#">POHEMA</a>	L’AFT/MMG/Specialista invia una segnalazione di attivazione del servizio di telemonitoraggio e le informazioni necessarie (dati anagrafici, tipologia di servizio di telemedicina, parametri da monitorare, soglie di allarme) alla Piattaforma di Telemedicina per l’attivazione del servizio. La COT riceve una notifica
Centrale di Telemedicina → <a href="#">POHEMA</a>	AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA/Gestionale MMG/AFT/Altre soluzioni verticali</a>	La piattaforma di telemedicina invia una conferma di attivazione del servizio all’AFT/MMG/Specialista
Ospedale/Centro Ambulatoriale → <a href="#">SISaR/CCE/CCA</a>	FSE e CDR	Gli esiti degli esami e delle visite previsti dal PDTA vengono inviati al FSE e al CDR, aggiornando il quadro clinico del paziente
<a href="#">FSE e CDR</a>	PRM	Gli esiti delle prestazioni diagnostiche e specialistiche sono aggiornati sul FSE e sul CDR, con condivisione anche verso il PRM
AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA</a>	<a href="#">FSE (Integrato con CDR)</a>	AFT/MMG/Specialista continua a monitorare l’andamento del PDTA tramite accesso ai dati clinici aggiornati presenti sul FSE



# Gestione del Paziente Cronico (Telemonitoraggio) – Sequence Diagram





ATTORI	DESCRIZIONE
Paziente	Soggetto al centro del percorso di cura, destinatario del PDTA e, se necessario, del PAI
MMG/PLS	Figura clinica di riferimento territoriale, responsabile della presa in carico iniziale e della continuità assistenziale
AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale)	Insieme strutturato di professionisti della medicina primaria che operano in modo integrato nella gestione della cronicità
Specialista/Rete Specialistica per patologia	Medico ospedaliero o territoriale che collabora nella presa in carico clinica per patologie specifiche; può operare in presenza o in telemedicina
Infermieri di Comunità	Operano nell’ambito territoriale e nelle Case della Comunità, in stretta sinergia con il MMG per l’attuazione del piano assistenziale
Casa della Comunità	Hub territoriale di riferimento per l’erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari di prossimità dove opera l'AFT
COT (Centrale Operativa Territoriale)	Coordina e monitora i diversi setting assistenziali per pazienti complessi, integrando servizi e professionisti
Sistema CUP (Centro Unico di Prenotazione)	Sistema centralizzato di prenotazione di prestazioni sanitarie
PUA/UVT	Punto Unico di Accesso per i cittadini che necessitano di assistenza e Unità di valutazione Territoriale che si occupa della valutazione multidimensionale del paziente e della definizione del PAI/PDTA
Ospedale / Centro Ambulatoriale	Fornisce esami diagnostici avanzati e consulenze specialistiche, integra il percorso di cura con il secondo livello di assistenza e genera referti e alimentando il FSE e il CDR
SISTEMI/STRUMENTI	DESCRIZIONE
Garsia	Piattaforma regionale per la raccolta, gestione e integrazione delle informazioni anagrafiche, clinico-assistenziali e socio-sanitarie dei cittadini assistiti, con l’obiettivo di supportare la presa in carico proattiva dei pazienti, in particolare dei soggetti cronici o fragili
Gestionale di riferimento del Servizio Territoriale	Sistema informativo integrato che supporta la gestione operativa, clinica e assistenziale delle strutture residenziali e semi-residenziali e dei servizi del territorio
PRM	Piattaforma per l'engagement e la comunicazione con il paziente che funge da orchestratore centrale per un supporto continuo e personalizzato tra personale sanitario e cittadino
CDR	Clinical Data Repository che contiene tutti i dati clinici raccolti dalle strutture integrate
FSE	Strumento digitale che raccoglie e rende disponibili online i dati e i documenti sanitari dei cittadini
Gestionale AFT/MMG	Sistema informativo utilizzato da MMG e AFT per la gestione delle attività cliniche e amministrative
Altri sistemi verticali	Sistemi informativi utilizzati da Specialisti per la gestione delle attività cliniche e amministrative
SISaR/CCE	Sistemi informativi utilizzati da ospedali e centri ambulatoriali
CCA	Documento sanitario che raccoglie in modo strutturato prestazioni, referti e valutazioni cliniche effettuate in ambito ambulatoriale



