

Appalto Specifico ai sensi dell'art. 54 comma 4, lett. b) del D. Lgs. n. 50/2016
per la realizzazione della Cartella Clinica Elettronica Regionale



Manuale utente

Nuove funzionalità Referto Ambulatoriale e MAC



INDICE

1. Introduzione	3
2. Struttura e navigazione del referto	3
2.1 Menu laterale delle sezioni	3
2.2 Navigazione a scorrimento	4
2.3 Indicazione della presenza di dati	4
3. Referti precedenti	5
3.1 Visualizza e importa dati dal referto precedente	5
3.2 Vedi referti precedenti	5
4. Gestione Anamnesi - Fino alla versione 9.1 di NGH	6
5. Gestione Anamnesi - Dalla versione 9.2 di NGH	6
5.1 Suddivisione dell'anamnesi	6
5.2 Scelta del modello di anamnesi	6
5.3 Salvataggio nell'anamnesi del paziente	7

1. Introduzione

Il presente manuale operativo descrive le modifiche di interfaccia e funzionali apportate alla Cartella Clinica Ambulatoriale (CCA) relative alla refertazione ambulatoriale.

L'obiettivo del documento è illustrare le novità grafiche e fornire indicazioni chiare sui nuovi flussi di compilazione relativi a:

- Referto Ambulatoriale;
- Referto MAC finale;
- Referto MAC singolo accesso.

2. Struttura e navigazione del referto

Questo capitolo descrive la nuova organizzazione della scheda di referto e gli strumenti per orientarsi al suo interno.

2.1 Menu laterale delle sezioni

Le sezioni di compilazione del referto non sono più collocate nella parte alta della scheda: sono ora disponibili nel **menu laterale sinistro**. Selezionando una voce del menu, la scheda si posiziona sulla sezione corrispondente.

Le sezioni previste sono le seguenti:

- Quesito diagnostico
- Diagnosi
- Anamnesi
- Suggerimenti per il medico curante
- Allergie
- Accertamenti consigliati
- Esame obiettivo
- Terapia consigliata
- Prestazioni eseguite (come da specifiche FSE 2.0, rimane campo obbligatorio)
- Conclusioni
- Confronto con precedenti esami eseguiti
- Note
- Referto (come da specifiche FSE 2.0, rimane campo obbligatorio)

La figura seguente mostra la nuova schermata:

2.2 Navigazione a scorrimento

Tutti i campi del referto sono visualizzabili in un'unica pagina, da consultare **scorrendo** verso il basso o verso l'alto, senza dover cambiare scheda. Durante lo scorrimento, la voce corrispondente alla sezione visualizzata viene selezionata automaticamente anche nel menu laterale, così da mantenere sempre chiara la propria posizione all'interno del referto.

2.3 Indicazione della presenza di dati

Per ciascuna sezione è ora disponibile un **indicatore di presenza dati** (segno di spunta accanto al nome della sezione nel menu laterale).

L'indicatore segnala immediatamente al medico in quali sezioni sono già presenti informazioni raccolte nella cartella clinica del paziente, evitando di dover consultare le sezioni una per una.

Nell'esempio riportato, la voce "Prestazioni eseguite" presenta l'indicatore e la relativa sezione risulta già valorizzata con la prestazione "89.7 – Visita neurologica":

3. Referti precedenti

Questo capitolo descrive le funzioni che permettono di consultare e riutilizzare i referti già redatti per il paziente.

3.1 Visualizza e importa dati dal referto precedente

Restano disponibili le funzioni **“Visualizza precedente referto”** e **“Importa dati da precedente referto”**, con le seguenti estensioni:

- **Visualizza referto precedente:** consente di suddividere l'intera pagina mostrando a sinistra i campi e quindi i dati rilevati nel precedente referto
- **Per specialità:** il precedente referto consultabile e importabile è riferito alla stessa specialità e non più soltanto a quello redatto nello stesso ambulatorio.

L'import dei dati dal referto precedente rimane per singolo campo in modo da dare al medico la possibilità di scegliere puntualmente cosa importare.

The screenshot shows the 'REFERTO AMBULATORIALE V2 TEST' window. At the top, there's a patient header for 'PAZIENTE TEST' (ROTONDI, 01/01/1990 - 36 anni). Below this is a teal bar labeled 'REFERTO AMBULATORIALE'. On the left is a sidebar with a 'QUESITO DIAGNOSTICO' menu containing options like ANAMNESI, ALLERGIE, ESAME OBIETTIVO, PRESTAZIONI ESEGUITE, REFERTO (highlighted in red), SUGGERIMENTI PER IL MEDICO CURANTE, and ACCERTAMENTO CONSIGLIATO. The main area is divided into 'QUESITO DIAGNOSTICO' and 'ANAMNESI' sections. The 'ANAMNESI' section contains two text areas labeled 'test referto 1' and 'test referto 2'. In the top right corner, there is a button labeled 'Visualizza Referti Precedenti'. At the bottom right, there are buttons for 'Bozza', 'Firma e invia', 'Salva senza inviare', and 'Chiudi'.

3.2 Vedi referti precedenti

È stata introdotta la nuova funzione **“Vedi referti precedenti”**, richiamabile dal pulsante **“Visualizza Referti Precedenti”** presente in alto a destra nella scheda.

This screenshot is similar to the previous one but highlights the 'Visualizza Referti Precedenti' button with a red arrow. The interface layout is identical, showing the patient header, the teal 'REFERTO AMBULATORIALE' bar, the sidebar menu, and the main content area with 'QUESITO DIAGNOSTICO' and 'ANAMNESI' sections.