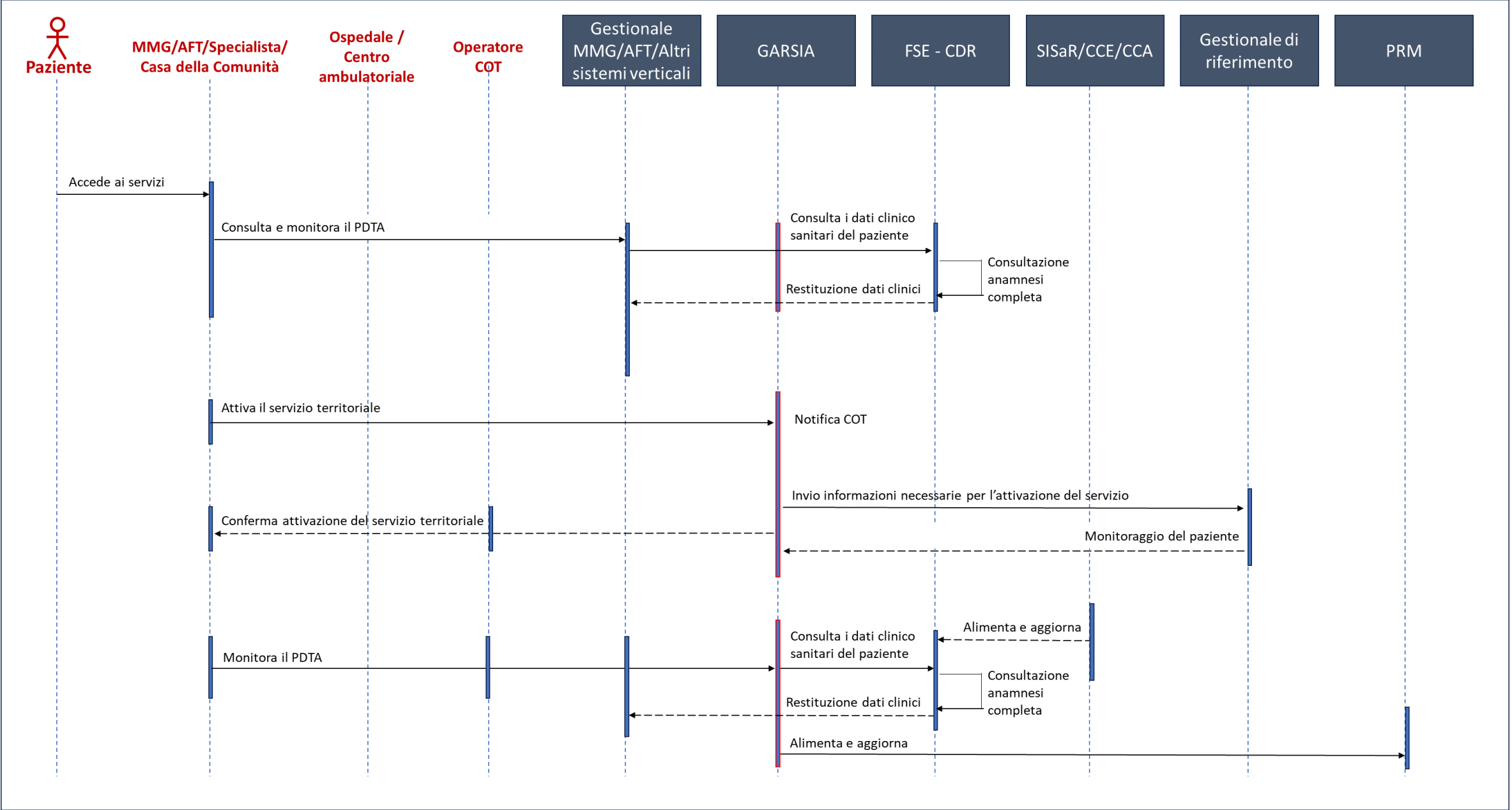
# Gestione del Paziente Cronico– Macro fasi del percorso

ATTORE/SISTEMA “INVIANTE”	ATTORE/SISTEMA “RICEVENTE”	AZIONE
Paziente	AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA/Gestionale MMG/AFT/Altre soluzioni verticali</a>	Il paziente accede ai servizi del territorio, spesso tramite il proprio MMG presso la Casa della Comunità o attraverso un accesso diretto ai servizi della CdC
AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA/Gestionale MMG/AFT/Altre soluzioni verticali</a>	FSE e CDR	Il MMG/AFT/Specialista monitora l’andamento del PDTA tramite integrazione con FSE e/o CDR per consultare l'anamnesi completa del paziente (diagnosi, farmaci, referti ospedalieri e ambulatoriali pregressi)
AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA</a>	Servizio territoriale→ <a href="#">Gestionale di riferimento</a>	L’AFT/MMG/Specialista invia una segnalazione di attivazione del servizio territoriale e le informazioni necessarie (dati anagrafici, tipologia di servizio territoriale da attivare) per l’attivazione del servizio. La COT riceve una notifica
Servizio territoriale→ <a href="#">Gestionale di riferimento</a>	AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA/Gestionale MMG/AFT/Altre soluzioni verticali</a>	Il gestionale di riferimento del servizio territoriale invia una conferma di attivazione del servizio all’AFT/MMG/Specialista
Ospedale/Centro Ambulatoriale → <a href="#">SISaR/CCE/CCA</a>	FSE e CDR	Gli esiti degli esami e delle visite previsti dal PDTA vengono inviati al FSE e al CDR, aggiornando il quadro clinico del paziente
FSE e CDR	PRM	Gli esiti delle prestazioni diagnostiche e specialistiche sono aggiornati sul FSE e sul CDR, con condivisione anche verso il PRM
AFT/MMG/Specialista /Casa della Comunità → <a href="#">GARSIA</a>	FSE (Integrato con CDR)	AFT/MMG/Specialista continua a monitorare l’andamento del PDTA tramite accesso ai dati clinici aggiornati presenti sul FSE





# Gestione del Paziente Cronico– Sequence Diagram





**Grazie**