La funzione apre una finestra popup che mostra i referti precedenti del paziente svolti nella stessa specialità. I referti sono presentati come testo (non come file PDF) e in ordine cronologico, dal più recente, in alto, al meno recente, in basso. In questo modo il medico può verificare rapidamente come si è evoluta la situazione clinica del paziente senza abbandonare la compilazione del referto in corso.

REFERTO AMBULATORIALE V2 TEST

PAZIENTE TEST
ROTONDI
ROTONDI, 01/01/1990 - 36 anni

Data inizio accesso: 30/09/2026
ID accesso: 2025018874
ID cartella clinica: F2026002541

Referti Precedenti

- Referto (06/10/2026)
- Referto (06/10/2026)
- Referto (17/09/2026)
- Referto (31/08/2026)**
- Referto (25/08/2026)
- Referto (03/08/2026)
- Referto (27/07/2026)
- Referto (05/05/2026)

Prestazione Eseguita:
89.7 - Visita neurologica

Referto:
test diagnosi 366.9 - CATARATTA NON SPECIFICATA

Diagnosi:
366.9 - CATARATTA NON SPECIFICATA

ACCERTAMENTO CONSIGLIATO

Anamnesi

Bozza Salva senza inviare Definitivo e concludi Chiudi

Gestisci cartella Stampa report e schede Ricetta Apri Cartella Indietro Home Salva Salva ed Esci Eseguita Concludi

4. Gestione Anamnesi - Fino alla versione 9.1 di NGH

Il campo **"Anamnesi"** rimane un unico campo a testo libero, il referto non consente la creazione automatica di un'anamnesi associata alla visita (e quindi al paziente) a seguito del salvataggio del form.

REFERTO AMBULATORIALE SPECIALISTICO

C_DEMO_RL_01 N_DEMO_RL_01
Lungo di nascita non specificata, 06/04/1966 - 60 anni

Data inizio accesso: 30/09/2026
ID accesso: F2026000648
ID cartella clinica: F2026000648

REFERTO AMBULATORIALE

Visualizza Referti Precedenti

QUESTO DIAGNOSTICO

ANAMNESI

ALLERGIE

ESAME OBIETTIVO

PRESTAZIONI ESEGUITE

CONFRONTO CON PRECEDENTI ESAMI

REFERTO

DIAGNOSI

SUGGERIMENTI PER IL MEDICO CURANTE

ACCERTAMENTO CONSIGLIATO

TERAPIA CONSIGLIATA

Anamnesi

Allergie

Bozza Firma e invia Salva senza inviare Definitivo senza firma Chiudi

5. Gestione Anamnesi - Dalla versione 9.2 di NGH

5.1 Suddivisione dell'anamnesi

Il campo **"Anamnesi"** del referto, finora gestito come campo di testo libero, è ora suddiviso nelle stesse sezioni previste dall'anamnesi strutturata.

In questo modo le informazioni riportate nel referto corrispondono, voce per voce, a quelle presenti nella cartella ambulatoriale.

5.2 Scelta del modello di anamnesi

Il sistema recupera i modelli di anamnesi disponibili nell'ambulatorio (es. anamnesi generale adulti, anamnesi ostetrico/ginecologica), filtrandoli per struttura e/o per specializzazione.

- **Se è disponibile più di un modello**, all'apertura della sezione compare una finestra popup nella quale viene chiesto all'operatore di selezionare il modello di interesse.
- **Se è configurato un solo modello**, esso viene utilizzato direttamente.
- **In entrambi i casi**, una volta definito il modello, la sezione Anamnesi del referto mostra le voci che lo compongono.

5.3 Salvataggio nell'anamnesi del paziente

Nella sezione Anamnesi è presente un apposito selettore **"Crea Anamnesi"**, che, se attivato, consente la creazione automatica di un'anamnesi associata alla visita (e quindi al paziente) a seguito del salvataggio del referto.

Qualora si scelga di riportare in cartella quanto compilato:

- La scheda rende visibili i campi obbligatori necessari per il corretto salvataggio dell'anamnesi, che devono quindi essere completati;
- Al salvataggio definitivo del referto, quanto inserito nei campi anamnestici viene registrato come nuova revisione dell'anamnesi del paziente, nell'episodio relativo alla visita ambulatoriale in corso.

5.4 Anamnesi già compilata durante la visita

Se durante la visita è stata compilata un'anamnesi strutturata, scegliendo il modello di interesse disponibile nell'ambulatorio (es. anamnesi generale adulti, anamnesi ostetrico/ginecologica), all'apertura del referto non viene richiesta alcuna ulteriore scelta: **l'anamnesi compilata viene importata automaticamente nel referto.**

REFERTO AMBULATORIALE V2 TEST

PROVA1 RICOVERO1
VICENZA
VICENZA, 18/10/1977 - 49 anni

Data inizio accesso: 19/10/2026
ID accesso: 2025019920

ID cartella clinica: F20:

QUESITO DIAGNOSTICO

ANAMNESI

ALLERGIE

ESAME OBIETTIVO

PRESTAZIONI ESEGUITE

REFERTO

SUGGERIMENTI PER IL MEDICO CURANTE

ACCERTAMENTO CONSIGLIATO

ANAMNESI

Anamnesi

Patologica Remota
test

Patologica Prossima
test

Lo stesso comportamento vale per i percorsi MAC: l'anamnesi compilata al primo accesso viene riportata e aggiornata negli accessi successivi.